



HAL
open science

Quel est le vécu des médecins généralistes quand il leur est demandé de remplir des documents socio-administratifs ?

Sandra Rouault

► To cite this version:

Sandra Rouault. Quel est le vécu des médecins généralistes quand il leur est demandé de remplir des documents socio-administratifs ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02650444

HAL Id: dumas-02650444

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02650444>

Submitted on 29 May 2020

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.

**UNIVERSITE DE LA REUNION
UFR SANTE**

Année : 2020

N° 2020LARE012M

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**Quel est le vécu des médecins généralistes quand il leur est
demandé de remplir des documents socio-administratifs ?**

Présentée et soutenue publiquement le 16 avril 2020 à 19h30
à La Réunion

Par Sandra ROUAULT

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Jean-Marc Franco

Rapporteur :

Madame le Docteur Vanessa Palma

Asseseurs :

Monsieur le Professeur Philippe Desmarchelier

Monsieur le Professeur Michel Spodenkiewicz

Madame le Docteur Sylvie Glorieux

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Sébastien Leruste.

AVERTISSEMENT

Pour ne pas alourdir le texte, nous nous conformons à la règle qui permet d'utiliser le masculin avec la valeur de neutre. L'utilisation du genre masculin n'a aucune intention discriminatoire.

TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION.....	6
2	METHODE.....	8
2.1	Type d'étude.....	8
2.2	Population.....	8
2.2.1	Caractéristiques de l'échantillon.....	8
2.2.2	Recrutement.....	8
2.3	Recueil de données.....	8
2.3.1	Déroulement du recueil.....	8
2.3.2	Guide d'entretien.....	9
2.4	Méthode d'analyse.....	9
2.4.1	La retranscription.....	9
2.4.2	L'analyse des entretiens.....	10
2.5	Critères de validité.....	10
2.6	Ethique.....	10
3	RESULTATS.....	11
3.1	Caractéristiques des médecins interviewés.....	11
3.2	Caractéristiques des entretiens.....	12
3.3	Synthèse interprétative.....	12
3.3.1	Le vécu et les émotions.....	12
3.3.1.1	Les besoins.....	12
3.3.1.2	Les émotions.....	12
3.3.1.3	Le vécu.....	13
3.3.2	Caractéristiques des charges administratives.....	17
3.3.3	Rôles et représentations du médecin.....	19
3.3.3.1	Représentations du médecin.....	19
3.3.3.2	Rôles du médecin.....	23
3.3.4	Valeurs – éthique – responsabilité.....	27
3.3.4.1	Valeurs morales.....	27
3.3.4.2	Ethique.....	29
3.3.4.3	Responsabilité.....	29
3.3.5	Le médecin et ses interlocuteurs.....	31
3.3.5.1	Les administrations types banques et assurances.....	31
3.3.5.2	Les entreprises, employeurs et administrations scolaires.....	32
3.3.5.3	Les patients.....	32
3.3.5.4	La sécurité sociale.....	34
3.3.5.5	Les confrères.....	35

3.3.5.6	Comment la communication entrave ces relations	36
3.3.6	Les améliorations proposées.....	38
4	DISCUSSION.....	39
4.1	Analyse des résultats principaux	39
4.1.1	Le vécu ambivalent des médecins.....	39
4.1.2	La charge administrative	41
4.1.3	Les typologies de médecins	43
4.1.4	Le manque de reconnaissance du travail du médecin	44
4.1.5	La communication et la relation de confiance entre le médecin et le patient....	44
4.1.6	Les rapports entre les médecins et la sécurité sociale.....	46
4.2	Forces et faiblesses de l'étude	48
4.3	Perspectives.....	49
4.3.1	Concernant l'amélioration du vécu des médecins.....	49
4.3.2	Concernant la recherche.....	51
5	CONCLUSION	52
6	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	54
7	ANNEXES.....	57
7.1	Canevas pour l'entretien numéro 2 :	57
7.2	Canevas pour l'entretien n°10	58

TABLEAUX :

-	Tableau 1 : caractéristiques des participants.....	13
---	--	----

FIGURES

-	Figure 1 : modélisation des résultats.....	18
-	Figure 2 : Rôles et représentations.....	28
-	Figure 3 : Schématisation des résultats.....	39
-	Figure 4 : L'ambivalence du choix entre communauté et individualisme.....	42

ABREVIATIONS

ALD : Affection longue durée

CNOM : Conseil national de l'Ordre des médecins

CPAM : Caisse primaire d'Assurance maladie

DMP : Dossier médical partagé

RMO : Références médicales nationales opposables

ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique

1 INTRODUCTION

Les médecins généralistes libéraux exercent, en plus d'une activité purement médicale, une activité administrative. Elle se décompose d'un volet de gestion du cabinet et de l'activité libérale (majoritairement la comptabilité, liée aux recettes et aux dépenses pour le cabinet ainsi qu'aux charges sociales), d'un volet médical qui comporte notamment la mise à jour des dossiers, la lecture des examens biologiques, les courriers aux confrères, et d'un volet socio-administratif concernant les formulaires pour la sécurité sociale et les certificats et autres documents médico-administratifs demandés par les patients (1).

Les médecins généralistes dans l'ensemble trouvent que leurs charges administratives sont en augmentation (2). « En 2007, neuf généralistes sur dix estimaient que leur charge administrative avait augmenté suite à la mise en place de la réforme relative au médecin traitant » (3). La circulaire du 27 septembre 2011 relative aux certificats médicaux explique que « l'exercice libéral des médecins est aujourd'hui soumis à un nombre important de contraintes administratives qui réduisent le temps strictement médical pouvant être consacré à la qualité des soins dispensés à leurs patients » (4).

En 2007, une thèse qualitative sur le vécu du métier de médecin généraliste soulignait en résultat principal la lourdeur des charges administratives pour les médecins, ainsi que la définition floue de « tâches administratives » (5).

Le vécu spécifique concernant les tâches administratives et particulièrement le volet socio-administratif n'avait pas été étudié.

Les médecins généralistes libéraux passeraient entre 4,5 et 6,5 heures par semaine à effectuer des activités administratives. Parfois ce temps est pris sur du temps de consultation, parfois sur quelques heures disposées spécifiquement dans l'emploi du temps, parfois au domicile du médecin en dehors des heures de travail notées sur leur emploi du temps (1).

Les documents médico-administratifs sont multiples. Ils comprennent les certificats médicaux, les formulaires et les attestations (3). Le code de santé publique stipule que « l'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires » (6). Les formulaires, édités par la sécurité sociale et nécessitant la

signature d'un médecin généraliste, sont au nombre de 46 (7). Ces documents, attestations, formulaires et certificats (8) nécessitent un temps pour les établir. Ainsi, remplir un document administratif ou un certificat, même si cette tâche nécessite un examen clinique et un interrogatoire des patients, est vécu par une partie des généralistes comme une tâche administrative (3). Ces documents administratifs soulèvent des questionnements sur leur rédaction. A titre d'exemple, l'arrêt de travail, formulaire parmi les plus utilisés, pose régulièrement des soucis pour les médecins, les patients et la sécurité sociale. Cela peut avoir des conséquences financières et sociales importantes (9).

Deux médecins généralistes ont créé un site internet Certifmed® (8) qui a pour vocation d'être un outil d'aide à la décision concernant les demandes de certificats médicaux et d'évaluer son intérêt pour la pratique quotidienne des médecins en soins primaires. Ce site a été mis en place en 2014 et dénombre plus de 60 certificats médicaux. Il propose aussi des aides à l'élaboration du certificat en question et à la rédaction de certificats en général.

La sécurité sociale et différentes revues médicales mettent à jour de façon plus ou moins régulière les différents formulaires et la façon les remplir.

Il n'y a pas de données dans la littérature sur le vécu, les rôles et représentations du médecin, ni sur les caractéristiques de la charge socio-administrative.

Or les discussions informelles avec des médecins généralistes libéraux, collègues ou maîtres de stage, suggèrent à quel point ce travail administratif et tout particulièrement les documents socio-administratifs sont critiqués. Personnellement, en tant qu'interne, ma propre représentation de la médecine libérale me fait peur quant à ces documents socio-administratifs.

L'objectif de cette étude était d'explorer le vécu des médecins généralistes libéraux concernant les documents socio-administratifs qu'ils ont à remplir pour leurs patients.

2 METHODE

2.1 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative phénoménologique par entretiens individuels semi-dirigés.

2.2 Population

2.2.1 Caractéristiques de l'échantillon

La population étudiée était composée de médecins généralistes thésés, exerçant une activité libérale même partielle, en France métropolitaine et d'outre-mer, qui acceptaient de participer à l'étude.

L'échantillonnage a été réalisé de manière raisonnée, afin de recueillir les points de vue les plus divers possible. Les participants ont été sélectionnés au fur et à mesure, en fonction de l'avancement de l'analyse des données. Les profils différaient selon le genre, l'âge, les années d'ancienneté, la zone d'exercice (rural, semi-rural, en ville) et le mode d'exercice (seul ou en cabinet de groupe).

2.2.2 Recrutement

Le recrutement s'est fait initialement par sollicitation de médecins connus de la chercheuse. Puis par effet boule de neige, d'autres médecins suggérés par les médecins déjà interrogés ou par d'autres personnes de l'entourage de la chercheuse ont été recrutés. Les derniers recrutements ont été ciblés afin de sélectionner des participants permettant d'aller en profondeur dans les entretiens.

Un premier contact était pris par téléphone, par mail, ou par les réseaux sociaux afin de fixer un rendez-vous pour l'entretien si le médecin acceptait de participer à l'étude.

2.3 Recueil de données

2.3.1 Déroulement du recueil

Le recueil a été fait sous forme d'entretiens compréhensifs, individuels, en face à face ou par téléphone. Ils ont été menés par la chercheuse. Les entretiens ont eu lieu dans un endroit choisi par les participants.

Les entretiens ont été enregistrés avec l'application dictaphone d'un téléphone intelligent et un logiciel d'enregistrement sur ordinateur.

2.3.2 Guide d'entretien

La première partie du guide d'entretien permettait de recueillir les données quantitatives permettant de caractériser l'échantillon. Les données recueillies étaient les suivantes : âge, genre, année de passage de thèse, années d'expérience en médecine libérale, zone d'exercice, conditions d'exercice.

Le contexte de l'entretien a aussi été recueilli avec les données suivantes : si l'entretien était en face à face ou par téléphone, le lieu de l'entretien, la disponibilité du médecin interviewé et son environnement immédiat (calme et isolé ou susceptible d'être dérangé).

Le canevas d'entretien a été élaboré à partir des données de la littérature. Il était composé de questions brise-glace et de questions de relance.

- *Pouvez-vous me raconter la dernière consultation où vous avez eu à remplir un document type formulaire ou certificat qui vous a posé problème ou que vous avez perçu comme difficile ?*

Le canevas a ensuite évolué au fur et à mesure des entretiens et de l'analyse des données (annexe 7.3).

2.4 Méthode d'analyse

2.4.1 La retranscription

La retranscription de chaque entretien a été effectuée par la chercheuse manuellement. Les entretiens ont été intégralement retranscrits sur le logiciel Microsoft Office Word®.

Lors de la retranscription, le style syntaxique et grammatical propre à chacun des médecins interrogés a été conservé, afin de préserver l'authenticité de leur discours et minimiser les erreurs d'interprétation des données.

2.4.2 L'analyse des entretiens

Le travail de codage et d'analyse a été réalisé à l'aide du logiciel QSR NVivo 12Plus® par la chercheuse.

L'analyse des verbatim s'inscrivait dans une démarche inductive utilisant le principe de la phénoménologie. Les entretiens ont été analysés au fur et à mesure du recueil de données, permettant l'émergence des concepts et leur intégration.

2.5 Critères de validité

Le nombre d'entretien a été conditionné par la recherche de suffisance théorique des données.

La validité interne a été établie par l'analyse indépendante de la chercheuse et du directeur de thèse, expérimenté dans l'analyse interprétative de texte et dans la direction de thèses portant sur des recherches qualitatives.

La validité externe peut être discutée en fonction de la grille CoREQ (10), pour *CO*nsolidated *CR*iteria for *RE*porting *Q*ualitative *RE*search, que la chercheuse a lue avant l'étude et a suivi le mieux possible au cours de la recherche.

2.6 Ethique

Le consentement oral était systématiquement recueilli. Les médecins interrogés étaient informés de la possibilité d'accéder à la transcription de l'entretien.

Les données personnelles ou permettant d'identifier les participants étaient rendues anonymes. La chercheuse ne disposait pas de fichier numérique ou papier permettant d'identifier des personnes directement ou indirectement.

3 RESULTATS

3.1 Caractéristiques des médecins interviewés

Médecin	Age	Genre	Zone d'exercice	Conditions d'exercice	Ancienneté	Contexte d'entretien	Année de thèse
1	61	F	Urbain/ Semi rural	Cabinet de groupe	30 ans	Au domicile, disponible, face à face	1986
2	30	F	Semi-rural	Cabinet de groupe	3 ans	Au domicile, disponible, face à face	2016
3	28	F	Urbain - La Réunion	Remplaçante	1 ans	Au téléphone, au domicile, disponible	2018
4	29	F	Urbain et rural	Remplaçante	2 ans	Face à face, au domicile, disponible	2017
5	61	F	Urbain (région parisienne)	Maison de santé	30 ans	En vacances, disponible, au téléphone	1989
6	47	H	Rural	Cabinet de groupe	17 ans	Au domicile, au téléphone, disponible	2004
7	34	F	Urbain (région parisienne)	Maison de santé	7 ans	Au domicile, disponible, face à face	2013
8	34	H	Urbain (région parisienne)	Maison de santé, enseignant DUMG	5 ans	Lieu de travail, disponible, face à face	2014
9	41	H	Rural	Cabinet de groupe	12 ans	Lieu de travail, peu de temps, dérangé souvent Face à face	2007
10	33	F	Rural	Cabinet individuel	9 ans	Domicile, par téléphone, disponible	2015
11	41	H	Semi-rural	Maison de santé	11 ans	En vacances, temps limité d'entretien, par téléphone	2011

Tableau 1 : caractéristiques des participants

3.2 Caractéristiques des entretiens

Les onze entretiens se sont déroulés entre février et octobre 2019.

La durée moyenne des enregistrements était de 41 minutes. Le plus court a duré 23 minutes, et le plus long 58 minutes.

La suffisance théorique des données a été obtenue au bout de 10 entretiens. Un onzième entretien a été réalisé pour la confirmer.

3.3 Synthèse interprétative

Les médecins considéraient les documents socio-administratifs comme une charge et avaient un vécu mitigé, complexe et variable.

3.3.1 Le vécu et les émotions

3.3.1.1 Les besoins

Les médecins exprimaient dans leurs interactions avec les patients des besoins de bienveillance « *à condition qu'ils soient bienveillants n'est-ce-pas* » (E5), de compréhension « *Déjà qu'ils comprennent* » (E4), de reconnaissance « *j'insiste simplement sur notre reconnaissance* » (E1), de « *valorisation de notre travail* » (E1), d'efficacité « *pour que ce soit plus efficace, plus rapide et plus bienveillant* » (E5). En fonction de comment étaient nourris ces besoins, des émotions étaient générées et les vécus variaient du négatif au positif.

3.3.1.2 Les émotions

Certains trouvaient ça « *vraiment stressant* » (E5), pouvaient se sentir « *seule* » (E10). L'administratif « *c'est quelque chose qui fait assez peur* » (E3), c'était une « *phobie administrative* » (E7), pouvant même faire « *horreur* » (E1). L'« *angoisse de prendre du retard* » (E7) et la peur de « *perdre notre temps* » (E5) étaient des émotions négatives récurrentes. Les médecins avaient « *peur* » (E3) de mal faire : « *les gens de fait on les met dans la merde si on fait pas bien* » (E7), ils espéraient « *ne pas faire de bêtises* » (E2). Ils se trouvaient parfois dans des situations d'« *impuissance* » (E11), et savaient qu'ils allaient « *forcément se retrouver à un moment de doute* » (E2). L'exaspération se retrouvait aussi : « *ça m'énerve ça* » (E10), « *c'est un peu*

énervant » (E1), « *ça me gonfle* » (E4). Parfois ils ont raconté avoir été « *hors de moi* » (E2), ou s'être « *emportée sur ce truc-là* » (E7).

Ils pouvaient passer par des phases de découragement : « *oh j'y arriverai jamais* » (E7), « *ça décourage* » (E7). Ils avaient l'impression d'y perdre « *beaucoup d'énergie* » (E3). Un médecin racontait que « *parfois je fais des crises d'hystéries* » (E5) devant ses patients. « *C'est fatiguant* » (E8), « *Je suis fatiguée* » (E5, E7).

3.3.1.3 Le vécu

« *J'en peux plus de l'administratif* » (E5), le vécu était visiblement « *assez difficile* » (E3). « *Je le vis très mal* » (E1), « *Je ne le vis pas très bien* » (E9), « *On ne peut pas dire que c'est que qui me plait le plus* » (E8). Ils se trouvaient parfois « *dévalorisés* » (E1), ils ne se sentaient pas « *acteurs* » (E4) : « *J'ai pas l'impression qu'on est très décideurs [...] pour le dossier* » (E10). Ils avaient parfois l'impression d'être des machines « *on n'est pas non plus des photocopieurs* » (E1), d'être pris « *pour un prestataire de service* » (E4), « *un tamponneur de papiers* » (E10). Les conséquences pour les patients étaient aussi un vecteur de vécu négatif pour le médecin : « *ça me dérange* » (E10).

Certains médecins se trouvaient moins touchés émotionnellement par le socio-administratif, et ne subissaient pas ce travail : « *c'est pas une partie du travail que j'apprécie, mais [...] je n'ai pas l'impression que ça m'impacte tant que ça* » (E8), « *moi après ça ne me dérange pas* » (E10). L'administratif n'est « *pas quelque chose qui m'angoisse* » (E8). Certains y étaient indifférents : « *J'ai la faculté de m'en foutre. Je m'en fou, je le fais* » (E6).

D'autres encore ont trouvé une « *position de positivisme* » (E9), et considéraient que « *pour moi ça se passe bien tous ces papiers* » (E9). Depuis l'informatisation des documents, d'aucuns trouvaient ça « *hyper confortable* » (E8), et de manière générale ne se sentaient « *pas en difficulté* » (E8). Certains se sentaient même « *super bien* » (E7) dans leur travail. Ou alors malgré le vécu négatif perçu, tout compte fait leur pratique « *se passe vraiment bien* » (E5). Un médecin évoquait la satisfaction « *moi j'ai trouvé le modèle parfait* » (E7).

Ces vécus à la fois plus négatifs et positifs pouvaient être exprimés par des mêmes médecins mais sur des sujets différents, ou des situations différentes.

Le vécu était exprimé en fonction des émotions ressenties. Ces émotions et vécus avaient à la fois des causes et des conséquences, qui faisaient émerger un vécu encore différent.

- **Les vécus négatifs : causes et conséquences**

« *C'est compliqué* » (E1), c'étaient « *des choses pas forcément évidentes* » (E8), les médecins parlaient de « *certaines situations où vraiment c'est le bazar* ». La complexité des situations et leur formation « *sur le tas* » (E3) ou « *sur le terrain* » (E2) ne les rendaient pas très confiants : « *je ne suis pas sûre, [...] je ne sais pas comment il faut faire* » (E7), certains avouaient même y aller « *un petit peu au pif* » (E2). D'autres remettaient en cause leurs compétences « *c'est moins mon domaine* » (E3), « *je ne suis pas sûre qu'on soit compétents* » (E2). Certaines « *prises en charge qui sont complètement inconnues* » (E2) où ils avouaient n'avoir « *pas toutes les connaissances dans le domaine* » et n'être « *pas expérimenté* » (E4) leur « *avait posé problème* » (E10).

A cette complexité s'ajoutaient les contraintes de temps : le fait que ce soit du temps pris « *sur notre temps de repos* » (E10) qui empiétait la vie personnelle puisqu'ils devaient parfois « *rester après 20h* » (E4) : « *je rentre plus tard à la maison* » (E10). Ce « *travail supplémentaire* » (E11) était considéré « *en plus de l'activité classique* » (E11). Ils pensaient « *je pourrais faire autre chose de ce temps de consultation* » (E4), en accusant ce temps administratif d'être « *pris sur les consultations* » (E4) et de leur « *ajouter du temps de gestion* » (E8) alors même que la réponse des organismes les « *fait attendre* » (E1) et que ça « *prend six à neuf mois* » (E5).

La perte de liberté ressentie par le médecin, « *on n'a pas le choix, on est carrément obligé* » (E6) était difficile à vivre alors qu'il s'investissait et « *essaye de faire le nécessaire* » (E10), bien que ce fut souvent en « *fin de consultation* » (E1), qu'ils n'aient « *pas le temps* » (E3), fassent ça parfois « *entre midi et deux ou le soir* » (E4). Ils ressentaient : « *nous on a la pression* » (E10). Ils trouvaient qu'on leur demandait « *trop de choses* » « *trop pointilleuses* » (E11).

Certains vivaient mal d'avoir « *de plus en plus de certificats à remplir qui sont aberrants* » (E10), ils s'énermaient « *parce que c'est une perte de temps* » (E5) et qu'ils devaient souvent « *refaire tout* » (E4) et que « *c'est la porte ouverte aux abus* » (E11).

Les réactions des médecins face à leur vécu négatif auquel ils ne voyaient « *pas de solutions* » (E4) étaient parfois fatalistes « *c'est comme ça* » (E5, E6), ou bien pessimistes « *c'est irrésolvable* » (E7). Certains versaient dans la vulgarité, parlant de leur « *boulot à la con* » (E6), accusant la sécurité sociale « *ils nous emmerdent* » (E5) de leur donner plus de travail. Beaucoup prenaient la chose avec ironie « *les MDPH c'est les grands gagnants* » (E2) ou en répondant à des demandes de certificats jugés inutiles « *j'ai fait un certif humoristiquement débile* » (E6).

- **Les vécus positifs : causes et conséquences**

Certains médecins exprimaient leur choix du « *positivisme* » (E9) : « *j'aimerais quand même apporter des choses positives* », « *moi je suis positif* » (E9), et reconnaissaient volontiers que « *la sécu fait des efforts* » (E11) et qu'il fallait « *arrêter de dire qu'on est submergé par la paperasse* » (E1). Certains se considéraient « *bien guidé* » (E7) par la sécurité sociale, avaient pris des « *habitudes* » (E5) convenables pour eux. Ils pouvaient penser que c'était « *normal de le faire* » (E11) en parlant de documents socio-administratifs, « *qu'on est formé pour comprendre* » (E8) que « *ça fait partie du boulot, ce n'est pas anormal* » (E5) et que c'est même « *une grosse partie de notre travail finalement* » (E3).

Pour ceux-là ce n'était « *pas une charge administrative* » en soit (E9) et ne posait « *pas de difficulté particulière* » (E9), voire même ne prenait « *pas non plus trois heures* » (E9).

Leurs réactions leur permettaient de relativiser « *ce n'est pas très grave* » (E5), et finalement dans une optique de servir l'humain, « *je leur fais sans problème, parce que eux ça les aide* » (E11), ils semblaient mieux vivre l'administratif. « *Un certificat, si c'est justifié médicalement, ça ne me pose aucun problème* » (E9). Ils semblaient s'investir « *tous les gens qui ont droit à quelque chose, j'essaie qu'ils y aient droit* » (E7), et réussissaient à trouver des « *outils qui font gagner du temps* » (E8). Ces médecins essayaient de « *savoir se remettre en question* » (E2), et amélioraient leur pratique « *on va retravailler [tel] certificat* » (E7) en s'adaptant « *moi je me suis surtout adapté* » (E9). Malgré l'impression d'incompétence notée plus haut, ils étaient parfois « *sûre de moi* » (E2), et avaient « *l'impression que j'avais des compétences* » (E4). Certains ont même « *fait une formation avec l'assurance maladie* » (E8), ou ont « *fait venir* » (E7) des professionnels de la sécurité sociale pour les former.

Ce vécu était mis en relation avec les caractéristiques des charges socio-administratives, mais aussi avec les représentations du médecin, ses valeurs, et à la lumière de la communication avec les autres acteurs.

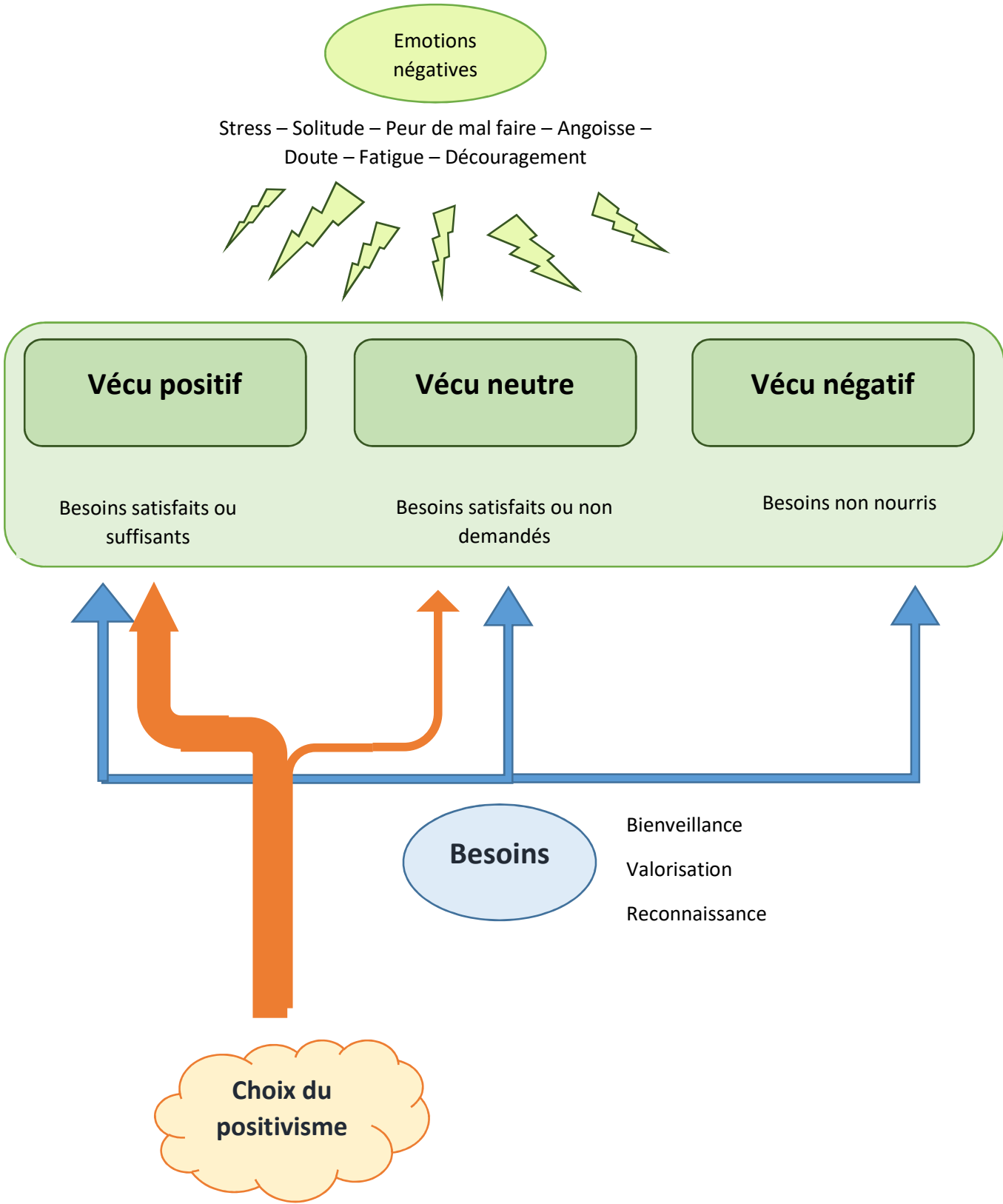


Figure 1 : résultat principal : les différents vécus

3.3.2 Caractéristiques des charges administratives

- **Caractéristiques générales**

Les médecins ont énuméré beaucoup de caractéristiques. La définition de certificats et formulaire était floue pour certains : « *je ne sais pas si ça rentre dans la catégorie des formulaires* » (E4).

Sur la forme il leur était reproché d'être « *mal foutus* » (E5) avec des questions « *débiles* » (E5), ou bien d'être « *assez bien fait* » (E3) et « *fait pour qu'on puisse comprendre quoi mettre dedans* » (E8). Ce qui était « *purement administratif* » était décrit comme « *compliqué* » (E2) et qui ne « *correspond pas bien à la réalité* » (E5).

« *Le nombre de certificats* » (E2), « *il y en a tellement* » (E4), comportant « *un tas de questions* » (E1) « *qui sont trop pointilleuses* » (E11), et la complexité de l'ensemble de la procédure : « *des certificats où il faut prendre du temps pour la description des troubles, du handicap, rechercher des compte-rendus, accompagner d'un courrier médical* » (E8) étaient soulignés, avec parfois la nécessité de « *reprendre tout le dossier du patient* » (E10) alors que « *on a pas tous les éléments* » (E11). Bien que « *on connaît les bases de ces certificats, on sait à quoi ils servent* » (E3), certains certificats étaient inconnus du médecin : « *il est sorti de nulle part ce papier, je ne l'avais jamais vu de ma vie* » (E10).

D'autres étaient considérés comme inutiles, « *aberrant* » (E1), « *pas légitime* » (E2), tels le certificat enfant-malade ou encore un « *certificat pour des compétitions d'échec* » (E7). Plusieurs médecins proposaient « *que les salariés sont libres de poser ces jours enfants malades, et on n'a pas à aller faire chier un médecin* » (E8). Les patients demandaient des certificats à visée administrative : « *des gens qui viennent uniquement pour un arrêt de travail* » (E9), « *ils viennent juste pour le papier pour justifier leur absence* » (E11). Un exemple revenu plusieurs fois l'illustre : « *Il y a beaucoup de gens [...], qui ont la gastro, qui viennent voir le médecin, ils ont déjà tous les médicaments, ils savent que c'est la gastro, ils ne veulent même pas qu'on les examine, qu'ils veulent juste l'arrêt de travail quoi* » (E4).

Le caractère chronophage revenait dans chaque entretien : « *On y consacre beaucoup trop de temps* » (E11), « *la charge de travail administrative* » (E10) paraissait lourde « *et dire qu'une heure par jour on fait de la paperasse* » (E11), y compris la charge

mentale : « *il y a un coin de mon bureau ou je mets tous mes papiers et toutes les semaines je le vide pour être sûre que tout est fait* » (E2). Or les « *délais de traitements ils sont quand même très longs* » (E7).

- **Est-ce un acte médical ?...**

L'acte administratif qu'est le certificat médical ou le formulaire, était souvent « *fait sur un coin de table* » (E9) ou « *en fin de consultation* » (E8), « *qu'on ne fait pas régler* » (E2), « *je le remplis à titre gratuit* » (E10), ou bien fait « *le soir après les consultations* » (E1).

« *En fait c'est une consultation médicale, [...] c'est un acte médical* » (E9), « *il n'y a pas que l'examen clinique dans l'acte médical* » (E1), « *ce n'est pas un acte inutile* » (E1), « *Est-ce que c'est plus important ou moins important que quelqu'un qui est malade ? Moi je ne crois pas puisque pour la personne c'est super important, donc un certificat, c'est un rendez-vous* » (E6). « *Le social ça fait partie du soin aussi* » (E11). « *J'estime que ça fait partie de mon travail* » (E9). « *Tous ces certificats, ces dossiers sont une réponse à certaines problématiques des patients* » (E8)

Cependant, l'administratif, « *c'est pas intéressant pour moi* » (E5), « *j'estime que le papier c'est pas une consultation médicale* » (E10), « *on est dans de la prise en charge, on n'est plus dans du soin* » (E2), « *c'est du temps administratif qui est pris sur notre temps médical* » (E4), « *je me dis que je pourrais faire autre chose de ce temps de consultation* » (E4). « *Mais quand tu vois sur une consultation, normale, qui dure, disons 20 minutes ? Combien de temps de médecine tu fais ? Cinq, sept minutes ? Le reste c'est de la paperasse* » (E6). « *Je vais le faire en fin de consultation* » (E5), « *s'il me reste un petit temps je le fais là* » (E2).

- **...qui a une portée juridique...**

Certains certificats à portée juridique nécessitaient d'être « *super vigilant* » (E6). Les médecins évoquaient la possibilité de se tromper « *si tu te goures faut faire des rectificatifs* » (E7).

- **...révolutionné par l'informatique**

L'informatisation « *quand ça fonctionne* » (E1) « *fait gagner beaucoup de temps* » (E8), c'était « *plus fluide que d'envoyer un courrier* » (E8) « *beaucoup mieux* » (E7) pour entre autres les déclarations de grossesse, « *plus facile* » (E10), « *simplifié* » (E9)

et avait une meilleure « *efficacité* » (E11). « *Ça va plus vite sur Ameli* » (E5), « *les arrêts de travail sur internet c'est plus rapide* » (E4). « *Quand je fais papier c'est des trucs qu'il n'y a pas sur le numérique* » (E8). De plus ça permettait d'éviter la « *falsification de données* » (E10). Un médecin en fin de carrière trouvait l'informatique « *pas simple* » (E5), et dénonçait pour l'arrêt de travail « *on ne peut pas antidater, tout est contrôlé, calibré, protocolisé* », « *plus ça va être automatisé, plus on va être coincé* » (E5).

Cependant, d'aucuns soulignent que « *plus ça va, plus on fait des papiers, [...] même dématérialisés, plus on fait d'administratif* » (E6) bien que par ailleurs ce soit « *moins difficile* » (E8) et fait « *rapidement* » (E2). « *On nous demande des papiers pour tout en n'importe quoi* » (E11), situation « *qui je pense ne fait qu'augmenter* » (E2) pour des papiers qui parfois n'ont « *rien de légal* » (E6).

La charge administrative et son vécu dépendent et agissent sur les représentations des médecins, et sur les rôles qu'ils se donnent.

3.3.3 Rôles et représentations du médecin

3.3.3.1 Représentations du médecin

- **Les charges administratives étaient souvent mal vécues et inintéressantes.**

Cette partie du travail était perçue comme dévalorisée : « *dans l'imaginaire des gens, c'est juste un papier pour aller faire du sport* » (E6), « *Oui mais bon je ne vais quand même pas venir que pour un papier* » (E2). D'après eux les patients « *ne se rendent pas compte du temps que ça peut prendre* » (E3). Un des médecins parlait du caractère chronophage en ce sens : « *on peut avoir du fric autant qu'on veut ça ne nous fera pas plus de temps* » (E11).

Certains médecins ne se considéraient « *pas du tout estimé à notre juste valeur* » (E1). « *Ça demande du temps et c'est pas du tout valorisé* » (E4).

Le médecin se considérait comme mal payé pour ces actes « *ben je le remplis à titre gratuit* » (E10), « *je ne convoque pas le patient pour remplir ces dossiers donc c'est sur un temps hors consultation gratuit, puisqu'on ne fait pas facturer ça non plus* » (E10). Pour les consultations où les patients venaient « *juste pour un papier* » (E2),

les médecins déploraient que c'était une consultation « inutile » (E4), ce qui engendrait un « vrai surcoût » (E2).

Un médecin parlait des « certificats qu'on ne connaît ou qu'on ne maîtrise pas bien » (E8), ou encore de « quand je ne comprends pas une situation » (E7), situation difficile d'autant que certains connaissaient les patients « depuis très peu de temps » (E2) ou ne les connaissaient « pas bien ». (E4)

« Tous ces papiers à remplir », ce n'était pas vu comme « très intéressant » (E4) : « si on pouvait faire autrement que faire des papiers » (E5). « Je pense qu'on y passe beaucoup d'énergie et de temps » (E11).

- **Les médecins devaient organiser leur temps de travail, devaient y intégrer la partie administrative, en la subissant ou en l'accueillant. Ils le vivaient souvent mal.**

Les médecins évoquaient souvent le fait de se rendre disponible et de définir un ordre des priorités : « je le remplis quand j'ai un peu de temps » (E2), bien que ce fut de manière subie : « il faut arrêter [...] de dire qu'on remplira quand on aura du temps » (E1). Les patients venaient « pour autre chose, un autre motif de consultation » (E1) et les médecins devaient faire preuve d'organisation « on est organisé nous » (E8) et d'anticipation « on a fait des certificats type » (E7) pour répondre à la demande, bien que souvent le temps de consultation malgré tout fut « jusqu'à deux fois le temps de consultations standard » (E3). Chacun organisait son emploi du temps en fonction de ses préférences « on fonctionne sur rendez-vous » (E5), « on prend sans rendez-vous » (E3), « je demande aux secrétaires de mettre le motif de la consultation » (E6). Un autre éduque ses patients à ne pas venir pour rien pour « pouvoir voir des gens qui ont besoin de temps » (E7). La charge administrative étant incompressible, certains choisissent de « revoir le patient » en consultation parce que « ce quart d'heure-là je préfère le passer avec ma famille » (E6), alors que pour d'autres « c'est un choix de le faire sur un temps personnel » (E10). Un médecin qui essayait de de les remplir « pendant la consultation » accumulait « du retard », ce qu'elle trouvait « angoissant ». (E5).

- **Le médecin se sentait responsable**

Certains médecins disaient tenir un rôle secondaire dans la décision de remplir des documents : « *quand quelqu'un me demande un papier je le remplis* » (E5) et considéraient que « *les choix se font avec le patient* » (E5). D'autres se considéraient plus acteurs « *c'est une expertise de médecin* » (E8), « *c'est moi qui juge* » (E2) tout en se posant la question du choix des données qu'ils remplissaient « *qu'est-ce que je mets de plus pertinent ?* » (E2).

La responsabilité du médecin était souvent évoquée « *c'est ma responsabilité et je l'assume* » (E10) et parfois remise en question « *il y a beaucoup de certificats qui relèvent non pas de la responsabilité du médecin, mais de la responsabilité individuelle du patient ou du parent* » (E8). Plusieurs médecins expliquaient que « *ce dossier je le remplis sans revoir le patient* » (E10) ou qu'ils remplissaient des documents par « *correspondance* » (E5). Un médecin considérait qu'il avait un rôle de coordinateur, de « *chef d'orchestre* » (E7), mais qu'il n'avait pas à « *répondre à toutes les problématiques* » (E7). D'autres médecins voudraient qu'on n'ait pas forcément à « *passer uniquement par le médecin* » (E11) pour remplir des documents socio-administratifs.

- **Les médecins se voyaient comme des instruments d'une grande machine inhumaine. Leur métier perdant ainsi leur sens.**

Les médecins se percevaient comme des « *prestataires de service* » (E4), n'avaient parfois « *plus l'impression d'être médecin* » (E10), trouvaient qu'ils étaient « *dévalorisés* » (E1), qu'on les prenait pour des « *sous-médecins* » (E4), « *je ne me sens pas acteur* » (E4), et que le système était déshumanisé : « *je pense qu'en face on a des trucs très ordinateurs* » (E2) disait un médecin en parlant des algorithmes des compagnies d'assurance. L'un soulignait qu'il fallait se rappeler « *qu'on a des patients derrière* » (E8).

Ils évoquaient leur rôle indispensable « *on est le chaînon indispensable* » (E4), « *beaucoup de choses reposent sur nous* » (E11), « *qui d'autre pourrait le remplir ?* » (E8) tout en se rebellant contre ce rôle imposé : « *ça ne devrait pas être à nous de le remplir* » (E11), « *c'est pas mon job de faire ça* » (E6), « *c'est pénible, c'est pas de notre travail de médecin* » (E9), « *c'est pas ma vocation* » (E10).

Ils prenaient leur rôle à cœur tout en ayant l'impression d'être beaucoup surveillés par les organismes de sécurité sociale « *ils repassent beaucoup derrière nous* » (E2).

- **Le médecin pouvait être plus acteur et aider le patient.**

Certains médecins considéraient que c'était à eux d'accompagner le patient dans ses démarches « *je ne vois pas qui c'est qui pourrait le remplir d'autre* » (E10), « *il n'y a aucun administratif qui peut faire ça* » (E8), ils se sentaient acteurs décisionnels « *ce que nous médecins on a décidé* » (E8), dans l'optique de « *faire au mieux pour nos patients* » (E2), avec le « *souci que ça rende service aux gens* » (E7). Ils avaient le rôle d'aider le patient à accéder aux « *droits auxquels ils n'accèdent pas* » (E7).

- **Alors même que c'est une partie intégrante de leur métier**

Les médecins se décrivaient comme « *cliniciens* » (E6). Même si pour les patients « *ce n'est pas un acte médical* » (E9), les médecins insistaient sur l'importance d'« *examiner les patients* » à chaque consultation (E10) dans l'optique d'être « *plus dans le soin* » (E11). Certains trouvaient que l'administratif « *fait partie du métier* » (E8). « *Suivre des gens pour leurs problèmes de santé, c'est long, il y a plein de trucs à faire, et parmi ces choses à faire il y a des papiers* » (E5). L'un expliquait même : « *pour moi ce n'est pas une charge administrative* » (E9).

- **Dans un cadre rigide, certes.**

Les médecins essayaient de faire avec et malgré le « *système* » qui a des « *carences* » (E1), une « *machine étatique* » (E1), une « *grosse administration, avec énormément d'inertie, une bureaucratisation monstrueuse, des dirigeants qui sont choisis par le gouvernement* » (E5).

- **Mais le médecin pouvait décider comment vivre sa situation**

Certains médecins relativisaient : « *je me suis installée en libéral parce que je trouvais que ça donnait une grande liberté d'action* » (E5). La notion de choix dans leur mode de travail était commentée : « *je ne le facturerais pas* » (E2). Il y en a qui ont décidé de reconnaître les rémunérations forfaitaires de la sécurité sociale comme un paiement de leurs charges administratives : « *j'ai gagné beaucoup d'argent sur du non-soin, mais [...] en fait c'est ce temps-là qu'on me paye, c'est tout ce temps qu'en fait je prends pour faire d'autres trucs [...], pour faire tous ces papiers,* » (E7). Un autre trouve que « *la reconnaissance financière, on l'a par les ROSP* » (E8), ou encore : « *Il y a les*

forfaits. Quand on a des gens ALD [Affection longue durée], c'est 70 euro par an. C'est un travail qui a été reconnu » (E9). Sans pour autant renier que c'était lourd « *si c'était plus léger ce serait mieux quand même* » (E5), et qu'il faudrait faire « *moins d'administratif et plus d'humain* » (E11).

3.3.3.2 Rôles du médecin – schéma

Les médecins se sont défini des rôles qui leur permettaient de mieux se représenter leurs fonctions. Quatre grands rôles s'en étaient dégagés : ceux qui concernaient le patient, accompagner le patient, se faire l'avocat du patient, mais aussi un rôle de gestion et coordination et un rôle de formation.

- **Accompagner le patient**

Un des « *objectifs derrière tout ça* » (E8) c'était de d'« *aider* » les patients (E9), « *je fais toujours au mieux pour eux* » (E2), quitte à « *prendre le temps* » (E11), pour leur permettre d'obtenir un « *meilleur confort dans leur vie quotidienne* » (E6), « *dans l'intérêt de leur santé, de leur survie sociale, leur maintien au travail* » (E5). La plupart du temps à « *la demande du patient* » (E10), il arrivait que le médecin soit « *pro-actif* » (E8) et « *leur montre le simulateur de droits* » (E7) ou « *leur propose* » (E8) un arrêt. A l'écoute du patient « *qu'on croie les gens sur parole* » (E5), les médecins disaient avoir « *la vocation d'avoir de l'empathie* » (E10). Investis dans leur tâche « *j'essaye de faire le nécessaire* » (E10), « *à 100 %* » (E1), les médecins disaient prendre le temps d'éduquer leurs patients « *je les ai quand même fortement éduqués* » (E2), ou du moins essayer « *je les ai assez mal éduqués* » (E5), « *j'essaye* » (E9) de les « *co-responsabiliser* » (E11). Ils expliquaient avoir « *besoin qu'il [le patient] soit en face* » d'eux (E7, E9), que c'était « *plus intéressant* » (E1), ce qui permettait de le faire « *ensemble* » (E3), de faire les « *choix* » « *avec le patient* » (E5), « *avec eux* » (E2). Le médecin avait un rôle de tuteur et avait peur d'échouer : « *J'ai peur de par exemple, ne pas donner toutes les chances aux patients quant aux rémunérations dont ils peuvent avoir le droit* » (E3). « *J'ai peur pour les conséquences pour les patients* » (E10).

- **Se faire l'avocat du patient**

Certains médecins dénonçaient les injustices dont étaient victimes leurs patients « *c'est dégueulasse* » (E6) disait ce médecin en parlant des examens pour les

certificats d'assurance que les patients devaient payer de leur poche. Ou alors en parlant d'un patient en procès pour lequel elle a fait un certificat : « *c'était dégueulasse le procès qu'ils lui faisaient* » (E5). Ils étaient regardants du « *bien-être au travail* » de leurs patients (E8), de la « *souffrance au travail* » (E5). « *Les salaires des gens sont pas très hauts* » (E10), « *les revenus ont drastiquement baissé* » (E2), ils connaissaient les « *difficultés financières* » (E11) de leurs patients. Ils insistaient sur l'importance aider les patients dans leurs démarches « *pour qu'ils bénéficient de tout ce dont ils auraient le droit* » (E3), « *s'occuper de la personne, de ses droits* » (E7) en reconnaissant que les patients « *sont dans un flou total* » (E7), et « *par méconnaissance* » (E4), n'avaient pas accès à certains droits. Ils défendaient aussi les patients qui ne maîtrisaient pas l'informatique « *il ne faut pas exclure une certaine partie de la population qui n'est pas capable d'utiliser ces outils* » (E8). Certains se battaient contre l'idée que les patients abusent : « *ils abusent pas, faut arrêter* », « *on ne leur met que des bâtons dans les roues* » (E5) et parfois prenaient parti pour eux : « *il est dans des conflits avec un employeur très malhonnête* » (E7).

Parfois ils jugeaient les patients avec lesquels ils avaient des différents : « *moi j'ai pas envie de rester avec des cons* » (E6) disait-il à propos de patients qui voulaient partir. Ce même médecin prenait son exemple pour base : « *si, moi quand j'ai de la fièvre je vais bosser quand même hein* » (E6). Certains ne souhaitaient pas que leur pratique soit jugée : « *Il ne va pas m'apprendre à faire médecine* » (E2).

- **Rôle de gestion et coordination**

Un médecin parlait de tenir le rôle de « *coordinateur* », de « *chef d'orchestre* » (E7), quitte à être plus « *sollicités* » sur « *certaines situations* » (E10), afin d'avoir une « *discussion* » et un « *jugement [...] partagé* » pour statuer sur le cas d'un patient (E10), « *être plus dans un mode collaboratif* » (E11), ou même « *être en groupe* », ce qui est « *une richesse* » (E9). Pour une meilleure « *gestion* » (E9), le médecin devrait être référent mais pas unique acteur « *répondre à toutes les problématiques, non !* » (E7). Un médecin notait l'importance de la communication et parlait de « *contacter* » les autres acteurs du soin pour faire le « *lien* » (E11). Beaucoup parlaient de pouvoir « *déléguer* » (E10), mais pour autant « *l'assistant médical ne sera pas là pour faire les papiers que je n'ai pas envie de faire, non* » (E5). Les médecins définissaient parfois

les rôles des autres acteurs du soin : « *c'est peut-être quelqu'un d'autre qui devrait le faire* » (E11), « *c'est chacun son rayon quoi* » (E6).

Ces représentations et rôles des médecins étaient accompagnés de notions de valeurs, d'éthique et de responsabilités, qui influent aussi sur le vécu des médecins.

- **Rôle de formation**

Les médecins critiquaient leur formation sur les documents socio-administratifs.

Si certains disaient avoir été formés « *on sort de l'internat on a quand même été confronté à toutes ces situations-là* » (E9), la plupart pensaient « *on n'a pas forcément été formé ni dans nos études pratiques en stage ni à la fac* » (E3).

Malgré « *quelques jours à l'Assurance-maladie* » (E9), ou un « *stage à la sécurité sociale* » (E10) « *le moment où on sort de notre internat on n'est pas compétents* » (E2), « *ce n'était pas suffisant* » (E8). Certains acteurs dans leurs formations décidaient de « *faire venir [...] le service social de la sécurité sociale* » pour les former (E7), ou bien « *je me suis branchée avec cette association pour faire de la formation continue* » (E5).

Un médecin insistait sur l'importance « *d'aller chercher des réponses* » (E8) soi-même si on était en difficulté : « *l'enseignement en médecine générale [...] est plutôt dans la responsabilisation de l'apprenant* » et « *qu'une des solutions de se sentir mieux au travail c'est de se former* » (E8).

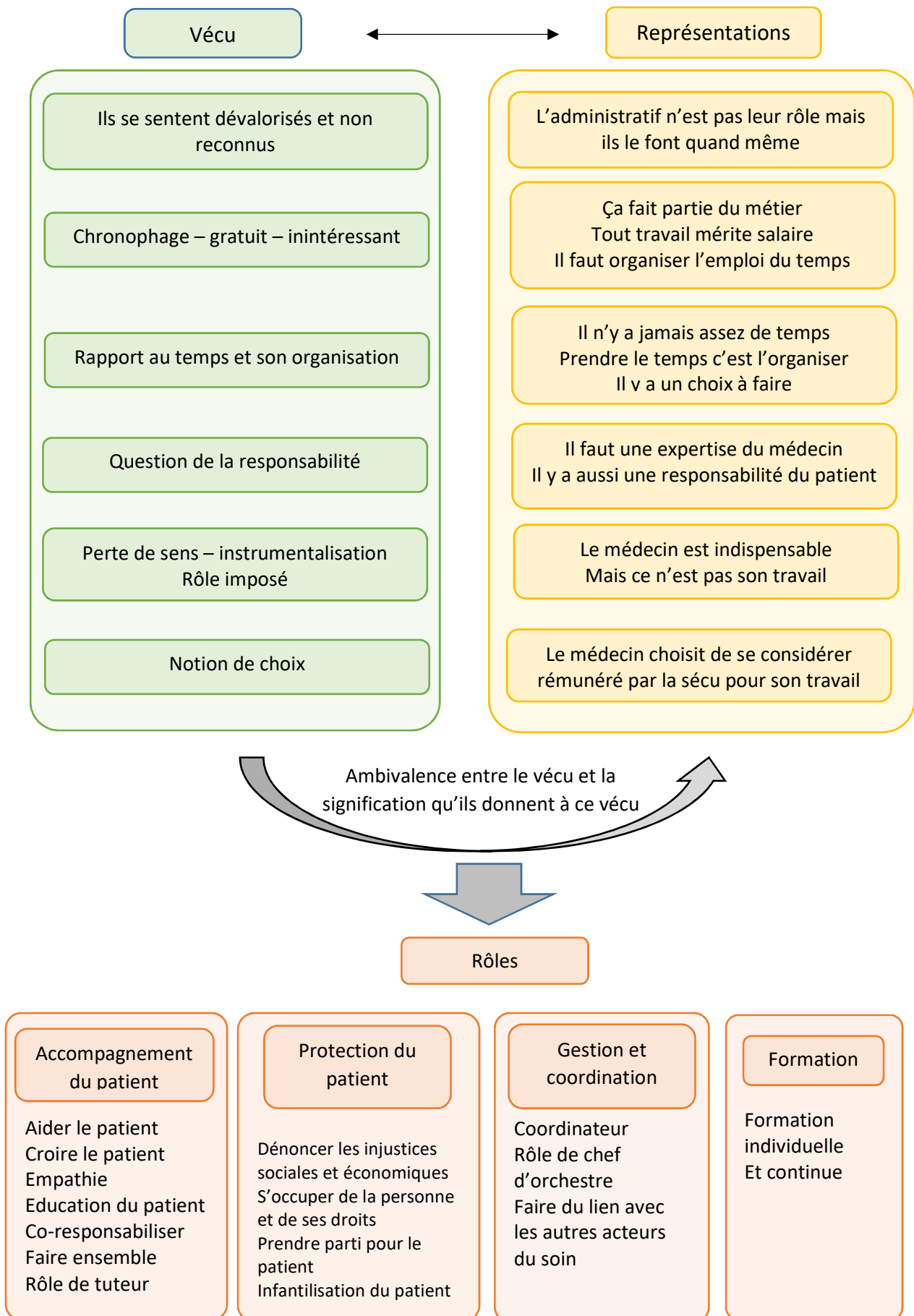


Figure 2 : Rôles et représentations

3.3.4 Valeurs – éthique – responsabilité

3.3.4.1 Valeurs morales

- **Justice sociale et individuelle**

Des valeurs de justice, d'équité, ont été discutées. Dans la notion de « *remettre le patient au centre avec les soignants* » (E11), le médecin dénonçait un « *problème de société* » (E11). Un médecin expliquait faire des arrêts de travail préventifs parce que « *ça permet de pouvoir aller jusqu'au bout sans être épuisé, [...], de mieux continuer à travailler* » (E5) en parlant de travaux pénibles. Cette même personne dénonçait la politique de « *faire des économies sur le dos des gens* » (E5). Un autre trouvait qu'il y avait « *un vrai surcoût pour la société* » sur des certificats engendrant des consultations jugées inutiles (E2). Ils expliquaient savoir « *dire non* » quand il se trouvaient face à une « *demande abusive* » (E9), tout en déclarant « *si c'est justifié médicalement, ça ne me pose aucun problème* » (E9).

Des médecins trouvaient « *dégueulasse* » (E5) que les gens atteints de VIH au stade SIDA doivent renouveler leur ALD régulièrement.

- **Liberté et droits**

« *Je me suis installée en libéral parce que je trouvais que ça donnait une grande liberté d'action* » (E5) disait un médecin. Les médecins défendaient leur liberté, y compris de n'être « *pas d'accord* » (E10) ». Ils déploraient quand on leur ôtait des libertés « *on n'a pas le droit de dater de trois jours avant [un arrêt de travail]* » (E5)

Pour les patients, certains disaient à propos des examens demandés par des compagnies d'assurance « *j'ai trouvé ça super intrusif* », « *c'est pas correct de la part de l'assurance d'imposer un certificat à un patient* » (E8). En ce qui concerne la création du Dossier médical partagé (DMP) des patients, ils voulaient « *que les patients comprennent quelles informations sont dessus, et qu'ils aient un regard dessus* », « *qu'ils puissent refuser* » (E8). Ils défendaient la liberté des patients de choisir leur médecin, « *ils ont des raisons qui leur appartiennent* » (E6), « *mes patients c'est pas mes patients, ils sont libres* » (E6).

- **Bon comportement moral**

Etait prohibé pour les médecins le mensonge « *Je ne mentirai jamais, jamais, jamais* » (E10), « *je ne peux pas changer la réalité* » (E5). La fraude d'un patient a été vécue comme « *une rupture de confiance totale* » (E10) par un médecin. En parlant des arrêts de travail en ligne, un médecin spécifiait qu'ils ne pouvaient « *pas être falsifiés* » (E4). Certains avaient la sensation de « *divulguer* », « *donner des informations* » (E2) en remplissant des certificats d'assurance.

- **Valeurs du travail**

Certains médecins avaient une conscience professionnelle aiguisée : « *j'essaye d'être objective* » (E1), « *il faut prendre le temps de faire les choses bien* » (E8), « *on essaye de s'améliorer* » (E7), avec parfois le doute « *on ne le fait pas bien* » (E1) et un « *questionnement* » (E11) constant. Pour autant, « *ça ne m'a pas découragée* » (E7).

Ils comprenaient ces mêmes valeurs de travail chez leurs patients « *des gens qui sont courageux, malades, pauvres qui veulent aller travailler* » (E7).

Un médecin refusait la « *prime à la performance* » [les Rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP)] parce que c'était des visions de travail qu'elle jugeait « *dégueulasses* » (E5).

« *Il ne faut pas habituer les patients à faire des arrêts de travail facilement* » (E4), « *moi je ne suis pas réputé pour donner des arrêts de travail facilement* » (E6), certains médecins avaient une vision propre du travail.

- **Valeurs d'aide, d'altruisme.**

Souvent les médecins disaient avoir « *le souci que ça rende service aux gens* » (E7), « *je leurs rends ce service-là* » (E2) et qu'au final « *la rémunération je m'en fiche* » (E10), « *c'est pas une question de rémunération pour moi* » (E9). Entre eux les médecins disaient s'entraider « *on s'entraide entre nous quand même* » (E11). Ce médecin voulait qu'on puisse notamment « *se recentrer sur des choses plus concrètes* », et « *s'occuper des gens* » (E11).

3.3.4.2 Ethique

« *Chacun a sa propre éthique* » (E8).

- **Le secret médical**

En prenant souvent pour exemple les dossiers d'assurance, des médecins exprimaient leur malaise : « *je n'ai pas envie de tout dire car quand même il y a la notion de secret médical qui est complètement bafouée* » (E10), une autre disait « *faire le tri* » dans les données « *divulguées* » (E2), un autre s'interrogeait « *est-ce que c'est rompre le secret médical ?* » (E4), car il savait que le document allait dans les mains d'une administration même « *si on le remet au patient et qu'on le rédige devant lui* » (E4). La question de « *déléguer* » le travail posait aussi problème : « *mais il faut rompre le secret médical* » (E10).

- **Les intérêts du patient avant tout**

« *Ça je le fais et que pour le patient* » (E10). Un médecin arguait « *c'est en fonction des besoins des gens, mais on ne fait pas en fonction des recommandations de la sécu* » (E5). Elle expliquait n'écrire « *jamais le motif* » sur un arrêt de travail, un « *moyen de résistance* » selon elle. Un médecin expliquait à propos d'antidater les arrêts de travail : « *c'est un questionnement éthique* » (E11), et d'ajouter : « *Les règles sont faites pour être transgressées, mais si on les transgresse tout le temps on devient hors la loi* » (E11). Un exemple l'illustre : « *Mais on n'a pas le droit de dater de trois jours avant, ce qu'on fait des fois pour que les gens ne perdent pas leur emploi, ou des droits* » (E5)

3.3.4.3 Responsabilité

Quels que soient leurs choix moraux ou éthiques, les médecins avaient bien en tête leurs responsabilités envers la loi et le patient, et leur responsabilité morale devant la société.

- **Devant la loi**

Les médecins comprenaient qu'ils engageaient leur « *responsabilité si on fait un faux certificat* » (E9). Ils expliquaient que dans leur formation ils étaient « *très précautionneux sur le côté médico-légal* » pour les certificats notamment de « *coups*

et blessures » (E8). Pour les arrêts de travail que beaucoup avouaient antidater, l'un disait « je ne le vis pas trop mal, jusqu'au jour où il y aura peut-être un souci » (E9).

D'autres parlaient des certificats pour des patients dans des procédures de divorce *« mais des fois des choses anodines ça peut se retourner contre nous » (E4), « alors je me demande s'il ne faut pas ne plus rédiger de certificats quoi. » (E3) en évoquant des conséquences sur le plan judiciaire.*

Plusieurs ont d'ailleurs déjà eu affaire à l'ordre des médecins ou une instance judiciaire, l'une parlait d'un employeur [d'un patient] *« qui a écrit au conseil de l'ordre en m'accusant d'avoir fait un faux ». Une autre racontait son implication dans un procès et concluait « je ne me sens pas coupable, ni accusée, ni mortifiée. Ça fait partie des choses qui peuvent se produire quoi » (E5).*

Un médecin définissait clairement sa notion de responsabilité en signant des certificats *« moi j'engage ma responsabilité, et je marque que, aujourd'hui ce jour à l'examen il n'y a pas de contre-indication, et je ne sais pas comment ça sera demain » et d'ajouter « je n'ai pas envie d'aller au tribunal » (E6).*

- Devant le patient

Le médecin était investi d'une forme de responsabilité envers le patient. Déjà dans le cadre de l'examen *« je dois juger de leur autonomie à la maison » (E2) et dans le cadre des documents socio-administratifs « ça engage aussi notre responsabilité, et c'est surtout pour les patients » (E3). Un médecin expliquait remplir les certificats « en fonction du patient, en fonction de la situation du patient qu'on connaît ».*

Les médecins se sentaient responsables notamment sur des bénéfices pécuniaires et une reconnaissance sociale que pouvaient avoir les patients du fait de leur intervention : *« parce que derrière il y a une prestation sociale » (E8), ou « ça peut porter préjudice à une famille » (E10), « moi ce qui m'embête c'est que ce monsieur n'est pas payé » (E7). « Une absence non justifiée en fac ils peuvent ne pas avoir le semestre » (E10). D'autres n'avaient pas ces préoccupations : « il va perdre une journée de salaire, tant pis pour lui » (E6).*

- Envers la société

Les médecins exprimaient une responsabilité envers une société composée de gens qui cotisent pour les autres. Un médecin expliquait pourquoi il avait antidaté un arrêt de travail pour certains patients : « *si j'avais pas antidaté d'une semaine cet arrêt de travail, ils se seraient retrouvés en plus grande difficulté et auraient mis la société en plus grande difficulté financière aussi.* » (E8). Un autre médecin parlait du congé dit « *enfant-malade* » : « *de toute façon en général c'est pas la société qui paye pour ça* » (E6). Une autre racontait n'envoyer en cure que les maladies justifiées parce que « *pour le coup c'est la société qui paye pour trois semaines de cure* » (E2).

La santé publique était peu abordée, mais elle concerne aussi la société et il a été dit « *personne ne pense que la santé publique est le bien-être des gens* » (E5), dans un contexte de critique de la « *réduction des dépenses* » (E5) imposée par le gouvernement.

Finalement un médecin résumait bien les différentes responsabilités et l'éthique particulière : « *c'est toujours compliqué parce qu'il y a une sorte de dualité entre d'un côté le médecin généraliste qui est garant de tout ce qui est code de santé publique, les règles tout simplement, et puis la bonne gestion des ressources en santé, et puis d'un autre coté le fait qu'on est médecins de nos patients, et qu'on essaye de trouver la meilleure solution pour le patient et la société* » (E8).

3.3.5 Le médecin et ses interlocuteurs

3.3.5.1 Les administrations types banques et assurances

Les dossiers d'assurance ont été parmi les documents socio-administratifs les plus cités comme étant problématiques « *c'est surtout les assurances* » (E9). Il est revenu que c'était « *très intrusif pour les patients* » (E11) et « *pas correct de la part des assurances d'imposer un certificat à un patient et d'imposer un timing au médecin* » (E8). Le médecin pouvait se rémunérer en fonction du temps passé « *on peut demander entre 3 et 5 C [entre 3 et 5 fois le prix d'une consultation] à la charge du patient* » (E6).

3.3.5.2 Les entreprises, employeurs et administrations scolaires

Les médecins avaient un grief récurrent contre les employeurs et entreprises notamment comme on l'a vu précédemment sur le sujet des congés dits « *enfant-malade* ». Ils ont souvent évoqué la nécessité d'un arrêt de travail à visée justificative « *il faut bien qu'ils justifient auprès de leur employeur* » (E7), « *l'employeur les oblige à venir pour ça* » (E11).

Pour les arrêts scolaires, les médecins semblaient en colère que « *le collège demande un certificat, alors que maintenant c'est 5 jours de justifié par les parents* » (E10). « *Souvent j'appelle la crèche [...] en expliquant que le texte de loi c'est ça* » (E10).

3.3.5.3 Les patients

- **Les médecins montraient de l'empathie pour leurs patients, ...**

Les médecins expliquaient aimer le niveau de communication avec leurs patients : « *ce n'est pas du luxe de discuter avec les gens* » (E1), « *ils apprécient vachement qu'on prenne ce temps-là* » (E1). Ils parlaient « *d'échange* » (E11), de « *bonne relation* » (E10). Empathiques pour la plupart, « *on a la vocation d'avoir de l'empathie* » (E10), certains entretenaient des relations plus proches des relations humaines classiques « *il y en a que je peux décevoir ou m'engueuler avec* » (E5). Un médecin parlait du reproche d'un de ses patients « *vous êtes pas gentille* » et de l'impact que ça avait eu sur son moral (E7).

Les médecins aimaient être francs avec leurs patients « *j'ai été cash avec lui* » (E6). « *Je ne me prive pas de dire ça à mes patients* » (E8). D'autres avouaient « *dire non on n'aime pas trop ça* » (E9).

- **... au sein d'une relation de confiance si possible, ...**

Les médecins essayaient d'instaurer une relation de confiance avec leurs patients, les laissant s'exprimer « *je lui laissais suffisamment la place pour qu'elle puisse tout me dire* » (E2). « *Tout simplement faire confiance aux gens* » (E11). Les médecins se disaient proches de leurs patients et dans l'ensemble trouvaient « *il y a beaucoup de gens qui s'excusent de déranger plutôt qui abusent* » (E7). Si bien que certains médecins devant la « *trahison* » de leurs patients l'ont vécu comme une « *rupture de confiance totale* » (E10). « *Je pensais que la relation de confiance c'était fait* » (E4).

- ... **mais les conflits n'étaient pas exclus.**

Ils comprenaient les vécus négatifs de leurs patients « *parfois ils se braquent un petit peu quand on ne veut pas répondre à leur demande* » (E3), « *ça les embête* » (E9).

Des médecins aimaient être franc avec leurs patients « *j'ai été cash avec lui* » (E6). D'autres avouaient : « *dire non on n'aime pas trop ça* » (E9). D'autres fixaient les limites « *dès la première consultation* » (E2).

Au final si un conflit survenait ils essayaient « *d'expliquer* », ce qui prenait du « *temps* » (E2), ce qui était sûrement le plus efficace « *Je considère que quand on explique les choses ça se passe bien* » (E8). Certains comprenaient la colère des patients « *ça le met en colère contre moi, mais c'est la situation qui veut ça* » (E5). Et les patients « *n'en tiennent pas forcément rigueur* » (E9) de la décision du médecin.

- **Les patients étaient considérés comme de grands enfants à éduquer.**

Parfois un peu maternants, certains affectionnaient leurs patients « *un petit couple que j'aimais bien* » (E7), « *les gens ils sont marrants* » (E5). Certains étaient paternalistes et pouvaient dire aux patients : « *demain vous retournez bosser* » (E6). Quelques médecins jugeaient « *ils sont habitués à être remboursés* » (E9) ou infantilisaient « *je les ai très mal éduqués* » (E5), « *je remplis tout parce que les gens ils oublient...* » (E5), quitte à aller « *vers de l'assistanat complet* » (E6). Ils pouvaient être amenés à minimiser les maladies de leurs patients « *une histoire de dépression sous-jacente* » (E2).

D'autres souhaitaient « *co-responsabiliser le patient* » (E11), leur faire comprendre qu'ils avaient une « *responsabilité individuelle* » (E8) et qu'ils pouvaient « *réfléchir ensemble* » (E7). D'ailleurs ils n'en voulaient pas aux patients qui prenaient la décision de changer de médecin « *si les patients ne sont pas contents, ils vont voir ailleurs* » (E4).

- **Les patients comprenaient ou ne comprenaient pas les problématiques des médecins.**

Souvent pour les médecins les patients « *ne se rendent pas compte* » (E4), « *pour eux c'est juste remplir un papier* » (E9). « *Mes patients ils ont pas du tout la vocation d'avoir de l'empathie pour leur médecin je pense* » (E10). « *Je ne suis pas sûr qu'on tire une franche reconnaissance de ce type de travail auprès de nos patients* » (E8).

Cependant certains se rendaient compte que les patients « *ont bien compris que ça prenait du temps* » et « *ne mettent pas la pression* » (E2), car « *en prenant le temps de raconter, les gens comprennent* » (E3), « *ils sont assez réceptifs* » (E8).

3.3.5.4 La sécurité sociale

Les médecins entretenaient un rapport particulier avec la Sécurité sociale. Elle était décrite comme « *un système qui est très performant* » (E9) et « *indispensable* » (E5).

La plupart des médecins disaient interagir de temps en temps avec la Sécurité sociale et en fonction de leur localisation entretenaient de plus ou moins bons rapports. « *Tous mes interlocuteurs je les connais* » (E10) déclarait un médecin qui travaillait dans un petit département rural. « *Je n'ai jamais eu de soucis avec la sécu même si je ne les aime pas* » (E6) déclarait un autre. « *Je tente d'appeler le service médical de la sécu* » (E7) disait l'un pour avoir des conseils sur un dossier. Ils savaient que ça prenait du temps « *elles mettent six mois à répondre* » (E10) et parlaient d'« *inertie* » (E5). Ils déploraient la perte des liens humains dans les zones reculées « *j'avais appelé le service médical de la sécu à l'époque où il y avait encore un médecin de la sécu sur place* » (E2), des « *médecins de la sécu qui ne sont pas forcément disponibles* » (E11). Si la « *boîte mail de la sécu* » était dite efficace (E7), par contre « *au téléphone ce n'est pas possible* » (E10). Des médecins ont dénoncé l'inaptitude de cette administration : « *tu tombes sur quelqu'un qu'est pas forcément à même de donner une réponse* » (E7). Certains avaient même l'impression de « *faire le boulot des gens de la sécu* » (E6) avec l'informatisation.

Ils disaient regretter qu'il n'y ait pas plus de communication entre eux et la Sécurité sociale « *on ne nous explique pas clairement quels sont les refus* » (E11) concernant leurs patients. « *On reçoit le même papier que le patient quand c'est refusé, bon j'estime qu'entre nous, on pourrait un peu plus échanger* » (E10)

Le système, comparé à une « *machine étatique* » (E11), à une « *grosse administration* » (E5) aurait maintenant pour but de « *faire faire des économies à l'Assurance-maladie* » (E8). Les médecins déploraient qu'il ne soit pas uniformisé « *j'attends que toutes les caisses s'y mettent* » (E10) notamment pour l'informatisation.

La sécurité sociale étant à la base des rémunérations des malades, les médecins étaient confrontés aux médecins conseils qui statuaient sur les dossiers de leurs

patients : « *c'est le boulot du médecin conseil qui va statuer* » (E10), « *je ne suis pas un expert* » (E6), « *que la sécurité sociale statue* » (E7). Les médecins avaient noté la nécessité de contrôles « *on peut comprendre qu'ils surveillent* » (E11). Cependant, certains déploraient perdre le « *pouvoir* » à cause d'une surveillance plus systématique (E5).

Par ailleurs, l'une considérait que « *la sécu est mon employeur* » (E5), une autre disait avoir le « *syndrome de bon élève* » (E7) envers les organismes de contrôle.

3.3.5.5 Les confrères

Les médecins généralistes disaient communiquer « *on s'entend très bien entre médecins* » (E10), « *on discute énormément entre nous si on a un doute* » (E9) avec bienveillance « *j'ai confiance en mes collègues* » (E5), « *les confrères répondent facilement, ils sont OK pour donner des conseils* » (E3). Certains se sont même organisés en « *réseau d'accès au soin* » avec des « *référents* » (E7). Ils exprimaient leur désir de transmettre aux internes leurs connaissances « *ce que je savais j'ai essayé de l'apprendre aux autres* » (E5).

Par contre concernant les autres spécialités, ils déploraient le manque de transmission de spécialistes à généralistes « *il n'a pas envoyé de courrier pour dire ce qu'il avait fait* » (E7), « *on n'a pas du tout le compte-rendu* » (E1), et le manque d'investissement et de compréhension de certains spécialistes : « *c'est que les médecins qui demandent les examens, c'est pas eux qui font les bons de transport* » (E4). « *Les bons de transport, oui, mais alors ça j'en fait à la pelle, aucun spécialiste ne veut le faire* » (E10).

Certains ont évoqué des méthodes de travail différentes de leurs collègues généralistes en ces termes : « *si ces médecins veulent travailler comme ça c'est leur problème, mais après nous les patients ils ne comprennent pas pourquoi on ne veut pas* » (E4), en parlant du refus de faire un arrêt à un patient sans le voir.

Un médecin a parlé de l'Ordre des médecins, dont elle ne reconnaissait « *pas leur autorité* » et en qui elle n'avait « *pas confiance* » (E5).

3.3.5.6 Comment la communication entrave ces relations

Les médecins trouvaient qu'il y avait un manque « *d'échanges entre les acteurs administratifs et les médecins libéraux* » (E11), un autre dénonçait : « *il n'y a pas assez de communication* » (E7), un troisième déplorait le « *manque de discussion* » (E10) avec la Sécurité sociale. Cette communication était rendue difficile du fait qu'il y avait de « *multiples* » acteurs dans le parcours de soin d'un patient (E9). Un médecin recherchait à « *travailler plus en collaboration avec le personnel soignant, une proximité sociale* » (E11).

Les médecins recherchaient souvent une forme d'aide humaine dans « *un interlocuteur* » (E4), ou des « *personnes ressources* » (E3). Si les personnes ressources pouvait « *répondre à nos questions, ça serait assez utile* » (E3). Un médecin évoquait une meilleure communication possible : « *il faudrait qu'on les rencontre en vrai* » en organisant des « *réunions physiques* » avec des « *gens concernés des deux côtés, et des médecins du travail* » et « *des médecins conseils* » (E5).

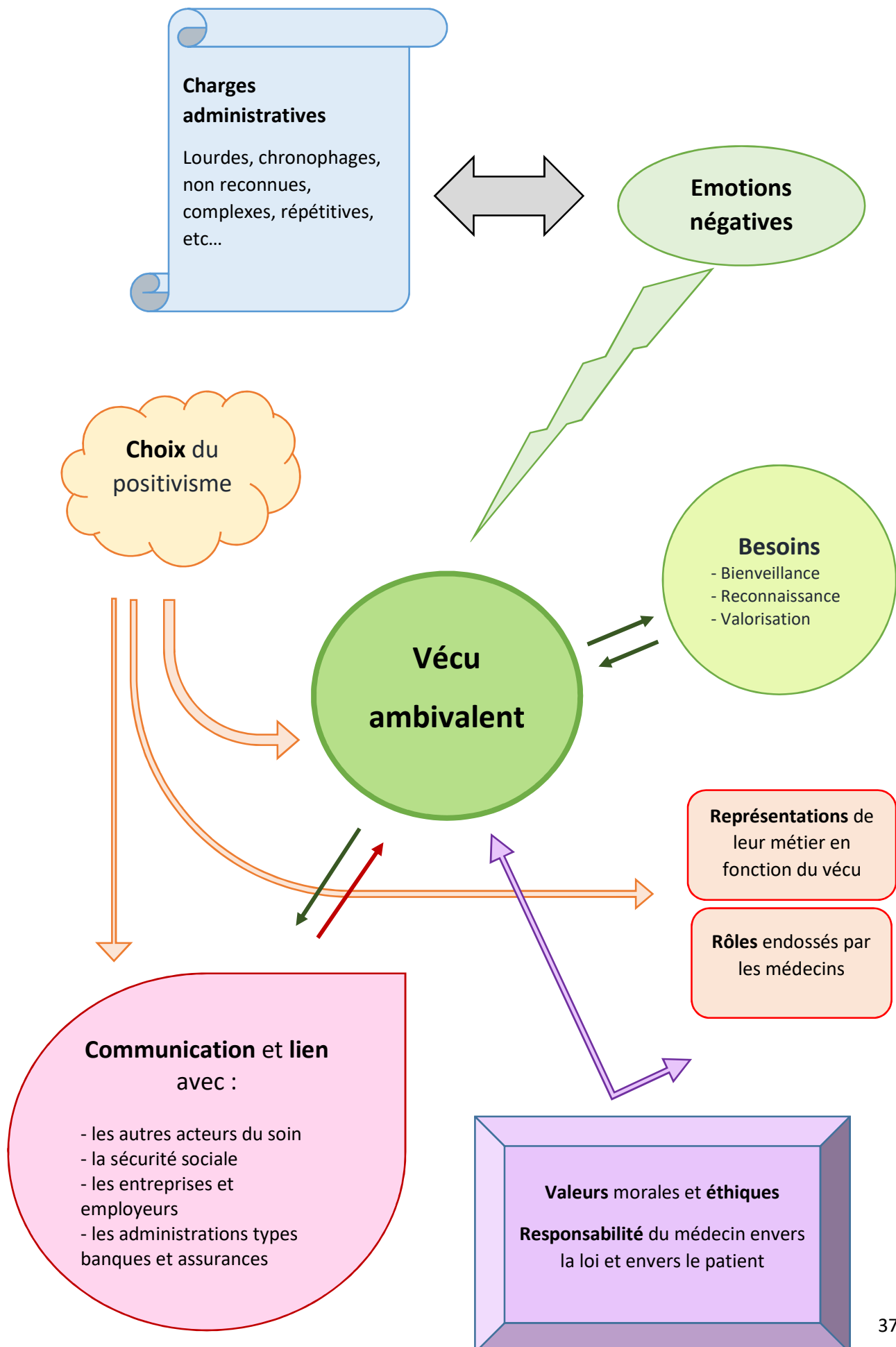


Figure 3 : Schématisation des Résultats

3.3.6 Les améliorations proposées

Les médecins proposaient des pistes d'amélioration au cours des entretiens. A part « *changer la société* » (E11), plusieurs améliorations étaient proposées :

Sur le plan législatif : l'un proposait « *moi je serais tout à fait favorable à ce qu'on change la loi et que pour des arrêts courts on ne demande pas au médecin* » (E9). Un autre proposait « *qu'il y ait des lois qui soient écrites et qui soient connues de tous, surtout administrateurs, pour tout ce qui est certificat légal à remplir ou pas* » (E10).

Sur le plan des certificats et formulaires : L'une proposait un « *guide pratique* » : « *ça serait bien d'avoir un site fait par je ne sais pas qui sur quoi mais en disant les pièges à éviter, comment bien remplir* » (E2).

En ce qui concerne la Sécurité sociale directement : « *Il faut arrêter de faire demander de renouveler les 100%* » (E5) dans le cadre des maladies chroniques. Il faudrait aussi « *harmoniser* » (E7) les logiciels métiers et « *la fusion de tous les régimes spéciaux de l'assurance maladie* » (E8). Quelqu'un proposait « *qu'on nous donne les ressources auxquelles on pourrait avoir accès dans nos départements* » (E3). Il faudrait organiser « *des réunions physiques avec des gens concernés des deux côtés* » (E5). L'informatisation permettrait de « *créer une plateforme centralisée pour toutes les demandes les concernant avec un accès sécurisé par CPS et carte vitale et qu'on puisse faire tous les certificats directement en ligne* » (E8).

Sur le plan de l'organisation du médecin : « *il ne faut pas habituer les patients à faire des certificats de complaisance* » (E4). Un autre proposait : « *avoir des rendez-vous fléchés en fonction du type de motif, mais c'est hyper compliqué* » (E8).

Concernant le travail et les employeurs : « *Si on n'avait pas besoin de justification d'arrêt de travail* » (E10), ou que « *au moins l'arrêt d'une journée ne demande pas un arrêt médical* » (E2).

Concernant la formation : « *ce serait bien qu'au cours de nos études on ait des cas pratiques* » (E3), « *Si on réfléchit à mieux former les gens* » (E7).

4 DISCUSSION

4.1 Analyse des résultats principaux

4.1.1 Le vécu ambivalent des médecins

Les vécus des médecins, à la fois négatifs et positifs pouvaient être exprimés par les mêmes médecins mais sur des sujets ou des situations différentes. Certains médecins vivaient mal cette partie administrative de leur travail, d'autres le vivaient bien. Ceux qui avaient un mauvais vécu sur le moment (en consultation, au moment de les remplir) et exprimaient que ça leur faisait « *horreur* » ou qu'ils le vivaient « *mal* » n'avaient pas forcément un mauvais vécu en général. Leur vécu dépendait de s'ils trouvaient que ça faisait partie du soin ou non, que ça faisait partie de leur travail ou non « *ce n'est pas mon rôle* ». Ceux pour qui l'administratif avait peu d'impact sur leur vécu trouvaient aussi que ça servait les patients, et que ça faisait « *partie intégrante de leur travail* ». Les émotions rapportées étaient pourtant toutes négatives, mais les vécus différaient parce que les médecins avaient le choix d'être positif et de décider que c'était une situation qu'ils voulaient bien vivre, en étant au service des patients.

Cette ambivalence dans le vécu n'est pas nouvelle. Elle a été décrite en sociologie, notamment par Simonetta Tabboni, qui parlait d'ambivalence sociale en ces termes : « *On est normalement ambivalent par rapport aux demandes d'un rôle social – être un bon professionnel, un employé ou un ouvrier scrupuleux, un bon père* ». Elle explique que le rôle social dans lequel le professionnel se glisse demande des efforts et des sacrifices qui empiètent sur d'autres demandes souvent contraires mais tout aussi importantes pour la construction de la personnalité. Mais ces autres demandes, de temps libre, de repos, de cultiver amours et amitiés, ne sauraient satisfaire pleinement un être humain s'il est amputé de son rôle social. « *Il nous arrive ainsi d'être ambivalents par rapport aux rôles sociaux que nous acceptons, mais pas totalement, et aussi par rapport à l'ensemble de nos aspirations à la liberté qui, elles non plus, ne peuvent prétendre s'imposer complètement à nous* ». Finalement, la personne se trouve devant une ambivalence à chaque fois qu'elle doit choisir entre des orientations satisfaisant plutôt l'individu qu'elle est ou la collectivité dans laquelle elle exerce son rôle. Un choix engendre une insatisfaction, une frustration de ne pas avoir choisi l'autre composante de notre personnalité « *ce qui nous fait osciller entre des positions*

opposées » De plus, cette ambivalence nécessite de prendre position et donc la frustration engendrée par un sacrifice se réitère à chaque fois que la personne se retrouve à devoir choisir (11).

Ainsi, sur le plan de l'individu, il est compréhensible que le vécu du médecin fût négatif au moment du remplissage dans le sens ou les documents socio-administratifs étaient ennuyants, compliqués, chronophages, n'apportaient pas de reconnaissance sociale. Mais sur le plan du rôle dans la société, les médecins étaient bien conscients des bénéfices que la signature de ces documents apportait aux patients, et du rôle qu'eux même avaient dans la possibilité pour les patients d'obtenir des droits et des aides financières. Ceux qui disaient au final bien le vivre devaient sûrement à ce moment se placer dans le rôle de celui qui agit en « *collectivité* » en mettant entre parenthèse ses aspirations individuelles, alors que ceux pour qui ce n'était pas le rôle étaient probablement en réflexion sur la dimension individuelle de l'inconfort qu'apportait cette situation.

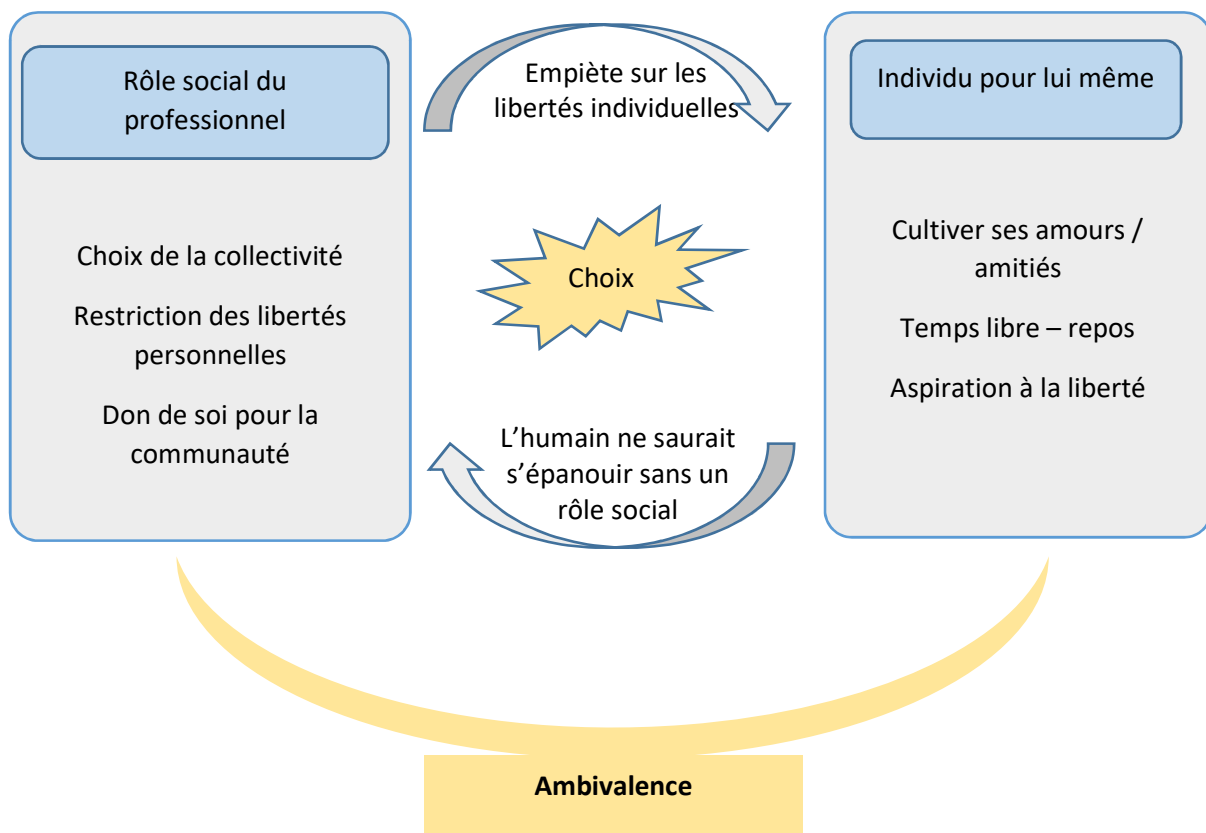


Figure 4 : L'ambivalence du choix entre communauté et individualisme

Par ailleurs, les vécus n'étaient pas les mêmes en fonction du type de document à remplir. Il a été noté que de manière unanime pour les personnes interviewées, les certificats « enfant-malade » étaient une perte de temps et ne devraient pas faire partie de leur rôle puisqu'ils ne servaient qu'à une justification administrative pour le travail du parent qui restait à la maison, et que ça n'avait rien de médical, ce qui se ressentait sur leur vécu concernant ce document particulier.

4.1.2 La charge administrative

Les médecins interviewés ont pour la plupart dénoncé une « *lourdeur de l'administratif* » corroborée par les données de la littérature. Une thèse sur le vécu du métier de médecin généraliste en 2017 retrouvait aussi comme résultat principal une charge administrative vécue négativement (5).

Au point que certains médecins, en spécifiant que ce n'était pourtant pas leur rôle, ne savaient pas à qui déléguer cette tâche, et refusaient de ne laisser que l'administratif pur aux assistants médicaux. Une étude parue en 2018 suggérait que les médecins préféraient déléguer la gestion du planning et des dossiers médicaux, mais aucunement les documents socio-administratifs (12).

La question a été soulevée de ce que représentait la part socio-administrative dans le soin : Du « *J'ai l'impression d'être un tamponneur de papier* » jusqu'au « *ce n'est pas une charge administrative, c'est aussi rendre service au patient et ça fait partie de mon métier* ». Le Centre national de ressources textuelles et linguistiques définit le soin rapporté à la santé comme étant : « ensemble des actions et pratiques mises en œuvre pour conserver ou rétablir la santé ». Rapporté à l'administratif en santé : « ensemble des soins administrés à chaque membre d'une collectivité en cas de maladie, et aussi en ce qui concerne la prévention, la réadaptation, l'éducation sanitaire, l'entretien de la santé » (13). Un acte médical est défini par « une intervention particulière d'un médecin ou d'un chirurgien sur un malade » (14). L'encyclopédie Universalis® définit aujourd'hui l'acte médical comme « l'ensemble des activités humaines, techniques et scientifiques exercées par une personne qui réunit les conditions d'exercice de la médecine et ayant pour but la prévention, la guérison ou le soulagement des maladies et des infirmités qui atteignent les êtres humains » (15). D'après cette dernière définition, les certificats et formulaires rentrent tout à fait dans l'acte médical et le soin, à plus grande échelle. Il semble que les médecins aient confondu l'acte médical et

l'examen clinique. Ils parlaient de « *temps médical* » qui était empiété par l'administratif, et voulaient probablement parler de l'examen clinique, qui comprend un entretien et un examen physique. L'acte médical n'a en soi pas de définition légale (16), ce qui permet de poser la définition qui plait le plus à une personne sur le moment.

Il est intéressant de constater que l'informatisation profitait à la plupart des médecins, surtout s'ils étaient habitués aux ordinateurs depuis leurs études. Les médecins proches de la retraite disaient ainsi avoir plus de difficulté et se méfier de l'informatisation des documents. Ils prenaient aussi plus de temps pour s'y familiariser et utiliser les outils. Peu d'auteurs se sont intéressés à l'évolution de la pratique des médecins généralistes avec la révolution informatique.

Une étude de l'institut de l'IPSOS 2007 révélait que 86% des médecins généralistes avaient un ordinateur dans leur cabinet (17). Des études qualitatives ont été réalisées pour étudier le point de vue des patients sur l'informatisation de leurs médecins, mais nous n'avons pas trouvé d'études sur le point de vue des médecins.

Cependant, il semble que le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) soit bien au courant de la situation pour les médecins puisque qu'il évoque les télé-services de l'Assurance-maladie en ces termes : « La dématérialisation doit en effet permettre impérativement de dégager du temps proprement médical en soulageant le médecin, notamment de premier recours, de ses tâches administratives ». Le CNOM recommande que l'accès à ces services soit « le plus ergonomique et le moins chronophage possible » (18).

Certains médecins dans notre étude trouvaient que le travail administratif rendait la médecine « déshumanisée » et impersonnelle. Quand ils parlaient des maladies professionnelles, il ressortait que c'était à la fois une maladie et le nom d'un certificat compliqué à remplir. C'est donc à la fois concret et dépersonnalisé, déshumanisé. Malgré tout, dans la littérature, si on parle beaucoup de deshumanisation de la médecine (19), c'est souvent pour parler du rapport physique aux humains, et pas tant sur le plan administratif.

4.1.3 Les typologies de médecins

Du fait de l'ambivalence des médecins et du choix du vécu de chacun après avoir pris le recul que permettait l'entretien, nous avons pu dégager trois typologies des participants :

1/ Les médecins qui vivaient mal le remplissage des documents socio-administratifs et qui se déclaraient insatisfaits de leur charge de travail et conditions de travail.

Ces médecins étaient plutôt âgés, n'avaient pas fait le virage informatique aussi facilement que ceux qui ont connu les ordinateurs dans leur jeunesse. Ils avaient l'impression que les charges administratives avaient augmenté avec les années. Ils ne s'organisaient pas de manière optimale dans leurs consultations et leur emploi du temps, ni dans la manière de communiquer avec les organismes de sécurité sociale notamment. Ils étaient d'avis que les documents socio-administratifs devaient être faits pour les patients mais que ça leur prenait du temps médical, en faisant une distinction nette entre le médical et le socio-administratif.

2/ Les médecins qui vivaient mal le remplissage des documents socio-administratifs mais qui se déclaraient satisfaits de leur charge de travail et conditions de travail.

Ces médecins étaient jeunes ou moins jeunes, ils dénonçaient le caractère chronophage et fatiguant des documents, ainsi que la perte du lien avec les patients et la robotisation de leur profession. Ils étaient tous informatisés et faisaient leurs documents en ligne quand c'était possible. Ils organisaient leurs plages de consultations et leur emploi du temps pour que ce ne soit pas trop difficile à vivre. Ces médecins n'hésitaient pas à remplir des papiers en dehors de leur temps de consultation pour aider des patients ou parce qu'ils considéraient qu'ils n'avaient pas besoin du patient en présentiel. Ils considéraient que les documents socio-administratifs relevaient du soin et revêtaient un caractère médical.

3/ Ceux pour qui la composante socio-administrative n'était pas trop lourde et qui le vivaient bien.

Moins nombreux, ils étaient des hommes dans la trentaine, étaient informatisés et partageaient les caractéristiques du groupe précédent. Ils considéraient que la charge

socio-administrative faisait partie de leur travail, et le faisaient donc volontiers. Cependant, ils ne remplissaient de documents que pendant leurs consultations et jamais en dehors. Ils se faisaient donc systématiquement payer pour leur travail.

Cette proposition de typologie constitue une tendance. Elle est forcément incomplète parce que le nombre de médecins intégrés dans l'étude n'était pas important et surtout l'étude n'a pas été faite en ce sens. Ces typologies permettent de comprendre que l'organisation du médecin était un élément important à prendre en compte dans l'étude du vécu de chacun, en plus de la considération de ce qui relevait du soin et du travail spécifique aux médecins.

Or l'organisation de l'emploi du temps des médecins et de l'intégration du temps dédié aux documents socio-administratifs n'a pas beaucoup été étudiée et nous n'avons pas trouvé de littérature supplémentaire à ce sujet.

4.1.4 Le manque de reconnaissance du travail du médecin

Les médecins trouvaient que les patients ne « *se rendent pas compte* » de la difficulté de leur exercice, surtout en ce qui concernait les documents socio-administratifs. Beaucoup trouvaient qu'ils manquaient de « *reconnaissance* » quand d'autres n'en avaient pas besoin et se détachaient de cette valeur. D'autres encore assuraient que leurs patients les comprenaient quand ils leur expliquaient la situation. Ça peut être lié au vécu du médecin dans le sens où un manque de reconnaissance sociale est corrélé avec une baisse d'efficacité dans la prise en charge du patient (20). De plus, la baisse de reconnaissance sociale vis-à-vis du métier de médecin généraliste constitue une cause d'épuisement professionnel importante chez les médecins (21).

4.1.5 La communication et la relation de confiance entre le médecin et le patient

Les médecins avaient exprimé dans notre étude l'importance du lien de confiance qui les liait à leurs patients. Ils s'étaient dit vivre une « *trahison* » quand un patient avec lequel ils avaient instauré une relation de confiance la brisait. Ils avaient confiance en leurs patients et étaient parfois déçus. Il est intéressant de constater que dans une étude de 2017 portant sur la confiance du point de vue du soignant, bien que les soignants accordent une importance particulière aux relations avec les malades, ils étaient surtout préoccupés d'obtenir la confiance de la part des malades, et non pas

préoccupés par leur propre confiance envers leurs patients. Pourtant, la confiance est normalement un engagement réciproque, et l'étude soulignait cet étonnant résultat (22). Ce n'est pas ce que nous avons retrouvé dans notre étude, dans laquelle les médecins étaient plutôt enclins à faire confiance à leurs patients.

La relation médecin-patient était aussi dépendante de la communication, certains patients comprenaient les difficultés de leur médecin quand il les leur expliquait. Les médecins ont aussi évoqué les conflits qu'ils avaient avec les patients, conflits qui pouvaient entraver la relation. De fait, une étude de 2006 trouvait que « *la plupart des litiges voire des conflits qui surviennent entre soignants et soignés résultent d'une insuffisance de communication* » (23). Ils pourraient être dus à une insuffisante formation des médecins à la relation médecin-patient. Une étude de 2011 trouvait que 59 % des internes de 3^{ème} année souhaitaient une formation spécifique à la relation médecin-patient. Seulement 50 % d'entre eux connaissaient l'existence des groupes Balint (24).

Le paternalisme et l'infantilisation des patients sont des aspects qui ont été retrouvés dans notre étude, des médecins affublant leurs patients de petits noms ou leur enjoignant de manière autoritaire de retourner travailler, en se prenant pour exemple. Le paternalisme était auparavant justifié par la plus grande compétence du médecin à décider du bien-être du patient d'une part, et par l'inaptitude du patient à prendre les décisions pour lui-même de par sa position de dépendance d'autre part. Cependant, il a été critiqué, jugé autoritaire et non moral car traitant le patient inégalement, comme un inférieur (25). Il a donc été remis en question dans le modèle de soins français ces dernières années, et a été remplacé par le concept de consentement.

La communication avec le patient dépend aussi de comment le médecin interagit avec le patient. On a vu que l'informatisation a été concomitante à une augmentation perçue du nombre de documents socio-administratifs pour les médecins. Ils considéraient qu'il y en a « plus qu'avant ». Or s'il y a plus de documents à remplir en ligne, les médecins passent donc du temps devant leur écran d'ordinateur, alors que le patient est toujours en face d'eux, pour ceux qui remplissent les documents pendant la consultation. Une thèse effectuée en 2016 montrait que seulement 33 % des médecins pensaient que regarder leur écran leur faisait rater des informations énoncées par les patients (26). Or, une étude publiée en 2010 démontrait qu'une perte du contact visuel diminuait la

fluence du discours du patient et augmentait le risque du médecin de rater des informations (27).

4.1.6 Les rapports entre les médecins et la sécurité sociale.

Les médecins avaient un rapport particulier avec la Sécurité sociale, considérée par certains comme leur « *employeur* ». Il est ressorti que les formulaires étaient demandés par la sécurité sociale pour la plupart, d'ailleurs sur le site d'Ameli on retrouve la liste de ces formulaires (7).

De fait, les médecins et la Sécurité sociale sont liés par des conventions médicales, qui ont évolué depuis la première convention médicale en 1971 (28).

Le site de l'Assurance-maladie, ameli.fr, spécifiait en 2019 les raisons de la convention médicale de 2016 : « Au fil des ans votre charge de travail s'est accrue et vous avez exprimé des attentes » qui étaient :

- « L'amélioration de vos conditions d'exercice pour libérer du temps médical »
- « La valorisation de votre activité »
- « Des outils et des systèmes d'information pour échanger plus facilement avec les autres acteurs du système de santé » (29).

Les conventions ont assuré au fil des années le libre choix du médecin par le patient, la liberté de prescription, le respect du secret professionnel, le paiement direct à l'acte, le financement des formations médicales continues par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) les applications des Références médicales nationales opposables (RMO) et engageaient les médecins sur des honoraires fixés selon le type d'acte, au sein de secteurs conventionnels, avec une demande de démarche raisonnée en termes de coûts. Les conventions depuis les années 2000 visent à maîtriser les dépenses de santé.

La convention de 2016, toujours d'actualité, regroupe en 4 axes (30):

- L'amélioration de l'accès aux soins avec une valorisation de la permanence des soins, l'instauration du tiers payant généralisé, les débuts de la télémédecine, un accès facilité au médecin traitant, et des aides financières pour la lutte contre les déserts médicaux.

- Le renforcement de la qualité des soins, avec des démarches de prévention ciblées, une coordination des soins optimisée, une modernisation des cabinets médicaux et la mise en place de l'informatisation.
- Une valorisation de l'activité en diversifiant la rémunération des médecins : paiement à l'acte, au forfait, la mise en place des ROSP, des majorations pour certains actes ou consultations et la mise en place de la télé expertise.
- Une modernisation des relations entre les médecins et l'Assurance-maladie par une simplification de la facturation des actes notamment par les feuilles de soin électroniques, et le développement des télé-services pour les démarches quotidiennes des médecins envers leurs patients.

La Sécurité sociale n'est pas administrée par l'Etat comme il a pu être dénoncé, mais comme le cite l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, « il apparaît que les réformes récentes de la Sécurité sociale, sans bouleverser son architecture traditionnelle, ont contribué à faire évoluer les rapports de pouvoir au profit d'un pilotage plus grand de l'État, tout en maintenant un rôle actif des partenaires sociaux » (31).

Un article de Colette Bec dans la Revue Française de Socio-Economie spécifiait à propos de l'ingérence de l'Etat : « Elle perd tous les jours, tant dans la conception qu'en ont les politiques que dans celle des citoyens, son statut destituant un « ordre social nouveau » au profit de celui d'un organisme payeur [...] et qui, par là même, doit se soumettre aux règles et aux contraintes du marché, nouvelle source de légitimité » (32). Elle explique que le déficit apparu dès 1949, a été le cœur des préoccupations des réformes depuis 1967, année où la réforme a instauré une « approche prioritairement budgétaire et gestionnaire » de l'Assurance-maladie (32).

Concernant la communication avec les médecins de la Sécurité sociale, il a été révélé dans notre étude que les médecins généralistes regrettaient de ne pas avoir plus de contacts avec les médecins conseils, et en général d'avoir une communication directe quasiment impossible. La communication était bonne par mails interposés. Dans une thèse publiée en mars 2019 portant sur l'impact du système de soin dans la qualité des prises en charge en médecine générale, il était retrouvé que les médecins interrogés évoquaient tous « un lien indispensable entre les différents acteurs du système de soin ». L'impact du système de soin s'avérait positif quand un travail était

réalisé avec les « délégués de l'Assurance-maladie », ce qui était considéré comme un « atout » (33).

4.2 Forces et faiblesses de l'étude

Il n'existait pas dans la littérature d'étude qualitative ou quantitative étudiant le vécu des médecins concernant les documents socio-administratifs.

Il était donc pertinent d'effectuer une étude qualitative pour explorer le vécu de personnes. Cette étude a permis d'étudier également les représentations des médecins et comment elles s'articulaient.

L'entretien compréhensif individuel en face à face ou au téléphone donnait une intimité qui a permis aux médecins de s'exprimer librement, comme le témoignait l'un des médecins « *je peux le dire c'est anonyme* ».

L'échantillonnage raisonné ainsi que le recrutement en boule de neige et en recherchant les profils qui permettaient une profondeur d'entretien ont permis d'approcher une variance acceptable. Les opinions étudiées ont ainsi pu être variées dans leurs différences ou leur complémentarité.

Aucun des médecins n'a refusé de participer à cette étude quand il avait été sollicité. Un médecin a été démarché via les réseaux sociaux car il présentait des critères de genre, d'âge et de type d'installation qui différaient des autres médecins participants. Les autres ont été démarchés par effet boule de neige, 4 médecins étaient auparavant connus de la chercheuse, ce qui a pu présenter un biais de sélection, bien qu'ils présentaient chacun des caractéristiques différentes et recherchées pour l'étude.

La proximité sociale permise par le statut de médecin de la chercheuse, comme les personnes interrogées, ainsi que le recrutement de médecins qui connaissaient des médecins déjà interrogés auparavant, par l'effet boule de neige, a probablement permis une expression facilitée lors des entretiens. Pour la plupart le tutoiement a été employé à la demande des médecins, et le vocabulaire utilisé était commun et ne nécessitait que rarement une explication de la part du médecin participant.

Certains entretiens se sont révélés moins riches que d'autres lors de l'analyse. La richesse des entretiens variait en fonction des personnes interrogées, de ce qu'elles avaient à dire et de leur facilité à s'exprimer, et en fonction de l'expérience de la

chercheuse, pour qui la recherche qualitative et les entretiens compréhensifs était une nouveauté. Cela a pu entraîner un biais d'investigation.

Les biais internes à la chercheuse ont été minimisés par le canevas d'entretien disponible lors de chaque entretien. Une analyse des préjugés et présupposés de la chercheuse a été effectuée au long de l'analyse des entretiens. La chercheuse a tout au long de l'étude écrit ses préjugés et a priori dans un journal de bord et a cherché à s'en détacher. Elle avait par exemple l'idée que les certificats étaient difficiles à remplir sur la forme, ce qui a été retrouvé en partie mais très minimisé par rapport aux autres problématiques soulevées. Ce préjugé se retrouvait dans les questions des premiers canevas, qui portaient notamment sur la forme des documents socio-administratifs.

Les biais externes, liés aux conditions d'entretiens, ont été minimisés en prenant des rendez-vous avec les personnes interviewées soit à leur domicile, soit par téléphone sur un moment de calme ou elles se rendaient disponibles. Une personne seulement a été dérangée pendant l'entretien qui se déroulait, à sa demande, sur son lieu de travail.

Les critères de validité externe ont été respectés, la chercheuse ayant apporté une donnée pour toutes les composantes de la grille COREQ (10).

L'analyse d'une étude qualitative est une interprétation des données. Le codage du verbatim dépendait de la qualité de l'interprétation de la chercheuse. Afin de minimiser ce biais d'interprétation, la triangulation des données a été effectuée avec le directeur de thèse sur un des entretiens les plus longs, le numéro 2, ainsi que sur des passages d'entretiens jugés difficiles par la chercheuse. Le directeur de thèse a relu et interprété séparément de la chercheuse ces extraits et ce-dit entretien et a supervisé la cohérence des codes ouverts et des codes axiaux.

4.3 Perspectives

4.3.1 Concernant l'amélioration du vécu des médecins

Il semblerait que le vécu des médecins dépende de variables sur lesquelles des actions sont possibles.

Il paraît nécessaire d'agir sur les caractéristiques des certificats et formulaires socio-administratifs pour les rendre moins chronophages, plus intuitifs, et faciles à

télétransmettre. L'Assurance-maladie travaille déjà depuis quelques années en ce sens. Il pourrait être intéressant de penser à une plateforme centralisée qui pourrait être utilisée par l'ensemble des médecins sur laquelle tous les documents pourraient apparaître puis transmis automatiquement. Les médecins ont eux-mêmes évoqué la possibilité de fusionner les régimes spéciaux pour pouvoir télétransmettre plus facilement tous les documents. Mais si tout était informatisé, ils pourraient trouver qu'ils perdent une partie de leur liberté de prescription, peut-être faudrait-il leur autoriser la même liberté sur informatique que sur papier, par exemple pour les dates d'un arrêt de travail. De plus, certains formulaires comme les ALD pourraient être proposés pour des durées plus longues, afin de ne pas les refaire trop fréquemment.

Certains médecins ont proposé la création d'un site internet de type antibioclic.fr[®], comme il en existe déjà plusieurs pour diverses spécialités, décrivant des conduites à tenir pour remplir certains certificats et formulaires et des aides en ligne pour les passages difficiles.

La formation des médecins pourrait être améliorée, avec la mise en place de cours destinés aux internes de derniers semestres pour apprendre à gérer le côté administratif de leur métier. Ils pourraient aussi bénéficier d'un stage à l'Assurance-maladie, ce qui est souvent proposé mais non imposé. La transmission de maître de stage à interne pourrait être améliorée sur ce plan durant les stages ambulatoires.

Les rapports entre les patients et les médecins sont maintenant enseignés en faculté et découlent beaucoup de l'attitude du médecin envers le patient. Si le médecin était rémunéré pour ces tâches administratives (on a vu que certains se considèrent rémunérés), alors il pourrait les effectuer en dehors de la consultation et passer plus de temps effectif avec le patient, permettant ainsi une relation plus directe et authentique.

La revalorisation du statut de médecin traitant et de son travail administratif au regard de la population générale pourrait être importante à la fois pour aider le médecin dans sa relation avec le patient, la reconnaissance étant un élément clé, mais aussi pour ouvrir les yeux des patients qui ne se rendent pas compte de la charge de travail supplémentaire que l'administratif représente.

Concernant la Sécurité sociale, à part une refonte du système économique et politique français voire mondial, on ne saurait proposer de solution pour empêcher sa gestion

comme élément du marché économique dans une logique de rentabilité et de croissance. Pour améliorer la communication, il pourrait être mis en place des groupes de paroles entre les médecins conseils de la sécurité sociale et les médecins généralistes d'un même département.

Les assistants médicaux vont peut-être aider les médecins à mieux s'organiser autour des charges administratives, il sera intéressant de voir leur évolution quand ils auront été mis en place.

4.3.2 Concernant la recherche.

Dans un objectif de recherche et de corroboration des résultats, il serait intéressant de faire plus d'études qualitatives puis quantitatives sur le vécu des médecins quant à l'administratif en général, sur quels types de certificats ou formulaires il y aurait des progrès à faire, et comment les faire. Ce sont souvent ceux qui sont le plus au contact des problèmes qui trouvent les meilleures solutions. En connaissant les certificats et formulaires qui posent problèmes, on serait à même de les améliorer, les optimiser, voire les supprimer si leur apport est considéré comme pauvre sur le plan médical et social.

5 CONCLUSION

Cette étude avait pour objectif d'explorer le vécu des médecins généralistes quand ils étaient confrontés à des documents socio-administratifs demandés par leurs patients. Elle permet d'avoir une première approche de ce vécu qui n'avait pas été étudié auparavant.

Le vécu des médecins est mixte, mitigé, complexe, en ce qui concerne les documents socio-administratifs. La charge administrative considérée comme lourde n'est en général pas bien vécue par les médecins. Considérée entre autres comme chronophage, mal rémunérée, invisible et non reconnue, cette tâche qui leur incombe ne relève pas toujours de leur expertise. Cependant, ces documents socio-administratifs ont des conséquences pour les patients, sociales et financières, qui ne sont pas négligeables, et c'est une partie intégrante de leur travail que de remplir ces papiers pour permettre à leurs patients de disposer de droits. Les médecins qui intègrent cette dimension d'aide et de soin quand ils remplissent ces documents le vivent mieux et se disent plus heureux dans leur travail, probablement parce qu'ils peuvent se retrouver dans un rôle de protecteur et défenseur vis-à-vis du patient.

Le vécu est modelé par les caractéristiques des charges administratives mais aussi par les représentations propres à chaque médecin, ainsi que les valeurs morales et éthiques qui sous-tendent leur pratique. Ainsi la morale interdisant le mensonge est importante à leurs yeux mais dérogeable pour certains si ça peut leur permettre d'aider un patient en antidatant un certificat ou un arrêt de travail. Cette liberté leur permet d'appliquer les valeurs morales de justice à l'individualité de leur patient. Ça ne se fait pas sans responsabilité, notamment juridique, ce dont ils ont conscience.

Les relations qu'ils entretiennent avec les différents acteurs de soin leur permettent aussi de vivre cette charge d'une autre manière, en fonction de la communication qu'ils parviennent à mettre en place.

Peu d'études étant disponibles sur ce sujet, il est difficile de trouver de quoi corroborer les résultats principaux sur le vécu des médecins, c'est pourquoi il serait intéressant de faire des études à plus large échelle puis des études qualitatives pour individualiser les certificats et formulaires qui posent problème et les optimiser. De plus, il serait

intéressant de valider les leviers qui permettent un meilleur vécu afin d'agir sur ceux-ci, notamment la formation des médecins en ce qui concerne l'administratif, une optimisation de l'informatisation et de la forme des documents, une meilleure communication entre les acteurs de soin, et une humanisation de la médecine, avec une optique placée sur la relation de soin et le patient plus que sur le déficit de l'Assurance-maladie.

6 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Micheau J, Moliere E, Sens P. L'emploi du temps des médecins libéraux. Rev Dossiers solidarité et santé, n°15, 2010. [en ligne] [cité 30 janv 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201015.pdf>
2. Bournot M-C, Goupil M-C, Tuffreau F. Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. Rev Etudes et Résultats n° 649, aout 2008. [en ligne] [cité 27 nov 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er649.pdf>
3. LE FUR P. « Le temps de travail des médecins généralistes – une synthèse des données disponibles », Irdes, Questions d'économie et de santé n° 144, Juillet 2009. [en ligne] [cité 30 janv 2019] Disponible sur <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes144.pdf>
4. France. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. CIRCULAIRE N°DSS/MCGR/DGS/2011/331 du 27 septembre 2011 relative à la rationalisation des certificats médicaux. *JORF n°252*, paru le 29/10/2011. [en ligne] [cité 26 nov 2019]. Disponible sur: https://www.urps-ml-corse.com/0_dossiers/2011_simplif/circulaire_certificats.pdf
5. Kempa A, Tétart J. Vécu du métier de médecin généraliste en 2017: enquête qualitative auprès des généralistes des Alpes-Maritimes. Univ Nice. 2017; dumas-01633791
6. France. Code de la santé publique - Article R4127-76 | Legifrance [Internet]. [cité 26 nov 2019]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006912948&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20040808>
7. France. Ameli. Liste des formulaires : Médecin | ameli.fr [Internet]. [cité 12 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/recherche-formulaire>
8. Olivier Buhart JD. Tous les certificats médicaux disponibles sur Certifmed [Internet]. 2018 [cité 19 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.certifmed.fr/categories/all>
9. Garrigou-Grandchamp M. LA PRESCRIPTION D'ARRÊT DE TRAVAIL : Un certificat à risque pour le médecin [Internet]. Fédération des Médecins de France. [cité 13 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.fmfpro.com/la-prescription-d-arret-de-travail-un-certificat-a-risque-pour-le-medecin.html>
10. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev. 1 janv 2015;15(157):50-4.
11. Tabboni S. De l'ambivalence sociale à l'ambivalence culturelle. Cah Int Sociol. 2007;n° 123(2):269-88.[internet][cité 21 nov 2019] Disponible sur <https://www-cairn-info.elgebar.univ-reunion.fr/revue-cahiers-internationaux-de-sociologie-2007-2-page-269.htm>
12. Chanu A, Caron A, Ficheur G, Berkhout C, Duhamel A, Rochoy M. Préférences des médecins généralistes libéraux en France métropolitaine quant à la délégation des tâches médico-administratives aux secrétaires assistant(e)s médico-social(e)s : étude en analyse conjointe. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. 1 mai 2018;66(3):171-80.
13. SOIN : Définition de SOIN [Internet]. CNRTL [cité 14 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/soin>

14. ACTE : Définition de ACTE [Internet]. CNRTL [cité 14 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/acte>
15. Médecine - Relation malade-médecin, Qu'est-ce qu'un acte médical ? - Encyclopædia Universalis [Internet]. [cité 14 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.universalis.fr/encyclopedie/medecine-relation-malade-medecin/1-qu-est-ce-qu-un-acte-medical/>
16. Cousin C. Redefining the medical act [Internet] [Theses]. Université Rennes 1; 2016. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-01425982>
17. Le Dossier médical personnel (DMP) et les médecins [Internet]. Ipsos. [cité 13 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/le-dossier-medical-personnel-dmp-et-les-medecins>
18. Dématérialisation des documents médicaux. Conseil national de l'Ordre des médecins. 2010. [Internet]. [cité 13 janv 2020]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/hvffzu/dematerialisation_des_documents_medicaux.pdf
19. Cintas C, Cousineau M, Langlois V. S'occuper de nos futurs médecins. RIMHE Rev Interdiscip Manag Homme Entrep. 25 oct 2016;n° 23(4):27-46.
20. Dusmesnil H, Saliba-Serre B, Régi J-C, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. Sante Publique (Bucur). 1 oct 2009;Vol. 21(4):355-64.
21. Edey Gamassou C, Moisson-Duthoit V. Epuisement professionnel des médecins généralistes libéraux en France et conflit travail-famille, une revue de littérature [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01528826>
22. Haberey-Knuessi V, Obertelli P. La relation soignant-malade face au risque de la confiance. Sociol Prat. 27 nov 2017;N° 35(2):107-17.
23. Mantz J-M, Wattel F, Barois A, Banzet P, Dubousset J, Glorion B, et al. Importance de la communication dans la relation soignant-soigné. Bull Académie Natl Médecine. 1 déc 2006;190(9):1999-2011.
24. Bismuth S, Stillmunkés A, Bonel S, Bismuth M, Poutrain J-C. Formation initiale à la relation médecin/patient. Enquête auprès d'internes en médecine générale. Médecine. 1 oct 2011;7(8):381-5.
25. Jaunait A. Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. Raisons Polit. 2003;no 11(3):59-79.
26. Cazenave-Dury L. L'impact de l'écran d'ordinateur sur la relation médecin-patient dans les cabinets de médecine générale d'Ile-de-France : le point de vue du médecin. Médecine humaine et pathologie. 2016. [Internet]. [cité 13 janv 2020]. Disponible sur: https://pdfs.semanticscholar.org/2f77/3ce0005b39af85d3ae1d00f7a0bb5bee2fa3.pdf?_ga=2.57357673.253702797.1578920748-1802802386.1578920748
27. Silverman J, Kinnersley P. Doctors'non-verbal behaviour in consultations: look at the patient before you look at the computer. Br J Gen Pract. 1 févr 2010;60(571):76-8.

28. LOI n° 71-525 du 3 juillet 1971 relative aux rapports entre les caisses d'assurance maladie et les praticiens et auxiliaires médicaux. 71-525 juillet, 1971. Legifrance [internet] Disponible sur https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=72225A7894868F1BCA7A838D46D2F2F6.tpdjo16v_3?cidTexte=JORFTEXT000000874938&dateTexte=19870730
29. L'essentiel de la convention médicale 2016 [Internet] Ameli. [cité 12 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/textes-referance/convention-medicale-2016/convention-2016-essentiel>
30. Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016. Legifrance. [internet] Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033285608>
31. Qui dirige la Sécurité sociale ? | Acoss.fr [Internet]. [cité 12 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.acoss.fr/home/lacoss-et-les-urssaf/reperes/comprendre-la-securite-sociale/qui-dirige-la-securite-sociale.html>
32. Bec C. La sécurité sociale entre solidarité et marché. Rev Française Socio-Econ. 25 mai 2018;n° 20(1):167-85.
33. Manakli S. Impact du système de soins dans la qualité des prises en charge en médecine générale : point de vue des médecins généralistes picards. 2019.[internet] Disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02269976/document>

7 ANNEXES

7.1 Canevas pour l'entretien numéro 2 :

Question brise-glace : racontez-moi la dernière prise en charge ou vous avez eu à remplir un certificat ou formulaire ou bien ou vous avez été dans une situation socio-administrative que vous avez perçue comme difficile.

1. Considérez-vous que vous avez beaucoup de formulaires et certificats médicaux à remplir ?

- a. Dans tous les cas (oui ou non) : Comment décririez-vous la charge que ça représente ?
- b. A aborder : en terme de temps, de difficulté,
- c. de nombre de demandes du patient sur la consultation.

2. de quelle manière le fait d'avoir un document administratif à remplir en consultation change votre relation au patient ?

- a. dans le sens positif ou négatif ? avez-vous des aprioris sur le patient en fonction du papier qu'il demande ? que ressentez-vous quand on vous demande un papier ou certificat ?

3. donnez un exemple de certificat ou formulaire qui vous posent problème ?) et pourquoi ?

- a. aborder les notions de : temps, difficulté, rareté,
- b. problème de la responsabilité légale et judiciaire ?
- c. problème d'incompétence

4. Avez-vous connaissance de sites internet ou brochures ou autres d'aide à la décision et à la rédaction de ces formulaires et certificats ?

5. avez-vous des solutions à proposer pour améliorer la prise en charge du patient sur le plan socio-administratif ?

6. comment pensez-vous que les patients perçoivent cet acte que vous faites en signant un formulaire ou certificat ?

- a. vous sentez vous valorisé ou dévalorisé ? Avez-vous l'impression que le patient le prenne pour un acte minime et facile ?
- b. Comment vous sentez vous quand vous remplissez un formulaire ? Vous sentez vous acteur ?

7. Est-ce que la manière dont vous remplissez les formulaires ou certificats peut avoir selon vous des conséquences sociales pour les patients ?

Vous êtes-vous déjà posé la question ? et si oui lesquelles (conséquences)

8. Avez-vous quelque chose à ajouter ?

7.2 Canevas pour l'entretien n°10

Question brise-glace : racontez-moi la dernière prise en charge ou vous avez eu à remplir un certificat ou formulaire ou bien ou vous avez été dans une situation socio-administrative que vous avez perçue comme difficile.

1. Considérez-vous que vous avez beaucoup de formulaires et certificats médicaux à remplir ?

a. Dans tous les cas (oui ou non) : Comment décririez-vous la charge que ça représente ?

b. A aborder : en terme de temps, de difficulté,

c. de nombre de demandes du patient sur la consultation.

2. de quelle manière le fait d'avoir un document administratif à remplir en consultation change votre relation au patient ?

a. avez-vous des aprioris sur le patient en fonction du papier qu'il demande ?

3. Que ressentez-vous quand on vous demande un papier ou certificat ? Explorer le vécu, les émotions.

4. donnez un exemple de certificat ou formulaire qui vous posent problème ? et pourquoi ?

a. aborder les notions de : temps, difficulté, rareté,

b. problème de la responsabilité légale et judiciaire ?

c. problème d'incompétence

5. avez-vous des solutions à proposer pour améliorer la prise en charge du patient sur le plan socio-administratif ?

6. comment pensez-vous que les patients perçoivent cet acte que vous faites en signant un formulaire ou certificat ?

a. vous sentez vous valorisé ou dévalorisé ? Avez-vous l'impression que le patient le prenne pour un acte minime et facile ?

b. Comment vous sentez vous quand vous remplissez un formulaire ? Vous sentez vous acteur ?

7. Est-ce que la manière dont vous remplissez les formulaires ou certificats peut avoir selon vous des conséquences sociales pour les patients ?

Vous êtes-vous déjà posé la question ? et si oui lesquelles (conséquences)

8. Explorer le rapport aux autres acteurs du soin : la sécurité sociale, les confrères, les patients.

9. Explorer ce qui ressort du rôle des médecins, ce qu'ils ne considèrent pas leur rôle.

10. Avez-vous quelque chose à ajouter ?

DECLARATION DE GENEVE

La déclaration de Genève également intitulée Serment du médecin figure en annexe du code de déontologie médicale. Cette déclaration a été adoptée par l'assemblée générale de l'Association médicale mondiale en 1948, elle a fait l'objet de plusieurs révisions, la dernière date d'octobre 2017.

EN QUALITÉ DE MEMBRE DE LA PROFESSION MÉDICALE

JE PRENDS L'ENGAGEMENT SOLENNEL de consacrer ma vie au service de l'humanité ;

JE CONSIDÉRERAI la santé et le bien-être de mon patient comme ma priorité ;

JE RESPECTERAI l'autonomie et la dignité de mon patient ;

JE VEILLERAI au respect absolu de la vie humaine ;

JE NE PERMETTRAI PAS que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de genre, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'orientation sexuelle, de statut social ou tout autre facteur s'interposent entre mon devoir et mon patient ;

JE RESPECTERAI les secrets qui me seront confiés, même après la mort de mon patient ;

J'EXERCERAI ma profession avec conscience et dignité, dans le respect des bonnes pratiques médicales ;

JE PERPÉTUERAI l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale ;

JE TÉMOIGNERAI à mes professeurs, à mes collègues et à mes étudiants le respect et la reconnaissance qui leur sont dus ;

JE PARTAGERAI mes connaissances médicales au bénéfice du patient et pour les progrès des soins de santé ;

JE VEILLERAI à ma propre santé, à mon bien-être et au maintien de ma formation afin de prodiguer des soins irréprochables ;

JE N'UTILISERAI PAS mes connaissances médicales pour enfreindre les droits humains et les libertés civiques, même sous la contrainte ;

JE FAIS CES PROMESSES sur mon honneur, solennellement, librement.

Quel est le vécu des médecins généralistes quand il leur est demandé de remplir des documents socio-administratifs pour leurs patients ?

Résumé

Introduction : Les médecins généralistes en France ont une activité médicale qui comporte un volet socio-administratif. Cette charge administrative est décrite comme lourde mais il n'y a pas d'étude à ce jour qui étudie le vécu des médecins. L'objectif de cette étude était d'explorer le vécu des médecins généralistes quand ils sont confrontés à ces documents socio-administratifs demandés par leurs patients.

Méthode : Etude qualitative par entretiens compréhensifs, individuels, menés auprès de médecins généralistes thésés en France et Outre-mer. L'analyse des données utilisait le principe de la phénoménologie.

Résultats : Onze médecins ont été interrogés entre février et mai 2019. Le vécu des médecins était unanime sur le caractère chronophage, compliqué, inintéressant, dévalorisé des documents socio-administratifs, mais ils décidaient de le vivre plus ou moins bien en fonction des rôles et de leurs représentations, ainsi que des valeurs qui les sous-tendent. Ainsi, ceux qui se voulaient protecteurs pour leurs patients et empathiques vivaient mieux la charge de travail administrative, et insistaient sur les conséquences sociales et financières que ces documents avaient pour les patients. Le vécu dépendait aussi des relations qu'entretenaient les médecins avec les autres acteurs de soin, la sécurité sociale, leurs confrères, ainsi que de la relation de confiance qu'ils nouaient avec les patients.

Conclusion : Le vécu des médecins était mixte, mitigé, complexe et dépendait de multiples facteurs intrinsèques et extrinsèques aux médecins. Il serait intéressant d'étudier ces facteurs spécifiquement, et d'évaluer de vécu à plus grande échelle puis de manière quantitative afin de proposer des améliorations des conditions de travail des médecins.

Discipline :

Médecine générale

Mots clés

Vécu, représentations, médecins généralistes, médecine générale, documents socio-administratifs, administratif

How do generalist practitioners experiment filling in socio-administrative forms?

Abstract

Background: General Practitioners (GPs) in France have to fill in socio-administrative forms for their patients as part as their medical activity. These administrative tasks are described as a burden but there has been no survey up to now studying GPs' experience. This survey aimed at exploring how GPs experiment filling in socio-administrative forms for their patients.

Method: Qualitative survey through comprehensive individual interviews conducted with GPs in mainland France and overseas territories. The data were analyzed using the theory of empirical research.

Results: Eleven GPs were interviewed from February to May 2019. All the GPs agreed on saying that administrative work was not interesting, time-consuming, complicated, and downgraded. They chose to experience it in a good way or a bad way according to the role and representations that defined them as well as the moral values that framed them. Those who felt protective and empathetic towards their patients were more likely to have a better experience considering the consequences that those forms involved for their patients- both social and financial consequences. Their experience was also based on the relationships between GPs and other healthcare actors, among which the French social security system, their peers... Of course their relationships with their patients impacted that experience- being a cause as well as a consequence.

Conclusion: GPs' experience was a rich, a complex and a mixed one which relied on multiple factors involving the GPs, their representations and also external factors. It would be interesting to study those factors, both internal and external and to evaluate more widely and in a quantitative way this experience so as to establish better working conditions for GPs.

Discipline

General Medicine

Keywords

Experience, general medicine, general practitioners, socio-administrative forms, representations