



HAL
open science

Comment réduire le temps administratif en médecine générale libérale ?

Quentin Alepee

► **To cite this version:**

Quentin Alepee. Comment réduire le temps administratif en médecine générale libérale ?. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02939292

HAL Id: dumas-02939292

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02939292>

Submitted on 15 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.



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

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Quentin ALEPEE

Le 28 mars 2019

TITRE

« Comment réduire le temps administratif en médecine générale libérale ? »

Directeur de thèse : Dr Olivier PAUWELS

JURY

Président : Professeur Philippe LAMBERT

Assesseurs : Professeur Nicolas NAGOT

Professeur Michel DAVID

Docteur Olivier PAUWELS

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Quentin ALEPEE

Le 28 mars 2019

TITRE

« Comment réduire le temps administratif en médecine générale libérale ? »

Directeur de thèse : Dr Olivier PAUWELS

JURY

Président : Professeur Philippe LAMBERT

Assesseurs : Professeur Nicolas NAGOT

Professeur Michel DAVID

Docteur Olivier PAUWELS

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs honoraires

ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BALMES Pierre
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOUDET Charles
BOURGEOIS Jean-Marie
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CALLIS Albert
CANAUD Bernard
CASTELNAU Didier
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard
DIMEGLIO Alain

DUBOIS Jean Bernard
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GROLLEAU-RAOUX Robert
GUILHOU Jean-Jacques
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOYEUX Henri
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORiot Jean
LOUBATIERES Marie
Madeleine
MAGNAN DE BORNIER
Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre
MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri

MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
PELLISSIER Jacques
POUGET Régis
PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Rémy
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHFORT Henri
ROSSI Michel
ROUANET DE VIGNE LAVIT
Jean Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Héléne
SANY Jacques
SEGARNBIEUX François
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques

MARES Pierre
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MAUDELONDE Thierry
MONNIER Louis
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe – Neurochirurgie
COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, addictologie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick – Cardiologie
MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie
PELLISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie
DE VOS John – Cytologie et histologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
HAYOT Maurice - Physiologie
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques - Rhumatologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2^{ème} classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophthalmologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas - Neurologie
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre – Dermato-vénérologie
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophthalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie

WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRES-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline -Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire

GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie

GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion

LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail

MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie

MOUZAT Kevin-Biochimie et biologie moléculaire

PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire

PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction

RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie générale
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1^{ère} classe

COSTA David

Maîtres de conférence de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice
OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie

TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

Praticien hospitalier Universitaire

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie

BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale

TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Remerciements

Au président du jury,

A Monsieur le Professeur Philippe LAMBERT,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter immédiatement de présider cette thèse. Je tiens à vous remercier de l'intérêt que vous portez à la médecine générale. Soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur Nicolas NAGOT,

Je suis honoré de pouvoir être jugé par un expert en santé publique. Je vous remercie pour votre disponibilité. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Michel DAVID,

Vous m'avez fait l'honneur de siéger à mon jury. Votre expérience personnelle sur ce travail est précieuse. Veuillez recevoir l'expression de ma très respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur Olivier Pauwels,

Merci d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse alors que je me désolais de ne pas en trouver un. Tu m'auras transmis ton enthousiasme et tu auras su m'aider à organiser mes idées. Enfin, merci pour tout ce que tu m'auras appris sur la pratique de la médecine générale.

Aux médecins ayant répondu à mon questionnaire,

Merci pour le temps que vous m'avez consacré pour la réalisation de mes entretiens. C'est grâce à chacun d'entre vous que ce travail a pu être mené à bien.

A mes maîtres de stages

Merci aux spécialistes qui m'ont tant appris, de la frêle Dr Robin Sollier qui a toujours une crème dans son sac pour tout problème et qui est toujours disponible pour voler à mon secours, au Dr Pascal Pradier au cœur et au timbre de voix aussi immense que lui. Merci au Dr Kocknar pour son apport humaniste apporté en toute modestie.

Au Dr Crevel pour m'avoir appris à réaliser les infiltrations comme l'on m'a appris à faire une ponction lombaire lorsque j'étais externe. A Hélène et Andrea pour leur gentillesse.

Aux médecins généralistes, les Dr Romero et le Dr Perez, pour m'avoir transmis leur passion pour la médecine générale. Merci pour votre apprentissage et le temps que vous m'avez consacré.

Et enfin merci Julien pour m'avoir montré comment s'adresser à un enfant.

Merci à tous pour votre patience lors de toutes les questions que j'ai pu vous poser, votre pédagogie et votre amicalité m'ont permis d'avancer.

A mes patients

A ceux qui m'ont fait confiance pour se soigner et se confier. A tous ceux que j'ai accompagné en fin de vie et pour lesquels nous n'aurons pas eu le plaisir de nous connaître. A ceux pour lesquels la prise en charge ne fut pas optimale et qui m'auront fait me questionner en dehors des heures de service.

A mes amis

A Nico et Dimitri tout particulièrement, pour nos voyages, j'espère ne jamais arrêter d'en faire avec vous.

A tous les Cz, vous me ferez toujours autant marrer.

A Lucille, pour notre soutien mutuel lors de nos sous conférences.

A Hélène Kemp pour sa gentillesse et nos soirées indissociables. A Marie Picard, Elsa et Lisou pour leur dynamisme et leur jovialité.

A tous ceux que j'ai rencontré dans le sud et qui m'ont donné envie d'y rester avec eux. Camille et Maëlys pour leurs sourires et leurs fous rires. Simon pour sa jovialité. Mathilde, Robin et Marine pour les heures passées à la Barakajoux. Jean-Phi pour sa générosité légendaire. Damien alias coin coin. Jacques pour ses courses poursuites. Colette et Alex pour leur hospitalité. Claire, Joelle, Eric et Marjo, David, Steph, Momo et tant d'autres..

A mes potes de soirée

A tous mes potes de soirées lorsque j'étais externe. Ces soirées resteront parmi les meilleures de ma vie. Maëlle, Fede, Remi, Anne po, l'Asticot, Nemo, Gaspard, John et Curt, même si l'on ne s'est pas encore recontacté depuis la fin de l'externat, vous revoir me fera toujours plaisir.

A mes proches

A mes grands-parents qui ne sont physiquement plus là et à ma grand-mère qui n'est cognitivement plus là. Vous resterez toujours dans mes pensées.

A mes parents qui m'auront soutenu pendant mes deux premières années de médecine et qui m'ont toujours inculqué qu'un travail régulier permet d'accéder à n'importe quelle profession. Aujourd'hui mon rêve se réalise, merci pour votre éducation.

A ma sœur et à mon frère avec lesquels le temps m'a manqué au cours de mes études pour leur dédier autant de temps que j'aurais souhaité. J'espère pouvoir rattraper le temps perdu.

A Elodie, pour sa débrouillardise et sa détermination dans les moments difficiles et pour sa motivation pour s'évader du quotidien. Cet aboutissement professionnel marque le renouveau de nos sorties.

Glossaire

ALD : Affection de Longue Durée

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

AVK : Antivitamines K

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DMP : Dossier Médical Partagé

DREES : La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

GEPT : Groupes d'Échanges de Pratique Tuteurés

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

URSSAF : Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|----|
| Glossaire | 1 |
| 1 Introduction..... | 5 |
| 2 Matériels et méthode..... | 7 |
| 2.1 Type d'étude..... | 7 |
| 2.2 Echantillon..... | 7 |
| 2.2.1 Caractéristiques de la population et critères d'inclusion | 7 |
| 2.2.2 Critères d'exclusion | 7 |
| 2.2.3 Recrutement..... | 8 |
| 2.3 Les entretiens..... | 8 |
| 2.3.1 Guide d'entretien | 8 |
| 2.3.2 Réalisation des entretiens..... | 9 |
| 2.4 Méthode d'analyse..... | 9 |
| 2.4.1 Retranscription des entretiens..... | 9 |
| 2.4.2 Analyse des entretiens | 9 |
| 3 Résultats..... | 10 |
| 3.1 Caractéristiques de l'échantillon..... | 10 |
| 3.1.1 Démographie..... | 10 |
| 3.1.2 Personnel employé..... | 12 |
| 3.2 Préambule : Les tâches administratives en médecine générale, une vision et un ressenti fluctuants..... | 12 |
| 3.2.1 Les tâches médico-légales et sociales | 14 |
| 3.2.2 La gestion d'un cabinet médical..... | 16 |
| 3.2.3 Les tâches liées au dossier médical..... | 17 |
| 3.2.4 Les demandes des patients hors consultations | 18 |
| 3.2.5 Le temps passé à joindre les spécialistes | 19 |

| | | |
|-------|---|----|
| 3.3 | Gestion d'un cabinet médical..... | 20 |
| 3.3.1 | La gestion globale d'un cabinet médical : gestion et coût des employés, des factures et des éventuels travaux | 20 |
| 3.3.2 | Secrétariat physique..... | 24 |
| 3.3.3 | Secrétariat à distance | 29 |
| 3.3.4 | La comptabilité | 32 |
| 3.3.5 | Gestion du matériel médical | 34 |
| 3.3.6 | Les maisons de santé pluriprofessionnelles | 35 |
| 3.4 | Gestion du dossier médical | 39 |
| 3.4.1 | Le logiciel informatique..... | 39 |
| 3.5 | Les tâches médico-légales et sociales | 44 |
| 3.5.1 | Les cas spécifiques du dossier MDPH et de la demande d'APA..... | 44 |
| 3.5.2 | Les certificats scolaires..... | 50 |
| 3.5.3 | Les certificats de non contre-indication à la pratique du sport..... | 51 |
| 3.5.4 | Les services en ligne de la CPAM..... | 51 |
| 3.6 | Les solutions pour gérer ses tâches administratives | 55 |
| 3.6.1 | Préambule | 55 |
| 3.6.2 | Gestion des tâches administratives en continue | 55 |
| 3.6.3 | Gestion des demandes annexes administratives en plus d'une consultation | 57 |
| 3.6.4 | La gestion des demandes d'ordonnance de patients par téléphone | 59 |
| 3.7 | La communication avec les spécialistes et les services hospitaliers..... | 62 |
| 3.7.1 | Envoyer directement aux urgences : un comportement par dépit | 63 |
| 3.7.2 | Se constituer un réseau..... | 63 |
| 3.7.3 | Développer une communication informatique | 64 |
| 4 | Discussion | 65 |
| 4.1 | Limites de l'étude | 65 |

| | | |
|-------|---|----|
| 4.1.1 | Biais liés à l'échantillon | 65 |
| 4.1.2 | Biais de recueil..... | 66 |
| 4.1.3 | Limites liées à l'analyse : risque d'un biais de confirmation..... | 67 |
| 4.2 | Discussion des résultats | 67 |
| 4.2.1 | L'imprécision du terme de tâches administratives | 67 |
| 4.2.2 | Gestion d'un cabinet médical..... | 68 |
| 4.2.3 | Les logiciels de santé | 74 |
| 4.2.4 | Les tâches médico-légales et sociales | 76 |
| 4.2.5 | La communication avec les organismes de santé | 79 |
| 4.2.6 | L'organisation et la gestion de ses tâches administratives..... | 79 |
| 4.2.7 | Améliorer la communication ville-hôpital et la coordination des soins | 82 |
| 5 | Conclusion | 85 |
| | Bibliographie | 88 |
| | Annexes | 93 |

1 INTRODUCTION

La démographie médicale en France ne cesse d'inquiéter l'opinion publique. Au 1er janvier 2017, l'Ordre des médecins constatait une diminution de 9,1% des effectifs de médecins généralistes en activité régulière par rapport à 2007 avec une forte probabilité de tendance à la baisse jusqu'en 2025, l'Occitanie étant la deuxième région de métropole comptant la plus forte baisse (18,3%). En parallèle, le nombre de médecins remplaçants a augmenté de 24,6% sur 10 ans (1) et l'âge d'installation devient de plus en plus tardif : il était de 31 ans dans les années 80, de 35ans en 2001 (2) et de 38 ans en 2010 (3). Ainsi les moins de 40 ans ne représentaient en 2016 que 16% des médecins généralistes en activité régulière avec une moyenne d'âge des médecins installés à 51 ans (1).

Une des raisons évoquées pour expliquer cette réticence des médecins généralistes à s'installer est notamment la gestion des tâches administratives qui incombent aux médecins généralistes installés. Une thèse publiée en 2014 en Haute Garonne montrait même que les démarches et les charges administratives étaient le plus grand frein à l'installation (3).

En 2004 déjà, une enquête d'IPSOS révélait l'exaspération des médecins généralistes vis-à-vis des tâches administratives, ces derniers déclarant qu'elles ne cesseraient d'augmenter (4).

En effet le temps consacré aux tâches administratives est d'environ 4 heures par semaine dans les différentes études publiées (étude parue dans «études et résultats» en 2012 (5) et dans un rapport publié en 2016 par la DRESS (6)). Il est entre 4,5 et 6,5 heures par semaine selon les enquêtes parues dans l'ouvrage « Questions d'économie de la santé » publiées en 2009 (7).

Dans le contexte de pénurie redoutée de médecins généralistes pour les années à venir, en raison de l'augmentation du nombre de médecins partant à la retraite et de la perte de vocation chez les étudiants, la question de la diminution de la charge administrative en médecine générale est d'une importance capitale afin de ne pas rebuter les étudiants en médecine à choisir cette spécialité et que les tâches administratives ne soient pas un frein à l'installation chez les jeunes médecins généralistes (8) (9).

Cette réduction de la charge administrative est également un enjeu majeur pour améliorer le vécu du médecin généraliste déjà installé en libéral et ainsi favoriser la poursuite à long terme de

son activité. En effet selon une étude BVA, l'épuisement professionnel lié aux contraintes administratives toucherait 31% des médecins généralistes (10).

Mais quelles sont ces tâches dites administratives ?

Les enquêtes publiées dans « le temps de travail des médecins généralistes » (7) mettaient déjà en évidence ce flou concernant la définition des tâches administratives et ce qu'elles comportent. Certaines activités relèvent de la gestion du cabinet médical comme la comptabilité ou les commandes de matériel, d'autres sont liées à la gestion du dossier du patient quand d'autres encore concernent les activités médico-légales ou sociales nécessitant la compétence d'un médecin sans pour autant correspondre stricto sensu à des actes cliniques comme la rédaction d'un document administratif ou d'un certificat.

Ainsi le terme de charge administrative ne recouvre pas les mêmes champs pour tous.

A travers ce constat, des différences existent entre les médecins généralistes pour le temps consacré aux tâches administratives et sur leur ressenti concernant la place que celles-ci occupent dans leur quotidien.

Comment alors certains médecins généralistes parviennent-ils à réduire réellement, ou de manière subjective selon leur organisation ou la méthode employée, le temps dédié à ces tâches ?

L'objectif de ce travail est de donner des pistes aux médecins généralistes afin de moins subir les tâches administratives en améliorant leur vécu lors de leur réalisation voire même en réduisant leur temps d'exécution.

2 MATERIELS ET METHODE

2.1 TYPE D'ETUDE

Devant l'absence de thèse déjà réalisée sur les moyens que développent les médecins généralistes pour réduire leur charge administrative il nous a paru indiqué de réaliser une étude qualitative sur le sujet. L'objectif est de rechercher, à travers les témoignages des médecins généralistes, quelles méthodes emploient les médecins généralistes afin de réduire leur charge administrative en termes de temps consacré à ces tâches, de quantité réalisée voire de ressenti en fonction des modes d'exécution.

2.2 ECHANTILLON

2.2.1 Caractéristiques de la population et critères d'inclusion

La population étudiée comportait des médecins généralistes installés en Occitanie et pratiquant un exercice libéral. Leur sélection s'est effectuée de manière à obtenir un panel le plus divers que possible, concernant l'âge, le sexe, le lieu et le mode d'exercice.

Les caractéristiques socioprofessionnelles des médecins ont été recueillies grâce à un questionnaire rempli avec eux au début de chaque entretien. Ce dernier identifie l'âge, le lieu d'exercice (rural, semi-rural ou urbain), le mode d'exercice (cabinet de groupe, seul, maison de santé), la présence ou non d'un secrétariat et si oui de quel type (physique ou à distance), l'emploi d'une femme de ménage, d'un comptable, le nombre de membres dans le cabinet, les horaires moyens de travail, si une personne effectue la comptabilité quotidienne ou hebdomadaire et, enfin, si le praticien rédige des ordonnances après demande téléphonique des patients.

2.2.2 Critères d'exclusion

Etaient exclus les médecins remplaçants car ceux-ci sont dispensés d'une partie du travail administratif des praticiens installés.

Etaient également exclus les médecins salariés et les médecins spécialistes, cette étude ne se concentrant que sur la pratique libérale de la médecine générale.

2.2.3 Recrutement

Le recrutement s'est fait soit à l'aide des Pages Jaunes sur internet soit par connaissance directe ou indirecte. Un rendez-vous au cabinet du médecin était pris après contact téléphonique. Sur les dix-sept médecins contactés, un seul n'a pas donné suite à une demande de rendez-vous, les autres ayant répondu favorablement soit immédiatement soit après message laissé au secrétariat et rappel du médecin ensuite, ce qui a été systématiquement le cas en cas de secrétariat à distance.

2.3 LES ENTRETIENS

2.3.1 Guide d'entretien

Des entretiens semi-dirigés individuels nous paraissaient plus adéquats que la méthode par « focus groupes » afin que chaque médecin puisse s'exprimer librement sur son mode de fonctionnement sans crainte d'être jugé et afin de permettre une plus grande flexibilité par rapport à son emploi du temps.

Le guide d'entretien a été rédigé en partie suite à des constatations personnelles ou rapportées par les médecins au cours de mes stages en médecine générale des tâches administratives qu'ils étaient contraints d'effectuer, et en partie à l'aide des résultats publiés dans l'article «études et résultats» (5). Cette étude a montré que les tâches les plus souvent confiées aux secrétaires sont la prise de rendez-vous d'examens, l'appel des professionnels, la dispense de conseils aux patients, l'archivage des dossiers, la gestion du matériel, l'encaissement des consultations et la rédaction des courriers.

Les principaux thèmes abordés à l'aide de questions ouvertes ont donc été :

- Leur vécu personnel et leur ressenti face aux tâches administratives
- Les avantages et les inconvénients des différents types de secrétariat (physique ou à distance) ou de l'absence de secrétariat (en cas d'exercice seul)
- Les apports de l'informatique et ses contraintes
- La gestion du dossier médical
- Leur avis concernant la rédaction du dossier MDPH et des services internet de la sécurité sociale
- Leur organisation vis-à-vis des tâches administratives

- La gestion des demandes téléphoniques des patients et leur rapport à la CPAM.

Le guide d'entretien a enfin été validé par le directeur de thèse.

Ce guide a évolué au fur et à mesure des différents entretiens. Certains thèmes ont été rajoutés et d'autres supprimés selon l'importance que les médecins interrogés semblaient y attacher. Le guide d'entretien est fourni en annexe.

2.3.2 Réalisation des entretiens

Les entretiens étaient réalisés au cabinet des médecins généralistes afin de s'adapter au mieux à leur emploi du temps et duraient en moyenne vingt-cinq minutes.

L'entretien démarrait en rappelant au médecin généraliste l'objectif de l'étude et le principe d'anonymat de cet entretien et, après obtention de son consentement, l'entretien était enregistré à l'aide du téléphone portable.

Les caractéristiques socioprofessionnelles des médecins étaient recueillies au début de l'interview par des questions fermées. Puis l'entretien à proprement parler débutait par des questions ouvertes. Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à saturation des données. A cette fin, il a fallu treize entretiens, et trois entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de confirmer l'absence d'émergence d'éléments nouveaux. Ils ont ainsi été menés du 6 mars au 29 août 2018.

2.4 METHODE D'ANALYSE

2.4.1 Retranscription des entretiens

Les entretiens étaient entièrement retranscrits mot pour mot après chaque entrevue. L'analyse qualitative des verbatim a ainsi pu être réalisée au fur et à mesure et en continu afin de permettre une évolution du guide d'entretien selon les thèmes qui se dégagent.

2.4.2 Analyse des entretiens

La méthode d'analyse a été choisie après lecture du livre de Pierre Paillé, analyse qualitative en sciences humaines et sociales (11), et à l'aide de l'atelier optionnel d'analyse qualitative proposé par la Faculté de Médecine de Montpellier. Compte tenu du sujet de recherche de notre étude ce choix nous a paru le plus judicieux afin de répertorier et de classer en rubriques les données qui émergent des entretiens. De cette manière, une synthèse des thèmes abordés a pu être

réalisée. Les données ont ainsi été analysées à l'aide du logiciel « NVivo » qui a permis de les classer en arbre thématique.

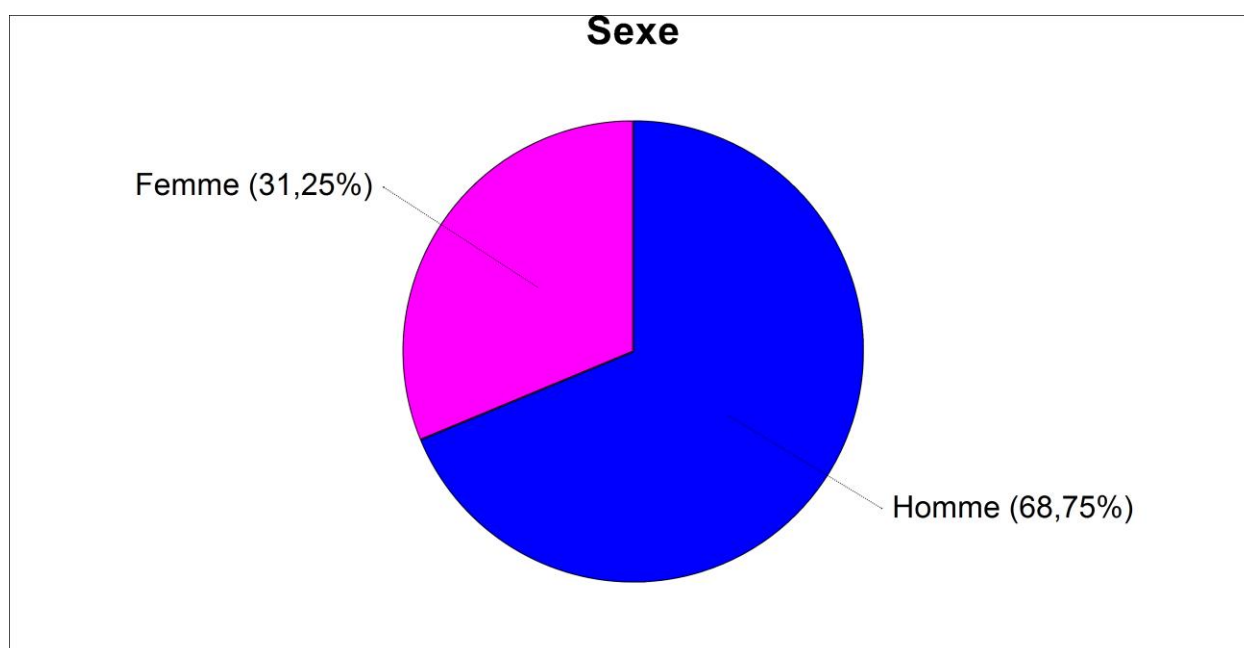
3 RESULTATS

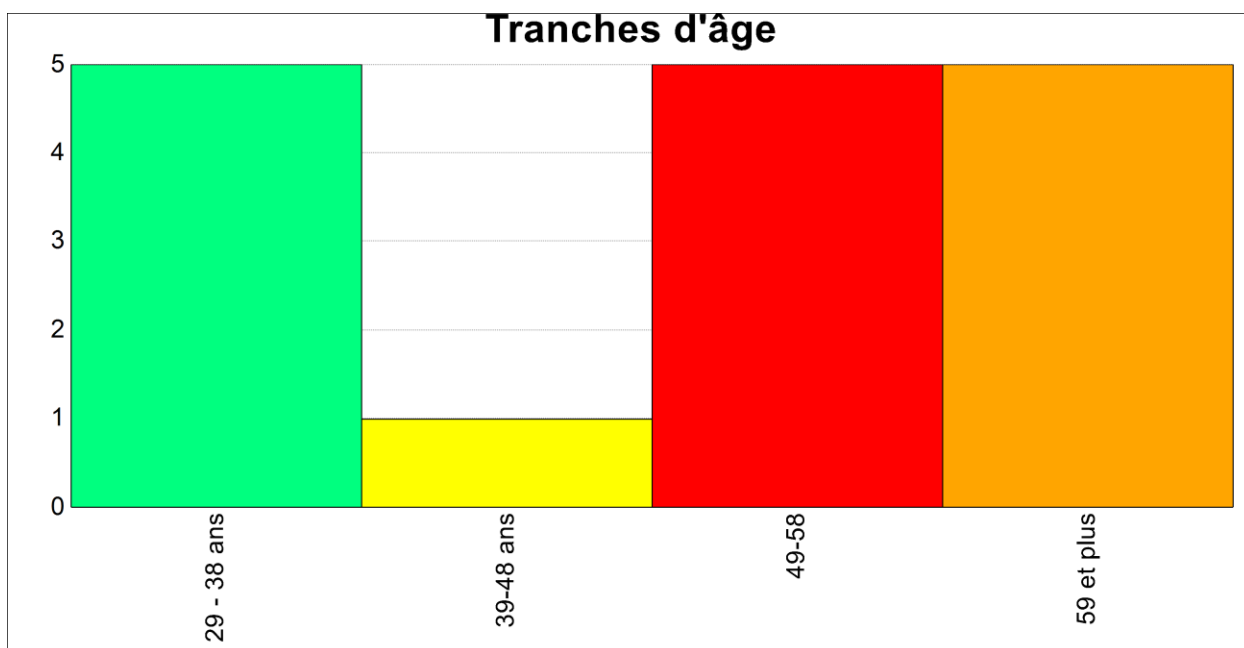
3.1 CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

3.1.1 Démographie

3.1.1.1 Age et sexe

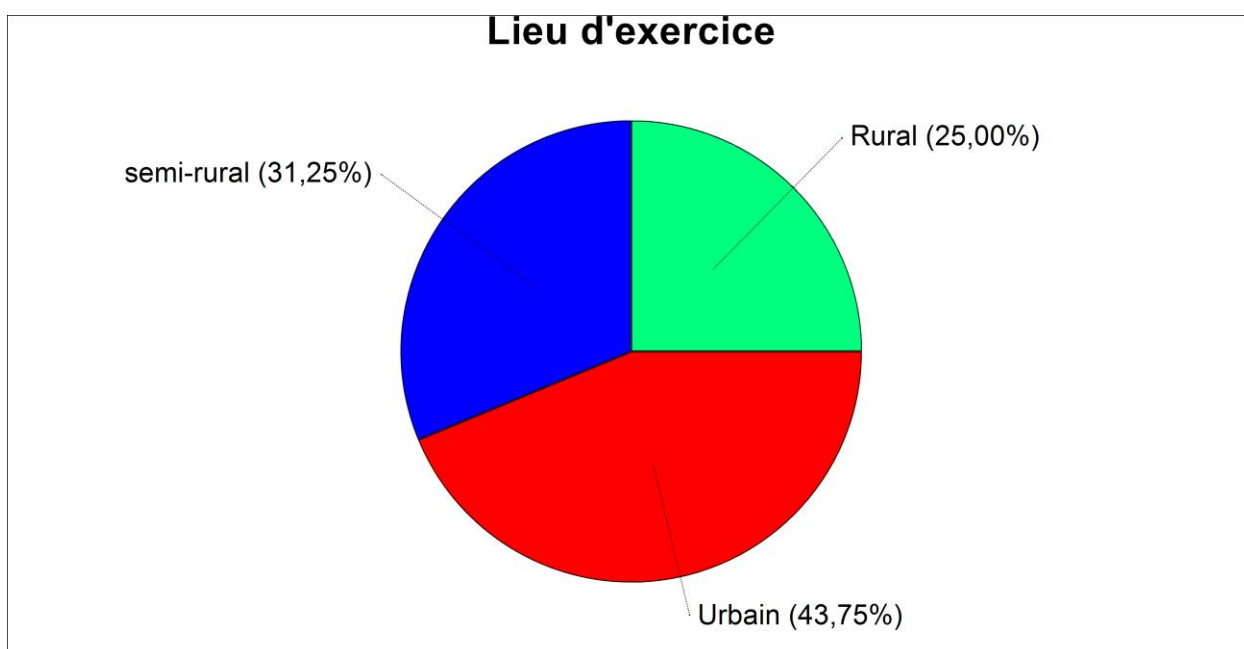
Le recrutement des généralistes s'est effectué de manière à obtenir un panel de médecins le plus diversifié possible. L'échantillon compte ainsi onze hommes et cinq femmes de 29 à 66 ans.

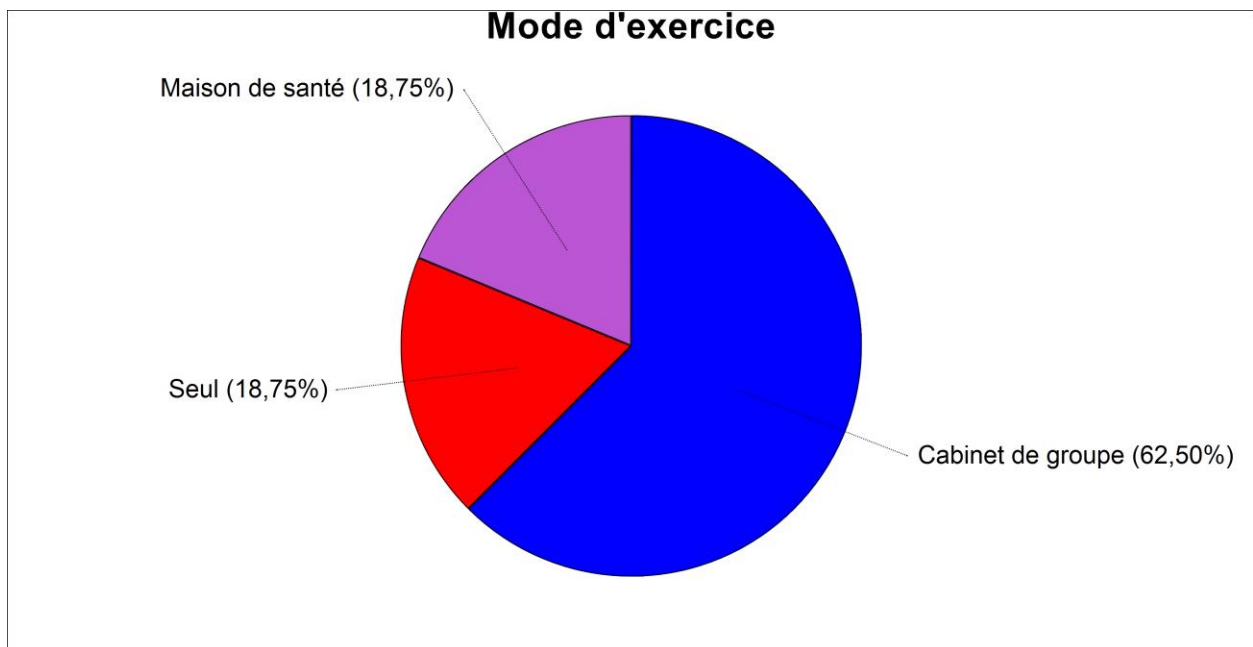




3.1.1.2 Type d'exercice

Nous avons interrogé sept médecins en zone urbaine, cinq médecins en zone semi-rurale et quatre médecins en zone rurale. Trois médecins travaillaient en maison de santé, trois autres seuls et dix médecins en cabinet de groupe.





3.1.2 Personnel employé

Douze médecins employaient une secrétaire physique, deux médecins utilisaient en complément de leur secrétariat physique un secrétariat téléphonique, un médecin n'employait qu'un secrétariat téléphonique et enfin un seul médecin n'avait pas de secrétariat.

Par ailleurs tous les médecins interrogés employaient un comptable. Quatorze médecins employaient également une femme de ménage, deux médecins n'en employaient pas et un médecin passait par une société de ménage.

3.2 PREAMBULE : LES TACHES ADMINISTRATIVES EN MEDECINE GENERALE, UNE VISION ET UN RESENTI FLUCTUANTS

La question du ressenti du médecin généraliste face aux tâches administratives dans sa pratique quotidienne était posée en début d'entretien afin d'estimer si celui-ci était plutôt positif ou plutôt négatif. Les avis divergent concernant notamment le rôle du médecin généraliste dans la réalisation de ces activités.

Ainsi **six médecins ont un ressenti plutôt positif** vis-à-vis des tâches administratives.

Pour la majorité d'entre eux, les tâches administratives ne sont qu'un **concept flou** qui rentre dans le cadre de la pratique quotidienne du médecin généraliste.

« Moi je vois le travail médical, ça je le conçois bien et après il y a du travail qui n'est pas que médical mais qui n'est pas qu'administratif non plus. » (M10)

« J'entends toujours parler des tâches administratives mais je ne comprends pas très bien, moi je me consacre à de la médecine mais je vois trop ce que c'est les tâches administratives. » (M15)

Huit autres médecins ont un ressenti plutôt négatif voire très négatif concernant l'impact des tâches administratives sur leur quotidien.

De l'avis de ces médecins, ces activités sont ennuyeuses et chronophages. Des mots comme « pesant » ou « ennuyeux » reviennent à plusieurs reprises. Ces activités sont d'autant plus **vécues comme lourdes** car elles ne cesseraient d'augmenter avec l'intensification et la complexité des documents administratifs.

« Je les vois comme un boulet. Il y a de plus en plus de papiers à remplir » (M1)

Par ailleurs ces activités sont perçues comme étant un travail ne relevant pas de la médecine car elles n'ont jamais été abordées au cours du cursus du médecin. Ce **travail jugé additionnel à la pratique** quotidienne induit un sentiment d'insatisfaction.

« C'est pas mon métier, c'est une frustration, je suis pas payé pour ça... J'ai pas fait 10 ans d'études pour faire ça ! » (M4)

« C'est une tâche supplémentaire qui ne devrait pas être. C'est pas ce pour quoi on a étudié. » (M6)

Ainsi certains médecins ont l'impression de faire un **travail** qui n'est pas le leur mais **relevant plus du secrétariat ou de la Sécurité Sociale**.

« C'est un travail du domaine du secrétariat » (M9)

« Elles sont très lourdes depuis que la Sécu nous reporte tout sur le dos : les protocoles de soins, les arrêts de travail, les arrêts maladie » (M11)

Deux médecins n'ont pas pu être classés dans l'une ou l'autre de ces catégories à la vue de leur réponse ambivalente à la question.

Malgré ces divergences, cinq grandes tâches ont pu être individualisées lors des entretiens.

3.2.1 Les tâches médico-légales et sociales

Nous observons qu'une grande partie de ces activités peuvent être classées parmi les tâches dites « médico-légales » ou « médico-administratives » selon les termes des médecins interrogés et les tâches sociales. Dans le cadre médico-légal sont compris les documents à remplir à la demande des patients tels que les certificats médicaux qui nécessitent un examen médical. Dans le cadre social cela inclut les dossiers effectués dans le cadre de l'obtention d'aides sociales pour les patients mais devant être remplis par le médecin traitant, celui-ci étant, à travers son rôle de pivot central du système de santé, **un pivot administratif**.

3.2.1.1 Les dossiers MDPH et demande d'APA

Nous constatons que ces deux dossiers, et particulièrement le dossier MDPH, sont considérés comme étant **la tâche administrative la plus lourde à effectuer**, les médecins se plaignant du temps mis à remplir ce dossier. Et cela se comprend facilement à la vue du nombre d'items à renseigner, de la nécessité de reprendre avec le patient l'intégralité de son dossier médical, et de l'obligation de le faire à la demande du patient.

« Les tâches les plus lourdes c'est le dossier MDPH et le dossier d'APA. Parce que c'est pas encore simplifié » (M8)

« Ce que je trouve le plus chiant c'est les dossiers MDPH, les demandes d'APA qui sont pas toujours nécessaires et pas toujours justifiées mais que tu dois quand même faire car les gens te le demandent. Donc t'es un peu obligé de les faire. » (M13)

« Le dossier MDPH, c'est long, il faut que le patient soit là parce que t'as plein de questions à lui poser, c'est vraiment long » (M16)

3.2.1.2 Les certificats médicaux

Une **discordance** apparaît concernant le classement ou non des certificats médicaux parmi les tâches administratives. Une partie des médecins considèrent qu'il s'agit d'un acte purement médical étant donné que le médecin prend la responsabilité médicale d'accorder un certificat.

« Les certificats médicaux c'est pas un acte administratif, c'est un acte médical qui nécessite la signature d'un médecin. Si tu te plantes tu auras un procès, si tu as un procès tu le perdras. » (M7)

« Pour moi les certificats ce n'est pas de l'administratif, c'est de la rédaction » (M15)

D'autres considèrent cela comme un acte relevant plus d'une formalité administrative avec un **sentiment de lassitude lié à l'accumulation de certificats** demandés par les différentes instances et pour de multiples motifs.

« Ce que je n'aime pas faire mais qu'on est obligé de faire pour les gens, et il y en a de plus en plus, c'est remplir les certificats comme quoi par exemple un enfant a besoin d'aide pour un examen. Avant ça nous arrivait très rarement, maintenant il y en a beaucoup. » (M3)

« Pour moi les tâches administratives ça comprend les dossiers MDPH et demandes d'APA, et tous les certificats médicaux qu'on nous demande comme pour le sport ou en cas d'enfant malade. » (M14)

3.2.1.3 Un rôle central du médecin généraliste

Les médecins ayant un ressenti plutôt positif face aux tâches administratives considèrent que **la prise en charge globale des patients** incluant, de ce fait, la prise en charge sociale ou médico-légale (même si elle peut parfois être rébarbative) rentre dans le cadre du rôle central du médecin généraliste dans notre système de soin.

« Qu'est-ce que tu appelles les tâches administratives en médecine générale ? Il y a les tâches administratives liées au fonctionnement du cabinet (donc ça va être la comptabilité, gestion des documents qui arrivent au cabinet) et il y a l'administratif médical qui fait partie de ta consultation avec la multiplication de tout ce qu'on nous demande comme tâches médico-légales. Pour une part importante de nos consultations on n'examine pas les gens parce qu'ils viennent nous voir uniquement pour la gestion d'administratif comme les certificats ou des demandes d'ALD. C'est un temps qu'on doit intégrer comme un temps médical car ça fait partie des missions de notre profession. » (M2)

« On ne peut pas y échapper, c'est quelque chose qui est nécessaire de toute façon parce que c'est une partie de la prise en charge des gens mais parfois c'est un peu trop envahissant. » (M13)

Pour les médecins ayant un ressenti plutôt négatif face aux tâches administratives le **rôle central** du médecin dans le système de soins est plus perçu comme **engendrant une surcharge administrative**, le médecin devenant le **pivot administratif** du système de santé et l'interlocuteur privilégié pour les patients.

« Sans compter tous les courriers pour les spécialistes dans le cadre du parcours de soin qui est une bonne en chose en soit parce que l'on doit être l'élément moteur qui oriente le patient. Mais il y a de plus en plus de papiers à remplir. » (M1)

« C'est démesuré, je ne dirai pas que je les vis bien. Mais c'est le rôle du médecin traitant... » (M16)

Ainsi, la vision de ce qu'inclut le métier de médecin généraliste, notamment en ce qui concerne les tâches médico-administratives, diffère selon les médecins et n'induit pas le même vécu lors de l'exécution de ces tâches.

Certains considèrent que cela fait pleinement partie de la prise en charge d'un patient en médecine générale tandis que pour d'autres cela représente une vraie charge supplémentaire à leurs activités de soins.

3.2.2 La gestion d'un cabinet médical

A travers nos entretiens nous constatons la place importante que prend la gestion d'un cabinet médical pour les médecins installés.

Cette gestion comprend la **gestion de la comptabilité** propre du médecin et celle du cabinet où il exerce.

« Il faut gérer sa comptabilité c'est-à-dire les feuilles de soins et le paiement des tiers payant surtout et il faut gérer les factures. » (M1)

« Il y a les tâches administratives liées au fonctionnement du cabinet donc ça va être la comptabilité et la gestion des documents qui arrivent au cabinet » (M2)

« La comptabilité, vérifier le paiement par la sécu ça prend du temps. » (M3)

« Concernant la gestion de la comptabilité on est une profession libérale donc c'est normal de devoir le faire. » (M10)

« Il y a aussi toute une partie qui n'est pas inhérente à la prise en charge des gens mais que tu dois faire comme la comptabilité, poser tes chèques. » (M13)

Cette gestion comprend également la **gestion des emplois du temps**.

« Il y a la gestion de l'emploi du temps, surtout dans une maison de santé où on essaye qu'il y ait assez de médecins tous les jours ce qui n'est pas toujours facile en fonction de nos emplois du temps. » (M6)

Et enfin cette gestion comprend la **gestion du personnel**.

En effet **le cabinet médical est une véritable entreprise** avec ses salariés à gérer, tout cela représentant un travail non négligeable en plus de l'activité purement médicale.

« Il faut bien comprendre qu'un cabinet médical c'est une très petite entreprise. On est à la fois médecin et chef d'entreprise. On est en libéral mais on investit dans les murs, dans des salariés comme la secrétaire et la femme de ménage, on a un budget à gérer. Si tu gères mal ton budget tu peux couler. Quand on a pigé ça on a tout compris. » (M7)

« Un cabinet médical c'est une entreprise. » (M8)

3.2.3 Les tâches liées au dossier médical

Une part du travail du médecin concerne la gestion du dossier médical du patient. Celle-ci comprends **la traçabilité informatique** de son dossier et la synthèse régulière de celui-ci de manière à assurer un suivi correct du patient y compris en cas de remplacement du médecin traitant. Cette traçabilité passe par la **gestion de son logiciel informatique** comme nous le détaillerons plus tard.

« La gestion du dossier médical me prend du temps aussi. C'est-à-dire synthétiser les courriers des spécialistes sur le dossier du patient pour avoir un suivi. » (M10)

« L'ordinateur et la gestion du dossier médical c'est un peu de l'administratif. On doit classer les informations. » (M15)

3.2.3.1 La lecture des courriers des spécialistes et des biologies

Les généralistes sont d'accord sur le fait que la lecture des courriers et des biologies constitue un **travail de l'ordre du médical**. En effet, la demande de ces examens ou consultations venait de leur part et leur interprétation nécessitait des compétences médicales. Les généralistes sont

également unanimes sur le fait que ce travail leur prend néanmoins un temps non négligeable au cours de leur journée.

« Il faut aussi rappeler les patients quand il y a des anomalies biologiques, ça prend du temps mais bon ça ce n'est pas une tâche administrative, c'est du travail en plus. » (M3)

« Si quelqu'un a fait un examen il ne reprend pas un rendez-vous pour qu'on regarde le résultat, il dépose le résultat d'examen au cabinet et c'est à nous de juger si on le rappelle ou pas. »

« La lecture des biologies me prend du temps mais je considère plus ça comme du temps médical, notamment pour l'adaptation des AVK en fonction des INR où tu dois rappeler les patients. » (M8)

Un seul médecin considère en partie ce travail comme de l'administratif car il est chronophage et vient en supplément de sa journée de consultations.

« Le courrier qu'on reçoit ça me prend du temps aussi, il faut bien le lire, rappeler les patients. C'est pas une tâche administrative pure mais ça prend du temps donc ça le devient. » (M6)

3.2.4 Les demandes des patients hors consultations

A travers nos entretiens, nous constatons que les médecins se plaignent du **travail supplémentaire** qu'ils effectuent **en dehors des consultations** à la demande des patients.

Ce travail est considéré comme un travail administratif dès lors qu'il n'est pas réalisé après un interrogatoire et un examen clinique du patient. Le médecin n'est dans ce cas qu'un rédacteur d'ordonnances, cette tâche s'ajoutant à sa journée de consultation.

« Pour ma part le temps passé en dehors de mes consultations peut être perçu comme du temps administratif. » (M2)

« Au final pour moi l'administratif c'est tout ce qui peut se rajouter en fin de journée et qui rallonge ma journée de travail. » (M6)

« Il y a plein de choses que je ne fais pas avec les patients mais entre deux consultations. Pour moi tout ce qui est administratif c'est ce qui est en dehors de l'examen de son patient. Parce que pour moi une consultation c'est au départ un examen puis un échange et enfin de l'administratif qui peut être une ordonnance. Du coup ce qui me prend du temps c'est les papiers que je fais en

dehors de l'examen du patient. C'est lié aux patients mais je le perçois comme de la paperasse. »
(M12)

Ainsi un certain nombre de médecins généralistes ont le **sentiment d'être déconsidéré** par les patients avec l'impression d'être forcée de faire ces ordonnances sans consultation. Et, en cas de refus de prescription sans consultation, les patients expriment souvent un sentiment de non fraternité et d'avarice mal ressenti par les médecins.

« Sans compter les gens qui appellent en disant je ne vais pas passer et payer 25 euros pour avoir un courrier pour voir la dermatologue, elle a qu'à faire le courrier et je passerai le chercher. Et ça c'est toute la journée. En général on essaie de dire non mais les gens râlent, ils disent c'est bon vous n'êtes pas à 25 euros près, c'est nous les ingrats. Les gens ne réalisent pas. Oui je pars en voyage il me faudrait telle ordonnance, oui je suis allé chez le kiné il me faudrait une ordonnance pour des séances. Là aujourd'hui j'ai une liste d'une page de personnes qui ont appelé et qui réclament des trucs. » (M1)

Il faut noter qu'à la vue du temps consacré, cette partie du travail du médecin est d'autant mal vécue qu'elle n'est **pas rémunérée** induisant un **sentiment de frustration** et de dévalorisation de leur travail.

« Si je faisais ces actes pendant les consultations ça serait toujours de l'administratif mais au moins il y aurait un salaire. Alors que là, la demi-heure qu'on passe le soir à faire du papier ça ne nous rapporte rien. » (M1)

3.2.5 Le temps passé à joindre les spécialistes

Enfin les médecins pointent du doigt la difficulté à joindre des spécialistes. Elle est liée à la carence de ces médecins dans notre système de soins. Cet acte n'est **pas toujours délégable** au secrétariat notamment en cas d'urgence et le médecin doit donc s'en occuper lui-même. Les médecins décrivent cela comme une **démarche laborieuse** car prenant un certain temps avant de réussir à joindre le spécialiste ou le service hospitalier concerné.

« Moi ce qui me pose problème c'est plutôt des dysfonctionnements du système de soins où je vais passer des journées à appeler à droite et à gauche pour prendre en charge une problématique

de soins que moi je ne peux pas prendre en charge en soins primaires mais le problème c'est que le système de soins est saturé. » (M2)

« La semaine dernière ce qui m'a pris le plus de temps c'est d'essayer d'avoir un rendez-vous. Ça je ne l'ai pas délégué car j'ai plus de facilité pour mettre la pression pour un rendez-vous notamment au CHU. Cette semaine j'ai dû appeler plusieurs fois. » (M5)

« Le rapport ville-hôpital est difficile notamment pour communiquer avec eux. C'est compliqué pour les joindre et concernant leur courrier on les reçoit qu'un mois plus tard. C'est pas possible de les joindre directement excepté avec les spécialistes que je connais déjà. » (M8)

La désorganisation de notre système de soins et notamment de l'hôpital **transforme ainsi un acte initialement médical en tâche administrative.**

Voyons maintenant quelles organisations, méthodes ou moyens ont développés les médecins généralistes pour faire face à ces différences tâches afin de réduire le temps qui y est consacré ou améliorer leur vécu lors de la réalisation de ces tâches.

3.3 GESTION D'UN CABINET MEDICAL

3.3.1 La gestion globale d'un cabinet médical : gestion et coût des employés, des factures et des éventuels travaux

Nous l'avons précédemment dit, la gestion d'un cabinet médical peut s'apparenter à la gestion d'une petite entreprise, avec ses employés à former, son budget à gérer et sa comptabilité à faire.

Cette gestion n'est cependant pas innée comme nous le voyons au travers de nos entretiens. Les internes passent du monde salarié hospitalier à un monde libéral avec les contraintes administratives qui vont avec (URSSAF, CARMF ...).

Plusieurs pistes ont été constatées ou suggérées pour pallier à cette problématique.

3.3.1.1 Un besoin de formation

De nombreux médecins ont découvert la partie inhérente à la gestion d'un cabinet médical au moment de leur installation, gestion à laquelle ils n'étaient **pas préparés**. Un **manque d'enseignement** dans ce domaine est ainsi déploré, les études de médecine se concentrant sur la partie médicale mais pas sur la partie consacrée à la gestion d'un cabinet médical et de ses salariés. Les médecins se disent **un peu perdus** face à cette position de **chef d'entreprise** qu'ils n'avaient pas prévue.

« Toute la gestion d'un cabinet médical tu l'apprends sur le tas. La gestion du consommable, comment refaire le cabinet, comment faire sa comptabilité, ça s'apprend. On n'a pas de cours pour ça, ça aurait été une bonne chose d'avoir des cours sur comment gérer un cabinet parce que c'est pas que de l'accueil ou de la médecine et on n'est pas préparé à ça. » (M1)

« Moi j'y connais rien à la gestion d'un cabinet, on a pas eu de formation là-dessus. » (M4)

« Après dans les stages on n'abordait pas le côté gestion administrative et financière d'un cabinet médical mais j'aurais bien aimé qu'on m'en parle. » (M6)

Une **formation** concernant la gestion d'un cabinet médical serait à inclure dans les études médicales sous forme de cours ou de stages dédiés pour permettre aux médecins de mieux se préparer à cette gestion inhérente à la pratique libérale.

3.3.1.2 Se faire aider par des professionnels spécialisés dans les tâches administratives

Nous remarquons que de nombreux praticiens se sentent isolés dans la gestion de leurs tâches administratives.

Pour lutter contre cela, certains médecins ont recours à des **aides extérieures** au cabinet médical afin de pouvoir **déléguer** une partie de leur charge administrative ou **avoir des conseils** sur la manière d'y faire face.

- Ainsi certains médecins d'une même structure recourent à **un comptable** (en plus de leur comptable propre), pour gérer la fiscalité du cabinet qui est le plus souvent une société civile de moyens, chacun cotisant à part égale pour rémunérer le comptable.

« Après pour la gestion en elle-même de la maison médicale c'est confortable mais c'est parce que c'est le comptable qui le gère. » (M6)

*« Pour la gestion du cabinet notre comptable nous aide face à certaines situations difficiles. »
(M10)*

Le principal frein à ce recours à un comptable pour ne gérer que le cabinet médical est le coût financier supplémentaire.

« Après il y a des gens spécialisés dans l'administratif et qui peuvent t'aider mais je pense qu'on a déjà tellement de frais que rajouter ça au bout d'un moment ça fait trop de frais. » (M1)

- Un médecin interviewé recourt à une **société spécialisée dans les tâches administratives** et notamment la gestion d'un cabinet médical appelée **A6 médical**. Cette société est **rémunérée indirectement** par le fonds de formation. En effet, les cotisations URSSAF que paye le médecin lui donne droit à un fonds de formation non médical appelé le FAF-PM avec un budget de 420 euros par an. Le médecin ne paye donc pas cette société en plus de tout ce qu'il paye déjà à l'URSSAF.

« J'ai eu une formation pour laquelle je me suis inscrit avec A6 médical c'était vraiment bien. La personne qui m'a fait la formation m'a donné son mail et elle m'aide beaucoup pour les formalités administratives. » (M16)

Les principales missions de cet organisme sont la délivrance de formations sur les formalités administratives, la gestion du cabinet médical, le traitement des fournisseurs, la gestion des déplacements et de sa voiture, la gestion informatique. Cela permet également d'**avoir une tierce personne** pour nous conseiller et répondre aux questions des médecins.

3.3.1.3 Répartir les tâches au sein du cabinet médical

La plupart des médecins interrogés se répartissent la gestion du cabinet médical (factures, chèques à effectuer...). Une partie procède par **rotation entre les membres du cabinet**, ce qui permet une répartition égale ainsi qu'une amélioration du vécu de cette gestion, celle-ci devenant occasionnelle avec des intervalles libres.

« Chaque membre du cabinet fait la gestion du cabinet médical à tour de rôle. On fait 1 mois chacune. » (M1)

« Ici on est 4 à s'en occuper et on se répartit chacun un trimestre où on doit s'occuper de toute la paperasse pour le cabinet. Donc on fait les chèques pour les secrétaires et la femme de ménage,

on paye l'URSSAF global c'est-à-dire de la Société Civile de Moyens, le comptable, les factures. Du coup ça ne me prend pas beaucoup de temps. » (M13)

Dans certains cabinets c'est le médecin qui se sentait le plus à l'aise qui effectue ces tâches pour l'ensemble du cabinet.

« On a un médecin généraliste, c'est le plus vieux d'ailleurs, qui s'occupe du calcul des charges. » (M6)

« Il y a un médecin sur les cinq qui est alloué à la gestion, elle était partante pour la faire, moi j'y connais rien » (M4)

Par ailleurs un des médecins interviewés profite de la présence de **l'interne** pour effectuer les tâches administratives à faire rapidement pendant que son interne s'occupe du patient.

« Hier j'avais un patient à hospitaliser en urgence, il a fallu que je téléphone au médecin coordonnateur d'une EHPAD. J'ai dû remplir un dossier, dire à la famille de le déposer donc tout ça je l'ai fait pendant que l'interne travaillait, ça m'a libéré du temps pour m'occuper de tâches administratives. Si un interne est en stage ça me libère du temps, il examine le patient pendant que je m'occupe de papiers administratifs à côté. » (M15)

3.3.1.4 Travailler en tant que collaborateur, une alternative pour éviter toute gestion du cabinet

Comme mentionné dans l'introduction, les jeunes médecins généralistes hésitent à s'installer en partie à cause de la peur du surplus administratif que cela pourrait engendrer. Une solution trouvée par un médecin qui ne souhaite pas s'en occuper est d'opter pour **le statut de collaborateur**. Nous constatons ainsi qu'elle ne s'occupe pas du management des secrétaires, de la gestion des factures ou de la réalisation d'éventuels travaux.

« La gestion du cabinet médical moi je ne m'en occupe pas vu que je travaille en collaboration, je suis comme un remplaçant régulier. J'ai un frais fixe et je donne un certain pourcentage de mes honoraires pour tout le reste c'est-à-dire avoir à disposition un bureau et des secrétaires donc tout le fondamental d'un cabinet médical. » (M3)

3.3.2 Secrétariat physique

3.3.2.1 Avantages

Les praticiens ayant une secrétaire physique sont unanimes sur le **gain de temps médical** qui est apporté par la **délégation des tâches administratives**.

« Ça me permet d'optimiser mon temps pour faire des actes médicaux ce qui me semble être le cœur de mon métier » (M2)

« Ce qui m'intéresse moi c'est d'être médecin de famille, tout le reste est accessoire. Moi je gère juste ma patientèle, le reste c'est la secrétaire qui gère. » (M5)

Les tâches déléguées par les médecins généralistes sont de 5 types :

- **Le scannage des documents** en lien avec le patient (biologies ou courrier) dans son dossier médical informatisé.

« Elles font la réception des courriers et le scannage dans les dossiers des patients, réception des mails, rangement administratif. » (M1)

- **La réception et le filtrage des appels** par les secrétaires, ce qui permet au médecin un isolement pendant sa consultation. Nous notons d'ailleurs une différence entre les praticiens quant au nombre d'appels transmis par la secrétaire ; cette différence peut s'expliquer par une exigence et une **formation différentes des secrétaires** selon les praticiens. En effet certains docteurs n'acceptent un **transfert d'appel qu'en cas d'urgence ou si l'interlocuteur est un professionnel de santé**, ce qui réduit ainsi le nombre d'appels transmis par la secrétaire.

« La secrétaire me transmet peu d'appel, faut que ça soit un confrère ou que j'ai averti que tel patient va m'appeler. Sinon on se donne des rendez-vous téléphoniques. » (M7)

- **La vérification des remboursements pour les tiers payants** est, de l'avis de la majorité des médecins, une des tâches les plus lourdes.

« Elles font un gros boulot de vérification et de réclamation des tiers payants non payés et c'est pas négligeable ! » (M9)

« Le tiers payant c'est bien mais faut vérifier qu'on est bien payé car des fois leur carte vitale n'est pas à jour. Une grosse partie de leur travail consiste du coup à vérifier que je suis bien payé ! »
(M11)

- **La gestion des besoins administratifs immédiats** du médecin est un avantage du secrétariat physique par rapport au secrétariat à distance pour effectuer une tâche administrative non prévisible et devant être réalisée rapidement. Ceci peut comprendre l'appel à des spécialistes, la rédaction de formulaires (partielle ou complète selon les cas) ou la récupération d'un dossier médical ou social.

« On peut leur demander des choses plus facilement que si c'était un secrétariat téléphonique. »
(M6)

« Ce matin j'ai vu un patient pour la première fois, qui avait une histoire compliquée, et je lui ai demandé de récupérer le dossier hospitalier. Elle organise aussi les rendez-vous d'imagerie qui doivent être faits en urgence après qu'on lui donne les éléments médicaux qui justifient l'urgence »
(M9)

- Enfin le secrétariat physique fait parfois la **rédaction des demandes annexes des patients** qu'ils font soit par téléphone soit pendant la consultation. En effet plusieurs médecins rapportent le cas où pendant la consultation un patient réclame, en plus de son motif de consultation, un formulaire à remplir comme un bon de transport ou un certificat. Certains médecins délèguent ainsi une partie de la rédaction de formulaires au secrétariat, formulaires qu'ils vérifient avant de signer.

« Elle fait les bons de transport et me préremplit les certificats quand j'en ai besoin » (M5)

« La secrétaire physique est là aussi pour gérer les demandes itératives. La secrétaire téléphonique elle réceptionne la demande, elle te la note sur informatique et tu la fais ou tu ne la fais pas. » (M10)

Un autre apport du secrétariat, et notamment du secrétariat physique, est le **gain en qualité de vie**.

Comme nous venons de le rapporter le secrétariat physique permet une délégation des tâches plus importante encore que le secrétariat téléphonique, mais il a par ailleurs une fonction de

gestion du stress environnant en accueillant les patients, en traitant leurs demandes parfois insistantes, en gérant la salle d'attente et en étant plus disponible pour le médecin généraliste.

C'est cette amélioration de la qualité de vie du praticien qui améliore le vécu de son métier et participe à une réduction de son stress notamment lors de l'accumulation des tâches à effectuer.

« Il faut réussir à allier qualité de soin et qualité de vie. Pour ça il faut un secrétariat permanent donc 2 secrétaires à mi-temps. Pourquoi ? Car si une secrétaire part en congé ou s'en va l'autre prend le relais. Pour ça il faut un secrétariat parce que le secrétariat c'est la délégation de tâches sur la prise de rendez-vous et sur plein d'autres tâches. Il faut qu'il y ait un contact téléphonique rapide ce qui permet d'avoir un isolement pendant la consultation du médecin car la secrétaire filtre les appels. » (M4)

« Un secrétariat physique va être le lien, ça va être notre prolongement et notre interaction avec les patients pour gérer les urgences, l'accueil, la gestion de la salle d'attente avec les impatiences et le stress, les formalités administratives comme la préparation d'ordonnances ou de certificats. Tout ça le secrétariat physique le fait. » (M10)

« On a moins de stress. Donc on gagne en qualité de vie. Si on est toujours dérangé par les appels téléphoniques et paperasserie c'est le burn-out assuré. » (M15)

Enfin, en dehors de l'aide du point de vue administratif et du gain en qualité de vie, le secrétariat physique permet d'avoir une **relation humaine de meilleure qualité** avec les patients par rapport au secrétariat à distance

« Les avantages c'est le contact physique c'est-à-dire qu'elle voit les gens quand ils viennent, elle peut déjà évaluer l'urgence. Les gens aiment aussi avoir un contact humain et pouvoir discuter un peu avec la secrétaire. » (M6)

« Philosophiquement on est médecin libéral en contact direct avec les patients, on est dans la relation humaine. Le secrétariat physique est un prolongement de cette relation humaine. » (M10)

3.3.2.2 Inconvénients du secrétariat physique

- **Nécessité d'une gestion et d'une formation du personnel**

Plusieurs médecins soulignaient la nécessité de bien former ses secrétaires afin de répondre au mieux aux attentes du médecin. Le risque est de mal ou peu former sa secrétaire ce qui peut engendrer une gestion inadéquate des appels et nécessiter parfois une prise en main directe des appels par le médecin, comme nous l'a été relaté une fois.

« Ça m'arrive de plus en plus de donner moi-même des rendez-vous à mes patients car je sais mieux que mes secrétaires combien de temps il faut selon les patients. » (M3)

Cette formation des secrétaires **prend du temps** mais permet par la suite une optimisation du secrétariat.

« Ça nécessite du temps de former les secrétaires, de faire un retour s'il y a un problème et ça nécessite de la coordination pour que tout fonctionne bien. » (M2)

Cette gestion des salariés comme devrait le faire un chef d'entreprise est difficile pour les médecins rencontrés de par leur **manque de préparation** dans ce domaine, tout comme pour la gestion d'un cabinet médical comme vu précédemment.

« Les inconvénients c'est que ça prend du temps et du management d'avoir des salariés. Ça fait partie du côté gestion sur lequel on n'est pas prêt, en tout cas moi j'étais pas prêt, j'ai pas été formé à la gestion du personnel. Une formation là-dessus m'aurait servi. Donc ça s'est fait sur le tas, ça s'est fait avec mes associés qui ont de l'expérience. On a eu une formation qui était très hospitalière, et où une secrétaire qui tire au flanc on s'en fout c'est le boulot des cadres et pas le nôtre ; là c'est autre chose. » (M9)

« Tu apprends sur le tas et pas à la faculté. Il est nécessaire d'avoir des notions de gestion des emplois parce qu'il y a des responsabilités à avoir, des cours là-dessus auraient été utiles. » (M10)

- **Un budget non négligeable**

L'inconvénient majeur pour la majorité des médecins est le **coût élevé** d'un secrétariat physique. Les médecins recherchent donc un bon équilibre entre avoir un secrétariat efficace pour un coût le plus faible possible.

« Pour réduire le temps que je passe aux tâches administratives il faudrait que les secrétaires en fassent plus, mais si les secrétaires devaient en faire plus ça veut dire qu'on en prend une en plus, et si on en prend une en plus ça veut dire des frais en plus. » (M4)

Pour pallier ce coût financier important les médecins soulèvent **l'importance de l'exercice en groupe** afin de diviser les charges entre membres du cabinet. Par ailleurs, comme le soulève un médecin, le coût du secrétariat serait par ailleurs compensé par le nombre de consultation en plus que fait le médecin au lieu de s'occuper de tâches administratives.

« Après quand tu es un médecin isolé ça coûte cher » (M14)

« C'est un gros effort financier mais on peut se le permettre car on est plusieurs à payer les secrétaires et en plus on les rentabilise car on le déduit des impôts, c'est-à-dire environ un tiers de moins que ce qu'on le paye. En plus le temps qu'on ne passe pas à répondre au téléphone on le passe à faire des consultations donc on fait plus d'actes et ça paye largement le secrétariat » (M15)

- **Des demandes téléphoniques des patients plus fréquentes**

Un des médecins interviewés ayant un secrétariat physique considère que le risque de ce secrétariat est l'accumulation de demandes de papiers à remplir en dehors des consultations par les patients. En effet les patients qui connaissent la secrétaire et la côtoient régulièrement, essaieraient plus de contraindre le médecin à travers son secrétariat, les patients étant plus enclins à demander à leur médecin, en dehors des consultations, un papier à rédiger.

« L'inconvénient du secrétariat physique c'est que les gens en abusent parce qu'ils la connaissent et que c'est pas pareil d'avoir quelqu'un en face qu'au bout d'un téléphone où c'est beaucoup plus impersonnel. Avec le secrétariat téléphonique ils obligent les gens à prendre des rendez-vous, ils ne prennent pas toutes les demandes annexes des patients, c'est-à-dire les demandes de conseils et tout ce qui est ordonnance à la demande. » (M1)

3.3.3 Secrétariat à distance

3.3.3.1 Avantages

- **Un gain de temps médical par la délégation du scannage des documents et de la prise de rendez vous**

Tout comme le secrétariat physique le secrétariat téléphonique se charge de la prise des rendez-vous. Un des docteurs interviewés a également la possibilité de leur confier le scannage des documents dans les dossiers médicaux des patients, le médecin leur apportant une fois par semaine la pile de document à scanner.

Un point est à remarquer lors de nos tentatives pour joindre les médecins ayant un secrétariat à distance. Il nous était plus difficile de parler directement au médecin en comparaison aux cabinets ayant un secrétariat physique.

Le **filtrage des appels** nous a semblé **plus important**, ce qui nous a été confirmé pendant les entretiens où ces praticiens déclaraient n'être jamais ou exceptionnellement dérangés par le téléphone.

« Je ne parle pas directement au patient donc je ne perds pas de temps. Elle a comme consigne de me transmettre seulement ce qui paraît urgent, les professionnels de santé, les infirmiers, les pharmacies. Après elle me laisse des messages comme une demande pour rappeler quelqu'un. Du coup je ne suis jamais dérangé pendant la consultation par un coup de téléphone. » (M12)

« Les avantages c'est que je réponds plus au téléphone » (M16)

- **Un plus faible coût**

De l'avis de tous les médecins ayant ce type de secrétariat, l'avantage principal par rapport au secrétariat physique est son faible coût.

« Une secrétaire téléphonique c'est 400 euros pour 600 appels par mois. Et même si on passait à 800-1000 appels ça serait 500 à 600 euros. Et elles passent 3 à 4 heures par mois à scanner des documents ce qui équivaut à 100 euros par mois en plus. Donc en tout ça ferait 500 à 600 euros par mois pour gestion des appels téléphoniques et scannage des documents dans le dossier du patient. » (M16)

Deux praticiens interrogés ont un **secrétariat mixte** ayant ainsi en plus d'une secrétaire physique à temps plein, un secrétariat à distance, permettant un plus faible coût.

« Une secrétaire physique entre son salaire et les charges salariales à payer ça revient cher. Pour la gestion d'un cabinet médical il en faudrait une et demi mais à deux praticiens dans un cabinet on n'a pas envie de mettre autant d'argent dans un secrétariat physique. » (M10)

« Je dois payer 400 euros par mois de secrétariat à distance. » (M12)

- **Une absence d'engagement contractuel**

Les médecins ayant un secrétariat à distance soulignent l'absence de souscription à un contrat avec la secrétaire ce qui permet une plus grande flexibilité d'embauche ou de mise en congé du secrétariat si son travail ne satisfait pas.

« L'inconvénient du secrétariat physique c'est quand t'as signé un contrat avec elle et que tu te rends compte après qu'elle n'est pas bien (rire) toi petit médecin patron, c'est compliqué. L'avantage du télésecrétariat c'est que t'as pas d'engagement. » (M16)

Un autre médecin reconnaît la facilité de gestion de ce type d'employés mais souligne cependant le risque de précarité vers lequel la société tend à se diriger.

« Si le télésecrétariat te plaît pas tu peux le changer facilement. L'ubérisation est plus simple pour la gestion des salariés. » (M10)

Cette absence d'engagement contractuel s'exprime aussi pour un des médecins par l'emploi d'une société de ménage au lieu d'une femme de ménage.

« Je fais appel à une société spécialisée dans le ménage. Je ne prends plus de femme de ménage, c'est une société qui vient. La différence c'est que c'est une société et que si du jour au lendemain on n'est plus content d'eux on peut s'en séparer facilement, on n'a qu'un préavis d'un mois. Si c'est une salariée qu'on emploie c'est très compliqué de s'en séparer. » (M12)

- **Maintien d'un contact avec le patient**

Les médecins apprécient unanimement le fait que le secrétariat à distance n'est jamais absent, en congé ou même temporairement indisponible.

Cette notion a été bien évoquée par le médecin n'ayant qu'un secrétariat à distance :

« L'autre avantage c'est qu'elles ne sont jamais en vacances ! S'il y en a une qui part en vacances l'autre prend le relais. La secrétaire physique si elle part en vacances soit faut la remplacer soit tu n'as plus de secrétariat pendant ses vacances. » (M16)

Pour les deux médecins employant un secrétariat mixte (physique et à distance), la secrétaire téléphonique permet au patient de toujours avoir un contact téléphonique même aux heures d'absence de leur secrétaire physique.

« Un secrétariat physique (son épouse) présent pour l'accueil et un secrétariat téléphonique entre midi et deux et lors des visites à domicile. Le patient a toujours un contact. Ça permet qu'il y ait toujours un contact pour le patient y compris après 18h quand la secrétaire s'en va et que moi je reste. » (M12)

3.3.3.2 Inconvénients

- **Absence de gestion de la comptabilité par la secrétaire**

Le médecin qui n'emploie qu'un secrétariat à distance concède que le principal défaut d'une secrétaire à distance est l'impossibilité pour le médecin de lui déléguer la gestion des feuilles de soins, de la comptabilité notamment concernant la **vérification du remboursement des tiers payants**. Ce temps passé à cette gestion quotidienne de façon seul lui **est très chronophage**.

« J'aurais besoin d'une secrétaire bien formée pour gérer mes feuilles de soins et notamment en comptabilité pour gérer les impayés et pour ça il me faudrait une secrétaire physique. » (M16)

- **Absence de gestion de la salle d'attente**

Un des médecins employant un secrétariat mixte soulève le problème inhérent à l'absence de surveillance de la salle d'attente, cette fonction étant un avantage souvent demandé par les praticiens préférant un secrétariat physique, afin de réduire le **stress** environnant.

« Si c'était juste un secrétariat téléphonique on laisserait la salle d'attente à tout venant. » (M10)

- **Prise de rendez-vous moins adaptée**

La gestion du planning de consultations et de visites à domicile est rapportée comme étant de bien plus mauvaise qualité que le secrétariat physique, la secrétaire à distance ayant une **méconnaissance des lieux, des environs et des patients**.

Les **visites à domicile** sont parfois **injustifiées** ou **mal organisées**.

« Ce sont des personnes au bout du fil mais elles gèrent une multitude de médecins différents, elles ne connaissent pas la géographie du cabinet et des villages aux alentours. Elles ne font pas la différence lors des prises de RDV pour les visites à domiciles entre un village situé à côté du cabinet ou à 20 kilomètres. »

« Elles ne prennent pas les RDV des visites à domicile parce que je n'ai pas envie de me faire avoir, je préfère que ça soit moi qui aie le patient au téléphone pour que je juge si je dois vraiment y aller ou pas. » (M16)

La gestion du planning des consultations n'est, d'autre part, pas personnalisée en fonction des patients et de leur motif de consultation. La **programmation des consultations** est ainsi **inadaptée**.

« Ils reçoivent les appels, il y a un trou à telle heure donc le docteur peut vous prendre à telle heure. On n'est pas dans l'adaptation. Par exemple l'agenda est plein, il a plein de visites mais c'est Madame machin et on sait que ça va aller vite donc on peut la rajouter. » (M10)

« L'inconvénient d'un secrétariat téléphonique c'est qu'elles s'occupent d'une vingtaine de médecins différents et donc elles ne connaissent pas les patients comme pourrait les connaître une secrétaire présente physiquement au cabinet. Elles ont donc plus de mal à évaluer le degré d'urgence plutôt que si elles connaissaient le patient en le voyant tout le temps. » (M16)

- **Perte du contact humain**

A l'inverse du secrétariat physique, le secrétariat à distance est décrit comme étant impersonnel et tendant vers une déshumanisation des rapports avec les patients.

« Le secrétariat téléphonique est plus un secrétariat moderne qui est une machine donc on perd le rapport humain » (M10)

3.3.4 La comptabilité

3.3.4.1 Déléguer sa comptabilité

Tous les praticiens interviewés emploient un comptable. La différence porte sur les praticiens qui ont un secrétariat physique leur faisant la comptabilité quotidienne ou hebdomadaire.

On constate au travers de nos entretiens que sur les huit médecins ayant un ressenti plutôt négatif des tâches administratives, sept médecins effectuent eux même leur comptabilité quotidienne. Et sur les six médecins ayant un ressenti plutôt positif face aux tâches administratives, c'est leur secrétaire qui effectue leur comptabilité quotidiennement (ou hebdomadairement selon les cas) pour cinq d'entre eux.

La **délégation de la comptabilité au secrétariat physique** permet ainsi au praticien de réduire le temps consacré à cette tâche.

« Mes secrétaires font la comptabilité au fur et à mesure, moi j'en fait une partie en fin de semaine le week-end, et j'ai un comptable. Ça, ça ne me prend pas beaucoup de temps. » (M11)

« La secrétaire fait la comptabilité, les factures et transmet tout ça à l'expert-comptable et pour mes visites à domicile il suffit que je branche l'appareil pour lire les cartes vitales à l'ordi et ça s'enregistre automatiquement. C'est une tâche rapide quand on a une secrétaire et un comptable. » (M15)

A l'inverse pour les praticiens faisant eux-mêmes régulièrement leur comptabilité cela induit une tâche supplémentaire à effectuer au cours de la journée.

« Je fais ma comptabilité le soir et j'ai un comptable qui vient une fois par trimestre. » (M14)

3.3.4.2 Une vérification aléatoire des remboursements

De l'avis des généralistes, la vérification du remboursement des tiers payant par la sécurité sociale est une tâche qui **prend beaucoup de temps** si on souhaite contrôler que l'on ait bien été payé.

Alors que la majorité des praticiens dénoncent de nombreux **impayés** par la sécurité sociale pour les tiers payants, les avis divergent concernant l'attitude à adopter face à ces arriérés.

Certains les font vérifier par leur secrétariat.

« Le tiers-payant c'est bien mais faut vérifier qu'on est bien payé car des fois leur carte vitale est pas à jour. Et ça, ça prend beaucoup de temps aux secrétaires » (M11)

D'autres le font par eux-mêmes, mais ils font partie des médecins ayant un ressenti négatif vis-à-vis des tâches administratives.

« Je vérifie moi-même le tiers payant car il y a des règlements que je ne reçois pas toujours mais je n'ai pas toujours le temps » (M6)

Ces médecins soulignent par ailleurs la **difficulté de vérification** des remboursements. Deux médecins suggèrent la mise en place d'un logiciel permettant de vérifier quels remboursements exacts ont été effectués.

« Après concernant les remboursements de la CPAM, il y a des choses où ça ne suit pas et on ne sait pas si les remboursements ont été fait ou pas. J'aimerais une interface qui m'indique les remboursements effectués. » (M6)

Nous constatons cependant que la majorité des médecins sont conscients de ne pas être toujours payés et l'acceptent avec **résignation**. Le temps mis par leur secrétaire ou par eux pour vérifier les remboursements étant trop important, les médecins préfèrent faire de la médecine plutôt que de s'en soucier. Ce refus de se battre pour quelques centaines d'euros en **ne se préoccupant pas de cette problématique** semble **améliorer ainsi leur vécu** concernant leur comptabilité quotidienne. Ainsi ces praticiens ne s'encombrent pas de cette éventuelle charge mentale supplémentaire.

« Gérer sa comptabilité c'est un peu lourd mais c'est à cause des tiers-payant qu'on doit vérifier. Après il manque toujours des remboursements mais une fois que t'en fais le deuil ça va. » (M10)

« Je ne contrôle pas mes remboursements, je considère que c'est du temps perdu. S'il y a quelques consultations non payées je vais passer du temps à vérifier et à faire des courriers pour gagner quelques centaines d'euros donc ça ne vaut pas le coup. Je dois perdre quelques centaines d'euros dans les tiers-payant mais je n'ai pas envie de m'embêter à 20h à vérifier les paiements. » (M15)

3.3.5 Gestion du matériel médical

- **Déléguer au secrétariat**

Plusieurs médecins ayant une secrétaire physique lui confient également la tâche de gérer totalement ou partiellement les stocks de matériel médical.

« Une des secrétaires gère ces stocks-là et nos charges payent ça. Pour les médicaments d'urgence chacun gère son stock. » (M6)

« Quand il manque quelque chose c'est la secrétaire qui va chercher ce qu'il manque à la pharmacie. C'est rapide, ça ne me prend pas beaucoup de temps. » (M15)

- **Être organisé**

Les médecins s'accordent pour dire qu'il est nécessaire de bien s'organiser pour gérer au mieux le matériel, cette tâche devenant ainsi peu encombrante pour l'ensemble des médecins vus.

« Pour tout ce qui est matériel médical et pour les médicaments et matériel périssables on a un tableur Excel qui nous informe des produits périmés et à changer. La secrétaire rentre dans le tableur les stocks achetés et on regarde ce tableur tous les mois. » (M9)

« Moi je commande tous les trois à quatre mois du matériel médical, j'ai une liste. Ça, ça ne me prend pas beaucoup de temps. » (M11)

3.3.6 Les maisons de santé pluriprofessionnelles

L'organisation, le fonctionnement et le regroupement des professions médicales et paramédicales étant différents dans les maisons de santé, il nous a paru pertinent de rechercher s'il y avait des avantages ou des inconvénients à exercer dans ces structures, notamment du point de vue administratif, et si oui lesquels.

Nous constatons que **les trois médecins interviewés** qui appartiennent chacun à une classe d'âge différente et qui travaillent dans une maison de santé **ont un ressenti plutôt négatif vis-à-vis des tâches administratives**. Est-ce une réalité ou un simple biais ? Pour tenter d'y voir plus clair nous avons décidé de regrouper les avantages et inconvénients des maisons de santé qui nous ont été rapportés au cours des entretiens.

3.3.6.1 Avantages

- **Un secrétariat à plus faible coût**

Deux médecins en maison de santé avancent que les charges payées par les médecins pour leur secrétariat dans ces structures seraient inférieures par rapport aux cabinets de groupe du fait que ces structures comportent **plus de professionnels**, médicaux et paramédicaux, qui cotisent chacun proportionnellement à l'utilisation du secrétariat. Le **coût** du secrétariat est donc moindre par médecin.

« L'avantage des maisons de santé c'est qu'on est plusieurs à payer la secrétaire. » (M5)

« Je pense que le fait d'être dans une maison de santé réduit le coût du secrétariat un peu car les infirmières et les kinésithérapeutes payent aussi un peu la secrétaire. » (M6)

Une autre raison à ce coût moindre dans les maisons de santé est la **réception de subventions de la part de l'ARS** pour ces maisons de santé.

« L'ARS nous finance un peu. Bientôt on va recevoir 50 000 euros pour mettre le logiciel à jour et augmenter le temps de secrétariat. » (M5)

- **Une meilleure coordination des soins**

Ces structures permettent une **meilleure communication** entre les professionnels de santé et par conséquent une **meilleure organisation des soins**.

« La maison médicale c'est la coordination des soins, c'est le kiné qui descend ou qui m'envoie un message par le logiciel qu'on utilise tous et qui nous permet de communiquer entre nous. C'est une communication très rapprochée entre les intervenants et avec le patient au centre. L'idée d'une maison de santé c'est que le patient est au centre et nous on gravite autour. On communique entre nous pour la prise en charge du patient. » (M4)

De par la proximité des intervenants au sein d'une même structure, la maison de santé permet une **délégation des tâches médicales** aux professionnels paramédicaux.

« Ça me permet de déléguer certaines tâches médicales, par exemple l'infirmière met les pansements ou enlève un point, la sage-femme me fait toute la gynéco et les IVG. » (M5)

- **Une relation humaine entretenue**

Pour un médecin, cette proximité permet également d'échanger entre professionnels de santé et de **favoriser les liens sociaux**. La maison de santé pourrait donc plaire aux médecins ayant peur de l'isolement dans un cabinet médical, même si ceux-ci peuvent comporter plusieurs membres mais en quantité moindre.

« Pour moi la maison médicale c'est mieux pour le contact humain, on peut poser ses questions aux autres membres, que ça soit des questions médicales ou administratives. » (M6)

Nous constatons ainsi que les avantages de la maison de santé sont liés aux relations à autrui, à une meilleure coordination des soins et à un plus faible coût de secrétariat, ce qui peut être un

critère d'installation des jeunes médecins. Cependant sur le plan administratif, comme nous le dit à demi-mot un médecin, nous n'avons pas relevé d'avantage franc.

« Il faut reconnaître que sur le temps administratif ça ne nous aide pas beaucoup... » (M4)

3.3.6.2 Inconvénients et limites

- **Une délégation des tâches au secrétariat plus limitée**

De par la quantité de médecins et de professionnels paramédicaux qui exercent au sein de la même structure, le secrétariat doit gérer les patients d'un plus grand nombre de professionnels et n'est **pas toujours disponible** pour répondre aux besoins immédiats du médecin généraliste.

« Appeler les spécialistes pendant la consultation ou appeler un centre d'imagerie pour prendre un rendez-vous ça prend du temps, surtout si on accumule le retard. Dans ces moments-là on se dit qu'on préfèrerait déléguer. On a pris l'habitude de le faire parce que nos secrétaires ne s'occupent pas que des médecins mais aussi des infirmières et des kinésithérapeutes. » (M6)

La proportion de missions confiées par chaque médecin au secrétariat s'en trouve ainsi réduite.

Sur les trois médecins interviewés qui exercent au sein d'une maison de santé, **aucun n'avait une comptabilité faite par sa secrétaire**, celle-ci ne pouvant libérer assez de temps pour s'en occuper au vu du nombre de professionnels dont elle a la charge.

- **Des modifications d'organisation difficiles**

Un des médecins vus en entrevue attire l'attention sur le fait que la **difficulté d'opérer un changement** est **proportionnelle au nombre de membres** présents dans une maison de santé. En effet, si par exemple un des médecins souhaite corriger ce qui lui semble un défaut d'organisation ou changer de logiciel il doit tomber d'accord avec chacun des membres de la maison de santé, médicaux et paramédicaux, pour pouvoir arriver à ses fins. Il s'agit donc d'un **processus long et incertain**.

« L'un des freins dans les maisons de santé c'est que quand tu veux changer quelque chose tu as plus de monde à convaincre donc c'est plus lent. Il faut prendre le temps de faire des réunions avec tous les membres qui le souhaitent, donc ça prend plusieurs mois, et c'est plus long parce qu'il ne faut non pas convaincre mais être sûr que tout le monde est d'accord. Mais on n'a pas tous le même avis, certains ont ce logiciel depuis très longtemps et ne veulent pas changer. » (M6)

- **Un financement de l'ARS avec des contreparties**

En échange des subventions de l'ARS, les praticiens qui composent la maison de santé s'engagent à respecter un certain nombre de critères obligatoires, comme **l'obligation de participer à des réunions ou d'élaborer des protocoles de soins**. Ces critères obligatoires peuvent rebuter certains médecins **généralistes attachés à leurs libertés**, comme nous l'a expliqué un généraliste qui préfère du coup exercer dans une maison de santé privée.

« Ils donnent 60 000 euros par maison de santé, ça permet d'augmenter son temps de secrétariat ou de l'investir dans autre chose mais la contrepartie c'est qu'on a des devoirs comme les devoirs d'ouverture, les façons de fonctionner, il y a des réunions, des protocoles et encore plein d'autres choses. Ils ne donnent pas du pognon sans retour. Par exemple il y a le samedi matin obligatoire, moi je voulais le faire mais les autres ne veulent pas donc ça bloque le truc. Donc du moment que tu acceptes de l'argent, il y a une contrepartie, et après on te tient, c'est comme un hameçon. »
(M4)

Par ailleurs ce médecin et un autre médecin soulignent le **risque d'avoir ses subventions coupées** du jour au lendemain, notamment si ces subventions ont servi à payer le secrétariat.

« Par contre si l'ARS décide de couper les fonds là ça risque d'être compliqué. » (M8)

- **Un mode d'exercice induisant une obligation de présence**

De par son organisation, qui regroupe de nombreux médecins souvent dans des zones médicalement peu desservies, la maison de santé induit une **augmentation de l'exigence des patients concernant la disponibilité de leur médecin**.

« L'inconvénient de la maison de santé c'est que les gens s'attendent à avoir un créneau de consultation rapidement, c'est-à-dire à pouvoir voir le médecin le jour-même. Et si on leur dit qu'on ne peut pas les voir le jour-même car il n'y a plus de créneau de consultation de libre c'est difficile pour les patients à entendre quand ils vont dans une maison de santé. Ils sont déçus si on les adresse à la maison médicale de garde qui est plus loin. Si le médecin est seul ou s'ils sont dans un groupe à 2 les gens comprennent que le médecin puisse ne pas les voir le jour même, alors que dans les maisons de santé les patients s'attendent à ce qu'il y ait toujours une présence ce qui n'est pas toujours possible. » (M6)

Ce **devoir de présence**, dans une moindre mesure, est également partagé par les médecins de ces structures qui doivent s'organiser de manière à assurer une permanence continue aux horaires d'ouverture et d'éviter tout créneau où il y aurait une absence de médecins. Cet aspect est cependant également présent au sein des cabinets de groupe de médecins.

« Il y a la gestion de l'emploi du temps, surtout dans une maison de santé où on essaye qu'il y ait assez de médecins tous les jours, ce qui n'est pas toujours facile en fonction de nos emplois du temps » (M6)

3.4 GESTION DU DOSSIER MEDICAL

Comme nous l'avons vu dans le préambule, la gestion du dossier médical est un travail que doit accomplir le médecin :

- Pour lui-même à visée remémorative
- Et pour son patient dans le cadre de la continuité des soins.

Le dossier médical étant aujourd'hui informatisé, nous avons recueilli auprès des médecins les limites de l'informatique, la façon dont ils l'utilisaient et les solutions ou suggestions d'amélioration pour optimiser son utilisation.

3.4.1 Le logiciel informatique

3.4.1.1 Ses limites

- **Un obstacle dans la relation médecin - patient**

Plusieurs médecins, ayant tous plus de 50 ans, nous font remarquer que l'ordinateur est un fossé entre eux et le patient, le médecin ne s'adressant plus directement à son patient mais étant face à son poste d'ordinateur. Ceci est décrit par les médecins comme ayant un **impact dans leur relation au patient**.

« Moi je ne suis pas pour tout informatiser car après ça devient impersonnel et on quitte le contact et ça c'est la base de la médecine générale. » (M1)

« Par contre l'ordinateur met une barrière entre le médecin et le patient. » (M15)

- **Le risque d'une dépendance à l'informatique**

Désormais tout se fait via un logiciel informatique allant de la consultation du dossier du patient à la retranscription de la consultation du jour ou la prescription de thérapeutiques ou d'examens. Si les médecins reconnaissent que l'informatique leur a permis d'aller plus vite, ils sont nombreux à avoir connu des **difficultés en cas de panne informatique**, certains allant jusqu'à annuler leurs rendez-vous.

« S'il y a une coupure d'électricité, il n'y a plus ni informatique ni télétransmission donc je consulte pas et j'annule tous mes rendez-vous. » (M7)

« Ce matin Windows se met à jour et pendant 10 min le système se réinitialisait sans que je ne puisse rien faire. Si tout marche ça va mais au moindre problème c'est une perte de temps. » (M14)

3.4.1.2 La bonne tenue du dossier médical

- **Une synthèse et une organisation indispensable**

Nous constatons, à travers les différents témoignages, l'importance d'avoir **une synthèse et une organisation** du dossier du patient.

Même si initialement cette synthèse peut sembler prendre du temps, elle permet par la suite de **retrouver rapidement les informations** du patient en cas de besoin, notamment quand il s'agit de **renouveler un dossier administratif**.

« Il y a un dossier pour les biologies et un autre pour les examens complémentaires où c'est rangé par ordre chronologique. » (M9)

« Quand je renouvelle les ALD ou pour les accidents du travail, je donne l'accusé de réception aux secrétaires qui l'enregistre dans un dossier dédié sur l'informatique. C'est classé par catégories et à l'intérieur les patients sont classés par ordre alphabétique, ce qui me permet de retrouver rapidement les informations. » (M2)

Concernant la traçabilité de chaque consultation, les médecins s'accordent à dire que le plus important est d'**inscrire le motif de consultation dans le résultat de la consultation**.

« Je note toujours dans le motif le résultat de la consultation de manière à ce qu'on ne soit pas obligé d'ouvrir chaque consultation pour rechercher une information, ça permet de la retrouver

rapidement. C'est une question d'organisation et de classement. Si on n'est pas organisé on perd du temps après en cherchant les informations. Je me rappelle des motifs de l'arrêt de travail parce que je l'ai bien notifié dans le motif de consultation. » (M15)

3.4.1.3 Solutions et suggestions d'amélioration du logiciel informatique

- **Avoir des modèles informatiques**

De nombreux logiciels proposent des esquisses de courriers pour des confrères que le médecin peut générer à partir des données du patient. Par conséquent, dans le prolongement de ce que nous évoquions précédemment, une bonne **synthèse du dossier médical** est également une condition **indispensable** pour la rédaction rapide d'un courrier pré rédigé par le logiciel informatique.

« Pour les courriers, je tiens le résumé de mes patients à jour, mon logiciel génère automatique un courrier avec le nom du patient, adresse et date de naissance, numéro de téléphone, les antécédents, traitements qu'il récupère du dossier médical. Moi j'ai juste à écrire ce que je demande au spécialiste et à signer le courrier. Ça m'aide bien pour ça, je peux continuer ma consultation pendant que le courrier est généré. Mais ça nécessite de tenir à jour le dossier. » (M15)

Même s'il reconnaît que cela peut permettre d'économiser du temps, un des médecins considérait cependant cela comme impersonnel et ne souhaitait pas y recourir. Cette méthode est en effet une communication indirecte avec le spécialiste.

« Je ne l'utilise pas car je le trouve impersonnel, quand on me répond on ne me répond pas par des courriers pré rempli, on fait l'effort de m'écrire donc j'écris aussi mes courriers. » (M9)

Pour d'autres, l'utilisation de ces modèles ne servaient pas seulement pour rédiger des courriers aux spécialistes mais également pour bien d'autres domaines. En effet certains médecins les utilisent pour rédiger des **ordonnances médicales ou paramédicales, biologies, certificats ou conseils types** selon la pathologie.

« J'ai des modèles d'ordonnance paramédicales, d'imagerie et biologies. » (M11)

« J'ai créé des ordonnances toutes faites comme pour les gastroentérites avec la posologie du Tiorfan selon le poids de l'enfant. Tous mes formulaires sont aussi faits à l'avance. » (M16)

- **Faciliter la rédaction des courriers et des ordonnances**

Plusieurs suggestions nous ont été émises par les médecins, en cas de lenteur lors de l'utilisation du clavier pour la rédaction des courriers et des ordonnances.

Trois médecins nous ont rapporté leur souhait de pouvoir **dicter les courriers** par un logiciel de reconnaissance vocal afin accélérer leur rédaction. Ces logiciels existent pourtant déjà mais il semble que **les médecins n'arrivent pas à prendre le temps** pour installer ce logiciel supplémentaire et apprendre à l'utiliser. La solution aurait été de **mettre en place ce logiciel dès leur installation** dans le cabinet.

« J'aimerais avoir la reconnaissance vocale pour écrire le résumé des consultations avec le micro. Je crois qu'il est disponible mais je n'ai pas eu le temps de m'y mettre. Et pouvoir faire les ordonnances en parlant. » (M12)

« On pourrait avoir un dictaphone pour dicter courriers si on ne tape pas vite. » (M15)

Un autre médecin suggérerait la possibilité d'utiliser un logiciel permettant de **numériser ses écrits**.

« J'aimerais bien avoir un crayon mobile pour l'observation qui rentrera ensuite automatiquement sur l'informatique. » (M11)

- **Faciliter l'utilisation du logiciel informatique**

Certains médecins, de classes d'âge opposés, déplorent une présentation du **logiciel** mal organisée, une utilisation **peu ergonomique** qui n'est pas corrélée à leurs besoins fondamentaux pour une consultation.

« Après mon logiciel me permet de tout faire mais pour ça t'es obligé de faire plein de clics pour y arriver, j'aurais aimé un logiciel plus ergonomique. » (M13)

Un médecin nous fait remarquer que les configurateurs des logiciels ne sont pas ceux qui les utilisent pouvant expliquer cet écart entre le logiciel et la pratique médicale.

« Simplifier son utilisation. Pour savoir bien manier mon logiciel il faut être informaticien et ce n'est pas mon boulot. On y a plein de trucs inutiles mais il n'y a pas l'examen clinique standardisé ou alors il faut se le créer. Il manque les trucs de base. Le problème c'est que l'informaticien n'a aucune expérience clinique et leur logiciel ne colle pas à la pratique clinique quotidienne. » (M14)

Une des solutions optées par un des médecins est de **communiquer régulièrement avec son informaticien** afin d'y apporter des améliorations et corrélés au mieux son logiciel à sa pratique

quotidienne. En effet nombreux sont les médecins qui cotisent pour une assistance informatique lors de l'achat et de l'utilisation de leur logiciel mais peu sont nombreux à faire appel à eux sauf en cas de problème.

« Je m'entretiens souvent avec les informaticiens de mon logiciel pour leur suggérer des améliorations. » (M12)

Par ailleurs bien que les médecins sachent plus ou moins les possibilités qu'offre leur logiciel, il apparaît que **le temps leur manque** pour apprendre à se perfectionner à leur logiciel.

« J'ai un logiciel de comptabilité dans Crossway, faudrait que je m'y mette mais j'ai pas encore eu le temps. » (M5)

« J'ai quelques difficultés avec l'informatique, je pense que je ne l'utilise pas au maximum de ce qu'il pourrait m'apporter. » (M15)

Une des solutions serait de **se former à son logiciel dès son installation** afin d'avoir une utilisation optimale de celui-ci. Cette formation n'a semble-t-il jamais été faite initialement par les médecins et il apparaît que si les médecins n'apprennent pas toutes les fonctionnalités du logiciel au départ, il sera **trop tard par la suite pour apprendre** à s'en servir par manque de temps.

- **Mise en place du dossier médical partagé**

Nombreux sont les médecins réclamant enfin la mise en place du dossier médical partagé. En plus d'assurer une meilleure coordination des soins, ce dossier permettrait selon les médecins une **plus grande facilité pour récupérer le dossier médical** d'un nouveau patient **et pour retrouver et consulter un examen ou une prescription** d'un patient connu.

En effet les médecins n'auraient plus à chercher sur leur logiciel les examens ou médicaments prescrits et pourraient consulter rapidement toute imagerie ou courrier effectué par un spécialiste.

« Il faudrait créer une plateforme commune informatique où on pourrait partager plus rapidement le dossier médical de nos patients notamment les antécédents et les traitements des patients. Moi je suis pour le partage des données. » (M8)

« Je pense qu'on gagnerait beaucoup de temps avec la mise en place du dossier médical partagé. Le dossier médical partagé nous permettra d'avoir les antécédents du patient, les examens d'imagerie faits. » (M12)

« J'ai parfois des nouveaux patients qui me ramènent leur dossier médical papier et où je dois faire le tri parmi tout ce qu'ils me ramènent parce que des fois ils te ramènent plein de trucs pas forcément utiles et des fois c'est l'inverse ils ne te ramènent carrément pas leur dossier et là c'est compliqué... » (M13)

Un des médecins vu nous rapporte cependant la **réticence de certains patients** sur l'éventualité de la mise en place du dossier médical partagé lorsque le médecin leur en parle notamment **vis-à-vis de la confidentialité de leur dossier médical**. Les patients craignant de voir leur dossier consulté par n'importe qui et s'inquiétant d'éventuels piratages du serveur hébergeant leur dossier médical.

« Moi là je peux commencer à inscrire les patients mais quand je commence à leur en parler ils s'inquiètent un peu et me demande qui pourra y avoir accès. » (M12)

- **Présence de rappels automatiques**

A noter qu'un médecin souhaiterait également la possibilité d'avoir des rappels de la part de son logiciel afin de ne pas oublier des rappels vaccinaux ou pour **anticiper le renouvellement d'un ALD** par exemple. Le médecin ne se souciant plus de la date à laquelle il devra le refaire.

« J'aimerais avoir des rappels automatiques pour les vaccins, le renouvellement des ALD, pour les diabétiques et leur bilan biologique, quand refaire les mammographies. » (M2)

3.5 LES TACHES MEDICO-LEGALES ET SOCIALES

3.5.1 Les cas spécifiques du dossier MDPH et de la demande d'APA

Comme nous l'avons vu dans le préambule, le dossier MDPH est considéré par la très grande majorité des médecins interviewés comme étant la tâche administrative la plus lourde à faire. Nous allons essayer d'analyser quels facteurs influencent l'amélioration ou l'aggravation du vécu du médecin lors de sa rédaction et quelles solutions pourrait-on mettre en place pour accélérer sa rédaction.

3.5.1.1 Un renouvellement rapide

Les médecins reconnaissent que pour un simple renouvellement d'un dossier MDPH, celui-ci se fait très rapidement en cochant uniquement 3 cases confirmant l'absence de modification de l'état du patient.

« Pour les dossiers MDPH il fait reconnaître qu'ils se sont améliorés, le renouvellement est plus rapide » (M14)

3.5.1.2 Un dossier mal vécu si effectué en fin de consultation

Concernant la première rédaction d'un dossier MDPH pour un patient, les choses sont bien différentes. En effet ce dossier est considéré comme étant particulièrement long à remplir et est d'autant plus mal vécu par le médecin que **le patient le présente classiquement en fin de consultation**. Le patient demande alors au médecin de le faire **soit en plus de son motif de consultation**, ce qui frustre les médecins de perdre du temps à remplir ce dossier, **soit en fin de journée**, une fois que le médecin a terminé ses consultations, ce qui induit un **sentiment de dévalorisation** pour le médecin. Ainsi ce formulaire est **d'autant plus mal vécu qu'il est réalisé de façon imprévue ou effectué en dehors des heures de travail**.

« Ils viennent pour plein de motifs à faire avec en plus un dossier à remplir donc ça va te prendre 30 à 40 minutes et qui est payé 25 euros. » (M1)

« Le plus chiant c'est dès que ça devient du social comme le dossier MDPH ou l'APA car c'est toujours à la fin de la consultation qu'on te le sort en te disant : ah au fait docteur quand vous aurez le temps vous remplirez ça. Donc en gros quand tu verras tes gosses le soir à 19h tu feras ton truc. » (M4)

« Le dossiers MDPH c'est d'autant plus chiant que ce n'est pas une consultation demandée pour un dossier MDPH. Sachant qu'on ne peut pas le faire en plus dans le temps de la consultation car c'est trop long, on le garde sous le coude et on le fait en dehors des consultations. » (M10)

Par ailleurs ce dossier, s'il est fait en fin de journée, est d'autant plus **difficile à remplir en l'absence du patient concerné**.

« Les dossiers que les patients nous déposent et qu'on nous demande de remplir comme ça on les fait parfois parce que c'est une personne âgée et qu'on a du mal à faire autrement mais c'est plus

gênant parce qu'on n'a pas toutes les informations alors des fois on fait par téléphone mais c'est compliqué. » (M6)

3.5.1.3 Solutions proposées

- **Programmer une consultation dédiée**

Nous constatons que suite à l'exaspération des médecins liée au remplissage de ce formulaire en plus de leur consultation initiale ou de leur journée de consultations et ce sans rémunération pour ce travail, ceux-ci décident désormais de le remplir spécifiquement lors d'une consultation dédiée.

Cette façon de procéder leur permet d'une part d'être **payé pour le faire**, réduisant leur frustration pour cette tâche, et d'autre part de **prendre le temps de le faire**, ce temps pris permettant également de **refaire un point** sur le dossier d'un patient. Le dossier MDPH est ainsi **plus ressenti comme une consultation sociale que comme une simple tâche administrative** et est ainsi **bien mieux perçu**. La rédaction est également plus rapide lors d'une consultation avec le patient présent qui peut répondre aux questions sur ses antécédents ou son handicap.

« Les dossiers MDPH c'est contraignant mais si on prend un rendez-vous rien que pour ça je me dis que c'est aussi l'occasion pour nous de faire un point sur l'état du patient et de mieux les connaître. Si c'est fait pendant une consultation dédiée ça ne me gêne pas. » (M6)

« Les certificats MDPH moi je les remplis en consultation avec eux. Je ne prends pas une demi-heure à la fin de ma journée pour le faire. Je le fais avec eux comme ça c'est plus rapide vu que le patient est devant toi pour lui poser des questions si tu te rappelles plus. » (M13)

« On les remplit avec eux. Déjà parce que de mémoire s'ils ont un handicap on ne se rappelle pas forcément, je fais une consultation dédiée à ça ; et aussi parce que passer 20 minutes à remplir des paperasses gracieusement il n'y a pas de raison. » (M15)

- **Récupérer le dossier initial**

Après une première demande de dossier MDPH, deux possibilités s'ouvrent au praticien lors de l'expiration du dossier MDPH :

Soit il s'agit d'un simple renouvellement, qui est très rapide à faire de l'avis des médecins.

Soit **l'état du patient s'est modifié** auquel cas il faudra refaire entièrement le dossier MDPH.

Afin de raccourcir la durée pour remplir de nouveau ce dossier, un médecin demande à ses patients de **rapporter une copie du certificat médical initial**. Cela permet ainsi de ne pas devoir rechercher de nouveau toutes les informations liées au patient et de simplement recopier le précédent dossier MDPH excepté les quelques modifications à écrire.

« Quand je n'ai pas le dernier certificat rédigé je demande aux gens d'appeler la MDPH pour leur demander de nous fournir une copie du certificat médical initial et ils reviennent avec. » (M2)

- **Bien rédiger son dossier MDPH pour éviter les refus**

Un des médecins interviewés a travaillé dix-sept ans à la MDPH et a pu nous détailler les rouages de la validation d'un dossier MDPH et les astuces pour bien remplir un dossier MDPH afin d'éviter son renvoi.

En effet ce médecin nous détaillait le **temps relativement court consacré à chaque dossier MDPH par le médecin contrôleur**.

« Le médecin contrôleur a trois minutes par dossier, en une semaine je voyais cent cinquante dossiers. Lors d'une commission d'autonomie il y a cinq cents dossiers qui passent par semaine. » (M7)

Deux conséquences sont à tirer de ce constat.

- La première est que le médecin généraliste n'a pas besoin de rédiger de longues phrases mais au contraire de **le rédiger que par mots clés**. Ceci **réduisant la durée de rédaction mais aussi de lecture pour le médecin contrôleur**.

« C'est comme l'Examen Classant National ils attendent des mots clés on s'en fout des phrases. » (M7)

- La deuxième conséquence est le fait que le médecin généraliste ne doit pas se perdre dans les détails, notamment concernant les parties pour lesquelles le médecin contrôleur y dédie peu de temps, et **se concentrer sur l'essentiel qui est le retentissement fonctionnel et/ou relationnel**.

« La description clinique actuelle, franchement ça ils ne le lisent pas. Ce qui est capital c'est la dernière partie (le retentissement fonctionnel et/ou relationnel), on n'en a rien à faire du reste. Et je défie quiconque de le lire. » (M7)

Il faut noter que la **confusion entre la maladie et le handicap** serait une des principales causes à l'origine du refus du dossier MDPH.

« Pour le cancer du poumon, le temps de la chimio c'est 2 ans à 80%. Si le mec s'en sort ça change. Mais pour ce cas on sera sur la sécurité sociale et non pas sur le handicap. Il y a la maladie et c'est l'assurance maladie et le handicap, et c'est la loi 2005, où on compense son handicap de telle sorte que cette personne ait la même vie qu'une personne du même âge et du même milieu social. Les médecins m'appellent car ils ne comprennent pas pourquoi c'est refusé. Donc je leur explique que c'est pas la gravité de la maladie mais c'est la déficience qui importe, qu'est-ce qu'il ne peut pas faire, la contrainte médicamenteuse et des effets secondaires mais pas le diagnostic initial. Si un patient a un handicap du membre supérieur et qu'il travaille dans les bureaux on s'en fout mais s'il est agriculteur c'est plus problématique. » (M7)

Dans un dossier MDPH plusieurs éléments sont à évaluer :

Il faut évaluer les besoins du patient.

« Un dossier MDPH c'est comprendre pourquoi la personne a moins de chance qu'un valide. Les compensations humaines, financières ou autres qu'il va y avoir c'est pour le mettre au plus possible au même niveau qu'un autre. » (M7)

Il faut évaluer le retentissement de son état.

« Pour la communication on veut savoir s'ils seront capables d'appeler au secours en cas de problème. Dans conduite émotionnelle faut écrire s'il a tendance à se mettre en colère, se bagarrer, s'il supporte la frustration. » (M7)

Dans le retentissement, la partie la plus importante d'après ce médecin est **l'évaluation du périmètre de marche, devant être inférieur à cinq cents mètres.**

« Concernant le périmètre de marche, c'est là l'astuce, moins de cinq cents mètres on peut obtenir quelque chose, au-delà vous n'aurez rien. » (M7)

Afin il est important d'**anticiper une dégradation probable de l'état du patient** en notifiant par écrit dans le dossier MDPH l'évolution prévisible de sa pathologie afin de prévoir l'augmentation future des aides à demander.

« Dans observation il faut noter si la pathologie va se dégrader rapidement comme dans une SLA par exemple. » (M7)

- **Ne pas tout recopier**

Plusieurs médecins se plaignaient du temps mis à recopier les traitements du patient ou le résumé d'un compte rendu de consultation du patient. Le médecin ayant travaillé à la MDPH fait cependant remarquer qu'il est **possible d'imprimer les traitements, de joindre les comptes rendus** et d'écrire simplement dans le dossier MDPH : « se reporter aux photocopies jointes ».

« On peut évidemment imprimer les traitements, écrire cf photocopie et pas tout recopier. S'il a un déficit auditif ou visuel, on joint le compte rendu des examens et on écrit juste cf audiogramme ou certificat de l'ophtalmologiste. » (M7)

- **Numériser le dossier MDPH**

Alors que les médecins ont relativement bien adhéré aux formulaires informatiques de la sécurité sociale sur Amélie.fr, ceux-ci déplorent que le dossier MDPH soit toujours en version papier. Un formulaire numérique permettrait un remplissage plus rapide du dossier selon eux.

« Pourquoi il n'y a pas de dossier MDPH en ligne ? Ça serait plus simple, il n'y aurait plus de papier et on pourrait coller directement notre observation depuis le dossier médical. » (M8)

« Les dossiers MDPH font 8 à 9 pages, tu es obligé de les remplir à la main et après tu les donnes aux gens. Ils pourraient faire un système où tu coches des cases en ligne et où c'est directement envoyé. Un peu comme fait la sécu. » (M13)

« Je préférerais que le dossier soit informatisé. T'aurais déjà le nom, prénom, numéro de sécurité sociale pré rempli et avec juste des cases à cocher, ça irait beaucoup plus vite plutôt que de devoir tout écrire. » (M16)

- **Être aidé par la MAIA**

Enfin, pour les patients âgées, fragiles et isolés, pour lesquels la coordination des soins est compliquée de par leur isolement, un médecin requiert l'aide de la MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie).

Celle-ci **permet de coordonner les soins, participe à la prise en charge sociale et offre au médecin un guichet unique où s'adresser pour les cas complexes.**

« J'ai fait une demande de prise en charge pour qu'une patiente puisse être prise en charge par la MAIA. C'est une patiente démente sous curatelle, veuve et sans enfants, qu'on ne connaissait pas au cabinet et pour laquelle on n'avait pas son dossier. J'ai rempli des fiches de demande d'information et la patiente est rentrée dans le cas de la MAIA. Ils vont s'occuper de faire la demande d'APA, de faire un bilan social pour savoir à quelles aides les patients peuvent avoir droit, ils prennent les RDV médicaux, la coordinatrice de la patiente va gérer tout ce qui est administratif. Ça permet une prise en charge globale. Grâce à la MAIA je vais arrêter de tout gérer toute seule. Par exemple j'ai fait 3 fois un dossier APA qui se perd à chaque fois, là je l'envoie à la coordinatrice MAIA de la patiente qui gère ça, j'ai qu'un interlocuteur. » (M2)

3.5.2 Les certificats scolaires

Face à la montée des procédures judiciaires, les écoles ont tendance à demander auprès des médecins maintes certificats scolaires pas toujours justifiés engendrant une surcharge administrative pour les généralistes. Ceux-ci reprochent ainsi aux établissements scolaires de demander des **certificats en dehors de tout cadre légal**.

Face à ce phénomène, un médecin a trouvé le stratagème pour contrer ces **demandes abusives**. Lors des demandes de **certificats pour absence scolaire, sorties scolaires et pratique d'activité physique à l'école**, le praticien refuse de les faire et le justifie en **fournissant aux parents la circulaire relative aux certificats scolaires**. Les parents transmettent ensuite cette circulaire à l'école qui, en cas de contestation dans un cadre légal, peut joindre le médecin, chose qui n'arrive jamais selon lui...

« Il y a aussi la pression des écoles avec les certificats d'absence et de maladie mais ça c'est réglé on refuse maintenant. On a retrouvé des circulaires de l'éducation nationale qui disent qu'il n'y a pas lieu de faire des certificats médicaux en cas d'absence scolaire. Donc on donne un papier aux parents qu'ils donnent à l'école où il est rappelé la législation en France concernant les certificats médicaux en milieu scolaire. Sinon l'école le demande systématiquement et ça devient abusif. » (M10)

3.5.3 Les certificats de non contre-indication à la pratique du sport

Concernant ces certificats, les médecins reconnaissent l'**avancée législative** avec le passage du **renouvellement** des certificats pour le sport **passé d'annuel à triennal**, excepté si celui-ci est pratiqué en compétition. Par ailleurs pour leurs rédactions, les médecins font appel à la grande majorité à des modèles de certificats prérédigés sur leur logiciel.

« Les certificats médicaux bon c'est chiant mais bon là déjà ça va un peu mieux depuis la nouvelle loi car c'est valable 3 ans. » (M4)

« Pour les certificats pour le sport ça s'est un peu allégé. » (M8)

3.5.4 Les services en ligne de la CPAM

Avec l'arrivée de son site Amélie.fr, la CPAM a dématérialisé plusieurs procédures administratives. Si des progrès sont reconnus par les généralistes, plusieurs améliorations sont cependant à concevoir par la CPAM.

3.5.4.1 Une facilité d'utilisation reconnue

Les médecins sont unanimement satisfaits de la **facilité et rapidité d'utilisation du site Amélie.fr** de la CPAM par rapport aux formulaires papiers.

« Je trouve leur site très bien. Pour le renouvellement des ALD ça va vite, et pour la date de diagnostic initial je mets une date au pif ça passe toujours. » (M7)

« Ça permet un allègement des charges administratives mais ça prend quand même du temps. Au départ je pensais que c'était assez chronophage mais en fait on gagne du temps. » (M12)

3.5.4.2 Quelques aspects négatifs

Même si le site internet de la CPAM fait l'unanimité, deux médecins appartenant à la tranche d'âge la plus élevée déplore le **sentiment de devoir faire le travail administratif de la sécurité sociale**. Ce sentiment n'est pas partagé par des médecins de classe d'âge plus jeune peut-être parce qu'ils n'ont pas ou peu connu l'époque où la sécurité sociale s'occupait entièrement des demandes de prise en charge ALD ou d'accidents du travail. Le généraliste était moins sollicité n'engendrant par conséquent aucune frustration sur une époque révolue.

« On fait le travail administratif de la sécu, moi ça ne m'intéresse pas ! Je n'ai pas fait 10 ans d'études de médecine pour faire du travail administratif ! C'est nous qui faisons leur secrétariat, ça c'est reporté sur les cabinets médicaux. Avant on remplissait le formulaire d'accident du travail à la main, on leur envoyait et c'est eux qui géraient tout ça. » (M11)

« Le renouvellement des ALD devrait être fait par la sécurité sociale » (M14)

Par ailleurs les médecins s'exaspèrent des **limites d'un système semi automatisé** pour effectuer leurs déclarations d'ALD ou d'accident du travail. En effet, il peut survenir des blocages lorsqu'un patient présente des caractéristiques différentes des choix proposés ou lorsque l'informatique détecte une quelconque modification d'une précédente déclaration quand bien même celle-ci serait justifiée.

« Des problèmes il y en a comme dans toute structure semi automatisée. Par exemple si quelqu'un vient pour lombalgie puis si une imagerie conclue à une hernie discale ben si tu ne réécrit pas lombalgie il y a un bug et c'est pas arrivé qu'une fois. Nous on perd du temps car les gens reviennent pour ce problème qui ne devrait pas en être un. Les documents doivent se retrouver face à des gens qui ont des connaissances médicales limitées. C'est un bon sens médical qui n'est pas compatible avec une gestion administrative. » (M9)

Ainsi lors de ces situations il est nécessaire d'avoir un interlocuteur à qui s'adresser et qui serait plus à même pour s'adapter à une situation sortant du cadre informatique pré conçu.

Malheureusement nombreux sont les médecins qui dénoncent la **difficulté pour joindre la CPAM** lorsqu'ils souhaitent poser une simple question.

« Avant quand on avait un souci, on appelait un médecin conseil qu'on avait directement en ligne, maintenant il y a une plateforme à la con avec des personnes qui ne comprennent rien. » (M5)

« Quand tu veux joindre un médecin conseil c'est la croix et la bannière, ça, ça devrait être amélioré. Quand tu veux les joindre tu laisses un message à la secrétaire de la CPAM qui le note sur un petit post-it, qui le perd (rire) ou alors ils te rappellent 15 jours après et toi tu sais même plus pourquoi tu l'avais appelé. » (M13)

« Peu de rapports, quand on essaie de joindre un médecin conseil ils arrivent vers 9h et partent à 16h, leur horaire ne sont pas les même que les notre. » (M15)

« Après si tu passes par leur numéro général c'est long. » (M16)

3.5.4.3 Suggestions d'amélioration

- **Contacter sa déléguée d'assurance maladie**

Pour parvenir à joindre un membre de la CPAM en cas de question, les médecins plébiscitent leur délégué d'assurance maladie. En effet chaque médecin a une personne référente de l'assurance maladie qui vient régulièrement au cabinet pour échanger avec le praticien. Même si beaucoup d'entre eux déplorent un sentiment de surveillance de la part de la CPAM, cette personne référente de la sécurité sociale leur permet d'avoir un **interlocuteur direct** avec la CPAM, les médecins ayant le numéro de leur délégué en cas de question.

« J'appelle maintenant directement ma déléguée de l'assurance maladie ou je lui envoie un mail quand j'ai une question. Elle se débrouille pour me trouver la réponse ou me trouver la personne dédiée à ma question. » (M2)

« Si je besoin d'aide je prends mon téléphone et j'appelle la personne de la sécu qui vient me voir et ça va vite. Ce sont des médecins, faut pas les voir comme des ennemis. » (M7)

« Dès que j'ai un problème je l'appelle elle est vraiment très réactive. Ils sont réactifs à la sécu quand tu les connais directement. » (M16)

- **Avoir un espace professionnel pour toutes les caisses**

Alors que les médecins reconnaissent la facilité d'utilisation du logiciel de la CPAM, ceux-ci regrettent l'absence d'espace professionnel pour toutes les caisses contraignant du coup les généralistes à revenir à la version papier lors de ces situations.

« Il faudrait que toutes les assurances soient informatisées et en ligne parce que pour le moment il y a que la CPAM. » (M1)

« Ce qui est chiant c'est que toutes les caisses n'en bénéficient pas comme les fonctionnaires de police, les profs. » (M2)

« Les autres difficultés sont avec les autres caisses pour lesquelles l'espace pro n'est pas encore disponible comme la MGEN ou les caisses étudiantes et où on est encore obligé de le faire sur format papier. » (M9)

- **Développer les services en ligne disponibles**

Toujours dans le cadre de cette reconnaissance de la facilité d'utilisation du site de la CPAM, un médecin suggère l'idée de proposer encore plus de services disponibles en ligne.

« C'est bien fait mais il faudrait aussi pouvoir faire dessus les bons de transports, les prescriptions infirmières ou de kinésithérapie, les cures thermales. Il faudrait plus d'informatisation. » (M8)

- **Avoir l'espace professionnel intégré à son logiciel**

Comme le rappelle un médecin, il est possible d'accéder directement à son espace professionnel depuis son logiciel permettant ainsi de ne pas avoir à passer par internet. Ceci accélère encore un peu plus l'utilisation des services en ligne de la CPAM. Cette option est cependant pour le moment payante pour un gain de temps peu important au vu du prix demandé...

« J'aimerais que mon logiciel communique directement avec espace pro et qu'ils le fassent gratuitement car pour le moment c'est une option payante. Car là je dois aller sur internet, me connecter à ma section pro et ça prend un peu plus de temps. » (M9)

- **Renouveler automatiquement les ALD**

Les médecins reprochent à la sécurité sociale de les contraindre à renouveler les ALD **pour des affections chroniques** dont on sait qu'elles sont incurables. Ils dénoncent ainsi **un non-sens** et ont la sensation de perdre leur temps lors de cette tâche. Ils souhaiteraient ainsi que la sécurité sociale se charge du renouvellement pour les pathologies chroniques ou qu'elle supprime toute nécessité de renouvellement pour ces maladies. L'annonce récente d'un possible renouvellement automatique de ces ALD par la sécurité sociale pourrait répondre à ces attentes.

« Après il y a des choses aberrantes, à priori là ils vont faire eux même les renouvellements des protocoles de soins parce que jusqu'à présent c'est aberrant de devoir refaire un protocole de soin de diabétique tous les 3 ans. » (M1)

« Pour les patients chroniques où on sait que les patients ne vont pas en guérir je ne vois pas pourquoi alors qu'on sait que c'est des pathologies incurables. Tu ne vas pas arrêter d'être diabétique. » (M2)

3.6 LES SOLUTIONS POUR GERER SES TACHES ADMINISTRATIVES

3.6.1 Préambule

A travers nos entretiens nous constatons l'**absence de temps spécifiquement dédié aux tâches administratives**. Les médecins les exécutent le plus souvent lorsqu'ils ont le temps. Certains le soir après leurs consultations, d'autres au fur et à mesure de la journée. Il semble que les généralistes refusent d'accepter l'idée de devoir programmer quotidiennement une tranche horaire hors consultations seulement dédiée à l'administratif.

« Je n'accorde plus de temps spécial dédié aux tâches administratives, je refuse cela maintenant. Je refuse de travailler en plus pour les tâches administratives sauf pour les résultats biologiques. » (M4)

Nous observons que la majorité des médecins effectuant leurs tâches administratives **le soir** sont des médecins ayant un **ressentiment plutôt négatif** face aux tâches administratives. Ceci pouvant s'expliquer par une accumulation des tâches à faire au cours de la journée que le praticien doit régler d'une seule traite le soir après une journée de consultations déjà bien chargée.

« Ça me prend un certain temps de faire ma comptabilité, j'en fais un peu tous les soirs, je la fais à l'ancienne avec mes feuilles de compta. Mais je vis mal ce temps administratif... C'est pas la tâche administrative en elle-même mais c'est l'accumulation. » (M1)

« Ça me prend une bonne heure le soir pour rappeler les patients que m'a notés la secrétaire tout le long de la journée. » (M8)

Pour les deux médecins ayant un ressentiment plutôt positif face aux tâches administratives, le travail du soir hors consultations médicales ne se limitait qu'à la lecture des biologies des patients.

3.6.2 Gestion des tâches administratives en continue

Les quatre autres médecins ayant un ressentiment plutôt positif face aux tâches administratives les effectuent au fur et à mesure de leur journée. Cela peut être entre 2 patients ou lors de la pause de midi. Il semblerait qu'elles soient **mieux perçues** de cette manière. Ainsi **le médecin répartit ses tâches à faire sur une journée** et n'est pas découragé par la somme des tâches à

faire. Par ailleurs il les effectue **pendant qu'il est encore motivé** atténuant le sentiment d'une charge administrative supplémentaire à faire en fin de journée en plus de ses consultations.

« Je regarde les biologies le matin quand j'arrive puis au fur et à mesure quand elles arrivent et s'il y a une anomalie je dis à la secrétaire que je veux revoir le patient. » (M7)

« Moi je ne suis pas débordé par rapport à d'autres, je pense parce que je fais les tâches administratives au fur et à mesure et je ne les laisse pas s'accumuler ; ça me donne moins l'impression d'avoir beaucoup de trucs administratifs à faire et de devoir tout faire d'un seul coup. J'ai pas de temps consacré aux tâches administratives. Si tu fais la somme il y a plein de trucs à faire mais en hachant le travail t'as moins l'impression. » (M13)

3.6.2.1 Communiquer par informatique avec la secrétaire

Sur ces quatre médecins effectuant leurs tâches au fur et à mesure, trois d'entre eux utilisent l'informatique pour communiquer avec leur secrétariat. Les trois logiciels employés étant Skype, la messagerie Trillian et Doctolib.

Ce mode de communication permet au praticien d'**être informé en temps réel** des tâches à effectuer en plus de ses consultations ce qui **permet d'anticiper** le travail à effectuer et de le **faire petit à petit lorsque le praticien a des moments d'inactivité ou d'attente** évitant ainsi leur accumulation. Par ailleurs cette communication **évite toute interruption** brutale lors de l'échange avec un patient comme lors de la réception d'un appel téléphonique et **facilite la correspondance** avec la secrétaire.

« J'ai des messages archivés ce qui permet d'avoir une trace de tout ce qui se passe. Je consulte les messages un peu tout le temps, quand je suis avec le patient je regarde et je réponds aux messages si besoin, quand par exemple le patient se déshabille. » (M12)

« J'ai installé Skype sur mon ordinateur pour discuter avec la secrétaire, ça me permet de dialoguer plus vite plutôt que d'appeler. L'avantage aussi c'est qu'elles mettent au fur et à mesure les demandes des gens et je les fais au fur et à mesure. Tandis que noter sur un cahier et tout voir à la fin de la journée ce que tu dois encore faire avant de rentrer chez toi, t'as encore plus l'impression d'avoir plein de trucs à faire. » (M13)

« Elle me laisse un message sur la messagerie s'il y a un appel ou si quelqu'un veut me voir et je réponds pendant mes consultations comme ça je peux continuer à discuter avec le patient qui est là. C'est grâce au logiciel que je reçois que 10 appels par jour » (M15)

3.6.2.2 Pouvoir consulter ses biologies hors du cabinet

Un médecin rencontré, consulte ses biologies au fur et à mesure de la journée depuis son téléphone portable quel que soit l'endroit où il se situe grâce au **logiciel médical WEDA** dont les données sont stockées sur une plateforme internet. Ce logiciel **permet de consulter le dossier médical d'un patient en dehors du cabinet** ce qui peut s'avérer utile lors des visites à domicile. Il permet aussi au praticien de choisir de lire les biologies et courriers des spécialistes **lors des moments d'inactivités au cours de sa journée**. Un des risques cependant de cette pratique est de consulter le dossier médical d'un patient alors que le médecin a fini sa journée et est rentré à son domicile. Ce dernier ne coupe jamais vraiment sa journée de travail avec un **risque de surmenage** que cela peut entraîner avec le temps...

« Je regarde les biologies et les courriers des spécialistes entre 2 patients, le midi ou chez moi depuis mon portable quand je suis aux toilettes. » (M4)

3.6.3 Gestion des demandes annexes administratives en plus d'une consultation

Les généralistes se sentent **contraint** de céder à une demande administrative d'un patient quand celle-ci est demandée pendant une consultation. Le problème pour les généralistes est que cette demande vient s'ajouter au motif de consultation initial et n'est ainsi pas prévue dans le temps de consultation initial. Par conséquent cette tâche est considérée comme un **travail supplémentaire à effectuer rapidement** pour ne pas prendre du retard dans les consultations. Elle est donc vécue comme une **situation stressante et frustrante** par les généralistes. Voyons comment s'organiser pour mieux gérer ce type de demande.

3.6.3.1 Hiérarchiser les motifs de consultations

Pour **anticiper ces situations**, il est judicieux de **demander au patient au début de la consultation** quels sont ses différents motifs de consultation et de les hiérarchiser par ordre d'importance.

Cela permet ainsi au praticien de mieux organiser sa consultation pour parvenir à aborder tous les motifs de consultations et en cas de demandes trop chronophages, notamment

administratives, d'expliquer au début de la consultation au patient que, par manque de temps, tout ne pourra pas être résolu pendant cette consultation et de convenir d'un rendez-vous ultérieur.

« Je demande dès le début au patient ses différents motifs de consultation. S'il a plusieurs demandes je lui dis qu'on ne pourra pas gérer tout tout de suite et je lui demande qu'est-ce qu'il préfère qu'on traite aujourd'hui et pour le reste ça fera l'objet d'une autre consultation. » (M2)

En conséquence, si en plus de son motif de consultation initial un patient demande le remplissage d'un dossier administratif par exemple, nombreux sont les médecins rencontrés qui programment une **consultation dédiée** pour s'en occuper, tout comme pour le dossier MDPH vu précédemment.

« Pour les dossiers administratifs en plus du motif de consultation je leur dis que le remplissage du dossier fera l'objet d'une consultation à part. » (M2)

« Pour les prolongations d'arrêt de travail c'est une consultation spécifique. » (M15)

Cependant, comme le remarque un médecin, une des limites à cette méthode est d'avoir suffisamment de plages horaires disponibles pour pouvoir s'accorder des consultations dédiées à un motif unique.

« Il y a des choses qu'on ne peut pas réduire, les examens ils sont là il faut les lire. A moins qu'on reconvoque à chaque fois les patients avec leurs résultats, ça serait l'idéal mais là encore j'ai l'impression qu'on n'a pas assez de plages de rendez-vous pour pouvoir faire ça. » (M6)

3.6.3.2 Déléguer partiellement la tâche au secrétariat physique

Un des avantages du secrétariat physique est de pouvoir gérer les tâches administratives dont a immédiatement besoin le médecin. Ainsi en cas de demande de remplissage d'un formulaire ou certificat, des médecins confient le **travail de rédaction à leur secrétariat** qu'ils vérifient ensuite avant de signer.

Ainsi le remplissage du bon de transport est administratif mais sa validation par signature est un acte médical réfléchi. Ceci implique pour le généraliste de **savoir parfois refuser** la demande d'un patient si celle-ci est jugée abusive et de reporter cette demande ultérieurement.

« Quand les gens me demandent un bon de transport pendant la consultation je leur dis qu'ils demanderont à la secrétaire en sortant de la consultation, ils attendront 5 minutes au secrétariat

mais je ne fais pas les bons de transport, je ne suis pas un larbin. Il faut se faire respecter par les patients. » (M15)

3.6.4 La gestion des demandes d'ordonnance de patients par téléphone

Comme nous l'avons évoqué dans le préambule, alors que la prescription d'ordonnances est un acte médical, beaucoup de médecins se plaignent des ordonnances demandées par les patients par téléphone qu'ils doivent prescrire en dehors de toute consultation. Ce travail est ressenti par conséquent plus comme un travail de rédaction qu'une véritable prescription médicale et est vécu par les médecins qui s'y adonnent comme une charge de papiers à remplir supplémentaire en fin de journée.

Parmi les huit médecins ayant un ressenti plutôt négatif face aux tâches administratives, cinq d'entre eux (soit 62,5%) acceptent de prescrire des ordonnances à la suite de demandes téléphoniques des patients.

A l'inverse, **parmi les six médecins ayant un ressenti plutôt positif face aux tâches administratives, trois d'entre eux (soit 50%) prescrivent des ordonnances à la demande dont 2 qui se contentent de signer les ordonnances pré faites par sa secrétaire.**

Ces médecins au ressenti plutôt positif n'évoquent pas un surplus de papiers à remplir en fin de journée ou au cours de la journée (excepté le seul médecin acceptant de prescrire des ordonnances à la demande sans pré rédaction de sa secrétaire). Et ceci à la différence des médecins ayant un ressenti plutôt négatif qui évoquent, pour leur part, un alourdissement des tâches administratives.

Voyons les stratégies mises en place pour réguler ces demandes téléphoniques.

3.6.4.1 S'accorder sur la gestion des demandes téléphoniques

Dans les cabinets de groupe et centres de santé le même constat s'impose : **les médecins qui exercent au sein d'une même structure doivent se concerter** sur la réponse à apporter au patient lorsqu'il formule des demandes téléphoniques de prescriptions médicales ou de remplissage de formulaires administratifs. Un médecin ne peut pas décider de façon isolée de refuser de répondre à ce type de demandes quand d'autres cèdent et acceptent de les faire. L'objectif est d'**émettre une réponse unique** aux patients formulant à la secrétaire ce type de

requête. Ceci évite toute confusion pour la secrétaire et les patients, permet une réponse claire et **participe à l'éducation du patient en fixant des limites** à ses exigences.

« Après faut qu'on soit d'accord quand on est nombreux sur la manière de répondre aux demandes itératives que reçoivent les secrétaires. Il ne faut pas qu'il y en ait où ça soit toujours oui et un autre qui dise toujours non. Sinon c'est délicat pour les secrétaires de gérer ça. » (M3)

3.6.4.2 Eduquer ses patients

Sur les six médecins interviewés, cinq d'entre eux (83%) soulignaient l'importance d'éduquer ses patients. Cette éducation doit permettre au patient d'apprendre **les limites que fixe le praticien**, notamment sur les demandes potentiellement abusives, la réponse positive ou non aux requêtes téléphoniques et son mode d'organisation des consultations.

Cette éducation doit fixer clairement des **règles qui sont à prendre ou à laisser par le patient**. En effet nous constatons un certain apaisement des généralistes face au risque de changement de médecin par un patient rebuté, les médecins déclarant qu'à la vue de la démographie médicale celui-ci sera rapidement remplacé par un autre patient cherchant un médecin traitant.

« Si quelqu'un demande une ordonnance par téléphone je sais qui c'est et je sais qu'un jour je vais la voir et qu'on aura une explication s'il y a de l'abus. Il y a une éducation de clientèle qui se fait notamment pour les ordonnances à la demande que nous on peut faire dans un petit village où si on ne voit pas le patient on verra ses parents ou des membres de sa famille afin de faire passer un message. C'est très important l'éducation et la responsabilisation des gens. » (M10)

« Je fais des visites à domicile que le mercredi matin, les gens le savent et m'appellent pour des visites à domicile que le mercredi comme s'ils sont malades que ce jour-là, c'est curieux non ? Comme quoi on les conditionne. L'éducation des patients c'est très important. On a une patientèle à son image. Petit à petit on façonne les patients à son image. Après le patient accepte ou pas les règles. Moi j'ai des règles très strictes. » (M12)

Un médecin souligne par ailleurs l'importance d'**éduquer le plus tôt possible ses patients** afin de les habituer progressivement faute de quoi les patients s'habitueront à pouvoir repousser les limites et il sera **impossible de changer les règles plus tard**.

« Après les médecins plus vieux, quand ils se sont installés il y avait beaucoup plus de médecins et il y avait une sorte de concurrence entre eux, ils avaient plus tendance à accepter tout de leur

patient. Donc toutes les petites demandes ils acceptent. C'est au patient à s'habituer à moi et non pas à moi à m'habituer aux pratiques du patient. Donc du coup c'est soit ils acceptent ma manière de fonctionner soient ils partent au pire c'est pas grave il y a plein de patients. Donc c'est à toi de les éduquer dès le début sinon ils prennent de mauvaises habitudes et après ils s'habituent et t'arrives plus à revenir en arrière. » (M13)

Cette éducation **prévient toute demande abusive** et le médecin doit **savoir refuser une demande** qu'il considère comme abusive. Ce refus éduquera le patient qui ne la postulera plus. Le nombre de papiers à rédiger en dehors des consultations à la demande des patients s'en trouvera par la suite fortement réduit. Par ailleurs ces limites permettent également au médecin de **se faire respecter du patient** et de **ne pas avoir le sentiment d'être déconsidéré** en cédant à ses multiples requêtes téléphoniques. Le potentiel sentiment de frustration et d'exaspération lié à une charge de travail à faire en plus des consultations s'en trouve réduit.

« Il me faut ci il me faut ça si on dit oui à tout on est plus un docteur. Quand les médecins disent qu'on se fait plus respecter ça dépend aussi de comment on se comporte envers les patients. Si on accepte tout et n'importe quoi, pour les arrêts de travail par exemple, il ne faut pas s'étonner après qu'il y est tout un tas de gens viennent te voir pour te demander des arrêts de travail pour rien. Il faut savoir refuser, ne pas céder et déléguer à la secrétaire. » (M15)

3.6.4.3 Déléguer les demandes téléphoniques au secrétariat

Comme nous l'avons vu pour les demandes itératives des patients lors de la consultation, la secrétaire physique est aussi là pour la gestion des demandes d'ordonnances téléphoniques en pré-rédigeant une ordonnance qu'un médecin validera ensuite après vérification par sa signature.

Il semble que cette prescription soit faite **à condition que le patient soit venu récemment** et uniquement **pour les renouvellements** d'ordonnance.

« Et de l'autre côté il y a une certaine souplesse car les gens on les connaît bien justement et on sait que c'est juste un problème administratif de renouvellement de pilule par exemple. Donc la secrétaire physique est justement là pour gérer un peu tout cet aspect-là en préparant l'ordonnance que j'ai juste à signer. Si on l'a vu récemment ça ne pose pas de problème. » (M10)

Comme exemple d'organisation, un médecin interviewé s'occupe de vérifier et **signer les ordonnances pré rédigées par sa secrétaire le soir après ses consultations pour ne pas être dérangé** pendant sa journée de consultation, les patients devant attendre le lendemain pour venir chercher leur ordonnance.

« Si un patient appelle car il lui manque juste un médicament sur son ordonnance elle me remplit tout, je la signerai le soir et le patient viendra la chercher demain au secrétariat. Par contre elles ne font jamais d'acte médical comme les certificats. » (M15)

3.6.4.4 Estimer un délai de renouvellement d'ordonnance approprié

La principale cause des demandes d'ordonnance téléphoniques étant pour des renouvellement d'ordonnance, un médecin relève que **plus la durée de prescription est longue et moins le patient nécessitera un renouvellement d'ordonnance**. Aussi il est important de **trouver la durée de prescription la plus adaptée**. Par exemple pour des pathologies ne nécessitant qu'un suivi très limité ou en cas de pathologie stable chez des patients ayant peu de comorbidité le médecin peut accorder un délai de renouvellement plus long. Ainsi le nombre d'appels pour des renouvellement d'ordonnance s'en trouve réduit.

« C'est comme pour les ordonnances, ça ne sert à rien de renouveler les ordonnances tous les mois ou tous les 3 mois si les patients vont bien. Il faut être honnête dans ce qu'on fait. Et après ça entraîne une certaine lassitude chez le médecin car voir tous les mois quelqu'un qui va bien ça dénature le travail, il y a moins d'intérêt pour son travail et le burn out guette. Ça ne sert à rien de revoir les gens pour rien. » (M15)

3.7 LA COMMUNICATION AVEC LES SPECIALISTES ET LES SERVICES HOSPITALIERS

Concernant la liste des tâches non médicales leur prenant le plus de temps, de nombreux médecins ont pointé du doigt la difficulté à joindre des spécialistes. Cette tâche pourtant médicale de prime abord peut s'avérer d'une extrême complexité engendrant par conséquent une impression de lourdeur administrative pour parvenir à joindre un spécialiste ou un service hospitalier.

Face à cette situation, peu de solutions nous ont été proposées mais des suggestions sont à développer.

3.7.1 Envoyer directement aux urgences : un comportement par dépit

Cette difficulté à joindre un service hospitalier entraîne l'impossibilité pour le généraliste d'hospitaliser directement un patient dans un service approprié ou aux urgences en ayant prévenu le médecin spécialiste concerné. De ce fait il peut arriver des situations où, pour parvenir à passer outre cette absence de communication, un généraliste hospitalise directement un patient aux urgences. Cette conduite inadaptée illustre le manque cruel de communication ville-hôpital qui persiste aujourd'hui.

« J'ai dû gérer une patiente psychiatrique qui refusait de se faire hospitaliser. Là il faut passer des coups de téléphone, il faut faire des papiers, la demande d'hospitalisation à la demande d'un tiers. J'ai pas fait le papier, j'ai appelé la police qui a dû venir avec les pompier et les pompiers l'ont emmené aux urgences. Donc du coup j'ai pas eu besoin de faire tout ça en l'adressant directement aux urgences. Mais j'ai pas gagné autant de temps que ça car ça prend une heure sur une journée où il y a 30 patients c'est pas possible. » (M4)

3.7.2 Se constituer un réseau

Certains généralistes réussissent à travailler en étroite collaboration avec des spécialistes se constituant un véritable réseau avec le temps. Pour beaucoup ce réseau s'est constitué avant même leur installation, d'où **l'importance de choisir son lieu d'installation**. C'est cette proximité avec des spécialistes qui leur permet de les contacter directement sans passer par le secrétariat.

« Je pense qu'on est un métier à risque où on peut facilement être débordé et il faut réfléchir en amont à comment tu t'installes, dans quelles conditions tu t'installes, quels sont les professions autour de toi qui vont pouvoir t'aider, avec quels réseaux tu travailles. » (M2)

« J'ai mon réseau que j'ai constitué avec le temps. Du coup pour prendre les avis et les rendez-vous ça va plus vite vu que j'ai leur portable. » (M5)

Plusieurs réseaux médicaux et paramédicaux ont vu le jour et sont encore à développer. Ce sont ces réseaux qui, de l'avis des médecins interrogés, **permettent une meilleure coordination** entre les professionnels de santé.

« Je travaille avec Audiab pour les diabétiques. Une infirmière fait partie d'un réseau pour les enfants obèses. Ça permet une meilleure coordination entre les intervenants. » (M4)

3.7.3 Développer une communication informatique

La communication téléphonique directe avec le médecin spécialiste semblant difficile, de nombreux médecins se tournent vers des technologies alternatives de communication et espèrent beaucoup du développement de l'informatique.

Ainsi un médecin interviewé ne souhaite **recevoir les comptes rendus que par messagerie sécurisée**. La transmission des informations est par conséquent **plus rapide** que par voie postale et constitue un **gain de temps pour le secrétariat**. La secrétaire n'a pas à s'occuper du scannage des comptes rendus dans le dossier médical et peut ainsi concentrer son temps sur d'autres tâches.

« Je lutte pour qu'on ait tous les comptes rendus par messagerie sécurisée comme « Apicrypt » et je reçois tous les documents directement dans les dossiers du patient. Ça permet de nous faire gagner beaucoup de temps. Après tout ce qui n'est pas directement transmis sur « Apicrypt » c'est la secrétaire qui doit scanner les documents; mais ça demande un boulot colossal et elle n'a pas forcément le temps. C'est pour ça que j'aimerais privilégier « Apicrypt ». » (M12)

Un autre médecin souhaiterait une communication reposant sur une **plateforme informatique commune** où médecin généraliste et spécialiste pourraient **échanger par mails**.

« Le rapport ville hôpital est difficile notamment pour communiquer avec eux. C'est compliqué pour les joindre et concernant leur courrier on ne les reçoit qu'un mois plus tard. Ce n'est pas possible de les joindre directement excepté avec les spécialistes que je connais déjà. Il faudrait une plateforme qui faciliterait la communication avec eux. » (M8)

Enfin un médecin appartenant à la classe d'âge la plus jeune a pour projet de mettre en œuvre **la téléconsultation** dans son cabinet afin de faciliter la transmission d'informations et de **s'adresser directement à un spécialiste**.

« On va s'inscrire à « Médi-Link », c'est de la téléconsultation que tu fais entre médecins. Par exemple si t'as un dermatologue dans ton réseau tu le prends en photo et il te répond direct. Ça se cote. » (M16)

4 DISCUSSION

A l'inverse de ce que nous pouvons voir dans les médias, tous les médecins ne sont pas débordés par les tâches administratives.

Cette charge administrative en médecine générale n'est pas une fatalité. De nombreuses solutions sont possibles pour réduire le temps qui lui est dédié et améliorer son vécu.

Dans cette discussion nous allons évoquer les limites de notre étude puis nous confronterons nos résultats avec la revue de littérature.

4.1 LIMITES DE L'ETUDE

Malgré notre rigueur scientifique, nous n'avons pu empêcher l'apparition de biais dans notre travail. Cependant comme le mentionne Blanchet dans son livre : « La reconnaissance d'un biais n'est pas la marque de l'invalidité d'une méthode mais au contraire la condition pour que cette méthode atteigne un statut scientifique ». (12)

4.1.1 Biais liés à l'échantillon

4.1.1.1 Biais de sélection

Il existe un biais de sélection : Trois médecins sélectionnés étaient des connaissances directes, deux autres des connaissances indirectes, les autres médecins ayant été sélectionnés de manière aléatoire sur le site internet des pages jaunes. La recherche de médecins s'est faite sur ceux exerçant dans un rayon d'une heure de route du domicile de l'enquêteur par commodité (excepté pour un médecin connu de manière indirecte).

Concernant la répartition hommes-femmes, notre étude est représentative de la population de médecins généralistes du Languedoc-Roussillon. Par contre notre population est un peu plus jeune que la moyenne d'âges des médecins généralistes (48 ans dans notre étude contre 51 ans en moyenne) (1).

4.1.1.2 Taille des sous-groupes

Concernant le mode d'exercice, nous avons interviewé seulement trois médecins pratiquant un exercice seul et seulement trois médecins exerçant dans une maison de santé ce qui est insuffisant pour tirer des conclusions de manière significative. Ce nombre restreint de généralistes par rapport à ceux exerçant en cabinet de groupe est lié au fait que cette dernière

catégorie est plus représentée démographiquement et au fait que notre recrutement s'est fait aléatoirement sans sélection des modes d'exercice (celui-ci n'étant pas mentionné sur le site des pages jaunes).

Notre étude manque également de médecins ayant un secrétariat téléphonique (seulement trois). Cependant nous pensons que cela est peu problématique étant donné que les réponses de ces médecins ont été relativement similaires.

4.1.2 Biais de recueil

4.1.2.1 Biais lié à l'enquêteur : biais méthodologique

Etant à la fois l'auteur de l'étude, du guide d'entretien et l'intervieweur, il est probable qu'il existe un biais méthodologique du fait de notre manque d'objectivité et de notre manque d'expérience lors des entretiens effectués. La formulation des questions de l'intervieweur a pu être inadéquate et a ainsi pu influencer les réponses que les médecins nous fournissaient.

Par contre, le statut de jeune médecin de l'intervieweur incitait les médecins à exposer clairement ce qu'ils ressentaient sans crainte d'être jugés et les motivait à expliquer toute démarche qu'ils employaient pour améliorer leur travail administratif. L'utilisation du tutoiement de leur part a toujours été la règle.

4.1.2.2 Biais d'autocomplaisance

La charge administrative qui pèse sur la médecine générale est la même, quels que soient les médecins interviewés. Pourtant certains médecins ont un ressenti plutôt positif vis-à-vis des tâches administratives quand d'autres ont un ressenti plutôt négatif. Les médecins de ce dernier groupe analysaient peu leur mode de fonctionnement mais avaient plutôt tendance à rejeter les causes de leur surcharge administrative sur des facteurs indépendants d'eux-mêmes. De même, mais dans une moindre mesure, les médecins ayant un ressenti plutôt positif face aux tâches administratives avaient plutôt tendance à reporter ce mérite sur leur qualités propres. Cependant de par les relances de l'intervieweur sur leur réussite, ces derniers donnaient plus de détails sur les facteurs externes l'influençant.

Il eût fallu relancer également les médecins ayant un ressenti négatif sur les causes internes de leur surcharge administrative.

4.1.3 Limites liées à l'analyse : risque d'un biais de confirmation

Par manque de personnes disponibles dans notre entourage, la triangulation n'a pas pu être effectuée. En effet il aurait été nécessaire d'employer des intervenants indépendants pour chaque phase de travail c'est-à-dire pour la réalisation des entretiens, leurs retranscriptions, leurs analyses et leurs interprétations. Toutes ces étapes ont été réalisées par un seul et même chercheur. Le risque est d'induire un biais de confirmation lors de l'interprétation des résultats selon des hypothèses préalables. Pour limiter ce biais nous avons sélectionné de manière aléatoire l'échantillon de généralistes interviewés, la retranscription s'est faite *verbatim* et la présentation adoptée permet au lecteur de distinguer les données originelles (citations entre guillemets en italique) de notre interprétation personnelle des résultats.

4.2 DISCUSSION DES RESULTATS

4.2.1 L'imprécision du terme de tâches administratives

Nous constatons que la représentation des tâches administratives est fluctuante selon les médecins interrogés.

Ce constat était déjà relevé par **le Fur et Bourgueil** (7) où certaines tâches, même si elles nécessitaient un examen clinique, étaient considérées comme du travail administratif.

Malgré ce flou, une distinction des différentes composantes des tâches administratives a pu être faite dans une thèse rédigée par **Alexandra Kempa** dans laquelle elle différenciait trois catégories :

- Un volet médical comprenant la lecture des biologies, des courriers et la gestion du dossier médical.
- Un volet administratif avec les services de la sécurité sociale, les dossiers administratifs et les bons de transport.
- Et un volet gestion du cabinet médical (13).

Ces différents concepts ont également été retrouvés dans notre étude, à la différence que la lecture des biologies et des courriers est considérée par les médecins interviewés comme une tâche plutôt médicale.

Deux autres concepts ont été révélés dans notre étude :

- Les demandes des patients en dehors des consultations. Elles sont le plus souvent des demandes médicales, comme la prescription d'une ordonnance par téléphone, mais elles apparaissent comme un surplus de paperasse, comme l'a souligné **Coralie Cellier-Le Diset** dans sa thèse (14).
- Le temps passé à joindre des spécialistes, véritable lutte des médecins contre un système administratif désorganisé.

Cette extension du concept de charges administratives apparaissait également dans un rapport du DRESS : « *Dans ce cas, la paperasse signifie autre chose que des tâches administratives chronophages ; il semble qu'elle représente soit une insatisfaction plus directement liée à des positions critiques vis-à-vis de l'organisation du système de santé, soit un signal d'une certaine insatisfaction au travail.* » (15).

4.2.2 Gestion d'un cabinet médical

4.2.2.1 Nécessité d'une formation

A travers cette étude nous constatons que les médecins ont été surpris, parfois désemparés, par la charge administrative à supporter lors de l'exercice libéral. Ce versant du métier de médecin généraliste n'a semble-t-il été que très peu, voire pas du tout, abordé lors du cursus médical.

Ce constat d'impréparation est retrouvé dans le rapport de l'URPS des médecins libéraux de Bourgogne où les médecins se sentent « *insuffisamment formés aux tâches économiques, administratives et juridiques au sortir de la faculté pour la pratique de la médecine libérale* » (9).

Ainsi, comme le suggère également **Alexandra Kempa** (13), un apprentissage des formalités qu'impose l'exercice libéral de la médecine serait à envisager afin de préparer les médecins à ces tâches et briser les craintes des jeunes médecins vis-à-vis des potentielles contraintes administratives liées à l'installation.

La thèse d'**Elodie Thoussaint** (16) proposait dans ce contexte que les internes soient formés à cette gestion du cabinet lors de leur stage chez le praticien ou par un organisme connaissant la gestion d'une entreprise. Dans la même optique, la gestion d'un cabinet et des tâches administratives liées à l'activité libérale pourraient être abordée lors des séances de GEPT afin

d'échanger sur les activités administratives découvertes au cours des stages de manière à partager l'expérience des plus anciens.

4.2.2.2 Un besoin de soutien

Face à l'accumulation des tâches administratives à effectuer en plus de leur pratique médicale, les médecins se sentent parfois isolés pour s'en occuper. Une délégation des tâches paraît nécessaire pour les médecins, le principal frein étant le coût engendré.

La thèse d'**Adrien CHANU** confirmait déjà l'importance de la délégation des tâches et notamment de la gestion du planning et des dossiers médicaux. Cette étude allait vers un élargissement du champ de compétences des secrétaires pouvant passer par l'émergence d'une nouvelle fonction, celle « d'assistante médicale » (17).

Les médecins interviewés dans la thèse d'**Elodie Thoussaint** étaient également favorables à la création d'un « assistant de gestion » (16).

Dans les deux cas, l'objectif est de gagner du temps médical en déléguant à d'autres intervenants certaines activités chronophages ne nécessitant pas le niveau de compétence des médecins généralistes. Dans son article, **Bruno Devaux** évoque cet agent de santé « comme la sage-femme par rapport à l'obstétricien » qui s'occuperait « des certificats de sport, des vaccins, de la pesée des enfants, etc. » (18).

C'est dans ce contexte qu'un plan santé a été présenté en septembre 2018 prévoyant la création de 4000 postes d'assistants médicaux d'ici à 2022 en vue d'effectuer des tâches médico-administratives. Les assistants auront pour mission d'accueillir les patients, de recueillir des données et des constantes, de vérifier si les vaccins et les dépistages sont à jour, ou de vérifier la tenue du dossier médical (19). Il reste maintenant à savoir dans quelle mesure ces postes vont se développer.

Concernant les difficultés de gestion des salariés, une solution consiste à passer par d'autres entreprises qui gèrent des salariés comme c'est le cas pour le secrétariat à distance ou les sociétés d'entretien.

Pour les personnes âgées polypathologiques nécessitant une prise en charge sociale, la MAIA peut constituer un appui et une aide extérieure pour tout ce qui ne concerne pas pleinement la partie médicale.

Par ailleurs comme nous l'avons vu dans notre thèse, les généralistes ne semblent pas informés de la possibilité de recourir à des sociétés spécialisées dans les tâches administratives et qui sont pourtant prises en charge par les cotisations de l'URSSAF. Ces sociétés permettent ainsi de rattraper un retard administratif qui pourrait s'accumuler, peuvent aider les médecins à la rédaction de formulaires administratifs ou dispenser des formations d'aide à la gestion d'un cabinet médical. Sans privilégier une entreprise plutôt qu'une autre, une information devrait être mieux délivrée aux médecins sur leur possibilité de recourir à ces aides extérieures via leurs cotisations URSSAF.

4.2.2.3 Comptabilité

Si dans notre étude l'ensemble des médecins dispose d'un comptable, ce résultat est à nuancer. En réalité, comme le montrent **Seys et Hini**, une majorité de médecins dispose effectivement d'un comptable mais une minorité continue à effectuer leur comptabilité de façon isolée (5).

D'après **le Fur**, la gestion du tiers payant et la télétransmission des feuilles de soins électroniques constituent les deux tâches administratives prenant le plus de temps (7).

Ceci est en contradiction avec ce que nous ont rapporté les médecins généralistes qui considèrent le dossier MDPH comme la tâche administrative la plus lourde. Cette différence peut s'expliquer par le fait que l'étude publiée par **le Fur** date de 2009 et qu'à cette époque la télétransmission connaissait des ralentissements et pouvait prendre plus de temps qu'aujourd'hui. L'évolution de l'informatique a ainsi apporté de nets progrès dans ce domaine. Par ailleurs une partie des généralistes interviewés employaient une secrétaire physique dont l'un des rôles est de vérifier que le médecin généraliste a bien été payé des tiers payants qu'il a effectué. Le médecin a, dans ce cas, un ressenti plutôt positif de cette tâche administrative. Quant à ceux dont la secrétaire ne fait pas la comptabilité, étant donné l'aspect chronophage de la vérification des remboursements dus, ils vont souvent abandonner cette tâche, quitte parfois à ne percevoir qu'une partie des paiements (témoignage de médecins dans la thèse d'**Alexandra Kempa** (13)).

D'après certains médecins, il semble que ces difficultés de remboursement concernent notamment la part complémentaire, ainsi que le suggère un article du généraliste sur la « paperasse » en médecine générale (20). Dans cet article une autre possibilité est proposée pour

la gestion de ces tiers payants : passer par des prestataires extérieurs qui se chargent de la vérification des remboursements, comme l'organisme « Enfin lundi ».

4.2.2.4 Le statut de collaborateur

La loi du 2 août 2005 a créé un nouveau mode d'exercice possible pour les professions libérales : celui de collaborateur libéral. Ce statut est à mi-chemin entre le remplacement et l'association. Le collaborateur exerce en totale indépendance, a sa propre patientèle et perçoit ses honoraires ; en contrepartie il doit verser une redevance au titulaire du cabinet qui reste le propriétaire des lieux. Ce statut permet ainsi pour le collaborateur de s'affranchir de la gestion du cabinet médical et peut donc intéresser :

- Les jeunes médecins qui désirent s'installer mais qui ne veulent pas consacrer de temps à la gestion du cabinet (21) ou qui se laissent le temps de l'apprendre.
- Les médecins proches de la retraite et qui désirent ralentir leur rythme de travail en se déchargeant de la gestion du cabinet médical.

Notre étude n'a comporté qu'un médecin collaborateur proche de la retraite. Pourtant comme le montre **Decorde**, ce statut semble surtout prisé par des jeunes médecins généralistes qui en font leur statut préféré (8).

La principale contrainte à ce statut est l'impossibilité d'exercer un droit de regard sur le fonctionnement du cabinet (aménagement, secrétariat, matériel du cabinet).

4.2.2.5 Le choix du type de secrétariat et de ses compétences

Alors quel type de secrétariat choisir entre une secrétaire physique ou une secrétaire à distance ? Dans notre étude la très grande majorité des généralistes disposaient d'un secrétariat physique. Comme le confirme la thèse de **Sébastien De Lestapis-Auroux** (22), ses principaux avantages semblent être une délégation de tâches administratives plus importante que celle d'un secrétariat à distance, une amélioration de la qualité de vie des médecins et la continuité d'une relation sociale avec les patients. Cependant il présente un coût plus important et impose le respect d'horaires conventionnels.

Nous constatons dans notre étude que les médecins qui emploient uniquement un secrétariat à distance, voire en complément d'un secrétariat physique, exercent soit seul soit dans un cabinet ne comprenant que deux médecins. Cette constatation trouve un écho dans une étude publiée dans « études et résultats » où une majorité de généralistes dispose d'un secrétariat médical

(56%). Parmi eux, une majorité exercent en groupe (76% contre 34% pour ceux qui exercent seuls), cela pouvant s'expliquer par le coût financier qu'induit la présence d'un secrétariat.

Toujours dans cette étude, dans 80% des cas il s'agit d'un secrétariat physique et dans 28% d'un secrétariat téléphonique.

Les médecins exerçant seuls privilégient un secrétariat médical téléphonique (46%) contre 21% pour les médecins exerçant en groupe (5).

Ainsi, sur le plan financier, pour pouvoir disposer d'une secrétaire physique et s'adjoindre une potentielle délégation de tâches plus importante qu'une secrétaire à distance il semble nécessaire d'**exercer dans un cabinet de groupe**.

En cas d'exercice isolé, le coût d'un secrétariat physique est trop important, une secrétaire à distance semblant dès lors plus adaptée (si le généraliste accepte d'en employer une). L'exercice seul entraîne ainsi une augmentation des tâches administratives.

La thèse de **Jean Baptiste Prunières** (23) vient illustrer ce propos. A travers un questionnaire délivré à 121 généralistes libéraux en Occitanie, celui-ci révèle que le temps moyen consacré aux tâches non médicales est un peu supérieur à 11 heures dans le cadre d'un exercice regroupé contre près de 15 heures par semaine pour le généraliste exerçant seul. Ceci peut s'expliquer par le partage de tâches entre praticiens et une mutualisation des moyens permettant un transfert de tâches plus généralisé par rapport à l'exercice isolé.

Cependant dans la thèse de **Jean Baptiste Prunières**, la gestion des appels entrants et la prise des rendez-vous par la secrétaire n'avaient pas de retentissement significatif sur le temps non médical global. Un constat fait à travers notre étude peut élucider en partie ce paradoxe. Il semble exister deux grands types de secrétariat :

- Le secrétariat qui s'occupe du travail que l'on pourrait nommer comme « standard » comprenant la réception des appels, la prise des rendez-vous, l'accueil des patients et le scannage des documents dans le dossier des patients.
- Le secrétariat qui se voit déléguer des tâches administratives plus élargies comme la comptabilité, voire des tâches à la limite entre l'administratif et le médical comme la rédaction d'un bon de transport ou d'une ordonnance pour le renouvellement d'un

médicament ou d'une prestation. Ces compétences supplémentaires nécessitent cependant une formation spécifique de la secrétaire.

La thèse de **Coralie Cellier-Diset** ne plaidait pas en faveur de la délégation des tâches médico-administratives argumentant de la nécessité de posséder des compétences médicales et pointant du doigt le risque lié à la responsabilité de la rédaction de ces documents (14). Cependant dans notre étude ce travail médico-administratif n'était pas réalisé par les secrétaires avant l'aval et les consignes du médecin généraliste. De plus, si la secrétaire s'occupait de la rédaction de ces documents, leur validation médicale s'effectuait au moment de la signature du médecin et après vérification du contenu rédactionnel.

D'autre part, nous constatons que cette délégation de tâches supplémentaires (dont la gestion de la comptabilité par la secrétaire) dépend du nombre de professionnels médicaux et paramédicaux présents dans le cabinet. Dans notre étude, plus ce nombre était important et moins les secrétaires étaient disponibles pour s'occuper de tâches administratives annexes à leur activité standard de secrétariat (comme nous l'avons bien constaté dans les maisons de santé). A noter le coût inférieur d'un secrétariat par médecin dans ce cas-là. Ainsi un nombre adéquat de membres présents dans un cabinet est nécessaire afin d'avoir un juste équilibre entre coût du secrétariat et délégation de tâches.

4.2.2.6 Les maisons de santé

De manière paradoxale, les médecins généralistes interviewés qui exercent dans ces structures semblaient avoir un **ressenti plutôt négatif vis-à-vis des tâches administratives**. Leur nombre est malheureusement trop faible dans notre étude pour tirer des conclusions vis-à-vis de la charge administrative en maisons de santé ; cependant la thèse de **David Juge** (24) révélait déjà une charge de travail plus importante dans les maisons de santé. La raison médicale étant un nombre de consultations plus important dans ces structures et la raison administrative étant la multiplication de réunions entre les professionnels de santé.

En effet, afin de recevoir des subventions de l'ARS, les praticiens qui composent la maison de santé s'engagent à respecter un certain nombre de critères comprenant des **obligations médico-administratives** concernant les horaires d'ouverture du cabinet, la participation à des réunions pluriprofessionnelles régulières, l'élaboration de protocoles ou la réalisation de consultations non programmées (25).

Dans la thèse de **David Juge**, cette charge de travail supplémentaire était paradoxalement bien acceptée par les médecins du fait des autres avantages présentés par les maisons de santé. Ces avantages, que nous retrouvons dans notre étude, comprennent notamment une meilleure coordination des soins et une meilleure relation entre professionnels permettant de lutter contre la solitude au travail.

Par ailleurs, la gestion administrative des maisons de santé est décrite comme « complexe » par **Juge** et même « lourde » dans la thèse de **Philippe Migné** (26) car comme le rapporte **Estelle Copollani** (3) la maison de santé requiert des démarches administratives supplémentaires par rapport à l'exercice en cabinet.

Sous réserve de la parution d'autres études ultérieures, il semble que sur le plan administratif la maison de santé soit plus chronophage mais qu'elle permette des soins plus centrés sur les patients et de meilleures relations sociales entre professionnels ce qui peut convenir à des médecins se sentant parfois isolés dans leur pratique.

Sur le plan financier, les médecins interviewés dans notre étude semblaient déclarer un coût de secrétariat moindre mais les thèses de **David Juge** et de **Copollani** retrouvaient des charges globales plus lourdes dans les maisons de santé. Le coût de ces structures a été estimé par J. Raynaud à 4400 euros de plus par an et par médecin, ce qui serait surtout lié aux charges communes (27).

4.2.3 Les logiciels de santé

4.2.3.1 Leur contraintes et leur optimisation

Beaucoup de médecins se sont plaint de la récurrence de « bugs » informatiques causant une sérieuse perte de temps. **Jean Baptiste Prunières** évalua à 47 minutes le temps moyen par semaine consacré par les médecins à la gestion du système informatique (ses « bugs », la réalisation de sauvegardes automatiques et l'entretien du matériel) (23). Ainsi, du fait des aléas liés à son utilisation, le logiciel de santé peut parfois s'avérer chronophage.

De plus, comme de nombreuses études le relevaient déjà (28,29), un manque d'ergonomie et d'adaptabilité à la médecine générale est à déplorer concernant ces logiciels de santé ; ce constat étant plus ou moins partagé selon les médecins et selon leur logiciel. Un développement de

logiciels de santé, en coordination avec les médecins, serait à envisager à l'avenir afin de répondre aux attentes des praticiens et d'améliorer l'interopérabilité entre les logiciels de santé et les sites de la CPAM. En attendant, les médecins doivent s'approprier leur logiciel en créant leurs propres raccourcis et leurs observations types.

La rédaction de courriers à l'aide de modèles informatiques était déjà évoquée par **Philippe Chiaverini** (18) pour tenter de réduire le temps consacré à cette tâche. Le corollaire à cette méthode est le caractère impersonnel de ce type de courrier ne favorisant pas la relation avec les médecins spécialistes.

En parallèle, il ressort de notre étude que les médecins ne sont pas assez formés à leur logiciel informatique. Le potentiel que pourrait apporter l'informatique n'est, par conséquent, pas exploité par manque d'apprentissage et de connaissance du logiciel. Une initiation des médecins à leur logiciel semble indispensable en vue d'optimiser la manipulation de leur logiciel et de l'utiliser au maximum de ses possibilités.

4.2.3.2 La tenue du dossier médical

Le « dossier privé » n'a aucune base législative à proprement parler, hormis l'obligation de sa tenue suivant l'article 45 du code de déontologie (R 4127-45 du CSP) qui prévoit que la conservation du dossier de suivi médical et de la fiche d'observation du patient est sous la responsabilité du médecin.

En libéral, les recommandations de l'ANAES de juin 2003 et les recommandations de la HAS de décembre 2005 constituent le cadre de référence sans être, stricto sensu, un cadre légal. Suivant l'avis du conseil national de l'ordre, les médecins doivent tenir, en libéral, au minimum, une « fiche d'observation » sur chacun de leurs patients, en différenciant toujours les informations objectives des notes personnelles purement subjectives et pour son seul usage (non transmises à des tiers) (30).

Ainsi, alors que certains médecins évoquent la perte de temps induit par la saisie des données, aucune obligation légale n'impose au médecin une retranscription complète de ses consultations. Libre au médecin d'organiser son dossier médical. Cependant comme nous l'avons vu, afin d'éviter toute perte de temps à la recherche d'informations, une bonne organisation du dossier médical permet au médecin d'accéder rapidement aux données du patient en cas de

besoin comme lors de la rédaction d'un document CERFA ou de la rédaction d'un courrier à un confrère.

4.2.3.2.1 Le dossier médical partagé

Le directeur de l'Assurance Maladie, Nicolas Revel, et la ministre de la santé, Agnès Buzyn, ont relancé sa mise en service en novembre 2018, l'objectif étant de créer quarante millions de dossiers en 2022. Pour les patients, selon Monsieur Revel, « le dossier médical partagé a vocation à être la mémoire de leur santé et retracera leur historique de soins et leur parcours de santé », « un médecin doit donc pouvoir accéder à l'historique médical et aux traitements en cours » (31). Ce système permettra ainsi pour les médecins généralistes d'accéder plus rapidement aux antécédents, traitements, comptes rendus d'hospitalisation et aux résultats d'analyse biologique notamment en cas de nouveaux patients pris en charge. Il améliorera la coordination ville-hôpital.

En plus de l'Assurance maladie qui alimentera dans chaque dossier ouvert, l'historique de tous les prescriptions et remboursements depuis deux ans, quatre principaux intervenants peuvent alimenter ce dossier médical partagé : le patient lui-même via le site internet dmp.fr, les établissements de santé, le pharmacien, le médecin généraliste.

Cependant deux freins limitent l'ouverture et l'alimentation du dossier médical partagé par les généralistes : l'absence de rémunération pour le temps qui lui sera consacré (à la différence des pharmaciens qui percevront un euro par dossier créé) et l'incompatibilité ou le manque d'ergonomie des logiciels de santé avec le dossier médical partagé.

Concernant le dossier partagé lui-même, les syndicats de médecin dénoncent un dossier mal organisé où les informations ne sont pas triées. A la vue de ces données, il semble que beaucoup d'améliorations sont encore à apporter au dossier médical partagé avant qu'il permette une réelle réduction du temps administratif.

4.2.4 Les tâches médico-légales et sociales

4.2.4.1 Les documents CERFA

Le dossier MDPH a été reconnu par l'immense majorité des médecins interviewés comme étant le plus chronophage. Ce constat fut le même dans la thèse de **Coralie Cellierier-Diset** (14).

Plusieurs raisons expliquent l'aspect chronophage de ces formulaires.

La première est la disparité des formulaires, certains étant informatisés comme le formulaire pour les ALD, d'autres étant en version papier comme le dossier MDPH. Une solution serait de simplifier l'accès à ces documents en proposant un site en ligne regroupant tous les formulaires de tous les régimes.

La seconde raison est la répétition des informations entre les formulaires. Une solution serait d'opter pour un pré-remplissage par défaut pour les valeurs les plus fréquentes pour les formulaires informatisés. Concernant les documents papiers, il est possible de joindre les comptes rendus d'examen ou une copie du dossier médical afin de raccourcir la durée de rédaction.

Une troisième raison est la recherche des informations liées au patient pour remplir ces formulaires telles que les antécédents, traitements ou l'histoire de sa pathologie. Les solutions pour pallier ce problème sont la bonne tenue du dossier médical et la conservation d'une copie dans le dossier médical des informations délivrées initialement.

Enfin, les formulaires rejetés ou comportant des erreurs sont retournés au médecin, ce qui le contraint à réitérer sa demande. Un plus serait que la sécurité sociale mentionne par écrit les informations manquantes ou les raisons du rejet du dossier afin que le praticien puisse corriger plus rapidement ses erreurs.

Concernant le médecin généraliste, afin de prévenir tout refus notamment pour le dossier MDPH, il est nécessaire que celui-ci comprenne correctement les tenants et aboutissants de ce type de dossier en accordant une importance particulière à la dernière partie (le retentissement fonctionnel et/ou relationnel).

Il ne faut ainsi pas confondre maladie et handicap, décrire le retentissement sur le patient (un périmètre de marche inférieur à 500 mètres étant un des critères d'acceptabilité d'un dossier), évaluer ses besoins et anticiper une aggravation de la pathologie.

Concernant l'utilisation des services internet de la CPAM les médecins en étaient plutôt satisfaits excepté le renouvellement des ALD qu'ils jugeaient bien souvent inutile. Cependant ces réclamations semblent avoir été entendues par la CPAM. En effet le directeur de l'Assurance Maladie, Nicolas Revel, a annoncé la mise en place dès la fin du mois d'avril 2018

du renouvellement automatisé des ALD « pour les pathologies au long cours où il n'y a pas de perspectives de guérison ». Cela concernera 17 pathologies invalidantes comme la sclérose en plaque, le diabète, les maladies coronaires ou l'épilepsie par exemple. Ce renouvellement automatique prendra aussi en compte de l'âge du patient. « Au-delà de 80 ans, quelle que soit la pathologie en ALD, nous la renouvellerons », affirme Nicolas Revel (32).

4.2.4.2 Les certificats

Nombreux sont les médecins dénonçant des demandes abusives de certificats médicaux, les institutions et les patients cherchant toujours plus à se déresponsabiliser. Comme nous l'a fait remarquer un médecin, il semble nécessaire de refuser toute rédaction d'un certificat non obligatoire dans la législation afin de prévenir l'augmentation exponentielle des demandes de certificats injustifiés.

Un des exemples les plus emblématiques concerne les certificats scolaires. En effet, les certificats d'entrée à l'école, de sortie scolaire, pour la pratique d'une activité sportive dans le cadre scolaire et d'absence à l'école (excepté en cas de maladie contagieuse) ne sont pas justifiés légalement (33).

Une instance de simplification administrative de l'exercice libéral a ainsi établi en 2011 une synthèse des situations ne nécessitant pas de certificat médical, décrites dans une circulaire de la direction de la Sécurité Sociale (34) puis sur une plaquette récapitulative résumant les certificats obligatoires ou non (35).

Concernant le sport, depuis 2016, le renouvellement des certificats de non contre-indication à la pratique sportive s'effectue tous les 3 ans au lieu du renouvellement annuel (excepté pour les sports à risques et en compétition) (36).

Face à ces situations de demandes abusives plusieurs solutions s'offrent au médecin : savoir refuser une demande injustifiée en remettant au patient un document contenant l'article de loi résumant les certificats obligatoires ou, comme le propose la thèse d'**Elodie Thousaint** (16), mettre à disposition en salle d'attente une liste des certificats non obligatoires que le médecin refuse de faire. Le risque de ces refus est cependant la détérioration de la relation médecin-patient, si importante en médecine générale.

4.2.5 La communication avec les organismes de santé

Comme le relève également **Elodie Thoussaint**, un manque de communication est à déplorer entre médecins et organismes de santé. L'idéal serait la mise à disposition d'une personne référente qui serait disponible pour chaque médecin en cas de questions liées à des formalités dépendant de ces organismes de santé. En attendant cet interlocuteur unique, beaucoup de médecins se tournent vers leur délégué de l'assurance maladie qu'ils peuvent joindre plus facilement que la CPAM en cas de problème.

4.2.6 L'organisation et la gestion de ses tâches administratives

4.2.6.1 Ne pas laisser le travail s'accumuler

Le temps consacré aux tâches administratives peut être décomposé en 2 parties : les activités administratives se déroulant pendant la consultation et celles se déroulant en dehors.

Le temps administratif par consultation était estimé à environ 5 minutes dans la thèse de **Coralie Cellierier -Diset** (25) mais, comme le montre un rapport de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône Alpes (37), l'essentiel du temps consacré aux activités administratives se déroule en dehors des consultations (environ 80%).

Alors quand réaliser ce travail non médical ?

Dans l'étude concernant l'emploi du temps des médecins libéraux (15), deux catégories de médecins existent. Ceux qui traitent leurs tâches administratives au fur et à mesure de leur journée de travail et qui les effectuent le matin avant les consultations, à l'heure du déjeuner ou sous forme de plages horaires au cours de leur journée de travail ou le soir en fin de consultation. Et ceux qui les effectuent de manière plus floue, le soir ou le week-end, c'est-à-dire en dehors de leur heure de travail.

Il apparaît de façon claire que le mode de traitement (en anticipation, au fur et à mesure ou en rattrapage) influe beaucoup sur la perception que les médecins ont de la charge administrative. Ainsi ceux qui ont peu de temps pendant leur journée de consultations pour la réalisation de ce travail non médical voient les tâches administratives s'accumuler et représenter une activité à part entière.

Cette observation a été relevée dans notre étude pour les médecins qui effectuaient leurs tâches administratives au fur et à mesure de leur journée de travail ; ils avaient une perception des tâches administratives plutôt positive par rapport à ceux les effectuant en fin de journée après leurs consultations.

C'est dans ce cadre que notre étude a révélé l'intérêt d'une communication en temps réel avec le secrétariat via l'informatique (« Doctolib », « Skype » ou « Trillian » par exemple) afin d'être informé progressivement des différentes tâches à effectuer. Ce mode de communication permettait ainsi aux médecins d'effectuer au fur et à mesure ce travail non lié aux consultations et d'éviter qu'elles s'accumulent en le découvrant en fin de journée.

4.2.6.2 Programmer des consultations dédiées

Un constat ressort de nos entretiens : la programmation par les médecins généralistes de consultations dédiées pour remplir avec les patients les dossiers administratifs les plus lourds (dossier MDPH, demande d'APA, demande d'admission en maison de retraite). Cette organisation permet ainsi aux médecins d'éviter de prolonger une consultation où le médecin devrait s'occuper du dossier MDPH en plus des autres motifs de consultation ou d'éviter d'avoir à remplir ce dossier en fin de journée après ses consultations. De plus, ce fonctionnement améliore le vécu du médecin vis-à-vis du dossier MDPH.

En effet, il ressort de notre étude que les médecins supportent mal le fait de devoir remplir un dossier administratif en plus de leur journée de consultations, et ce, de manière non rémunérée. En effectuant une consultation dédiée, le médecin généraliste est payé pour s'occuper de ce dossier, le remplit pendant ses heures de consultation et prend le temps nécessaire pour se replonger dans le dossier du patient. Son vécu s'en trouve ainsi amélioré. La principale limite demeure la nécessité pour le médecin de disposer de créneaux de consultations dédiés au remplissage de ces dossiers.

4.2.6.3 Les gestions des demandes téléphoniques des patients

Une grande partie du travail effectué en dehors des consultations était lié aux demandes téléphoniques des patients pour rédiger une ordonnance ou des certificats médico-légaux.

Cette surcharge de travail était déjà signalée dans la thèse de **Coralie Cellier-Le Diset** où le problème n'était pas le temps consacré individuellement par document demandé mais la multiplicité de ces demandes et l'absence de rémunération qui lui est attachée (14).

Face à cette situation, les médecins de notre étude et ceux interviewés dans la thèse sus citée se rejoignent sur la nécessité de fixer des limites avec ses patients. Ces limites doivent être établies de façon commune au sein du cabinet médical afin d'éviter toute confusion pour le patient et le secrétariat. Comme le souligne la thèse d'**Elodie Thoussaint** (16), cela passe par une éducation du patient et la nécessité de savoir refuser des demandes jugées inappropriées, le risque de ce refus étant cependant la dégradation de la relation médecin-patient. Toutefois, la thèse de **Julien Arzur** sur le refus de prescription révèle que ce refus n'altère pas la relation médecin-patient dès lors que le praticien explique son refus à son patient et prend le temps de l'écouter (38). Ainsi il semble primordial de prendre initialement le temps nécessaire pour expliquer le refus du médecin de faire certaines ordonnances ou papiers sans consultation, le patient en prendra ensuite compte et ne renouvellera pas ce type de requête.

D'un point de vue légal, la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie mentionne « *qu'une ordonnance comportant une prescription de soins ou de médicaments peut être formulée par courriel dès lors que son auteur peut être dûment identifié* » et à condition « *qu'un examen clinique du patient ait été réalisé préalablement sauf à titre exceptionnel en cas d'urgence* » (39). Cependant, comme le souligne l'ordre des médecins, l'adjectif « *préalable* » n'est pas défini et peut renvoyer à une consultation effectuée la veille, une semaine ou deux mois auparavant. Nous remarquons que ce type de prescription n'est encadré que pour les patients connus.

La loi n'évoquant pas les appels téléphoniques mais les courriels, le conseil national de l'ordre s'est saisi de la question concernant les prescriptions liées aux coups de téléphone et estime que « *le développement de l'activité médicale téléphonique ne saurait occulter le caractère irremplaçable de l'examen clinique et l'activité médicale à distance en constituera soit le préalable, soit le complément* ». Ainsi, un médecin peut s'il le souhaite réaliser une prescription suite à un appel d'un patient connu et ayant consulté récemment mais le médecin peut aussi refuser une demande d'ordonnance par téléphone argumentant qu'une prescription ne se fera qu'après une consultation avec examen clinique du patient.

Par ailleurs beaucoup de ces demandes d'ordonnance concernent le renouvellement d'un traitement de fond. On peut alors se poser la question de savoir si la prescription de ce traitement fut d'une durée suffisante. Comme un généraliste nous l'a fait remarquer, dans le cas d'un patient bien stabilisé et ne nécessitant pas nécessairement d'être revu à intervalles rapprochés, une durée restreinte de délivrance d'un traitement entraîne le risque pour le médecin de

ressentir une certaine lassitude lors du renouvellement d'un traitement, perdant de l'intérêt pour son travail. Il faut donc trouver la durée de prescription optimale d'un traitement afin de ne revoir le patient que lorsque c'est réellement nécessaire et non pas pour pallier seulement une carence en médicaments.

Excepté pour certains médicaments (hypnotiques, anxiolytiques), la durée maximale de prescription d'un traitement est de douze mois. La durée de validité d'une ordonnance pour des analyses médicales est d'une année, il est donc possible de prescrire un bilan biologique à doser à intervalles réguliers plutôt que de devoir renouveler cette ordonnance.

4.2.7 Améliorer la communication ville-hôpital et la coordination des soins

Jean Baptiste Prunières évalua à 1 heure et 13 minutes par semaine le temps consacré par les médecins généralistes à la gestion du parcours de soin de leur patient (la prise de rendez-vous chez un spécialiste et la gestion de l'entrée en hospitalisation avec son transport adapté) (23).

Beaucoup de médecins interviewés dans notre étude déploraient une communication ville-hôpital désorganisée avec impossibilité de parler directement avec un spécialiste sans passer par de multiples intermédiaires.

Pour se constituer un réseau avec connaissance directe des médecins spécialistes en ville, peu de méthodes existent. Comme le souligne **Sejourne**, ce réseau se constitue principalement au cours de la formation universitaire du médecin ou dans le cadre de sa formation médicale continue (40).

Cette communication décrite comme laborieuse a été mise en exergue dans l'étude commandée par le CHRU de Montpellier concernant la communication ville-hôpital (41) : 71,6 % des praticiens avaient déjà rencontré des difficultés pour communiquer avec le CHRU et, pour 83,3% d'entre eux, ce problème venait de l'impossibilité de contacter le bon interlocuteur.

Pour améliorer cette communication, le CHRU de Montpellier a rendu disponible sur son site internet (www.chu-montpellier.fr) toutes les informations utiles aux professionnels afin de contacter directement le service médical recherché ou obtenir l'email du médecin voulu.

Pour la réception des comptes rendus médicaux d'hospitalisation, 87% des médecins généralistes interviewés dans la thèse de **Sébastien Gloriot** souhaiteraient leur réception par messagerie

électronique sécurisée (42). L'enquête du CHRU de Montpellier avait montré que le dispositif MS Santé (messagerie professionnelle sécurisée) mis en place par l'Etat pour améliorer la communication ville-hôpital reste méconnu (inscription sur www.mssanté.fr), les médecins utilisant en majorité la messagerie Apicrypt.

C'est dans ce contexte que depuis fin juin 2017, APICEM SARL est devenu hébergeur agréé de données de santé à caractère personnel pour la version 2 de sa messagerie Apicrypt.

Apicrypt V2 intègre donc l'espace de confiance MSSanté, son développement se faisant progressivement depuis septembre 2018. Néanmoins, malgré leur large développement dans les cabinets de ville, cette messagerie est pour le moment délaissée par les établissements de santé.

Cependant une étude menée sur le réseau ville-hôpital d'Armentières avait recensé plus de 40 modalités d'échanges de documents (lettres, ordonnances, bordereaux, certificats, demandes diverses, comptes rendus...) (43). C'est pourquoi la communication ville-hôpital ne peut se résoudre uniquement à une simple messagerie sécurisée, celle-ci permettant surtout la transmission des comptes rendus médicaux.

Pour sa part, le CHRU de Montpellier a pris des mesures pour parvenir à une communication ville-hôpital qui soit directe. Ainsi l'annuaire des professionnels de santé est disponible sur le site du CHRU avec possibilité d'obtenir les numéros de portable et de ligne directe aux professionnels qui en font la demande.

Par ailleurs, comme l'a proposé dans son rapport la Fédération des Hospitaliers de France, différentes pistes sont à l'œuvre pour améliorer cette coordination (44).

Le CHI de Créteil a servi d'établissement pilote pour une start-up développant une plateforme web de lien Ville - Hôpital. Un lien vers la plateforme a été installé sur chaque ordinateur des médecins du secteur. Le médecin traitant reçoit, dès que l'information rentre dans le Dossier Patient Informatisé (DPI) hospitalier, l'admission du patient, les résultats d'examens, et la sortie de l'hôpital. La transmission de l'information de l'hôpital vers la ville est donc complète et en temps réel.

Parmi ses propositions on retiendra également la mise en place d'un interlocuteur unique institutionnel pour les médecins libéraux et le développement de l'exercice mixte ville-hôpital

permettant de se constituer un réseau de médecins spécialistes. Cependant ces propositions attendent leur mise œuvre et leur déploiement à l'échelle nationale.

Concernant le dossier médical partagé, si celui-ci pourrait permettre un partage des informations sur le dossier d'un patient, sa mission de communication entre généralistes et spécialistes semble plus hasardeuse. Ainsi comme le souligne le président de MG France, le Dr Jacques Battistoni, le DMP « ne fera jamais la communication entre les médecins. Or, nous demandons le développement des messageries sécurisées et des réseaux sociaux de professionnels » (31).

Enfin, dans un contexte de développement de nouvelles technologies, la CPAM a annoncé la mise en œuvre de la télé-expertise à partir du premier trimestre 2019 notamment pour les personnes en ALD, résidant en EHPAD ou atteints de maladies rares. Cette expertise sollicitée par un médecin dit « requérant » à un confrère dit « requis » permettra la transmission des données médicales utiles (photographies, enregistrements, résultats d'examens radiologiques ou biologiques...) à une situation donnée et devra se faire via une messagerie sécurisée de santé pour garantir la confidentialité de l'échange.

On peut espérer que le développement de ces nouvelles technologies participera à l'amélioration de la communication avec les médecins spécialistes et les hôpitaux afin de garantir une bonne coordination des soins.

5 CONCLUSION

Dans un contexte de démographie médicale déclinante accompagnée d'un recul de l'âge d'installation des jeunes médecins généralistes, se pose la question de la réduction du temps dédié aux tâches administratives, d'autant plus que ces dernières ont une tendance à la hausse.

Cette réduction permettrait de lutter contre la réticence des jeunes médecins à s'installer, dégagerait du temps médical et, par l'amélioration du vécu de ces tâches, préviendrait le burn-out dans une profession reconnue à risque.

Notre travail a permis dans un premier temps de délimiter les contours de ce que comprend le terme de tâches administratives. Cela concerne toutes les activités non liées directement aux soins prodigués au patient. Cette constatation a été retrouvée dans de nombreuses études.

Si chaque tâche ne prend que peu de temps, c'est la répétition de ces petites exigences administratives qui finit par amputer du temps médical. Ainsi, aussi modestes soient-elles, les solutions exposées ici, si elles sont mises en œuvre de façon conjuguée, permettront de réduire le temps administratif et d'améliorer le vécu de ces tâches non médicales. Ces suggestions sont à envisager dès le cursus universitaire des études médicales, à peaufiner avant la décision d'installation et enfin à mettre en œuvre lors de l'exercice de la médecine libérale.

Dès les études médicales, il apparaît en effet nécessaire, au travers des enseignements et des stages, de recevoir un apprentissage dédié à l'aspect administratif de la médecine générale afin de bien appréhender cet aspect contraignant de l'exercice médical. On peut noter également qu'une formation sur les différents statuts juridiques (Société Civile Professionnelle, Société Civile de Moyens, collaboration) serait un plus pour comprendre les différentes options d'installation. Ces cours, facultatifs suivant les choix d'orientation de chacun, ainsi que les remplacements qui suivront dans les cabinets médicaux seraient l'occasion d'échanger avec les enseignants et les membres de ces cabinets sur la gestion de leurs tâches administratives, sur leur façon de se constituer un carnet d'adresses (principaux spécialistes à joindre) ou sur le choix ou l'optimisation de leur logiciel informatique.

Se posera alors la question de l'installation.

C'est alors que le choix du modèle de cabinet peut modifier le poids des tâches administratives.

L'exercice seul ou en cabinet de groupe influe en effet sur la charge administrative. L'exercice en groupement permet, par mutualisation des moyens, une délégation plus importante des tâches non médicales sous réserve d'avoir un temps de secrétariat adapté au nombre de membres du cabinet. De fait, le choix d'avoir un secrétariat médical, qu'il soit téléphonique ou présentiel, et les tâches qui lui sont déléguées jouent un rôle essentiel sur le temps passé aux tâches administratives. Parmi ces tâches citons la réception des appels, la prise de rendez-vous, le scannage des documents et éventuellement la comptabilité et la pré-rédaction de certificats médico-légaux. Il apparaît qu'une secrétaire bien formée et disposant de plages horaires suffisantes est certainement un investissement sur le long terme malgré le coût engendré. Notons à cet égard que la maison médicale ne permet pas une délégation optimale des tâches, ses avantages étant plutôt d'ordre social et favorisant la coordination des soins.

Dès le début de son installation l'informatique est la pierre angulaire de la simplification des tâches administratives. Le choix se portera sur le logiciel ayant la plus grande maniabilité et le moins d'anomalies de fonctionnement. La question n'est pas stricto sensu de choisir le plus élaboré mais plutôt celui qui fera gagner le plus de temps par sa maniabilité et qui en fera perdre le moins par son absence de « bugs ». Une fois installé, il sera nécessaire de demander rapidement une formation dédiée à ce logiciel et de rédiger des courriers modèles car il sera plus difficile de s'en occuper par la suite par manque de temps.

En dernier lieu, l'éducation de sa patientèle dès le début de la relation médecin-patient est nécessaire pour une relation saine et efficace. Cette éducation comprend notamment le refus de rédiger des courriers, des ordonnances ou des certificats à la demande ou non justifiés et la mise en place de consultations dédiées pour les dossiers administratifs.

Enfin, à la vue du nombre et de la complexité des activités non médicales, il est essentiel de s'entourer d'intervenants extérieurs ayant chacun leurs compétences administratives comme les prestataires de services type « A6 médical » ou « Enfin lundi », un comptable, la MAIA ou le (ou la) délégué(e) de l'Assurance Maladie en cas de question sur la CPAM, organisme difficile à joindre par le médecin. Cette dernière a fait beaucoup d'effort : services en ligne rapides

d'utilisation, bon remboursement des tiers payants sur la part obligatoire, simplification du renouvellement des ALD, certificats de sport valable 3 ans. Mais beaucoup reste à faire par les pouvoirs publics et l'ensemble des acteurs de santé. On peut citer la numérisation et l'uniformisation de l'ensemble des formulaires, l'amélioration de la communication ville-hôpital avec le développement de l'informatisation comme la télé expertise ou l'uniformisation des messageries sécurisées. Concernant le DMP, si celui-ci semble nécessaire, beaucoup encore reste à faire pour le rendre facilement accessible par les médecins et par les patients.

Comme on le voit, les solutions sont multiples pour réduire ce temps non médical et il est essentiel de bien s'accorder sur les choix nécessaires pour rendre cette réduction conséquente tant sur l'aspect matériel que sur l'aspect psychologique.

Par ailleurs, si tous les médecins ont à peu près les mêmes contraintes administratives, ils ne les vivent pas et ne les ressentent pas du tout de la même façon.

Ainsi une bonne organisation, spécifique à chacun, une prise en compte globale des solutions proposées et peut-être un coût supérieur à intégrer participeront à un allègement de la charge administrative du médecin généraliste.

Le médecin, délesté de cette charge mentale, bénéficiera d'un bien-être psychologique propice à une écoute active et empathique de son patient, ce qui est nécessaire à une bonne relation médecin-patient.

De surcroît, cette réduction du temps administratif permettra une augmentation du temps médical, le médecin pouvant dès lors consacrer plus de temps à l'examen clinique.

Comme nous pouvons le constater, cette diminution des contraintes administratives liées à l'exercice libéral est possible. Elle permettrait un accroissement de l'attractivité pour notre métier et augmenterait le nombre des installations.

Elle constitue ainsi une réponse à ceux qui considèrent l'exercice salarié comme unique solution aux contraintes de l'exercice libéral.

Bibliographie

1. Bouet P, Mourgues J-M. Atlas de la démographie médicale en France. Conseil national de l'ordre des médecins ; 2017. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf
2. Lucas-Gabrielli V, Sourty-Le Guellec MJ. Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001). Questions d'économie de la santé. 2004;(81) :1.
3. Coppolani E. Je peux m'installer mais je ne le fais pas, pourquoi ? [Université Toulouse III – Paul Sabatier]; 2014. Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/528/1/2014TOU31035.pdf>
4. Ipsos Public Affairs. Le regard des médecins sur leur métier a changé. 2004. Disponible sur : <https://www.ipsos.com/fr-fr/le-regard-des-medecins-sur-leur-metier-change>
5. Seys B, Hini E. Les emplois du temps des médecins généralistes. Etudes et résultats. Mars 2012;(797). Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er797-2.pdf>
6. Barlet M, Marbot C. Les conditions de travail des médecins généralistes. 2016. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche18-3.pdf>
7. Le Fur P, Bourgueil Y, Cases C. Le temps de travail des médecins généralistes. Questions d'économie de la santé. 2009;(144). Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes144.pdf>
8. Decorde A. Déterminants à l'installation en médecine générale : analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord alpin. [Université de Grenoble]; 2011. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00639242/document>
9. URPS Médecins libéraux de Bourgogne. Enquête sur les freins et leviers à l'installation. 2011 oct. Disponible sur : <http://www.urps-ml-bfc.org/wp-content/uploads/2014/11/rapport-etude-freins-et-leviers-a-l-installation-2011.pdf>
10. BVA/ GSK. Burn out des médecins : une souffrance au travail. Etude. 2013.

11. Pierre Paillé, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 4ème édition. Armand Colin; 2016.
12. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. 2e édition. Armand Colin; 2010.
13. Kempa A. Vécu du métier de Médecin Généraliste en 2017 : Enquête qualitative auprès des généralistes des Alpes-Maritimes [Internet]. [Université de Nice Sophia Antipolis]; 2017. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01633791/document>
14. Cellier-Le Diset C. Ressenti des médecins généralistes par rapport aux tâches administratives : étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Université de Franche-Comté; 2018.
15. Micheau J, Molière E. L'emploi du temps des médecins libéraux. DRESS; 2010. (Dossiers solidarité et santé). Rapport N° 15. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201015.pdf>
16. Toussaint E. Principales contraintes administratives identifiées comme des freins à l'installation des jeunes médecins généralistes. [Université de Reims]; 2013.
17. Chanu A. Préférences des médecins généralistes libéraux en France métropolitaine quant à la délégation des tâches médico-administratives aux secrétaires assistantes médico-social(e)s. Lille 2 Droit et Santé; 2015.
18. Lortholary C. Etre médecin généraliste aujourd'hui. Laennec. 2010; Tome 58(3):28-43.
19. Les principales mesures du plan santé d'Emmanuel Macron. Le Généraliste. 18 septembre 2018. Disponible sur: https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2018/09/18/les-principales-mesures-du-plan-sante-demmanuel-macron_315909
20. Roux C. Paperasse, un poids qu'on peut alléger. Le Généraliste. Décembre 2018;(2854).
21. Docteurmilie. Collaboration libérale | Journal de bord d'une jeune médecin généraliste de Seine-Saint-Denis. Disponible sur : <http://www.docteurmilie.fr/wordpress/?tag=collaboration-liberale>

22. De Lestapis-Auroux S. Place du secrétariat médical dans les cabinets libéraux de médecins généralistes. Faculté de médecine de Poitiers; 2018.
23. Prunier J-B. Evaluation des tâches non médicales des médecins généralistes en Occitanie. Université de Montpellier, Faculté de médecine Montpellier-Nîmes ; 2018.
Disponible sur : http://www.biu-montpellier.fr/florabium/servlet/DocumentFileManager?source=ged&document=ged:IDOC5:504197&resolution=&recordId=memoires%3ABIU_MEMOIRES%3A2245&file=
24. Juge D. Qualité de vie du médecin généraliste rural, avant et après son installation en maison de santé. Faculté de médecine Montpellier-Nîmes ; 2017.
25. Ministère des solidarités et de la santé. Circulaire relative au lancement d'un plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural. Juillet 27, 2010. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Circulaire_du_27_juillet_2010_relative_au_lancement_plan_d_equipement_en_maisons_de_sante_en_milieu_rural.pdf
26. Philippe M. Avantages à exercer la médecine générale en maison ou pôle de santé. Université de Poitiers ; 2013.
27. Raynaud J. L'accès aux soins : concepts, mesures et enquêtes pour une analyse géographique de l'organisation et du développement d'une offre de soins durable : des perceptions du territoire aux initiatives des acteurs. Université Paul Valéry (Montpellier); 2013.
28. Cahen V. Les logiciels de gestion du cabinet de médecine générale : utilisations, besoins et critiques. [Université Paris 7-Denis Diderot]; 2007.
29. Sauvant R. Les logiciels de gestion médicale sont-ils adaptés à la pratique de la médecine générale? Université de Nice-Sophia Antipolis; 2010.
30. Garat P. La bonne tenue du dossier médical et principes de transmission. Les Entretiens de Bichat. Septembre 2014. Disponible sur : <http://www.ile-de-france.ordre.medecin.fr/sites/default/files/domain-186/documents/Entretien%20Bichat%200914.pdf>
31. Revel N. Carnet de santé numérique. 2018.

32. Roux C. Le renouvellement de certaines ALD sera simplifié et automatisé, assure la CNAM. Legénéraliste.fr. Avril 2018. Disponible sur : https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2018/04/11/le-renouvellement-de-certaines-ald-sera-simplifie-et-automatise-assure-la-cnam_314430
33. Obligation scolaire. Ministère de l'Éducation nationale. Disponible sur : <http://www.education.gouv.fr/cid49601/mene0924735n.html>
34. Ministère des solidarités et de la cohésion sociale D de la SS. Circulaire DSS/MCGR/DGS n°2011-331 du 27 septembre 2011 relative à la rationalisation des certificats médicaux [Internet]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-10/ste_20110010_0100_0056.pdf
35. Direction de la sécurité sociale. Plaquette d'information sur les certificats médicaux. oct, 2011. Disponible sur : http://securite-sociale.fr/IMG/pdf/certificat_medicaux.pdf
36. Ministère des sports. Certificat médical. Août, 2017. Disponible sur : <http://www.sports.gouv.fr/pratiques-sportives/pratique-securite/securite-sur-la-voie-publique/article/Le-certificat-medical>
37. l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes. Etude des transferts de charge des organismes tiers vers les médecins libéraux [Internet]. 2004. Rapport N° 411. Disponible sur : <http://www.urps-med-aura.fr/medias/content/files/publications/transfertdecharges-1440752920.pdf>
38. Arzur J. Le refus de prescription : impact sur la relation médecin-patient. Université de Caen; 2011.
39. Conseil national de l'ordre des médecins. L'activité médicale téléphonique. Octobre 2004 ; 4.
40. Sejourne E, Pare F, Moulevrier P, Tanguy M, Fanello S. Modalités de constitution du carnet d'adresses des médecins généralistes. Pratiques et Organisation des Soins. 2010 ; Vol. 41(4):331-9.
41. CHRU de Montpellier. Enquête : communication médecine de ville - hôpital - CHU de Montpellier. Disponible sur : <http://www.chu-montpellier.fr/fr/contenu/liste-des-actualites/actualite/Enquete-communication-medecine-de-ville-hopital/>

42. Gloriot A. Attentes des médecins généralistes du secteur du Centre Hospitalier de l'Ouest Vosgien : enquête en vue d'améliorer la communication ville-hôpital. Université de Lorraine ; 2017.
43. Alao O, Anceaux F, Beuscart R, Beuscart-Zéphir MC, Brunetaud J-M, Renard J-M. La communication ville-hôpital : un modèle pour améliorer la continuité des soins. Les Cahiers du numérique. 2001 ; Vol. 2(2). Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-du-numerique-2001-2-page-37.htm>
44. Valletoux F. Ville - hôpital : des pistes pour renforcer les liens - Fédération Hospitalière de France (FHF). Disponible sur : <https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communiqués-de-presse/Ville-hopital-des-pistes-pour-renforcer-les-liens>

Annexes

ANNEXE 1 : Guide d'entretien

Je vous remercie de me recevoir. Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, je recherche les moyens mis en œuvre par les médecins généralistes afin de raccourcir le temps passé aux tâches administratives.

L'objectif est de recueillir un éventail d'idées mis en œuvre par le médecin généraliste dans son cabinet pour gagner du temps médical. Votre expérience personnelle me sera utile dans ma recherche. Vous êtes libre de ne pas répondre à une question ou d'interrompre l'entretien quand vous le souhaitez.

Cet entretien sera enregistré mais restera strictement confidentiel et anonyme.

Pour commencer je vais vous poser quelques questions sur votre profil personnel puis nous aborderons le sujet sur le temps administratif.

Comment vous présenteriez-vous sur le plan professionnel ? Quelles sont vos conditions d'exercice ?

Quel âge avez-vous ?

Quel est votre lieu d'exercice ? Rural, semi-rural ou urbain ?

Quel est votre mode d'exercice ? Seul, dans un cabinet de groupe (si oui combien de membres), dans une maison médicale ?

Etes-vous informatisé ?

Disposez-vous d'un secrétariat physique ou téléphonique ?

Combien d'appels recevez-vous par jour en moyenne ?

Employez-vous d'autres personnes ? Comptable, femme de ménage etc...

Quelles sont vos horaires de travail en moyenne ?

Quel est le coût du secrétariat ?

La comptabilité quotidienne est-elle faite par le secrétariat ?

Faites-vous des ordonnances lors des demandes téléphoniques des patients ?

Comment voyez-vous les tâches administratives en médecine générale ? Quel est votre ressenti face aux tâches administratives en médecine générale ?

Pour vous c'est quoi les tâches administratives ?

Quelles tâches administratives vous paraissent les plus lourdes ?

Comment les vivez-vous dans votre pratique quotidienne ?

En regardant vos consultations de la semaine passée, quelle situation vous a paru la plus lourde d'un point de vue administratif ? Que s'est-il passé, qu'avez-vous fait ? De quoi auriez-vous eu besoin ?

Comment pourrait-on vous aider à réduire le temps passé à les effectuer ? De quoi auriez-vous besoin pour réduire le temps passé à les faire ?

Ou, si le médecin n'a pas de problème avec les tâches administratives, :

Comment expliquez-vous que vous n'êtes pas débordé par les tâches administratives par rapport à d'autres médecins ?

Pour vous c'est quoi la gestion d'un cabinet médical ?

Comment est gérée la comptabilité ?

Comment organisez-vous la gestion de votre matériel médical ?

- **Si présence d'un secrétariat physique**

Quels avantages et/ou inconvénients voyez-vous à la présence d'un secrétariat dans votre pratique ?

Quelles tâches lui sont confiées ? (*Journalières, hebdomadaires, mensuelles et occasionnelles*)

- **Si absence de secrétariat physique**

Pourquoi n'avez-vous pas de secrétariat ?

Quels avantages et/ou inconvénients voyez-vous à l'absence de secrétariat dans votre pratique ?

Quand prenez-vous les appels ?

Comment organisez-vous votre agenda ?

Comment vous organisez-vous concernant la réception ou l'envoi de courriers, feuilles de soins ou d'examens complémentaires ? Quand effectuez-vous ces tâches dans la journée ?

Quels bénéfices et/ou quelles difficultés avez-vous avec l'informatique ?

Quelles seraient vos suggestions pour améliorer votre logiciel informatique afin de gagner du temps ?

Comment gérez-vous le dossier médical ?

Que pensez-vous personnellement des services internet de la CPAM ?

Comment cela se passe-t-il en pratique pour la rédaction des certificats et courriers aux confrères ?

Que pensez-vous de la rédaction des dossiers MDPH et de la déclaration ou du renouvellement des protocoles de soins ALD et AT ?

A votre avis, comment pourrait-on simplifier leur rédaction ?

Quelles sont vos rapports avec les organismes de santé (sécurité sociale/mutuelles) ?

Avez-vous eu des difficultés de remboursement des consultations ?

Avez-vous des réseaux ou des professionnels qui vous aident ? Si oui lesquels ?

Comment gérez-vous les demandes téléphoniques des patients pour des papiers à rédiger ?

Quand faites-vous vos tâches administratives ?

Quand regardez-vous les résultats d'examens complémentaires et biologies ?

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

Résumé

Introduction : Dans un contexte de démographie médicale déclinante et d'installation tardive des jeunes médecins, la réduction du temps consacré aux tâches non médicales est primordiale. Ce travail a pour objectif d'identifier les leviers permettant de réduire le temps administratif afin d'améliorer le quotidien du médecin généraliste et de favoriser ainsi l'attractivité de ce métier.

Méthode : Une étude qualitative a été menée par entretiens semi-dirigés entre le 6 mars 2018 et le 29 août 2018 suivis d'une analyse thématique.

Résultats : Seize généralistes furent interviewés. Cinq grandes contraintes administratives, non liées directement aux soins du patient, ont été identifiées : la gestion du cabinet, la gestion du dossier médical, les tâches médico-légales, les demandes d'ordonnances hors consultation et la communication ville-hôpital.

Les principales solutions envisageables sont :

- La formation des étudiants en médecine
- L'exercice en cabinet de groupe
- La délégation de tâches à une secrétaire physique, à un prestataire de service spécialisé dans les tâches administratives et à un comptable
- La possession d'un logiciel de santé fonctionnel avec une formation dédiée
- La rédaction de courriers modèles
- L'éducation de ses patients en fixant ses limites
- La bonne organisation du dossier médical
- La réalisation de ces tâches en cours de journée
- La programmation de consultations dédiées.

Conclusion : Ce travail propose de nombreuses solutions qui réduisent les tâches administratives et améliore leur vécu. Cela nécessite d'être formé, de choisir méthodiquement son type d'installation et de s'organiser judicieusement pendant sa pratique.

Mots clés : Médecine générale, administration, organisation et administration, gestion de cabinets médicaux, gestion du temps, secrétaires médicales, dossier médical, ordonnances de médicaments.