



HAL
open science

Offre de soins libérale en médecine générale, caractéristique et besoins d'organisation du cabinets des médecins généralistes du 14eme arrondissement parisien

Raphaël Félix, Faustino Pecqueur

► To cite this version:

Raphaël Félix, Faustino Pecqueur. Offre de soins libérale en médecine générale, caractéristique et besoins d'organisation du cabinets des médecins généralistes du 14eme arrondissement parisien. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02160207

HAL Id: dumas-02160207

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02160207>

Submitted on 19 Jun 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°234

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Offre de soins libérale en médecine générale, caractéristiques et
besoins d'organisation du cabinet des médecins généralistes
du 14ème arrondissement parisien

Présentée et soutenue publiquement
le 12 octobre 2018

Par

Raphaël, Félix, Faustino PECQUEUR

Né le 9 septembre 1989 à Paris (75)

Dirigée par M. Le Professeur Robert Sourzac, PA

Jury :

Mme Le Professeur Anne Sophie Rigaud, PU-PH..... Présidente

Mme Le Professeur Frédérique Noël, PU-PH

Mme Le Docteur Marie-Laure Alby, MG

Remerciements

Au Professeur Robert Sourzac,

Pour m'avoir donné confiance en mes capacités de médecin, avoir renforcé mes convictions dans la médecine générale lors de mon stage ambulatoire et pour cette relation de compagnonnage inestimable qui perdure aujourd'hui. Merci de nous avoir proposé ce travail et de nous avoir si bien accompagné dans sa réalisation.

Au Professeur Rigaud Monnet,

Pour avoir accepté de présider notre jury. Merci de nous faire l'honneur de juger ce travail. Soyez assurée de toute ma reconnaissance et de mon profond respect.

Au Professeur Frédérique Noël,

Pour avoir accueilli notre étude avec bienveillance et sans réserve. Merci de nous faire l'honneur de juger ce travail.

Au Docteur Marie Laure Alby

Pour avoir contribué à la genèse de ce projet puis pour son soutien tout au long de notre cheminement. Merci de nous faire l'honneur de juger ce travail.

A ma co-thésarde Sophie Bernard,

Sans qui ce travail n'aurait pas pu aboutir. Merci pour ton dynamisme, ta rigueur et ta patience.

A Marie,

Pour son soutien indéfectible depuis maintenant plus de huit ans et plus particulièrement dans l'élaboration de ce travail. Ton amour me rassure et me fait grandir, merci.

A mon père,

Dont la présence ne m'a jamais quitté.

A ma famille,

Ma mère qui a su faire germer en moi la graine de la médecine, à Alvaro pour ses précieux conseils, Mathias pour m'avoir permis de mettre en pratique mes enseignements, à Maria Pia et à toute sa famille pour leur amour et leur soutien. Enfin à mes oncles et tantes, cousins et cousines en France et en Colombie qui ont contribué chacun à leur manière à mon épanouissement.

A ma belle-famille,

Pour leur accueil chaleureux, leur affection à mon égard et leur confiance.

A mes amis,

Pour leur soutien, leur joie de vivre et leur aide précieuse, notamment Henri et Charlotte mais aussi à chacun individuellement.

Au Dr Jean Louis Piecoup,

Qui a été dès ma plus tendre enfance le meilleur ambassadeur de la médecine générale. Son exemple m'accompagne au quotidien.

A tous les médecins ayant participé à ma formation à travers les différents lieux de soins parisiens et plus particulièrement aux médecins généralistes rencontrés pour avoir renforcé mon envie de faire ce métier.

A mes collègues du GEPI, de la PASS - Hôtel Dieu et de la future Maison de Santé Chevaleret pour leur amitié qui me comble et le partage d'expérience présent et à venir, source d'enrichissement quotidien.

Enfin à tous les médecins généralistes du 14^e arrondissement qui ont participé à cette étude, nous ont reçu et ont partagés avec nous leurs difficultés, leurs espoirs et leur amour de ce métier.

OFFRE DE SOINS LIBERALE EN MEDECINE GENERALE, CARACTERISTIQUES ET
BESOINS D'ORGANISATION DU CABINET DES MEDECINS GENERALISTES DU
14EME ARRONDISSEMENT PARISIEN

Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

Errata

- p18 : ligne 15, lire « une offre de soins en médecine générale **surévaluée** »
- p29 : ligne 5, lire « **28** médecins ont refusé de participer »
- p30 : figure 7, lire « **28** refus »
- p31 : tableau 3 , lire « **≤40ans** »
- p76 : ligne 2, lire « montre que celle-ci est **surévaluée** »
- p90 : ligne 5, lire « une réponse plus aisée aux demandes urgentes était attendue **pour les structures de groupe** »
- p96 : ligne 2, lire « Il souligne surtout la **surévaluation** de l'offre de soins »
- Résumé français : ligne 8, lire « L'offre de soins était **surestimée** »
- Résumé anglais : ligne 9, lire « The supply of general practitioner care was **overestimated** »

Table des matières

Remerciements	3
Liste des illustrations	9
Liste des tableaux	11
Table des abréviations.....	12
1 Introduction.....	13
1.1 Démographie médicale	13
1.1.1 Démographie médicale en France.....	13
1.1.2 Des inégalités territoriales.....	13
1.1.3 Paris n'est pas épargnée par la baisse de la démographie médicale.....	14
1.1.4 Démographie du 14 ^e arrondissement	15
1.1.5 L'exemple voisin du 13 ^e arrondissement	18
1.2 Evolution des pratiques médicales.....	18
1.2.1 Modes d'exercice particuliers	18
1.2.2 Féminisation et changement des modes d'exercice	19
1.2.3 Une charge de travail qui pèse sur les médecins	20
1.3 Evolution de l'organisation des soins	20
1.3.1 L'exercice pluriprofessionnel en vogue	20
1.3.2 Un cadre législatif qui évolue	21
1.4 Le virage ambulatoire.....	22
1.5 Un manque de données concernant le 14 ^e arrondissement	22
1.6 Objectif de l'étude.....	23
2 Méthodes	23
2.1 Description de l'étude	23
2.2 Recrutement des médecins.....	24
2.3 Recueil de données	25
2.3.1 Mode de recueil.....	25
2.3.2 Données recueillies	26
2.4 Analyses statistiques	27
2.5 Ethique	28
3 Résultats	28
3.1 Population de l'étude	28
3.2 Caractéristiques des médecins inclus.....	30
3.2.1 Formation	33
3.2.2 Type d'activité	33

3.2.3	Exercice regroupé.....	34
3.3	Activité des médecins généralistes	36
3.3.1	Volume de patientèle	36
3.3.2	Volume horaire.....	36
3.3.3	Relevé individuel d'activité.....	39
3.3.4	Exercice particulier	40
3.3.5	Maitrise de stage	41
3.4	Organisation du lieu d'exercice et des consultations.....	42
3.4.1	Accessibilité des locaux aux personnes à mobilité réduite	42
3.4.2	Secrétariat	43
3.4.3	Consultations.....	45
3.5	Informatisation du cabinet.....	48
3.5.1	Télétransmission des feuilles de soins	48
3.5.2	Informatisation du dossier médical.....	48
3.5.3	Messagerie sécurisée	49
3.6	Pratique du tiers payant.....	49
3.7	Gestion des visites à domicile	50
3.7.1	Gestion de la demande programmée	50
3.7.2	Gestion des demandes urgentes	53
3.7.3	Orientation en cas d'impossibilité de répondre à la demande.....	53
3.7.4	Freins à pratiquer des visites à domicile	54
3.7.5	Coordination des soins à domicile.....	56
3.8	Permanence des soins,	57
3.8.1	Gestion des périodes d'absence.....	57
3.9	Développement personnel continu.....	59
3.9.1	Les modalités.....	59
3.9.2	Les lieux et les intervenants	59
3.10	Conditions d'exercice	60
3.10.1	Conditions globales d'exercice	60
3.10.2	Analyses en sous-groupe	60
3.10.3	Principaux problèmes rencontrés dans l'exercice quotidien	63
3.10.4	Propositions pour améliorer les conditions d'exercice et la qualité de travail	68
3.11	Perspectives d'évolution de l'activité.....	72
3.11.1	Evolution de l'activité	72
3.11.2	Succession en cas de cessation d'activité.....	73
3.11.3	Regroupement pluriprofessionnel	73

4	Discussion	76
4.1	Synthèse de résultats	76
4.2	Lien avec les études antérieures	77
4.2.1	Une baisse de la démographie médicale attendue	77
4.2.2	Un volume d'activité comparable à la moyenne nationale	81
4.2.3	Des pratiques qui évoluent	84
4.2.4	Une logistique au cabinet, imparfaite mais qui fonctionne	86
4.2.5	La gestion des consultations	88
4.2.6	La gestion des visites à domicile : une problématique différente des consultations. ..	89
4.2.7	Satisfaction globale, principaux problèmes rencontrés dans l'exercice quotidien et propositions d'amélioration.....	90
4.3	Points forts et limites de l'étude	93
4.3.1	Représentativité	93
4.3.2	Points forts	93
4.3.3	Limites	94
4.4	Implications pratiques.....	95
5	Conclusion	96
6	Annexes	97
6.1	Annexe 1 : Cartographies des zones d'intervention prioritaire et des zones d'action complémentaire Paris – ARS Ile-de-France	97
6.2	Annexe 2 : Caractéristiques de la discipline de médecine générale selon la Wonca - 2002.	98
6.3	Annexe 3 : Questionnaire de thèse	99
6.4	Annexe 4 : Détail de la répartition des professionnels en exercice regroupé	103
6.5	Annexe 5 : Analyse en sous-groupe de l'exercice regroupé selon la localisation géographique	103
6.6	Annexe 6 : Horaires de travail des médecins généralistes interrogés	104
6.7	Annexe 7 : Synthèse des résultats concernant l'activité des médecins généralistes.....	105
6.8	Annexe 7 (suite) : Synthèse des résultats concernant l'activité des médecins généralistes	106
6.9	Annexe 8 : Synthèse des résultats concernant l'organisation du lieu d'exercice	107
6.10	Annexe 9 : Synthèse des résultats concernant l'informatisation du cabinet et la pratique du tiers payant.....	108
6.11	Annexe 10 : Synthèse des résultats concernant la gestion des visites à domicile.....	109
6.12	Annexe 11 : Analyse en sous-groupe de la capacité de réponse aux demandes de visites à domicile selon le mode d'exercice	110
6.13	Annexe 12 : Synthèse des résultats concernant la permanence des soins.....	110
6.14	Annexe 13 : Synthèse des résultats concernant les perspectives d'évolution d'activité....	111

6.15	Annexe 13 (suite) : Synthèse des résultats concernant le regroupement pluriprofessionnel « type MSP ».....	112
	Bibliographie.....	113
	Résumé.....	116

Liste des illustrations

Figure 1 : Pyramide des âges des omnipraticiens à Paris en 2017 - d'après la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM).....	14
Figure 2 : Répartition par type de convention des omnipraticiens parisiens selon Démographie médicale parisienne - CPAM 2017.	14
Figure 3 : Répartition par mode d'exercice des omnipraticiens parisiens selon Démographie médicale parisienne - CPAM 2017.	14
Figure 4 : Territoires parisiens éligibles aux aides à l'installation des médecins d'après leparisien.fr.	15
Figure 5 : Population du 14 ^e arr. par tranche d'âge selon Insee au 1er janvier 2015.....	16
Figure 6 : Découpage du 14 ^e arr. selon les conseils de quartier.	16
Figure 7 : Diagramme de flux de l'étude.	30
Figure 8 : Répartition du sexe des médecins interrogés selon la classe d'âge.....	30
Figure 9 : Pyramide des âges des médecins généralistes interrogés.....	30
Figure 10 : Répartition des médecins par quartier selon leur statut d'inclusion.	32
Figure 11 : Localisation géographique des médecins en fonction de leur statut d'inclusion.	32
Figure 12 : Type d'activité des médecins généralistes interrogés.....	33
Figure 13 : Répartition des professions au sein des structures regroupées parmi les médecins interrogés.	34
Figure 14 : Répartition des cabinets en exercice regroupé par quartier.	35
Figure 15 : Répartition des médecins exerçant en exercice pluriprofessionnel « type MSP » par quartier.....	35
Figure 16 : Patientèle médecin traitant moyenne en fonction de la classe d'âge.	36
Figure 17 : Analyse en sous-groupe du temps d'activité clinique hebdomadaire en fonction de l'âge.	37
Figure 18 : Analyse en sous-groupe du temps d'activité administratif hebdomadaire en fonction de l'âge.	37
Figure 19 : Analyse en sous-groupe du temps d'activité administratif hebdomadaire en fonction du temps d'activité clinique hebdomadaire.....	37
Figure 20 : Analyse en sous-groupe de la relation entre temps d'activité clinique et administratif hebdomadaire selon la localisation géographique.	38
Figure 21 : Analyse en sous-groupe du temps d'activité hebdomadaire en fonction du mode d'exercice (h).	38
Figure 22 : Nombre moyen annuel de VAD par classe d'âge.	39
Figure 23 : Nombre moyen annuel de consultation par classe d'âge.	39
Figure 24 : Répartition des actes techniques ou particuliers recensés parmi les médecins généralistes	40
Figure 25 : Etat de lieux des terrains de stage universitaires parmi les médecins répondants.....	41
Figure 26 : Analyse en sous-groupe de la maîtrise de stage en fonction de la classe d'âge.....	42

Figure 27 : Accessibilité des cabinets médicaux des médecins interrogés.	42
Figure 28 : Modalités de secrétariat des médecins interrogés.	43
Figure 29 : Freins à l'acquisition d'un secrétariat physique parmi les médecins interrogés estimant en avoir.	44
Figure 30 : Capacité à répondre aux demandes de consultations.	46
Figure 31 : Refus de prise en charge de nouveaux patients comme médecin traitant en fonction de l'âge.	47
Figure 32 : Proportion d'utilisateur de chaque logiciel médical parmi les médecins interrogés.	48
Figure 33 : Utilisation d'une messagerie sécurisée selon les classes d'âge.	49
Figure 34 : Relation entre la durée moyenne d'une visite à domicile et le volume annuel de VAD de notre échantillon.	50
Figure 35 : Prise en charge de nouveaux patients comme médecin traitant en visite à domicile, répartition selon la charge administrative déclarée	52
Figure 36 : Orientation en cas de demande de VAD urgente non réalisable.	53
Figure 37: Taux de remplacement pendant les périodes de congés selon la classe d'âge.	58
Figure 38 : Analyse en sous-groupe de la satisfaction globale de la prise en charge en fonction de l'âge.	61
Figure 39 : Temps d'activité hebdomadaire moyen en fonction de la satisfaction globale de la prise en charge.	63
Figure 40 : Prévisions d'évolution d'activité à 5ans des médecins interrogés.	72
Figure 41 : Intérêt pour le regroupement en structure « type MSP ».	73

Liste des tableaux

Tableau 1 : Comparaison des caractéristiques démographiques du 14 ^e arr. et de la ville de Paris.	17
Tableau 2 : Type de mode d'exercice particulier et nombre des praticiens exclus pour MEP supérieur à 50% de l'activité totale.	29
Tableau 3 : Résumé des caractéristiques des médecins généralistes inclus.....	31
Tableau 4 : Etude de la répartition par classe d'âge des médecins répondants selon le quartier.	33
Tableau 5 : Etude de la répartition par conventionnement des médecins répondants selon le quartier.	34
Tableau 6 : Tableau de synthèse des résultats des données du Relevé Individuel d'Activité et de Prescription.	39
Tableau 7 : Type de MEP et nombre de praticiens parmi les médecins répondants.....	40
Tableau 8 : Calcul du temps de travail administratif hebdomadaire moyen en fonction de l'intérêt pour un système de secrétariat mutualisé.....	45
Tableau 9 : Temps de travail administratif hebdomadaire moyen en fonction de la prise en charge de nouveaux patients comme médecin traitant en consultation.....	46
Tableau 10 : Temps de travail clinique hebdomadaire en fonction de la capacité à répondre aux demandes de consultation.	47
Tableau 11 : Prise en charge de nouveaux patients comme médecin traitant en consultation en fonction de la satisfaction globale de la prise en charge.	47
Tableau 12 : Type de télétransmission en VAD en fonction de la charge administrative déclarée.....	48
Tableau 13 : Analyse en sous-groupe de la gestion des demandes de visites à domicile selon la satisfaction de la prise en charge au domicile.	51
Tableau 14 : Temps administratif hebdomadaire en fonction de la capacité à répondre aux demandes de visites à domicile.	52
Tableau 15 : Temps clinique hebdomadaire en fonction de la capacité à répondre aux demandes de visites à domicile.	52
Tableau 16 : Analyse en sous-groupe de la pratique de VAD pluriprofessionnelle en fonction du mode d'exercice.	57
Tableau 17 : Modalités de Développement Personnel Continu des médecins généralistes interrogés (N=47 ; miss=0).....	59
Tableau 18 : Analyse en sous-groupe de la satisfaction globale en fonction de l'exercice regroupé ou non.....	61
Tableau 19 : Analyse en sous-groupe de la satisfaction globale en fonction de l'exercice en structure pluriprofessionnel « type MSP » ou non.....	62

Table des abréviations

ALD : Affection Longue Durée	QVP : Quartier politique de la Ville de Paris
AME : Aide Médicale d'Etat	RDV : Rendez-vous
ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe	RIAP : Relevé Individuel d'Activité et de Prescription
CESP : Contrat d'Engagement de Service Public	ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
CMP : Centre Médico Psychologiques	SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
CMU : Couverture Maladie Universelle	UMP : Urgences Médicales de Paris
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie	URML : Union Régionale des Médecins Libéraux
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Saliés	VAD : Visites A Domicile
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins	WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie	ZAC : Zone d'Action Complémentaire
CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé	ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire
DES : Diplôme d'Etude spécialisé	
DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire	
DIU : Dispositif Intra Utérin	
DMP : Dossier Médical Partagé	
DOM : Départements d'Outre-Mer	
DPC : Développement Personnel Continu	
DU : Diplôme Universitaire	
ECG : Electrocardiogramme	
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes	
ENMR : Expérimentation de Nouveaux Modes de Rémunération	
ESP : Equipe de Soins Primaire	
FCV : Frottis Cervico Vaginaux	
GMP : Garde Médicale de Paris	
HAD : Hospitalisation à Domicile	
MEP : Mode d'Exercice Particulier	
MG : Médecin Généraliste	
MOP : Médecins à Orientation Particulière	
MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle	
MT : Médecin Traitant	
NMR : Nouveaux Modes de Rémunération	
OGDPC : Organismes de Gestion du Développement Professionnel Continu	
PAM : Pour Aider à la Mobilité	
PMI : Protection Maternelle et Infantile	
PMR : Personnes à Mobilité Réduite	
PTA : Plateforme Territoriale d'Appui	
PTMG : Praticien Territorial de Médecine Générale	

1 Introduction

1.1 Démographie médicale

1.1.1 Démographie médicale en France

En 2018, la France n'a jamais compté autant de médecins en exercice : 290 974 inscrits au tableau de l'ordre au 1^{er} janvier 2017 soit +15% en 10ans(1,2). Cependant, de grandes inégalités régionales de répartition persistent, ne permettant pas de couvrir les besoins de santé de la population dans toutes les régions de France. Par ailleurs, la population des médecins est vieillissante avec une proportion d'actifs qui diminue : -10% en 10 ans. Aussi l'augmentation du nombre brut de médecins inscrits à l'Ordre, se fait principalement au profit des médecins retraités. Sur le plan national, parmi les actifs réguliers, la proportion des médecins âgés de moins de 40ans a augmenté par suite de l'augmentation du numerus clausus passant de 14 à 20% sans pour autant compenser les départs en retraite : +11% de retraités sur la même période. La classe d'âge des plus de 60 ans à elle augmenté de 14 à 28% des actifs entre 2007 et 2017. La proportion d'actifs retraités a été multipliée par 6 en 10 ans(1). La part de médecins susceptible de partir à la retraite dans les années à venir ne fait donc qu'augmenter. La moyenne d'âge des médecins actifs toutes spécialités confondues est de 51,2 ans(1,2). Dans de nombreux territoires la population générale augmente alors que la population médicale baisse, notamment en Ile de France. Au sein de la population médicale, celle des médecins généralistes suit la même tendance avec en 2017, 88 137 généralistes en activité régulière recensés soit une baisse de 9,1% en 10 ans. Selon les prévisions, la tendance à la baisse devrait se confirmer jusqu'en 2025.(1)

1.1.2 Des inégalités territoriales

Il existe également un creusement des inégalités territoriales. A l'exception de la région des Pays de Loire et de l'ensemble des Départements d'Outre-Mer (DOM), toutes les régions ont vu depuis 2010 leurs effectifs de médecins généralistes diminuer avec des disparités plus ou moins grandes selon les départements d'une même région. L'Ile-de-France se place en troisième position des régions qui enregistrent les plus fortes diminutions des effectifs en médecine générale : -15,5% en 10 ans. La ville de Paris est le 2^{ème} département derrière la Nièvre à enregistrer la plus forte baisse (-25%) du nombre de médecins généralistes en activité régulière sur la même période 2007-2017 tandis que sa population générale semble se stabiliser, mais avec une augmentation exponentielle des plus de 60ans (+23%)(1). En effet, selon l'Insee, la population parisienne intra-muros devrait continuer de diminuer jusqu'en 2024 pour atteindre le même niveau qu'en 2013. Cependant les plus de 60ans y représenteraient plus de 25% (contre 20% en 2013). L'âge moyen de la population augmenterait de 3 ans, de 39 à 42ans et l'espérance de vie passerait en 2050 de 80,6 à 89,7 ans pour les hommes et de 85,6 à 92,3ans pour les femmes.(3)

1.1.3 Paris n'est pas épargnée par la baisse de la démographie médicale

Paris compte en 2017, 24 674 médecins inscrits à l'ordre toutes spécialités confondues soit 40% des effectifs régionaux dont 4325 généralistes (1) pour 2 228 409 habitants¹(3). L'assurance maladie, via sa base de données, comptabilise 2 422 omnipraticiens installés (-3,3% en 3 ans) mode d'exercice particulier (MEP) compris contre 5 423 spécialistes (soit plus du double) (4). La densité médicale à Paris est de 10,8 omnipraticiens pour 10 000 habitants contre 9,2 en France avec cependant des disparités selon les arrondissements allant de 5,9 omnipraticiens /10 000 habitants dans le 18^e arrondissement à 31,9 omnipraticiens pour 10 000 habitants dans le 8^eme arrondissement (4). La moyenne d'âge des omnipraticiens est de 57,3 ans.

La répartition selon le mode d'exercice et le conventionnement à Paris est la suivante :

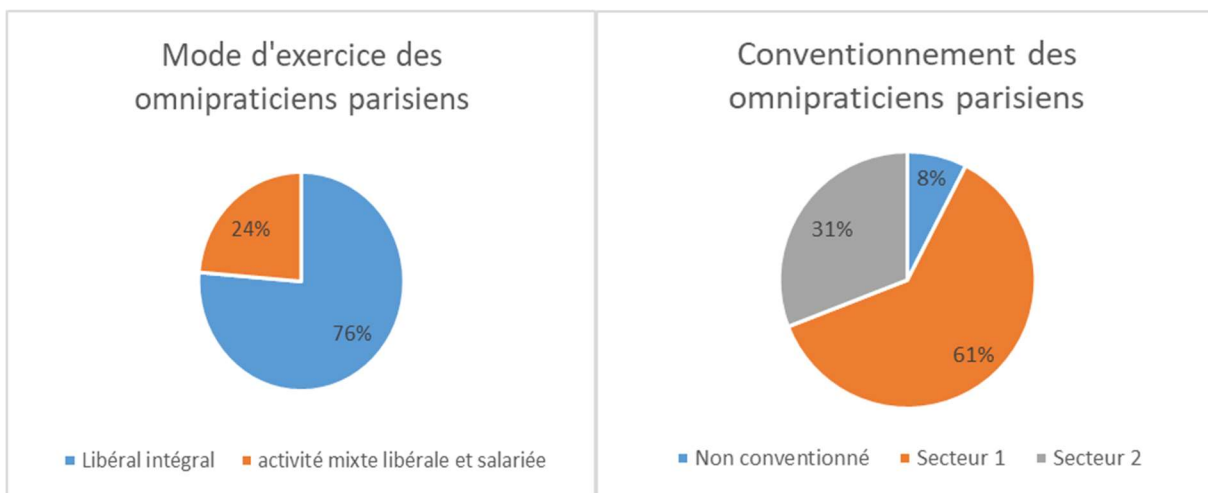


Figure 3 : Répartition par mode d'exercice des omnipraticiens parisiens selon Démographie médicale parisienne - CPAM 2017.

Figure 2 : Répartition par type de convention des omnipraticiens parisiens selon Démographie médicale parisienne - CPAM 2017.

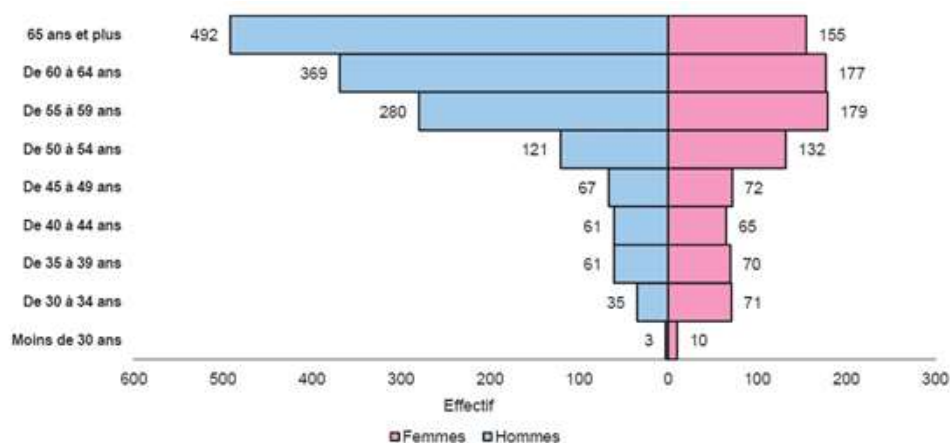


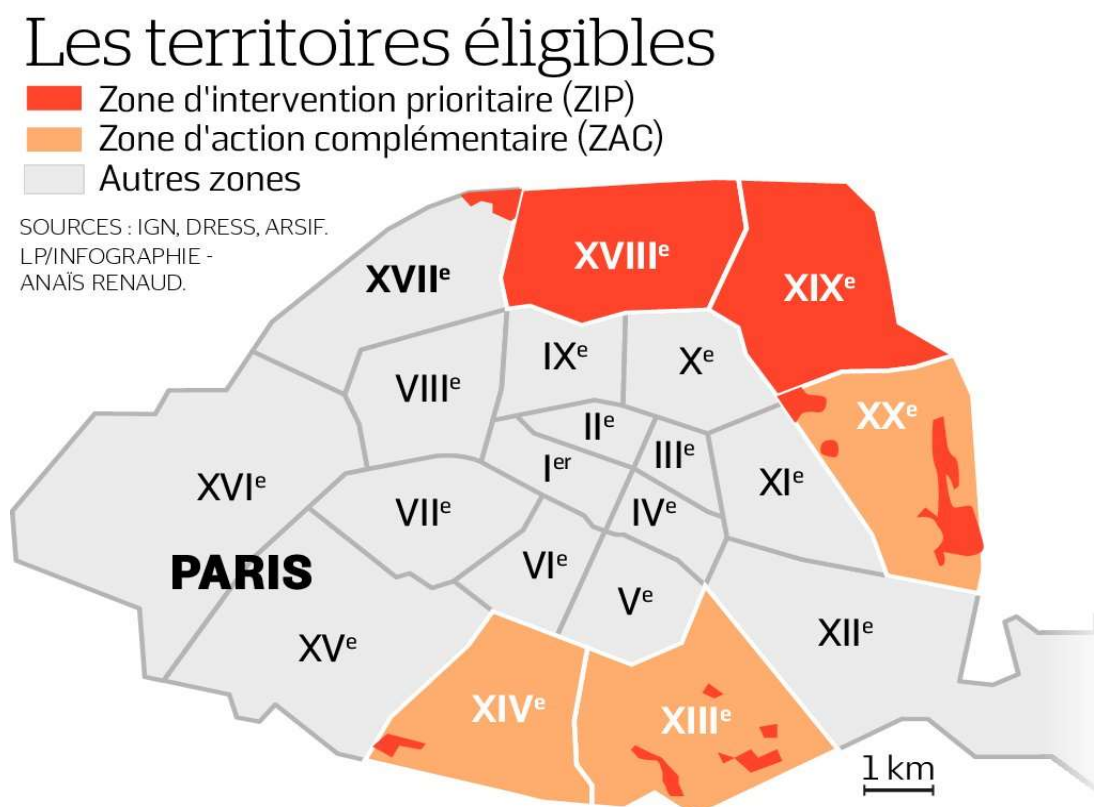
Figure 1 : Pyramide des âges des omnipraticiens à Paris en 2017 - d'après la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM).

¹ Population légale en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2018 – date de référence statistique : 1^{er} janvier 2015.

1.1.3.1 Des territoires intra-muros fragiles

Il existe de la part de l'Agence Régionale de Santé (ARS), une volonté de soutenir l'installation dans certaines zones de France « déficitaires » ou « fragiles » par le contrat d'engagement de service publique (CESP), le statut de praticien territorial de médecine générale (PTMG) ouvrant droit à des exonérations fiscales dans ces zones déficitaires et par des aides à l'installation, notamment pour les primo installant. Dans ce cadre, l'ARS a publié en mars 2018 un nouveau zonage des territoires éligibles à l'aide à l'installation des médecins afin d'augmenter l'attractivité de ces territoires (Figure 4 : Territoires parisiens éligibles aux aides à l'installation des médecins d'après leparisien.fr représentée à partir des données officielles figurant en Annexe 1 : Cartographies des zones d'intervention prioritaire et des zones d'action complémentaire Paris – ARS Ile-de-France). Six arrondissements parisiens sont concernés intégralement au total 41% de la population parisienne, dont le 14^e arr. avec notamment le quartier de la porte de Vanves (5,6). La Mairie de Paris soutient également l'installation de professionnels de santé sur son territoire via le dispositif Paris Med'.

Figure 4 : Territoires parisiens éligibles aux aides à l'installation des médecins d'après leparisien.fr.



1.1.4 Démographie du 14^e arrondissement

Le 14^e arr. est situé au sud de Paris, délimité au nord par la gare Montparnasse et le boulevard de Port Royal, au sud par le boulevard périphérique faisant frontière entre Paris et les Hauts-de-Seine, à l'ouest par les voies de chemins de fer desservant la gare Montparnasse et à l'est par la rue de la glacière. Il a une superficie de 562 hectares, ce qui le place au 9^{ème} rang en termes de superficie comparé aux autres arrondissements parisiens. Sa population totale est de 141 175 personnes ², ce qui en fait le 10^e arrondissement le plus peuplé de la capitale (3) soit 6,3% de la population parisienne totale. Sa densité de population est supérieure à la moyenne parisienne.

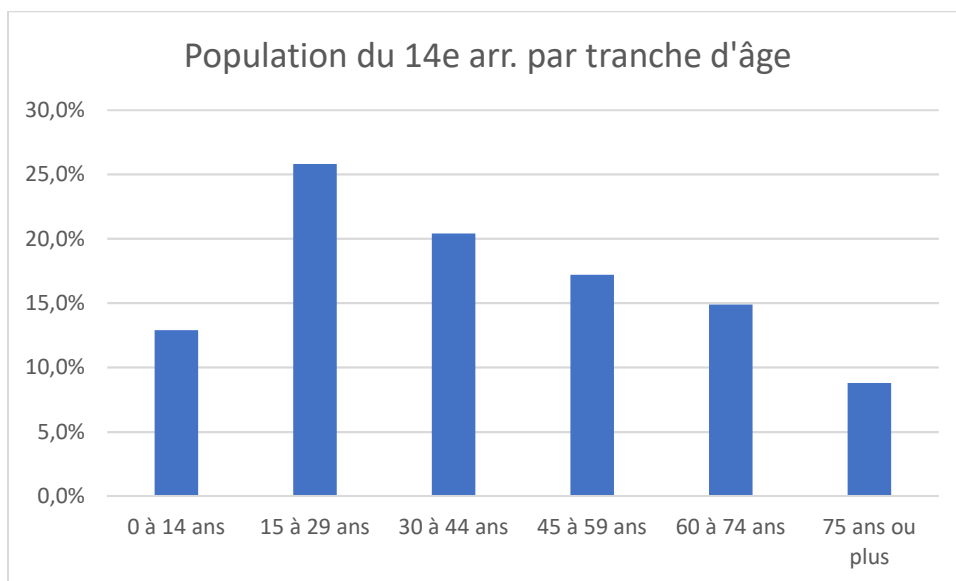
² Population légale en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2018 – date de référence statistique : 1^{er} janvier 2015

Près d'un quart de la population totale de l'arrondissement (23,7%) a plus de 60 ans, très légèrement supérieur à la moyenne parisienne (22,1%)(7).

1.1.4.1 Une population globalement aisée

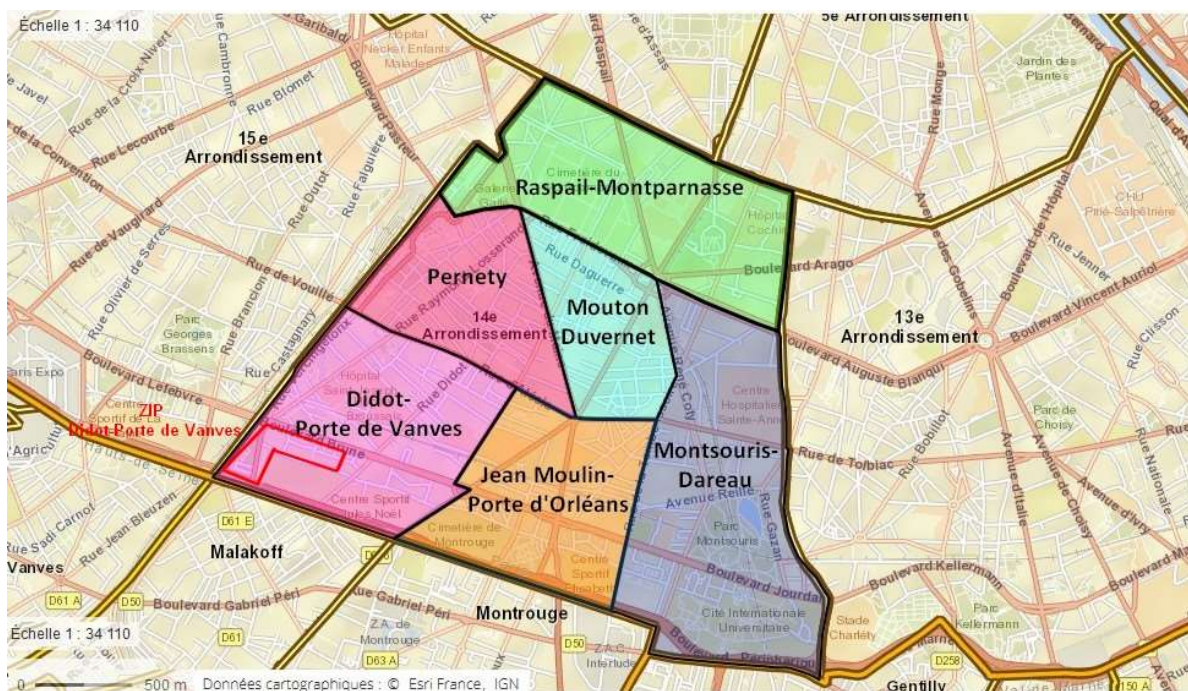
Il s'agit par ailleurs d'un arrondissement dont la population est plutôt aisée puisque la médiane du revenu fiscal des ménages est de 27 233 euros (26 431 pour Paris). Le taux de chômage est plus bas que la moyenne parisienne pour les 15-64 ans : 11,8% dans le 14e arr. contre 12,2% à Paris. Le taux de pauvreté est de 13,2%, plus bas que la moyenne parisienne à 16,2%. Les cadres sont fortement représentés (28,9% contre 35% à Paris). Le taux brut de mortalité pour 1000 habitants est de 6,9, comparable à celui de Paris (6,4/1000hab)(7-9). La tranche d'âge des 15-29ans représente 25% des habitants et celle des plus de 60ans représente 23,7%(8).

Figure 5 : Population du 14e arr. par tranche d'âge selon Insee au 1er janvier 2015.



Le 14e arr. est découpé en six quartiers distincts, régis par des Conseils de Quartier : Montparnasse-Raspail, Pernety, Didot-Porte de Vanves, Montsouris-Dareau, Mouton Duvernet et Jean Moulin-Porte d'Orléans.

Figure 6 : Découpage du 14e arr. selon les conseils de quartier.



1.1.4.2 Certains quartiers moins favorisés

Il existe cependant de grandes disparités selon les quartiers. Pour exemple le quartier Didot-Porte de Vanves-Plaisance au Sud de l'arrondissement jouxtant le périphérique qui bénéficie d'une attention particulière et d'aides de la Ville de Paris en tant que quartier politique de la ville de Paris (QVP) qui rassemble 10 % de la population de l'arrondissement sur une surface correspondante à 7% de sa superficie. Ce quartier compte en son sein une Zone d'Intervention Prioritaire (ZIP) correspondant au secteur Didot-Porte de Vanves proprement dit. Il s'agit d'un quartier précaire, qui concentre les inégalités sociales composé exclusivement d'habitats sociaux avec notamment une forte proportion de jeunes et de personnes âgées, de population immigrée, de familles monoparentales avec un taux de chômage contrastant avec le reste de l'arrondissement. En 2009 La densité en médecins libéraux y était faible, avec 0,8 médecins/1000 habitants, contre 1,12 dans le 14^e (10). L'ensemble des caractéristiques démographiques du quartier sont comparées à celles du 14^e arr. et de Paris dans le tableau ci-après (11):

Tableau 1 : Comparaison des caractéristiques démographiques du 14^e arr. et de la ville de Paris.

	Didot Porte de Vanves	14e arr.	Paris
Population	4585	140 317	2 249 975
Taux de natalité (‰)	17,7	11,2	13,2
Jeunes de <25ans (%)	30,4	28,4	13,2
Personnes âgées >65 ans (%)	14,9	16	14,6
Cadres (%)	8,9	48,4	45,4
Employés - Ouvriers (%)	62	24,9	26,6
Immigrés (%)	25,1	19,7	20,3
Familles monoparentales CSP (%)	34,9	13,5	12,5
Allocataires du RSA (%)	11,4	4	5,6
Chômage (%)	15,1	8,6	9,8
Jeunes sans emploi ni étude (%)	19,4	7,2	8,6

1.1.4.3 Offre de soins dans la 14^e arr.

Selon l'assurance maladie, au 1^{er} Janvier 2017, le 14^e arr. compte 134 omnipraticiens.(4) La densité en omnipraticiens y est de 9,4/10 000 habitants, proche de la moyenne nationale (9,2/10 000 hab.) mais inférieur à la moyenne parisienne qui est de 10,8/10 000 habitants plaçant l'arrondissement au quatorzième rang en terme de densité d'omnipraticiens(4).

L'offre de soins en établissements de santé salariés dans le 14^e comprend :

- Hôpitaux : Cochin, maternité Port Royal, Saint Joseph, maternité Notre Dame de Bon secours, Institut Mutualiste Montsouris, hôpital privé Léopold Bellan, Saint-Anne (neurologie et psychiatrie) et fondation hospitalière Sainte Marie
- Cliniques : Arago, Sainte Geneviève-Sarrette
- Centre de santé : Marie Thérèse, Institut Alfred Fournier, Tisserand (centre médical et dentaire), Ridder
- Autres structures : trois centres médico psychologiques (CMP), centre Marie Abadie (psychiatrie infanto-juvénile), trois centres de protection maternelle et infantile (PMI), six établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et maisons de retraite

Le 14^e arr. placé au cœur de la rive gauche de Paris bénéficie également dans les arrondissements limitrophes de nombreuses structures de soins avec lesquelles collaborent les professionnels du territoire : dans le 13^e arr. l'hôpital Broca, l'hôpital Privé des Peupliers, la Pitié Salpêtrière, Dans le 5^e arr. l'Institut Curie ; dans le 15^e arr. l'hôpital Necker et différentes cliniques dont la clinique Labrousse par exemple.

En 2014, selon l'étude Demomed menée dans le 14^e arr. par S. Friedli, plus de 50% des médecins généralistes interrogés prévoient de diminuer ou de cesser leur activité dans un délai de 5ans. Près de 50% des médecins interrogés avaient des difficultés à trouver un remplaçant faisant craindre une désertification de la médecine générale libérale notamment dans certains secteurs défavorisés comme celui de la Porte de Vanves(10).

1.1.5 L'exemple voisin du 13^e arrondissement

Nous nous sommes appuyés pour notre étude sur deux travaux de thèse réalisés conjointement par Ophélie de Castelbajac et Philippe Cohen dans le 13^e arrondissement voisin dont le but était d'évaluer les besoins des médecins généralistes en termes d'offre de soins, d'organisation du cabinet et de coopération professionnelle(12,13). Leurs travaux retrouvaient une offre de soin en médecine générale sous-évaluée avec 110 omnipraticiens en activité recensés (129 MEP compris) contre 354 généralistes d'après les chiffres de l'assurance maladie (comprenant un nombre important de médecins salariés, sans activité clinique ou à MEP majoritaire) ; ainsi qu'une évolution démographique inquiétante avec près de 30% de cessation totale d'activité à 5ans. Un tiers des médecins interrogés étaient âgés de plus de 60ans. Si une dynamique d'installation de jeunes médecins était observée elle restait cependant insuffisante et se faisant principalement dans le cadre de mode d'exercice regroupés témoignant d'une volonté de changement d'organisation des jeunes praticiens. Parallèlement, les médecins cessant leur activité avaient du mal à trouver un successeur. Ces travaux faisaient également part de difficultés de prise en charge à domicile notamment et de coordination avec certains confrères spécialistes ainsi qu'avec l'hôpital.

1.2 Evolution des pratiques médicales

1.2.1 Modes d'exercice particuliers

La notion de modes d'exercices particuliers (MEP) pratiqués par des médecins généralistes est ancienne. Ces derniers ont récemment obtenu un changement sémantique au profit du terme de « médecins à expertise particulière ». Cette revalorisation attendue a commencé par la création d'une commission spécifique au sein de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) depuis 2011. Cependant la définition précise des MEP reste floue rendant difficile leur dénombrement : entre 6000 et 20 000 médecins concernés selon que l'on prenne en compte les médecins qui exercent à temps partiel ou ceux qui exercent à temps plein une spécialisation complémentaire à la médecine générale ; ceux qui ont demandé leur qualification au conseil de l'Ordre, et ceux qui ne l'ont pas fait, ceux qui détiennent un diplôme universitaire (DU) ou un diplôme d'étude spécialisé complémentaire (DESC) et ceux qui exercent l'homéopathie ou l'acupuncture sans diplôme depuis de nombreuses années(14). Ces particularités d'exercices s'éloignent parfois significativement du rôle principal attendu d'un médecin généraliste pouvant ainsi fausser la lecture des chiffres officiels de démographie médicale. Selon la Société Européenne de médecine générale – médecine de famille (WONCA Europe) telle que définie en 2002, la médecine générale est une « spécialité clinique orientée vers les soins primaires ». Le médecin généraliste (MG) est entendu comme « médecin traitant de chaque patient, chargé de

dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent »(1). La médecine générale se caractérise entre autres par le fait d'être « le premier contact avec le système de soins (...) prenant en compte tous les problèmes de santé » quels qu'ils soient, avec « un accès ouvert et non limité ». Elle mobilise les ressources du système de santé afin de réaliser la coordination des soins, par le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités. Elle a la responsabilité « d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient » et elle assume également une « responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté ». Enfin elle gère « simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient » (Annexe 2 : Caractéristiques de la discipline de médecine générale selon la Wonca - 2002) (15).

Le terme de MEP est un 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.

Pour la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), un médecin ayant un mode d'exercice particulier est « 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 ». Elle distingue parmi les omnipraticiens libéraux ceux qui exercent réellement une médecine générale « généraliste » de ceux qui pratiquent une médecine plus spécifique (MEP). Le trait commun aux généralistes et aux MEP est la valeur des tarifs conventionnels des actes de consultation et de visite, qui est inférieure à celle des spécialistes. La CNAMTS dresse ainsi une liste limitative des MEP selon qu'ils se rapprochent (gériatrie, médecine du sport, médecine d'urgence...) ou s'éloignent de la médecine générale (allergologie, angiologie, médecine légale, diabétologie).(16)

Selon une enquête de l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) d'Ile de France datant de 2008, les médecins à orientation particulière (MOP), s'ils partagent plusieurs des caractéristiques définies précédemment la WONCA comme l'importance de la qualité relationnelle, la pédagogie et la prévention ; seraient moins souvent médecins de premier recours que leurs confrères, rempliraient moins souvent le rôle de coordinateurs des soins, et attacheraient une importance moins grande à la médecine basée sur des preuves (evidence based medicine) qu'aux outils thérapeutiques alternatifs (homéopathie, ostéopathie, acupuncture). Certains médecins généralistes « traditionnels » reconnaissent pourtant l'utilité de certains de ces outils thérapeutiques (17). Ce qui rend leur distinction peu aisée.

La déclaration des MEP est facultative auprès du Conseil de l'Ordre et de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), ce qui rend difficile leur dénombrement. D'après des données récoltées par l'assurance maladie début 2017, 26% des omnipraticiens parisiens déclaraient un MEP dont la moitié exerçaient en secteur 1 et 45% en secteur 2. Cette proportion élevée semble être une caractéristique de la ville de Paris. Les principaux MEP déclarés représentant les trois quart de ces omnipraticiens étaient : la médecine d'urgence, l'acupuncture, l'angiologie et l'homéopathie.(4)

1.2.2 Féminisation et changement des modes d'exercice

On observe depuis plusieurs années une féminisation de la profession qui se poursuit (38% de femmes en 2007 contre 43% des médecins actifs inscrits à l'ordre en 2017)(1,2). Cette féminisation pourrait avoir une influence dans les changements de modes d'exercices. Selon Friedli, elle pourrait expliquer l'appétence pour le salariat ou pour l'exercice regroupé qui permet pour le premier de s'assurer un

revenu fixe avec des prestations sociales avantageuses et qui permet dans les deux cas de gérer ses horaires de consultation plus aisément qu'en exercice « isolé » afin de mieux les faire coïncider avec une vie de famille. Parallèlement, on observe une augmentation des pratiques de gynécologie et de pédiatrie parmi les médecins généralistes correspondant à une réduction des effectifs de spécialistes disponibles en ville.(10)

1.2.3 Une charge de travail qui pèse sur les médecins

Selon cette même étude, beaucoup de médecins généralistes dans le 14^e arr. auraient un ressenti plutôt négatif par rapport à leur charge de travail, concernant les consultations ou les visites : les trois quarts estiment devoir travailler plus qu'ils ne le souhaitent pour arriver à voir tous les patients qui les demande ou en refusent régulièrement. Beaucoup de médecins ont également refusés de participer à cette étude au motif qu'ils étaient complètement débordés et estiment avoir des difficultés à mener à bien leur travail de manière correcte, notamment en raison d'une surcharge de travail administratif. De ce constat, ressort la nécessité d'analyser les besoins des médecins généralistes et leurs difficultés pour répondre au mieux au défi démographique actuel.

1.3 Evolution de l'organisation des soins

1.3.1 L'exercice pluriprofessionnel en vogue

Le déploiement de structures d'exercice coordonné (maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), centres de santé) est une des solutions apportées par les professionnels et le politique pour augmenter l'attractivité de l'exercice libéral, l'attractivité de certains territoires pour la médecine générale et donc favoriser l'installation de jeunes médecins. Cela constitue un des engagements phare du Pacte Territoire Santé lancé par les pouvoirs publics en 2012 (18). Plusieurs études ont déjà montré la part grandissante de l'exercice salarié, en centre de santé pour les médecins généralistes au détriment de l'exercice libéral(1,4,10). Le développement de maisons de santé s'inscrit pleinement dans les orientations de la stratégie nationale de santé et ce cadre d'exercice est en plein essor avec actuellement plus de mille maisons et pôles de santé à travers la France(19). Contrairement aux centres de santé où les professionnels sont salariés, une MSP est une structure de proximité avec une équipe constituée de professionnels médicaux et para médicaux et, le cas échéant, de pharmaciens. Elle assure des activités de soins sans hébergement et peut participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. L'action d'une MSP s'inscrit dans le cadre d'un "projet de santé", établi à partir d'un diagnostic du territoire et qui témoigne d'un exercice coordonné entre tous les professionnels de santé de la structure, ou associés à ses activités. Les professionnels de santé d'une MSP exercent à titre libéral ; ils peuvent être regroupés physiquement ou non sur un même lieu(20). Cet essor est lié au fait que tout comme dans les centres de santé, ce mode d'exercice semble répondre au moins en partie aux aspirations des professionnels de santé en facilitant la coordination de la prise en charge des patients, la simplicité des échanges pluriprofessionnels, une souplesse dans l'organisation et la gestion du temps de travail et la mutualisation des frais de fonctionnement tout en bénéficiant d'une rémunération spécifique pour la structure s'ajoutant à la rémunération liée aux actes de chaque professionnels de santé. Dans sa thèse Demomed sur le 14^e arr. Friedli évoquait le développement de MSP comme une piste pour répondre aux défis liés à la mutation de l'exercice de la médecine générale : féminisation, volonté de travailler en groupe, généralisation de l'informatisation des cabinets avec toutefois une désaffection pour l'exercice libéral.(10)

Ainsi s'est constituée fin 2016, la première MSP du 14^e arr. (ayant signé le contrat défini par le règlement arbitral du 23/02/2015). Cette MSP constitué en pôle de santé sur deux sites dont un situé dans le secteur de la Porte de Vanves se sont séparées courant 2017 pour former deux entités indépendantes vis-à-vis des financements de l'ARS tout en continuant à collaborer régulièrement avec comme objectif affiché de développer une offre de soins de premier recours coordonnée dans le quartier défavorisé de la Porte de Vanves en favorisant l'installation de jeunes médecins (six médecins de moins de 40ans sur les deux sites).

1.3.2 Un cadre législatif qui évolue

1.3.2.1 *Une organisation territoriale qui promeut les initiatives professionnelles et la coordination*

Dans la dernière loi de santé de 2016, le législateur a mis en place au niveau territorial, des équipes de soins primaires (ESP) et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) dans le but d'aider les professionnels à mieux se coordonner et à structurer leur relation afin d'améliorer le parcours de soins du patient. Les ESP sont un mode d'exercice coordonné des professionnels à l'échelle de la patientèle comprenant au moins un médecin généraliste sur un ou plusieurs sites. Elles peuvent prendre des formes diverses, notamment MSP ou centre de santé sans obligation. Elles se mobilisent autour d'un projet commun à l'équipe qui constitue un pré requis à une contractualisation avec l'ARS aboutissant à un financement. Ce mode d'organisation doit favoriser l'implication et la coordination des professionnels de santé et garantir une cohérence des projets sur les territoires.

Les CPTS, sont à l'initiative des professionnels de santé et s'inscrivent à l'échelle du territoire en collaboration avec d'autres acteurs de 1^{er} ou 2nd recours ou encore des institutions. Elle permet d'identifier et de répondre à des besoins à un niveau populationnel par des projets.

Enfin sur le plan logistique, le législateur a introduit les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) constitué par l'ARS comme appui logistique aux initiatives de professionnels ayant également si nécessaire, le rôle d'aide à l'organisation du parcours de soin du patient et d'orientation des professionnels vers les ressources disponibles au niveau du territoire en vue d'un retour ou d'un maintien à domicile(21,22).

1.3.2.2 *De nouveaux modes de rémunération*

Le soutien aux initiatives des acteurs de terrain qui souhaitent développer le travail en équipe figure parmi les engagements stratégiques du pacte territoire santé. Dans cette logique a été expérimenté entre 2008 et 2014 une diversification des modalités de rémunération des professionnels de santé (ENMR) permettant de valoriser certaines actions mutualisées, portant sur 3 axes : l'accès aux soins, le travail coordonné en équipe pluriprofessionnelle, le partage et la structuration de l'information à travers l'utilisation d'un système d'information pluri professionnel labélisé. Depuis, cet essai a été « transformé » avec la signature en février 2015 d'un règlement arbitral applicable aux structures pluriprofessionnelles de proximité. Se basant largement sur les dispositions des ENMR, dont il prend le relais et qui pérennise la rémunération d'équipe dans un cadre conventionnel, entre l'assurance maladie et les organisations représentatives des professionnels de santé concernés et ce pour une durée de 5 ans. (23,24)

1.4 Le virage ambulatoire

On voit donc à travers ces évolutions la volonté du législateur de redonner du crédit et des moyens aux initiatives locales des professionnels de santé en les regroupant et en leur apportant un appui logistique pour améliorer le parcours de soin du patient. Tout cela s'inscrit dans le cadre d'un « virage ambulatoire » proclamé par les autorités publiques dans la loi Santé 2016 où la Ministre de la santé de l'époque affirmait le rôle central du médecin généraliste dans la coordination des soins entre les professionnels de santé ambulatoire et l'hôpital. Parmi les priorités du texte figuraient le fait de promouvoir les soins primaires, de favoriser la structuration du parcours de santé autour du médecin traitant(25). Cette volonté politique s'est traduit par le Pacte Territoire Santé en 2012, renouvelé en 2015 dont on retrouve parmi les engagements l'objectif de faciliter l'installation de jeunes médecins, de favoriser le travail en équipe et de soutenir l'organisation des soins de ville adaptée à chaque territoire en accompagnant les professionnels de santé.(18)

Ce renforcement de l'organisation et des moyens de la médecine de ville apparaît d'autant plus important que l'hôpital public sous la pression budgétaire cherche lui aussi à opérer « son » virage ambulatoire en développant les hospitalisations de courte durée (<12h), ainsi que certaines activités « hors les murs ». Ce mouvement initié en psychiatrie puis en chirurgie doit se poursuivre avec un objectif de 62% d'activité de chirurgie ambulatoire en 2020 et une extension aux secteurs de médecine (hôpitaux de jour, soins de suite et de réadaptation (SSR) «hors les murs», hospitalisation à domicile (HAD)...).(26) Cette transformation de la prise en charge hospitalière aura bien évidemment un impact majeur sur les prises en charge en médecine de ville notamment pour le médecin traitant, à la fois en tant que coordonnateur du parcours de soins et en tant que médecin de premier recours face à d'éventuelles complications dans les suites d'une prise en charge hospitalière « ambulatoire » (chirurgie ou HAD par exemple). La prise en compte des difficultés d'organisation et de coordination actuelle des médecins généralistes est indispensable afin de pouvoir opérer ce « virage ambulatoire » autour duquel le politique comme les professionnels libéraux et hospitaliers s'accordent. Ce dernier thème fera plus spécifiquement l'objet de la thèse de Sophie Bernard.

1.5 Un manque de données concernant le 14^e arrondissement

De ces mutations émergent de nouveaux défis de santé publique :

- Assurer des soins de premier recours de qualité accessibles à tous dans ces temps de transition démographique et de changement des pratiques
- Faire face aux besoins spécifiques des médecins généralistes pour assurer ce rôle de coordonnateur de la santé du patient.

Des consultations nationales récentes ont mis en évidence des besoins d'organisation et de coordination. Les évolutions du cadre législatif se sont appuyées sur des revendications professionnelles pour donner plus de moyens au système ambulatoire alors que l'hôpital doit réduire les dépenses et les hospitalisations complètes.

La stratégie adoptée par les tutelles passe par la réorganisation de l'offre de soin avec la création des ESP et CPTS. Ces dispositifs sont récents et peu de données existent sur la connaissance qu'en ont les acteurs de terrain. Des nouveaux outils informatiques, de nouveaux modes d'organisations apparaissent, plébiscités par les jeunes générations, mais sont-ils connus, utilisés, efficaces ?

Le recueil de données au niveau d'un territoire de santé est nécessaire pour pouvoir répondre aux problématiques locales.

Notre travail s'intègre dans ce cadre-là : nous espérons avoir une meilleure visibilité de l'offre de soins actuelle en médecine générale et de son évolution dans les prochaines années. Mieux connaître les médecins généralistes, leurs pratiques et leur organisation en fonction des ressources locales est indispensable pour que les tutelles comme les associations de professionnels sur le terrain puissent proposer des solutions adéquates.

1.6 Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude est de réaliser un état des lieux de l'offre de soin libérale en médecine générale dans le 14^e arr. de Paris : préciser les caractéristiques de la population des médecins généralistes, leurs pratiques et leurs besoins en termes d'organisation au niveau du cabinet médical. Il s'agit d'une étude observationnelle transversale quantitative.

2 Méthodes

2.1 Description de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle transversale descriptive quantitative par hétéro questionnaire comprenant principalement des questions fermées auprès des médecins généralistes installés du 14^e arr. de Paris. Ce travail a été mené conjointement avec Sophie Bernard, interne en DES de médecine générale à Paris Descartes.

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^e arr. 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 l'objet de cette thèse.

La seconde partie 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 qui constitue le travail de thèse de Sophie Bernard.

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 de P. Cohen et O. de Castelbajac ayant fait l'objet d'une étude similaire dans le 13^e arrondissement parisien en 2014, 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 et modifications récentes de l'organisation des soins, ainsi qu'aux apports de la thèse Demomed, et aux spécificités du 14^e arr. parisien que nous avons développés dans l'état des lieux.

2.2 Recrutement des médecins

La population source a été établie à partir d'une liste exhaustive des médecins généralistes installés par croisement des annuaires de la CPAM (annuaire ameli.fr), de l'annuaire en ligne du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) consultés respectivement en août et en septembre 2017 et de la liste des médecins généralistes du 14^e arr. fournie par le CNOM sur demande en août 2017.

Etaient éligibles tous les médecins généralistes libéraux (avec une activité libérale stricte ou mixte) installés dans le 14^e arr. (titulaires ou collaborateurs).

Ont été exclus les médecins salariés exclusifs notamment urgentistes (SOS médecins, Urgences Médicales de Paris) ou hospitaliers ou médecins de centre de santé ainsi que les médecins remplaçants. Nous avons considéré que l'organisation administrative propre à l'activité libérale et la charge de travail qui en découle était trop éloignée de celle des médecins salariés ou remplaçant et que notre étude ne serait pas adaptée pour ces praticiens.

Ont également été exclus les médecins n'ayant pas d'activité clinique ou ceux ayant un mode d'exercice particulier correspondant à plus de 50% de leur activité. Pour ce terme, la définition retenue est l'exercice d'une médecine alternative non reconnue par la sécurité sociale (acupuncture, homéopathie...) ou une autre qualification (gériatrie, médecine d'urgence, angiologie...) ayant pour conséquence une pratique qui s'éloigne de l'activité de médecine générale « omnipraticienne » dans le sens du médecin traitant, médecin de premier recours tel que défini par la WONCA(15). Nous avons considéré qu'un MEP correspondant à plus de 50% de la pratique du médecin, l'éloignait suffisamment de cette médecine générale « omnipraticienne », rendant notre questionnaire moins pertinent. Notre directeur de thèse, le Pr Robert Sourzac, exerçant dans l'arrondissement, a également été exclu pour des raisons d'indépendance.

Nous avons réalisé, sur la base de notre liste 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^e 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 6 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 des thèses du 13^e 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 d'un site de prise 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 électronique

Tous les médecins généralistes qui ont pu être joints et qui se sont avérés éligibles se sont vu proposer un entretien en face à face avec un des deux thésards pour le recueil des données par un questionnaire comprenant les questions relatives aux deux thématiques. Cet entretien était fixé par téléphone, au jour et à l'heure convenant au médecin.

Un financement de la future Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) du 14^e arr. a été obtenu à hauteur de 50€ par entretien soit l'équivalent de 2 consultations cotés G ou GS et proposés aux médecins en dédommagement du temps accordé pour l'entretien.

2.3 Recueil de données

2.3.1 Mode de recueil

Les données ont systématiquement été recueillies lors d'un entretien physique avec le médecin généraliste au moyen de l'hétéro questionnaire figurant en Annexe 3 : Questionnaire de thèse. 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 éventuels compléments d'information et explications à délivrer aux médecins interrogés de façon cohérente entre les deux internes. Les réponses aux questions ont été recueillies sur format papier puis saisies informatiquement dans une base de données anonyme commune aux deux internes utilisant le logiciel Excel®. Avec accord du praticien, certains entretiens ont été enregistrés avec retranscription écrite des verbatim afin de pouvoir être analysés.

2.3.2 Données recueillies

Les données recueillies lors de l'entretien figurent dans le tableau suivant et ont été partagées avec Sophie Bernard selon les thématiques respectives :

Le praticien	Sexe Age Type de formation du 3 ^{ème} cycle
Son activité	Type d'activité Statut libéral 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 régulier 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 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 consultations Gestion des demandes de nouveaux patients médecin traitant Organisation de l'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 Durée moyenne d'une visite Freins à prendre de nouveaux patients en visite Visite à domicile (VAD) pluriprofessionnelles 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 un accès téléphonique direct aux praticiens hospitaliers Connaissance des dispositifs d'accès direct existant (médecins partenaires, allo saint Jo)
Développement personnel continu	Modalité de la formation continue Intérêt pour l'organisation de formations dans l'arrondissement
Conditions d'exercices	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 5 ans Succession en cas cessation totale Regroupement pluriprofessionnel envisagé et justification Connaissance des sigles issus des nouvelles réformes de santé

2.4 Analyses statistiques

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 descriptive a été réalisée via le logiciel Excel® sous la forme de moyennes, pourcentages, médiane, écart type, minimum, maximum. Il n'a pas été réalisé de test statistique de significativité. Les effectifs notamment pour certains calculs en sous-groupes étant insuffisants.

Les données chiffrées ont été 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 été retranscrits pour être utilisés à des fins d'illustrations. Ces verbatims ont été regroupés en unité de codage. Certains verbatims pouvant s'intégrer dans plusieurs unités.

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 sexe, du type de diplôme ; du mode d'exercice et de la localisation territoriale, cette dernière a été basée sur les conseils de quartier de l'arrondissement.

2.5 Ethique

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

Comme indiqué plus haut, nous avons obtenu un financement de la part de la future CPTS pour réaliser l'étude. La future CPTS était particulièrement intéressée par les thèmes abordés et l'avis des médecins généralistes. Cependant son intervention dans le contenu de l'étude s'est limitée à des suggestions dans les thèmes à aborder, notamment à propos de la visite à domicile. 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'éventuels sollicitations de la part de la future CPTS.

Deux membres du Jury ont également participé à l'étude en tant que sujet répondant aux critères d'inclusion : Dr Marie Laure Alby et Pr Frédérique Noël. La participation de ces deux membres au Jury leur a été proposé postérieurement aux entretiens. A noter que le Dr Marie Laure Alby est également partie prenante de l'organisation de la future CPTS.

3 Résultats

3.1 Population de l'étude

L'annuaire santé ameli.fr retrouvait 143 médecins généralistes dont 7 doublons soit 136 médecins généralistes.

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

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

La liste fournie par le CNOM retrouvait 136 médecins généralistes dont 7 ne figurant pas dans la liste ameli.fr. A l'inverse, 7 médecins figurant dans la liste ameli.fr ne figuraient pas dans la liste du CNOM et 2 médecins figurant dans l'annuaire du CNOM n'étaient retrouvés ni dans la liste du CNOM ni dans l'annuaire ameli.fr. Au total, nous avons comptabilisé 145 médecins qui ont tous fait l'objet d'appels téléphonique. 29 médecins ont refusé de participer (dont un refusait l'entretien mais aurait accepté de répondre par courrier électronique). 12 médecins n'ont pu être joint malgré au moins 4 relances à des jours et horaires variés. 58 médecins ont été exclus pour les raisons suivantes :

- Mode d'exercice particulier >50% : 35 (60,3% des exclus)
- N'exerce plus à cette adresse : 9 (15,5%)
- Retraité : 7 (12,1%)
- Activité salariée exclusive (urgentistes) : 4 (6,9%)
- Arrêt d'activité : 1 (1,7%)
- Décès pendant l'étude : 1 (1,7%)
- Directeur de thèse : 1 (1,7%)

La majorité des exclus l'ont été en raison de la pratique d'un ou de plusieurs MEP représentant plus de 50% de leur activité. La répartition de ces MEP est représenté dans le tableau suivant :

Tableau 2 : Type de mode d'exercice particulier et nombre des praticiens exclus pour MEP supérieur à 50% de l'activité totale.

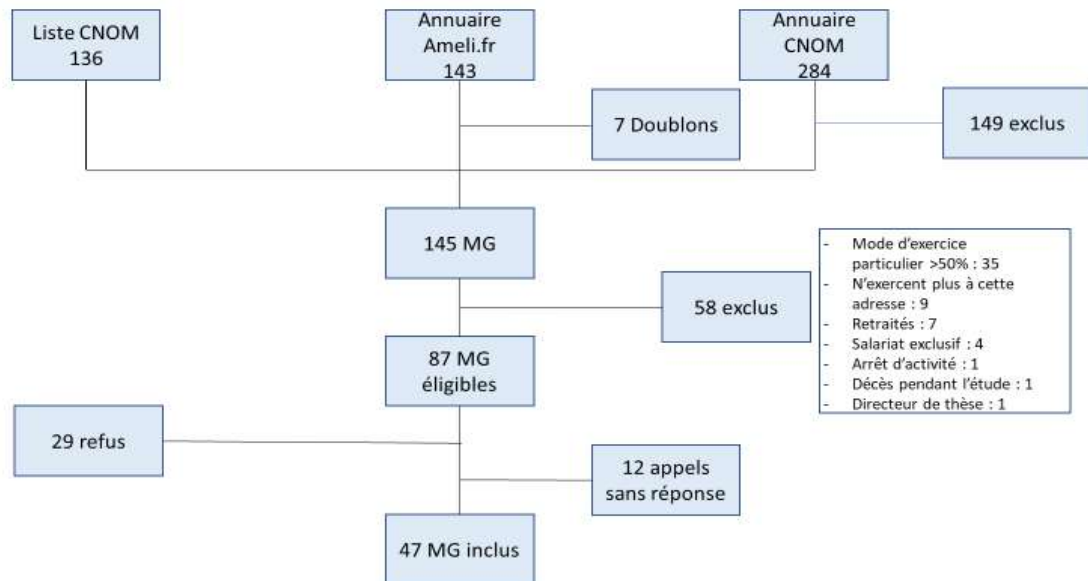
MEP unique	
<i>Type de MEP</i>	<i>Nombre de praticiens</i>
Acupuncture	5
Angiologie	4
Echographie doppler	3
Homéopathie	3
Médecine esthétique	3
Expertise médicolégale	2
Allergologie	1
Chirurgie capillaire	1
Neurophysiologie	1
Médecine de l'adolescent	1
Nutrition	1
Psychothérapie	1
MEP multiple	
Psychothérapie et phlébologie	1
Allergologie et homéopathie	1
Angiologie et expertise médicolégale	1
Nutrition et troubles du comportement alimentaires	1
Homéopathie, micro nutrition, hypnothérapie, hypnose	1
Médecine du sport et mésothérapie	1
Médecine esthétique, mésothérapie, nutrition	1
Micronutrition et ostéopathie	1
Homéopathie et acupuncture	1

Parmi les 58 exclus, 7 médecins étaient récemment retraités, 9 n'exerçait plus à l'adresse indiquée sans qu'il ait été possible de déterminer leur statut exact (changement d'activité, déménagement, retraite). Sur les 87 médecins éligibles nous avons inclus 47 médecins dont les appels ont débouché sur un entretien soit un taux de participation de 54%.

Les entretiens se sont déroulés entre décembre 2017 et mai 2018. Leur durée moyenne était de 43 minutes (de 21 à 150 minutes) avec une durée médiane de 37 minutes.

Ci-après le diagramme de flux de l'étude :

Figure 7 : Diagramme de flux de l'étude.



3.2 Caractéristiques des médecins inclus

Notre population est constituée à 59,6% de femmes contre 40,4% d'hommes. Les classes d'âge extrêmes sont les plus représentées avec 34% de plus de 60ans et 31,9% de 40ans et moins. Il y avait d'avantage d'hommes que de femmes parmi les non répondants (67,5% contre 32,5%) et légèrement plus de médecins conventionnés en secteur 1 (80% contre 74,5%) (Tableau 3). On constate que 68,8% des plus de 60ans sont des hommes alors que 66,7% des 40ans et moins sont des femmes (Figure 8, Figure 9).

Figure 9 : Pyramide des âges des médecins généralistes interrogés.

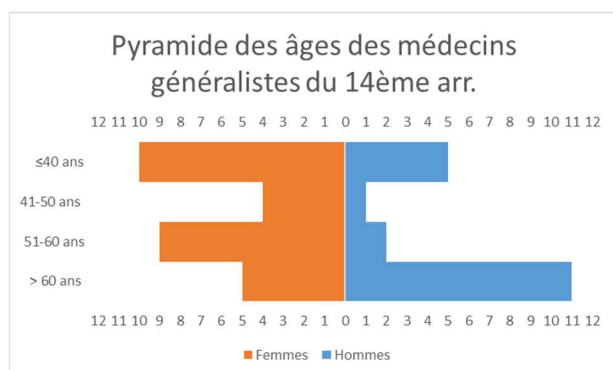


Figure 8 : Répartition du sexe des médecins interrogés selon la classe d'âge.

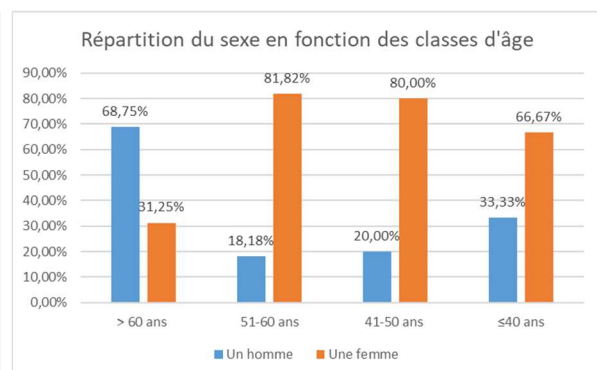


Tableau 3 : Résumé des caractéristiques des médecins généralistes inclus.

Caractéristiques	Inclus (N=47) n (n%)	Non Inclus (N=40) n (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)	
Conventionnement		
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)	
Répartition par quartier		
Didot-Porte de Vanves	10 (21,28)	12 (30)
Jean Moulin-Porte d'Orléans	3 (6,38)	2 (5)
Montsouris-Dareau	2 (4,26)	5 (12,5)
Mouton-Duvernet	14 (29,79)	3 (7,5)
Pernety	12 (25,53)	10 (25)
Raspail-Montparnasse	6 (12,77)	8 (20)

La répartition par quartier selon le statut inclus/non inclus est équilibré concernant les quartiers Didot-Porte de Vanves, Pernety, Jean Moulin-Porte d'Orléans et Raspail Montparnasse. Nous avons eu un taux de réponse bien plus important dans le quartier Mouton Duvernet. Au contraire, le taux de réponse a été plus faible dans le quartier Montsouris-Dareau (Tableau 3, Figure 10 : Répartition des médecins par quartier selon leur statut d'inclusion. , Figure 11). La densité calculée en omnipraticiens est de 6,16/10 000 hab.³

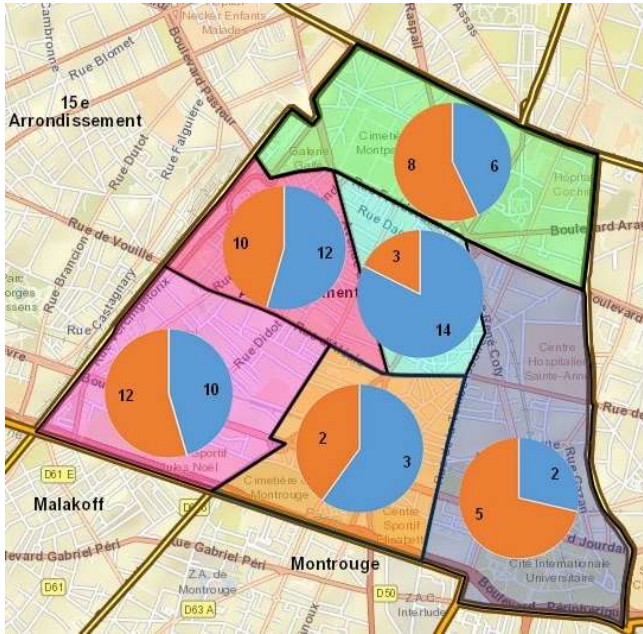


Figure 10 : Répartition des médecins par quartier selon leur statut d'inclusion.

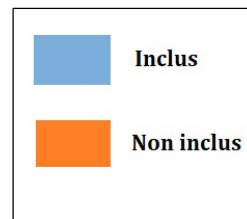
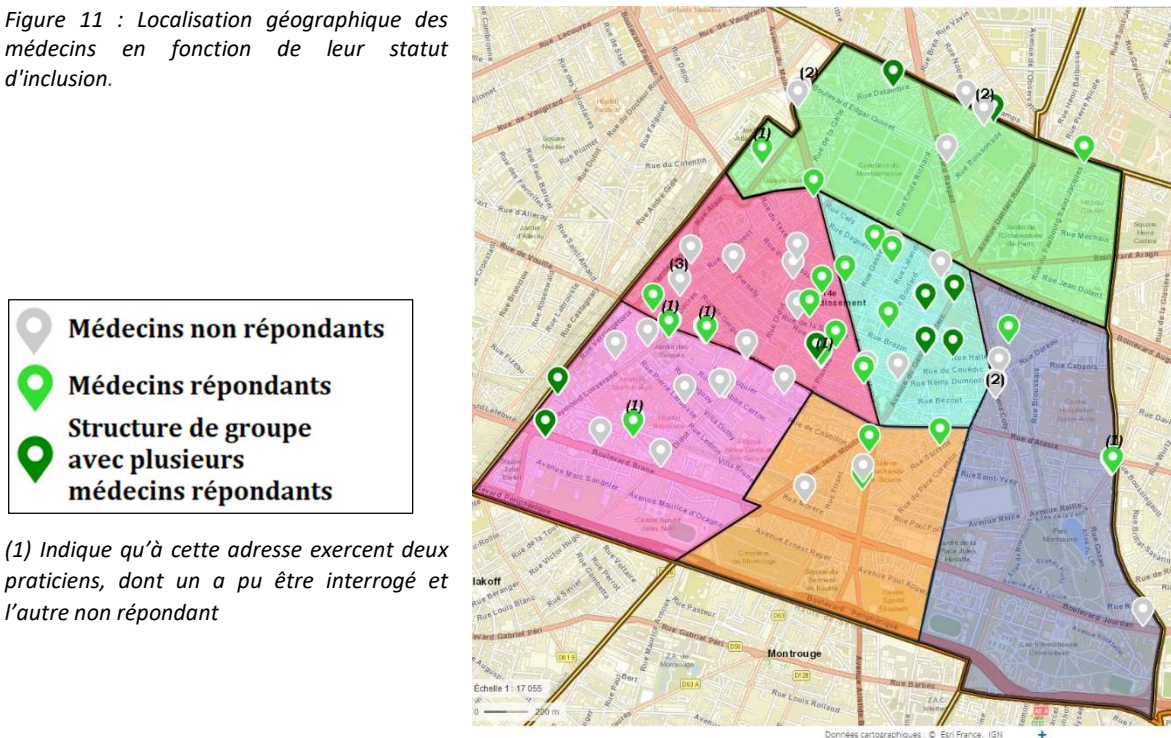


Figure 11 : Localisation géographique des médecins en fonction de leur statut d'inclusion.



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

³ Calcul réalisé à partir de la population légale en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2018 – date de référence statistique : 1^{er} janvier 2015

Le principal motif invoqué pour refuser de participer à l'étude a été le manque de temps pour répondre au questionnaire (47,5%).

Tableau 4 : Etude de la répartition par classe d'âge des médecins répondants selon le quartier.

Quartier	N	> 60 ans	51-60 ans	41-50 ans	≤40 ans
Didot-Porte de Vanves	10	40,00%	10,00%	10,00%	40,00%
Jean Moulin-Porte d'Orléans	3	66,67%	33,33%	0,00%	0,00%
Montsouris-Dareau	2	0,00%	50,00%	50,00%	0,00%
Mouton-Duvernet	14	28,57%	35,71%	7,14%	28,57%
Pernety	12	41,67%	8,33%	8,33%	41,67%
Raspail-Montparnasse	6	16,67%	33,33%	16,67%	33,33%

La répartition de l'âge des médecins selon les quartiers, montre que les quartiers Jean Moulin-Porte d'Orléans et Mouton Duvernet sont ceux où l'on retrouve le plus de médecins âgés, respectivement 100% et 64,3% de plus de 50ans avec cependant de faibles effectifs dans les quartiers Jean Moulin-Porte d'Orléans et Montsouris-Dareau.

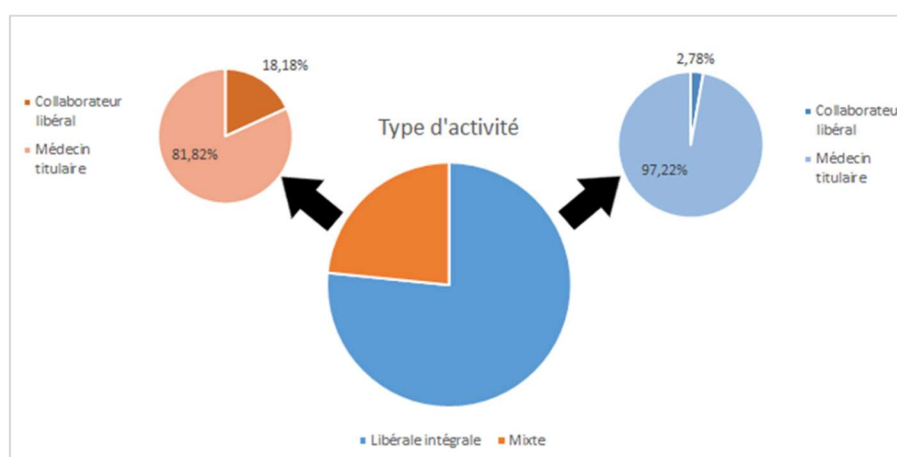
3.2.1 Formation

Les répondants sont issus à 66% d'une formation initiale précédant l'instauration du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine Générale tel qu'il est mis en place aujourd'hui ou sont issus d'une autre formation (médecine militaire, faisant fonction d'interne des hôpitaux, autre spécialité). On retrouve parmi eux une proportion sensiblement égale d'hommes et de femmes (45,2% et 54,8% respectivement). Les médecins issus du DES de MG sont principalement des femmes (68,8%).

3.2.2 Type d'activité

Les trois quarts des répondants ont une activité libérale exclusive (76,6% contre 23,4% qui ont une activité mixte, libérale et salariée). La grande majorité des répondants (93,6%) sont titulaires au sein de leur cabinet contre 6,4% de collaborateurs. Parmi ceux ayant une activité libérale exclusive, la quasi-totalité est titulaire (97,2%). Cette proportion est moindre parmi ceux ayant une activité mixte (81,8%). La proportion d'hommes et de femmes est conservée quel que soit le type d'activité (21,1% d'hommes et 25% de femmes exerçant une activité mixte).

Figure 12 : Type d'activité des médecins généralistes interrogés.



La majorité des répondants pratiquent des tarifs conventionnés en secteur 1 (74,5%). Seul un des répondant n'est pas conventionné. Cette proportion est conservée (80% de secteur 1) chez les non répondants. Parmi les médecins en secteur 2, certains déclarent avoir souscrit à l'OPTAM permettant des dépassements d'honoraires maîtrisés.

L'analyse de la situation conventionnelle selon la localisation géographique révèle que le secteur 2 reste minoritaire dans tous les quartiers, sauf à Montsouris-Dareau qui présente la moitié des médecins répondants en secteur 2 (sur un total de deux médecins interrogés). Tous les quartiers ont au moins 50% de médecins exerçant en secteur 1. Un seul médecin n'est pas conventionné, représentant un tiers médecins répondants du quartier Jean Moulin-Porte d'Orléans.

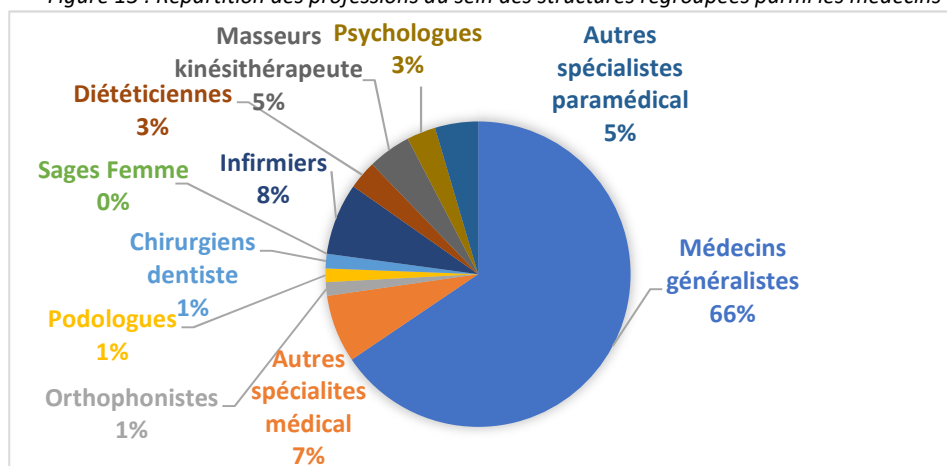
Tableau 5 : Etude de la répartition par conventionnement des médecins répondants selon le quartier.

Quartier	N	Non conventionné	Secteur 1	Secteur 2
Didot-Porte de Vanves	10	0,00%	80,00%	20,00%
Jean Moulin-Porte d'Orléans	3	33,33%	66,67%	0,00%
Montsouris-Dareau	2	0,00%	50,00%	50,00%
Mouton-Duvernet	14	0,00%	64,29%	35,71%
Pernety	12	0,00%	91,67%	8,33%
Raspail-Montparnasse	6	0,00%	66,67%	33,33%

3.2.3 Exercice regroupé

On retrouve 34 médecins soit 72,3% des généralistes interrogés qui partagent des locaux avec d'autres professionnels de santé, représentant 17 structures dans notre échantillon. On compte en moyenne 3,9 professionnels par structure de groupe (médiane à 2). Il y a en moyenne 2,5 MG par structure. Seulement deux cabinets possèdent des infirmières dans leur équipe soit 0,29 IDE par structure. Les autres professions médicales sont en moyenne au nombre de 0,29 professionnels par structure. On compte en moyenne par structure 0,18 kinésithérapeutes, 0,12 diététiciennes et psychologues et 0,06 orthophonistes, podologues et chirurgiens-dentistes. Aucun médecin interrogé n'est associé à une sage-femme dans sa structure. Enfin, les autres professions paramédicales représentent 0,18 professionnels par structure. Ces résultats sont détaillés dans la figure suivante et le tableau figurant en Annexe 4 : Détail de la répartition des professionnels en exercice regroupé :

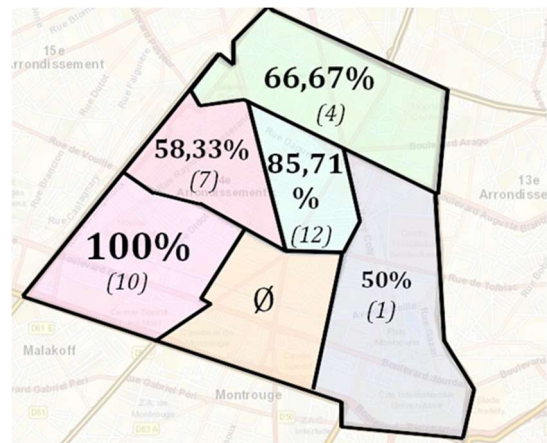
Figure 13 : Répartition des professions au sein des structures regroupées parmi les médecins interrogés.



L'analyse en sous-groupe par quartier détaillée dans la

Figure 14 et le tableau figurant en Annexe 5 : Analyse en sous-groupe de l'exercice regroupé selon la localisation géographique montre de grandes disparités puisque tous les médecins interrogés du quartier Didot-Porte de Vanves travaillent en exercice regroupés contrairement au quartier Jean Moulin-Porte d'Orléans où tous les médecins interrogés travaillent en exercice seul. Les autres quartiers concentrant le plus de praticiens en exercice regroupés sont Mouton Duvernet (85,7%), suivi de Raspail-Montparnasse 66,7%), Pernety (58,3%) et enfin, Montsouris-Dareau (50%).

Figure 14 : Répartition des cabinets en exercice regroupé par quartier.



3.2.3.1 Cas particulier des MSP

Douze médecins soit 25,5% des généralistes interrogés déclarent travailler au sein d'un regroupement pluriprofessionnel type « maison de santé ». Ces structures sont au nombre de quatre, représentant 23,5% des structures regroupées, localisées en premier lieu dans le quartier Didot-Porte de Vanves avec une structure regroupant cinq médecins soit 50% des répondants sur ce quartier bénéficiant de l'installation récente (fin 2016) d'une MSP avec sept médecins généralistes. Vient ensuite Mouton Duvernet avec cinq médecins soit 35,7% des effectifs du quartier et Raspail Montparnasse avec deux médecins soit 33,3% des effectifs du quartier estimant travailler en structure type MSP. Trois des six quartiers du 14^e arr. ne possèdent aucune structure pluriprofessionnelle de type MSP (Figure 15 : Répartition des médecins exerçant en exercice pluriprofessionnel « type MSP » par quartier.). Parmi ces médecins 66,7% d'entre eux ont moins de 40 ans et 75% d'entre eux sont issus du DES de médecine générale.

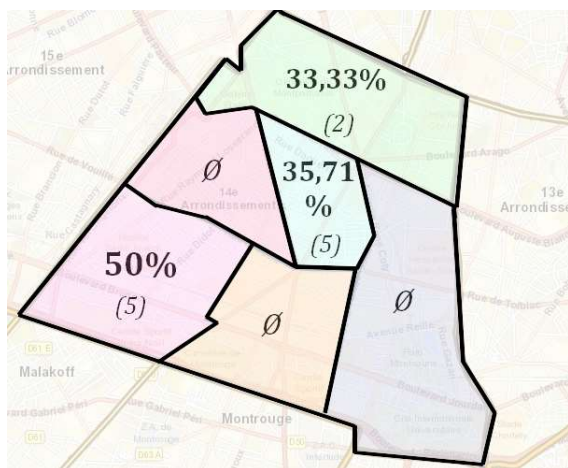


Figure 15 : Répartition des médecins exerçant en exercice pluriprofessionnel « type MSP » par quartier.

(X) indique le nombre de structure « type MSP » par quartier

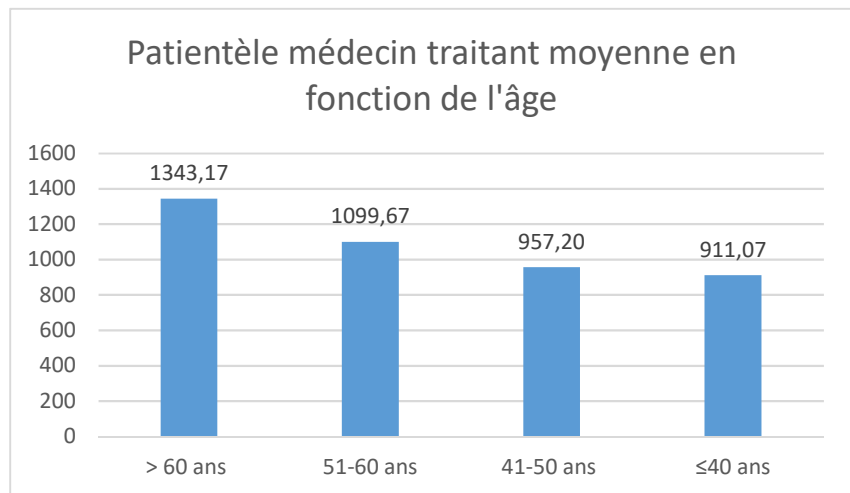
3.3 Activité des médecins généralistes

3.3.1 Volume de patientèle

3.3.1.1 Adultes

La patientèle « médecin traitant » est en moyenne de 1095 patients pour chaque médecin (Me=1163,5 ; Min=100 ; Max=3000). La répartition de la patientèle selon les classes d'âge est présentée dans la figure suivante :

Figure 16 : Patientèle médecin traitant moyenne en fonction de la classe d'âge.



3.3.1.2 Enfants

Les répondants sont 80,9% à déclarer suivre régulièrement des enfants. Parmi eux 57,9% sont déclarés médecin traitant d'enfants auprès de la sécurité sociale contre 46,8% dans l'échantillon total (médecins interrogés suivant régulièrement ou non des enfants). Certains médecins insistent sur le fait que c'est au parent de les déclarer, pas à eux, c'est donc auprès des parents qu'il faudrait communiquer sur cette mesure « *à aucun moment les parents ne sont au courant de ça* ». Plusieurs médecins déclarent avoir récemment pris connaissance de cette possibilité ou l'ont découvert pendant l'entretien et posent la question de l'intérêt d'une telle démarche, « *les gens ne sont pas demandeur* » ; « *Je comprends bien que c'est pour repérer les médecins traitants, ils sont obligés de faire ça pour la ROSP mais je trouve ça absurde* ». Ils pointent également des difficultés techniques liées à la télédéclaration (enfant absent de la carte vitale des parents, service non disponible avec certaines caisses de sécurité sociales).

3.3.2 Volume horaire

3.3.2.1 Temps clinique

Le temps hebdomadaire dédié à l'activité clinique évalué par les médecins généralistes est en moyenne de 39,9 heures par semaine (Min=20 ; Max=62,5 ; Me=40).

3.3.2.2 Temps administratif

Le temps hebdomadaire dédié aux tâches administratives est lui évalué à 5,3 heures en moyenne (Min=1 ; Max=17 ; Me=4,5). L'évaluation du temps consacré aux tâches administratives et du temps clinique dans une moindre mesure a été difficile pour nombre de médecins. Notamment car certains y consacrent une partie de la soirée, ou du week-end après leur retour au domicile. D'autres expliquent que grâce à la dématérialisation, un certain nombre de tâches se font au fil de la journée, y compris pendant les consultations : « *maintenant il y a quand même beaucoup de choses en ligne alors on peut faire pendant la consultation* ». Un des médecins évoque la difficulté de définir les « tâches administratives » : « *est-ce que répondre à des courriers ou appeler des confrères c'est du temps administratif ?* »

3.3.2.2.1 Analyses en sous-groupe

L'analyse en sous-groupe en fonction de l'âge, montre que les plus de 60ans sont ceux qui ont le plus de temps de travail clinique et administratif hebdomadaire, cependant si le temps administratif semble augmenter avec l'âge de façon linéaire, ce n'est pas le cas pour le temps de travail clinique hebdomadaire (Figure 17, Figure 18).

Figure 18 : Analyse en sous-groupe du temps d'activité administratif hebdomadaire en fonction de l'âge.

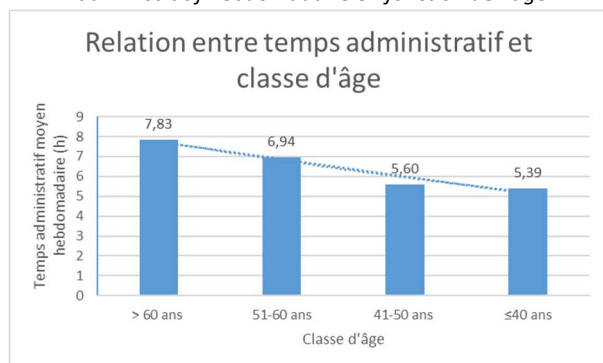
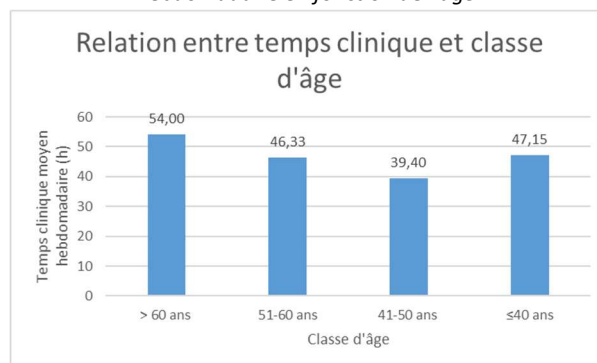
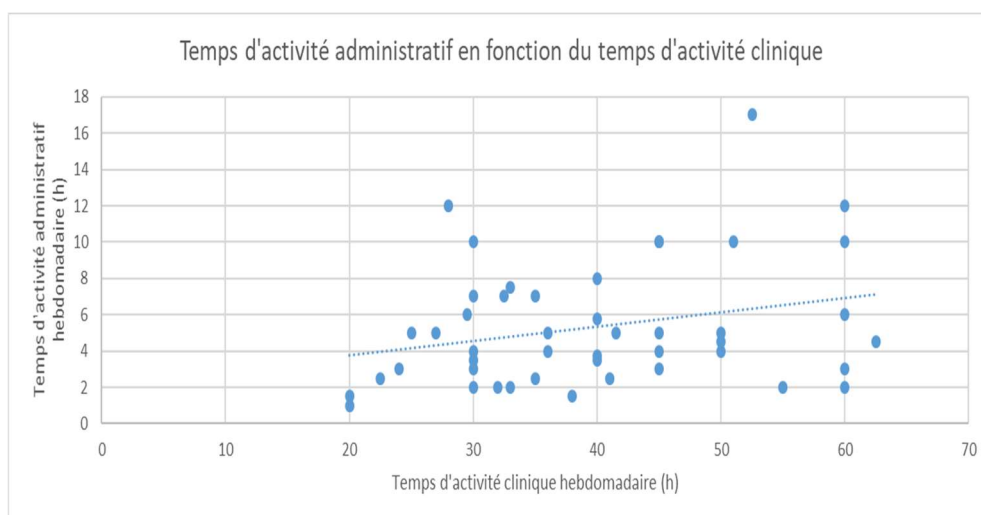


Figure 17 : Analyse en sous-groupe du temps d'activité clinique hebdomadaire en fonction de l'âge.



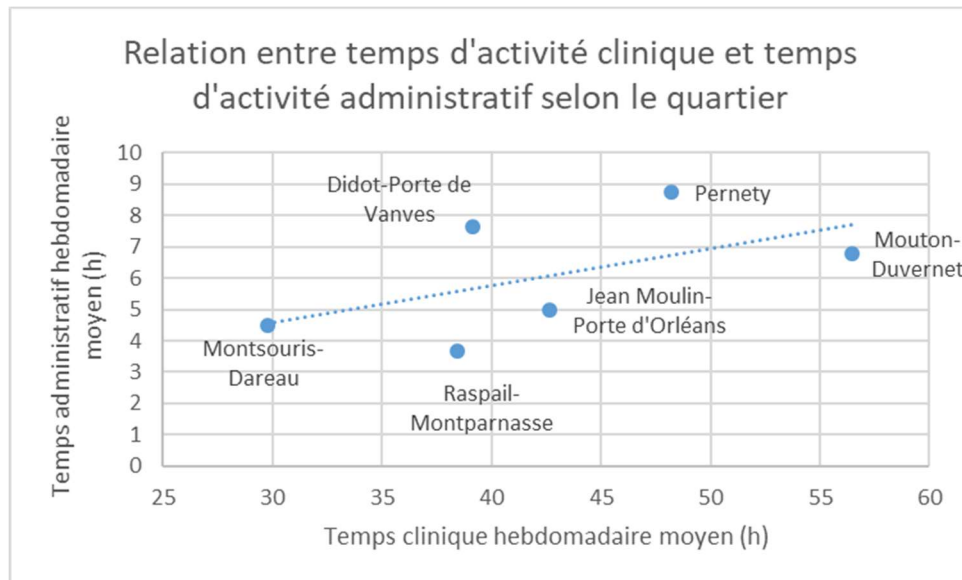
L'analyse du temps d'activité administratif en fonction du temps d'activité clinique, résumé par la figure suivante ne semble pas montrer de relation exponentielle entre ces deux variables.

Figure 19 : Analyse en sous-groupe du temps d'activité administratif hebdomadaire en fonction du temps d'activité clinique hebdomadaire.



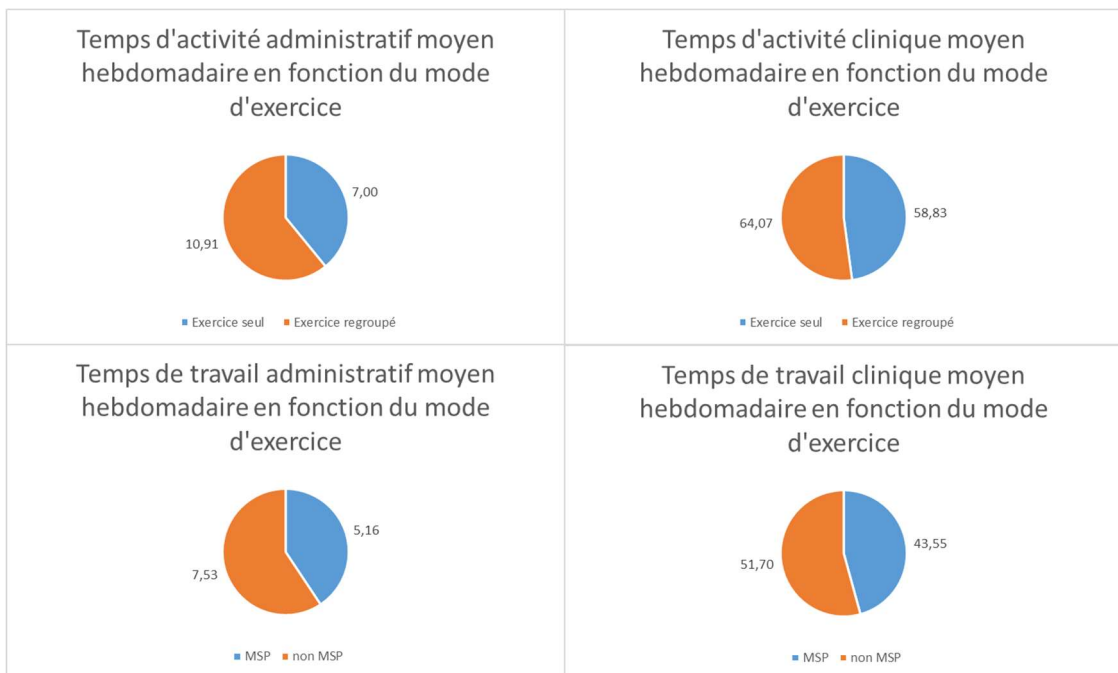
On retrouve cependant une possible relation entre temps d'activité clinique et temps d'activité administratif selon le quartier : certains quartiers comme Mouton-Duvernet ou Pernety semblent avoir une forte de charge de travail administrative et clinique contrairement aux quartier Montsouris-Dareau ou Raspail Montparnasse.

Figure 20 : Analyse en sous-groupe de la relation entre temps d'activité clinique et administratif hebdomadaire selon la localisation géographique.



Enfin l'analyse en sous-groupe du temps d'activité selon le mode d'exercice montre que les médecins exerçant seuls ont un temps de travail clinique moindre que les médecins en exercice regroupés (58,8h/sem. contre 64,1h/sem.) ainsi qu'un temps de travail administratif également moindre (7h/sem. contre 10,9h/sem.). Concernant les médecins exerçant en MSP, ils semblent également avoir un temps de travail clinique et administratif moindre (respectivement 43,6h/sem. contre 51,7h/sem. et 5,2h/sem. contre 7,5h/sem.).

Figure 21 : Analyse en sous-groupe du temps d'activité hebdomadaire en fonction du mode d'exercice (h).



3.3.2.3 Horaires des consultations

On constate que la majorité des praticiens (54,5%) commencent leur activité en semaine entre 8h et 9h et terminent entre 19h et 20h (48,9%). Ils sont seulement 1,7% à commencer avant 8h le matin et 11,9% à terminer après 20h le soir. En semaine, 22,6% des matinées et 20,9% des après-midi ne sont pas travaillées avec un maximum de 31,9% de demi-journées (matinée et après-midi) non travaillées le mercredi. Le samedi matin 40,4% des médecins interrogés travaillent et 10,6% le samedi après-midi. Le tableau décrivant les horaires de travail (début et fin d'activité) des praticiens figure en Annexe 6 : Horaires de travail des médecins généralistes

3.3.2.4 Remplacement

Parmi les médecins interrogés, 22 se font remplacer régulièrement durant la semaine soit 46,8% de notre échantillon, pour une durée moyenne 3,8 demi-journées par semaine (Me=4).

3.3.3 Relevé individuel d'activité

Nous avons pu obtenir les relevés individuels d'activités (RIAP) correspondant aux années 2016 ou 2017 communiqués aux médecins par la sécurité sociale pour 19 d'entre eux, soit 40,4% de réponses. Les résultats sont résumés dans le Tableau 6.

Tableau 6 : Tableau de synthèse des résultats des données du Relevé Individuel d'Activité et de Prescription.

	N	N(%)	Moyenne	Médiane	Ecart type	[Min-Max]
Nb de RIAP complets récupérés :	19	40,42%				
Nb Consult par an	21		3631,9	4095	1515	[1200-6886]
Nb VAD par an	19		299,79	162	411	[11-1754]
% CMU	18		5,92	5,3	2,62	[2,39-11,94]
% <16ans	18		9,7	9,2	3,5	[3,19-15]
% >70ans	18		13,7	13	11,3	[2,3-49,73]

L'analyse en sous-groupe en fonction de l'âge montre que les médecins réalisant le plus de consultation sont ceux de plus de 60ans. Les médecins réalisant le plus de VAD sont également ceux de plus de 60ans avec plus de 500 VAD par an en moyenne. On observe ensuite un gros écart avec la classe des 41-50ans réalisant en moyenne 222 VAD par an puis les 40ans et moins avec 167 VAD par an et enfin les 51-60ans avec 113 VAD par an en moyenne. Les résultats sont détaillés dans les figures suivantes.

Figure 22 : Nombre moyen annuel de VAD par classe d'âge.

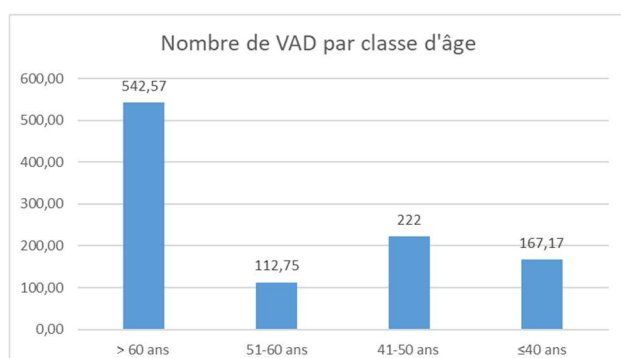
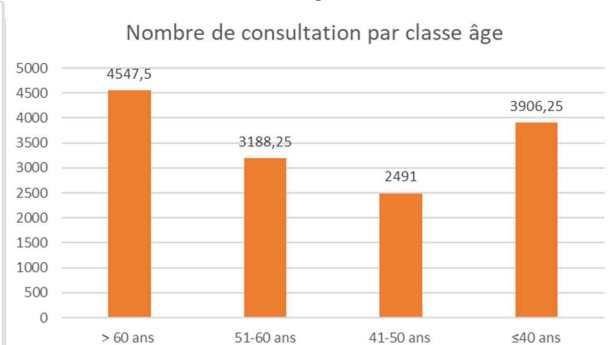


Figure 23 : Nombre moyen annuel de consultation par classe d'âge.



3.3.4 Exercice particulier

3.3.4.1 Mode d'exercice particulier

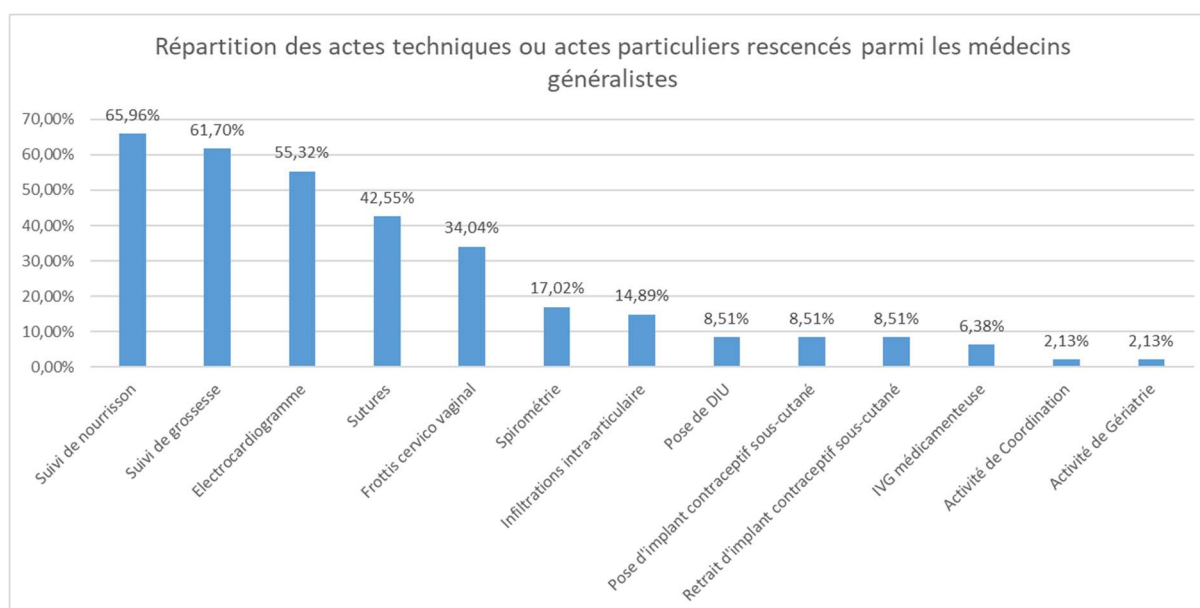
Huit médecins ont déclaré un MEP soit 17% des médecins interrogés. En comptabilisant les médecins exclus pour MEP>50%, le taux de MEP dans l'arrondissement est de 49,4%. Ces MEP représentent en moyenne 17,3% de l'activité des praticiens. La répartition des MEP est la suivante :

Tableau 7 : Type de MEP et nombre de praticiens parmi les médecins répondants.

Type de MEP	Nombre de praticien
Médecine de sport	2
Mésothérapie	2
Psychothérapie/thérapie analytique	2
Nutrition	1
Hypnose	1
Homéopathie	1
Acupuncture	1
Andrologie	1
Sexologie	1

Gestes techniques et actes particuliers

Figure 24 : Répartition des actes techniques ou particuliers recensés parmi les médecins généralistes

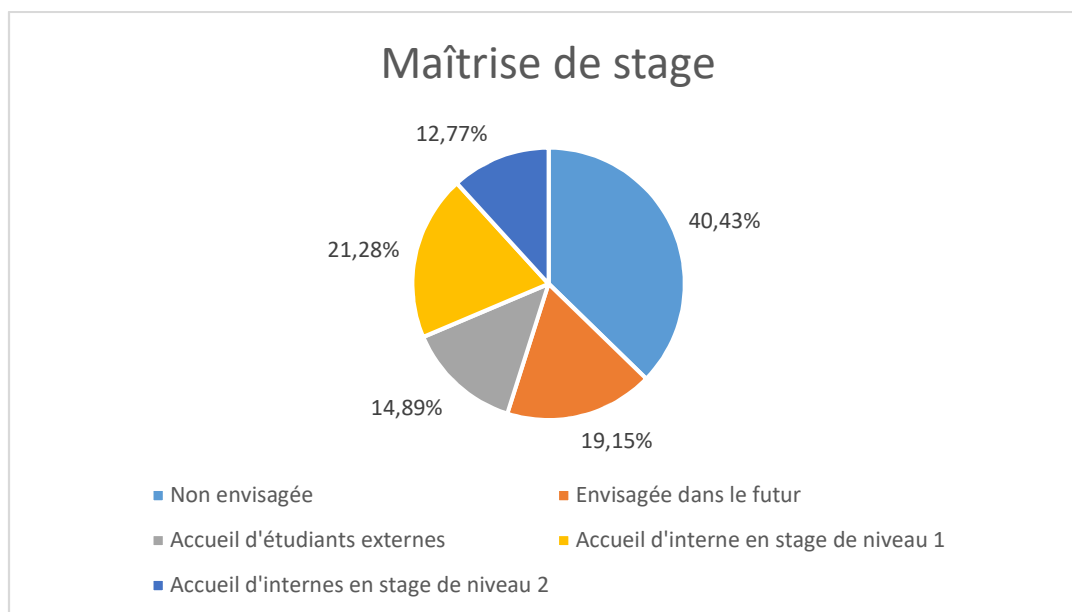


Plus de 60% des médecins interrogés déclarent suivre habituellement des nourrissons et des femmes enceintes. Les médecins interrogés pratiquent pour 55,3% d'entre eux des électrocardiogrammes (ECG) ; 42,6% d'entre eux réalisent des gestes de sutures simples ; 34% d'entre eux pratiquent des frottis cervico-vaginaux. Parmi les autres gestes techniques recensés la spirométrie et les infiltrations intra articulaires sont réalisés respectivement par 17% et 14,9% des médecins interrogés. Les autres gestes techniques de gynécologie (pose/retrait de dispositif intra utérin (DIU) et d'implant, interruption volontaire de grossesse médicamenteuse) sont plus rares (<10% des médecins interrogés). Enfin deux médecins ont tenu à signaler comme acte particulier l'activité de coordination

dans le cadre du pôle de santé pour l'un et l'activité de gériatrie pour l'autre. Plusieurs médecins déclarent avoir cessé de réaliser des actes pratiqués en début de carrière par manque de disponibilité ou à cause de leur pratique trop peu fréquente. Une des raisons invoquées par certains généralistes est la présence abondante de spécialistes à Paris qui les déchargent de certains actes : « *A Paris ils ont tous leur pédiatre* » ; « *Paris a assez de gynécos pour [qu'il/elle pose des DIU]* ». Emerge également de l'analyse des verbatims la notion de complémentarité concernant certains actes de gynécologie notamment entre confrères au sein des cabinets de groupe.

3.3.5 Maîtrise de stage

Figure 25 : Etat de lieux des terrains de stage universitaires parmi les médecins répondants.



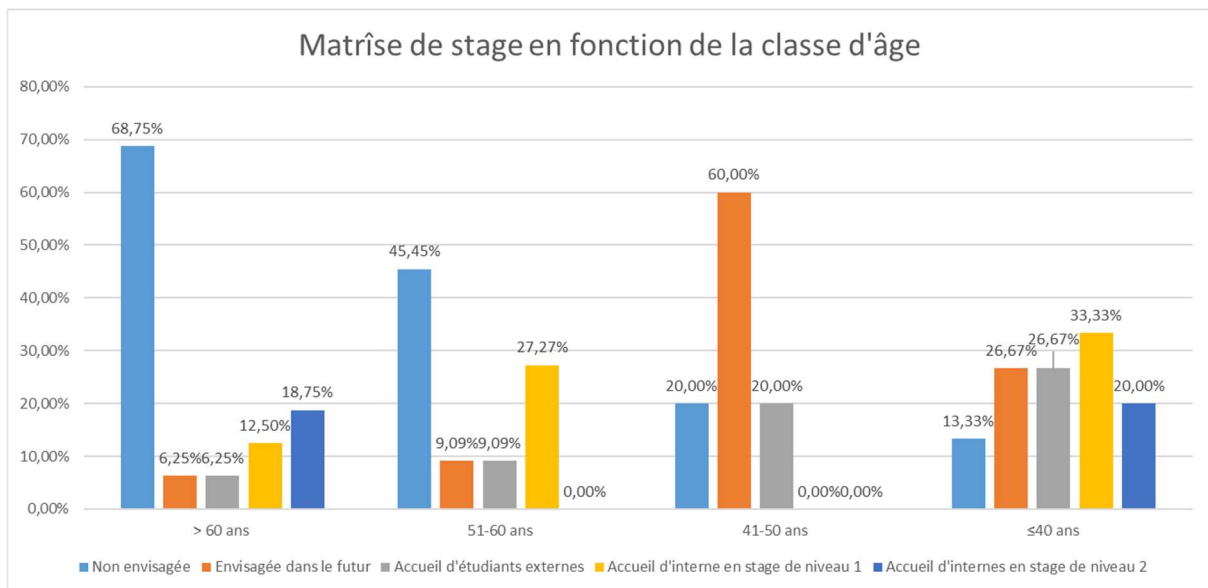
Les médecins interrogés sont 59,6% (soit 28 médecins sur 47) à recevoir ou à envisager de recevoir dans le futur des étudiants en médecine en tant que maître de stage dont 40,4% soit 19 médecins qui en reçoivent d'ores et déjà. L'analyse des verbatims fait ressortir chez certains médecins des réticences à accueillir des étudiants par la difficulté d'introduire un tiers dans la consultation : « *Je pense que j'ai des choses à apprendre aux gens éventuellement mais (...) j'ai du mal à mettre un tiers comme témoin* ». D'autres invoquent des raisons matérielles non optimales : « *pas de place (...) pas de secrétariat* ».

3.3.5.1 Analyses en sous-groupe

L'analyse du statut de maître de stage selon les classes d'âge fait apparaître deux gradients selon l'âge et l'expérience des praticiens : Les médecins les plus âgés n'envisagent pas la maîtrise de stage pour la plupart (68,8% des plus de 60ans et 45,6% des 51-60ans). Ceux qui l'envisagent le plus sont les 41-50ans à 60% puis les 40ans et moins pour 26,7% d'entre eux. Le deuxième gradient concerne le type d'étudiant accueilli : les 40 ans et moins (où l'on retrouve le plus de MSU : 80% de la classe d'âge), accueillent principalement des étudiants « novices » de deuxième cycle pour 33,3% des MSU et des internes en stage de niveau 1 pour 41,7% puis des internes de niveau 2 pour 25% d'entre eux. A l'inverse, les plus de 60ans accueillent principalement des internes (pour 83,3% des MSU de cette classe d'âge) en stage de niveau 2 pour 50% d'entre eux, donc plus expérimentés. Les MSU de 51 à 60ans accueillent principalement des internes en niveau 1 (75% des MSU de cette classe d'âge) et ceux

de 41 à 50ans uniquement des étudiants de deuxième cycle (un médecin concerné). Ces résultats d'analyse en sous-groupe en fonction de l'âge sont résumés Figure 26.

Figure 26 : Analyse en sous-groupe de la maîtrise de stage en fonction de la classe d'âge



Lors de l'analyse en fonction du type de diplôme du 3^{ème} cycle, on constate que 93,8% des médecins issus du DES de MG envisagent d'être MSU ou le sont déjà pour 75% d'entre eux contre 54,8% chez les médecins issus d'une autre formation.

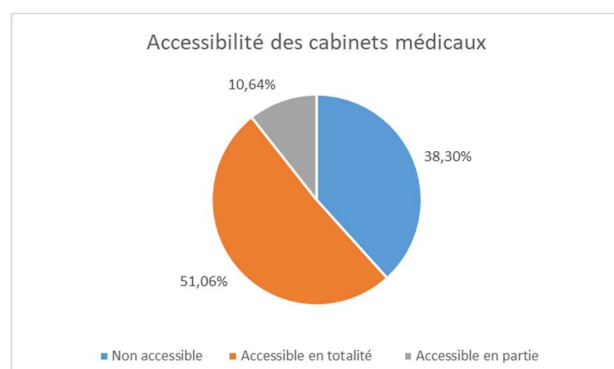
L'ensemble des résultats concernant l'activité des médecins généralistes est détaillé dans le tableau de synthèse figurant en Annexe 7 : Synthèse des résultats concernant l'activité des médecins généralistes.

3.4 Organisation du lieu d'exercice et des consultations

3.4.1 Accessibilité des locaux aux personnes à mobilité réduite

Les résultats concernant l'accessibilité sont résumés dans la figure suivante :

Figure 27 : Accessibilité des cabinets médicaux des médecins interrogés.



3.4.1.1 Analyses en sous-groupe

Le regroupement ne semble pas être un facteur d'accessibilité des cabinets, en effet : seulement un cabinet regroupé sur deux est entièrement accessible contre 53,9% des cabinets en exercice isolé. Ceux-là sont même plus souvent accessible que les cabinets en exercice regroupés (69,2% contre 58,8% accessibles au moins en partie). De même, les médecins n'envisageant pas de regroupement en MSP sont plus souvent accessibles (71,4% au moins en partie) que ceux estimant travailler en MSP (66,6%).

Concernant l'analyse en sous-groupe selon l'âge : 73,3% des 40ans et moins travaillent dans un cabinet totalement accessible contre 50% pour les plus de 60ans. Les classes d'âges où l'on retrouve le moins de cabinets accessibles sont les 51-60ans pour lesquels 72,7% des cabinets sont non accessibles et les 41-50ans dont 40% ne sont pas accessibles aux PMR.

3.4.1.2 Mise aux normes

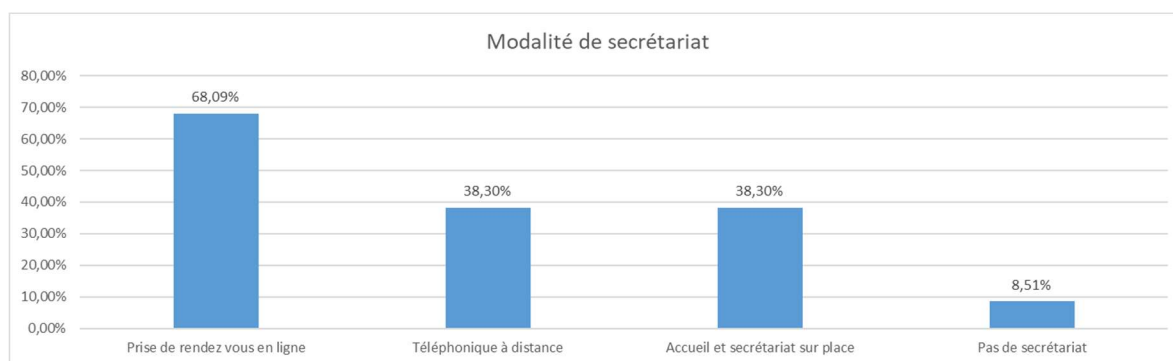
Enfin 78% des médecins travaillant dans un cabinet non accessible n'envisagent pas de mise aux normes. On en retrouve les raisons dans les verbatims : un certain nombre de généralistes ont obtenus une dérogation, notamment du fait de l'impossibilité de réaliser des travaux ou du refus de la copropriété. Cependant plusieurs médecins affirment avoir des patients en fauteuil se déplaçant au cabinet malgré le fait que le cabinet de soit pas aux normes, les confortant dans leur situation.

3.4.2 Secrétariat

3.4.2.1 Type de secrétariat

Les modes de secrétariat les plus représentés sont la prise de rendez-vous en ligne pour 68,1% des médecins interrogés suivi par le secrétariat physique sur place et secrétariat téléphonique à distance pour 38,3% des médecins. Enfin 8,5% des médecins assurent eux même les fonctions de secrétariat. Parmi les 18 médecins ayant un secrétariat physique sur place, 16 combinent cette modalité avec la prise de rendez-vous en ligne soit 88,9%. Parmi les 18 médecins ayant un secrétariat téléphonique à distance, neuf soit la moitié ont également une solution de prise de rendez-vous en ligne.

Figure 28 : Modalités de secrétariat des médecins interrogés.



3.4.2.1.1 Analyse en sous-groupe

On observe que seulement 8,3% des médecins travaillant en cabinet dit « isolé » possèdent un secrétariat sur place contre 50% pour les médecins en exercice regroupés, ce chiffre monte à 91,7% chez les médecins déclarant travailler dans une structure de soins regroupée « type MSP ». Même si la prise de rendez-vous en ligne apparaît majoritaire, plusieurs des médecins interrogés sont très critique vis-à-vis de ce mode de secrétariat justifiant pour certains leur refus d’y avoir recours pour des raisons éthiques : à cause l’inégalité d’accès qu’elle engendre pour certains patients, âgés et non informatisés notamment : « *comment font les personnes âgées qui n’ont pas accès à internet ? Et j’ai beaucoup de mes confrères du 14^e (...) qui le font pour éliminer, écrémer, avoir une clientèle plus jeune* ». L’association d’une solution de prise de rendez-vous en ligne et d’un secrétariat téléphonique ne semble pas être une solution suffisante : « *il y a tellement un manque de médecins que [les rendez-vous] sont pris par des patients nouveaux que je ne connais pas et je n’ai plus de place pour mes patients* ». Certains médecins préfèrent donc assumer cette charge afin de garder préserver une certaine qualité relationnelle : « *je ne suis pas un médecin ‘kleenex’, [jetable], je suis médecin de famille, les patients me connaissent et je connais mes patients* ».

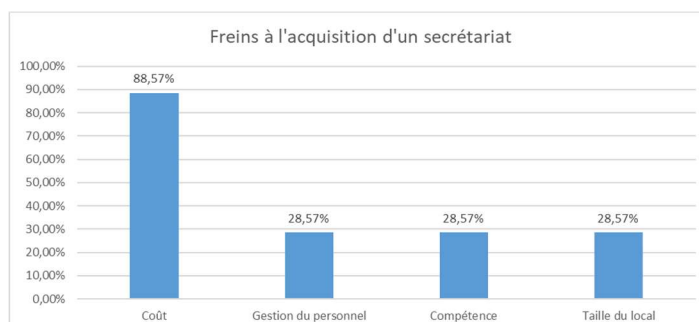
3.4.2.2 Délégations de tâches

Parmi les médecins interrogés, 38,1% délèguent certaines tâches administratives à leur secrétariat ou à des proches bénévoles (80% d’entre eux bénéficiant d’un secrétariat physique sur place). Tous les médecins interrogés qui n’ont pas de secrétariat, délègueraient des tâches administratives s’ils en possédaient un. Aux médecins ayant déjà un secrétariat sur place, nous leur avons demandé s’ils délègueraient davantage si leur secrétariat était mieux formé et 45,5% ont répondu positivement à cette question. Certains médecins préfèrent ne pas déléguer de tâches administratives notamment d’encaissement des paiements estimant que ce n’est pas le rôle du secrétariat. D’autres préfèrent gérer eux même la gestion du courrier par exemple estimant que cela permet d’avoir une meilleure vision d’ensemble du dossier, actualisée régulièrement : « *[le courrier] est imprimé un peu quelque part dans ma tête* » ; « *je regarde [le courrier] en même temps que je le scanne* » ; « *je mets à jour le dossier* ». Les autres freins à la délégation de tâche évoqués sont le coût et la compétence du secrétariat : « *le seul papier que je leur ai fait remplir, c’était mal rempli* ».

3.4.2.3 Freins

Près d’un quart (74,5%) des médecins interrogés déclarent avoir des freins en termes de secrétariat au premier chef desquels le coût de ce dernier pour 88,6% d’entre eux. Les réponses aux différents types de freins identifiés à l’acquisition d’un secrétariat physique sur place ont été listé dans le diagramme suivant :

Figure 29 : Freins à l'acquisition d'un secrétariat physique parmi les médecins interrogés estimant en avoir.



Si le principal frein évoqué est le coût du secrétariat, on remarque à travers les verbatims, les autres freins cités qui sont intriqués. En effet, la compétence a un coût : « avoir un personnel qualifié ça implique quelqu'un qui soit formé, qui ait une certaine maturité et malheureusement c'est beaucoup trop cher » ; « il est presque impossible de trouver un secrétariat formé à l'urgence, alors que c'est la gestion des urgences qui est un problème ». La problématique est également réduite à une question de coût : « il faut lui trouver un bureau donc c'est des mètres carrés et vu le prix du mètre carré à Paris ce n'est pas possible ». Et un des médecins d'ajouter que la formation du personnel est particulièrement chronophage : « c'est très long et difficile de former soi-même ».

3.4.2.4 Mutualisation du secrétariat

On compte 24 médecins soit 51,1% intéressés par un système de secrétariat physique mutualisé. Aucun des médecins qui assurent eux même les fonctions d'accueil et de secrétariat ne sont intéressés par un tel système (soit zéro sur quatre médecins). On retrouve dans les verbatims des médecins des avis partagés : positifs en insistant sur la compétence nécessaire à une secrétaire de ce type et la notion de « temps dédié » pour certaines tâches. Les verbatims négatifs pointent la nécessité d'un temps de présence significatif sur place pour bien connaître le cabinet et ses habitudes ainsi que la problématique du coût. Une initiative de cet ordre déjà été envisagé par plusieurs médecins du quartier puis abandonnée car jugée « trop compliquée à mettre en œuvre ».

L'étude de ces résultats en sous-groupe, montre que les médecins intéressés par un tel système sont plutôt ceux estimant avoir des freins en termes de secrétariat (60%). La présence ou l'absence de secrétariat physique n'est probablement pas un facteur lié à l'intérêt d'une telle mesure (respectivement 55,6% et 48,3% d'intérêt).

L'étude de ces résultats selon le temps dédié aux tâches administratives détaillée dans le tableau suivant, montre qu'il n'y a probablement pas de lien statistique entre le temps administratif déclaré par les médecins et leur intérêt pour la mutualisation d'un secrétariat physique.

Tableau 8 : Calcul du temps de travail administratif hebdomadaire moyen en fonction de l'intérêt pour un système de secrétariat mutualisé.

Variable	Temps de travail administratif (h)	N(miss)
Intérêt	5,19	24(0)
Pas d'intérêt	5,48	22(1)

3.4.3 Consultations

La question des visites à domicile sera traitée plus loin, faisant l'objet d'un chapitre de notre étude.

3.4.3.1 Organisation de l'agenda des consultations

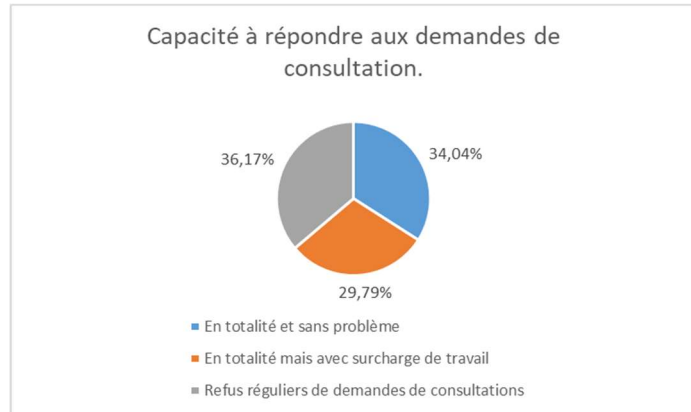
La majorité des médecins interrogés consultent uniquement sur rendez-vous (66%) contre 34% avec et sans rendez-vous. Aucun des médecins interrogés ne travaille de façon exclusive sans rendez-vous. Plusieurs des médecins interrogés ont mis en place un système de créneaux d'urgence libérés le jour même ou pour ceux en exercice regroupé, un roulement entre médecins afin de pouvoir gérer les demandes urgentes sur des créneaux dédiés. « [les créneaux d'urgence] c'est plus pratique à gérer qu'un sans rendez-vous. On peut avoir un sans rendez-vous complètement vide, c'est impossible à

anticiper alors que ces créneaux les gens les prennent le jour même et ils ont aussi un horaire de passage donc ça permet de mieux gérer au niveau du timing, c'est plus confortable pour tout le monde ».

3.4.3.2 Capacité à répondre à la demande de consultation

Les résultats concernant la réponse aux demandes de consultations sont résumés dans la figure suivante :

Figure 30 : Capacité à répondre aux demandes de consultations.



Parmi les raisons avancées de refus, certains médecins plus souvent en fin de carrière refusent de voir de nouveaux patients mais acceptent des demandes de rendez-vous de leur patientèle habituelle. D'autres refusent surtout en fin de journée : *« moi non plus je n'ai pas envie de rentrer à 21h30 ».*

3.4.3.3 Prise en charge de nouveaux patients comme médecin traitant

Concernant les demandes de prise en charge comme médecin traitant par de nouveaux patients, 87,2% des médecins interrogés acceptent de nouvelles prises en charge et 12,8% refusent de prendre de nouveaux patients. D'après les verbatim, les facteurs influençant la réponse peuvent être la période plus ou moins chargée où a lieu la demande, l'âge et la complexité biomédicale *« je ne prends pas les gens qui arrivent avec un dossier trop long (...) c'est horrible ».*

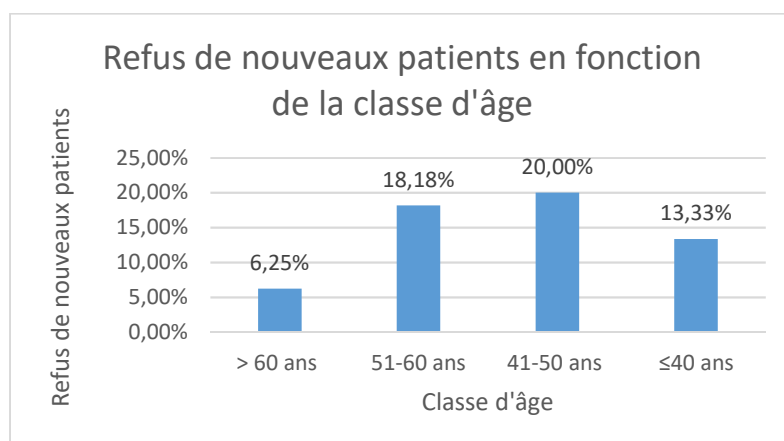
3.4.3.4 Analyses en sous-groupe

On constate que les médecins qui refusent de prendre en charge des nouveaux patients comme médecin traitant en consultation, ne se trouvent pas forcément parmi les plus âgés ni parmi ceux qui déclarent le plus de charge administrative (Tableau 9 et Figure 31).

Tableau 9 : Temps de travail administratif hebdomadaire moyen en fonction de la prise en charge de nouveaux patients comme médecin traitant en consultation.

Variable	Temps administratif hebdomadaire (h)	N(miss)
Accepte de nouveaux patients	5,23	40(1)
Refuse de nouveaux patients	5,92	6(0)

Figure 31 : Refus de prise en charge de nouveaux patients comme médecin traitant en fonction de l'âge.



Ces médecins qui refusent de nouveaux patients ont en revanche un temps de travail clinique médian supérieur à ceux acceptant toutes les demandes de consultation (Tableau 10). Ils sont plus nombreux parmi les médecins exerçant seuls (61,5% contre 26,5% en exercice regroupé) et parmi ceux n'envisageant pas de regroupement en structure « type MSP » (47,6% contre 25% en structure « type MSP »).

Tableau 10 : Temps de travail clinique hebdomadaire en fonction de la capacité à répondre aux demandes de consultation.

Variable	Modalité	Temps clinique hebdomadaire		N(miss)
		Moyenne (h)	Médiane (h)	
Capacité à répondre aux demandes de consultation	En totalité et sans problème	35,75	30,00	16(0)
	En totalité mais avec surcharge de travail	48,21	47,50	14(0)
	Refus réguliers de demandes de consultation	37,06	40,00	17(0)

Enfin, les médecins insatisfaits de leur prise en charge au cabinet refusent beaucoup plus souvent des patients que leurs confrères s'estimant satisfaits : 62,5% contre 2,7% (Tableau 11).

Tableau 11 : Prise en charge de nouveaux patients comme médecin traitant en consultation en fonction de la satisfaction globale de la prise en charge.

Variable	Modalités	n	n(%)	N(miss)
Prise en charge insatisfaisante		8	17,02	45(2)
	Refuse de nouveaux patients	5	62,50	
	Accepte de nouveaux patients	3	37,50	
Prise en charge satisfaisante		37	78,72	
	Refuse de nouveaux patients	1	2,70	
	Accepte de nouveaux patients	36	97,30	

Tous les résultats concernant l'organisation du lieu d'exercice sont détaillés dans le tableau figurant en Annexe 8 : Synthèse des résultats concernant l'organisation du lieu d'exercice.

3.5 Informatisation du cabinet

3.5.1 Télétransmission des feuilles de soins

Les médecins interrogés dans leur grande majorité (95,7%) télétransmettent des feuilles de soins électroniques quand ils sont en consultation. Cependant en visite, ils sont moins d'un tiers (30,2%) à télétransmettre des feuilles de soins. Certains médecins évoquent dans les verbatims le coût du terminal de télétransmission portable et sa fiabilité « *c'est hyper capricieux* » limitant la télétransmission de feuilles de soins en visites. Les médecins faisant des feuilles de soins électroniques en visite à domicile déclarent sensiblement moins d'heures de travail administratif (médiane à 3,5h contre 5h pour les médecins faisant des feuilles de soins papier en visite). Ces derniers résultats sont détaillés dans le tableau suivant :

Tableau 12 : Type de télétransmission en VAD en fonction de la charge administrative déclarée.

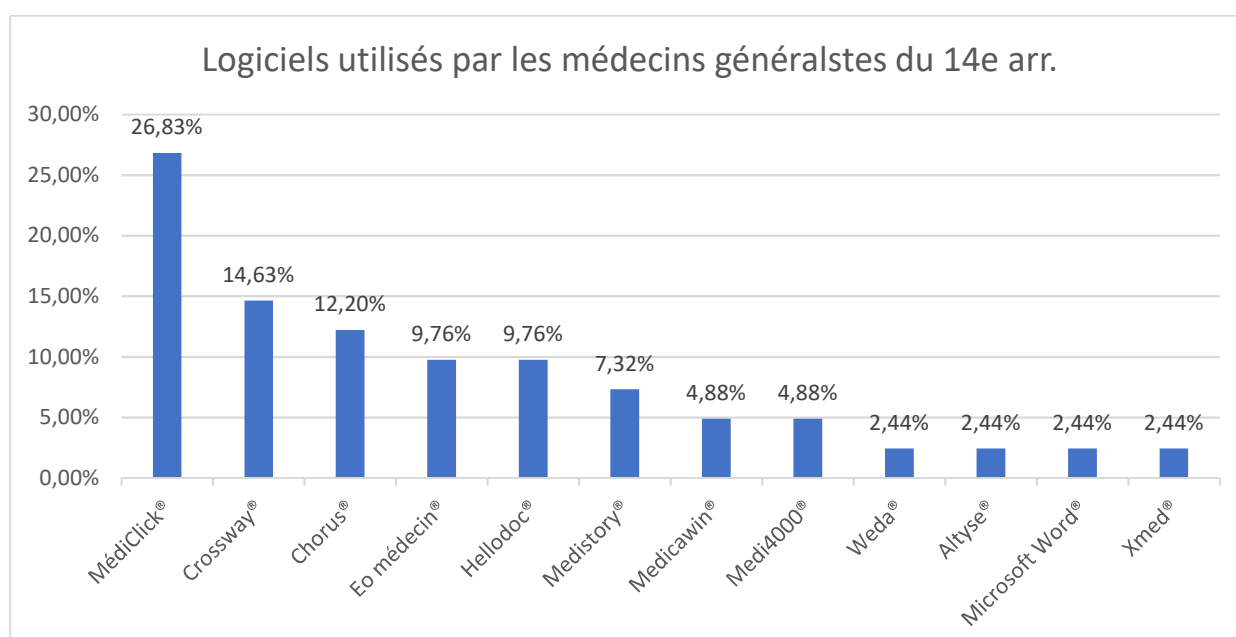
Variable	Modalité	N(miss)	Temps administratif moyen	Médiane	Ecart type	[Min-Max]
Type de télétransmission des feuilles de soin	Papier	29(1)	5,84	5	3,69	[1-17]
	Electronique	13(0)	4,69	3,5	2,85	[1,5-10]

3.5.2 Informatisation du dossier médical

3.5.2.1 Au cabinet médical

Les cabinets des médecins interrogés sont en majorité informatisés, à hauteur de 87,2% ; soit 41 médecins sur les 47 interrogés. Au sein de ces cabinets, le logiciel le plus utilisé est MédiClick® (26,8%) devant Crossway® (14,6%) et Chorus® (12,2%). Ce trio représente donc 53,6% des médecins informatisés.

Figure 32 : Proportion d'utilisateur de chaque logiciel médical parmi les médecins interrogés.



Au sein des cabinets en exercice regroupés et informatisés, 79,4% des médecins partagent leur dossier médical avec d'autres professionnels de santé. Ce chiffre est de 100% concernant les médecins déclarant travailler dans une structure « type MSP », conformément au cahier des charges de l'ARS contre 58,3% concernant les médecins qui n'envisagent pas ce type de regroupement.

3.5.2.2 En visite à domicile

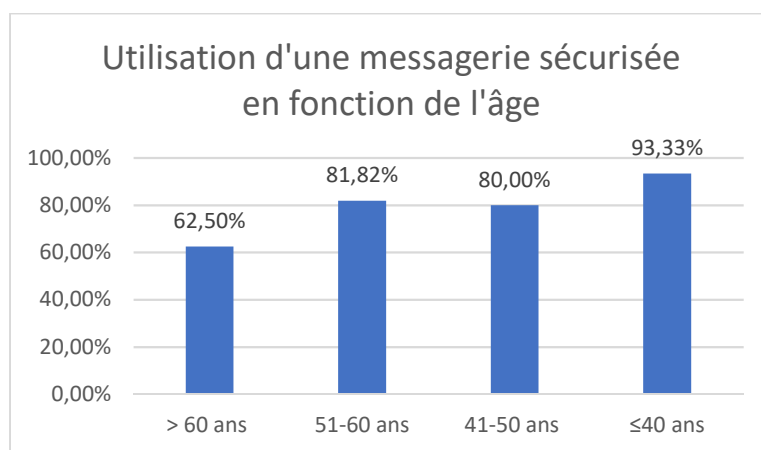
Pour les patients suivis à domicile le support des dossiers médicaux est informatisé pour 39,5% des médecins faisant des visites ; format papier pour 34,5% d'entre eux et mixte à la fois papier (souvent sur place) et informatique au cabinet pour 25,6% des médecins généralistes interrogés. Plusieurs médecins interrogés précisent que le dossier des patients suivis en visite est informatisé mais que celui-ci est « moins bien tenu » que s'ils étaient suivis au cabinet.

3.5.3 Messagerie sécurisée

Parmi les médecins généralistes interrogés, 78,7% utilisent une messagerie sécurisée. Cependant plusieurs médecins précisent avoir découvert récemment ce dispositif qui « ne marche pas bien (...) ce n'est pas hyper développé ». Ils sont plusieurs à signaler des difficultés techniques de connexion et surtout le fait que ce dispositif n'est pas assez utilisé par les correspondant y compris institutionnels comme l'APHP qui possèdent pourtant leur adresse de messagerie sécurisée mais ne « savent pas s'en servir » et « continuent à envoyer des mails [non sécurisés] ».

On observe par ailleurs une utilisation croissante de la messagerie sécurisée ou des plateformes numériques d'échange de compte rendu parmi les médecins les plus jeunes : 93,3% des 40ans et moins les utilisent contre 62,5% des plus de 60ans.

Figure 33 : Utilisation d'une messagerie sécurisée selon les classes d'âge.



3.6 Pratique du tiers payant

Aucun des médecins interrogés ne pratique systématiquement le tiers payant sur la part obligatoire et un seul médecin ne pratique jamais le tiers payant. On observe de grandes variabilités selon la situation : le tiers payant est très largement pratiqué pour les patients bénéficiant de l'aide médicale d'état (AME) et de la couverture maladie universelle (CMU) (respectivement 91,5% et 95,7%). Concernant les patients en affection longue durée (ALD), 46,8 % des médecins interrogés le pratiquent pour tous et ils sont 44,7% à le pratiquer pour certains de leurs patients en ALD. Enfin les médecins

interrogés pratiquent le tiers payant sur la part obligatoire dans leur majorité (87,2%) quand la situation financière du patient le nécessite.

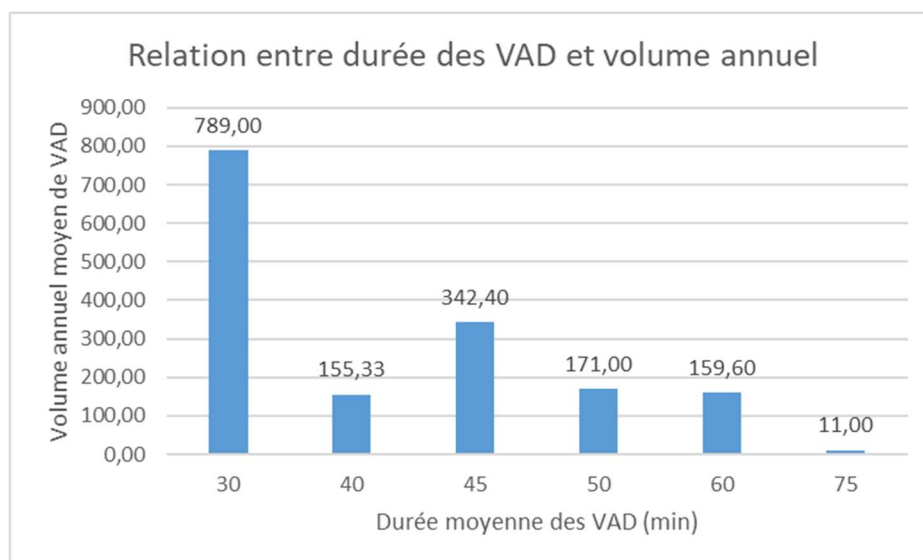
Tous les résultats concernant l'informatisation du cabinet et la pratique du tiers payant sont détaillés dans le tableau figurant en Annexe 9 : Synthèse des résultats concernant l'informatisation du cabinet et la pratique du tiers payant.

3.7 Gestion des visites à domicile

3.7.1 Gestion de la demande programmée

Quatre médecins dans notre échantillon ne font pas de visites à domicile, soit 8,5%. La durée moyenne d'une VAD est estimée dans notre échantillon à 50min [min=30 ; max=90]. Plus le volume annuel de visites est grand et plus la durée de la visite est courte (Figure 34).

Figure 34 : Relation entre la durée moyenne d'une visite à domicile et le volume annuel de VAD de notre échantillon.



3.7.1.1 Prise en charge de nouveaux patients en visite à domicile

Près d'un tiers (34%) des médecins interrogés acceptent de prendre en charge de nouveaux patients en visite à domicile programmée contre 66% qui refusent. D'après les verbatims, les refus sont souvent assez tranchés et la négociation se fait suivant la proximité géographique, le contexte médico-social : certains médecins refusent des prises en charge complexes en fin de vie, d'autres vont au contraire les accepter à ce titre-là : « ça fait partie des fonctions qu'on a, je sais que je ne me déplace pas pour rien ».

3.7.1.2 Capacité à répondre aux demandes de visites à domicile

Les médecins interrogés considèrent pouvoir répondre sans problème aux demandes de visites à domicile pour 41,9% d'entre eux. Ils sont 18,6% à considérer devoir travailler davantage que souhaité afin de répondre à toutes les demandes de visites et enfin, ils sont 39,5% à refuser régulièrement des demandes de visites à domicile. Parmi ces derniers, ils sont plusieurs à préciser qu'ils refusent

régulièrement de nouveaux patients afin de pouvoir continuer à suivre leur patientèle à domicile, ce qui deviendrait impossible s'ils acceptaient de nouveaux patients.

3.7.1.2.1 Analyses en sous-groupe

- Selon la satisfaction de la prise en charge

Si les médecins qui sont globalement satisfait de la prise en charge de leur patient au cabinet acceptent plus souvent de suivre de nouveaux patients en consultation que les médecins insatisfaits (Tableau 11). On observe les mêmes proportions de refus de demandes de visites (respectivement 40% et 36%) et de nouvelles prises en charge (respectivement 64% et 66,7%) selon que les médecins sont globalement satisfaits ou insatisfaits de leur prise en charge au domicile. Ces résultats sont détaillés dans le tableau suivant :

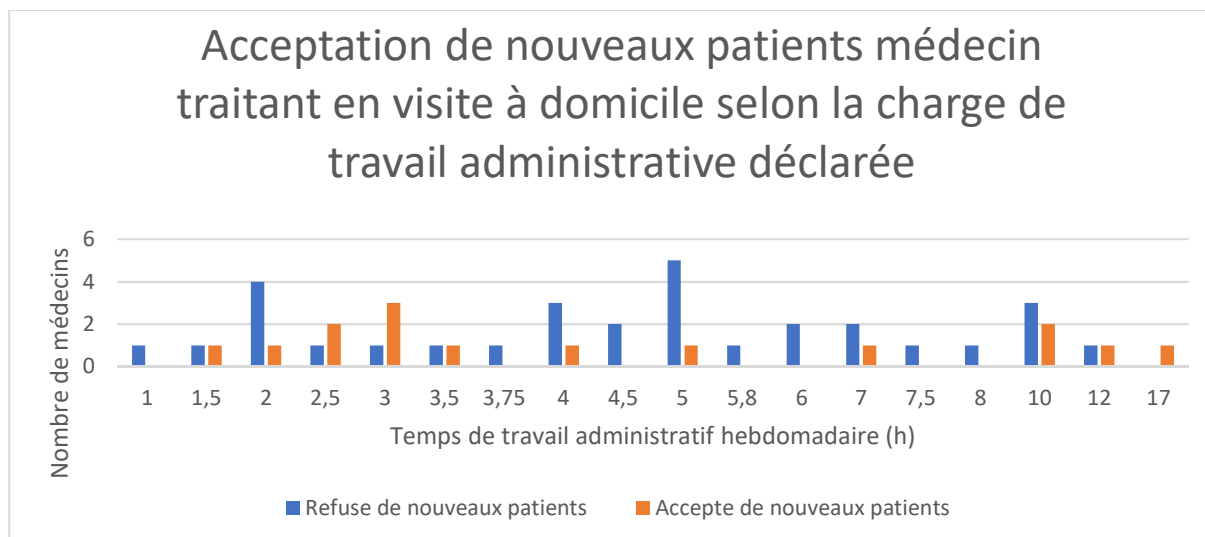
Tableau 13 : Analyse en sous-groupe de la gestion des demandes de visites à domicile selon la satisfaction de la prise en charge au domicile.

Variable	Modalités	N(miss)	n(%)
Prise en charge insatisfaisante		15(0)	31,91
	Refuse de nouveaux patients	10	66,67
	Accepte de nouveaux patients	5	33,33
Prise en charge satisfaisante		25(0)	53,19
	Refuse de nouveaux patients	16	64,00
	Accepte de nouveaux patients	9	36,00
Prise en charge satisfaisante		15(0)	37,50
Capacité à répondre aux demandes de visites à domicile	En totalité et sans problème	6	40,00
	En totalité mais avec surcharge de travail	3	20,00
	Refus réguliers	6	40,00
Prise en charge insatisfaisante		25(0)	62,50
Capacité à répondre aux demandes de visites à domicile	En totalité et sans problème	12	48,00
	En totalité mais avec surcharge de travail	4	16,00
	Refus réguliers	9	36,00

- Selon la charge de travail administrative

La répartition des médecins qui acceptent ou refusent de nouveaux patients en VAD en fonction de leur charge administrative déclarée (Figure 35) montre que ceux qui refusent de nouvelles prises en charge ont un temps administratif hebdomadaire moyen légèrement moins élevé que ceux qui acceptent (5,1h/sem. Contre 5,7h/sem.) avec cependant un rapport qui s'inverse si l'on prend en compte le temps administratif hebdomadaire médian (5h/sem. contre 3,5h/sem.).

Figure 35 : Prise en charge de nouveaux patients comme médecin traitant en visite à domicile, répartition selon la charge administrative déclarée



Enfin, le refus régulier de demandes de visite à domicile ne semble pas être lié à un excès de charge clinique ou administrative déclarée par les médecins eux même. On observe cependant que le fait de pratiquer des VAD semble être associé à un temps de travail clinique et administratif hebdomadaire plus important. Les résultats de ces analyses en sous-groupes sont détaillés dans les tableaux suivants :

Tableau 14 : Temps administratif hebdomadaire en fonction de la capacité à répondre aux demandes de visites à domicile.

Variable	Modalité	Temps administratif hebdomadaire		N(miss)
		Moyenne (h)	Médiane (h)	
Capacité à répondre aux demandes de VAD	En totalité et sans problème	5,44	4,50	18(0)
	En totalité mais avec surcharge de travail	6,19	5,80	7(1)
	Refus réguliers de demandes de VAD	5,24	5,00	17(0)
	Pas de visites à domicile	3,56	2,88	4(0)

Tableau 15 : Temps clinique hebdomadaire en fonction de la capacité à répondre aux demandes de visites à domicile.

Variable	Modalité	Temps clinique hebdomadaire		N(miss)
		Moyenne (h)	Médiane (h)	
Capacité à répondre aux demandes de VAD	En totalité et sans problème	40,72	38,00	18(0)
	En totalité mais avec surcharge de travail	38,07	40,00	8(0)
	Refus réguliers de demandes de VAD	38,09	40,00	17(0)
	Pas de visites à domicile	36,25	36,50	4(0)

- Selon le mode d'exercice

Les médecins exerçant en exercice regroupé semblent répondre plus facilement aux demandes de visites puisque 32,2% d'entre eux refusent régulièrement des demandes de visite contre 58,3% des médecins interrogés exerçant seul au cabinet et faisant des VAD.

3.7.2 Gestion des demandes urgentes

Parmi les médecins interrogés faisant des VAD, 46,5% acceptent régulièrement de se déplacer en urgence pour une visite contre 39,5% exceptionnellement et 14% qui ne se déplacent pas. Les VAD non programmées (demande urgente dont l'évaluation téléphonique permet de programmer une visite à court terme) sont acceptées en grande majorité (86,1%) par les médecins interrogés contre 11,6% qui en réalisent exceptionnellement et 2,3% qui n'en réalisent jamais.

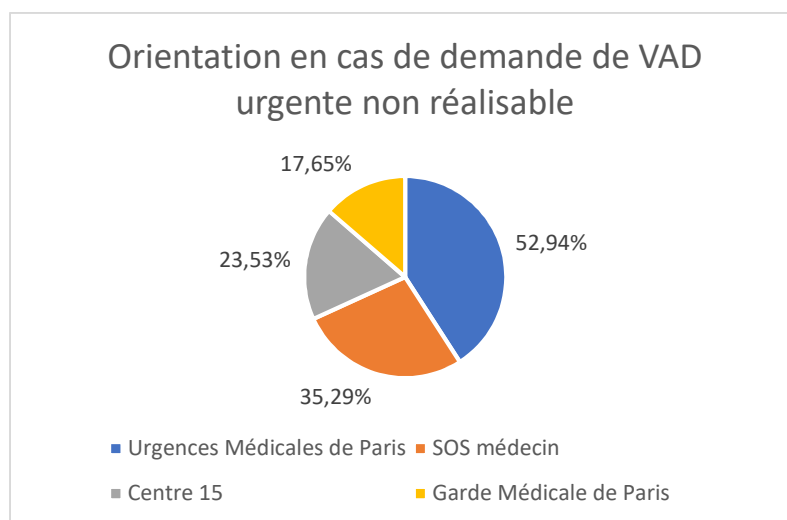
3.7.2.1 Analyse en sous-groupe

L'analyse de la gestion des demandes urgentes en sous-groupe selon le regroupement montre que les médecins exerçant en structure de groupe semblent répondre plus favorablement (85,3% contre 61,5%) aux demandes de visites à domicile urgentes. Le taux de réponse favorable aux demandes de VAD urgentes est en revanche similaire chez les médecins exerçant en MSP et ceux qui n'envisagent pas un tel regroupement (respectivement 75% et 76,2%). De même, l'exercice regroupé n'apparaît pas comme un facteur de réponse positive aux demandes de VAD non programmées (88,2% de réponse favorable contre 92,3% chez les médecins exerçant seuls). L'exercice en MSP n'est pas non plus associé à une réponse positive concernant les VAD non programmées (75% de réponses favorables contre 95,2% chez ceux n'envisageant pas ce type de regroupement). Ces résultats sont détaillés dans le tableau figurant en Annexe 11 : Analyse en sous-groupe de la capacité de réponse aux demandes de visites à domicile selon le mode d'exercice.

3.7.3 Orientation en cas d'impossibilité de répondre à la demande

En cas d'impossibilité de réaliser une VAD, les médecins répondants orientent principalement vers les Urgences Médicales de Paris (UMP) puis vers SOS médecins, le centre 15 et la Garde Médicale de Paris (Figure 36 : Orientation en cas de demande de VAD urgente non réalisable).

Figure 36 : Orientation en cas de demande de VAD urgente non réalisable



3.7.4 Freins à pratiquer des visites à domicile

L'analyse de cette question ouverte a permis de dégager neuf unités de codage résumant les principales difficultés rencontrées au quotidien par les médecins généralistes du 14^e dans la réalisation de visites à domicile.

3.7.4.1 Le temps

Le temps est le principal frein évoqué, on distingue derrière ce terme à la fois « *le manque de temps* » pour réaliser des visites à domicile qui souvent s'ajoutent à une journée déjà chargée, « *c'est une charge de travail supplémentaire* » s'ajoutant aux heures de consultation et impactant l'organisation du cabinet : « *temps de visite sur le temps de repos, donc moins de temps pour déjeuner, fatigue supplémentaire* ». Mais aussi « le temps passé » à faire des VAD : « *c'est chronophage* », « *ça prend trop de temps* ». Plusieurs médecins évoquent le difficile équilibre entre le temps long consacré aux patients à domicile qui sont peu nombreux par rapport à la demande de consultation toujours plus importante : « *dans la mesure où on a de plus en plus de patients dont on est responsable, on ne peut pas se permettre d'avoir des gens qui nous bouffent 45-60 min dans la journée, (...) à la fois par rapport à la rémunération et à la demande car si on veut pouvoir voir tous les gens qui nous demande, on ne peut pas consacrer trois fois plus de temps pour certains patients* ». Enfin un médecin résume toutes ses difficultés à la problématique du manque de temps : « *tout est corrélé : si on dit « c'est loin », c'est que c'est du temps ; si c'est des patients plus lourds, c'est aussi du temps : [le problème] ce n'est pas que ce soit « plus lourd » au contraire on aime bien faire ça mais c'est plus long* ». Cette phrase résume bien la difficulté que nous avons rencontré dans l'analyse qualitative de cette question ouverte où les réponses sont particulièrement intriquées.

3.7.4.2 Rémunération insuffisante

Le deuxième frein le plus souvent évoqué est la rémunération. Il apparaît que ce qui freine les médecins ce n'est pas tant la faible rémunération mais plutôt le fait qu'elle soit insuffisante par rapport au temps passé en visite et à l'investissement qui en découle « *on peut dire qu'on fait du bénévolat. Et puis ce n'est pas anodin, il y a des risques : moi j'y vais à vélo et c'est plus risqué que [d'être] dans son cabinet* ». Certains demandent ainsi une « *revalorisation de l'acte* ». D'autres abordent ce problème d'un point de vue purement comptable : « *ce n'est pas rentable, ce n'est pas bien de le dire mais 1h30 pour 35 euros ce n'est pas terrible* » ; « *c'est du temps perdu* ». Un des médecins est très pessimiste sur l'avenir de la visite « *la VAD va disparaître de toute façon, c'est intenable* ». Les médecins évoquent souvent une perte financière mais pour certains, la rémunération est aussi un moyen de reconnaissance du travail effectué « *la reconnaissance financière joue peut-être aussi un rôle, je ne suis pas sûr que ça soit un vrai frein (...) si la visite était à 50€ peut être [qu'il en ferait davantage] ...je n'en sais rien* »

3.7.4.3 Distance

La troisième difficulté la plus souvent citée est la distance ou le temps de trajet entre le lieu d'exercice et le domicile. Pour l'un des médecins : « *c'est pour ce motif là que j'ai refusé récemment des patients (...) c'est le seul motif de refus* ». Ainsi pour certains la proximité géographique et l'accessibilité : à pied, à vélo est un critère majeur d'acceptation de demandes de visites « *je ne prends que ceux qui sont proches* ».

3.7.4.4 Complexité d'organisation de la prise en charge

Pour cet item souvent cité il s'agit bien de difficultés à mobiliser, à coordonner les moyens au domicile notamment paramédicaux et sociaux ; non liées à la difficulté biomédicale du cas mais bien à la nécessité de tout faire au domicile : « *en général, quand on prend un patient à domicile c'est toujours un peu le bazar* » ; « *le social est très lourd à gérer, la prise en charge est complexe, alors quand c'est mes patients, oui parce que j'ai mis en place les trucs mais quand c'est des nouveaux c'est galère, je n'ai plus envie de faire ça* ». Certains médecins parlent même « *d'isolement* » par rapport à des situations complexes au domicile. Cette coordination, chronophage souvent liée à la perte d'autonomie des patients, nécessite souvent la présence d'un « *intermédiaire* » pour ouvrir la porte par exemple ou le contact avec un travailleur social. Le médecin est parfois une ressource privilégiée par les patients pour gérer leurs problèmes sociaux « *comme on ne se déplace pas souvent, ils en profitent pour tout faire ce jour-là (...) il faut appeler l'assistante sociale* ». Cette difficulté, semble assumée : « *c'est un obstacle mais je le fais quand même* ». Au sein de ce thème, on peut dissocier des problématiques de coordination médico-sociales pures citées précédemment et des problématiques de coordination médicales et paramédicales : un des médecins interrogés déclare utiliser par exemple un support papier pour communiquer avec les différents intervenants : « *je leur fais acheter un cahier d'écolier et ça sert de dossier. (...) Au moins ça reste sur place, s'il y a un urgentiste qui passe.* »

3.7.4.5 Disponibilité

A travers cet item, les médecins interrogés évoquent la disponibilité d'agenda nécessaire pour répondre aux demandes parfois inopinées ou urgentes : « *ça ne sert à rien de dire aux gens que je fais des visites si je ne suis pas nécessairement disponible* » ainsi que la peur d'être débordé, nuisant à la qualité des soins : « *la trouille que vous leur donniez ça [en montrant son bras] et qu'ils vous prennent ça [en montrant son épaule] (...) ça risque de jouer sur la qualité des soins* ». Cette disponibilité nécessaire du médecin se manifeste également dans des situations complexes ou qui le deviendront à l'avenir : « *il y a un moment où la question de la fin de vie va se poser et ça c'est des moments qui sont lourds, où il faut être disponible, laisser son numéro de portable, il faut y aller deux fois dans la semaine, les visites sont plus longues et ça peut être un frein pour des situations dont on peut anticiper qu'elles vont devenir complexes* ». Enfin pour un des médecins collaborateur : « *c'est mon statut à temps partiel qui fait que je n'ai pas envie de m'engager dans plus de suivi qui justifierait d'assurer une permanence des soins et que je n'ai pas envie de faire reporter sur le Dr [titulaire] qui est déjà débordé* »

3.7.4.6 Age et « manque d'énergie »

L'âge et le manque d'énergie fait aussi partie des freins les plus évoqués. En effet les médecins effectuant le plus de visite appartiennent aux classes d'âge supérieures et cela se retrouve dans les verbatims : « *je n'ai pas d'énergie, je n'ai plus l'âge* ». Pour un des médecins interrogés un problème de santé qui limite ses capacités de déplacement est même le seul frein déclaré : « *il n'y a pas d'autres raisons, l'année dernière, je faisais encore quinze visites par semaine, cette année c'est plutôt douze (...) c'est trop fatiguant* »

3.7.4.7 Problèmes de stationnement

Cet item que l'on retrouve à plusieurs reprises dans les réponses des médecins comprend à la fois les difficultés liées à la circulation à Paris, difficultés pour trouver un stationnement ainsi qu'aux nouvelles règles de stationnement plus strictes instaurées par la municipalité entraînant des verbalisations itératives : *« je dois être à 62 visites [par an] je n'ai pas le droit à la carte de stationnement, donc actuellement les visites me coûtent de l'argent puisque j'ai pris déjà plusieurs PV [procès-verbaux]. Or vous pouvez difficilement dire à quelqu'un avec qui vous vous êtes engagé que vous n'allez pas y aller (...) Je ne fais pas beaucoup de visites mais celles que je fais c'est celles que personne d'autre ne voit (...). [La Maire de Paris] a ses critères, elle ne favorise pas la visite à domicile, je ne comprends pas cela de la part d'une élue »*

Ces verbatims concernent des médecins souvent plus âgés qui se déplacent exclusivement en voiture. Les médecins plus jeunes interrogés semblent privilégier des modes de transports plus flexibles (pédestre, vélo, trottinette, métro) dans une zone urbaine dense qu'est le 14^e arr.

3.7.4.8 Autres freins

Parmi les autres freins évoqués, on retrouve les conditions matérielles d'examen défavorables à domicile qui compliquent l'exercice et font perdre du temps : *« On examine mieux et on soigne mieux au cabinet, il faut le dire. (...) La visite à domicile c'est un pis-aller extrêmement important et très nécessaire, mais ce n'est qu'un pis-aller ça n'aura jamais la qualité d'une consultation au cabinet »*. Certains médecins évoquent également la complexité biomédicale des cas : *« Ce sont des patients compliqués, multi pathologiques »* ce qui demande d'y consacrer davantage de temps. Cet item rejoint celui de la complexité de la prise en charge chez des patients souvent âgés et dépendants.

Dans une moindre mesure, on retrouve également comme étant un frein à effectuer davantage de visites, la notion de surcharge de travail liée à l'absence de visites par les confrères : *« on n'est pas là pour faire les visites des autres (...) je pense que ça fait partie de notre boulot (...) je comprends que certains ne le fasse pas du tout parce que ce n'est pas rémunérateur mais ce n'est pas une raison pour que nous les fassions [les VAD] à leur place »*.

3.7.5 Coordination des soins à domicile

3.7.5.1 VAD pluriprofessionnelles

Parmi les médecins interrogés, 65,2% d'entre eux déclarent pratiquer des VAD pluriprofessionnelles. L'analyse des verbatims montre que ces situations sont plutôt rares et le plus souvent dans le cadre de suivi conjoints avec des réseaux notamment de soins palliatifs ou gériatriques. Le fait d'être en exercice regroupé est associé à une proportion plus importante de médecins réalisant des VAD pluriprofessionnelles (50% contre 29,4%). Cependant, le travail en structure « type MSP » n'est pas associé au fait de faire davantage de VAD pluriprofessionnelle : 80% des médecins n'envisageant pas de regroupement en structure « type MSP » en réalisent contre 41,7% chez les médecins exerçant en structure « type MSP ». Les résultats de ces analyses en sous-groupe sont résumés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 16 : Analyse en sous-groupe de la pratique de VAD pluriprofessionnelle en fonction du mode d'exercice.

Variable	Modalités	N	N(%) / moyenne (min)	N(miss)
Exercice seul		34	73,91	46(1)
VAD pluriprofessionnelles	Oui	10	29,41	
	Non	24	70,59	
Exercice regroupé		12	26,09	
VAD pluriprofessionnelles	Oui	6	50,00	
	Non	6	50,00	
Exercice « type MSP »		12	26,09	
VAD pluriprofessionnelles	Oui	5	41,67	
	Non	7	58,33	
Exercice en MSP non envisagé		20	43,48	
VAD pluriprofessionnelles	Oui	16	80,00	
	Non	4	20,00	

3.7.5.2 Système de coordination des VAD

Parmi les médecins interrogés, 68,1% déclarent ne pas être intéressés par un système de régulation des demandes de visites permettant de rapprocher l'offre de la demande en fonction de la localisation géographique et/ou de la situation médicale. La proposition d'une première VAD coordonnée pluriprofessionnelle ainsi que d'un suivi pluriprofessionnel en VAD coordonnée pour les patients complexes n'intéressent pas d'avantage les médecins interrogés (respectivement 40,4% et 38,3% d'entre eux). L'analyse des verbatims fait ressortir comme raison principale le manque de temps pour prendre en charge de nouveaux patients y compris avec un système de coordination : « *je n'ai déjà pas le temps de voir mes patients, je ne peux pas en prendre de nouveaux* » ; « *à moins que l'on me décharge par ailleurs, je ne vois pas* » ; « *le problème ce n'est pas la complexité, c'est le temps* ». La crainte d'un système dépersonnalisé est également prégnante : « *c'est bien comme idée mais si on ne connaît pas les patients se retrouver chez quelqu'un même si c'est le patient d'un collègue...* » Pour un petit nombre de médecins interrogés, cette coordination est déjà faite en pratique quotidienne de façon informelle, et la protocoliser serait encore plus chronophage : « *ça on le fait sans être payé, ça existe déjà, je passe mon temps à appeler les IDE, les kinés, je ne vois pas ce que c'est que cette mode, (...) c'est quelque chose qui est au cas par cas et en fonction de la demande* ».

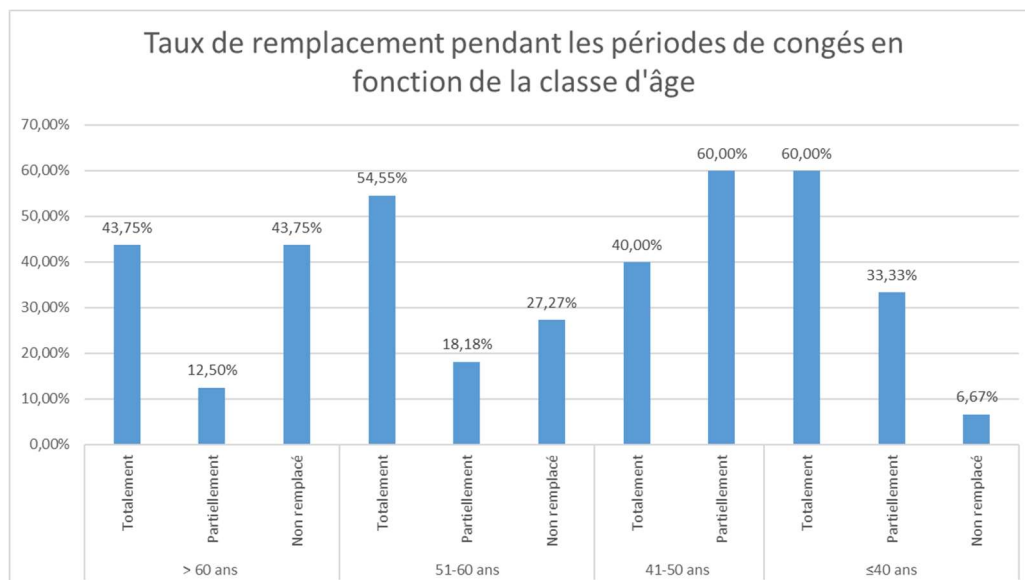
L'ensemble des résultats concernant la gestion des VAD est détaillé dans le tableau de synthèse figurant en Annexe 10 : Synthèse des résultats concernant la gestion des visites à domicile.

3.8 Permanence des soins,

3.8.1 Gestion des périodes d'absence

Le nombre moyen de semaines de congés prises par les médecins interrogés est de six par an [Min=2 ; Max=10]. Près de la moitié des médecins interrogés (51,1%) se font remplacer totalement pendant leur période de congés ; un quart se font remplacer partiellement (25,5%) et moins d'un quart (23,4%) ne se font jamais remplacer quand ils partent en vacances. Aucun des médecins non informatisés ne se font remplacés contrairement aux médecins informatisés qui se font remplacer au moins partiellement pour 87,8% d'entre eux (totalement pour 58,4%). On observe également que plus les médecins sont jeunes et plus ils se font remplacer (Figure 37).

Figure 37: Taux de remplacement pendant les périodes de congés selon la classe d'âge.



Concernant les raisons de ces non remplacements, l'analyse des verbatims des réponses montre que la raison principale est que les médecins n'ont pas besoin de remplaçant car **ils réorientent souvent vers d'autres confrères en dehors du cabinet**. Ce report réciproque de patientèle semble habituel et convenir à un certain nombre des médecins interrogés « *ça a toujours marché comme ça et ça marche bien* ». La seconde raison pour laquelle les médecins ne se font pas remplacer, est qu'ils **ne trouvent pas de remplaçant** : « *même pour réorienter vers des confrères c'est difficile (...) on manque de médecins (...) j'adresse aux UMP* ». Parmi les autres raisons évoquées on retrouve **les contraintes administratives** rebutant notamment les jeunes médecins installés ; **les habitudes de fonctionnement du cabinet** où les patients sont « habitués » aux absences des médecins. Certains médecins évoquent le fait qu'ils n'ont **pas le temps d'organiser un remplacement à temps complet** pour des raisons d'organisation tardive des vacances ; d'autres estiment que **la charge de travail pour le remplaçant ne serait pas suffisante** « *financièrement, ce ne serait pas intéressant* » ; « *j'ai peur qu'il s'ennuie* ». Une partie des médecins interrogés travaillant en exercice regroupé explique que la **patientèle est redirigée vers un confrère du cabinet** sans qu'il soit officiellement remplaçant. Plusieurs des médecins interrogés évoquent de plus en plus fréquemment une saturation des rendez-vous de leur confrère en leur absence due aux logiciels de prise rendez-vous en ligne « *avant on arrivait à voir les patients de l'autre collègue quand il était en vacances, maintenant avec les prises de rendez-vous par internet comme tout est toujours plein on n'a pas le temps* ». Ainsi plusieurs médecins interrogés se font remplacer totalement en mutualisant un ou plusieurs remplaçants (ainsi que les charges et les recettes) au sein de leur cabinet regroupé pour assurer une permanence pendant les périodes de congés des uns et des autres. Enfin, certains médecins estiment ne pas avoir besoin de se faire remplacer du fait d'une **faible patientèle médecin traitant** ou préférant **ne pas avoir à expliquer le fonctionnement du cabinet** décrit par un des médecins comme une « *passation de pouvoir* ». Enfin certains sont en cours de **modification de leur organisation** pour accueillir un remplaçant, notamment en vue d'une diminution ou d'une cessation d'activité « *il va bien falloir que je cède ma place, donc peut être que d'ici un an, deux ans, trois ans je vais prendre un remplaçant régulier et éventuellement lui céder ma clientèle après* ». Données chiffrées détaillées dans le tableau de synthèse en Annexe 12 : Synthèse des résultats concernant la permanence des soins.

3.9 Développement personnel continu

3.9.1 Les modalités

Les principaux canaux de formation continue identifiés par les médecins interrogés sont les **journaux et revues professionnels** : 59,6% d'entre eux les consultent régulièrement. Viennent ensuite les **congrès et séminaires** quel que soit l'entité organisatrice (44,7% des médecins interrogés). Pour un des médecins interrogés, le prix des congrès constitue un frein. Les **Formations des Organismes de Gestion du Développement Professionnel Continu (OGDPC) présentiels** sont également un moyen de formation privilégié : 42,6% des médecins y participent régulièrement. Un des médecins insiste sur la pertinence des formations OGDPC présentiels : « *Les formations OGDPC sont les meilleures que j'ai eues de ma vie. (...) C'est fait par des généralistes pour les généralistes (...) [l'expert] est 'médecine de ville', c'est-à-dire qu'il ne nous explique pas ce qui va être fait quand le patient va arriver à l'hôpital (...) mais nous explique ce que nous devons faire nous* ». Parmi les autres modalités fréquemment évoquées, on retrouve les **amicales de médecins généralistes**, les **formations OGDPC en ligne** et plus généralement **internet (hors OGDPC)** pour 12,8% des médecins. Les **diplômes universitaires**, les **soirées de formations au cabinet**, les **livres et recherches documentaires** ainsi que l'expérience par la **pratique médicale quotidienne et les échanges entre professionnels** dans le cadre des prises en charges sont des modalités chacune citées par près de 11% des médecins. L'ensemble des modalités citées par les médecins interrogés sont résumés dans le tableau suivant :

Tableau 17 : Modalités de Développement Personnel Continu des médecins généralistes interrogés (N=47 ; miss=0).

Variable	Modalités	n	n(%)	Variable	Modalités	n	n(%)
Développement professionnel continu	Journaux professionnels, revues	28	59,57	Développement professionnel continu	Expérience pratique et échanges professionnels (écrit et oral)	5	10,64
	Congrès/séminaires	21	44,68		Formations organisées par des laboratoires pharmaceutiques	4	8,51
	Formations OGDPC présentiels	20	42,55		Formations pédagogiques avec la faculté/maîtrise de stage	3	6,38
	Amicale de médecins généralistes	6	12,77		Soirées de formation à l'hôpital	3	6,38
	Internet (hors DPC en ligne)	6	12,77		Groupe d'échange de pratique	2	4,26
	Formations OGDPC en ligne	6	12,77		Activité de formateur/expert hors faculté	1	2,13
	Livres, recherches documentaires	5	10,64		Formations organisées par le pôle de santé	1	2,13
	Diplômes universitaires	5	10,64		Soirées organisées par des réseaux (diabète, soins palliatifs, mémoire)	1	2,13
	Soirées de formations au cabinet	5	10,64		Groupes Balint	1	2,13

3.9.2 Les lieux et les intervenants

Les médecins interrogés sont intéressés par toutes les modalités et lieux de formation continue proposés : formations à l'hôpital pour 67,4% d'entre eux ; formations à la faculté de médecine pour

56,5% ; formations aux seins des cabinets libéraux par des praticiens libéraux pour 67,4% et pour des formations au sein des cabinets libéraux par des praticiens hospitaliers pour 73,9%. L'analyse en sous-groupe en fonction de l'âge montre un intérêt bien supérieur pour les formations chez les 50ans et moins : 91,3% des médecins intéressés en moyenne (toutes modalités confondues) dans ces deux classes d'âge contre 50,5% chez les plus de 50ans.

A travers les verbatims exprimés, il ressort que ce qui compte en réalité, ce n'est pas tant le lieu de la formation mais plutôt le thème et la qualité des intervenants : « *sa compétence* », pour certains « *son indépendance vis-à-vis des labo[ratoires pharmaceutiques]* » ou encore « *qu'il ne cherche pas à remplir ses lits d'hospitalisation* » mais surtout le fait que les sujets abordés soient centrés médecine de ville, pour cela plusieurs médecins plébiscitent des présentations conjointes spécialistes/ experts et médecins généralistes pour recentrer les sujets « *sur des cas concrets de médecine générale* ». Les arguments concernant les préférences de lieu sont pour les formations au cabinet : « *de faire sortir des spécialistes de l'hôpital* » ; pour les formations à l'hôpital : « *sortir un peu de son quartier et rencontrer des gens* » ; pour un des médecins « *les formations à l'hôpital sont le ciment du lien ville-hôpital* ». Un des médecins pointe l'intérêt de formation dans les cabinets libéraux pour mieux connaître ses correspondants : « *on connaît les collègues mais on ne les voit jamais travailler (...) leur manière de faire, qu'on puisse mettre en pratique rapidement* ». Quel que soit les préférences, les principaux freins exprimés correspondent plutôt aux problématiques d'horaires, de déplacement, au manque d'énergie lié à l'âge et à la crainte de « *perdre du temps* » si la présentation ne répond pas aux attentes.

3.10 Conditions d'exercice

3.10.1 Conditions globales d'exercice

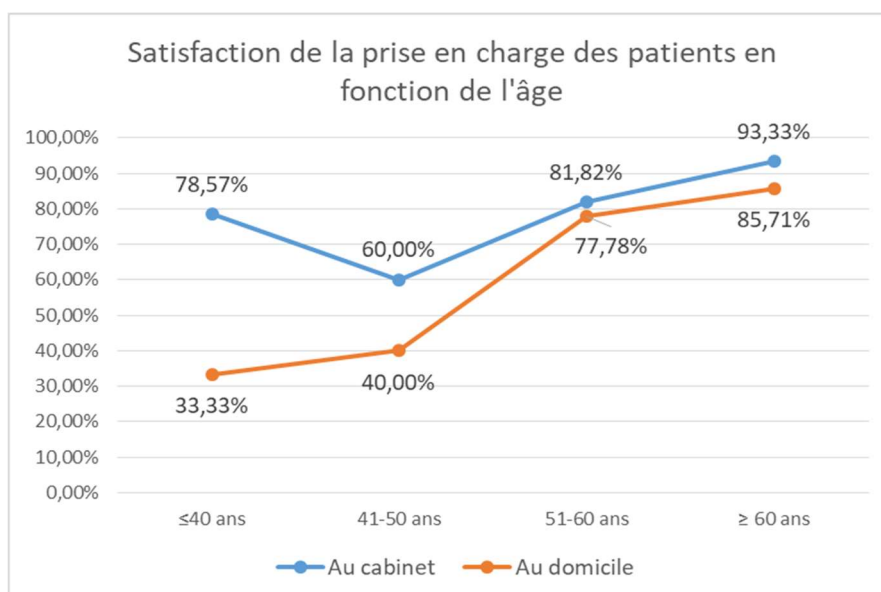
La majorité des médecins interrogés sont globalement satisfait de leur prise en charge : 82,2% d'entre eux en consultation contre 62,5% en visite à domicile. Plusieurs médecins ont eu du mal à répondre à cette question : estimant pour certains que c'est au patient de juger de la qualité de la prise en charge, pour d'autre « *qu' [ils sont] toujours perfectibles* ». Respectivement deux et trois médecins n'ont pas répondu pour la question concernant la prise en charge en cabinet et au domicile. Ces scores élevés de satisfaction n'empêchent pas l'expression à plusieurs reprises de motifs d'insatisfaction parmi lesquels le manque de temps disponible « *j'ai l'impression de toujours courir* », « *le manque de pratique réflexive* » ou encore l'excès de « *temps administratif par rapport au temps de formation [continue]* ». La plupart des médecins reconnaissent davantage de difficultés dans leurs prises en charge au domicile concernant entre autres l'organisation, la tenue des dossiers médicaux. Plusieurs d'entre eux estiment faire un travail « *plus complet* » au cabinet.

3.10.2 Analyses en sous-groupe

3.10.2.1 En fonction de l'âge

L'analyse en sous-groupe concernant la prise en charge en consultation montre que les médecins sont globalement satisfaits quel que soit leur classe d'âge. En visite à domicile, les médecins âgés de plus de 50ans sont globalement satisfait de leur prise en charge contrairement aux médecins plus jeunes qui sont dans leur majorité insatisfaits de leur prise en charge (Figure 38). Ce résultat est illustré par les dire d'un des médecins, âgé de plus de 60 ans « *plus je vieillie et plus je suis satisfaite, c'est à mon âge qu'on fait les meilleurs diagnostics, on a un bon réseau, on connaît bien les patients (...) maintenant je travaille beaucoup mais je prends mon temps* ».

Figure 38 : Analyse en sous-groupe de la satisfaction globale de la prise en charge en fonction de l'âge.



3.10.2.2 En fonction de la formation reçue en 3^e cycle

Par ailleurs, les médecins issus du DES de MG sont quasi tous satisfaits (93,3%) de leur prise en charge au cabinet, davantage que ceux issus d'une autre formation (76,7%). Inversement en visites à domicile les médecins issus du DES de MG sont globalement plutôt insatisfaits à 53,9% contre 70,4% de satisfaction chez les médecins issus d'une autre formation.

3.10.2.3 En fonction du mode d'exercice

Les médecins exerçant en structure de groupe (y compris en MSP) ont un taux de satisfaction concernant les consultations, supérieur (respectivement 84,4% et 100%) à ceux exerçant seul (76,2% et 81% pour ceux n'envisageant pas de regroupement en structure « type MSP »). Ce rapport s'inverse concernant les visites à domiciles (72,7% de satisfaction en exercice seul contre 58,6% en exercice groupé) et encore davantage en cas d'exercice en MSP (28,6% de satisfaction en MSP contre 89,5% chez ceux ne l'envisageant pas). Ces résultats sont détaillés dans les Tableau 18 et Tableau 19.

Tableau 18 : Analyse en sous-groupe de la satisfaction globale en fonction de l'exercice regroupé ou non.

Variable	Modalités	N(miss)/n	n(%)	
En consultation	Exercice regroupé	32(2)	71,11	
		Prise en charge satisfaisante	27	84,38
		Prise en charge insatisfaisante	5	15,63
	Exercice seul	13(0)	28,89	
		Prise en charge satisfaisante	10	76,92
		Prise en charge insatisfaisante	3	23,08
En VAD	Exercice regroupé	29(5)	72,50	
		Prise en charge satisfaisante	17	58,62
		Prise en charge insatisfaisante	12	41,38
	Exercice seul	11(2)	27,50	
		Prise en charge satisfaisante	8	72,73
		Prise en charge insatisfaisante	3	27,27

Tableau 19 : Analyse en sous-groupe de la satisfaction globale en fonction de l'exercice en structure pluriprofessionnel « type MSP » ou non.

	Variable	Modalités	N(miss)/n	n(%)
En consultation	MSP		10(2)	22,22
		Prise en charge satisfaisante	10	100,00
	MSP envisagé		8(0)	17,78
		Prise en charge satisfaisante	5	62,50
		Prise en charge insatisfaisante	3	37,50
	Ne sais pas		6(0)	13,33
		Prise en charge satisfaisante	5	83,33
		Prise en charge insatisfaisante	1	16,67
	Non MSP		21(0)	46,67
		Prise en charge satisfaisante	17	80,95
	Prise en charge insatisfaisante	4	19,05	
En VAD	MSP		7(5)	17,50
		Prise en charge satisfaisante	2	28,57
		Prise en charge insatisfaisante	5	71,43
	MSP envisagé		8(0)	20,00
		Prise en charge satisfaisante	3	37,50
		Prise en charge insatisfaisante	5	62,50
	Ne sais pas		6(0)	15,00
		Prise en charge satisfaisante	3	50,00
		Prise en charge insatisfaisante	3	50,00
	Non MSP		19(2)	47,50
	Prise en charge satisfaisante	17	89,47	
	Prise en charge insatisfaisante	2	10,53	

MSP : Exerce déjà dans une structure "type MSP"

MSP envisagé : Regroupement en structure "type MSP" envisagé

Non MSP : Regroupement en structure "type MSP" non envisagé

On observe également que les médecins qui refusent de nouveaux patients en consultation sont largement insatisfait de leur prise en charge (83%) contrairement à ceux qui acceptent de nouveaux patients, satisfait à 93%. En visite à domicile en revanche les médecins sont plutôt satisfaits de leur prise en charge qu'ils acceptent ou refusent de nouveaux patients (respectivement 64 et 62%).

3.10.2.4 En fonction du temps de travail administratif déclaré

L'excès de temps de travail clinique et administratif ne semble pas être associé à l'insatisfaction en consultation comme en VAD (Figure 39).

Figure 39 : Temps d'activité hebdomadaire moyen en fonction de la satisfaction globale de la prise en charge

Variable	Modalités	Temps de travail clinique (h)	N(miss)	Temps de travail administratif (h)	N(miss)
En consultation	Prise en charge satisfaisante	41,11	37(0)	5,53	36(1)
	Prise en charge insatisfaisante	34,88	8(0)	3,63	8(0)
En VAD	Prise en charge satisfaisante	42,04	25(0)	6,29	25(0)
	Prise en charge insatisfaisante	38,93	15(0)	5,62	14(1)

3.10.3 Principaux problèmes rencontrés dans l'exercice quotidien

L'analyse de cette question ouverte sur les principaux problèmes ou obstacles rencontrés au quotidien par les médecins généralistes nous a permis d'identifier 31 motifs que nous avons regroupé en huit thèmes :

3.10.3.1 Gestion du temps

C'est le « temps médical » qui fait défaut, amputé, parasité par de nombreux facteurs (téléphone, administratif, gestion de l'urgence) et souvent opposé par les médecins au « temps administratif » : « j'aimerais bien avoir plus de temps avec mes patients » ; « on ne peut pas rester suffisamment longtemps avec les patients (...) quand je veux prendre des rendez-vous [RDV] pour les patients, on n'arrive pas à joindre [les correspondants], donc je fais après ou alors on fait par mail le soir ». La diminution du temps à consacré au patient est inversement proportionnelle à la **densité des consultations et à l'accumulation des motifs** : « on voit des situations compliquées, en peu de temps et ça demande de la concentration et de l'énergie ». Il semblerait que plus le médecin est débordé et plus le patient risque d'arriver avec plusieurs motifs de consultations qui ne pourront pas tous être traités et vont s'accumuler. Selon plusieurs médecins interrogés, ce manque de temps nuit à la qualité des soins : « tout ça, ça demande du temps médical, de l'énergie, de la disponibilité intellectuelle qu'on doit avoir en théorie quand on est médecin, ça devient compliqué et extrêmement insatisfaisant » ; « le fameux savoir dire non n'est pas toujours facile, donc les consultations à rallonge c'est épuisant ». **La gestion de l'agenda et du flux de patients** qui demandent des consultations est également un des points souvent cités « de temps en temps vous aurez pleins de patients qui veulent vous voir, vous ne savez pas où les mettre et puis après il y en a moins » ; « comment caser tout le monde ? » ; « c'est une difficulté, un stress de voir les exigences des gens quant aux horaires ». Certains médecins précisent que la gestion des demandes urgentes pas toujours justifiées est également chronophage et demande beaucoup d'énergie.

Le médecin généraliste doit donc trouver un difficile **équilibre entre quantité de travail et qualité** : « 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 et accessibilité des consultations » ; « l'équilibre entre ce que l'on peut faire et bien faire, c'est subtil ». Cette notion d'efficacité nous semble bien résumer les problématiques liées à la gestion du temps en médecine générale.

3.10.3.2 Gestion des problèmes administratifs

La **surcharge administrative** est la principale responsable de l'amputation du « temps médical » évoqué au point précédent et constitue l'un des obstacles les plus cités par les médecins. Ce temps comprend des activités de gestion courante chronophages : « la paperasserie » ; « scanner les comptes rendus, trier les biologies » et semble être majoré par une tendance à la judiciarisation de notre société : « il faut des certificats pour tout [activité physique, prêts immobiliers, reconnaissance de handicap] (...) ce recours au médecin parasite notre exercice » ; « on y passe un temps fou et puis [le certificat] est refusé parce qu'on a oublié une date ou un arrondissement (...) c'est le genre de trucs où je m'arrache les cheveux ». Cette charge de travail en plus d'être « intellectuellement nulle » constitue pour beaucoup de médecins un véritable poids : « le patient passe avant donc l'administratif s'accumule ».

Les **relations avec les caisses de sécurité sociale** sont également source de tension et de perte de temps notamment du fait des problèmes de remboursement « les accidents de travail ne me sont jamais remboursés » et les difficultés d'accès à un interlocuteur compétent : « 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 3921 attendre deux heures pour tomber sur quelqu'un qui ne sait pas ».

Le troisième volet dans la gestion des difficultés administratives sont celles liées au secrétariat. Nous avons déjà constaté que le coût était le principal frein à l'acquisition d'un secrétariat. Le poids que représente **l'absence de secrétariat physique** est confirmé ici : « de devoir tout faire, c'est complètement invraisemblable » notamment concernant la gestion des appels téléphoniques qui constitue une des principales difficultés identifiées par ailleurs. L'autre difficulté mentionnée concernant le secrétariat est le **manque de formation de ce dernier**, si cet item n'est mentionné qu'une seule fois dans cette question sur les obstacles rencontrés, il apparaît à plusieurs reprises dans la question suivante sur les propositions d'amélioration de l'exercice professionnel.

3.10.3.3 Communication, coordination, accès aux soins

Parmi les difficultés les plus souvent citées par les médecins, les **difficultés de coordination et de communication avec les autres professionnels de santé libéraux** apparaissent majeures, plusieurs médecins témoignent d'un problème de fluidité dans la transmission d'information avec les autres professionnels de santé libéraux (pas seulement avec l'hôpital) : « pas moyen d'avoir des informations spontanément [sans l'aide du patient] (...) compliqué d'avoir des comptes rendu, la biologie n'arrive pas sur l'ordinateur, ni l'imagerie (...) pour communiquer des informations on est obligé de faire des courriers à donner au patient » ; des dysfonctionnement des messageries sont évoqués « pas de réponse aux mail envoyés via MSSanté » ; des difficultés à joindre des confrères libéraux, « il n'y a pas de culture de la communication », alors que plusieurs médecins estiment qu'ils devraient « avoir facilement (...) au moment où on voit le gens accès rapidement aux informations nécessaires à leur prise en charge ». Certains médecins avancent comme une des raisons de ce manque de communication entre libéraux, le manque de temps : « tout le monde est débordé donc on manque de temps pour réfléchir ou monter des projets de soins à plusieurs ». La coordination entre les différents intervenants de la prise en charge apparaît comme indispensable mais chronophage et difficile, surtout en cas de dossier complexes. Paradoxalement, une des médecins soulève l'excès de communication

comme une barrière à une communication de qualité, la décrivant par « l'instantanéité de la multi-communication » : « *on a tellement entre le portable, le mail, le machin, le truc qu'il y a une instantanéité demandée par tout un chacun (...). Nous, les patients, tout le monde a sa part de responsabilité dans cette réponse immédiate, moi je trouve qu'on souffre beaucoup de ça (...) avec notre système d'information, de multimédia et compagnie, la notion de 'on prend son temps' (...) 'attends je ne te répons 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* ».

Ces difficultés de communications et de coordinations se cristallisent dans les verbatims au travers des **relations avec l'hôpital** qui apparaissent pour beaucoup de médecins comme « compliqués » et ce dans différents secteurs : l'accès à l'hôpital, l'adressage de patients et le retour d'information : certains médecins estiment ne pas être assez sollicités à la sortie d'hospitalisation de leurs patients alors qu'un relais coordonné avec la médecine de ville serait souhaitable. Ces derniers aspects ont été développés par Sophie Bernard dans sa thèse.

Plusieurs médecins signalent des **difficultés d'accès à un avis spécialisé rapide** à l'hôpital : « *les délais des consultations hospitalières sont insupportables* », comme en ville : « *et après ça se termine aux urgences...c'est dommage (...)* [à propos des cardiologues] *ils sont complètement surbookés aussi... On est tous dans le même état* »

La difficulté d'accès aux soins psychothérapeutiques liée à l'absence de remboursement des séances de psychothérapie, le tarif et la difficulté d'accès des psychiatres sont ici pointés par deux médecins. Cette difficulté a également été soulevée par Sophie Bernard dans la partie du questionnaire concernant la coordination des soins.

La mauvaise connaissance du réseau professionnel n'est abordée que par un seul médecin « *difficultés à connaître les autres professionnels et les acteurs disponibles, qui fait quoi dans le secteur (...) peut être y a-t-il d'autres possibilités de prise en charge dans le secteur que je ne connais pas avec des parcours de soins qui seraient plus pertinents pour les patients et que je ne connais pas* » cependant cet item est cité à plusieurs reprises dans la question suivante sur les propositions d'amélioration de l'exercice.

3.10.3.4 Gestion de la complexité et des problèmes sociaux

Les médecins évoquent leurs limites en termes de coordination dans les situations de **gestion de la dépendance** qui concernent souvent des personnes âgées à domicile : « *C'est un peu difficile à organiser : alors 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* ». Pour certains, même s'ils entretiennent de bonnes relations avec les paramédicaux « *Il manque plus de présence au domicile, de possibilité d'avoir des infirmières* »

La gestion des problèmes sociaux des patients est décrit par certains médecins comme de plus en plus prégnante : « *on a l'impression que tout ce qu'il y a autour de la médecine au niveau social et qui pourrait participer à la santé du patient, est en train de se déliter, c'est des patients qui n'ont plus de boulot, ou qui les fait souffrir* » avec parfois un sentiment d'échec et souvent une interrogation sur le rôle du médecin généraliste dans la résolution de ces problèmes : « *quoi qu'on fasse au niveau médical, on ne règle pas le problème de fond* ».

Un des médecins interrogés insiste sur la notion de **polypathologie** qui complique l'exercice en citant le cas d'un de ses patients dont elle découvre en consultation les récentes complications pour lesquelles il a été hospitalisé : « *avant même qu'on ait pu commencer la consultation il fallait, parce que je ne l'ai pas vu depuis septembre, que je sois mise au courant d'antécédents très lourds : il faut*

quand même lire des comptes rendus que je n'avais pas forcément reçus, on en est déjà à vingt minutes de prise en compte du problème ». Et d'évoquer ainsi une complexification des prises en charges en médecine générale au cours du temps : *« ce métier a changé : comme les gens survivent nous rentrons dans des problématiques extrêmement complexes, pas connues puisque personne ne peut faire de projection sur les polyopathologies, les interactions médicamenteuses complexes, on ne sait pas faire. »*

3.10.3.5 Gestion de la consultation

Un des principaux points qui ressort dans ce thème est **la gestion des appels téléphoniques** en consultation qui pour certains ne sont pas toujours justifiés et sont surtout chronophages : *« on a quand même un surnombre d'appels téléphoniques de façon un peu envahissante ».* La encore, la conséquence de ce phénomène est une perte de temps pour les médecins interrogés : *« Le temps est tributaire du téléphone »* ; faisant écho à la réflexion d'une des médecins cités précédemment sur *« l'instantanéité de la multi-communication ».* Ceci se traduit également dans l'ambivalence qu'un des médecins reconnaît dans l'utilisation de cet outil : *« je fais l'erreur de prendre trop souvent mes appels quand j'ai un patient en face de moi, bon ils comprennent et ils peuvent en user et en abuser eux aussi de leur côté, c'est un peu déstabilisant parfois ».* Il est intéressant de noter que ces réflexions émanent de médecins qui n'ont pas de secrétariat physique sur leur lieu de travail ni pour la plupart de secrétariat téléphonique à distance.

Un autre point s'inscrivant à la fois dans le cadre de la gestion du temps, de la consultation et de la coordination des soins concerne **la difficulté à gérer les situations d'urgence** pour un des médecins : à la fois dans la capacité à recevoir les patients en urgence et la capacité à organiser la prise en charge en ambulatoire : *« 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... (...) donc vous voyez tout cela ça prend du temps (...) c'est difficile à caser dans une journée de consultation qui est pleine. Tout cela vient du temps que ça génère et qu'on n'a pas »*

Parmi les autres items évoqués par les médecins , on peut citer : **l'éducation thérapeutique** des patients et l'éducation à la santé *« qui devrait être faite à l'école »* ; **la ponctualité des patients** : *« [à propos des rendez-vous non honorés] malheureusement il y en a de plus en plus »* et **les limites de l'examen clinique** : *« les gens se déshabillent de moins en moins, et d'ailleurs le matériel y contribue puisqu'on ne prend plus la tension au bras on la prend au poignet »* ainsi que **la gestion de l'incertitude** : *« ne pas passer à côté d'un diagnostic »*

3.10.3.6 Informatisation et problèmes logistiques

Si pour la majorité des médecins, l'outil informatique semble aujourd'hui incontournable, plusieurs d'entre eux se plaignent **des logiciels médicaux**, faits par des *« non médecins »* qui *« ne sont pas assez performants »* et sont trop souvent responsable d'une perte de temps non négligeable. Les pannes informatiques sont très anxiogènes *« l'informatique c'est sympa mais quand ça plante... »* ; *« à chaque fois que l'on fait une mise à jour il peut y avoir des problèmes et ça nous prend toute la journée »* ; d'autant plus que les médecins ressentent une vraie dépendance vis-à-vis de l'outil informatique *« quand on n'a plus d'informatique c'est très compliqué »* comme concernant la maintenance dont les contrats avec certains logiciels sont dépourvus. Toutes ces difficultés font regretter la disparition du papier pour deux des médecins interrogés qui déplorent une *« informatisation excessive »* ; *« l'informatique est chronophage et inutile, ça n'apporte rien ».*

Parmi les autres problèmes logistiques rencontrés par les médecins, on retrouve **la taille du local** qui limite parfois l'activité notamment pour des confrères collaborateurs « *je ne peux pas augmenter mon activité en restant dans le même lieu alors que je le voudrais* ».

Enfin **la difficulté de stationnement** déjà citée à plusieurs reprises concernant les freins à la réalisation de VAD est ici aussi évoquée par un des médecins comme un obstacle dans sa pratique quotidienne avec comme conséquence principale, une perte de temps.

3.10.3.7 Surcharge de travail

Un des obstacles régulièrement cités par les médecins est la **surcharge de travail** qui s'explique selon les médecins interrogés en plus des raisons évoqués précédemment par plusieurs départs en retraite au niveau du territoire, ayant pour résultat un « **manque de médecins généralistes sur le secteur** » ce qui correspond aux données démographiques actuelles et qui s'est confirmé lors de notre étude au cours de laquelle sept médecins généralistes ont pris leur retraite.

Comme nous l'avons vu, les classes d'âge extrêmes sont sûrement représentés dans notre population et cela se traduit par **la fatigue** liée à l'âge que plusieurs médecins évoquent « *je vieillis (...) je me dis 'mais quand est-ce que tu vas faire les autres trucs qui t'intéressent ?'* ». Mais aussi la fatigue liée à l'intensité et à l'usure du métier « *horaires, prise en charge complexes, lourdes intellectuellement et psychologiquement* » qui constitue pour plusieurs médecins un obstacle à leur pratique.

3.10.3.8 Rémunération et finances

Ainsi que dans la question précédente sur les freins à la réalisation de VAD on retrouve ici à plusieurs reprises, **la rémunération insuffisante** évoquée comme un obstacle à l'exercice. Ce n'est pas tant la rémunération en valeur absolue qui est dénoncée mais plutôt le système de la rémunération à l'acte et son inadéquation par rapport à l'investissement et au temps passé : « *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 qui 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* » ; « *j'aimerais bien être rémunérée aussi sur des choses que je fais en plus, il y a des choses que je fais-moi en plus parce que je trouve ça essentiel mais qui ne sont pas rémunérées et ça prend du temps : prendre des nouvelles par téléphone d'un patient, faire une consultation par téléphone, passer un coup de fil à un spécialiste qu'on met 15min à joindre plus 15 min au téléphone* »

Corolaire de la rémunération mis en balance par les médecins, **le coût de l'exercice** (charges sociales, loyer...) trop élevé, est cité à plusieurs reprises comme obstacle à la pratique : « *ce n'est pas normal que la rémunération de soit pas adaptée au coût de l'exercice* ».

Malgré toutes ces difficultés rencontrées, si certains médecins semblent écœurés, il ressort globalement une volonté de continuer à travailler dans l'adversité « *ça devient compliqué et extrêmement insatisfaisant, voilà... mais non je ne suis pas un médecin aigri et je continue à aimer ça !* »

3.10.4 Propositions pour améliorer les conditions d'exercice et la qualité de travail

3.10.4.1 Gestion du temps

On constate qu'en rapport avec les nombreuses difficultés évoquées sur la gestion du temps, peu de solutions spécifiques sont évoquées. Ou plutôt, c'est en proposant des améliorations dans l'ensemble des autres thèmes cités que les médecins espèrent améliorer leurs conditions d'exercices car comme nous l'avons vu les difficultés évoquées sont souvent intriquées et ont pour conséquences une perte de temps médical, qui est pourtant le cœur de métier, d'expertise du médecin généraliste. Nous avons identifié 28 items regroupés selon sept des thèmes choisis précédemment.

3.10.4.2 Gestion des problèmes administratifs

Le principal thème que l'on retrouve dans les propositions des médecins généralistes est la **simplification administrative** notamment pour les démarches avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Dans ce sens, un des médecins insiste sur la nécessité de développer davantage les contacts téléphoniques avec la CPAM : *« 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 le compte rendu, de les transmettre »*. Ainsi la proposition de créer un **numéro unique de contact avec la CPAM** est citée à plusieurs reprises. Un numéro de ce type existe pourtant mais ne semble pas du tout fonctionnel : *« les médecins de la sécurité sociale ne nous appellent plus (...) on ne peut plus le joindre, on appelle la plateforme, on donne nos coordonnées, ils nous rappellent mais on ne sait pas quand, il faut que l'on soit là le jour où ils nous appellent et si on les loupe c'est compliqué, on n'a pas de numéro direct »*. L'instauration d'un numéro de fax ou d'une adresse électronique unique afin de dématérialiser l'envoi de feuilles de soins papiers est également une proposition concrète faite par les médecins. Un autre médecin concède qu'un mouvement est engagé en ce sens concernant la simplification des certificats notamment pour les renouvellements d'ALD : *« à partir du moment où il y a un suivi pourquoi refaire tout le temps les dossiers pour dire 'il est toujours diabétique' (...) ça s'est un peu arrangé avec l'informatique on fait ça directement, et ils le donnent pour un peu plus de cinq ans »*. Une autre proposition serait de *« gérer le flux [de patients en faisant d'avantage] des ordonnances de six mois si c'est justifié »*.

Pour la majorité des médecins, **faciliter l'accès à un secrétariat** est une piste pour diminuer le poids du travail administratif et libérer du temps médical, du temps dédié à la formation ou aux échanges pluriprofessionnels : *« je veux avoir quelqu'un qui fasse le travail qui n'est pas mon rôle »* ; *« soit le ministère de la santé nous paye une secrétaire (...) ou alors on me paye plus »*. D'autres évoquent un financement local, au niveau du territoire comme cela peut se faire en province : *« que la mairie nous offre des secrétaires médicales formés, en gratuité ou un peu rémunérées en tout cas. (...) surtout quelqu'un de formé, de mature, de compétent... ça ce serait vraiment idéal. Et qui connaisse donc le 14^e, les soins, les médecins, les infirmières, les kinés, qui connaisse bien la structure locale »*. On voit par ce dernier verbatim qu'au-delà de l'accès à un secrétariat, c'est les compétences spécifiques de ce dernier, sa connaissance du réseau local de professionnels et du parcours de soins qui est fondamental. **La formation du secrétariat** à des tâches administratives spécifiques en plus de la performance (gestion de l'agenda, filtre pour les appels urgents...) a été soulevé à plusieurs reprises. Cependant les médecins s'accordent sur le fait que certaines tâches ne pourront pas être déléguées, ce qui explique que certains médecins n'envisagent pas de prendre un secrétariat (ou alors uniquement pour l'accueil téléphonique et la gestion de l'agenda) et préfèrent assurer eux même la gestion administrative. La solution d'un **secrétariat partagé** faite dans le questionnaire a été reprise par un des médecins. Dans

le même sens, un des médecins propose le développement de **professions de supports, de coordination** (au sein des cabinets ou mutualisés) à qui pourrait être délégué les aspects organisationnels, logistiques ou administratifs du cabinet ou simplement servir de conseil en cas de besoin.

3.10.4.3 Communication, coordination, accès aux soins

Un des items majeurs soulevés par les médecins interrogés est la nécessité d'**améliorer la transmission d'information entre professionnels** quel qu'en soit le support : « DMP [dossier médical partagé], échange facilité d'informations par courriels, messageries sécurisés (...) logiciels adaptés » ; « plateforme pour croiser rapidement toute les données du patient : antécédents mais surtout compte rendus, résultats des examens précédents » ; « accès aux traitements au long cours, recours à des consultations spécialisées ». La mobilité du dossier médical en visite est également attendue par plusieurs médecins car elle n'est pas proposée par tous les logiciels médicaux. Certains médecins notent une amélioration grâce aux messageries sécurisées avec les laboratoires de biologie et d'imagerie mais toujours des difficultés avec les autres confrères libéraux : « Ça m'arrive de recevoir pour la gynéco des patientes adressées par des collègues et qui viennent sans rien, ça m'oblige à tout refaire (...) alors que si on m'envoyait un mail avec le résumé du dossier et les derniers bilans j'aurais plus d'infos et ça me ferait gagner du temps ».

La **communication ville-hôpital** n'est pas en reste malgré la création de messageries sécurisées, leur utilisation est très hétérogène selon les hôpitaux, les services et leur secrétariat avec une fiabilité parfois décriée par les médecins : « Je devrai avoir tout en instantané sur MSSanté (...) là j'ai une patiente qui est sortie de Saint Joseph il y a cinq jours (...) et c'est elle qui m'a apporté son compte rendu que je n'ai toujours pas, alors que je [travaille] à Saint Joseph normalement ils ont mon numéro partout (...) il y a quand même des secrétaires dont c'est le métier de vérifier que j'aie un courrier, dans un service où elle a déjà été et où ils ont donc normalement mes coordonnées ! (...) 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' ? ». Le même hôpital est pourtant cité en exemple par un autre médecin pour l'envoi de compte rendu, même temporaire dès la sortie d'hospitalisation par messagerie sécurisée en précisant que l'idéal serait « d'anticiper la sortie par un appel téléphonique en cas de cas de situation complexe, a fortiori pour les personne âgée... ». Cet aspect de la coordination ville-hôpital est développé par Sophie Bernard dans sa thèse.

Les praticiens estiment logiquement que l'amélioration de la communication doit passer par **une meilleure connaissance du réseau de professionnels** : mieux connaître les compétences de chacun, les initiatives locales, avoir un accès direct aux confrères via un annuaire, favoriser les échanges et les relations par des rencontres, des formations communes : « on n'est pas isolés, mais on peut toujours voir et rencontrer plus les confrères (...) pas juste moi qui vais taper à la porte du cardiologue à côté, mais que les spécialistes du quartier se voient, se connaissent ». On sait que de telles rencontres existent, notamment grâce aux amicales de médecins mais les médecins interrogés insistent sur les notions d'indépendance et d'équité : « sans faire juste du favoritisme, parce que c'est un petit peu comme cela que ça marche : à qui va offrir le plus de chocolats. (...) Ça serait pas mal de faire un truc égalitaire pour tout le monde ». Un des médecins propose également de **développer les réseaux de soins** existants. Un autre propose de **créer une CPTS** afin « d'optimiser l'existant ». On voit en effet que parmi toutes ces propositions beaucoup d'initiatives existent déjà mais sont peu connues ou gagneraient à être partagées afin de rassembler d'avantage les professionnels de santé.

Afin d'améliorer le parcours de soins du patient, un des médecins propose un système de messagerie instantanée pour les avis urgents, un accès rapide aux agendas des confrères pour voir leur disponibilité : « ça se fait un peu plus maintenant avec les agendas en ligne mais je pense que ça peut

encore être développé ». Tout cela dans le but de **favoriser l'accès à un avis spécialisé** ambulatoire comme hospitalier.

A propos de la **coordination du parcours de soins avec les paramédicaux**, plusieurs médecins évoquent la délégation de tâches à des infirmières formés, via le dispositif ASALEE (action de santé libérale en équipe) par exemple ou à travers des binômes infirmier/médecin, kinésithérapeute/médecin « *pour augmenter la file active de patients à domicile tout en gardant une qualité de soins suffisante* »

3.10.4.4 *Gestion de la complexité et des problèmes sociaux*

On observe que la **gestion des visites à domicile** reste un axe central d'amélioration à travers la gestion de la demande, l'accès aux services de soins à domicile et leur mise en place plus facile, les outils informatiques et de communication disponibles sur place et enfin la coordination avec davantage de temps paramédical au domicile des patients dépendants. Un des médecins évoque un système de **mutualisation des VAD** afin d'organiser une permanence des soins permettant de relayer parfois certains médecins et de répondre à des demandes urgentes « *j'aimerais bien avoir un relais, notamment par la MSP [proche géographiquement]* ». Et d'estimer que les jeunes médecins pourraient faire d'avantage de visite à la fois car elles sont formatrices et pour soulager les confrères plus âgés : « *ça serait bien d'avoir un système avec des jeunes qui seraient capable de faire des VAD, qui nous relayent quand on ne peut pas faire des VAD, moi personnellement quand j'étais jeune, j'ai fait énormément de VAD par le biais des gardes notamment et puis j'allais quand les confrères ne pouvaient pas et là, c'est vrai que j'ai un peu de mal avec les jeunes, qui sont très pris. Ce n'est pas la même époque non plus, il y a moins de médecins* »

Certains médecins proposent, afin d'optimiser le temps médical, un **système de transport au cabinet** dédié aux patients ne pouvant se déplacer afin de diminuer les visites à domicile : « *Après tout ça pourrait être PAM [service 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.* » Concernant la **prise en charge de la dépendance** qui peut concerner toutes les tranches d'âges mais principalement la personne âgée, un des médecins plébiscite l'accès à un **guichet unique** accessible par les médecins comme par les patients afin d'analyser les besoins de la personne et de proposer une prise en charge en lien avec les organismes les plus adaptés. Là encore nous avons vu précédemment qu'un dispositif de ce type existe mais qu'il est trop peu connu des professionnels concernés.

3.10.4.5 *Informatisation et problèmes logistiques*

Plusieurs médecins demandent une **aide concernant l'installation du matériel informatique** qui pourrait prendre la forme d'un « *renforcement du forfait informatique par la sécurité sociale pour pouvoir investir dans un matériel performant* ». Mais au-delà de l'aide à l'acquisition, c'est également **la maintenance** qui fait souvent défaut : « *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 (...) question de maintenance, il n'y a personne qui fait ça* ». Concernant ce dernier point évoqué par un des médecins on peut penser que cela dépend évidemment des conditions du service après-vente accordées à l'achat du logiciel, ceci-dit une aide à l'acquisition et à la maintenance est souhaité par plusieurs des médecins interrogés. On peut penser que pour améliorer la performance des logiciels sur ce marché, il est surtout question de moyens et d'expertise à mettre en œuvre prenant en compte les spécificités de la médecine générale et l'exigence de fiabilité bien qu'un des médecins évoque peut-être des « *limites techniques* » de l'informatique pour répondre au besoin de la profession.

En termes de logistique une **aide à la rénovation des locaux** est évoquée, un autre médecin revendique la nécessité du **stationnement gratuit** et de **l'accès au stationnement sur les places livraison** pendant les visites.

3.10.4.6 Surcharge de travail

L'allègement de la charge de travail, est demandée explicitement par certains médecins, qui souhaitent clairement « *travailler moins* ». Parmi les propositions faites, une des principales mesures revendiquées est **l'augmentation du nombre de médecins installés** : « *pour mieux répartir la charge de travail* » ; « *s'il y avait plus de médecins on aurait moins de pression et on pourrait prendre plus de temps* ». Dans ce cadre-là, l'aide à l'installation de **médecins titulaires dans des locaux adaptés** fait partie des propositions évoquées. Pour un des médecins cette évolution démographique doit s'accompagner « *d'une augmentation de l'attractivité du territoire pour la médecine générale* »

L'exercice pluriprofessionnel est également plébiscité par un certain nombre de médecins avec comme avantage pour l'un d'entre eux : « *une collégialité* » dans la prise en charge des soins et un vrai « *service rendu à la personne* » notamment à travers la présence d'un secrétariat qui « *connaisse bien les habitudes de chacun* ».

3.10.4.7 Rémunération et finances

L'augmentation de la rémunération est une proposition plusieurs fois évoquée dans les entretiens. L'objectif principal serait d'augmenter le temps médical si précieux, soit en diminuant le nombre d'acte permettant de passer plus de temps avec le patient « *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* » ; « *Meilleure rémunération pour pouvoir prendre le temps (...) pour pouvoir prendre en charge le patient dans sa globalité* » soit en permettant de déléguer le travail administratif au profit du travail purement médical : « *ça permettrait de prendre une secrétaire* » ; « *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* ». Comme nous l'expliquions précédemment dans le paragraphe sur les principaux problèmes rencontrés dans l'exercice quotidien, plutôt que d'une augmentation brute, pour certains la revalorisation de l'acte devrait passer par une modification du système de tarification qui serait plus appropriée : « *La rémunération est une frustration mais ce n'est pas la solution, car même si la consultation est à 150€, il y aura toujours autant de patient à voir(...) ça fait partie de la reconnaissance, mais concrètement ça ne changera pas grand-chose* » ; « *le but n'est pas de gagner plus mais de pouvoir gérer le flux* ». Les médecins dans leur majorité semblent ainsi plutôt favorables à une sortie de la tarification à l'acte comme seul mode de rémunération, tout en restant critique vis-à-vis de la rémunération sur objectif telle qu'elle fonctionne actuellement : « *les NMR [nouveaux modes de rémunération], c'est gentils mais si à chaque fois il faut penser à ce qu'on fait, ce qu'on ne fait pas (...) je n'ai pas encore eu le temps d'intégrer ça dans mon logiciel, je crois qu'il faudrait mieux payer une consultation honnête, trente euros, ce qui n'est pas terrible m'enfin, tout le monde est content et on libère du temps pour la m-é-d-e-c-i-n-e. On ne peut pas faire des calculs* ». Le principal étant, de ne pas ajouter de contraintes administratives à cette rémunération complémentaire.

Une autre proposition faite par un des médecins interrogés est une **aide financière pour les médecins exerçant dans des secteurs à loyer élevés**, partant du fait que le coût des charges liées au foncier est un frein à la primo installation des jeunes médecins.

3.11 Perspectives d'évolution de l'activité

3.11.1 Evolution de l'activité

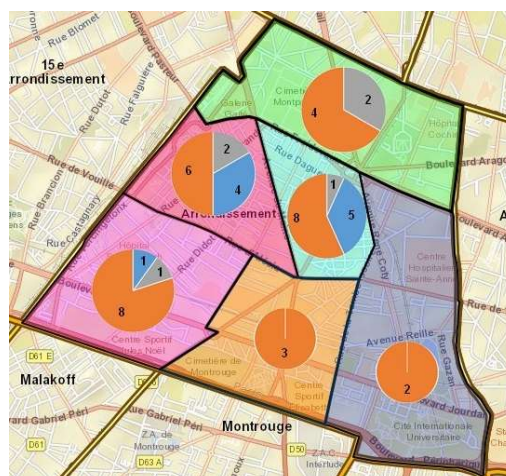
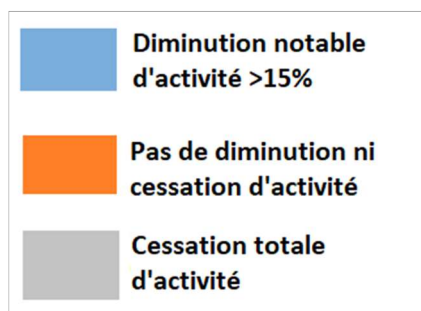
3.11.1.1 D'ici 2 ans

A l'horizon 2020, 14,9% des médecins interrogés envisagent une diminution notable ou une cessation d'activité dont 6,4% une cessation totale représentant trois médecins avec une patientèle médecin traitant de 3076 patients. Seulement 9 médecins, soit 19,2 % des effectifs prévoient d'augmenter leur activité alors que deux tiers d'entre eux (66%) prévoient une stabilité de leur activité d'ici à 2 ans. Les quartiers les plus touchés par ces départs en retraite sont Raspail-Montparnasse et Pernetty avec respectivement deux cessations d'activité pour le premier représentant une perte de 33,3% des effectifs ; une cessation et deux diminutions d'activité pour le second concernant 25% des effectifs (dont 8,3% des médecins qui cesseront leur activité).

3.11.1.2 D'ici 5 ans

A l'horizon 2023, 34% des médecins interrogés envisagent une diminution notable d'activité ou une cessation totale dont 12,8% une cessation totale soit six médecins représentant une patientèle médecin traitant de 11 663 patients. Les médecins sont 21,3% à envisager 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. D'après les verbatims, les médecins qui prévoient une augmentation ou une stabilité de leur activité craignent une dégradation de leurs conditions d'exercice liée aux départs en retraite de leurs collègues : « je suis très inquiète pour la patientèle de mes collègues qui partent à la retraite (...) on ne peut pas tout absorber d'autant plus que les médecins vieillissent avec leurs patients et récupérer des consultations de personnes âgées, ce n'est pas le plus simple » ; Ainsi plusieurs se réservent la possibilité d'aménager leur rythme de travail contre l'évolution de la demande, afin de se préserver « Si je laisse le robinet ouvert ça sera une augmentation, si je veux tenir le coup ça sera stable [concernant l'évolution de leur activité] ». Les cessations d'activité toucheront quatre des six quartiers de l'arrondissement : deux médecins à Raspail-Montparnasse représentant 33,3% des effectifs ; deux médecins à Pernetty représentant 16,7% des effectifs ; un médecin à Didot-Porte de Vanves (10% des effectifs) et un médecin à Mouton Duvernet (7,1 % des effectifs). Dans ce dernier quartier, cinq médecins (35,7% des effectifs) envisagent de diminuer leur activité d'ici 5ans préfigurant une probable cessation d'activité. Les résultats de cette analyse en sous-groupe sont exposés dans la figure suivante :

Figure 40 : Prévisions d'évolution d'activité à 5ans des médecins interrogés.



3.11.2 Succession en cas de cessation d'activité

3.11.2.1 Succession envisagée

Moins de la moitié des médecins interrogés (44,4%) qui prévoient une cessation partielle ou totale de leur activité, envisagent un successeur ou un collaborateur. On ressent à travers les verbatims des médecins un pessimisme concernant l'installation de jeunes médecins sur le territoire : « [trouver un successeur] ça ne sera pas possible, autour, personne ne veut s'installer, moi ça me convient mais je conçois que ça puisse faire peur ».

Parmi ceux qui envisagent un collaborateur (quatre médecins), la moitié soit deux médecins en ont déjà trouvé un de façon certaine grâce à une collaboration, facilitant la succession et un quart, soit un médecin de façon incertaine.

3.11.2.2 Aide pour trouver un successeur

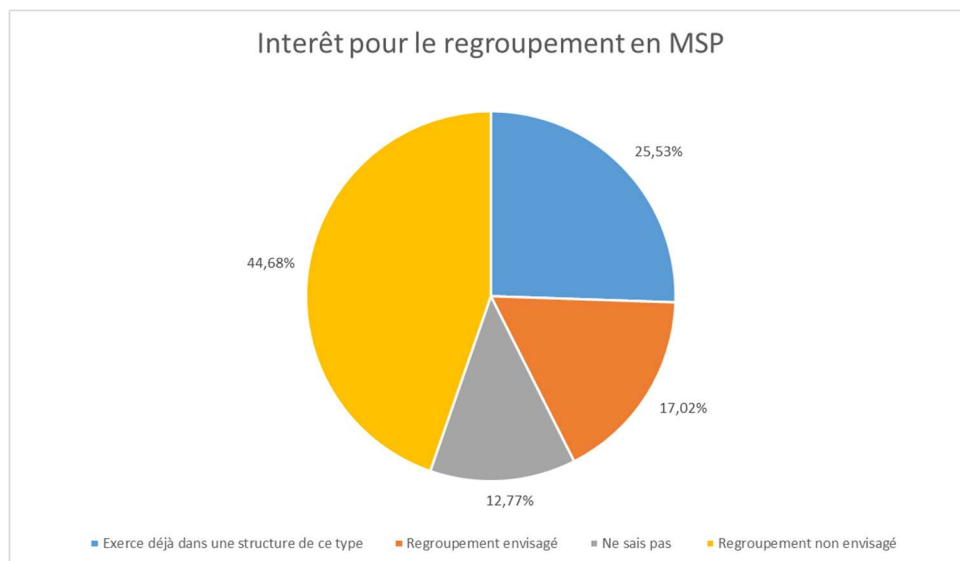
Parmi les médecins qui n'envisagent pas de successeur, les trois quarts (soit trois médecins sur cinq) ne sont pas intéressés par une aide du territoire pour en trouver un. A noter que deux des médecins envisageant un successeur sans en avoir trouvé de façon certaines ont indiqué être intéressé par une telle aide.

3.11.3 Regroupement pluriprofessionnel

3.11.3.1 Intérêt pour le regroupement en MSP

Un quart des omnipraticiens interrogés (25,5%) déclarent exercer dans une structure de type MSP et 17% d'entre eux envisagent un tel regroupement. Enfin, 44,7 % des médecins interrogés ne l'envisagent pas.

Figure 41 : Intérêt pour le regroupement en structure « type MSP ».



3.11.3.2 Analyses en sous-groupe

- En fonction de l'âge

L'analyse en sous-groupe selon l'âge montre que la majorité des plus de 50ans ne sont pas intéressés par un tel regroupement (75% des >60ans et 54,6% des 51-60ans). La majorité des 40ans et moins travaillent déjà dans une structure de ce type contre 18,2% des 51-60ans et 12,5% des plus de 60ans. La tranche d'âge des 41-50ans est celle où l'on compte le plus d'indécis puisque qu'aucun des médecins n'y travaillent ni n'y est opposé ; 40% d'entre eux sont intéressés par un regroupement en MSP et 60% d'entre eux qui ne se prononcent pas.

- Du statut DES

Plus de la moitié des médecins issus du DES de MG travaillent en structure de « type MSP » (56,3%) et 12,5% déclarent envisager un tel regroupement. A l'opposé, plus de la moitié des médecins issus d'une autre formation du 3^{ème} cycle se dit non intéressé (54,8%).

- De la perspective d'évolution à 2ans et à 5ans

Concernant l'intérêt pour le regroupement « type MSP » en fonction de des perspectives d'évolution de l'activité libérale, on remarque les médecins qui envisagent une augmentation de leur activité à 2 ou 5ans travaillent déjà dans un regroupement « type MSP » ou l'envisagent à hauteur de 60%. A l'opposé, aucun des médecins envisageant une cessation d'activité à 2 ou 5 ans n'envisage un regroupement de ce type. Chez les médecins envisageant une diminution d'activité à 2 ou 5 ans, 50% d'entre eux exercent déjà dans une structure de ce type ou l'envisagent.

- Du sexe

La majorité des hommes (63,2%) ne sont pas intéressés par un tel regroupement contrairement aux femmes qui sont 35,7% à travailler d'ores et déjà dans une structure de ce type et 17,9% à l'envisager.

- De la localisation géographique

Certains quartiers présentent déjà une proportion significative de structures type MSP. Les quartiers regroupant le plus de praticiens intéressés par un regroupement en MSP sont Montsouris-Dareau, Pernetty et Mouton Duvernet avec respectivement 50%, 33,3% et 21,4% des effectifs intéressés. Cependant les quartiers regroupant le plus de médecins non intéressés par ce type de regroupement sont Jean Moulin-Porte d'Orléans où aucun médecin ne l'envisage, Pernetty (58,3%), Raspail et Montsouris-Dareau (50%).

3.11.3.3 Regroupement

Le fait de travailler en exercice regroupé ne semble pas être un facteur associé au souhait de rejoindre une MSP (23,1% des médecins n'exerçant pas en structure de groupe envisagent un tel regroupement contre 14,7% chez ceux exerçant en structure de groupe).

3.11.3.4 Facteurs positifs associés au regroupement « type MSP »

Parmi les médecins qui déclarent travailler en structure de type MSP, qui l'envisagent ou n'expriment pas d'avis sur ce sujet, les facteurs positifs majoritairement associés à ce type de regroupement sont le plaisir du travail en groupe (76%) « *très intéressant de travailler en pluriprofessionnel* » ; une meilleure qualité des soins (72%) et le partage des plages horaires et des vacances pour la moitié d'entre eux (52%). Certains facteurs sont évoqués minoritairement comme le partage des charges (44%) et des tâches administratives (36%). Le fait que ce type de regroupement constitue un nouveau

mode de prise en charge du patient n'est évoqué que par 36% des médecins interrogés. Enfin, de façon plus marginale, les notions « d'accessibilité », d'exercice « d'avenir (...) à la mode », la coopération inter générationnelle ainsi qu'une « démarche réflexive par le partage de cas permettant une progression » sont évoqués chacune par 4% des interrogés (soit un médecin par item). Même si certains médecins n'envisagent pas ce type de regroupement qui ne leur correspond pas, ils en reconnaissent pour la plus part de l'intérêt : « *c'est le seul moyen de mutualiser (...) tout ce qui est non médical* » ; « *favoriser les réseaux avec d'autres professionnels, oui !* » ; « *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* » avec souvent une certaine bienveillance : « *je pense que c'est bien de mettre en place [ce genre de structure]* ».

3.11.3.5 Facteurs négatifs associé au regroupement « type MSP »

Le principal facteur négatif associé au regroupement en MSP est lié au mode de fonctionnement, jugé trop contraignant et chronophage pour 59,3% des médecins interrogés : « *risque de réunionite* » ; « *prix à payer en termes de tâches administratives* » ; « *c'est plus de la théorie que de la pratique, en même temps sur le terrain il y en a d'autres qui bossent (...) moi je ne finis pas à 18h, dans ce genre de centre à 18h il n'y a plus personne* ». Les autres facteurs identifiés sont les difficultés d'entente entre les associés (37%) « *le risque de mauvaise équipe est trop grand* » et la crainte d'une perte d'autonomie et d'indépendance, d'un salariat déguisé (37%) « *on sera obligé de rendre des comptes et on se sentira un peu plus bloqué, [actuellement] les choses se mettent en place très rapidement quand on décide* ». L'augmentation des tâches administratives et les coûts de fonctionnement sont également cités par 22,2% des interrogés « *On sait aujourd'hui que ces systèmes-là ne sont pas pérennes, ça va finir par coûter très cher sauf si c'est financé par d'autres instances mais ça pour l'instant on n'en sait rien* ». Ce mode d'exercice est perçu comme une médecine moins personnalisée pour 18,5% des médecins interrogés « *je pense que c'est très bien mais avec le genre de médecine que je fais [prise en charge globale, physique et psychologique, examen systématique] ce n'est pas possible* ». Enfin de façon plus minoritaire, certains médecins estiment n'être tout simplement pas intéressé par ce mode d'exercice faisant valoir le bon fonctionnement dans leur structure actuelle, leur âge avancé ou la perspective d'une fin de carrière : « *je peux comprendre mais ce n'est pas le même boulot que moi actuellement, je ne vais pas changer pour ça mon âge* ». La recherche de financement constitue également un frein pour un des médecins interrogés.

Les résultats concernant les perspectives d'évolution et le regroupement pluriprofessionnel en structure « type MSP » sont détaillés en Annexe 13 : Synthèse des résultats concernant les perspectives d'évolution d'activité.

4 Discussion

4.1 Synthèse de résultats

Notre évaluation de l'offre de soins libérale en médecine générale dans le 14^e arrondissement, montre que celle-ci est sous-évaluée par l'assurance maladie principalement à cause de la non prise en compte des nombreux modes d'exercice particuliers éloignant significativement certains médecins d'une pratique « omnipraticienne ». Certains quartiers sous dotés, comme Jean Moulin-Porte d'Orléans ont de plus, des effectifs de médecins vieillissants préfigurant une diminution prochaine de l'offre de soins dans ce secteur en particulier. Les prévisions d'évolution d'activités font également craindre une diminution de l'offre de soins dans les 5ans à venir dans des quartiers « plus aisés » comme Raspail-Montparnasse, Pernety ou Mouton Duvernet d'autant plus que les projets de succession sont rares. Si la population des médecins généralistes est en moyenne plutôt âgée, pratiquant sur un mode libéral intégral, en secteur 1 conformément au reste de la population parisienne, la féminisation par les classes d'âges les plus jeunes se poursuit avec une dynamique d'installation de jeunes médecins dans des structures regroupées, nouvellement créées et plus souvent pluriprofessionnelles. Les médecins les plus âgés qui ne semblent pas dans leur ensemble voir d'un mauvais œil ce nouveau mode d'installation, n'envisagent que très peu de rejoindre ce type de structure, principalement pour des raisons d'habitudes de fonctionnement et d'entente entre les associés. Les structures regroupées sont majoritaires mais de petites tailles et présentent peu d'interactions interprofessionnelles. La maîtrise de stage se développe au sein de l'arrondissement notamment parmi les classes d'âge les plus jeunes.

La charge de travail clinique et administrative déclarée par les médecins semble comparable à celle de leur confrère sur le plan national avec cependant des disparités qui semblent apparaître selon l'âge, le regroupement et la localisation géographique. La surcharge de travail et le « manque de temps médical » est pourtant le principal obstacle à la pratique des médecins. Les actes de pédiatrie et de gynécologie sont fréquemment réalisés par les médecins généralistes. Malgré une charge de travail conséquente et des contraintes organisationnelles, la formation continue reste une priorité et elle s'appuie principalement sur des formations présentielles ainsi que sur la lecture de revues spécialisées. L'allègement des tâches administratives est le principal biais d'action cité par les généralistes dans le but de leur libérer du temps d'activité clinique indispensable pour maintenir une qualité des soins satisfaisante.

Concernant l'organisation du cabinet, l'accessibilité aux personnes à mobilités réduites reste partielle même si elle est jugée suffisante par les médecins et principalement liée à des facteurs indépendants de la volonté des praticiens. L'informatisation du cabinet et du dossier médical s'est largement généralisée sans pour autant faire disparaître le déficit de communication entre professionnels et de coordination des soins qui constituent un obstacle majeur à la pratique médicale encore de nos jours et notamment à domicile. Les logiciels médicaux sont hétérogènes et leur maintenance pose problèmes à certains médecins. Des outils qui pourraient simplifier les échanges entre professionnels et avec l'assurance maladie sont sous utilisés et parfois peu fiables. De même, la prise de rendez-vous en ligne gagne du terrain mais reste complémentaire d'un secrétariat physique compétent souvent souhaité par les médecins mais dont le principal obstacle est le coût de fonctionnement que l'exercice en groupe peut aider à financer. L'absence d'informatisation du cabinet et l'exercice seul apparaissent comme des freins pour trouver des remplaçants.

La capacité de gestion de la demande de consultation est variable selon les médecins, influencée par la satisfaction globale du médecin et l'exercice en groupe. La gestion des demandes de visites à domicile est beaucoup plus problématique avec des refus de prises en charges plus fréquents indépendamment de la satisfaction globale de la prise en charge traduisant une saturation du système avec des conséquences en termes de qualité des soins prodigués et de continuité des soins qui devrait s'aggraver dans le futur aux vues des perspectives d'évolution de la démographie parisienne (population générale et population médicale). Comme pour les consultations, l'exercice de groupe semble être un atout pour mieux répondre à ce défi.

Enfin, parmi les besoins exprimés par les médecins généralistes, le renforcement du lien ville-hôpital avec une facilitation des échanges d'informations ; l'aide et la structuration de la prise en charge de la dépendance ainsi que des problèmes sociaux des patients ; le renforcement des effectifs et l'allègement des charges liées à l'exercice libéral associé à un changement du mode de rémunération ressortent particulièrement dans le cadre du virage ambulatoire promu par les pouvoirs publics et les professionnels.

4.2 Lien avec les études antérieures

4.2.1 Une baisse de la démographie médicale attendue

Nous avons recensés lors de notre étude 87 médecins généralistes omnipraticiens contre 134 en 2017 d'après l'assurance maladie (MEP compris) soit une densité médicale de 6,16 MG/10 000 hab. bien en dessous de la moyenne parisienne qui s'établit à 10,8/10 000 hab.(4) L'étude Demomed réalisée dans le 14^e arr. en 2014 retrouvait 126 médecins généralistes éligibles (dont quatre ayant un MEP prépondérant) soit une densité de 8,9/10 000 hab.(10). L'offre de soins omnipraticienne telle que nous l'avons définie est donc surestimée si on s'en tient aux chiffres de l'assurance maladie et son évolution est à la baisse. La principale raison de cette surestimation est la non prise en compte par l'assurance maladie des MEP qui représentent dans notre étude 60% des médecins exclus. Les autres facteurs pouvant expliquer cette différence est le retard de mise à jour des chiffres par rapport aux médecins qui stoppent leur activité ou déménagent dans un autre arrondissement ou encore la prise en compte de médecins salariés d'association d'urgentistes (SOS médecins, UMP, GMP) n'ayant pas d'activité de suivi de patients dans leur globalité.

La répartition des médecins révèle de faibles effectifs dans les quartiers Jean Moulin-Porte d'Orléans (cinq médecins) et Montsouris-Dareau (sept médecins), ces derniers possédant cependant de grands espaces non habités (parc Montsouris, réservoir d'eau de Montsouris) mais aussi la Cité Universitaire de Paris accueillants près de 12 000 étudiants. Ces deux quartiers présentaient déjà les effectifs les plus faibles de médecins généralistes en 2014. Le quartier Didot-Porte de Vanves a lui bénéficié de l'installation d'une MSP avec sept médecins généralistes fin 2016 mais la baisse des effectifs s'est poursuivie dans ces deux autres quartiers où Demomed recensait respectivement 21 et 18 généralistes. Cette baisse des effectifs s'avère d'autant plus préoccupante que les médecins qui y exercent (parmi ceux ayant répondu à notre étude), notamment à Jean Moulin-Porte d'Orléans sont tous âgés de plus de 50ans et les deux tiers ont plus de 60ans.

4.2.1.1 Typologie des médecins généralistes du 14^e arr.

Le portrait du médecin généraliste du 14^e arr. correspond aux données récentes démographiques disponibles : les médecins sont dans leur majorités des hommes, âgés de plus de 50ans qui exercent en secteur 1 majoritairement avec un taux supérieur à la moyenne parisienne (74% vs 61%)(4). Seul le

quartier Montsouris-Dareau fait exception puisque la moitié des généralistes exercent en secteur 2, ce qui devrait contribuer à créer une inégalité d'accès aux soins dans ce quartier déficitaire en offre de soins omnipraticienne sous réserve du faible nombre de réponse dans ce quartier (deux entretiens). Trois quarts des médecins ont une activité libérale intégrale et la grande majorité est titulaire dans leur cabinet sans variation depuis 2014 et l'étude Demomed ni par rapport aux données de l'assurance maladie de 2017.

4.2.1.2 *Tendance au regroupement.*

Près des trois quarts des généralistes interrogés exercent en structure regroupée. Cette tendance à la hausse était attendue puisqu'en 2014, Demomed retrouvait 52% des médecins exerçant en cabinet de groupe et prévoyait déjà une augmentation des regroupements correspondant d'avantage aux attentes des jeunes médecins en termes d'organisation, ce que confirme également la DREES dans son rapport de 2016 sur les professionnels de santé pour qui la part des médecins généralistes libéraux exerçant en groupe dans le secteur des soins de ville est passée de près de 43% en 2001 à plus de 50% en 2015. (27). Si Demomed n'observait pas de volonté de changer de mode d'exercice pour un exercice groupé, cette tendance s'explique probablement par le renouvellement des médecins qui s'installent maintenant majoritairement en structures de groupe. Cependant en analysant finement ces données, on s'aperçoit que les regroupements sont principalement de petites tailles avec un chiffre médian de deux professionnels par structure et comprenant très peu de paramédicaux : moins d'un professionnel en moyenne toutes professions confondues (comme l'observait déjà en 2014 Demomed et Cohen dans le 13^e arr.). Regroupement ne rime pas nécessairement avec travail pluriprofessionnel ou coordination des soins. De plus ces structures sont inégalement réparties sur le territoire et notamment peu présentes dans des quartiers déjà déficitaires comme Montsouris-Dareau (50% de structures de groupe parmi les médecins interrogés) et Jean Moulin-Porte d'Orléans (aucune structure de groupe) alors que tous les médecins installés à Didot-Porte de Vanves travaillent en structures regroupés. Cela pourrait contribuer à creuser les inégalités d'accès aux soins puisque selon nos résultats les médecins exerçant seuls ont plus de difficultés à gérer les demandes de consultation. Les médecins travaillant dans ces structures sont plus souvent des femmes, jeunes (53% des moins de 40ans ont choisi ce mode d'exercice) issues du DES dans sa forme actuelle.

4.2.1.3 *Cas particuliers des MSP*

Les MSP par le contrat d'objectifs et de moyen passé avec l'ARS se doivent de pratiquer de façon pluriprofessionnelle et coordonnée. D'après la DREES elle comprennent en moyenne 5 généralistes et une petite dizaine d'autres professionnels de santé (27). Nous avons recensé 12 médecins soit 25% des effectifs qui déclarent travailler dans une structure de « type MSP » (contre 12% en 2014) représentant quatre structures différentes soit 23,5% des structures regroupés. Or selon la CPAM, au 1^{er} Janvier 2017, une seule structure sur deux sites distincts était labélisée MSP c'est-à-dire ayant signé le règlement arbitral régissant les règles de fonctionnement. Ce biais de classement est lié à la non distinction dans la question posée aux médecins, du statut de MSP labélisée ou non par l'ARS. Certains médecins considèrent être constitués en MSP car ayant un fonctionnement et une coordination pluriprofessionnelle et d'autres non. Ainsi au sein de la même structure un des médecins déclarait une MSP contrairement à son confrère qualifiant simplement la structure de « regroupée ». Début 2017, plus de mille MSP ont été labélisées par l'ARS d'après la Fédération Française des Maisons et Pôles de santé (FFMPS)(19). L'évolution des modes de rémunération devrait inciter au regroupement de professionnels médicaux et paramédicaux en valorisant des actions coordonnées qui ne le sont pas dans la nomenclature actuelle.

4.2.1.4 Facteurs associés à l'intérêt pour le regroupement en MSP

4.2.1.4.1 Un engouement qui se confirme parmi les classes d'âge les plus jeunes

L'intérêt pour ce type de structure reste modéré puisque 45% des médecins interrogés ne l'envisagent pas dans le futur, cependant ce chiffre est moins important que celui observé en 2014 dans l'arrondissement où 74% des médecins interrogés n'étaient pas intéressés par un tel regroupement. D'après nos analyses en sous-groupe, ce changement semble avoir eu lieu au profit des installations de jeunes médecins majoritaires dans ces MSP. La part de médecins qui envisagent un tel regroupement ainsi que celle des médecins indécis est resté stable autour de 15% entre 2014 et 2018. Il ressort que les médecins intéressés par un tel regroupement semblent se trouver parmi la classe d'âge moyenne des 41-50 ans, indifféremment homme ou femme, exerçant actuellement ou non en structure de groupe.

Aucun des médecins envisageant une cessation d'activité à 2 ou 5 ans n'envisage un tel regroupement principalement du fait de leur cessation prochaine ne voulant pas s'engager dans un nouveau projet qui bouleverserait au moins en partie leurs habitudes de fonctionnement. On pourrait regretter une telle attitude dans la mesure où l'incorporation de médecins expérimentés connaissant bien le tissu local de professionnel pourrait favoriser une transmission de savoir aux jeunes professionnels et assurer une transition dans la prise en charge de la patientèle évitant ainsi les reports soudains lors des départs en retraite sans succession qui sont actuellement la règle (64% des médecins cessant leur activité n'envisageaient pas de succession en 2014 dans le 14e). Une des évolutions permises par la réforme du système de santé ambulatoire pourrait permettre d'assurer une telle transition par la création d'Equipes de Soins Primaire ou de MSP « hors les murs » permettant aux médecins installés attachés à leur manière de fonctionner et à leurs locaux de continuer à y travailler en collaborant d'avantage avec de jeunes confrères sur lesquels les patients pourraient naturellement se reporter lors du départ en retraite.

4.2.1.4.2 Quel intérêt à rejoindre de telles structure ? Des avis partagés

D'après l'analyse des verbatims les médecins sont partagés face aux facteurs associés au travail en MSP : le principal facteur positif évoqué étant le plaisir du travail en groupe (76%) faisant écho aux difficultés d'entente entre les associés comme second facteur négatif évoqué (37%). De même, Léger dans sa thèse sur les freins et moteurs de l'interprofessionnalité évoque effectivement ces deux points définissant l'interprofessionnalité comme un « équilibre fragile (...) où une seule personne peut perturber tout l'équilibre de l'équipe » (28). Une majorité des médecins intéressés évoquent une meilleure qualité des soins (72%) quand une partie non négligeable des médecins qui n'envisagent pas ce regroupement (18,5%) parle de « médecine moins personnalisée ». Le partage des tâches administratives, des charges et des plages horaires constitue pour les médecins intéressés (respectivement 36%, 44% et 52%) un argument de poids en faveur du regroupement. Ainsi, l'augmentation des tâches administratives n'apparaît pas comme un facteur majeur dans la décision de ne pas rejoindre une telle structure (cité par seulement 22% des médecins) bien que ce soit le principal obstacle à la pratique déclaré par les médecins généraliste dans notre étude. Il semble intervenir plutôt en deuxième ligne, chez les médecins indécis, déjà attirés par ce type d'exercice. Enfin, l'étude menée par Castelbajac et Cohen dans l'arrondissement voisin du 13^e pouvait laisser penser à une vision négative de ce mode d'exercice associé à une « mise sous tutelle de la médecine générale » par l'assurance maladie ou l'ARS. Les NMR et la rémunération sur objectifs de santé

publique (ROSP) qui constituent une partie du mode de financement des MSP étaient associés pour beaucoup de médecins à un « flicage » et à un « salariat déguisé » insupportable. (12,13) Ce jugement n'est pas clairement retrouvé dans notre étude où la notion de « perte d'autonomie » et de « salariat déguisé » apparaît en 3^e position chez les médecins n'envisageant pas le regroupement en MSP. La plupart apparaissant bienveillant et compréhensif vis-à-vis de ce nouveau mode de regroupement plébiscité par les jeunes médecins : « *je pense que c'est bien de mettre en place [ce genre de structure]* » ; « *pour vous les jeunes (...) ça peut être une façon de travailler plus intelligente* ». Ceci peut s'expliquer en partie par un biais de recrutement, les médecins hostiles à ce genre de regroupement ayant pu refuser de participer à l'annonce du financement par la future CPTS ou de notre directeur de thèse exerçant lui-même en MSP dans le 14^e arr.

4.2.1.5 *Un renouvellement qui se poursuit*

Les données de l'étude confirment la féminisation de la profession avec 47% de femmes parmi les médecins éligibles contre 34% en 2014 (10) surtout au sein des classes d'âges les plus jeunes où elles représentent la majorité des effectifs (seuls les plus de 60ans comptent plus d'hommes que de femmes). Les médecins issus du DES de MG dans sa forme actuelle sont également plutôt des femmes travaillant majoritairement en groupe. Les deux tiers des médecins installés en MSP ont 40ans ou moins et les trois quarts d'entre eux sont issus du DES de MG confirmant l'intérêt des jeunes médecins pour ce type de structure. D'après la DREES, les deux tiers des généralistes de moins de 40ans travaillent effectivement en structure de groupe. Contrairement à ce que laisse penser les études antérieures (10,29), l'activité mixte (libérale et salariée) ainsi que le statut de collaborateur ne semblent pas plus prisés par les femmes que par les hommes dans notre étude.

4.2.1.6 *Prévisions d'évolution de l'activité*

4.2.1.6.1 *Une baisse durable des effectifs*

La prévision de baisse des effectifs liée aux départs en retraite insuffisamment compensés se confirme sur les 5 ans à venir avec 13% de cessation d'activité et 21% de diminution d'activité prévu. Ce phénomène semble s'accélérer puisqu'en 2014, l'étude Demomed (10) prévoyait à l'horizon 2019 10% de cessation d'activité avec 19% des médecins qui diminueraient leur activité notablement. Sur une période plus courte (2014-2017), l'assurance maladie a mesuré une baisse de 3,3% des effectifs d'omnipraticiens parisiens. La DREES pour sa part, prévoit une baisse des effectifs de médecins jusqu'en 2021 avec une chute de la densité médicale encore plus importante liée au vieillissement de la population de 10%, avant une remontée des effectifs jusqu'en 2040. Cette baisse devrait être plus durable concernant les généralistes libéraux. Elle est évaluée sur le plan national à -9,5% entre 2015 et 2025(27) ce qui confirme la cohérence des chiffres retrouvés dans notre étude.

Les départs en retraite toucheront principalement certains secteurs de l'arrondissement, notamment les quartiers Raspail-Montparnasse et Pernety qui verront d'ici 5 ans le plus de cessation d'activité, alors que les quartiers présentant le plus de médecins âgés sont Jean Moulin-Porte d'Orléans et Mouton Duvernet préfigurant également de prochains départs en retraite. Trois de ces quatre quartiers étaient déjà pressentis en 2014 comme présentant le plus de départs en retraite. Malheureusement notre étude ne permet pas de confirmer si ces départs ont bien eu lieu et s'ils ont été compensés par des installations, ce qu'il serait intéressant de confirmer par une étude au protocole dédié. On remarque par ailleurs que plusieurs quartiers dits « aisés » de l'arrondissement vont probablement être touchés par la baisse des effectifs de médecins généralistes. Les charges liées au

foncier sont importantes dans ces quartiers qui ne sont pas définis comme « prioritaires » par la Mairie de Paris et ne bénéficient donc pas des mêmes aides à l'installation que le quartier de la Porte de Vanves par exemple. Cela risque de freiner encore davantage l'installation de jeunes médecins dans ces secteurs. Le soutien de la collectivité à l'installation de généralistes doit perdurer et être élargi à tous les quartiers du 14^e arr.

4.2.1.6.2 Peu ou pas de succession envisagée.

Le faible pourcentage de médecin envisageant un successeur parmi ceux qui prévoient une cessation partielle ou totale (neuf médecins sur 17 soit 44%) semble révéler un certain pessimisme concernant la reprise de leur cabinet. Plusieurs médecins évoquent en effet l'impossibilité de reprise de leur cabinet lié à la non-conformité aux normes PMR et pourtant, légalement, si ceux-ci ont obtenus une dérogation pour impossibilité technique, contrainte liée à la conservation du patrimoine ou refus de la copropriété ; il n'en est rien. Ces dérogations sont en effet attachées au local et non à la personne qui les a obtenues. En cas de cession, la dérogation perdure et bénéficie donc au nouveau médecin installé(30). Si les études précédentes comme Demomed montraient une difficulté pour près de la moitié des médecins à trouver un successeur, nos résultats tendent à montrer que les médecins ont pour beaucoup abandonnés cette idée. Ainsi la proposition d'une aide pour trouver un successeur ne semble pas trouver écho auprès des médecins interrogés sous réserve d'un faible nombre de réponses (un médecin intéressé sur quatre).

4.2.2 Un volume d'activité comparable à la moyenne nationale

4.2.2.1 Volumes patients

La patientèle médecin traitant (MT) moyenne est de 1095 patients, correspondant aux chiffres observés dans le 13^e arr. voisin (13). Certains généralistes n'ayant pas accès à l'espace pro ameli.fr lors de l'entretien, ont fournis une estimation de ce chiffre. Celui-ci, même quand il est fourni par l'assurance maladie ne reflète pas forcément l'activité du médecin généraliste, notamment s'il pratique beaucoup d'actes de pédiatrie. En effet depuis la convention de 2016, a été mis en place un statut de médecin traitant de l'enfant donnant accès à une rémunération sur objectif spécifique. Si cette mesure a été saluée par plusieurs acteurs de la profession car elle permet de mieux rendre compte de cette activité spécifique, elle est aussi critiquée par les médecins qui regrettent le manque de communication autour de cette mesure que la grande majorité des parents et une partie des généralistes interrogés ne connaissent pas. C'est pour cette raison nous avons également interrogés les médecins sur le suivi d'enfants qui confirme que la pédiatrie constitue une part majeure de l'activité du généraliste omnipraticien. Cette « patientèle d'enfants » est pourtant toujours sous déclarée malgré la possibilité qui en est faite, principalement pour des raisons de communication auprès des principaux intéressés : les omnipraticiens et les parents des enfants concernés. Le nombre de déclaration de médecin traitant pour enfants n'est d'ailleurs pas disponible sur le site ameli.fr.

4.2.2.2 Une quantification difficile du temps d'activité

4.2.2.2.1 Temps d'activité clinique et administratif

La mesure du temps de travail des médecins libéraux est particulièrement difficile à évaluer tant l'hétérogénéité des pratiques est grande. Certains médecins font des visites à domicile sur leur temps « de pause » du midi, d'autres le week-end. Certains ont une activité mixte, salariée qu'ils ne dissocient pas toujours de leur activité libérale. Dans notre étude, le volume moyen d'activité clinique hebdomadaire (40h/sem.) est comparable aux chiffres retrouvés par l'étude Demomed en 2014 (45h/sem.) et à ceux dans le quartier voisin du 13^e arrondissement (40h/sem.). Le volume d'activité lié aux tâches administratives n'était pas renseigné dans ces deux dernières études. Ce chiffre est difficile à déterminer par les médecins eux même tant les tâches administratives se mêlent au travail clinique (certificats, feuilles de soin, utilisation de l'espace pro ameli.fr). Les données de différentes études menées dans les 10 dernières années confirment un temps moyen d'activité de 52 à 60h/sem. dont une trentaine consacrée aux activités de visites et de consultations. Le temps hebdomadaire lié aux tâches administratives est lui évalué à 6h par semaine, concordant avec les données recueillies(31). Selon certaines études, la durée de travail hebdomadaire élevée entraînerait une certaine insatisfaction exceptée pour les gros travailleurs; ce que l'on ne retrouve pas dans l'analyse de la satisfaction en fonction du temps de travail probablement par manque de puissance(27).

Les médecins de plus de 60ans, sont ceux déclarant le temps de travail clinique et administratif le plus important, cela peut s'expliquer par leur volume de patientèle, leur installation ancienne et les contraintes familiales souvent moindre. Cependant il ne semble pas y avoir de relation linéaire entre le temps de travail clinique et l'âge, les médecins les plus jeunes ayant le second temps de travail clinique le plus élevé contrairement au temps de travail administratif pour lequel il semble y avoir une relation linéaire avec l'âge. Les médecins les plus jeunes ressentiraient moins le travail administratif possiblement du fait d'une meilleure maîtrise des outils informatiques et peut être du fait de leur plus faible expérience de l'exercice libéral. L'analyse en sous-groupe du temps administratif en fonction du temps d'activité clinique ne semble pas montrer de relation exponentielle entre ces deux variables contrairement à ce que l'on pourrait penser intuitivement et sous réserve de l'absence de test statistique réalisé. Cependant, en analysant les données selon le quartier, il semblerait que certains quartiers présentent une charge de travail administrative et clinique plus importante (Mouton Duvernet, Pernety) contrairement aux quartier Raspail-Montparnasse et Montsouris-Dareau. L'interprétation concernant ce dernier secteur est limitée par le faible nombre de réponses. Ces quartiers « surchargés » sont aussi parmi ceux où l'on retrouve le plus de médecins âgés et qui présentent le plus de difficultés de communication et de coordination des soins à l'échelle du territoire comme le démontre Sophie Bernard dans sa thèse. Enfin selon le mode d'exercice, on observe que les médecins exerçant seuls déclarent une moindre charge de travail clinique et administrative que leur confrère en exercice regroupé. On pourrait penser que l'exercice regroupé représente une charge de travail administratif supplémentaire, cependant les médecins exerçant dans une structure de type MSP déclarent une charge de travail clinique et administrative moindre. Cela abonde dans le sens d'un partage des charges administratives et des plages horaires au sein de ce type de structures. Ces données n'ont qu'une valeur exploratoire et une analyse en sous-groupe exhaustive comprenant des tests statistiques serait utile pour permettre de préciser les possibles facteurs expliquant les tendances observées.

Lors de l'analyse des emplois du temps des médecins, nous observons chaque jour entre 20 et 30% de demi-journées non travaillées, ce qui peut paraître élevé. Friedli et Castelbajac prévoient en 2014 une modification des modes d'exercices liés à la féminisation de la profession. La diminution du temps de travail au profit de demi-journées non travaillées peut en être une résultante (consacrées à du temps personnel notamment le mercredi après-midi où 32% des médecins n'ont pas d'activité libérale). L'interprétation de ces données est cependant limitée, ces demi-journées sans activité libérale étant pour certains occupées par une activité salariée que nous n'avons pas exploré dans notre questionnaire (PMI, réseau, hospitalier, centre de santé, enseignement).

4.2.2.3 *Gestion de la continuité des soins*

Le taux de remplacement régulier observé est légèrement plus élevé (47% des répondants pour une durée moyenne de 3,77 demi-journée/sem.) que dans les deux études réalisées dans le secteur du 14^e (35%) et du 13^e arr. (32%). Aucun médecin dont le dossier médical n'est pas informatisé ne se fait remplacer et seulement 13% des médecins exerçant seuls se font remplacer. Ces deux facteurs semblent être des freins au remplacement à la fois pour le remplaçant mais aussi du côté du remplacé invoquant souvent des « habitudes de fonctionnement » et l'absence de « temps pour organiser un remplacement ». Certains médecins ne considèrent pas leur non remplacement comme problématique estimant que l'offre de soins est suffisante, que la patientèle attendra leur retour ou qu'ils ont une pratique trop particulière.

Le nombre de semaines de congés annuels est aussi un moyen d'évaluer l'intensité de la charge de travail. Dans notre étude, il est en moyenne de six semaines par an conformément à la moyenne nationale(31) avec une variabilité importante allant de deux à dix semaines par an. En 2010, il était évalué à 5,3 sem./an avec une moyenne plus élevée pour les médecins en couple (5,4sem./an contre 4,4sem./an pour les autres médecins), et encore davantage pour ceux installés en groupe (5,7sem./an contre 4,8sem./an pour ceux exerçant seuls)(27). La question de la participation à la permanence des soins au niveau du territoire a été traitée par Sophie Bernard dans sa thèse.

4.2.2.4 *Volume d'activité et tiers payant*

Le nombre de consultations annuelles (3632/an) correspond à la moyenne parisienne (3164/an) mesurée en 2016 par l'assurance maladie (MEP compris). Le nombre moyen de visite (300 visites/an), est lui plus élevé que le chiffre communiqué par l'assurance maladie (201 visites/an)(32). On observe cependant de grandes disparités selon les médecins avec une médiane de 4095 consultations par an (écart type à 1515) et une médiane à 162 visites par an (écart type à 411) avec un maximum de 1754 visites par an concernant un des médecins. On ne peut exclure également un biais déclaratif lié à des consultations ou visites, gratuites ou dont les feuilles de soins papiers ne sont pas envoyées par les patients et donc non comptabilisées par l'assurance maladie. Par ailleurs, le nombre moyen de VAD mesuré en 2016 par l'assurance maladie est calculé sur la moyenne de tous les médecins généralistes parisiens y compris ceux ne faisant jamais de VAD, provoquant probablement une « dilution » de ce nombre. Ces chiffres sont comparables à ceux observés dans le 13^e arr. : 4464 consultations par an en moyenne et 282 visites par an en moyenne(12,13) ainsi que par Demomed dans l'étude parisienne en 2014 (3650 consultations annuelles et 256 VAD/an)(33).

L'analyse du nombre de consultation selon la classe d'âge correspond aux données déclarées par les médecins sur le temps d'activité clinique hebdomadaire. Concernant les visites à domicile, on observe également de gros écarts selon les classes d'âges. Ces écarts s'expliquent par deux des médecins âgés

de plus de 60ans réalisant un chiffre particulièrement élevé de visites à domicile (912 et 1754 actes par an). Si l'on ne prend pas en compte ces deux médecins, la moyenne annuelle des VAD est de 226 par an, comparable à la moyenne des 41-51ans. L'interprétation en sous-groupe de ces données est limitée par le faible nombre de réponses, respectivement deux et quatre concernant les classes d'âge des 41-50ans et des 51-60ans.

Le tiers payant sur la part obligatoire n'est pas systématiquement réalisé par les médecins sauf pour les patients bénéficiaires de la CMU et de l'AME (respectivement 91 et 96%). Il est cependant largement effectué quand la situation financière du patient l'impose (87%). Plusieurs médecins évoquent cependant le non remboursement au patient de la part mutuelle par certaines d'entre elles en cas de tiers payant sur la part obligatoire, exigeant un justificatif de paiement systématique. Pour cette raison, les médecins concernés ne pratiquent plus le tiers payant systématique. Un des médecins signale son mécontentement face à l'absence de justification sur la notification de refus de l'assurance maladie laissant le médecin démuni pour gérer ce type de refus.

4.2.3 Des pratiques qui évoluent

4.2.3.1 *La maîtrise de stage rentre dans les mœurs*

Quarante pourcents des médecins interrogés reçoivent des étudiants dans le cadre de leur activité de maître de stage des universités (MSU). En 2014, Demomed retrouvait 29% de MSU. Ce chiffre a donc augmenté au profit de l'accueil d'internes de niveau 1 et d'externes (respectivement de 16 à 21% et de 12 à 15%). Selon la DREES, la maîtrise de stage est plus fréquente parmi ceux exerçant en groupe. Cependant, on ne peut exclure que cette population soit sur-représentée dans notre échantillon du fait d'une sensibilisation plus grande aux problématiques de recherche. Le chiffre important de médecins intéressés par la maîtrise de stage (19%) est à mettre en parallèle avec la volonté politique de promouvoir les stages en médecine ambulatoire dans le cadre du Pacte Santé Territoire afin de lutter contre la désertification médicale en sensibilisant les étudiants à la pratique libérale(34), proposition soutenue par le CNOM(35). On peut supposer l'efficacité d'une telle mesure avec la part importante de médecins issus du DES de MG dans sa forme actuelle intéressés par la maîtrise de stage (83%). On peut en effet penser que la structuration de la filière universitaire et l'ouverture de terrains de stage ambulatoires encouragent les jeunes médecins une fois installés à devenir à leur tour MSU ce qui se reflète dans les résultats de l'analyse en sous-groupe en fonction de l'âge des praticiens. Cette répartition rend également compte du savoir expérientiel utile pour encadrer des étudiants plus expérimentés. C'est pourquoi on peut regretter que les médecins âgés de plus de 60ans ne soient pas plus intéressés (39%) par la maîtrise de stage ce qui pourrait favoriser la reprise de cabinets en cas de départ en retraite. A noter que certains médecins accueillent plusieurs étudiants, expliquant que le total des terrains de stage soit supérieur au nombre de médecins répondants.

4.2.3.2 *Domaines de prédilection et MEP*

Le nombre de praticiens ayant un MEP parmi les médecins éligibles atteint 49% (dont 40% ayant un MEP correspondant à plus de 50% de leur pratique ayant donc été exclus). Début 2017, la CPAM recensait à Paris 26% de praticiens à MEP. Le 14^e arr. apparaît donc comme un quartier de forte densité en praticiens à MEP. Dans notre échantillon ils sont huit médecins soit 17% des répondants à déclarer un MEP minoritaire. Ce chiffre dans l'étude Demomed était de 11% (en éliminant les praticiens ayant un MEP>50%)(10). Nous avons constaté une difficulté à répertorier les MEP sur un mode déclaratif d'autant plus qu'aucune définition consensuelle n'existe. Dans notre étude plusieurs médecins ont

évoqué des domaines de prédilections ou orientations que nous avons dissociés des MEP car s'intégrant dans le cadre de leur pratique omnipraticienne sans les en éloigner ; exemple : gynécologie, gériatrie ou activité de coordination. Ces deux derniers items sont très probablement sous représentés dans nos résultats car si certains médecins ont tenu à les mentionner dans la question sur les « gestes techniques et actes particuliers » ces domaines de prédilections n'étaient pas expressément proposés dans l'intitulé de la question. Il est donc très probable que d'autres répondants se soient abstenus de les mentionnés. L'étude de Castelbajac et Cohen dans le 13^e arr. voisin s'est attaché à dénombrer ces domaines de prédilection que 58% des médecins interrogés revendiquent dont 26% concernant la pédiatrie, 15% la gynécologie, 18% la gériatrie mais dont certains sont très éloignés de la médecine générale omnipraticienne telle que nous l'avons définie en introduction (ostéopathie, médecine interne, urgences ou psychiatrie)(12,13).

4.2.3.3 Gestes techniques

Concernant les gestes techniques et actes particuliers réalisés au cabinet, une majorité de médecins déclarent suivre régulièrement des nourrissons et des femmes enceintes (au moins pendant une partie des six premiers mois). Plus d'un tiers d'entre eux pratique des frottis cervico vaginaux (FCV) confirmant la part importante de suivi gynécologique réalisé par les médecins généralistes. Les chiffres concernant les actes de gynécologie obstétriques sont comparables à ceux retrouvés en 2014 par Demomed 75 et Demomed 14^e (40% de suivi de grossesse, 31% de FCV, 7% de pose et retrait d'implant progestatifs ainsi que de DIU)(10,33). Nous n'avons pas évalué les besoins de formations en termes de gestes techniques mais cela serait intéressant dans le but de pouvoir proposer des formations adaptées aux besoins des médecins généralistes dans le cadre de leur DPC.

4.2.3.3.1 Une formation médicale de qualité comme priorité

Tous les médecins ont cité au moins une modalité de formation médicale continue (83% au moins deux modalités). Il est intéressant de noter que le principal canal d'information en termes de développement professionnel continu reste la presse écrite avec les journaux et revues professionnelles pour 60% des répondants. Les trois premiers items avec les congrès et séminaires ainsi que les formations OGDPC présentielle sont également retrouvés dans l'étude de Castelbajac et Cohen dans le 13^e arr. montrant qu'à l'ère du numérique, les omnipraticiens privilégient encore les supports écrits et les formations présentielle. Des différences peuvent tout de même être liées à l'interprétation des données en unités de codage de cette question présentée de façon ouverte aux répondants. D'après cette même étude du 13^e arr. une majorité de médecins sont intéressés par l'organisation de programmes de DPC au niveau du territoire et cela dans les mêmes proportions que dans notre étude (environ 60-65%). A noter que pour la majorité des médecins, seul compte la qualité de la formation dispensée et le sujet centré sur les problématiques de médecine générale/ médecine ambulatoire. Chaque modalité selon le lieu de la formation et les intervenants offre des avantages organisationnels ou relationnels. Afin de toucher un public de professionnel le plus large possible, il semble que la diversité des formations proposées soit capitale. Enfin deux modalités de DPC qui ont été intégrés aux enseignements du troisième cycles des études médicales par différentes facultés (groupes Balint et groupes d'échanges de pratique) sont encore très minoritaires. On peut s'attendre dans les années à venir à voir ces modalités de formations utilisées plus fréquemment par les jeunes praticiens les ayant expérimentés durant leurs études.

4.2.4 Une logistique au cabinet, imparfaite mais qui fonctionne

4.2.4.1 *Une accessibilité partielle sans prioriser la mise aux normes*

On peut estimer que les taux d'accessibilité des cabinets sont restés stables depuis quatre ans, en référence à Demomed, avec un peu plus d'un cabinet sur deux entièrement accessible. Ces chiffres, sont comparables à ceux retrouvés dans l'étude de Cohen et Castelbajac et là encore, ce qui ressort est l'absence de mise aux normes PMR envisagées bien souvent en dépit de la volonté des médecins qui se heurtent au refus des copropriétés ou à des difficultés techniques leur ayant permis d'obtenir une dérogation. Si les jeunes médecins semblent s'orienter préférentiellement vers des locaux entièrement accessibles, comme le montre l'analyse en sous-groupe selon l'âge, il semble que l'exercice regroupé ainsi que l'exercice en MSP ne soit pas un facteur associé à l'accessibilité du cabinet médical. Cela peut paraître surprenant mais résulte probablement du fait qu'une seule des quatre MSP déclarées comme telle se trouve dans des locaux neufs et entièrement accessible. Il apparaît évident qu'un renouvellement rapide de tous les cabinets médicaux pour une accessibilité totale est illusoire dans une ville comme Paris. Si beaucoup de médecins déclarent dans notre étude recevoir tant bien que mal des patients porteurs de handicaps sans pour autant avoir des locaux aux normes PMR, on peut s'inquiéter de l'inertie à la conversion des cabinets médicaux dans la mesure où la population parisienne vieillit. L'accessibilité des cabinets devrait en effet être un atout pour favoriser les déplacements des patients à mobilité réduite et donc diminuer le recours aux visites à domicile.

4.2.4.2 *Le secrétariat, des besoins importants mais une exigence de qualité.*

Une des particularités de notre questionnaire concernant le secrétariat est d'évaluer le recours à la prise de rendez-vous ligne. Elle apparaît comme un outil de plus en plus utilisé, flexible, qui permet d'attirer beaucoup de nouveaux patients. Cette modalité est souvent complémentaire d'une fonction de secrétariat classique sur place ou à distance qui présente l'avantage de garder un lien plus humain et interactif avec le patient. En effet la prise de rendez-vous en ligne fait l'objet de critiques sur le plan de l'efficacité (augmentation des absences non justifiées) et sur le plan éthique renforçant la place du patient comme usager ou consommateur de santé. C'est en tout cas ainsi que le ressentent plusieurs médecins interrogés qui sans remettre en cause l'avenir d'une telle solution technique refuse d'y adhérer, revendiquant l'attachement du médecin pour ses patients et vice versa. Une autre critique est faite sur le plan de l'accès au soin qui est grandement facilité pour les personnes qui ont accès et sont à l'aise avec les nouvelles technologies contrairement aux personnes âgées par exemples. Les praticiens utilisant ce genre de solutions doivent donc rester attentifs pour maintenir un accès facile de ces populations, davantage vulnérables. Selon la DREES, comme dans notre étude, disposer d'un secrétariat est plus fréquent parmi les médecins exerçant en groupe.

4.2.4.2.1 *Des besoins connus et des propositions d'organisation qui trouvent peu d'écho*

Notre analyse des obstacles en termes de secrétariat s'appuie sur le constat de la thèse sur les besoins des généralistes du 13^e arrondissement qui révèle que 51% des médecins ont des besoins non résolus en termes de secrétariat. Notre étude confirme les principaux freins évoqués dans la thèse du 13^e bien que finalement, le principal obstacle duquel découle tous les autres soit le coût du secrétariat, d'autant plus s'il est bien formé et compétent. En effet, si les médecins évoquent en majorité les tâches administratives comme un obstacle majeur à leur pratique quotidienne ils mettent une certaine limite à la délégation de tâche : la grande majorité des médecins ayant un secrétariat physique sur place

délègue déjà certaines tâches mais moins de la moitié délégueraient davantage si leur secrétariat était mieux formé. Au-delà de la compétence du personnel qui est fondamentale pour lui confier davantage de missions, certains médecins préfèrent garder la maîtrise de certaines tâches ou estiment que certaines tâches ne relèvent pas des missions du secrétariat (comme la gestion du tiers payant) ou enfin veulent préserver leur secrétariat déjà bien sollicité par la gestion des appels téléphonique et de l'accueil des patients. Cela se reflète dans les réponses à la proposition de mise en place d'un secrétariat à temps partiel, mutualisé pour laquelle les avis sont partagés. Le principal argument négatif retrouvé est la question du coût. Cette proposition de secrétariat mutualisé faisait partie des propositions faite par le CNOM suite à la consultation nationale réalisée en 2015(35). Dans ce contexte une aide financière à l'acquisition d'un secrétariat formé aux problématiques des médecins généraliste est une piste qui répondrait d'avantage aux attentes des médecins généralistes interrogés.

4.2.4.3 *Une informatisation qui se généralise mais des outils encore peu fiables et une gestion chronophage.*

L'informatisation du cabinet médical et plus particulièrement du dossier médical est de plus en plus généralisée et s'impose comme une évidence non sans essuyer de nombreuses critiques. Depuis 2014, le taux d'informatisation des cabinets du 14^e est passé de 64% à 96%. Les logiciels médicaux restent très variés bien qu'un logiciel se démarque, Mediclick® qui était également le logiciel le plus présent dans les cabinets d'omnipraticiens du 13^e arr. dans l'étude de Castelbajac et Cohen. Cette répartition est cependant amenée à évoluer. Ainsi, plusieurs médecins exerçant au sein du pôle de santé du 13^e arr. se sont récemment coordonnés afin de choisir le même logiciel dans une logique de partage des informations pour une meilleure coordination des soins, Dans notre étude, le logiciel Chorus® apparait en troisième position alors qu'il n'est utilisé que dans une seule MSP regroupant cinq médecins interrogés. En effet informatisation n'implique pas forcément partage de données et coordination y compris au sein d'un cabinet de groupe. De ce point de vue, le travail en MSP est clairement un facteur associé au partage du dossier médical entre professionnel qui est d'ailleurs un des points majeurs de la convention passée entre l'ARS et les professionnels de santé en MSP. D'après cette même étude du 13^e arr. 59% des généralistes interrogés avaient des besoins non résolus en termes d'informatique. On retrouve dans les verbatims de notre étude sensiblement les mêmes thèmes : performance et fiabilité des logiciels médicaux et des dispositifs institutionnels en ligne (espace pro), aide à la maintenance et partage de données sécurisé à améliorer et à généraliser. D'après Léger, le manque de performance des logiciels disponible pour les structures pluriprofessionnelles constitue un frein au regroupement pluriprofessionnel(28).

4.2.4.3.1 La messagerie sécurisée, un dispositif efficace, peu connu et sous utilisé

Concernant ce dernier point le concept de messagerie illustre bien les difficultés actuelles rencontrées par les généralistes : cette solution technique permet d'échanger rapidement, de manière sécurisée des informations (compte rendu d'hospitalisation, résultats d'imagerie ou de biologie), elle est plébiscitée par les instances nationales comme le CNOM(35) qui en ont développé une, accessible gratuitement à tous les professionnels de santé. Une grande majorité des médecins interrogés disent l'utiliser mais l'analyse des verbatims reflètent une toute autre réalité, si les médecins concèdent que ce type d'outils pourrait contribuer à améliorer la communication et la coordination des soins entre professionnels, ils pointent du doigt le manque de connaissance de ce dispositif par beaucoup de leur confrères libéraux et institutionnels ainsi que des difficultés techniques de connexion qui au lieu de leur épargner du temps ; leur en font perdre davantage. Ces obstacles sont pourtant surmontables puisque la majorité des professionnels sont très satisfait par l'utilisation de ces messageries sécurisées

de manière systématique par un des partenaires hospitaliers du territoire. La systématisation de ces échanges par tous les partenaires institutionnels et libéraux apparaît comme une condition d'efficacité de ce dispositif.

4.2.4.3.2 Le dossier médical moins informatisé en visite à domicile

Contrairement aux consultations, l'informatisation du dossier médical en visite ainsi que la télétransmission des feuilles de soins est beaucoup moins systématique chez les médecins interrogés. Ce que globalement tous regrettent pointant l'absence de solution technique fiable avec un coût raisonnable (dossier mobile en visite et lecteur de carte vitale mobile). Il semblerait que la réalisation de feuilles de soin électroniques en visites soit associée à une charge de travail administratif moindre. La significativité de ce résultat ne peut être affirmée en l'absence de test statistique mais présente une valeur exploratoire dans l'optique de redonner du temps médical aux médecins en diminuant leur charge administrative.

4.2.5 La gestion des consultations

4.2.5.1 Une capacité d'accueil variable

Les résultats observés en rapport avec l'organisation de l'agenda des consultations, principalement sur rendez-vous sont stables par rapport à ceux observés en 2014 dans le 14^e arr. Concernant la capacité à gérer les demandes de consultations, les résultats sont partagés puisqu'environ un tiers des médecins n'expriment pas de difficulté pour répondre aux demandes de consultation, un tiers arrive à y répondre entraînant une charge de travail non souhaitée et un tiers refuse des demandes de consultation régulièrement. Ce chiffre est en augmentation par rapport à 2014 où Friedli retrouvait 20% de refus de consultation et 24% de réponses positives aux demandes de consultation reflétant une capacité d'accueil ressentie négativement. En point de comparaison au niveau parisien, en 2014, ces chiffres étaient de 40% de réponses positives, 33% de réponse positive malgré une charge de travail supplémentaire et 27% de refus.

4.2.5.1.1 Une saturation de la capacité d'accueil, aggravée par l'insatisfaction

Un autre indice de la saturation de la capacité d'accueil des généralistes réside dans les refus de prise en charge de nouveaux patients comme médecins traitant. Si les médecins interrogés acceptent en majorité de suivre de nouveaux patients, on observe que cette acceptation se fait pour certains « sous conditions » ; « après négociation » et « avec difficultés ». Le refus de ces nouvelles prises en charge ne semble pas associé à l'âge avancé des médecins ni à un temps d'activité administratif plus important bien que la significativité de ces analyses en sous-groupe ne puisse être établie dans notre étude. On peut penser que ces refus ne sont pas liés à un vieillissement ou à une baisse d'activité mais plutôt à une saturation de l'exercice chez des médecins en pleine activité. En témoigne le temps d'activité clinique médian supérieur chez les médecins refusant régulièrement des demandes de consultation ou y répondant au prix d'une surcharge de travail. De plus, l'insatisfaction globale de la prise en charge en consultation est un facteur qui apparaît clairement associé au refus de prendre en charge des nouveaux patients en consultation. L'exercice en groupe et notamment en MSP semble être un atout permettant de répondre plus favorablement aux demandes de consultations. La tranche d'âge des 41-50ans est celle où on observe le plus de refus de prise en charge et le plus de ressenti négatif de la prise en charge en consultation. Bien que la patientèle moyenne médecin traitant et le nombre de

consultation dans cette classe d'âge soit parmi les plus faibles. Compte tenu des faibles effectifs dans cette tranche d'âge (cinq médecins), des travaux complémentaires comprenant des tests de significativité sont nécessaires pour comprendre les raisons de ce malaise touchant une génération d'omnipraticien.

4.2.6 La gestion des visites à domicile : une problématique différente des consultations.

On retrouve dans notre échantillon le même ordre de grandeur de médecins ne pratiquant pas habituellement de VAD que celui retrouvé en 2014 par Demomed (13% dans le 14^e ; 17% à l'échelle de Paris). Concernant la durée et le volume de VAD par an, il existe une grande variabilité entre les médecins, selon leur lieu d'exercice, leur appétence pour cette pratique et la complexité de la situation du patient. En général, moins le médecin fait de VAD et plus elles sont longues(36). Ceci semble se confirmer dans notre étude, malgré le faible nombre de données pour certains items.

On observe que la gestion des demandes programmées pose beaucoup plus de problème que pour les consultations puisque près de 40% des médecins refusent régulièrement des visites contre 28% de refus réguliers en 2014. Parallèlement, 42% estiment pouvoir répondre sans problème à la demande contre 30% en 2014. Contrairement à ce qu'on observe pour les consultations : à domicile, les médecins refusent majoritairement des demandes de visites et de nouvelles prises en charge à domicile indépendamment de la satisfaction globale de la prise en charge en visite. La surcharge de travail administratif pourrait jouer un rôle dans le refus de prendre en charge de nouveaux patients. Les médecins qui refusent régulièrement des demandes de visites au quotidien, exercent plus souvent seuls et appartiennent à la classe d'âge des 51-60ans qui est celle qui réalise effectivement le moins de VAD par an. La pratique de visites semble bien être associée à une charge de travail clinique et administrative légèrement supérieure. Cependant les médecins qui refusent régulièrement des demandes de visites ne comptent pas parmi ceux ayant une charge clinique ou administrative des plus importantes. La charge de travail est-elle une cause ou une conséquence des refus de prise en charge en visite ? Il est difficile de se prononcer aux vues de nos résultats qui n'ont qu'une valeur exploratoire. L'organisation en exercice regroupé semble par ailleurs être un atout pour répondre aux demandes de visites.

4.2.6.1 La VAD, une pratique exigeante, qui demande du temps

L'analyse des freins à pratiquer des VAD nous permet de mieux comprendre les raisons des refus observés. D'après les verbatims, les VAD demandent du temps, du temps incompressible lié aux déplacements, aux conditions matériels d'examen, à la situation cognitive et sociale des patients. Or les médecins n'arrivent plus à concilier les exigences d'une telle pratique avec leur emploi du temps déjà très chargé. La complexité de la prise en charge n'est pas un réel frein en elle-même dans la mesure où le médecin peut s'investir dans la prise en charge et prendre le temps de (bien) faire son travail. Cela explique que l'excès de charge administrative ne semble pas intervenir directement dans la capacité de réponse à la demande de prise en charge. Car c'est une question de temps disponible. Cela explique également le faible intérêt pour un système qui permettrait de rapprocher l'offre et la demande de VAD selon les caractéristiques des patients et des médecins ou pour un système de coordination pour les VAD complexes. C'est avant tout le manque de disponibilité dans le temps, l'exigence de qualité et l'énergie qu'implique ce genre de pratique qui les freinent à prendre en charge de nouveaux patients. Plusieurs médecins préfèrent limiter le nombre de patients suivis à domicile pour pouvoir mieux les prendre en charge. Pour les mêmes raisons, si la rémunération insuffisante est fréquemment citée, les verbatims montrent qu'une revalorisation brute permettrait peut-être de consacrer plus de temps aux VAD pour certains mais n'améliorerait pas la charge de travail globale du

médecin. Consultations et visites évoluant comme des vases communicants déjà bien remplis dont le volume (correspondant au temps) est limité.

Si la réponse aux demandes de VAD programmées pose le problème de la continuité des prises en charges, la gestion des demandes de VAD urgentes rentre plutôt dans le cadre des soins de premier recours. Le résultat de l'analyse en sous-groupe montrant une réponse plus aisée aux demandes urgentes était attendu. Plus surprenant, ce résultat n'est pas retrouvé au sein des MSP qui pourtant pour plusieurs d'entre elles déclarent avoir mis en place une organisation « d'astreintes » ou de « roulement » afin de pouvoir répondre à de telles demande. Il est possible que ce résultat n'apparaisse pas en raison d'un manque de puissance lié aux faibles effectifs ou à un facteur de confusion : plus de la moitié des médecins n'envisageant pas de regroupement en MSP exerçant déjà en structure de groupe. En cas d'impossibilité d'assurer les demandes urgentes de visites, les médecins réadressent largement vers les différentes associations d'urgences au domicile parisiennes avec cependant pour certains des regrets estimant la prise en charge parfois moins adaptée, regrettant le manque de suivi mais reconnaissant n'avoir « pas d'autre choix ».

4.2.6.2 *Les VAD pluriprofessionnelles, des données à préciser.*

Enfin, on retrouve un chiffre élevé (65%) de médecins pratiquant des VAD conjointes avec d'autres professionnels de santé. L'interprétation de ces données est limitée par la formulation de la question qui ne permet pas de différencier les recours réguliers et les recours occasionnels aux VAD conjointes. Plusieurs médecins évoquent en effet des échanges réguliers sans rencontres physiques, ou des visites conjointes initiales non renouvelées. Comme pour la gestion des demandes urgentes, le fait que le travail en MSP ne soit pas associé à des visites pluriprofessionnelles plus fréquentes contrairement à l'exercice en groupe, s'explique probablement par le manque de puissance de notre étude. La question de la coordination des soins en médecine de ville, notamment à domicile a été développée par Sophie Bernard dans sa thèse.

4.2.7 Satisfaction globale, principaux problèmes rencontrés dans l'exercice quotidien et propositions d'amélioration.

4.2.7.1 *Un exercice plus difficile en VAD selon les générations*

Les médecins généralistes interrogés apparaissent dans l'ensemble globalement satisfait des soins prodigués à leurs patients avec cependant une nette différence concernant les visites à domicile. On observe clairement une insatisfaction globale des médecins les plus jeunes (≤ 50 ans) en visite que l'on ne retrouve pas en consultation. Les médecins issus du DES de MG, ceux exerçant en groupe et surtout en MSP sont moins satisfait de leur prise en charge en visite mais ces résultats observés sont probablement faussés par l'âge des praticiens qui constitue un facteur de confusion important pour ces items. Ce rapport s'inverse en consultation où les « plus jeunes » médecins sont davantage satisfait que leurs confrères plus âgés. Or on sait que l'insatisfaction est un facteur de risque de syndrome d'épuisement professionnel, influence la qualité des soins et l'attractivité de la spécialité médicale. En revanche les temps d'activité clinique et administratif hebdomadaires ne semblent pas être associés à l'insatisfaction des praticiens sous réserve de l'absence de test statistique effectué.

Depuis quelques années, avec la spécialisation de la médecine générale et la création d'une filière universitaire, la formation initiale du médecin généraliste s'est étoffée pour prendre en compte les spécificités de l'exercice. Cela peut expliquer que les plus jeunes médecins soient tout aussi à l'aise, voir plus que leurs aînés dans l'exercice de la consultation, grâce à la formation qu'ils ont reçue et à

leur connaissance du système de soins qu'ils ont pratiqué pendant leur internat. Malheureusement on peut penser que la formation initiale concernant les visites à domiciles soit moins complète liée à une carence de terrains de stage ambulatoire notamment. Ce mode de « consultation » bien particulier est plus difficile à appréhender, entre autres choses par les conditions matérielles d'examen souvent précaires. Il se peut alors que la prise de décision nécessitant souvent la mise en œuvre d'un réseau de professionnels dans des situations qui sont toujours particulières, soit moins aisée pour le « jeune médecins » qui manque d'expérience, de contacts professionnels et qui doit apprendre à faire avec des moyens limités au domicile du patient. Si l'on veut que les généralistes et notamment les jeunes médecins continuent de pratiquer des visites à domicile, il faut qu'ils aient les moyens d'être satisfaits de leur travail. Un renforcement de l'enseignement dans ce domaine ainsi qu'une sensibilisation des jeunes médecins et le développement d'outils d'aide à la prise en charge pourrait être une piste d'amélioration du ressenti des médecins par rapport à leur capacité à prendre en charge des patients complexes au domicile. D'autant plus que la population parisienne vieillit avec des prises en charges au domicile de plus en plus complexes sur le plan médical et social, comme le développe Sophie Bernard dans sa thèse.

D'après la grande consultation nationale du CNOM de 2015 pour l'avenir de la santé, 61% des médecins actifs ou retraités au niveau national s'estiment globalement satisfait de leur situation professionnelle avec cependant de grandes inquiétudes concernant le système de soin et son évolution(35).

4.2.7.2 Des problèmes quotidiens aux propositions d'amélioration

Sur le plan méthodologique, les questions sur les obstacles rencontrés et les solutions à mettre en œuvre, s'influencent l'une et l'autre, parfois l'évocation d'une proposition d'amélioration fait émerger une difficulté non soulevée auparavant. Certaines réponses sont également interchangeables rendant l'interprétation de ces données parfois délicate.

Sur le fond, l'évaluation des conditions de travail des omnipraticiens est complexe car elle renvoi à des aspects très divers de leur pratique et peut faire écho à leur état de santé physique et psychique souvent lié à leur exercice qui les confronte à des situations difficiles. Selon la DREES, à travers le terme de « surcharge de travail » il y a plusieurs situations ou perceptions qui constituent ce trop-plein : charge administrative, stress, confrontations aux difficultés sociales des patients, rémunération insuffisante en regard de l'investissement déployé dans le travail, reconnaissance insuffisante des patients, renforcée par des comportements incorrects ou désinvoltes. Ce ressenti des médecins influence l'organisation de leur pratique(27). Ces éléments sont également retrouvés dans notre étude.

Selon l'étude Castelbajac et Cohen dans le 13^e arr. rapportait que plus de deux tiers des généralistes interrogés avaient des besoins non résolus en termes d'organisation. Nous retrouvons sensiblement les mêmes thèmes au premier rang desquels **le manque de temps médical** : plus qu'une surcharge de travail en termes d'horaires, les praticiens évoquent le manque de temps pour réaliser un travail de qualité. Leur exercice est parasité par une charge administrative lourde, une accumulation des motifs et de la densité des consultations et une gestion du flux de patient de plus en plus difficile (gestion des urgences, demande de résultats immédiats, absentéisme ou retard). Ces difficultés poussent les médecins à devoir choisir en efficacité et qualité des soins en refusant certains actes pour leur permettre de continuer à s'occuper convenablement de leurs patients. Toutes les solutions évoquées par les médecins visent donc à « gagner » du temps médical sur le temps organisationnel et administratif.

L'allègement des tâches administratives apparaissent déjà dans l'étude du 13^e arr. comme une demande importante, reprise par le CNOM dans ses propositions faisant suite à la grande consultation nationale de 2015 où 86% des médecins indiquait cet objectif comme prioritaire. On note que dans cette dernière consultation, les patients approuvaient le caractère indispensable de la simplification administrative. Cette simplification doit passer par une amélioration des rapports avec les caisses d'assurances maladie, dont près d'un médecin sur deux au plan national se dit très insatisfait(35), en termes de communication avec la possibilité de joindre un interlocuteur compétent (souvent le médecin conseil) rapidement, ce qui n'est pas le cas actuellement avec le numéro unique mis en place. Une autre piste d'amélioration concerne la gestion du tiers payant trop chronophage dès lors que le patient ne dispose pas de sa carte vitale ou qu'un refus de la caisse est notifié sans explication suffisante. L'autre aspect de l'allègement des tâches administrative réside dans l'aide à **l'accès à un secrétariat** dont le frein principal est le coût ainsi que la formation, la compétence de celui-ci. Ce qui était également, déjà évoqué dans la thèse du 13^e arr. La solution proposée de secrétariat mutualisé pourrait intéresser certains médecins sous réserve des deux freins cités précédemment. Elle pourrait faire l'objet d'une aide au financement et devrait être proposée au cas par cas tant le mode de fonctionnement des cabinets est hétérogène selon les médecins.

L'amélioration de la communication et de la coordination des soins est une demande majeure des médecins généralistes concernant la transmission d'informations entre professionnels libéraux et hospitaliers. La coordination des soins notamment avec les paramédicaux est un besoin exprimé qui permettrait également de soulager les médecins dans le cadre de prise en charges complexes ou chronophages via la délégation de tâches notamment (infirmières de pratique avancé ou dispositif ASALEE). Propositions reprises également par le CNOM en 2015. Cela passe par une meilleure connaissance des acteurs de terrain demandée par les généralistes, ce point en particulier était déjà évoqué dans la thèse du 13^e où la rencontre des autres professionnels, la création d'un annuaire au niveau du territoire était déjà présente. La formation professionnelle continue présentielle, plébiscitée par les médecins est également un bon moyen de créer du lien entre professionnels libéraux et hospitaliers. Ces aspects sont développés plus amplement par Sophie Bernard dans sa thèse.

Dans le cadre du virage ambulatoire soutenu par les pouvoirs publics, le **renforcement du lien ville hôpital** doit se poursuivre en améliorant la communication (échange de comptes rendus informatisés, messagerie sécurisée) et les échanges dans le cadre de la prise en charge qui restent encore trop « compliqués » pour la majorité des médecins. Ces évolutions sont d'autant plus importantes que ce virage ambulatoire aura très probablement un impact sur la **prise en charge de la dépendance** et des **problèmes sociaux des patients** nécessitant une réorganisation des moyens autour de la médecine de ville en collaboration avec l'hôpital. Cela constitue un défi, présent et futur pour les politiques et tous les professionnels concernés. Ce constat est partagé par les médecins de notre étude et les tutelles à travers la consultation du CNOM. Les politiques publiques via la création des CPTS et des PTA semblent aller dans ce sens mais ces dispositifs sont encore trop peu connus des professionnels qui ne semblent pas se les être appropriés. Ce chapitre est développé plus en détail dans la thèse de Sophie Bernard. On peut également se demander si la place grandissante faite au médecin généraliste dans la gestion des problèmes sociaux est nécessaire et productive. Est-ce bien là le fruit d'un choix de société ?

L'informatique doit être un outil au service des praticiens à la fois dans la gestion de leur cabinet (gestion des rendez-vous, dossier médical), dans la simplification des échanges avec la sécurité sociale (certificats dématérialisés) et de la transmission d'information entre professionnels (messageries sécurisées et numéros de téléphone directs). Les conditions de la généralisation de leur utilisation par les professionnels résident dans la fiabilité des systèmes, l'aide à l'installation et la maintenance. Bien que la plupart des médecins fassent part d'un manque de communication, l'un d'entre eux nous

alerte sur un écueil, l'excès de communication, parfois contre-productive, impossible à gérer : « la multi communication ».

L'allègement de la charge de travail des médecins doit bien sûr passer par une action sur la démographie dont les évolutions à la baisse vont se pérenniser comme nous l'avons montré précédemment, l'augmentation de l'attractivité de la médecine générale et **l'augmentation du nombre de médecins installés** doit rester une préoccupation des pouvoirs publics. Dans cette optique-là, le développement de l'exercice pluriprofessionnel, bien qu'ils ne conviennent pas à tous les omnipraticiens est une piste pour favoriser l'installation tout en optimisant les contraintes logistiques et budgétaires. Un autre levier d'action reste **l'allègement des charges liés à l'exercice libéral** (secrétariat, loyers) qui reste selon notre étude et celle du 13^e un frein à la pratique pour un certain nombre de médecin et qui semble indispensable aux vues du vieillissement de la population médicale y compris dans les quartiers aisés où ils peinent à trouver des successeurs qui préfèrent s'installer dans des zones dites « défavorisées » bénéficiant d'aides à l'installation. Dans ce cadre-là, l'augmentation de la rémunération, reste une demande présente dans nos entretiens mais ne semble plus s'imposer de manière indispensable (comme cela était le cas en 2014 dans le 13^e arr. où la valeur du C était encore de 23€), plusieurs médecins évoquant **un changement du mode rémunération** prenant bien plus en compte le travail de coordination, travail non biomédical du médecin généraliste. L'extension des aides à l'installation à davantage de secteurs « moins défavorisés » permettraient probablement d'anticiper les départs en retraite prochain dans des secteurs dits actuellement « aisés ».

4.3 Points forts et limites de l'étude

4.3.1 Représentativité

En termes de représentativité, notre échantillon est comparable aux médecins éligibles du 14^e arr. en termes de conventionnement et de répartition selon les quartiers sauf pour le quartier Montsouris-Dareau qui présente un taux de réponse de 28,6% parmi les sept généralistes éligibles contre 48% en moyenne pour les autres quartiers. Le taux de réponse dans le quartier Jean Moulin-Porte d'Orléans a été de 60% sur la base de trois entretiens seulement limitant l'interprétation. A l'inverse, les médecins du quartier Mouton Duvernet sont sûr représentés avec un taux de réponse de 82%. Notre échantillon possède davantage de femmes (60% contre 32,5%) et moins d'hommes (40% contre 67,5%) que les non répondants. On observe une proportion de médecins de plus de 60ans comparable à la moyenne nationale selon le CNOM qui comptabilise 28% des actifs ayant plus de 60ans contre 30% dans notre échantillon. Les hommes représentent 66% de cette classe d'âge au niveau national contre 69% dans notre échantillon contrairement aux femmes qui représentent 61% des moins de 40ans au niveau national contre 67% dans notre échantillon, confirmant la féminisation de la profession.

4.3.2 Points forts

Le taux de participation à l'étude (54%) a été particulièrement satisfaisant, supérieur ou égal à celui d'études comparables à Paris. L'étude de Cohen et de Castelbajac dans le 13^e arrondissement similaire à la nôtre ayant recueillie 53% de participation(12,13) ; 33% concernant Demomed dans sa version parisienne et 48% dans le 14^e arr.(10). Ce taux élevé s'explique par la méthode de choix de nos confrères et par notre disponibilité et persévérance pour essayer de joindre les médecins.

Lors du recrutement nous nous sommes attachés à recueillir précisément les critères d'éligibilité à l'étude en interrogeant plusieurs sources : l'annuaire de l'assurance maladie, l'annuaire du CNOM et en demandant au CNOM une liste actualisée des médecins généralistes exerçant dans le 14^e arr.

L'analyse de ces critères s'est faite par téléphone, en consultant les sites de prises de rendez-vous en ligne ou quand cela était nécessaire en se déplaçant sur place pour vérifier la présence d'une plaque. Cela dans le but d'offrir une évaluation de l'offre de soins en médecine générale libérale la plus précise possible.

Nous avons réalisé un travail commun avec Sophie Bernard en amont des entretiens autour de l'offre de soins et des besoins des médecins généralistes de l'arrondissement, avec une recherche bibliographique et une mise en commun lors des réunions de préparation autour de la problématique, permettant l'élaboration d'un questionnaire commun sur la base du travail dans la 13^{ème} arrondissement enrichi et adapté à notre territoire d'étude, aux questions complémentaires aux thèmes des deux thèses réalisées. Le recueil des données lors d'entretiens en face en face nous permis de limiter le nombre de données manquante sur l'ensemble du questionnaire et d'apporter des précisions à certaines questions. Le travail préparatoire en commun ayant permis de délivrer les mêmes éléments d'information complémentaires. Nous avons ainsi choisi délibérément de recueillir les commentaires des médecins aux questions fermées qui leur ont été posées, afin de les analyser pour enrichir les réponses quantitatives. La durée et le nombre des entretiens ainsi que l'analyse des verbatims en unité de codage nous a permis de faire ressortir des items et d'éclairer l'interprétation de certains résultats.

4.3.3 Limites

Une des principales difficultés rencontrées a concerné le recrutement des médecins qui a nécessité de nombreux appels, à des moments distincts afin de passer le filtre que constitue le secrétariat pour réussir à joindre les médecins. En cas de non réponse à nos sollicitations et malgré nos efforts d'investigation, il était parfois difficile de déterminer le statut exact du praticien (retraité, changement d'activité, MEP etc.). Un autre biais de classement réside dans le fait que deux des médecins interrogés travaillent chacun sur deux sites distincts. Afin de minimiser ce biais, les réponses prises en compte ont été uniquement celles correspondant à leur lieu d'exercice principal.

Compte tenu du faible nombre de réponse à certains items, nous n'avons pas pu réaliser de test statistique par manque de puissance. Les résultats dégagés des analyses en sous-groupe constituent donc des tendances dont la significativité ne peut être établie avec certitude. Cependant cette limite n'est pas incompatible avec la réalisation des objectifs de l'étude.

Notre étude avait pour but d'évaluer l'offre de soins libérale en médecine générale ainsi que les besoins d'organisation des généralistes. Pour des raisons de simplification nous n'avons pas exploré l'activité des médecins généralistes auprès des EHPAD qui est pourtant loin d'être négligeable. D'autant plus que les généralistes rencontrent des difficultés dans le cadre de cette activité, d'ordre organisationnelle, communicationnelle et de coordination qui ont pu être évoquées à l'occasion de nos entretiens : « *Dans les EHPADs 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* ». Ce sujet pourrait faire l'objet d'une étude dédiée auprès des médecins salariée et libéraux intervenant en EHPAD. Ainsi l'activité de médecine générale salariée n'a pas été prise en compte dans notre étude alors que le 14^e arr. compte plusieurs centres de santé. Les conclusions que nous portons sur la démographie médicale du 14^e concernent bien donc exclusivement la médecine omnipraticienne libérale.

De même que nos confrères ayant évalué l'offre de soins en médecine générale dans le 13^e arr.(12,13), nous avons choisi d'exclure les médecins généralistes ayant un mode d'exercice particulier représentant plus de 50% de leur activité clinique. Ces médecins seraient en effet « moins souvent des médecins de premiers recours que leurs confrères et rempliraient moins souvent le rôle de

coordinateur des soins, attachant une importance moins grande à la médecine basée sur les preuves (evidence based medicine) qu'aux outils thérapeutiques alternatifs » (15). En l'absence de définition consensuelle listant de manière exhaustive les différents « exercices particuliers », nous avons retenu comme définition du mode d'exercice particulier, issue de la définition de la CNAMTS(16) citée dans le chapitre méthode. Nous avons considéré que si cette pratique était supérieure à 50% de l'activité du médecin, elle s'éloignait significativement de la définition du médecin généraliste omnipraticien rendant notre questionnaire moins pertinent pour la réponse aux objectifs fixés. Par ailleurs, la définition que nous avons utilisée tel que la CNAMTS la conçoit est destinée à évoluer, à moyen terme avec la réforme du 3^{ème} cycle amenant à la création de DES pour des disciplines relevant jusqu'à maintenant de DESC comme l'angéologie, l'allergologie et la médecine d'urgence qui ne seront bientôt plus accessibles aux médecins généralistes.

Outre les questions ouvertes et les verbatims qui ont fait l'objet d'une analyse qualitative. Certaines questions quantitatives laissent une place non négligeable à la subjectivité des répondants, notamment la question sur la satisfaction globale concernant les soins prodigués en consultation ou à domicile ou celles sur le temps d'activité clinique et administratif pouvant induire un biais de mesure. C'est pourquoi l'apport qualitatif des verbatims nous est apparu particulièrement intéressant.

Enfin les questions chiffrées concernant les données du RIAP ont pu faire l'objet d'estimations par des médecins dont le relevé n'était pas disponible sur ameli.fr ou qui n'ont pas souhaité le consulter devant nous. Tous les médecins dont le relevé n'était pas disponible le jour de l'entretien ont été recontacté quand le relevé 2017 a été mis en ligne pour nous le communiquer, ce qui nous a permis d'en récupérer davantage. On peut aussi critiquer l'exactitude de ces chiffres communiqués par l'assurance maladie qui ne prennent pas en compte certains régimes de sécurité sociale (hospitaliers ou enseignants) ni les actes ayant fait l'objet de feuilles de soins papier non envoyées par les patients ni les visites qui sont comptabilisées comme un seul passage alors que plusieurs patients ont été vus.

4.4 Implications pratiques

Notre étude est de faible niveau de preuve (niveau 4 selon la HAS). Nous ne pouvons pas réaliser de 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, notamment dans l'organisation de leur lieu de soin.

De plus, nous avons pu mesurer très précisément l'offre effective de soins en médecine générale dans le 14^e arrondissement de Paris. Nous avons mis en évidence des similitudes et des différences par rapport au secteur voisin qu'est le 13^e 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.

5 Conclusion

Notre travail confirme la baisse de la démographie médicale annoncée depuis maintenant quelques années. Il souligne surtout la sous-évaluation de l'offre de soins omnipraticienne par l'assurance maladie et les tutelles dans notre arrondissement mais aussi très probablement dans le reste du territoire national. Une désertification libérale est à craindre dans les prochaines années dans des quartiers comme Montsouris-Dareau, Jean Moulin-Porte d'Orléans mais aussi Raspail-Montparnasse ou Mouton Duvernet cependant cette évolution n'est pas inéluctable, en témoigne l'exemple du quartier de la Porte de Vanves dont l'activité se maintient grâce à l'installation d'une structure de groupe à l'initiative de praticiens et soutenue par les pouvoirs publics.

Un autre constat de notre étude est que les jeunes médecins ne désertent pas le secteur libéral ; on observe ainsi un renouvellement de la population médicale, lent, mais progressif et dynamique avec de nouveaux modes d'exercice, privilégiant l'exercice de groupe et la pluriprofessionnalité. Ces modalités d'installation, s'accompagnent de nouveaux modes d'organisation des cabinets médicaux qui bien que nécessitant des améliorations semblent pouvoir permettre de répondre au défi démographique actuel.

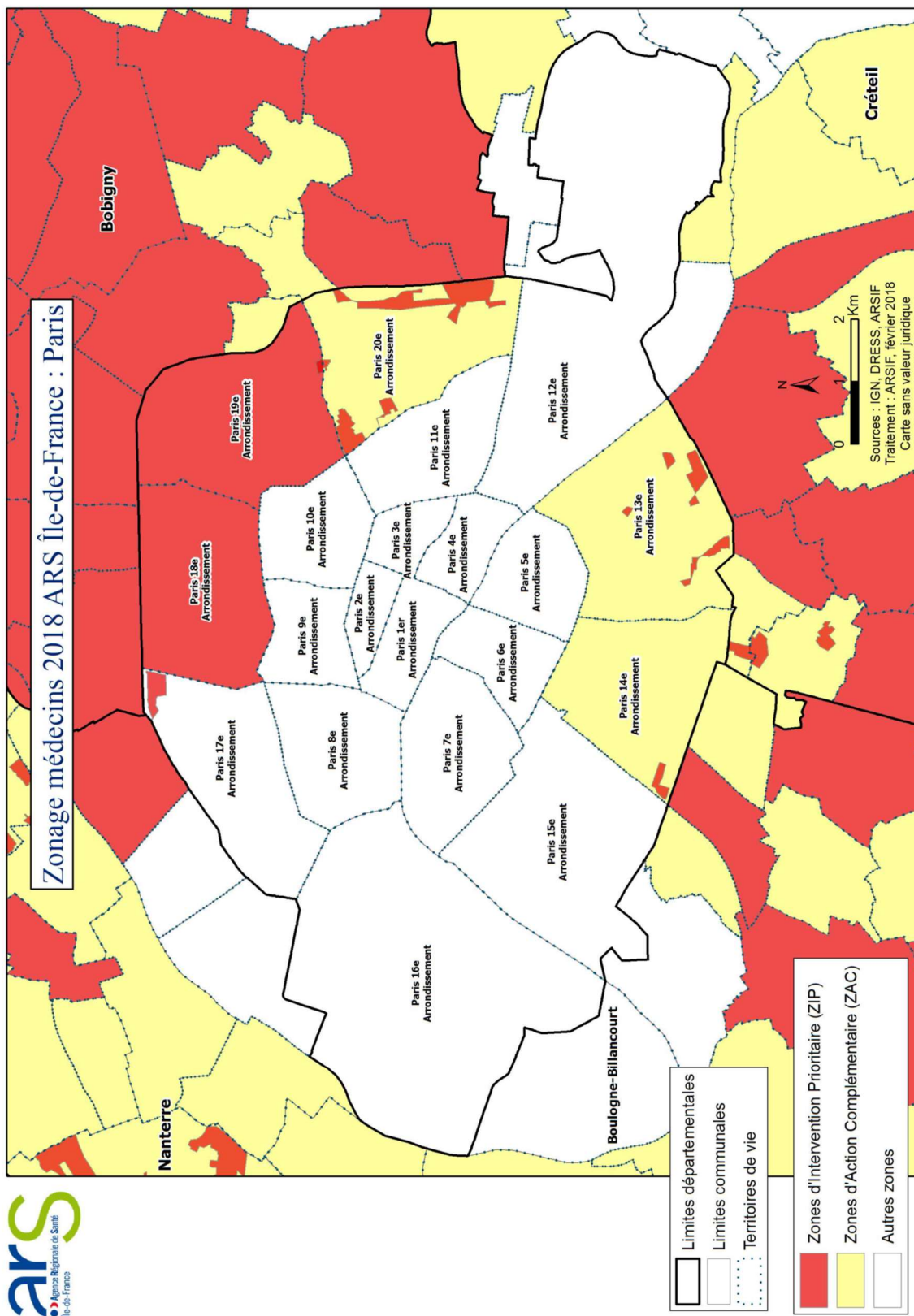
La baisse de la démographie médicale s'intègre également dans le vieillissement global de la population. Les omnipraticiens actuels doivent faire face à des prises en charge de patients polypathologiques, dépendants, à des situations sociales complexes plus fréquentes en ville, accentuées par la situation d'asphyxie des hôpitaux publics. L'évolution des missions des médecins généralistes libéraux dans le cadre de ce « virage ambulatoire » doit s'accompagner d'une évolution des moyens à leur disposition. Ces moyens doivent répondre à leurs besoins clairement exprimés et résumés ainsi : **davantage de temps médical**. Cela passe par une simplification des démarches administratives qui leurs sont imposées ; une aide à la gestion des flux de patients par des solutions de secrétariat qui peuvent être mixtes (informatisée et présente) ; l'amélioration de la communication avec les autres acteurs libéraux et institutionnels. Pour ce faire, des outils utiles ont déjà été mis en place mais doivent être améliorés et diffusés (messagerie sécurisée, numéro d'accès direct aux hôpitaux, à l'assurance maladie, formations médicales et animation de réseaux professionnels).

Ces investissements logistiques et organisationnels impliquent un effort financier de la part des médecins qui demandent à être soutenus par la société. Les médecins déplorent en majorité une rémunération insuffisante en regard de l'investissement personnel consacré à leur travail. Cependant, ils ne réclament pas en bloc une revalorisation brute de leurs actes. Des aides ciblées à l'acquisition de matériel informatique, à sa maintenance ou à l'instauration d'un secrétariat ainsi qu'un allègement des charges sont des pistes concrètes qu'ils évoquent.

L'état a manifesté sa volonté de soutenir les initiatives des professionnels de santé sur le terrain. Notre étude montre que ces derniers, malgré des perspectives d'évolution incertaines du secteur libéral et une charge de travail grandissante, souhaitent maintenir une offre de soins libérale de qualité, y compris dans des zones dites « défavorisées » impliquant une adaptation des modes d'organisation à l'échelle du cabinet comme du territoire. Les omnipraticiens libéraux ont besoin du soutien de l'Etat et des collectivités pour retrouver confiance en leur pratique. Le sentiment de satisfaction du travail bien fait est indispensable pour favoriser l'installation libérale et l'investissement dans des prises en charges complexes comme peuvent l'être celles des patients à domicile par exemple.

6 Annexes

6.1 Annexe 1 : Cartographies des zones d'intervention prioritaire et des zones d'action complémentaire Paris – ARS Ile-de-France



6.2 Annexe 2 : Caractéristiques de la discipline de médecine générale selon la Wonca
- 2002

- 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.

6.3 Annexe 3 : Questionnaire de thèse

I - VOUS ET VOTRE ACTIVITE

1. Vous êtes : Une femme Un homme

2. Quel âge avez-vous ? 0 < 40 ans 41-50 ans 51-60 ans > 60 ans

3. Quel a été votre formation de troisième cycle : DES MG Autre

4. Votre activité en médecine générale est : (QCU)
 Libérale intégrale Salariée Mixte (libérale et salariée)

5. Si libéral, vous exercez comme : (QCU) Médecin titulaire Collaborateur libéral

6. Exercez-vous dans les mêmes locaux que d'autres professionnels de santé ? Oui 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(ère) ...
 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 ameli.fr (si vous n'y avez pas accès, vous pouvez donner votre estimation).
 Données ameli.fr : ----- OU estimation -----

9. Suivez-vous régulièrement des enfants ? Oui Non Non
 Vous déclarez vous en médecin traitant des enfants ? Oui 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, indiquez 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 : Oui 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 ? Oui Non
 Les modes d'exercice particuliers (MEP) sont par exemple : Acupuncture, Homéopathie, Angiologie/Phlébologie, Allergologie, Médecine manuelle/Ostéopathie, Diététique, Echotomographie
 Si oui, le MEP correspond à quel pourcentage de votre temps d'activité ?%

16. Réalisez-vous au cabinet les actes suivants: (QCM)

Frottis Cervico-Vaginal
 Pose de dispositif intra-utérin (Stérilet)
 Pose d'implant contraceptif sous-cutané
 Retrait d'implant contraceptif sous-cutané
 Interruption Volontaire de Grossesse médicalementeuse
 Suivi de grossesse
 Suivi de nourrisson
 Infiltrations intra-articulaire
 Sutures
 Electrocardiogramme
 Spirométrie
 Autre ...

17. Accueillez-vous des étudiants en médecine en tant que maître de stage ? (QCM)
 Non, je ne l'envisage pas
 Non, mais dans le futur, j'envisage de devenir maître de stage
 Oui, des étudiants de 2ème cycle (externes en médecine)
 Oui, des internes en médecine en stage niveau 1
 Oui, des internes en médecine en stage niveau 2 (SASPAS)

II - ORGANISATION DE VOTRE LIEU D'EXERCICE : LOCALS ET SECRETARIAT

18. Pouvez-vous recevoir dans vos locaux des personnes en fauteuil roulant ? (QCU) :
 Oui, dans la totalité des locaux Oui, dans une partie des locaux Non

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

20. Avez-vous un secrétariat : (QCM)
 Accueil et secrétariat sur place
 Téléphonique à distance
 Prise de rendez-vous en ligne
 Pas de secrétariat

21. Déléguez-vous certaines tâches? Paiement, TP, rangement/numérisation du courrier? Oui Non

22. Le feriez-vous si vous bénéficiiez d'un secrétariat?
 Oui 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)

Lundi	Mardi	Mercredi	Jendredi	Vendredi	Samedi	Dimanche

26. Dans l'ensemble, concernant les consultations : (QCU)
0 Tous parvenez à voir tous les patients qui vous sollicitent sans problème
0 Tous recevez tout le monde mais vous devez pour cela travailler plus que vous ne le souhaitez
0 Tous 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 Tous parvenez à aller voir tous les patients qui vous sollicitent sans problème
0 Tous allez voir tous les patients qui vous sollicitent mais vous devez pour cela travailler plus que vous ne le souhaitez
0 Tous refusez régulièrement des patients
0 Tous 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 régulières par le 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 autonome 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...)

- ...
- ...

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 ?

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

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

VIII - CONDITIONS D'EXERCICE

62. Etes-vous globalement satisfait de la prise en charge de vos patients

0 au cabinet ?
0 à domicile ?

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 :

63. Dans votre activité médicale quotidienne, quels sont les trois principaux problèmes rencontrés ? (ou obstacles ?)

- ...
- ...
- ...

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 :

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"/>

70. Connaissiez-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

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

6.4 Annexe 4 : Détail de la répartition des professionnels en exercice regroupé

	Nombre de structures par spécialité	Moyenne du nombre de professionnels	Médiane	Ecart type	[Min-Max]
Toutes professions confondues		3,88	2	3,85	[2-16]
Par spécialité					
Médecins généralistes	17	2,53	2	1,59	[1-7]
Autres spécialités médical	3	0,29	0	0,69	[0-2]
Orthophonistes	1	0,06	0	0,24	[0-1]
Podologues	1	0,06	0	0,24	[0-1]
Chirurgiens dentiste	1	0,06	0	0,24	[0-1]
Sages Femme	0	0,00	0	0,00	[0-0]
Infirmiers	2	0,29	0	0,99	[0-4]
Diététiciennes	1	0,12	0	0,49	[0-2]
Masseurs kinésithérapeute	1	0,18	0	0,73	[0-3]
Psychologues	2	0,12	0	0,33	[0-1]
Autres spécialistes paramédical	1	0,18	0	0,73	[0-3]

6.5 Annexe 5 : Analyse en sous-groupe de l'exercice regroupé selon la localisation géographique

Variable		Modalités	n	n(%)	N(miss)
Exercice regroupé	Didot-Porte de Vanves		10	21,28	47(0)
		Oui	10	100,00	
		Non	0	0,00	
	Jean Moulin-Porte d'Orléans		3	6,38	
		Oui	0	0,00	
		Non	3	100,00	
	Montsouris-Dareau		2	4,26	
		Oui	1	50,00	
		Non	1	50,00	
	Mouton-Duvernet		14	29,79	
		Oui	12	85,71	
		Non	2	14,29	
	Pernety		12	25,53	
		Oui	7	58,33	
		Non	5	41,67	
	Raspail-Montparnasse		6	12,77	
		Oui	4	66,67	
		Non	2	33,33	

6.6 Annexe 6 : Horaires de travail des médecins généralistes interrogés

Horaires	Moyenne L-V		Lundi		Mardi		Mercredi		Jeudi		Vendredi		Samedi	
Matin														
<8h	0,80	1,70%	0	0%	1	2,13%	1	2,13%	1	2,13%	1	2,13%	0	0,00%
8h-9h	25,60	54,47%	30	63,83%	29	61,70%	22	46,81%	25	53,19%	22	46,81%	15	31,91%
>9h	10,00	21,28%	9	19,15%	10	21,28%	9	19,15%	11	23,40%	11	23,40%	4	8,51%
1/2 journée	10,60	22,55%	8	17,02%	7	14,89%	15	31,91%	10	21,28%	13	27,66%	28	59,57%
Après midi														
<19h	8,60	18,30%	8	17,02%	10	21,28%	7	14,89%	9	19,15%	9	19,15%	3	6,38%
19h-20h	23,00	48,94%	28	59,57%	23	48,94%	19	40,43%	25	53,19%	20	42,55%	0	0,00%
>20h	5,60	11,91%	5	10,64%	4	8,51%	6	12,77%	6	12,77%	7	14,89%	2	4,26%
1/2 journée	9,80	20,85%	6	12,77%	10	21,28%	15	31,91%	7	14,89%	11	23,40%	42	89,36%

6.7 Annexe 7 : Synthèse des résultats concernant l'activité des médecins généralistes

Variable	Modalités	N(miss)	n	n(%) / moyenne	Médiane	Ecart type	[Min-Max]
Patientèle MT		42(5)		1095,38	1163,50	608,34	[1000-3000]
Suivi d'enfants		47(0)	38	80,85			
Déclaration MT enfants	Parmi tous les MG interrogés	47(0)	22	46,81			
	Parmi les MG qui suivent des enfants	38	22	57,89			
Temps d'activité clinique hebdomadaire		47		39,89	40,00	11,84	[20-62,50]
Temps administratif hebdomadaire		46(1)		5,32	4,50	3,41	[1-17]
Remplacements réguliers		47(0)	22	46,81			
1/2 journées remplacées par semaine				3,77	4	1,72	[1-7]
RIAP complets		19(28)		40,42			
	Consultations	21(26)		3631,90	4095	1514,94	[1200-6886]
	VAD	19(26)		299,79	162	410,52	[11-1754]
	CMU	18(26)		5,92	5,285	2,62	[2,39-11,94]
	<16ans	18(26)		9,70	9,215	3,50	[3,19-15]
	>70ans	18(26)		13,70	13,1	11,34	[2,3-49,73]
VAD par classe d'âge	> 60 ans	7(9)		542,57	294	603,16	[41-1754]
	51-60 ans	4(7)		112,75	94	70,00	[50-213]
	41-50 ans	2(3)		222	222	251,73	[44-400]
	≤40 ans	6(9)		167,17	125,5	143,16	[11-408]
Consultations par classe d'âge	> 60 ans	6(10)		4547,5	4236,5	2607,71	[1555-6886]
	51-60 ans	4(7)		3188,25	3243	1303,91	[1886-4381]
	41-50 ans	2(3)		2491	2491	1825,75	[1200-3234]
	≤40 ans	9(6)		3906,25	4153	1457,64	[1847-5918]

6.8 Annexe 7 (suite) : Synthèse des résultats concernant l'activité des médecins généralistes

Variable	Modalités	N(miss)	n	n(%) / moyenne	Médiane	Ecart type	[Min-Max]
MEP		47(0)	8	17,02			
	% de l'activité totale			17,25	19	5,26	[10-25]
Actes particuliers	Suivi de nourrisson	47(0)	31	65,96			
	Suivi de grossesse		29	61,70			
	ECG		26	55,32			
	Sutures		20	42,55			
	Frottis cervico vaginal		16	34,04			
	Spirométrie		8	17,02			
	Infiltrations intra-articulaire		7	14,89			
	Pose de DIU		4	8,51			
	Pose d'implant contraceptif sous-cutané		4	8,51			
	Retrait d'implant contraceptif sous-cutané		4	8,51			
	IVG médicamenteuse		3	6,38			
	Activité de Coordination		1	2,13			
	Activité de Gériatrie		1	2,13			
Maîtrise de stage	Non envisagée	47(0)	19	40,42			
	Envisagée dans le futur		9	19,14			
	Accueil d'étudiants externes		7	14,89			
	Accueil d'interne en stage de niveau 1		10	21,28			
	Accueil d'internes en stage de niveau 2		6	12,77			

6.9 Annexe 8 : Synthèse des résultats concernant l'organisation du lieu d'exercice

Variable	Modalités	N(miss)	n	n(%) / moyenne
Accessibilité PMR des locaux	Non accessible	47(0)	18	38,3
	Totale		24	51,06
	Partielle		5	10,64
Travaux de mise aux normes	Envisagées	47(0)	17	36,17
	Non envisagées		5	10,63
	Sans objet		25	53,19
Travaux de mise aux normes parmi les médecins non accessibles ou en partie	Envisagées	23(1)	17	73,91
	Non envisagées		5	21,74
Modalité de secrétariat	Prise de rendez-vous en ligne	47(0)	32	68,09
	Téléphonique à distance		18	38,30
	Accueil et secrétariat sur place		18	38,30
	Pas de secrétariat		4	8,51
	Sur place + rendez-vous en ligne	18(0)	16	88,89
	Téléphonique à distance + rendez-vous en ligne	18(0)	9	50,00
Délégation de tâches administrative	Oui	42(5)	16	38,10
	Non		31	73,81
Délégation de tâches administratives (1)	Oui	4(0)	4	100
	Non		0	0,00
Délégation de tâches administratives (2)	Oui	11(7)	5	45,45
	Non		6	54,54
Freins en termes de secrétariat parmi les médecins estimant en avoir	Coût	35(0)	31	88,57
	Gestion du personnel		10	28,57
	Compétence		10	28,57
	Taille du local		10	28,57
Intérêt pour un système de secrétariat physique mutualisé	Oui	47(0)	24	51,06
	Non		23	48,94
Capacité à répondre aux demandes de consultations	En totalité et sans problème	47(0)	16	34,04
	En totalité mais avec surcharge de travail		14	29,79
	Refus réguliers de demandes de consultations		17	36,17
Organisation de l'agenda des rendez-vous	Avec et sans RDV	47(0)	16	34,04
	Uniquement sur RDV		31	65,96
	Uniquement sans RDV		0	0
Acceptation de nouveaux patients médecin traitant en consultation	Oui	47(0)	41	87,23
	Non		6	12,77

Délégation de tâches administratives (1) : Parmi ceux qui n'ont pas de secrétariat, délégation de tâches administrative envisagé en cas d'obtention d'un secrétariat

Délégation de tâches administratives (2) : Parmi ceux qui ont un secrétariat sur place, délégation de tâches administrative envisagé en cas de secrétariat mieux formé

6.10 Annexe 9 : Synthèse des résultats concernant l'informatisation du cabinet et la pratique du tiers payant

Variable		Modalités	N(miss)	n	n(%) / moyenne
Télétransmission de feuilles de soin	En consultation	Oui	47(0)	45	95,74
		Non		2	4,26
	En visite à domicile	Oui	43(4)	13	30,23
		Non		30	69,77
Informatisation des dossiers médicaux		Oui	47(0)	41	87,23
		Non		6	12,77
Logiciel médical		MédiClick®	41(0)	11	26,83
		Crossway®		6	14,63
		Chorus®		5	12,20
		Eo médecin®		4	9,76
		Hellodoc®		4	9,76
		Medistory®		3	7,32
		Medicawin®		2	4,88
		Medi4000®		2	4,88
		Weda®		1	2,44
		Altyse®		1	2,44
		Microsoft Word®		1	2,44
		Xmed®		1	2,44
Partage du dossier médical au sein du cabinet regroupé		Oui	34(0)	27	79,41
		Non		7	20,59
Support des dossiers médicaux en VAD		Informatique	43(0)	17	39,53
		Informatique et papier		11	25,58
		Papier		15	34,88
Utilisation d'une messagerie sécurisée/plateforme informatique d'échange de données médicales		Oui	47(0)	37	78,72
		Non		10	21,28
Pratique du tiers payant sur la part obligatoire	Aucun patient	Oui	47(0)	1	2,13
		Non		46	97,87
	AME	Oui		43	91,49
		Non		4	8,51
	CMUc	Oui		45	95,74
		Non		2	4,26
	Certains ALD	Oui		21	44,68
		Non		26	55,32
	Tous les ALD	Oui		22	46,81
		Non		25	53,19
	Patients en situation financière	Oui		41	87,23
		Non		6	12,77
	Patients MT	Oui		3	6,38
		Non		44	93,62
	Tous les patients	Oui		0	0,00
		Non		47	100,00

6.11 Annexe 10 : Synthèse des résultats concernant la gestion des visites à domicile

Variable	Modalités	N(miss)	n	n(%)/ moyenne (min)	Médiane (min)	Ecart type	[Min- Max]
Réalisation de VAD urgentes	Oui	43(0)	20	46,51			
	Exceptionnellement		17	39,53			
	Non		10	13,95			
Réalisation de VAD non programmées	Oui	43(0)	37	86,05			
	Exceptionnellement		5	11,63			
	Non		5	2,33			
Orientation en cas de demande de VAD impossible à assurer	Urgences Médicales de Paris	17(30)	9	52,94			
	SOS médecin		6	35,29			
	Centre 15		4	23,53			
	Garde Médicale de Paris		3	17,65			
Durée d'une VAD		43(0)		50,12	50	12,89	[30-90]
Acceptation de nouveaux patients MT en VAD	Oui	47(0)	31	65,96			
	Non		16	34,04			
Capacité à répondre aux demandes de visites à domicile	En totalité et sans problème	43(0)	18	41,86			
	En totalité mais avec surcharge de travail		8	18,60			
	Refus réguliers de demandes de VAD		17	39,53			
Pratique de VAD pluripro.	Oui	46(1)	30	65,22			
	Non		16	34,78			
Intérêt pour un système de régulation des VAD (1)	Oui	47(0)	15	31,91			
	Non		32	68,09			
Intérêt pour un système de 1ère VAD (2)	Oui	47(0)	19	40,43			
	Non		28	59,57			
Intérêt pour un suivi de patients en VAD (3)	Oui	47(0)	18	38,30			
	Non		29	61,70			

Pratique de VAD pluripro. : Pratique de VAD pluriprofessionnelles

Intérêt pour un système de régulation des VAD (1) : par rapprochement de l'offre et de la demande

Intérêt pour un système de 1ère VAD (2) : 1^{ère} VAD coordonnée pluriprofessionnelle

Intérêt pour un suivi de patients en VAD (3) : suivi de patients complexes en VAD pluriprofessionnelles coordonnées

6.12 Annexe 11 : Analyse en sous-groupe de la capacité de réponse aux demandes de visites à domicile selon le mode d'exercice

Variable	Modalités	n	n(%)	N(miss)	Variable	Modalités	n	n(%)	N(miss)
Exercice regroupé		34	72,34	47(0)	MSP		12	25,53	33(0)
VAD urgentes	Oui	15	44,12		VAD urgentes	Oui	3	25,00	
	Except.	14	41,18			Except.	6	50,00	
	Non	5	14,71			Non	3	25,00	
Exercice seul		13	27,66		Non MSP		21	44,68	
VAD urgentes	Oui	5	38,46		VAD urgentes	Oui	10	47,62	
	Except.	3	23,08			Except.	6	28,57	
	Non	5	38,46			Non	5	23,81	
Exercice regroupé		34	72,34		MSP		12	25,53	
VAD non programmées	Oui	27	79,41		VAD non programmées	Oui	7	58,33	
	Except.	3	8,82			Except.	2	16,67	
	Non	4	11,76			Non	3	25,00	
Exercice seul		13	27,66		Non MSP		21	44,68	
VAD non programmées	Oui	10	76,92		VAD non programmées	Oui	19	90,48	
	Except.	2	15,38			Except.	1	4,76	
	Non	1	7,69			Non	1	4,76	

MSP : Exerce dans une structure de type MSP

Non MSP : N'envisage pas le regroupement en MSP

Except. : Exceptionnellement

6.13 Annexe 12 : Synthèse des résultats concernant la permanence des soins

Variable	Modalités	N(miss)	n	n(%) / moyenne (sem.)	Médiane (sem.)	Ecart type	[Min-Max]
Congés annuels		46(1)		6,09	6,00	1,90	[2-10]
Remplacement pendant les périodes de congés	Totalement	47(0)	24	51,06			
	Partiellement		12	25,53			
	Pas de remplacement		11	23,40			

6.14 Annexe 13 : Synthèse des résultats concernant les perspectives d'évolution d'activité

Variable		Modalités	N(miss)	n	n(%)
Perspectives d'évolution de l'activité libérale	A 2 ans	Augmentation*	47(0)	9	19,15
		Activité Stable		31	65,96
		Diminution*		4	8,51
		Cessation totale d'activité		3	6,38
	A 5ans	Augmentation*		8	17,02
		Activité Stable		23	48,94
		Diminution*		10	21,28
		Cessation totale d'activité		6	12,77
Successeur ou collaborateur envisagé en cas de cessation partielle ou totale		Oui	9(7)	4	44,44
		Non		5	55,56
Successeur ou collaborateur déjà trouvé		Oui de façon certaine	4(0)	2	50,00
		Oui mais c'est incertain		1	25,00
		Non		1	25,00
Intérêt pour une aide à trouver un successeur parmi ceux qui n'en envisageait pas		Oui	4(1)	1	25,00
		Non		3	75,00

Augmentation * : Augmentation d'activité notable (> 15 %)

Diminution * : Diminution de l'activité notable (>15%)

MSP* : Exerce déjà dans une structure « type MSP »

MSP envisagé* : Exercice en structure « type MSP » envisagé dans le futur

Non MSP* : Exercice en MSP non envisagé

6.15 Annexe 13 (suite) : Synthèse des résultats concernant le regroupement pluriprofessionnel « type MSP »

Variable		Modalités	N(miss)	n	n(%)
Intérêt pour le regroupement pluriprofessionnel "type MSP"		MSP*	47(0)	12	25,53%
		MSP envisagé*		8	17,02%
		Ne sais pas		6	12,77%
		Non MSP*		21	44,68%
Facteurs positifs associés au regroupement en MSP	Plaisir du travail en groupe	Oui	25(1)	19	76,00%
		Non		6	24,00%
	Meilleure qualité des soins	Oui		18	72,00%
		Non		7	28,00%
	Partage des plages horaires et vacances	Oui		13	52,00%
		Non		12	48,00%
	Partage des charges	Oui		11	44,00%
		Non		14	56,00%
	Partage des tâches administratives	Oui		9	36,00%
		Non		16	64,00%
	Nouveau mode de prise en charge du patient	Oui		9	36,00%
		Non		16	64,00%
	Accessibilité	Oui		1	4,00%
		Non		0	0,00%
	Perspective d'avenir, « à la mode »	Oui		1	4,00%
		Non		0	0,00%
Coopération intergénérationnelle	Oui	1	4,00%		
	Non	0	0,00%		
Démarche réflexive, partage de cas clinique, progression	Oui	1	4,00%		
	Non	0	0,00%		
Facteurs négatifs associés au regroupement en MSP	Contraintes de fonctionnement	Oui	27(0)	16	59,26%
		Non		11	40,74%
	Difficultés d'entente entre les associés	Oui		10	37,04%
		Non		17	62,96%
	Perte d'autonomie, salariat déguisé	Oui		10	37,04%
		Non		17	62,96%
	Augmentation des tâches administratives	Oui		6	22,22%
		Non		21	77,78%
	Coûts de fonctionnement	Oui		6	22,22%
		Non		21	77,78%
	Médecine moins personnalisée	Oui		5	18,52%
		Non		22	81,48%
	Age/fin de carrière	Oui		5	18,52%
		Non		0	0,00%
	Bon fonctionnement dans la structure actuelle	Oui		2	7,41%
		Non		0	0,00%
Recherche de financements	Oui	1	3,70%		
	Non	0	0,00%		
Non intéressé par ce système	Oui	1	3,70%		
	Non	0	0,00%		

Bibliographie

1. Conseil National de l'Ordre des Médecins, BOUET P. Atlas de la démographie médicale en France. Conseil National de l'Ordre des Médecins ; p. 323. (CNOM Data).
2. Conseil National de l'Ordre des Médecins et al. - Atlas de la démographie médicale : profils comparés.
3. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques - 2017 - Recensement de la population - Populations légales en vigueur à compter du 1er janvier 2018 - Paris.
4. Assurance maladie Paris - Démographie médicale parisienne au 1er janvier 2017.
5. Agence Régionale de Santé Ile-de-France - 2018 - Cartographies des zones d'intervention prioritaire et des zones d'action complémentaire (Île-de-France, petite couronne et chaque département). Disponible sur : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-02/zonage-ars-idf-2018.pdf>.
6. Hammadi A. A Paris aussi, les « déserts médicaux » existent. Le Parisien. 20 mars 2018.
7. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Comparateur de territoire | Insee : Paris 75, Paris 14e arrondissement. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=DEP-75+COM-75114>
8. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques - Dossier complet – Commune de Paris 14e Arrondissement. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-75114>
9. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques - Statistiques locales - Indicateurs : cartes, données et graphiques. Disponible sur : <https://statistiques-locales.insee.fr/#bbox=-87573,6383285,627511,376678&c=indicator&selcodgeo=75&view=map2>
10. Friedli S. 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.
11. Moreau E, Bouvier B, Audry J-M, Atelier Parisien d'Urbanisme. Les quartiers parisiens de la politique de la ville - Contrat de ville 2015-2020. Principales données de l'Observatoire des quartiers prioritaires. Atelier Parisien d'Urbanisme ; janvier 2016 p. 112.
12. 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.
13. Ophélie de Castelbajac. Besoins des médecins généralistes du 13eme arrondissement de paris concernant leur organisation professionnelle et la gestion de leur activité médicale. Université Paris V Descartes ; 2016.
14. Cousin S. MEP : un mode d'exercice en voie de revalorisation [Internet]. Remede.org. 9 mai 2017. Disponible sur : <http://www.remede.org/documents/mep-un-mode-d-exercice-en-voie-de-revalorisation.html>
15. WONCA Europe, Allen DJ, Heyrman PJ, Svab PI, Gay PB, Ram DP, et al. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. 2002 :52.
16. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques, Caisse Nationale d'Assurance Maladie des

- Travailleurs Salariés. Modes d'exercice particulier MEP [Internet]. ecosante.fr. 2014. Disponible sur : <http://www.ecosante.fr/DEPAFRA/2362.html>
17. Union régionale des médecins libéraux URML. Les pratiques des médecins généralistes en Ile-de-France : un désir de singularité [communiqué de presse]. 19 juin 2008.
 18. Ministère des affaires sociales et de la santé, éditeur. Pacte territoire santé : des mesures concrètes pour lutter contre les déserts médicaux. 2017.
 19. Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé - 7e Journées Nationales de la FFMPs : avançons ensemble dans la révolution des soins primaires [dossier de presse]. Mars 2018
 20. Travailler en exercice coordonné [Internet]. iledefrance.paps.sante.fr. Disponible sur : <http://www.iledefrance.paps.sante.fr/Travailler-en-exercice-coordonne.21175.0.html>
 21. Journal officiel de la République française. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 26 janvier 2016.
 22. Ministère des affaires sociales et de la santé, DGOS. INSTRUCTION N° DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). 2 décembre 2016.
 23. Journal officiel de la République française. Arrêté du 23 février 2015 portant sur l'approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles. 23 février 2015.
 24. Assurance Maladie, CNAMTS, DDGOS, DPROF. Règlement arbitral fiche synthétique par indicateur. 2016.
 25. Loi de santé : Marisol Touraine réaffirme les grandes orientations du texte et annonce des avancées concrètes pour les professionnels de santé [communiqué de presse]. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. 9 mars 2015.
 26. Maringue C. Le "virage ambulatoire" ou l'effet masse. Elsevier Masson, éditeur. Soins Cadres. Février 2016;(97).
 27. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques et al. Portrait des professionnels de santé - édition 2016.
 28. Léger E. 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.
 29. FERLEY JP, DA SILVA E, Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes. (U.R.M.L.). Lyon. FRA, Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire. (C.A.R.E.P.S.). Grenoble. FRA. Étude de la féminisation de la profession médicale et de son impact : approche quantitative et qualitative : enquête auprès des médecins en exercice. Lyon : UPMLRA; 2003 p. 107p.
 30. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Accessibilité du cabinet [Internet]. 20 avril 2018. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1360>
 31. Le Fur P. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé, éditeur. Questions d'économies et de santé. 2009;(144):8.
 32. Assurance maladie - 2016 - Activité des médecins par département en 2016. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/activite-et-prescriptions/activite-des-medecins.php>

33. Millereux M. Etat des lieux de la participation à la permanence des soins ambulatoires et de la réalisation de visites à domicile des médecins généralistes de Paris. Etude Demomed 75. Université Paris VII Diderot ; 2014.
34. Direction générale de l'offre de soins, Ministère des Solidarités et de la Santé. 2015 : Pacte territoire santé 2015-2017 [Internet]. solidarites-sante.gouv.fr. 2015. Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/article/2015-pacte-territoire-sante-2>
35. Conseil National de l'Ordre des Médecins - 2015 - Pour l'avenir de la santé : de la grande consultation aux propositions.
36. Breuil-Genier et Goffette. Direction de la Recherches, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. La durée des séances des médecins généralistes. Etudes et Résultats. Avril 2006;(481)

Résumé

OFFRE DE SOINS LIBERALE EN MEDECINE GENERALE, CARACTERISTIQUES ET BESOINS D'ORGANISATION DU CABINET DES MEDECINS GENERALISTES DU 14EME ARRONDISSEMENT PARISIEN

Résumé :

L'organisation des soins ambulatoires se transforme pour faire face au vieillissement des médecins et de la population. Ce virage ambulatoire s'accompagne d'une évolution des pratiques médicales et des modes d'exercice. La prise en compte des besoins des généralistes est déterminante pour réussir cette mutation.

Nous avons analysé l'offre de soins libérale des omnipraticiens du 14^e arr. de Paris et leurs besoins d'organisation du cabinet médical.

Nous avons réalisé une étude observationnelle transversale quantitative par hétéro-questionnaire et complément qualitatif illustratif lors d'entretiens réalisés entre décembre 2017 et mai 2018.

Sur 145 médecins généralistes recensés, 87 étaient éligibles et 47 ont été inclus. L'offre de soins était sous-estimée par les chiffres officiels : la densité en omnipraticiens était de 6,2/10 000 habitants. L'exercice en groupe est la règle sans réelle pluriprofessionnalité. Les jeunes médecins sont des femmes, s'installant en groupe, ayant une pratique gynécologique et pédiatrique et sont maîtres de stage universitaires. L'informatisation se généralise mais la communication et la coordination des soins reste insuffisante. Les principaux besoins des omnipraticiens concernent le manque de temps médical avec une surcharge de travail ressentie, notamment concernant les visites à domicile. La simplification administrative, l'accès à un secrétariat formé et le développement d'outils numériques performants sont demandés par les médecins.

La réussite du virage ambulatoire passe par la simplification et la valorisation du travail des omnipraticiens, pour leur permettre de s'investir dans des prises en charge de plus en plus complexes et transversales.

Mots clés : offre de soins, omnipraticien, virage ambulatoire, évaluation des besoins, cabinets médicaux, maison de santé, étude transversale

CARE OFFER IN GENERAL MEDICINE, CHARACTERISTICS AND ORGANISATIONAL NEEDS OF THE DOCTORS' OFFICE OF GENERAL PRACTITIONERS IN THE 14TH DISTRICT OF PARIS

Abstract :

The organisation of ambulatory care is changing to cope with an medical demographic and an ageing population. This "ambulatory shift" is accompanied by an evolution in medical practices and exercise methods. Taking into account the general practitioner's needs is crucial for the success of this transformation.

We have analyzed the liberal care offer of general practitioners in the 14th arrondissement of Paris and their needs in terms of the organization of the medical practice.

We carried out a cross-sectional observational study with quantitative analysis by hetero-questionnaire and illustrative qualitative supplement during interviews conducted between December 2017 and May 2018.

Out of 145 GPs registered, 87 were eligible and 47 were included. The supply of general practitioner care was underestimated by official figures: the density of general practitioners was 6.2/10,000 inhabitants. Group exercise is the rule without any real multi-professionality. Young doctors are women, settling in groups, with a practice in gynaecology and pediatrics and are university internship supervisors. Computerization is becoming more widespread, but communication and coordination of care remains inadequate. The main needs of general practitioners are the lack of medical time with a perceived overload of work, particularly with regard to home visits. The simplification of administrative tasks, access to a trained secretary and the development of efficient digital tools are required by physicians.

The success of the "ambulatory shift" must be based on simplifying and enhancing the work of general practitioners to enable them to invest in increasingly complex and transversal care.

Keywords : general practitioner, delivery of healthcare, needs assessment, physicians' office, community health care, needs assessment; cross-sectional study

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'École de Médecine
75270 Paris cedex 06