



HAL
open science

Ressenti de médecins généralistes sur les mesures proposées dans le plan : “ Ma santé 2022 ” pour favoriser l'accès aux soins en médecine ambulatoire

Anne-Laure Lesage

► To cite this version:

Anne-Laure Lesage. Ressenti de médecins généralistes sur les mesures proposées dans le plan : “ Ma santé 2022 ” pour favoriser l'accès aux soins en médecine ambulatoire. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02926843

HAL Id: dumas-02926843

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02926843>

Submitted on 1 Sep 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.

UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES-VERNE
FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS

ANNÉE 2020

N° 2020-45

RESSENTI DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES
SUR LES MESURES PROPOSÉES DANS LE PLAN : MA SANTÉ 2022
POUR FAVORISER L'ACCÈS AUX SOINS

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE GÉNÉRALE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 18 JUIN 2020

PAR

Anne-Laure LESAGE

Présidente du jury : Madame le Professeur Cécile MANAOUIL

Membres du jury :

- Madame le Professeur Catherine LOK
- Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT
- Madame le Docteur Amélie SELLIER-PETITPREZ

Directrice de thèse : Madame le Docteur Stéphanie DAVEAUX

REMERCIEMENTS

À ma présidente de jury de thèse,

Madame le Professeur Cécile MANAOUIL,

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier (Médecine légale et droit de la santé)

Service de Médecine légale et sociale

Adjointe au Chef du Pôle « Urgences, médecine légale et sociale »

Vous me faites l'honneur de présider le jury de ma thèse.

Je vous remercie pour vos enseignements et pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de mon plus grand respect.

À mon membre du jury,

Madame le Professeur Catherine LOK,

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier (Dermatologie -Vénérologie)

Membre du Conseil de l'UFR de Médecine

Chef du Service de Dermatologie

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Je vous remercie pour vos enseignements et votre soutien.

Veillez trouver ici l'expression de mon plus grand respect.

À mon membre du jury,

Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT,

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier (Maladies infectieuses et tropicales)

Responsable du service des maladies infectieuses et tropicales

Pôle « Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie »

(D.R.I.M.E.)

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Je vous remercie pour vos enseignements et pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de mon plus grand respect.

À mon membre du jury,

Madame le Docteur Amélie SELLIER-PETITPREZ,

Médecin généraliste

Maître de Conférence Associée

Vous me faites l'honneur de juger mon travail.

J'ai beaucoup apprécié vos enseignements et votre enthousiasme tout au long de mon internat.

Je vous remercie pour votre disponibilité et l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

À ma directrice de thèse,

Madame le Docteur Stéphanie DAVEAUX,

Médecin généraliste

Chef de Clinique de Médecine générale

J'ai pris beaucoup de plaisir à travailler sous ta direction.

Merci pour ton encadrement et ta disponibilité tout au long de mon internat.

Je suis heureuse de pouvoir continuer l'aventure en te remplaçant.

Aux médecins généralistes qui ont participé à cette étude, merci pour votre accueil et le temps que vous m'avez accordé.

A François, pour ton amitié et ton aide précieuse pendant la réalisation de ce travail. Merci pour la triangulation.

A Bertille, pour ton amitié et ta relecture attentive.

A Lucie, je ne m'attendais pas à faire une aussi belle rencontre au cours de mes entretiens. Merci pour tes précieux conseils.

Aux médecins rencontrés pendant mon parcours, merci pour votre confiance et votre enseignement.

A Claire, Laurence, Marions et Sylvain pour toutes ces belles années passées ensemble.

A mes amis du tennis et du trail, vous m'avez permis de garder un équilibre.

A mes parents, merci pour votre soutien et vos encouragements. Je vous dois beaucoup dans la réussite de mon parcours professionnel. Merci papa pour le temps que tu as passé à relire mon travail. Je vous souhaite le meilleur dans votre nouveau projet professionnel.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	15
A. Contexte	15
1. Une demande importante de soins non programmés	15
2. Une offre ambulatoire en décroissance	15
3. La nécessité d'adapter le système de santé	16
B. Présentation du plan « Ma santé 2022 »	16
1. Trois engagements prioritaires	16
2. Les deux mesures prioritaires pour la médecine ambulatoire	16
C. Justification de l'étude et objectifs	17
II. MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	19
A. Choix de la méthode	19
B. Sélection de la population étudiée	19
C. Guide d'entretien	20
D. Préparation et déroulement des entretiens	20
1. Recrutement des médecins	20
2. Déroulement des entretiens	21
E. L'analyse des données	21
1. Choix de la méthodologie d'analyse	21
2. Codage des données	21
3. Saturation des données et triangulation	21
III. RÉSULTATS	23
A. Caractéristiques de la population étudiée et des entretiens	23
B. Résultats de l'étude	25
1. Mesures ayant retenu l'attention des médecins dans le plan : "Ma santé 2022"	25
2. Opinion des médecins sur les mesures proposées par la réforme	26
2.1 1 ^{ère} mesure : Libérer du temps médical	26
2.2 2 ^{ème} mesure : Favoriser l'exercice en groupe et coordonné	33
3. Les propositions des médecins de l'étude	41

IV. DISCUSSION	47
A. Forces et faiblesses de l'étude.....	47
1. Points forts de l'étude	47
2. Les limites de l'étude.....	48
B. Analyse des résultats de l'étude	49
1. Le partage de tâches médicales.....	49
2. Les assistants médicaux	53
3. La fin souhaitée de l'exercice en cabinet individuel	55
4. Les communautés professionnelles territoriales de santé	56
5. Les propositions des médecins pour améliorer l'accès aux soins	60
V. CONCLUSION.....	65
VI. BIBLIOGRAPHIE.....	66
VII. ANNEXES.....	73
1. Annexe 1 : Guide d'entretien initial.....	73
2. Annexe 2 : Les entretiens.....	74

ABRÉVIATIONS UTILISÉES :

ACI	Accord Conventionnel Interprofessionnel
ARS	Agence Régionale de Santé
ASALEE	Action de SANTé Libérale En Equipe
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
DMP	Dossier Médical Partagé
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
ECG	Électrocardiogramme
EFR	Exploration Fonctionnelle Respiratoire
ETP	Éducation Thérapeutique du Patient
FMC	Formation Médicale Continue
INR	International Normalised Ratio
IPA	Infirmier en Pratique Avancée
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
MSU	Maître de Stage Universitaire
SASPAS	Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé
TP	Taux de Prothrombine
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé

I. INTRODUCTION

A. Contexte

1. Une demande importante de soins non programmés

La France est confrontée à une hausse ininterrompue depuis 20 ans, de 3,5 % en moyenne annuelle, de la fréquentation de ses services d'urgences [1]. L'une des raisons de la saturation de ces services réside dans la part importante de soins non programmés, qui auraient pu être prise en charge en ambulatoire [2]. Cette demande est accrue par le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques [3,4]. Elle s'explique également par une modification importante dans les demandes des patients. En effet, la population est mieux informée qu'auparavant sur les risques, et s'inquiète donc plus rapidement de symptômes. Elle manifeste parfois pour les soins, comme pour les autres biens de consommation, un souhait d'immédiateté [5].

2. Une offre ambulatoire en décroissance

Entre 2007 et 2017, le nombre de généralistes a baissé de 9,1% [6]. Cette baisse devrait se poursuivre jusqu'en 2025, au fur et à mesure des départs en retraite non remplacés [7].

Par ailleurs, le secteur médical traverse de nombreux changements, avec d'une part la féminisation de la profession médicale et d'autre part les attentes d'une nouvelle génération de médecins [8]. La féminisation a des conséquences sur l'exercice libéral. En effet les femmes médecins montrent un réel attrait pour l'exercice salarié par rapport à leurs confrères masculins [9,10]. Leur temps de travail est inférieur à celui des hommes médecins [11], avec une activité médicale estimée à 70% de celle des hommes au cours de leur vie professionnelle [12]. De leur côté, les hommes réduisent eux aussi leur temps de travail pour préserver leur vie personnelle. Ce changement s'inscrit dans les nouvelles attentes des jeunes médecins, qui cherchent désormais un meilleur équilibre que leurs aînés, entre vie privée et vie professionnelle et donc une moindre amplitude de leur horaire de travail [10].

3. La nécessité d'adapter le système de santé

Ce décalage croissant entre une demande de soins non programmés en hausse et une offre ambulatoire en voie de raréfaction nécessite une adaptation du système de santé [13].

Cette évolution a conduit le gouvernement à présenter en septembre 2018 le plan « Ma santé 2022 ». L'objectif de cette réforme de santé est de permettre au patient d'avoir plus facilement accès aux soins dont il a besoin, tout en répondant aux aspirations de la nouvelle génération de médecins [13].

B. Présentation du plan « Ma santé 2022 »

1. Trois engagements prioritaires

Durant 6 mois, des consultations ont été organisées dans toute la France afin de donner la parole aux acteurs de la santé et aux patients [13].

Elles ont permis d'identifier 3 priorités :

- Favoriser la qualité et replacer le patient au cœur du soin ;
- Organiser l'articulation entre la médecine de ville, le secteur médico-social et l'hôpital pour mieux répondre aux besoins de soins de proximité ;
- Repenser les métiers et la formation des professionnels de santé [13].

Dans le fil de ces engagements, dix mesures ont été priorisées. Parmi celles-ci, deux concernent la médecine ambulatoire [13]. Ce sont ces deux principales mesures de la réforme, relatives à la médecine ambulatoire, que nous avons choisi d'étudier dans cette thèse.

2. Les deux mesures prioritaires pour la médecine ambulatoire

2.1 Première mesure : Libérer du temps médical

Un médecin généraliste passe en moyenne treize heures chaque semaine à accomplir des tâches non médicales, soit 20 à 30% de son temps de travail hebdomadaire : autant de temps perdu pour les soins [14]. Pour libérer du temps médical, le gouvernement compte sur la délégation de certaines tâches, jusqu'à présent réalisées par le médecin, vers d'autres professionnels de santé. Certains actes sont déjà en cours de transfert, par exemple la vaccination antigrippale par les pharmaciens ou le suivi de certaines pathologies chroniques stabilisées par les infirmiers en pratique avancée (IPA).

Au-delà de ces démarches, le gouvernement annonce aussi la création d'un nouveau métier d'assistant médical. A mi-chemin entre l'administratif et le soin, les assistants médicaux assureront des missions d'assistance des médecins et d'aide au parcours des patients. Ils pourront ainsi se voir attribuer des missions d'accueil des patients, de recueil de constantes, de vérification de l'état vaccinal et des dépistages, de mise à jour des dossiers et de gestion de l'aval de la consultation [13].

2.2 Deuxième mesure : Favoriser l'exercice en groupe et coordonné

Jugeant le travail en équipe indispensable, le gouvernement souhaite la fin de l'exercice isolé. La coordination sera renforcée avec l'ambition de couvrir d'ici fin 2022 l'ensemble du territoire de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Ces regroupements d'acteurs libéraux (professionnels médicaux, paramédicaux et médico-sociaux) devront permettre de trouver des solutions adaptées aux besoins des populations locales : en particulier garantir l'accès à un médecin traitant à chaque habitant du territoire et organiser une réponse aux urgences de ville. Cet engagement deviendra rapidement une condition pour bénéficier de certains financements de l'État [13].

C. Justification de l'étude et objectifs

La réforme est récente et aucun travail de thèse n'a été réalisé à ce stade. Pour proposer une offre de soin adaptée aux besoins des patients, le gouvernement doit miser sur les acteurs des territoires [15]. Le médecin généraliste, par ses connaissances et sa proximité avec la population, est un acteur de terrain essentiel pour mener à bien ce projet.

Nous avons donc voulu connaître son opinion sur les récentes mesures annoncées par le gouvernement pour améliorer l'accès aux soins en médecine ambulatoire.

L'objectif principal de cette étude est d'analyser les réticences et les motivations de médecins généralistes de Picardie sur les mesures annoncées dans la réforme « Ma santé 2022 » pour libérer du temps médical et favoriser l'exercice coordonné.

L'objectif secondaire est de recueillir les propositions personnelles de chaque médecin pour améliorer l'accès aux soins en médecine ambulatoire.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

A. Choix de la méthode

Pour répondre aux objectifs, nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés. La recherche qualitative permet de recueillir des données verbales, qui sont ensuite transcrites et analysées par thématiques [16]. Elle est utilisée lorsque les facteurs étudiés sont subjectifs et difficiles à mesurer [17]. Elle permet en particulier de mieux cerner les opinions et favorise l'émergence de nouvelles idées [18,19].

B. Sélection de la population étudiée

Nous avons inclus des médecins généralistes actifs exerçant en Picardie et des internes en médecine générale inscrits à la faculté d'Amiens. Notre étude s'intéressant aux mesures de la réforme relatives à la médecine générale ambulatoire, nous avons exclu les médecins généralistes hospitaliers et ceux qui pratiquent un exercice particulier exclusif (par exemple la médecine vasculaire, l'ostéopathie...).

Afin d'obtenir le panel le plus hétérogène possible, nous avons réalisé un échantillonnage en variation maximale. Nous avons sélectionné les médecins au fur et à mesure de la réalisation des entretiens, afin d'obtenir des profils variés selon les caractéristiques suivantes :

- Le sexe ;
- L'âge ;
- Le statut (interne, médecin remplaçant, médecin installé) ;
- Le mode d'exercice (cabinet individuel, cabinet de groupe, maison de santé pluridisciplinaire (MSP)) ;
- Le type d'activité (libéral ou salariat) ;
- Le lieu d'exercice (urbain, semi-rural, rural) ;
- La localisation géographique (Aisne, Oise, Somme).

L'objectif ne fut pas d'être représentatif de la population, mais d'optimiser la variabilité des réponses en assurant la plus grande diversité au sein de l'échantillon.

C. Guide d'entretien

Nous avons établi un guide, support pendant les entretiens (annexe 1). Ce guide était composé de quatre parties :

- ✓ La première présentait l'enquêtrice (moi), la directrice de thèse et le travail de recherche.
- ✓ La deuxième comportait le recueil des caractéristiques des médecins.
- ✓ La troisième comportait les questions permettant de répondre aux objectifs principal et secondaire, les thèmes suivants ont été abordés :
 - Question brise-glace sur la réforme de santé
 - Première mesure de la réforme : Libérer du temps médical
 - Deuxième mesure de la réforme : Favoriser l'exercice en groupe et coordonné
 - Suggestion(s) personnelle(s) du médecin pour améliorer l'accès aux soins
- ✓ Dans la dernière partie, le médecin était remercié pour sa participation et nous lui propositions de lui envoyer les résultats de l'étude.

Ce guide a d'abord été testé auprès d'un interne en médecine générale. Cet entretien test a été pris en compte dans l'analyse.

D. Préparation et déroulement des entretiens

1. Recrutement des médecins

Dans un premier temps, nous avons recruté les médecins dans notre entourage professionnel, puis par l'intermédiaire des médecins interrogés qui ont suggéré des confrères. Pour finaliser le recrutement, nous avons consulté les pages jaunes, en veillant à ce que les profils des médecins soient différents des médecins généralistes déjà interrogés.

Le sujet fut présenté, par appel téléphonique, de la façon suivante :

« Bonjour, je suis Anne-Laure Lesage, interne en médecine générale.

Dans le cadre de ma thèse, je souhaite recueillir l'opinion de médecins généralistes de Picardie sur les mesures proposées par le gouvernement pour améliorer l'accès aux soins en médecine ambulatoire. Il s'agit d'une étude qualitative, sous la forme d'entretiens. L'entretien dure environ 15 minutes ; il est enregistré puis anonymisé. Ce travail est supervisé par le Docteur DAVEAUX Stéphanie, médecin généraliste dans l'Oise. »

2. Déroulement des entretiens

La technique de l'entretien individuel semi-structuré a été choisie pour permettre aux médecins de s'exprimer librement, sans les influencer.

Les entretiens ont été réalisés en face à face, au domicile, au cabinet des médecins et à la faculté de médecine. Leur consentement oral à l'enregistrement audio a été recueilli avant chaque entretien. L'ensemble des entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un support dictaphone.

E. L'analyse des données

1. Choix de la méthode d'analyse

L'étude a été menée dans un but exploratoire ; nous n'avions pas d'hypothèse préalable à vérifier. Nous avons donc utilisé une approche hypothético-inductive, dite « grounded theory » ou théorisation ancrée. Elle consiste à faire émerger des hypothèses de façon inductive, à partir de l'analyse des entretiens [20].

2. Codage des données

Chaque entretien a été transcrit dans son intégralité, manuellement et de manière anonymisée sur le logiciel Microsoft Office Word 2016 (annexe 2). L'analyse a été réalisée à l'aide du logiciel de recherche qualitative NVivo12. Nous avons commencé par effectuer un codage ouvert : il s'agissait de regrouper en quelques mots et sans interprétation les idées exprimées par les enquêtés. Ensuite nous avons réalisé un codage sélectif, en regroupant les codes ouverts par catégories. Enfin nous avons procédé à un codage théorique pour mettre en relation les catégories entre elles. Ces différentes étapes ont permis de rendre explicite et compréhensible le contenu des différents entretiens.

3. Saturation des données et triangulation

Les étapes de recueil et d'analyse des données se sont déroulées simultanément jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire lorsque aucun nouvel élément n'était plus apporté par l'analyse des verbatims. La saturation a été confirmée par deux entretiens supplémentaires n'apportant aucune nouvelle donnée. A la fin de l'analyse nous avons triangulé un tiers de nos entretiens : l'ensemble des verbatims ont été relus et codés par un autre enquêteur, afin de vérifier la concordance de l'analyse.

III. RÉSULTATS

A. Caractéristiques de la population étudiée

La période de conduite des entretiens s'est étalée entre janvier et juillet 2019. La durée des enregistrements a varié de 13 à 56 minutes avec une moyenne de 19 minutes.

Dix hommes et neuf femmes ont été interrogés. La moyenne d'âge était de 46 ans. Six d'entre eux exerçaient en milieu urbain, huit en semi-rural et cinq en rural. Sept médecins exerçaient dans l'Aisne, six dans l'Oise et huit dans la Somme. Quatre étaient installés seuls, huit en cabinet de groupe et quatre en MSP.

La saturation des données a eu lieu à partir du dix-septième entretien.

Les caractéristiques des médecins interrogés sont résumées dans le tableau suivant :

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins de l'étude

E	Sexe	Age	Statut	Lieu d'exercice	Département	Type d'activité	Mode d'exercice
E1	H	25	interne		Somme	salariat	
E2	H	28	interne remplaçant	semi-rural	Oise	libéral et salariat	cabinet de groupe
E3	F	30	médecin remplaçant	urbain semi-rural rural	Oise et Somme	libéral	cabinet de groupe
E4	F	28	interne		Aisne	salariat	
E5	F	38	médecin installé	rural	Oise	libéral	MSP
E6	H	71	médecin retraité actif remplaçant	urbain	Oise	libéral	cabinet de groupe
E7	H	60	médecin installé	urbain	Somme	libéral et salariat	cabinet de groupe
E8	F	56	médecin installé	urbain	Somme	libéral	cabinet individuel
E9	F	28	médecin remplaçant	urbain semi-rural	Aisne Somme	libéral	cabinet de groupe
E10	F	36	médecin installé	semi-rural	Somme	libéral et salariat	cabinet de groupe
E11	F	27	interne		Aisne	salariat	
E12	F	50	médecin installé	rural	Somme	libéral	MSP
E13	H	71	médecin installé	urbain	Oise	libéral	cabinet individuel
E14	F	50	médecin installé	semi-rural	Somme	libéral	MSP
E15	H	63	médecin installé	semi-rural	Aisne	salariat	cabinet de groupe
E16	H	55	médecin installé	semi-rural	Oise	libéral	cabinet de groupe
E17	H	62	médecin installé	rural	Aisne	libéral	cabinet individuel
E18	H	63	médecin installé	semi-rural	Aisne	libéral et hospitalier	MSP
E19	H	40	médecin installé	rural	Aisne	libéral	cabinet de groupe

Légende : E : numéro de l'entretien

B. Résultats de l'étude

Dans la première partie, nous présentons les motivations et les réticences des médecins relatives aux mesures proposées dans la réforme, pour libérer du temps médical et favoriser la coordination. Chaque proposition du gouvernement est illustrée par une carte des concepts reprenant les avantages et inconvénients signalés par les médecins.

Dans la deuxième partie, nous présentons les solutions suggérées par ces derniers pour améliorer l'accès aux soins, sous la forme d'une nouvelle carte des concepts résumant leurs principales propositions.

Les concepts sont ensuite présentés avec les verbatims des entretiens. Les citations des médecins figurent en italique et sont référencées par numéro d'entretien et numéro de page, afin de pouvoir se référer au contexte de ces extraits dans le verbatim complet disponible en annexe 2. Par exemple : (E1-P4) correspond à l'Entretien 1 - Page 4.

1. Mesures ayant retenu l'attention des médecins

1.1 La réforme dans sa globalité

Concernant la réforme « Ma santé 2022 » dans sa globalité, la majorité des médecins interrogés ne semblaient pas la connaître au premier abord.

« Ça ne me dit rien du tout, je ne l'ai pas lu. » (E8-P1)

Mais au fur et à mesure de l'entretien, nous avons constaté qu'ils connaissaient en réalité un bon nombre de points.

1.2 Mesure la plus connue

Parmi les mesures qui concernent l'accès aux soins, la plus connue était la création du métier d'assistant médical.

« La première chose qui me vient : ce sont les assistants médicaux dont on a beaucoup entendu parler. » (E10-P2)

2. Opinion de médecins sur les mesures proposées par la réforme

2.1 1^{ère} mesure : Libérer du temps médical

Le gouvernement propose deux solutions pour libérer du temps médical : la délégation de certaines tâches médicales vers d'autres professionnels de santé et la création du métier d'assistant médical.

2.1.1 Le partage de tâches médicales

Les principales délégations de tâches évoquées pendant les entretiens sont la vaccination antigrippale par les pharmaciens et le suivi de pathologies chroniques stabilisées par les infirmiers en pratique avancée (IPA).

a) Carte des concepts

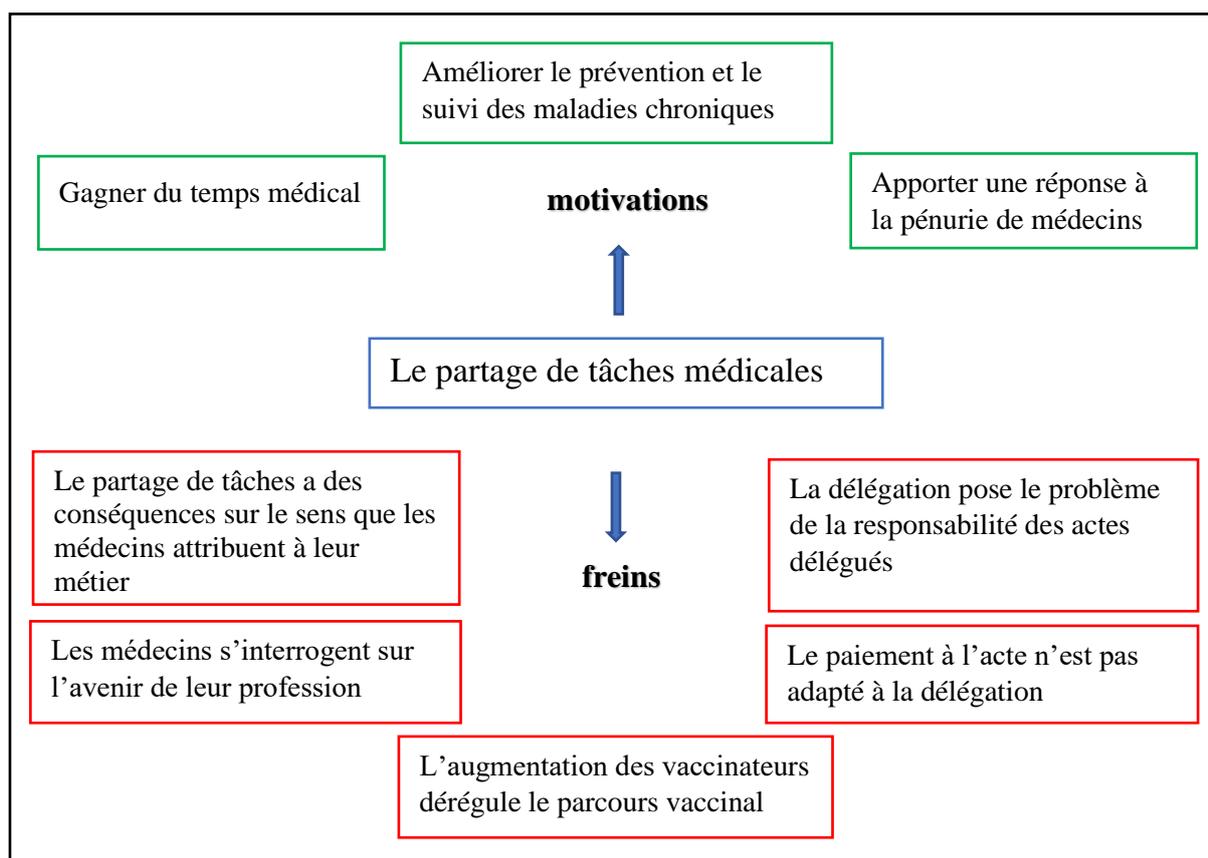


Figure 1 - Le partage de tâches médicales

b) Les avantages du point de vue des médecins généralistes interrogés

Le partage de tâches médicales présente trois principaux avantages :

➤ La motivation principale est le gain de temps médical

« Dégager du temps médical, c'est une bonne idée. [...] Je ne suis pas choqué que les infirmières, qui ont des bacs plus 3 ou 4, prennent en charge les patients chroniques. »
(E18-P2)

➤ Ensuite, elle apporte une réponse à la pénurie de médecins

« Pour la vaccination antigrippale c'est intéressant dans les zones sous médicalisées où il n'y a plus de médecins ; le pharmacien va suppléer la carence médicale. » (E7-P2)

➤ Enfin, elle améliore la prévention et le suivi des patients atteints de maladies chroniques

Les infirmiers assurent un suivi efficace des patients diabétiques :

« On a une infirmière ASALEE [Action de santé libérale en équipe], qui est une infirmière de pratique avancée, mais ciblée sur le diabète et les facteurs de risque cardiovasculaire.[...] Elle fait tous les tests au monofilament, elle fait tous les ECG[Électrocardiogramme] pour les patients hypertendus et diabétiques. Elle fait, vérifie, rejette un coup d'œil dans les dossiers : quand j'ai fait la dernière microalbuminurie, le dernier fond d'œil... Nous, on a pas forcément le temps de le faire. » (E5-P3 et P4)

La vaccination anti grippale par les pharmaciens améliore la couverture vaccinale :

« La couverture vaccinale était meilleure dans les départements mis en pilotage. [...] Si on est plusieurs acteurs de santé à avoir le même discours et inciter les gens à se vacciner, ça permet de faire une meilleure prévention. » (E9-P3 et P4)

c) Les freins

Il existe de nombreux freins au partage de tâches médicales :

➤ **Le partage de tâches à des conséquences sur le sens que les médecins attribuent à leur métier**

Le partage de tâches ne permet pas d'assurer une prise en charge globale et personnalisée du patient :

« *La définition internationale de la médecine générale c'est : la globalité, la durée, la personnalisation. Ce n'est faisable que parce qu'on a des contacts répétés avec les gens, parce qu'on les connaît, on connaît les familles, on exerce dans le milieu.* » (E13-P5)

La délégation impose une structuration par pathologie, qui est contraire à la polyvalence rencontrée en médecine générale :

« *La délégation de tâches, c'est applicable dans certaines choses : les néphrologues le font en dialyse. Effectivement, l'infirmière a un protocole de fait.[...] [C'est] pour des soins purement techniques, pour des malades bien référencés d'un point de vue nosologique. Mais en médecine générale ce n'est pas ça ! La majorité des gens n'ont pas des maladies qui rentrent dans les livres, ils ont un mélange de tout.* » (E13-P6)

➤ **L'augmentation des vaccinateurs dérégule le parcours vaccinal**

Pour un médecin, le principal inconvénient de la vaccination antigrippale par les pharmaciens, est le manque de traçabilité :

« *Je pense qu'ils [les pharmaciens] ont vacciné un nombre substantiel de personnes, mais j'ai eu zéro retour. Donc, je n'ai aucune idée du suivi et du statut vaccinal de mes patients.* » (E5-P2)

Pour un autre médecin, l'augmentation des vaccinateurs est source d'erreurs, car il n'y a plus de médecin référent pour la vaccination :

« *L'exemple type c'était la vaccination de l'hépatite B. On a dit « La vaccination contre l'hépatite B pour les adolescents ce ne sera pas les médecins généralistes, ce sera les médecins scolaires ». Ça a été un flop complet, pour la simple raison qu'ils n'avaient pas pensé que la 3^{ème} dose par exemple, tombait pendant les vacances. Pas de médecin scolaire, médecin généraliste pas impliqué : moralité ils ne sont pas bien vaccinés.* » (E13-P3)

➤ **Le problème de la responsabilité des actes délégués**

Pour un médecin, la délégation de tâches peut poser problème car le médecin devient responsable de tâches qu'il n'a pas effectuées lui-même :

« Il y'avait l'histoire du TP [taux de prothrombine] et de l'INR [International Normalised Ratio] gérés par les pharmaciens. On signait un papier disant qu'on acceptait que le pharmacien gère le TP et l'INR du patient. Quand vous signez ce papier : s'il y'a une erreur et que le patient se retrouve aux urgences pour une hémorragie ou un grand problème, c'est votre responsabilité qui est en cause et non celle du pharmacien ! » (E16-P3)

➤ **Le paiement à l'acte n'est pas adapté à la délégation**

D'une part, la délégation dé-saisit le médecin des consultations simples et rapides :

« Que reste-t-il ? Les cas compliqués ? Ce sont des consultations où on arrive à respirer dans la journée. Quand on fait 25 consultations d'affilées, si à chaque fois on se prend quelque chose de compliqué...(soupire). » (E8-P3)

D'autre part, elle peut entraîner une baisse de l'activité et donc des revenus des médecins :

« Si on délègue, il faut qu'en contrepartie on gagne toujours la même somme. Si je commence à dire « Je ne m'occupe plus des diabétiques tous les 3 mois, mais je les vois qu'une fois par an ». Je perds donc 3 fois 25 euros. Qu'avons-nous à côté ? Un forfait qui va arriver en plus ? C'est ça qui n'a pas été prévu. » (E18-P2)

➤ **Les médecins s'interrogent sur l'avenir de leur profession**

La délégation est perçue par plusieurs médecins comme une menace pour l'exercice :

« Quand je vois cette notion de délégation de tâches, je finis par me demander ce qui va nous rester en médecine générale. Ce n'est pas être corporatiste, c'est se dire « Je vais perdre mon métier ! » » (E10-P2)

Un médecin redoute que le médecin de famille disparaisse au profit d'une médecine industrielle :

«[Le Professeur] Vallancien avait fait un rapport disant « Aujourd'hui la médecine est artisanale, individuelle ; il est temps de passer à la médecine industrielle. » On y est ! Avec des protocoles, des structures...» (E13-P15)

2.1.2 La création d'un nouveau métier : L'assistant médical

La deuxième proposition du gouvernement pour libérer du temps médical, est la création d'une nouvelle fonction d'assistant médical. Nous avons analysé les motivations et les réticences des médecins à embaucher un assistant médical.

a) Carte des concepts

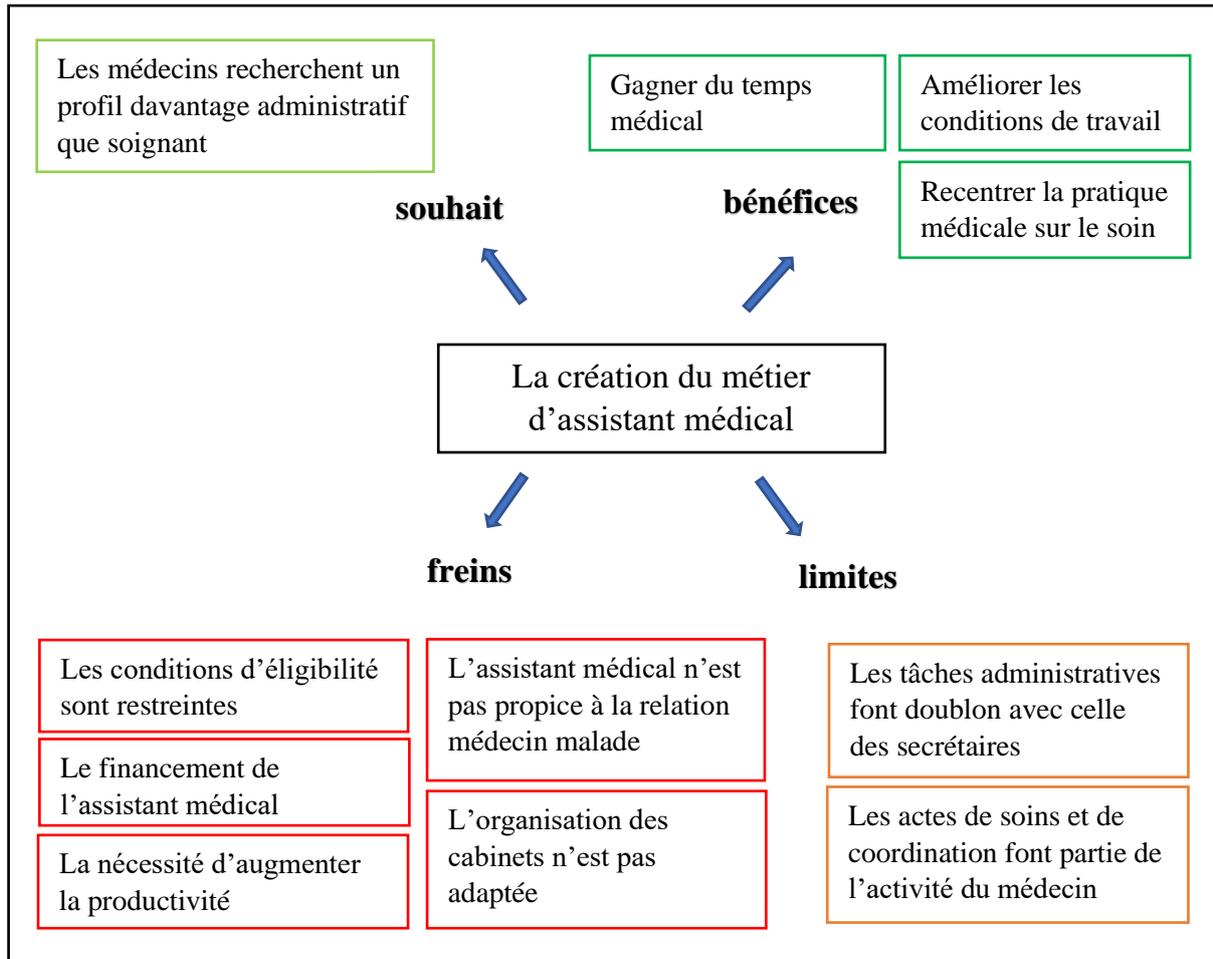


Figure 2 - L'assistant médical

b) Le profil souhaité

Les médecins recherchent dans l'assistant un profil davantage administratif que soignant :

« L'assistant, je l'imagine vraiment gérer le côté administratif, la paperasse... » (E10-P4)

c) Les bénéfices attendus

Les principales motivations pour embaucher un assistant médical sont :

➤ Gagner du temps médical

« *Le principal point positif, c'est un gain de temps : c'est avoir une optimisation du temps.* » (E9-P8)

➤ Recentrer la pratique médicale sur le soin

« *Le cabinet idéal ce serait : l'assistant ou la secrétaire a été formé [aux tâches administratives] et nous on fait qu'un temps médical. On pourrait par exemple faire de l'éducation thérapeutique ; je pense que ce n'est pas assez fait.* » (E6-P3 et P4)

➤ Améliorer les conditions de travail

« *Si on remplace dans un cabinet où il y a un assistant, ça nous facilitera la vie. [...] Ça peut permettre de se sentir moins seul dans sa pratique, surtout pour les remplaçants.* » (E9-P8)

d) Les limites de ce nouveau statut

Les missions des assistants médicaux restent limitées :

➤ Les tâches administratives font doublon avec celles des secrétaires

« *On a deux secrétaires pour un cabinet de cinq [médecins]. On va dire que ce sont nos assistantes médicales : elles font la compta, elles gèrent pas mal de coups de fil. [...] On n'a pas besoin d'autres personnes pour le faire.* » (E12-P2 et P3)

➤ Les actes de soins et de coordination font partie de l'activité du médecin

« *Prendre la tension fait partie de l'examen clinique. Quand on prend la tension : on entend la fréquence cardiaque, on sait si c'est régulier, pas régulier. Puis [prendre] une tension, ça prend trois secondes quand on est habitué. On ne gagne pas de temps.* » (E16-P4)

« *Pour prendre les rendez-vous si c'est urgent je le fais : il faut que ce soit « Bonjour, c'est le Docteur ». [...] [Pour] tout ce qui n'est pas urgent, les patients se débrouillent. Ils n'ont pas besoin d'assistant pour prendre les rendez-vous ; c'est aussi les responsabiliser.* » (E5-P5)

e) Les freins

Il existe de nombreux freins à l'embauche d'un assistant médical :

➤ **Les conditions d'éligibilité sont restreintes**

« On va les payer que pour ceux [les médecins] en zone désertifiée, que pour ceux en groupe et en CPTS. » (E13-P8)

➤ **La nécessité d'augmenter la productivité**

« [Les assistants médicaux] c'est de la rentabilité : c'est voir plus de patients en un minimum de temps.[...] Augmenter la productivité, c'est un peu problématique dans notre métier. » (E19-P3)

➤ **L'assistant n'est pas propice à la relation médecin-malade**

« Il ne faudrait pas qu'on devienne juste des prescripteurs par rapport aux informations toutes recueillies par l'assistant médical. Je n'ai pas fait médecine pour ça ! J'ai envie de parler aux patients, de les voir, de les interroger, de faire l'examen clinique. » (E10-P4)

➤ **Le financement des assistants médicaux**

D'une part, le tarif actuel de la consultation ne permet pas d'embaucher :

« Dans le système libéral avec les tarifs que l'on a actuellement, ce n'est pas possible. On a déjà du mal à payer des secrétaires. La majorité n'ont pas de secrétaire en faisant 20 ou 25 actes par jour. » (E13-P8)

D'autre part, les obligations liées à la gestion d'un salarié peuvent décourager :

« Il faut aussi gérer le fait d'avoir un salarié : qu'il ait une fiche de paie, avoir suffisamment de revenus pour le payer s'il tombe malade... Ces contraintes peuvent rebuter. » (E9-P9)

➤ **L'aménagement et l'organisation actuels des cabinets ne sont pas adaptés**

« A ce moment-là, il faut partir sur des dispensaires. [...] Il faut revoir tout de A à Z, ne serait-ce que pour les locaux. Il faut vraiment une pièce dédiée à l'assistant médical, les dossiers qui soient à disposition. » (E7-P4 et P5)

2.2 2^{ème} mesure : Favoriser l'exercice en groupe et coordonné

A travers cette deuxième mesure, le gouvernement souhaite d'une part mettre fin à l'exercice en cabinet individuel, d'autre part renforcer la coordination en créant des CPTS.

2.2.1 La fin souhaitée de l'exercice en cabinet individuel

Nous avons dans un premier temps, répertorié les avantages et les inconvénients de l'exercice regroupé. Ensuite, nous avons analysé le ressenti de médecins sur le souhait du gouvernement de mettre fin à l'exercice en cabinet individuel.

a) Carte des concepts

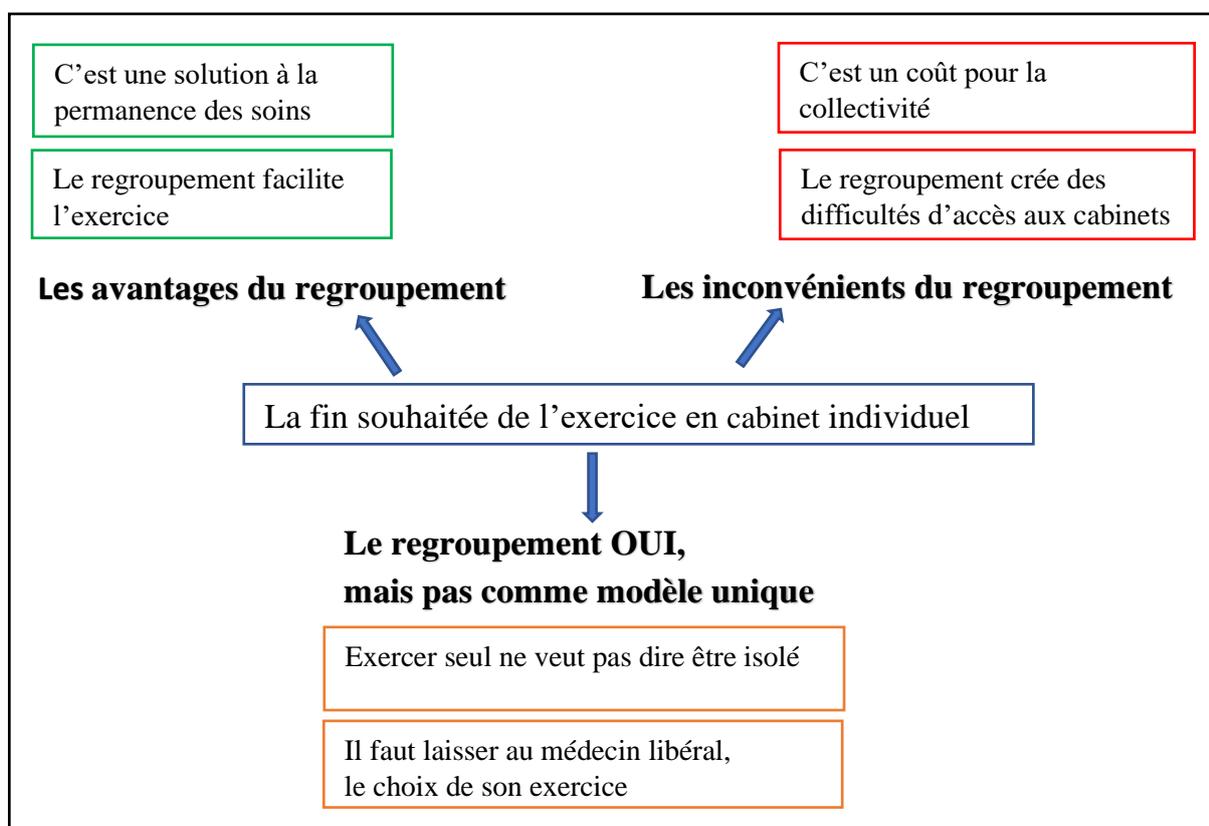


Figure 3 - La fin souhaitée de l'exercice en cabinet individuel

b) Les avantages de l'exercice regroupé

➤ Le regroupement facilite l'exercice

Il permet de trouver un équilibre entre vie professionnelle et vie privée :

« *Si on veut avoir une vie de famille, si en plus on parle des femmes, s'installer tout seul à la campagne me paraît dangereux. Il faut avoir une structure.* » (E8-P4)

Il prévient l'épuisement professionnel :

« *C'est aussi de la prévention pour les médecins.[...] Si on ne veut pas péter un câble, il faut : Un secrétariat, embaucher un assistant médical. C'est plus pratique s'il est dans les mêmes murs.* » (E5-P6 et P7)

➤ C'est une solution à la permanence des soins

C'est une évolution nécessaire pour garantir la continuité des soins :

« *C'est dans l'évolution des choses : Si un médecin en cabinet isolé est à 35 heures par semaine, il ne suit pas sa patientèle. Il faut un partage à 3 médecins, il faut que tout le monde ait accès aux dossiers et qu'ils aient la même pratique ; comme ça se pratique dans les autres pays. Nous, on a vingt ans de retard !* » (E15-P7)

Le regroupement permet de trouver plus facilement un successeur :

« *Dans certains secteurs, l'exercice isolé est un frein majeur pour trouver un successeur. Je pense que certains médecins ne sont pas remplacés à l'heure actuelle, car ils exercent tout seul avec une grosse patientèle. Notre génération ne veut pas forcément reprendre une patientèle seule, surtout quand elle est très conséquente, car ça va leur prendre un temps de travail énorme.* » (E10-P5 et P6)

c) Le regroupement présente aussi des inconvénients

➤ Le regroupement crée des difficultés d'accès aux cabinets pour les patients fragiles

« Qui dit regroupement des médecins, dit aussi une paupérisation sur certains secteurs où justement il n'y a que des médecins isolés. Le fait de les regrouper sur un seul lieu va conduire les patients à faire plus de kilomètres pour voir ce même médecin.[...]C'est la médecine de l'avenir : c'est une médecine peut-être plus confortable pour le médecin, plus problématique pour le patient. » (E17-P5)

➤ Ces structures coûtent plus cher à la collectivité

« Le problème de ce fonctionnariat, de ces groupes médicaux, de ces maisons de santé qui vont exister c'est qu'ils coûtent deux fois plus cher qu'un cabinet de généraliste simple dans sa maison. » (E15-P4)

d) Le regroupement : Oui, mais pas comme modèle unique de l'exercice coordonné

➤ Exercer seul ne veut pas dire être isolé

Pour plusieurs médecins la coordination est un état d'esprit ; il n'y a pas besoin d'être dans une même structure pour se coordonner :

« On confond un exercice individuel et un exercice isolé. L'exercice isolé existe partout qu'on soit en groupe, dans un service hospitalier ; c'est une question d'état d'esprit et d'organisation. Un exercice individuel ça n'a rien à voir ! On peut être dans un cabinet, dans un local individuel et pour autant travailler sans arrêt avec ses confrères. » (E13-P10)

➤ Il faut laisser au médecin libéral le choix de son exercice

La majorité des médecins interrogés, sont opposés à un modèle unique d'exercice :

« Ça fait peut-être partie de l'évolution, mais il faut laisser le choix au médecin. Il y a des gens qui ne s'entendent pas du tout en groupe, c'est leur choix d'être tout seul : c'est volontaire. Il faut respecter ce choix, c'est nécessaire d'avoir les deux types d'exercices : c'est la Liberté ! » (E19-P4)

2.2.2 La création des CPTS

Après avoir annoncé la fin de l'exercice en cabinet individuel, le gouvernement propose de créer des CPTS. Nous avons étudié les motivations et les freins des médecins à adhérer à ces nouvelles structures de coordination.

a) Carte de concepts

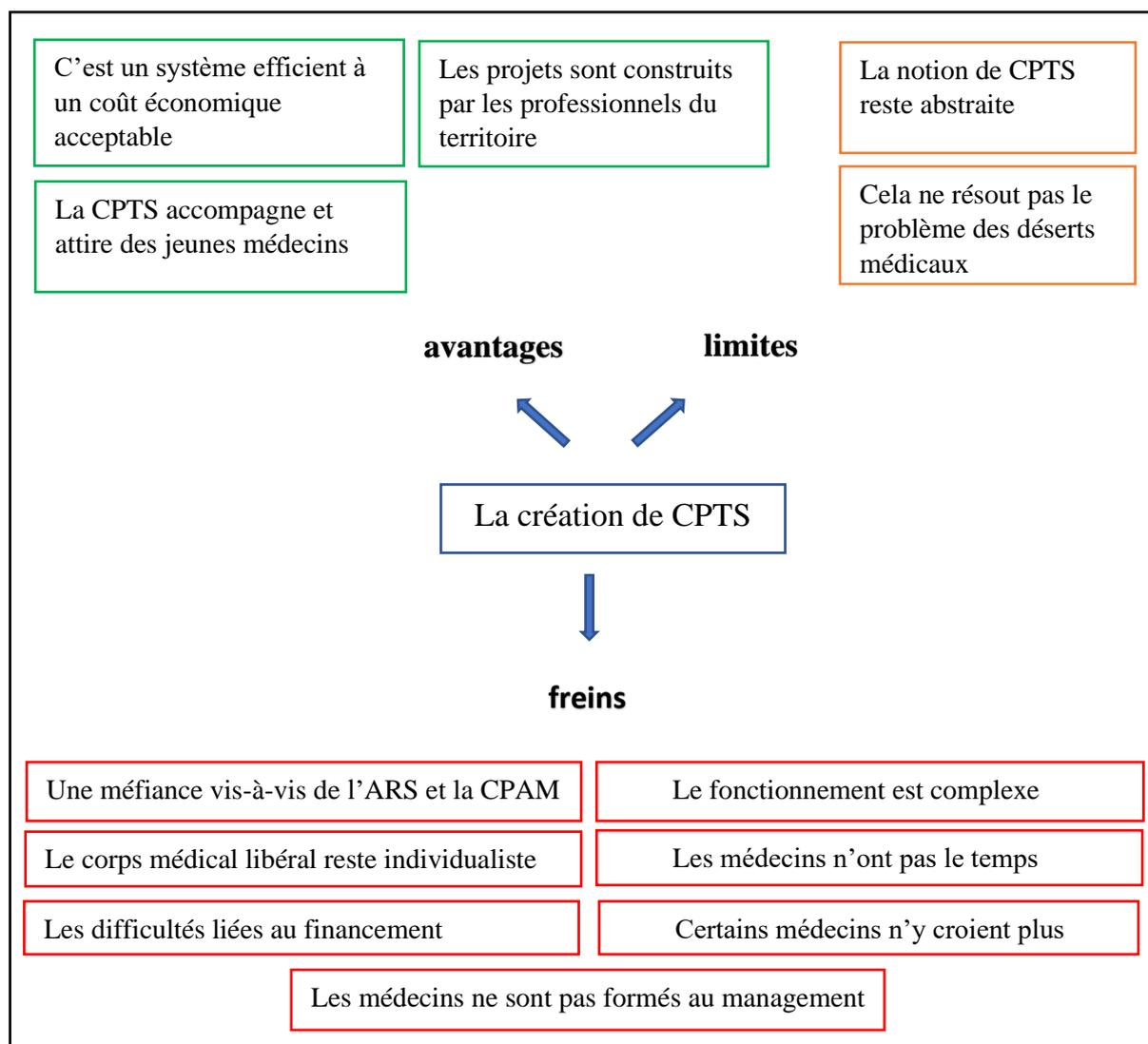


Figure 4 - La création de CPTS

Légende : ARS : Agence Régionale de Santé, CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

b) L'apport des CPTS pour les professionnels de santé

La CPTS présente plusieurs avantages :

➤ C'est une initiative des professionnels du territoire

Les projets de santé sont construits par les professionnels du territoire :

« [C'est] mieux quand ce sont des gens locaux qui s'investissent et qui essayent de trouver des solutions à des problèmes locaux, parce qu'ils connaissent le territoire. » (E10-P7)

Différents projets ont été proposés par les médecins :

- ✓ Répondre à la demande de soins non programmés :

« L'idée des CPTS c'est : pouvoir gérer un patient qui appelle pour une consultation urgente, qui doit être faite le jour même. S'il ne peut pas être pris en charge par son médecin traitant habituel, faire en sorte qu'il puisse être vu par quelqu'un qui appartient au regroupement [de la CPTS]. » (E9-P5)

- ✓ Répondre aux besoins des professionnels dans leur pratique quotidienne :

« Pourquoi pas créer une CPTS en disant : « Quelle est la meilleure façon de gérer sur le plan administratif un cabinet médical ? » (E6-P5)

- ✓ Organiser des formations pluriprofessionnelles :

« On va aussi mettre en place des FMC [Formations médicales continues] interprofessionnelles. J'ai demandé aux infirmières de nous préparer un topo sur les ulcères et les escarres ; elles y sont tout le temps confrontées. » (E16-P11)

- ✓ Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées :

« Actuellement notre projet de santé c'est : le maintien à domicile de la personne âgée [...] Madame X [coordonnatrice de la CPTS] est partie voir une dame chez qui le maintien à domicile commence à être difficile ; les aidants sont épuisés. On va estimer les besoins de la patiente. On évite une hospitalisation. » (E16-P8)

- ✓ Faciliter l'accès des patients aux plateaux techniques :

« Si on a besoin d'une radiologie en urgence, on passe par les urgences. On est en train de créer une filière directe pour ne plus avoir les 12 heures d'attentes. J'ai dit à mes amis [urgentistes] « le patient fait ses examens et vous le renvoyez tout de suite à la maison. On vous libère des lits, mais en contrepartie le patient reste le moins longtemps aux urgences». Les urgentistes étaient d'accord. » (E16-P9)

- **C'est un système efficient à un coût économique acceptable**

« Je sais qu'on va générer des économies en évitant des hospitalisations à outrance. [Pour une CPTS], les seuls postes de dépenses sont le salaire de la coordinatrice et la location du bureau. [...] Une MSP comme à X [ville] a coûté 90.000 euros. Si ça ne marche pas, la mairie se retrouve avec les locaux. La CPTS c'est [plus] léger : on respecte le tissu existant et les structures. » (E16-P10)

- **Elle accompagne et attire des jeunes médecins**

« [Pour] les internes, moi j'étais comme ça au début, c'est un peu la peur de se retrouver seul et de se dire « Comment je vais faire ? » Avec la CPTS [ils ont] quelque part des seniors, c'est du compagnonnage [...]. Par la CPTS, je pense aussi à ma paroisse : je me dis « Ça va peut-être attirer des jeunes médecins dans le secteur. » (E16-P12)

c) Les limites de cette nouvelle structure

- **La notion de CPTS reste abstraite**

« Pour le moment [c'est] assez vague, assez complexe : combien de temps ça peut prendre ? Quel investissement demandera-t-on au médecin ? Quelle contrepartie aurons-nous ? » (E10-P7)

- **Ça ne résout pas le problème des déserts médicaux**

« Plus de réseau, plus de communication : c'est bien. Mais ça n'augmente pas le nombre de médecins pour accéder aux soins. Je pense que ça ne règlera pas le problème. » (E3-P9)

d) Les freins à la constitution d'une CPTS

Les conditions sont peu propices à la création de CPTS :

➤ Le fonctionnement est complexe

« On met en place un système soviétique nord-coréen pour coordonner les médecins. Qu'on nous laisse coordonner à notre façon et pas avec des façons trop strictes, trop de paperasse, trop de réunionites. On ne veut pas de ça ! [...] La CPTS part d'une bonne idée, puis ça va se terminer en eau de boudin par un système hyper compliqué. » (E18-P5)

➤ Certains médecins n'y croient plus

« Dans la théorie c'est bien, dans la pratique...(silence) C'est comme le réseau hôpital médecin généraliste, c'est comme les réseaux avec les psychiatres et les psychologues : ce sont des choses qui sont censées nous faciliter [l'exercice]. Puis, quand on [les] appelle c'est 6 mois de délai, c'est 1 mois de délai...On vous donne un avis et finalement ils [les patients] ne sont pas revus, donc ils sont perdus de vue. » (E3-P9)

➤ D'autres médecins n'ont pas de temps disponible pour intégrer ce nouveau projet

« L'inconvénient majeur c'est le temps de réunion et le temps administratif de constitution de la CPTS. La création de la CPTS ne peut se faire qu'au prix d'heures et d'heures de réunions, de rédaction de projets de santé, de rencontres avec les acteurs du territoire. [...] Avec mes 45 heures de consultations hebdomadaires ; je ne vois pas quand je pourrais le faire.» (E5-P7)

➤ Le corps médical libéral reste individualiste ce qui ne favorise pas ce type de projet

« Je pense qu'il y a de nombreux confrères qui ne sont pas du tout branchés là-dessus. Qui on fait médecine pour faire de la médecine avec quand on est en libéral, je pense, une certaine dose d'individualisme et se dire « Je mène ma barque, mon boulot. » » (E10-P7)

➤ **Il existe une méfiance des médecins vis-à-vis de l'ARS et de la CPAM**

« Les nombreuses contraintes et contreparties demandées par l'ARS rebutent pas mal les médecins : Il y aura un cahier des charges très lourd, ce n'est pas du tout ce que recherchent les médecins aujourd'hui. » (E17-P6)

« Dans ce système pour que les CPTS reçoivent de l'argent, il y a les accords ACI [Accords Conventionnels Interprofessionnels] : c'est la façon de gagner de l'argent dans la CPTS ou en MSP. [Pour le financement des accords ACI] c'est la CPAM qui prend la main et pour recevoir de l'argent de la CPAM, c'est vraiment très difficile. » (E18-P5)

➤ **Les médecins ne sont pas formés au management**

« Aujourd'hui les médecins n'ont pas été formés à ça [au management], même les jeunes médecins. On leur apprend à faire des actes, à soigner : on les envoie 6 mois aux urgences, on ne les envoie pas 6 mois dans l'administration de l'hôpital pour apprendre l'administration. On ne leur apprend toujours pas à être chef d'entreprise. [...] Gérer une maison de santé ou demain gérer une CPTS, ce n'est pas simple ! C'est un nouveau métier. » (E18-P5)

3. Les propositions des médecins de l'étude

Dans cette deuxième partie nous avons recueilli les propositions personnelles de chaque médecin pour améliorer l'accès aux soins en médecine générale.

a) Carte des concepts

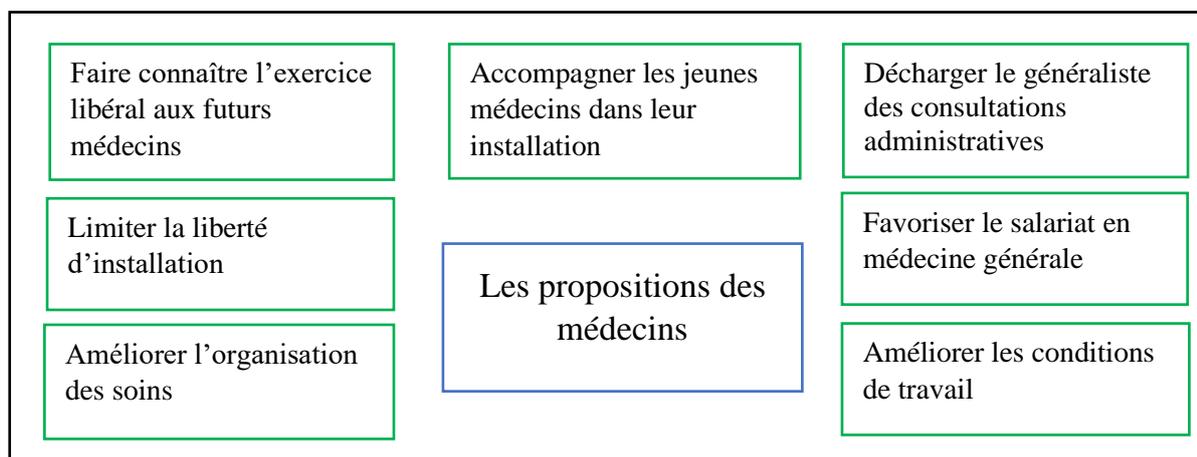


Figure 5 - Les propositions des médecins

b) Les propositions des médecins

Les médecins ont suggéré différentes mesures pour améliorer l'accès aux soins :

➤ **limiter la liberté d'installation**

« La liberté d'installation perd un peu de son sens avec le temps. C'était bien il y a quelques années parce que les jeunes médecins dans les années 50, 60, 70, 80, 90 disaient « Oui je m'installe là, ça ne me dérange pas. » Maintenant, c'est fini ce temps-là !

AL : Il faut limiter la liberté d'installation ?

M7 : Oui ! » (E7-P8)

Légende : AL : Anne-Laure , M7 : Médecin interrogé lors du 7^{ème} entretien

➤ **Faire connaître l'exercice libéral aux futurs médecins**

« Je suis extrêmement surprise, voire déçue qu'on n'ait pas plus de maîtres de stage [...]. Ça nous permet d'avoir des jeunes. C'est un vivier quand on a des internes, des SASPAS [Stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé] : un vivier pour des jeunes médecins qui peuvent s'installer dans le coin. » (E12-P6)

➤ **Accompagner les jeunes médecins dans leur installation**

- ✓ Répondre aux attentes des jeunes médecins en terme d'installation :

« *Le gros problème c'est qu'on forme des jeunes médecins et on ne les voit pas s'installer.[...] Tout ce qui peut aller dans votre sens, dans votre démarche ; il faut agréer. [...]A vous peut-être de poser certaines conditions, certains choix.* » (E17-P7)

- ✓ Créer une maison médicale :

« *Attirer un petit peu les jeunes et peut-être leur donner en main une maison médicale structurée.* » (E6-P6)

- ✓ Mettre en relation les remplaçants exerçant sur un même secteur :

« *Il faudrait habituer les internes ou les remplaçants à se poser des questions, à penser à des installations en groupe. C'est ce qu'il faut réussir à développer : c'est se dire que dans ce territoire-là, où un médecin a une patientèle énorme, ce ne sera jamais un médecin tout seul qui viendra. Donc, il faudrait trouver le moyen que les remplaçants soient en contact pour à un moment donné se dire « Nous on se connaît, tous les deux on remplace sur ce secteur. Pourquoi on irait pas s'installer ? » » (E10-P8)*

➤ **Décharger le généraliste des consultations administratives**

« *Décharger les médecins généralistes de tout ce qui ne relève pas du médecin généraliste : Qu'il n'y ait pas besoin d'arrêt de travail pour la gastro, qu'on donne des jours maladie à des gens sans justificatif. La même chose pour la cantine, les nez qui coulent. Ces choses-là nous bouffent un temps pas possible. Que les arrêts maladie longue durée soient gérés par la sécu, que les accidents de travail soient gérés par les médecins du travail...* » (E5-P8)

➤ **Améliorer les conditions de travail**

- ✓ Recentrer l'exercice sur le soin :

« *Il faudrait dupliquer le fonctionnement des maisons médicales aux cabinets de ville. Je suis content d'être de garde dimanche, c'est tellement confortable. Je suis médecin, je suis là pour faire de la médecine ! Je ne suis pas là pour faire de la paperasse. A la maison médicale de garde j'ai quelqu'un qui s'occupe de tout : elle regarde si les gens sont à jour de leur carte, elle fait les encaissements...* » (E16-P12)

✓ Apporter un soutien financier :

« Ce n'est pas pour gagner plus ; c'est pour travailler dans de meilleures conditions. Demain la consultation passe à 40 ou 50 euros, le lendemain on embauche une secrétaire. » (E16-P6)

➤ **Favoriser le salariat en médecine générale**

« Ce serait bien que la médecine [générale] devienne salariée ! [...] Si on installe une maison de médecine générale à l'hôpital avec des salaires décents, je suis sûr qu'on aurait du monde. » (E6-P6 et 8)

« Aujourd'hui c'est 70% de femmes qui sortent [des études de médecine]. D'où l'intérêt de mon contrat de fonctionnaire territorial, puisque les femmes avec tous les problèmes du libéral[...] Ça n'engage pas à aller en libéral. Le contrat de fonctionnaire territorial peut être attirant pour les femmes. » (E15-P2) (Contrat de 35 heures par semaine rémunéré par la mairie à 4200 euros brut par mois)

➤ **Améliorer l'organisation des soins**

Favoriser une organisation cohérente et graduée des soins :

« Que chacun soit à sa place : la médecine générale pour le premier recours pour la partie médicale, comme l'infirmière pour la partie paramédicale. Ensuite, la médecine spécialisée en ville. Enfin, l'hôpital restitué à sa place pour le malade qui ne peut pas être soigné à son domicile, le malade allongé. Or actuellement ce n'est pas ça ! [...] L'hôpital ouvre une consult acuponcture et sophrologie, mais il y en a plein en ville. Ce n'est pas le rôle de l'hôpital ! » (E13-P16)

Favoriser les échanges entre les professionnels de santé du territoire :

✓ En optimisant les outils numériques :

« Beaucoup de patients me disent « J'ai les informations sur le DMP [Dossier médical partagé] » mais quand je lis la carte vitale sur un logiciel, je ne sais pas comment l'ouvrir [...] [Le DMP] permettrait de gagner du temps plutôt que devoir appeler pour avoir les infos. » (E9-P10 et P11)

✓ En coordonnant les différents acteurs de la Santé :

« Si on peut améliorer la communication peut-être qu'on pourrait plus rapidement dire « [Dans cette situation] il faudrait faire plus rapidement tel examen, l'adresser au spécialiste... » Un meilleur accès aux soins dans le sens où on adresse de manière plus justifiée plutôt que trainer un truc [une demande] sans en voir le bout. » (E9-P10)

IV. DISCUSSION

La discussion est composée de deux parties : la première présente les forces et les limites de notre travail ; la seconde confronte nos résultats aux données de la littérature.

A. Les forces et limites de l'étude

1. Les points forts

a) Le choix de la méthodologie

Le choix d'une méthodologie qualitative était pertinent pour recueillir l'opinion des médecins généralistes. Notre intention n'était pas d'extrapoler les résultats à l'ensemble des généralistes de Picardie, mais d'identifier et de comprendre les réticences et les motivations des médecins vis-à-vis des mesures proposées par le gouvernement pour améliorer l'accès aux soins.

b) L'évolution du guide d'entretien

Le guide a d'abord été testé auprès d'un interne en médecine générale de façon à vérifier la bonne compréhension des questions. L'entretien test a ensuite été analysé par la directrice de thèse. Cette analyse a mis en évidence des relances subjectives, qui auraient pu orienter les réponses des médecins interrogés. Afin de limiter ce risque, la formulation des relances a été modifiée en privilégiant les questions ouvertes.

Les étapes de recueil et d'analyse des données se sont déroulées simultanément. Ceci a permis d'enrichir le guide au fur et à mesure des entretiens, afin d'explorer ou de vérifier les hypothèses émergentes lors des entretiens suivants.

c) La population étudiée

La lecture du tableau 1 montre des profils de médecins généralistes diversifiés. Le choix des participants a donc été correctement effectué de façon à maximiser la variété des points de vue.

d) L'analyse des données

Pour analyser les entretiens, nous avons utilisé le logiciel NVIVO 12. Ce logiciel nous a permis de fiabiliser le codage des informations recueillies. La triangulation réalisée sur un tiers des entretiens, avec l'aide d'un autre interne en médecine générale, a montré des résultats similaires. Ce deuxième codage a permis de limiter le risque de subjectivité lors de l'analyse des entretiens.

e) **La saturation des données**

La saturation des données a été obtenue au 17^{ème} entretien. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés pour confirmer l'absence de nouvelle information.

2. Les limites de l'étude

a) **Les limites liées à l'investigateur**

C'était la première fois que je réalisais un travail de recherche qualitative. En dépit de mon souci d'avoir une attitude la plus neutre possible, ma façon de mener les entretiens a pu être différente d'un médecin à l'autre. Le fait de connaître certains d'entre eux a aussi pu avoir une influence sur leurs réponses.

b) **Les limites liées à l'entretien**

Certains entretiens ayant été réalisés pendant leur temps de consultation, les médecins ont donc parfois été limités par le temps ou interrompus par le téléphone. Ces interférences ont pu freiner le développement de certaines idées.

c) **Les aspects non abordés**

Le thème de l'accès aux soins est vaste et les mesures proposées par la réforme sont nombreuses. Afin d'obtenir un recueil de données le plus exhaustif possible, nous avons interrogé uniquement des médecins généralistes et nous nous sommes limités aux principales mesures de la réforme portant sur l'accès aux soins.

Dans notre étude, nous n'avons pas abordé :

- Le point de vue des autres acteurs du monde de la santé, également concernés par la problématique de l'accès aux soins (autres professionnels de santé, patients, élus locaux...);
- Les mesures secondaires de la réforme : les postes de médecin à exercice mixte (ville et hôpital) et la télémédecine.

Plusieurs travaux de thèse se sont intéressés à la télémédecine. Nous n'avons pas choisi cette mesure, car elle aurait été survolée compte tenu des nombreuses thématiques déjà étudiées.

B. L'analyse des résultats de l'étude

1. Le partage de tâches médicales

1.1 Les modalités d'exercice de l'infirmier en pratique avancée

L'infirmier en pratique avancée (IPA) dispose de compétences élargies. Il pourra notamment :

- ✓ conduire un entretien et réaliser l'examen clinique du patient ;
- ✓ demander des examens complémentaires ;
- ✓ renouveler ou adapter des prescriptions médicales.

Son domaine d'intervention en médecine ambulatoire concerne : la prévention, les pathologies chroniques stabilisées et les polyopathologies courantes en soins primaires [21].

Il suivra des patients, qui lui auront été confiés par un médecin, et reviendra vers ce médecin, lorsque les limites de son champ de compétences seront atteintes [22].

1.2 Discussion des principaux freins du point de vue des médecins interrogés

Notre étude a identifié trois principaux freins au développement de nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé.

a) La remise en cause d'un modèle d'exercice

Le premier frein est lié à la remise en question du modèle d'exercice de la médecine générale. En effet, la délégation de certaines tâches médicales vers d'autres professionnels de santé amène le médecin généraliste à se centrer uniquement sur une partie des soins de son patient et donc lui faire perdre l'essence même de son métier, qui consiste à assurer une prise en charge la plus globale possible.

Ensuite, la délégation de tâches vers les IPA nécessite l'établissement de protocoles entre le médecin et l'IPA. Ces protocoles visent à recommander certaines pratiques professionnelles face à des situations données. Le risque de cette protocolisation est de conformer tous les patients atteints d'une même pathologie à des critères standards établis. Ce mécanisme est contradictoire avec le souci du médecin de personnaliser les soins en fonction des besoins et attentes de son patient.

Cette modification de la répartition des tâches a donc des conséquences sur le sens que les médecins attribuent à leur métier.

b) Le problème de la responsabilité des actes délégués

Le deuxième frein soulevé par les médecins, est le problème de la responsabilité des actes délégués.

En effet, la responsabilité du médecin est différente si le partage de tâches entre un médecin et un autre professionnel s'inscrit dans une délégation ou un transfert de tâches médicales. Dans un transfert de tâches, l'activité est confiée dans sa totalité, y compris en termes de responsabilité, à un autre professionnel. Dans la délégation de tâches, le professionnel qui délègue garde la responsabilité des actes délégués, même si ces derniers sont effectués par d'autres professionnels [23].

Le décret autorisant la pratique avancée emploie le terme de coopération et ne précise pas s'il s'agit d'un transfert ou d'une délégation de tâches. Cependant, cette coopération est formalisée par un contrat, dans lequel chacun s'engage sur des soins précis [24]. En cas de litige, il est très vraisemblable que le juge se penchera sur le contenu de ce document, qui peut engager tant la responsabilité de l'IPA que celle du médecin [25].

c) Un financement peu propice mais qui tend à évoluer

La dernière difficulté rencontrée tient aux modalités de financement des médecins. En effet, cette délégation ne peut être envisagée, même pour des généralistes motivés, que si elle s'inscrit dans une perspective économique positive.

Aujourd'hui, la rémunération des médecins généralistes est composée à plus de 80 % d'un paiement à l'acte [26]. Dans ce mode de rémunération, les actes simples et rapides sont tout aussi rémunérateurs que les consultations longues et complexes. Il n'est donc pas attractif, du moins du point de vue financier, pour un médecin de déléguer les actes simples [27,28].

Toutefois, si le financement à l'acte favorise une bonne réactivité vis-à-vis des besoins immédiats des patients, il ne favorise pas les actions de prévention et la prise en charge coordonnée des patients atteints de pathologies chroniques [26,28]. Pour y remédier, la réforme prévoit d'augmenter la part de rémunération forfaitaire [26].

Ces différents éléments d'information mis en évidence dans notre étude sont déjà connus dans la littérature pour être des obstacles au développement de coopérations interprofessionnelles [29,30,31].

1.3 Discussion des principaux avantages du partage de tâches

a) Présentation des principaux avantages identifiés dans notre étude

Les principaux avantages constatés dans notre étude sont bien ceux visés par la réforme : d'une part répondre à la pénurie des médecins dans les zones désertifiées et d'autre part améliorer la prévention et le suivi des maladies chroniques.

b) Deux modèles de partage de tâches

La Haute autorité de santé distingue deux formes de coopération entre professionnels de santé :

- Un partage de tâches du médecin généraliste vers d'autres professionnels de santé, dans une logique de substitution ;
- Le développement de nouvelles tâches médicales venant compléter la prise en charge du médecin, dans une logique de diversification des activités [32].

Le modèle de coopération privilégié par la réforme s'inscrit dans la logique de substitution.

Nous allons, au travers d'expériences initiées en France et à l'étranger, montrer les avantages respectifs de ces deux formes de coopération.

✓ Le modèle substitutif : Enseignements d'expériences réalisées à l'étranger

Plusieurs pays (Etats-Unis, Canada, Pays-Bas, Royaume-Uni...) ont autorisé la vaccination en officine et le suivi de pathologies chroniques stabilisées par les IPA. L'analyse de ces expériences à l'étranger apporte plusieurs enseignements.

Premièrement, la prise en charge par les IPA en médecine de ville apporte une qualité de soins comparable à celle des médecins pour les affections mineures et le suivi des patients atteints de maladies chroniques stabilisées [33,34].

Deuxièmement, l'augmentation du taux de couverture vaccinale antigrippale, depuis le démarrage de la vaccination antigrippale en officine, reste limitée et variable d'un pays à l'autre [35].

In fine, ces deux mesures rencontrent une satisfaction de la part des patients. Cette satisfaction des usagers est attribuée au plus grand temps de consultation accordé par les IPA et à la facilité d'accès à la vaccination en officine [33,34,35].

✓ **Le modèle complémentaire : Enseignement d'une expérience française**

En France, les protocoles de coopération en médecine générale restent anecdotiques. Seul le protocole « Action de SAnté Libérale En Equipe » (ASALEE) connaît une certaine diffusion [36]. Dans ce protocole, l'infirmier travaille en coopération avec le médecin en proposant au patient un nouveau soin : l'éducation thérapeutique du patient (ETP). L'ETP dispensée par l'infirmier, permet au patient d'acquérir des compétences, pour mieux comprendre et gérer sa maladie chronique au quotidien. Les médecins engagés dans ce protocole plébiscitent cette coopération, car le travail de l'infirmier vient compléter leur pratique médicale dans des dimensions éducatives et d'accompagnement, qu'ils assuraient peu jusqu'alors [37].

L'évaluation de ce dispositif montre une amélioration du suivi des patients diabétiques. Cependant, seule une minorité de médecins indiquent que cela leur a permis de libérer du temps pour prendre en charge de nouveaux patients [38].

L'analyse des expériences de partage de tâches à l'étranger montre que les protocoles de coopération, prévus dans la réforme, permettent de libérer du temps médical tout en proposant une qualité de soin comparable à celle dispensée par le médecin [33,34]. Cependant, leur mise en œuvre s'accompagne d'une remise en question du sens que les médecins attribuent à leur métier. Elle suppose également des modifications des modes de rémunération et un cadre légal définissant avec précision la part de responsabilité des médecins s'engageant dans ces nouvelles formes de coopération.

2. Les assistants médicaux

2.1 Les modalités d'exercice de l'assistant médical

L'assistant médical est un nouveau métier accessible aussi bien à des profils soignants, comme les infirmiers ou les aides-soignants, qu'à des profils non soignants, comme les secrétaires médicales. Le médecin pourra attribuer à l'assistant médical des tâches administratives (accueil du patient, gestion des dossiers médicaux...), un rôle dans la consultation (prise de constantes, préparation d'actes techniques...) ou des missions de coordination (prise de rendez-vous avec un spécialiste, admission à l'hôpital...).

Le déploiement des assistants médicaux répond à un triple enjeu : favoriser un meilleur accès aux soins en recevant davantage de patients, permettre un meilleur suivi des patients et améliorer les conditions d'exercice des médecins [39].

2.2 Présentation des principaux résultats de l'étude

a) La diminution du temps administratif

L'attente principale des médecins vis-à-vis de l'assistant médical concerne la diminution de leur charge de travail. Les tâches, qu'ils souhaitent pouvoir lui confier, sont essentiellement d'ordre administratif, comme la mise à jour des dossiers informatiques, l'encaissement...

Ces missions pouvant en grande partie être assurées par des secrétaires, la majeure partie des médecins interrogés ne voit pas l'utilité de créer un nouveau métier.

b) La non prise en compte de la relation médecin-malade

Les médecins interrogés sont réticents à déléguer les actes en lien avec la consultation (accueil du patient, prise de la tension...), car ces courts moments de soins leur permettent de dialoguer et d'instaurer une relation de confiance avec leurs patients.

Dans son rapport, l'Académie Nationale de Médecine souligne que les attributions des assistants médicaux doivent aussi tenir compte de leur effet sur la relation médecin-malade. En d'autres termes, le gain de temps médical apporté par les assistants médicaux, ne doit pas seulement viser l'augmentation de la patientèle, mais doit aussi permettre au médecin de retrouver le temps nécessaire à l'écoute et au dialogue. La négligence de ce composant essentiel de la consultation, est préjudiciable à des soins de qualité [40].

c) Des conditions contraignantes

L'aide au financement de l'assistant médical, apportée par l'assurance maladie, est conditionnée à l'engagement du médecin d'augmenter à la fois sa patientèle de médecin traitant, mais aussi sa file active (c'est-à-dire le nombre de malades différents vus au moins une fois au cours de l'année). Le financement accordé pour un assistant médical à temps plein sera de 36 000 euros la première année, 27 000 euros la deuxième et 21 000 euros la troisième. À compter de la troisième année, l'aide ne sera maintenue que si les objectifs d'augmentation d'activité sont respectés [39].

2.3 L'assistant médical : Un intérêt partagé

a) Un dispositif peu attractif...

Pour les médecins interrogés, les contreparties demandées par l'assurance maladie et le manque d'attention apporté à la relation médecin-malade sont deux freins importants à l'embauche d'un assistant médical.

Dans la littérature, il apparaît que seulement un tiers des médecins généralistes est intéressé par cette embauche [41].

b) ... Mais qui séduit tout de même quelques médecins

Cependant, les médecins précurseurs témoignent de l'impact positif de l'assistant médical sur leur pratique. Ils soulignent une amélioration de leur qualité de vie professionnelle et un meilleur suivi de leur patient. En effet, le temps médical libéré par l'assistant médical leur permet de mieux se concentrer sur les soins en diminuant la charge mentale de la consultation [42,43]. Les bénéfices de ce dispositif se ressentent aussi en Allemagne, où les 400.000 assistants médicaux sont un maillon indispensable du système de santé. Leur présence permet au médecin de gagner un temps précieux pour le soin et d'offrir au patient des services plus étendus (électrocardiogramme (ECG), exploration fonctionnelle respiratoire (EFR), prise de sang...) [44,45].

Compte tenu des nombreuses contreparties demandées par l'assurance maladie, il est peu probable que l'exercice avec un assistant médical devienne le modèle unique en France. Cependant, ce dispositif offre aux médecins qui le souhaitent, la possibilité de travailler avec un assistant médical, en bénéficiant d'une aide pérenne de l'État.

3. La fin souhaitée de l'exercice en cabinet individuel

3.1 Présentation des principaux résultats de l'étude

Nos résultats ont montré l'attachement des médecins aux différents modes d'exercice de la médecine générale. Si la plupart reconnaissent les avantages du regroupement, la majorité des médecins considèrent que l'exercice isolé ou regroupé doit procéder d'un choix individuel et non de contraintes imposées.

3.2 Le regroupement présente de nombreux avantages...

Environ 60 % des médecins généralistes exercent en groupe en 2019 [36]. Cet exercice est surtout plébiscité par les jeunes générations. Selon une récente enquête, seuls 3 % des internes envisagent un exercice libéral en cabinet individuel [46]. L'exercice regroupé présente de nombreux avantages : amélioration de la permanence des soins et des conditions de travail des professionnels, mise en commun des moyens, possibilité de rentabiliser des équipements coûteux... [36].

3.3 ...Mais aussi quelques inconvénients

Bien que privilégié par le gouvernement et la jeune génération, l'exercice regroupé présente aussi des inconvénients.

Des travaux dans la littérature indiquent que le regroupement des médecins crée des difficultés d'accès aux soins pour les patients isolés et peu mobiles. En effet, ce regroupement des professionnels de santé induit une plus grande concentration de l'offre de soins, qui met à mal le principe même de répartition territoriale au plus près du malade [47,48].

Il est aussi à noter qu'exercer seul ne veut pas nécessairement dire être isolé et inversement faire partie d'une structure de groupe ne signifie pas forcément échanger avec ses associés.

Au concept de regroupement des professionnels dans un même lieu se substitue le concept plus fonctionnel de coordination des soins. Car si la prise en charge des malades chroniques et des personnes âgées impose une coordination des soins, elle n'implique pas nécessairement le regroupement de ces soins dans un même lieu [48].

4. Les communautés professionnelles territoriales de santé

4.1 Une nouvelle forme d'exercice coordonné

L'avantage d'une CPTS par rapport à une MSP est le respect du maillage territorial. En effet, les professionnels qui adhèrent à une CPTS n'ont pas besoin d'exercer dans la même structure et peuvent conserver leurs lieu et mode d'exercice [36].

Cette communauté est composée des différents acteurs libéraux d'un territoire : professionnels de santé de premier et second recours, établissement de santé, acteurs médico-sociaux....

Les membres de la CPTS construisent ensemble un projet de santé, qui répond à un besoin de la population du territoire. Une fois ce projet formalisé, il est transmis à l'ARS. Si le projet est accepté, un contrat territorial de santé est établi entre la structure, l'ARS et l'assurance maladie [49].

4.2 Présentation des principaux freins identifiés dans notre étude

a) Des médecins méfiants

On constate une méfiance des praticiens dans la mise en place pratique des CPTS. Les principales inquiétudes exprimées lors des entretiens sont le cadre flou du dispositif, les contraintes administratives et la nécessaire contractualisation avec les ARS.

b) Un dispositif complexe et chronophage

Une autre inquiétude, soulignée par les entretiens, est le caractère complexe et chronophage de la CPTS. En effet, il est difficile pour un professionnel, déjà débordé par son activité, d'organiser des réunions, de formaliser des rapports, de motiver une équipe et de suivre la progression du projet. Dans son rapport l'Académie Nationale de Médecine constate que les ARS réservent la gestion d'une CPTS à un médecin, mais que ces derniers y renoncent fréquemment en raison du temps qu'ils devraient y consacrer [40].

Ces différents constats expliquent le faible enthousiasme des médecins pour les CPTS. Selon une enquête récente, ils ne sont que 40 % à vouloir adhérer à ce nouveau dispositif [50].

4.3 L'exercice en CPTS occasionne plusieurs changements dans la pratique

L'exercice en CPTS ne va pas de soi : il occasionne trois changements principaux dans la façon d'exercer.

a) Passer d'une approche patientèle à une approche populationnelle

L'enjeu des CPTS est de conduire les professionnels de santé libéraux à passer d'une approche patientèle à une approche populationnelle. Cette démarche consiste à dépasser la patientèle de chaque professionnel de santé pour proposer une organisation pluriprofessionnelle, capable de répondre aux problèmes de santé de la population d'un territoire. Ce changement nécessite d'accepter le regard des autres professionnels sur sa pratique et d'avoir confiance dans le collectif [51].

b) Passer d'un fonctionnement individuel à un fonctionnement collectif

La relation médicale traditionnelle s'inscrit dans un colloque singulier, basé sur une confiance réciproque liant un praticien et son patient. Dans son exercice habituel, le médecin engage de façon individuelle sa responsabilité vis-à-vis de ses patients.

Dans une CPTS le médecin n'est plus seul face au patient ; il travaille en équipe avec différents acteurs de la santé autour d'un projet commun. Cette équipe porte une responsabilité collective à l'échelle d'un territoire.

Cette nouvelle pratique médicale, qui privilégie la pluridisciplinarité, vient bouleverser le rapport duel traditionnel existant entre un médecin et son patient [51].

c) Accepter un nouveau mode de financement

Le financement des CPTS repose sur des Accords Conventionnels Interprofessionnels (ACI). Ces accords prennent la forme de contrats signés entre les professionnels de la CPTS, l'ARS et l'assurance maladie.

Le montant du financement accordé par l'assurance maladie à la CPTS dépend de la taille de la CPTS et de l'atteinte d'objectifs fixés dans le contrat. Chaque communauté dispose d'une totale liberté sur l'utilisation des sommes versées dans le cadre du contrat.

Cette nouvelle contractualisation implique des négociations autour du rôle et de la rémunération de chaque acteur de la CPTS, ainsi qu'une organisation permettant de rendre compte à l'assurance maladie [51].

4.4 Les avantages de l'exercice en CPTS

Les principaux avantages recueillis sont issus de l'entretien réalisé avec le médecin à l'origine du premier projet de CPTS des Hauts de France (entretien numéro 16).

a) Témoignage d'un médecin de l'étude

Sa CPTS est née d'une expérience de terrain : une de ses patientes, âgée de 92 ans, souhaite mourir à son domicile et lui demande de ne jamais l'hospitaliser. En 2016, la patiente fait un accident vasculaire cérébral. Afin de poursuivre les soins à son domicile, une coordination avec tous les acteurs du territoire est mise en place.

Cette expérience a permis aux différents professionnels de mieux se connaître, d'échanger sur les problématiques rencontrées par chacun d'eux et de trouver ensemble des solutions pour y remédier. Après le décès de la patiente, les professionnels de santé ont souhaité poursuivre cette coopération et se sont réunis pour élaborer un projet de CPTS.

Aujourd'hui cette CPTS regroupe 65 professionnels de santé, dont 15 médecins généralistes. Elle travaille en coordination avec le service d'urgence et de gériatrie du centre hospitalier local. Son projet de santé est le maintien à domicile des personnes âgées ; sur une période de 6 mois, la CPTS a permis d'éviter 12 hospitalisations. Elle est financée par l'ARS et le conseil départemental. Son budget annuel est de 80 000€ comprenant le salaire de la coordinatrice, la location du local, l'indemnisation des réunions de coordination et les frais administratifs.

b) Les avantages relevés dans la littérature

La recherche bibliographique a permis d'identifier différents avantages induits par une CPTS.

✓ C'est un projet porté par les professionnels de santé du territoire

Au commencement de toute communauté, il existe un groupe de professionnels de santé, qui ont envie de travailler ensemble, pour la population d'un territoire, autour d'actions de prévention et de soins.

Plutôt que de choisir la voie d'un modèle unique et imposé, le gouvernement a fait le pari de miser sur la capacité des acteurs à s'engager. La liberté octroyée par la loi a favorisé l'émergence d'une grande variété de projets. On recense aujourd'hui environ 280 projets de CPTS, à des degrés de maturité divers [52].

✓ **C'est une structure au service des professionnels de santé**

Les CPTS sont des structures au service des patients, mais aussi des professionnels de santé. En effet, plusieurs actions initiées dans les CPTS visent à favoriser les conditions d'exercice des médecins : trouver un remplaçant pendant les congés, lutter contre l'épuisement professionnel, organiser des parcours pluriprofessionnels pour les internes... [53].

En outre, l'existence d'un coordinateur gérant les relations avec les institutions et la mise en place d'outils numériques de coordination permettent aux professionnels de la structure d'optimiser leur temps de travail [54].

✓ **La CPTS favorise une médecine de coopération**

L'interprofessionnalité apporte un dynamisme et permet la mise en place d'actions concrètes. Un exemple de projet parmi d'autres est la mise en place d'un protocole de prévention du risque de chute chez les personnes à risque grâce à l'intervention complémentaire d'un médecin, d'un kinésithérapeute et d'une ergothérapeute [55].

✓ **La CPTS est un interlocuteur essentiel pour les partenaires extérieurs**

La CPTS permet de donner de la visibilité et du poids aux professionnels de la ville, afin qu'ils soient mieux reconnus sur certains sujets, comme par exemple le retour d'hospitalisation, les urgences ou le parcours de soins coordonné. Elle répond également aux besoins des établissements, en offrant un interlocuteur unique pour l'hôpital et les autres acteurs de la santé (la santé scolaire, la santé au travail, le secteur médico-social...) [56].

En conclusion, les CPTS constituent un changement profond dans l'approche du médecin généraliste. L'accompagnement au montage du projet, l'adaptabilité des ARS pour valider les projets, et le financement accordé à la CPTS seront déterminants pour favoriser le développement de cette nouvelle forme d'exercice coordonné.

5. Les propositions des médecins pour améliorer l'accès aux soins

Les propositions des médecins interrogés pour améliorer l'accès aux soins consistent d'une part à rendre la médecine générale plus attractive et d'autre part à améliorer l'organisation des soins.

5.1 Limiter la liberté d'installation

Les mesures coercitives font débat depuis de nombreuses années. En Allemagne, ces mesures n'ont pas démontré leur efficacité. Elles auraient même tendance à détourner les étudiants de la filière médicale et à les orienter vers d'autres filières universitaires [57]. En France, une telle mesure pourrait entraîner un départ des médecins de l'exercice libéral vers la pratique hospitalière, où actuellement 30 % des postes sont vacants [48,58].

5.2 Favoriser l'attractivité de la médecine générale

Pour rendre la médecine générale plus attractive, les médecins ont avancé 4 propositions :

- Faire découvrir la médecine générale aux futurs médecins ;
- Favoriser l'installation en libéral des jeunes médecins ;
- Apporter un soutien financier pour améliorer les conditions d'exercice ;
- Favoriser le salariat en médecine générale.

a) Inciter les médecins installés à devenir maître de stage universitaire

En Picardie, tous les étudiants réalisent un stage obligatoire de médecine générale au cours de leur externat. Le recrutement des maîtres de stage universitaire (MSU) est un levier majeur pour la formation des futurs médecins [59].

Le nombre de MSU progresse pour la troisième année consécutive. Ils sont un peu plus de 10.000 en France en 2019. Cependant, l'encadrement des futurs médecins généralistes reste 8 fois inférieur à l'encadrement des autres disciplines médicales. En effet, le ratio enseignant/étudiant en médecine générale est de 1/80, alors qu'il est estimé à 1/10 pour les autres disciplines [60].

Pour faciliter le recrutement des MSU, le Département de Médecine Générale d'Amiens fait la promotion auprès des médecins généralistes de Picardie des avantages du statut de MSU : rémunération, prévention du médecin contre l'épuisement professionnel [61], temps d'échange entre MSU, plaisir d'enseigner...

b) Faciliter l'installation des jeunes médecins

Pour favoriser l'installation des jeunes médecins, il convient de pouvoir répondre à leurs attentes. Selon une récente enquête de l'Ordre des médecins, la jeune génération cherche un accompagnement personnalisé dans la construction du projet d'installation. Un soutien logistique et administratif est tout particulièrement demandé, mais un renforcement de la protection sociale est également souhaité, avec notamment une réduction du délai de carence maladie de 90 à 3 jours [46].

A l'heure où la profession se féminise, la maternité est également un frein à l'installation des femmes médecins en libéral. En 2017, la réforme du congé maternité leur permet de percevoir une aide financière supplémentaire de 3100 euros par mois pendant 3 mois. Cette aide permet de couvrir les charges du cabinet pendant le congé maternité et donc facilite l'installation en libéral des jeunes femmes médecins [62].

c) Apporter un soutien financier pour améliorer les conditions d'exercice

L'attractivité de la médecine générale est réduite par la lourdeur des charges administratives. Une enquête réalisée par l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Médecins Rhône-Alpes constate que les médecins généralistes aimeraient embaucher une secrétaire, mais ne le font pas pour des raisons principalement financières.

Pour faciliter l'embauche d'une secrétaire, l'URPS Rhône-Alpes propose :

- Des incitations financières à l'emploi de secrétariat ;
- Un abaissement des charges sociales ;
- La mise en place d'une structure pour aider les médecins dans leur rôle d'employeur [63].

d) Favoriser le salariat en médecine générale

Le salariat séduit de plus en plus les généralistes. Ce mode d'exercice assure aux médecins un meilleur équilibre entre vie privée et vie professionnelle et une meilleure couverture sociale. Il permet également de réduire les contraintes administratives [64].

Selon une projection de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), l'activité libérale exclusive baisserait de 24% d'ici 2027 au profit du salariat et de l'exercice mixte [8].

Pour répondre à cette aspiration, le gouvernement annonce dans son plan « Ma santé 2022 » la création de 400 postes de médecin généralistes salariés. Ces médecins salariés auront un exercice partagé entre la médecine de ville et l'hôpital [13].

5.3 Les pistes proposées pour améliorer l'organisation des soins en France

Le manque de coordination entre la médecine de ville et l'hôpital fut souvent reproché au cours de nos entretiens. Pour plusieurs médecins, un meilleur accès aux soins passe aussi par une meilleure organisation des soins.

a) Un système de santé organisé et hiérarchisé

Le Collège de la Médecine Générale défend une vision du système de santé structuré autour de 3 recours :

- ✓ Un secteur de 1^{re} ligne, formé par les équipes de soins primaires autour des médecins généralistes, dans l'environnement des patients ;
- ✓ Un secteur de 2^{ème} ligne, exercé par les spécialistes de second recours sollicités pour leur expertise, mis en œuvre dans le secteur ambulatoire ou hospitalier ;
- ✓ Un secteur de 3^{ème} ligne s'exerçant dans les centres hospitaliers, cliniques privées et centres hospitaliers universitaires, regroupant les plateaux techniques [65].

b) Renforcer le lien entre la médecine de ville et l'hôpital

Une communication renforcée entre la médecine de ville et l'hôpital est un facteur de réussite pour le parcours de soins des patients. La Fédération hospitalière de France a formulé plusieurs propositions pour faciliter les liens entre la médecine de ville et l'hôpital :

- ✓ Rendre obligatoire la communication des résultats médicaux aux médecins généralistes et réciproquement la transmission des éléments d'information avant une admission aux centres hospitaliers ;
- ✓ Simplifier les échanges avec l'hôpital pour les libéraux, grâce à une personne identifiée comme leur interlocuteur institutionnel ;
- ✓ Adopter des protocoles communs entre les professionnels hospitaliers et ceux de la ville [66].

Cette partie nous a permis d'analyser les différentes solutions proposées par le gouvernement et les médecins de l'étude. Pour améliorer l'accès aux soins, il ne semble pas exister de solution unique. La meilleure réponse est plurielle et doit minorer les difficultés rencontrées par les acteurs de terrain.

V. CONCLUSION

Les besoins en soins et en prévention sont croissants, conséquence du vieillissement de la population et de la multiplication des pathologies chroniques [3,4].

Pour apporter des réponses à la problématique de l'accès aux soins, le plan « Ma santé 2022 » propose deux mesures clés :

- La première consiste à libérer du temps médical en créant des nouveaux métiers.
- La deuxième cherche à améliorer la coordination des soins en s'appuyant sur les CPTS [13].

Malgré les bénéfices attendus, en terme de gain de temps médical et d'amélioration de la coordination des soins, les médecins interrogés sont plutôt réticents à cette nouvelle offre de soin. Les freins retrouvés dans notre étude sont essentiellement financiers et identitaires. Ces réticences s'expliquent, entre autres, par le bouleversement qu'occasionnent ces nouvelles pratiques médicales sur l'exercice traditionnel de la médecine générale.

Pour mieux répondre aux attentes exprimées par les médecins de l'étude, deux éléments sont à prendre en considération :

- Premièrement, le gain de temps médical ne doit pas se faire au détriment d'une prise en charge globale et personnalisée du patient.
- Deuxièmement, les mesures proposées par la réforme ne peuvent être envisagées par les médecins que si elles s'inscrivent dans une perspective économique positive.

Le médecin généraliste est un acteur pivot des soins primaires, mais il n'est pas le seul acteur de terrain concerné par les difficultés d'accès aux soins. Des entretiens par focus groups (constitués de patients, de différents professionnels de santé et d'élus locaux) permettraient de recueillir le point de vue des différents acteurs de terrain concernés par cette problématique.

VI. BIBLIOGRAPHIE

- [1] Bejaoui M, Bergonzoni A, Boisguérin B et al. Les établissements de Santé. Panoramas de DREES. Édition 2018;1-201.
- [2] Mesnier T, Tiphine J, Boisserie-Lacroix L, Haffen E. Assurer le premier accès aux soins. Organiser les soins non programmés dans les territoires. Ministère de la Solidarité et de la Santé, 2018. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf [consulté le 18 novembre 2018].
- [3] Boisguérin B, Mauro L. Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier. Etudes et Résultats Direction de la recherche, des études et de l'évaluation statistiques 2017;1007:1-6.
- [4] Boisguérin B, Mauro L. Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue. Etudes et Résultats Direction de la recherche, des études et de l'évaluation statistiques 2017;1008:1-6.
- [5] Braun F, Berthier F, Boudénia K, Carli P, Chollet-Xémard C, Cibien J-F. Organisation de la médecine d'urgence en France : un défi pour l'avenir. Paris : Samu Urgences France, 2015. Disponible sur: <http://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/129/821/livre-blanc-sudf-151015.pdf> [consulté le 9 février 2019].
- [6] Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Profils comparés 2007/2017 - Les territoires au cœur de la réflexion. 2017. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1sogkeq/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf [consulté le 9 février 2019].
- [7] Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2018. 2018. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf [consulté le 9 février 2019].
- [8] Bachelet M, Anguis M. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. Etudes et Résultats Direction de la recherche, des études et de l'évaluation statistiques 2017;1011:1-6.

- [9] Lapeyre N, Le Feuvre N. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. *Revue française des affaires sociales* 2005;1:59-83.
- [10] Denoyel-Jaumar A, Bochaton A. Des pratiques et espaces médicaux en transformation : effet générationnel ou conséquence de la féminisation de la profession ? *Revue francophone sur la santé et les territoires* 2015:1-14.
- [11] Jakoubovitch S, Bournot M-C, Cercier E, Truffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. *Etudes et Résultats Direction de la recherche, des études et de l'évaluation statistiques* 2012;797:1-8.
- [12] Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Les effectifs et l'activité des professionnels de santé 2004;2004:3-534.
- [13] Ministère des Solidarités et de la Santé. *Ma Santé 2022 : un engagement collectif*. 2018. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf [consulté le 9 février 2019].
- [14] Prunières J-B. *Evaluation des tâches non médicales des médecins généralistes en Occitanie : étude transversale par auto-questionnaire*. Thèse de médecine : Université de Montpellier, 2018.
- [15] Conseil National de l'Ordre des Médecins. *Construire l'avenir à partir des territoires : la réforme attendue par les médecins*. 2017. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/eqfj72/reformevoulueparlesmedecins.pdf> [consulté le 9 février 2019].
- [16] Collège National des Généralistes Enseignants. *Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative*. 2013. Disponible sur: <https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf> [consulté le 14 mars 2019].
- [17] Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, et al. *Introduction à la recherche qualitative*. *Exercer* 2008;84:142-5.
- [18] Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflète et perspectives de la vie économique* 2014;53:67-82.
- [19] Guillemette F. L'approche de la Grounded Theory; pour innover ? *Recherches qualitatives* 2006;26:32-50.

- [20] Hennebo N. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine. 2009. Disponible sur:
https://cfrps.unistra.fr/fileadmin/uploads/websites/cfrps/Recherche/ressources_utiles_pour_recherche/guide_theorisation_ancree.pdf [consulté le 11 mars 2019].
- [21] L'Assurance Maladie. L'infirmier en pratique avancée, un nouveau métier pour une prise en charge coordonnée. 2019. Disponible sur:
<https://www.ameli.fr/medecin/actualites/l'infirmier-en-pratique-avancee-un-nouveau-metier-pour-une-prise-en-charge-coordonnee> [consulté le 23 décembre 2019].
- [22] Ministère des Solidarités et de la Santé. L'infirmier en pratique avancée. Améliorer l'accès aux soins en diversifiant l'activité des soignants. 2019. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee> [consulté le 23 décembre 2019].
- [23] Haute Autorité de Santé. Délégation, transfert, nouveaux métiers...Conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé. HAS, 2007. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/rapport_etape_cooperation.pdf [consulté le 23 décembre 2019].
- [24] Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée.
- [25] Tamburini S, Frattini B. Infirmier de Pratique Avancée : nouvelle collaboration médecin-infirmier nouvelles compétences, nouvelles responsabilités. 2018. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/Responsabilite-professionnelle/Cadre-juridique/pratique-avancee-nouvelle-collaboration-medecin-infirmier> [consulté le 23 décembre 2019].
- [26] Bourgueil Y. Soins de proximité : quels enjeux ? Actualité et Dossier en Santé Publique 2019;107:18-21.
- [27] Chambaretaud S. Les aspects économiques et leurs éventuelles conséquences en termes d'efficacité. Actualité et Dossier en Santé Publique 2010;70:34-5.
- [28] Bras P-L. Peut-on réformer l'organisation des soins de premier recours ? Les Tribunes de la Santé 2011;30:113-26.
- [29] Garbacz L. Les problèmes éthiques et juridiques de la prise en charge du patient du patient face à l'émergence de nouvelles pratiques médicales. Thèse de droit : Université Paris Descartes - Université de Lorraine, 2014.

- [30] De Munck P, Paligot F, Barbosa V et al. Les métiers de demain de la première ligne de soins. 2011.
- [31] Nagy A-S. Partage de suivi de leurs patients par les médecins généralistes avec d'autres professionnels de santé : freins et conditions facilitatrices : étude menée auprès de médecins du Languedoc-Roussillon. Thèse de médecine : Université de Montpellier, 2016.
- [32] Haute Autorité de Santé. Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé. HAS, 2007. Disponible sur : https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/pratiques_actuelles_de_cooperation.pdf [consulté le 23 décembre 2019].
- [33] Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;2:CD001271.
- [34] Specialized Nursing Practice for Chronic Disease Management in the Primary Care Setting : an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser* 2013;13:1-66.
- [35] Haute Autorité de Santé. Extension des compétences des professionnels de santé en matière de vaccination. Vaccination contre la grippe saisonnière. HAS, 2018.
- [36] Varroud-Vial M. Soins de proximité : quelles organisations ? *Actualité et Dossier en Santé Publique* 2019;107:28-30.
- [37] Fournier C, Bourgeois I, Naiditch M. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. *Questions d'économie de la santé* 2018;232:1-8.
- [38] Bourgueil Y, Le Fur P, Mousquès J, Yilmaz E. La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. *Questions d'économie de la santé* 2008 ;136:1-8.
- [39] L'Assurance Maladie. Des assistants médicaux pour retrouver du temps médical. 2019. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/des-assistants-medicaux-pour-retrouver-du-temps-medical> [consulté le 21 janvier 2020].
- [40] Bertrand D, Bontoux D, Plouin P-F, Richard F, Rouëssé J. Rapport19-03.Analyse du plan «Ma Santé 2022, un engagement collectif » et propositions de l'Académie nationale de médecine. *Bull Acad Natl Med* 2019;203:245-51.

[41] L'Institut français d'opinion publique. Les médecins généralistes et le Plan Santé. 2019. Disponible sur: <https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2019/06/Pre%CC%81sentation-enqu%C3%AAtre-plan-sant%C3%A9.pdf> [consulté le 21 janvier 2020].

[42] Verdon F. Avec une assistante de consultation, j'ai davantage le temps d'être vraiment médecin. 2019. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/avec-une-assistante-de-consultation-jai-davantage-le-temps-detre-vraiment-medecin> [consulté le 21 janvier 2020].

[43] Fréquence Médicale. L'Assistant Médical... Pourquoi et comment ? 2019. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=0tso0DbkKE8> [consulté le 21 janvier 2020].

[44] Le Blanc A. En Allemagne, avec des assistants, la consultation dure 6 minutes. Le généraliste 2018. Disponible sur : https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2018/10/05/en-allemande-avec-des-assistants-la-consultation-dure-6-minutes_316093 [consulté le 21 janvier 2020].

[45] France 2 Télévision. Assistants médicaux : Le remède allemand. 2019. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/monde/europe/allemande/assistants-medicaux-le-remede-allemand_3240989.html [consulté le 21 janvier 2020].

[46] Conseil national de l'Ordre des médecins. Etude sur l'installation des jeunes médecins. 2019. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1thxouu/cnom_enquete_installation.pdf [consulté le 28 février 2020].

[47] Doineau E, Mesnier T, Augros S. Rapport des délégués nationaux à l'accès aux soins. 2018. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_delegues_acces_aux_soins_15102018.pdf [consulté le 21 janvier 2020].

[48] Soins Coordonnés. Déserts médicaux. Quels leviers pour sortir de l'impasse ? Disponible sur: www.soinscoordonnes.fr [consulté le 21 janvier 2020].

[49] L'Assurance Maladie. Communautés professionnelles territoriales de santé : décryptage de l'accord signé. 2019. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-decryptage-de-laccord-signe> [consulté le 27 janvier 2020].

[50] Lancelot S. Bien que critiques des réformes en cours, les généralistes retrouvent un peu le sourire. Le généraliste 2019. Disponible sur :

https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2019/11/28/bien-que-critiques-des-reformes-en-cours-les-generalistes-retrouvent-un-peu-le-sourire_320562 [consulté le 27 janvier 2020].

[51] La Chaire santé de Sciences Po. Quel avenir pour l'organisation des soins primaire en France ? 2019. Disponible sur: <https://www.sciencespo.fr/chaire-sante/sites/sciencespo.fr.chaire-sante/files/Ebook-seminaire-Soinsprimaires-2019.pdf> [consulté le 27 janvier 2020].

[52] Ministère des Solidarités et de la Santé. Où en sommes-nous des mesures d'accès aux soins dans les territoires ? 2019. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_acces_aux_soins_avril2019_vdef.pdf [consulté le 27 janvier 2020].

[53] Rogez R, Bouygard A. Exercice coordonné sur un territoire : les communautés professionnelles territoriales de santé. *Actualité et Dossier en Santé Publique* 2019;107.

[54] Bruno Gay. La dynamique CPTS. Disponible sur: <https://www.medecin-occitanie.org/presentation-du-dispositif-cpts/> [consulté le 27 janvier 2020].

[55] L'Assurance Maladie. « Chaque professionnel de santé fait du beau travail : la CPTS permet de mieux le valoriser ». 2019. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/chaque-professionnel-de-sante-fait-du-beau-travail-la-cpts-permet-de-mieux-le-valoriser> [consulté le 27 janvier 2020].

[56] Collège de la Médecine Générale. Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) : Enjeux et ressources pour le médecin généraliste. 2019. Disponible sur: <https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2019/10/CPTS-enjeux-et-ressources-pour-le-me%CC%81decin-ge%CC%81ne%CC%81raliste-24092019.pdf> [consulté le 27 janvier 2020].

[57] Bourgueil Y, Mousques J, Tajahmadi A. Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé : les enseignements de la littérature. *Questions d'économie de la santé* 2006;116:1-6.

[58] Association Nationale des Etudiants en Médecine de France. Coercition : Ce que certains députés proposent! 2019. Disponible sur: <https://www.anemf.org/blog/2019/03/10/coercition-ce-que-certains-deputes-proposent/> [consulté le 27 janvier 2020].

[59] Le Quotidien du Médecin. Le cap des 10 000 maîtres de stage franchi. 2019. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/hopital/conditions-de-travail/le-cap-des-10-000-maitres-de-stage-franchi> [consulté le 27 janvier 2020].

[60] Collège National des Généralistes Enseignants. Communiqué de presse SNEMG du 20 novembre 2019. 2019. Disponible sur: https://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/communique_de_presse_sne mg_du_20_novembre_2019/ [consulté le 27 janvier 2020].

[61] Leman G. Prévalence du Burnout des médecins généralistes libéraux en activité dans le Nord et le Pas-de-Calais : étude quantitative descriptive et recherche des facteurs favorisants. Thèse de médecine : Université de Lille, 2018

[62] MG France. Congé de maternité des Praticiennes libérales. 2020. Disponible sur: https://www.mgfrance.org/index.php?option=com_content&view=article&id=302:conge-de-maternite-des-praticiennes-liberales&catid=114:protection-sociale&Itemid=923 [consulté le 27 janvier 2020].

[63] Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins de Rhône-Alpes. Synthèse de l'enquête : Vos pratiques et besoins en matière de secrétariat médical. 2014. Disponible sur: <http://www.urps-med-aura.fr/medias/content/files/publications/2014-07-10-urps-med-ra-syntheseenquetesecretariat-medical-1439450771.pdf> [consulté le 27 janvier 2020].

[64] Conti T. Pourquoi les jeunes généralistes de la somme choisissent-ils l'exercice salarié exclusif ? Enquête qualitative auprès de médecins généralistes de la Somme salariés exclusifs thésés depuis 2012. Thèse de médecine : Université de Picardie Jules Verne, 2019.

[65] Collège de la Médecine Générale. Manifeste pour un système de santé organisé. 2019. Disponible sur: http://www.sfm.org/data/actualite/actualite_fiche/477/fichier_cmg_manifeste_systembb6f6.pdf [consulté le 27 janvier 2020].

[66] Fédération Hospitalière de France. Renforcer le lien ville-hôpital. 2018. Disponible sur: <https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communiqués-de-presse/Ville-hopital-des-pistes-pour-renforcer-les-liens> [consulté le 27 janvier 2020].

Annexe 1 : Guide d'entretien initial

GUIDE D'ENTRETIEN

I. Présentation de l'enquêtrice, de la directrice de thèse et du travail de recherche.

II. Questions en vue de caractériser l'échantillon :

Sexe, Age, Statut, lieu d'exercice, localisation géographique, type d'activité, mode d'exercice

III. Entretien

A) Question d'introduction

- 1) Le gouvernement a présenté en septembre 2018, le plan « Ma santé 2022 », **quels points de cette réforme ont attiré votre attention ?**

B) Première mesure : Libérer du temps médical

- 2) Pour libérer du temps médical, le gouvernement compte sur la délégation de certaines tâches, jusqu'à présent réalisées par le médecin, vers d'autres professionnels de santé. Certaines compétences sont déjà en cours de transfert, par exemple la vaccination antigrippale par les pharmaciens ou le suivi de certaines pathologies chroniques stabilisées par les infirmières de pratique avancée. **Quel regard portez-vous sur ces transferts de tâches, qui sont en train de s'effectuer ?**
- 3) Un médecin généraliste passe en moyenne 13 heures chaque semaine à accomplir des tâches non médicales, soit 20 à 30% de son temps de travail hebdomadaire. Une des solutions proposées par le gouvernement pour libérer le médecin généraliste de ces tâches chronophages, c'est la création d'un nouveau métier d'assistant médical. **Que pensez-vous de cette mesure ?**

C) Deuxième mesure : Favoriser l'exercice coordonné

- 4) Pour bénéficier de certains financements de l'État, notamment les assistants médicaux, le médecin devra travailler en groupe ou de façon coordonnée. En valorisant l'exercice coordonné, le gouvernement souhaite la fin de l'exercice isolé. **Quel est votre ressenti concernant ce souhait ?**
- 5) Une des principales mesures annoncées pour renforcer la coordination, c'est la création sur tout le territoire d'ici fin 2022 de CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé). Ces regroupements d'acteurs libéraux (professionnels médicaux, paramédicaux et médico-sociaux) devront permettre de trouver des solutions adaptées aux besoins des populations locales : en particulier garantir l'accès à un médecin traitant à chaque habitant du territoire et organiser une réponse aux urgences de ville. **Quelle est votre opinion sur cette initiative ?**

D) Question personnelle

- 6) **Avez-vous des suggestions personnelles pour améliorer l'accès aux soins en médecine ambulatoire ?**

III. Remerciements et proposition de retour des résultats de l'étude.

Annexe 2 : Les entretiens

L'annexe 2 est fournie sur le CD-ROM joint à la thèse.

**Ressenti de médecins généralistes sur les mesures proposées dans le plan :
« Ma santé 2022 » pour favoriser l'accès aux soins en médecine ambulatoire.**

Résumé :

Introduction : Pour apporter des réponses à la problématique de l'accès aux soins, le gouvernement a présenté en septembre 2018 le plan « Ma santé 2022 ». L'objectif principal de l'étude était d'analyser les réticences et les motivations de médecins généralistes de Picardie sur les mesures annoncées dans la réforme pour libérer du temps médical et favoriser l'exercice coordonné.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes de Picardie a été réalisée. Les résultats ont été analysés selon la méthode de la théorisation ancrée.

Résultats : 19 médecins généralistes ont été interrogés. Les principaux bénéfices attendus par les médecins étaient d'apporter une réponse à la pénurie de médecins et d'améliorer la coordination des soins. Les principaux freins exprimés étaient financiers et identitaires.

Discussion : Pour améliorer l'accès aux soins, la meilleure réponse est plurielle et doit minorer les difficultés rencontrées par les acteurs de terrain.

Conclusion : Malgré les bénéfices attendus, en terme de gain de temps médical et d'amélioration de la coordination des soins, les médecins interrogés sont plutôt réticents à cette nouvelle offre de soin.

Mots clés : médecine générale, étude qualitative, réforme des soins de santé, infirmier en pratique avancée, délégation au personnel.

**The feeling of General Practitioners about the measures suggested by the plan :
« My health 2022 » to improve access to ambulatory medical care.**

Summary :

Introduction : The government presented in September 2018 a plan « My health 2022 » in order to give answers to the issue of access to healthcare. The main goal of the study was to analyse hesitations and motivations of general practitioners in Picardy regarding the measures announced in the reform to obtain more medical time and encourage coordinated care.

Method : A qualitative study, through semi-structured interviews with general practitioners in Picardy was carried out. The encoding of these interviews was done by the use of the grounded theory method.

Results : Nineteen general practitioners were interviewed. The main expected benefits of the general practitioners were an answer to the lack of general practitioners and an improvement in coordinated care. The main obstacles were financial and loss of identity.

Discussion : There are several ways to improve access to medical care which must reduce the difficulties that medical professionals are currently meeting.

Conclusion : Despite the expected benefits in terms of a gain in medical time and a better coordination of healthcare the interviewed general practitioners seem to be reluctant to this new healthcare provision.

Key-words : general practice, qualitative research, health care reform, nurse practitioners, personnel delegation.

