



HAL
open science

Impact du travail administratif pendant les consultations de médecine générale : confrontation entre ressenti et réalité

Romain Mouronval

► **To cite this version:**

Romain Mouronval. Impact du travail administratif pendant les consultations de médecine générale : confrontation entre ressenti et réalité. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03202028

HAL Id: dumas-03202028

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03202028>

Submitted on 19 Apr 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

Faculté de médecine de Nice

Thèse d'exercice pour l'obtention du diplôme d'état de Docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 15 Avril 2021 à Nice

Par **MOURONVAL Romain, Julien, Lucien**

Né le 22 Janvier 1993 à Arras (62)

Impact du travail administratif pendant les consultations de médecine générale.

Confrontation entre ressenti et réalité.

Composition du jury :

Président du jury :

Monsieur le Professeur David DARMON

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Gilles GARDON

Monsieur le Docteur Fabrice GASPERINI

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Renaud FERRIER



Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

**Pédagogie
Recherche
Etudiants**

**Pr. ALUNNI Véronique
Pr. DELLAMONICA jean
M. JOUAN Robin**

Chargé de mission projet Campus

Pr. PAQUIS Philippe

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel



Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)



Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)



Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
Mme	ESTRAN-POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	FAVRE Guillaume	Physiologie (44.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	ORBAN Jean-Christophe	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (48.01)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	VANBIERVLIET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)



Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	LOTTE Romain	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière (45.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	TRAN Antoine	Pédiatrie (54.01)



Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme GROS Auriane Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

M. SICARD Antoine Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)

Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)

M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)

M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)



Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. ALBERTINI Marc	M. GIBELIN Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HOFLIGER Philippe
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DARCOURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SANTINI Joseph
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. THYSS Antoine
M. FENICHEL Patrick	M. TOUBOL Jacques
M. FUZIBET Jean-Gabriel	M. TRAN Dinh Khiem
M. FRANCO Alain	M. VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. FREYCHET Pierre	
M. GASTAUD Pierre	

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
M. BENOLIEL José	Mme MEMRAN Nadine
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	M. MENGUAL Raymond
Mme DONZEAU Michèle	M. PHILIP Patrick
M. EMILIOZZI Roméo	M. POIRÉE Jean-Claude
M. FRANKEN Philippe	Mme ROURE Marie-Claire
M. GASTAUD Marcel	



Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	LEBOEUF Mathieu	gynécologie- obstétrique
Mme	NADEAU Geneviève	uro-gynécologie
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS :

Au Professeur Darmon, c'est un honneur pour moi que vous ayez accepté de présider ce jury de thèse, et je vous en remercie. Soyez assuré de toute ma reconnaissance et de mon profond respect pour votre implication dans la médecine générale.

Au Professeur Gardon, je vous remercie d'apporter votre expérience à la critique de ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de toute mon estime.

Au Docteur Gasperini, je vous remercie d'avoir eu la gentillesse d'accepter de juger mon travail. Soyez assuré de ma sincère gratitude et de toute ma considération.

Au Docteur Ferrier, qui me motive depuis mon SASPAS, qui m'a aidé et accompagné tout au long de ce travail. Merci pour ton implication et tes actions pour la médecine générale et libérale.

Aux médecins qui ont accepté de participer à ce projet de thèse, je vous remercie de m'avoir accordé du temps et de l'intérêt.

**Impact du travail administratif pendant les consultations de médecine générale.
Confrontation entre ressenti et réalité.**

Table des matières

1. INTRODUCTION :	14
1.1 Une démographie médicale en danger :	14
1.2 La médecine générale en tension :	14
1.3 Une transformation de la profession :	14
1.4 Face à une augmentation de la demande de soins :	15
1.5 L'administratif souvent mal vécu par les médecins :	15
1.6 De nombreuses auto-évaluations :	15
1.7 Du temps potentiellement déléguable :	16
1.8 Développement des services en ligne :	16
1.9 Intérêt de notre travail :	16
2. MATÉRIEL et MÉTHODE	17
2.1 Type d'étude :	17
2.2 Population étudiée :	17
2.3 Critère d'exclusion :	17
2.4 Règles de protection des données :	17
2.5 Recueil des données :	18
2.6 Définition des tâches :	18
2.7 Gestion de l'incertitude et des aléas :	19
2.8 Choix de la consultation comme dénominateur commun :	20
2.9 Test préliminaire :	20
2.10 Discussion des résultats :	20
2.11 Interprétation des résultats :	20

3. RÉSULTATS :	21
3.1 Démarchage des médecins :	21
3.2 Caractéristiques des médecins auditionnés :	21
3.3 Durée des consultations :	21
3.4 Temps total consacré à chacune des tâches administratives :	22
3.5 Temps moyen consacré à chaque tâche administrative :	23
3.5 Papier vs Électronique	24
3.6 Surestimation de tâches :	25
3.7 Sous-estimation de tâches :	25
4. DISCUSSION :	26
4.1 Forces et faiblesses de notre étude :	26
4.2 Réactions des praticiens :	27
4.3 Surestimation de tâches :	27
4.4 Sous-estimation de tâches :	28
4.5 Place de l'informatique et des téléservices :	29
4.6 Comparaison aux données antérieures :	30
4.7 Intérêt de l'audit de productivité :	30
4.8 Plan d'action et d'amélioration :	31
5. CONCLUSION :	32
6. ANNEXE :	34
6.1 Annexe 1 : Issue du démarchage téléphonique	34
7. BIBLIOGRAPHIE :	35
8. ABSTRACT :	37
9. RÉSUMÉ DE LA THÈSE :	38
10. SERMENT D'HIPPOCRATE :	39

RÉSUMÉ DES ABRÉVIATIONS :

ALD : Affection de Longue Durée

AMELI : Assurance Maladie En Ligne

AT/MP : Accident du Travail / Maladie Professionnelle

CERFA : Centre d'Enregistrement et de Révision des Formulaires Administratifs

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

FSE : Feuille de Soins Électronique

FSP : Feuille de Soins Papier

MDPH : Maison Départementale de Personnes Handicapées

MSU : Maître de Stage des Universités

SMS : Short message system

TA : Tâche Administrative

TP : Tiers Payant

URPS ML PACA : Union Régionale des Professionnels de Santé, Médecins Libéraux, Provence Alpes Côte
d'Azur

1. INTRODUCTION :

1.1 Une démographie médicale en danger :

La démographie médicale française décline depuis plus d'une décennie. Cette baisse est attendue jusqu'au moins 2025 selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), ce qui va à l'encontre des projections faites il y a dix ans. (1) (2)

Bien que le nombre de médecins inscrits ait progressé depuis 2010, cette hausse se fait majoritairement au profit des retraités – les médecins de plus de 60 ans représentent presque la moitié des affiliés à l'ordre – alors que le nombre de médecins actifs tend à diminuer.

La région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) est privilégiée car elle affiche la plus forte densité médicale de France, mais n'est pas épargnée pour autant avec un recul de 8,3% de sa densité médicale en dix ans. (3)

1.2 La médecine générale en tension :

La médecine générale est la deuxième spécialité la plus affectée. Au niveau national, le nombre de médecins généralistes en activité régulière, tous modes d'exercices confondus, a baissé de 8,7% depuis 2010. Cette baisse se poursuivra, selon les projections, avec une décroissance annuelle de 0,9%.

Les Alpes-Maritimes sont tout particulièrement touchées avec un recul de 15,5% du nombre de médecins généralistes en activité régulière sur les dix dernières années. (1) (3)

1.3 Une transformation de la profession :

La féminisation de la profession a longtemps été pointée du doigt concernant la réduction de l'offre de soins, avec une réduction du nombre d'actes due à la réduction du temps de travail total et à une augmentation du temps passé par consultation. (4)

La parité désormais atteinte en 2020, force est de constater que la diminution du temps de travail du médecin n'est pas liée à la féminisation du corps médical mais davantage à une aspiration générationnelle, avec un désir d'équilibre entre une vie personnelle, familiale et un exercice professionnel complexe. (5) (6)

De plus, on assiste à un changement dans le choix du mode d'exercice, avec une désaffection de l'exercice majoritairement libéral au profit du salariat ou d'un exercice mixte.

Pourtant, selon le CNOM, une grande majorité des internes (75%) aspire à un mode d'exercice libéral, et plus de la moitié prévoit de s'installer dans les trois ans.

Néanmoins, seuls 12% des nouveaux inscrits à l'ordre exercent en libéral. Ce nombre monte à 35% après 5 années d'exercice, contre 40,9% en 2010. (7)

Il existe donc bien une différence entre les aspirations des jeunes médecins et leur choix d'exercice.

1.4 Face à une augmentation de la demande de soins :

La population française augmente et vieillit. Les personnes âgées de plus de 60 ans représentent désormais plus du quart de la population française. (8)

Cette croissance conjointe de la population française, de son âge et de la prévalence des maladies chroniques entraîne une augmentation de la consommation de soins en France. (9) (10) (11) (12)

Avec comme conséquence directe un allongement du délai d'accès aux soins. (14)

1.5 L'administratif souvent mal vécu par les médecins :

La lourdeur des tâches administratives est depuis plusieurs années citée par les jeunes médecins comme un frein et une peur face à l'installation. D'autant plus qu'il existe une appréhension sur l'évolution de celles-ci (tiers payant généralisé, dossier médical partagé ...) (15) (16)

Au contraire du salariat, qui est perçu comme moins contraignant. (17) (6)

Qui plus est, le poids de l'administratif est l'un des facteurs principaux de cessation de l'activité libérale. (18)

1.6 De nombreuses auto-évaluations :

Des études antérieures se sont penchées sur les tâches administratives effectuées par le généraliste. La majorité a été réalisée en auto-évaluation – chaque médecin estimant le temps alloué sans vérification extérieure – et prenait en compte l'ensemble de l'activité du médecin libéral, pendant et en dehors des consultations. L'avantage de telles études déclaratives est la possibilité d'inclure un grand nombre de participants. Les résultats sont variables et oscillent entre 22% et 33% du temps de l'activité des médecins. Ainsi, ceux-ci déclarent travailler en moyenne 57 heures par semaine dont 33 heures passées au contact des patients. (19) (20) (21)

Il est également estimé que près de la moitié des consultations donnent lieu à la réalisation d'une tâche administrative (TA), hors feuille de soin. (22)

1.7 Du temps potentiellement délégable :

Un travail antérieur, avec un recueil en hétéro-évaluation en 2014, montrait que la place du travail administratif était significativement inférieure chez les médecins disposant d'un secrétariat physique ou d'un télésecrétariat (respectivement 13,2% et 14,2% du temps de consultation) par rapport aux médecins n'en disposant pas (20,1% du temps de consultation). (23)

Une partie de ce temps est potentiellement délégable à une tierce personne comme un/une secrétaire. Cela offre un levier d'action pour libérer du temps médical en déchargeant le médecin d'une partie de son travail administratif. A ce titre, le dispositif d'assistantat médical est en place depuis l'été 2019, cofinancé par l'assurance maladie sous conditions. (24)

1.8 Développement des services en ligne :

Depuis quelques années, l'assurance maladie dématérialise ses formulaires et l'accès aux prestations. Tout d'abord avec l'instauration de l'espace professionnel en ligne en 2011 et l'ensemble des téléservices associés. Il semble que les médecins généralistes soient favorables à cette démarche. (25)

L'intégration directe dans le logiciel médical est un facteur d'ergonomie essentiel. (26)

De même, l'usage d'agendas en ligne, dont la pénétration du marché ne cesse de croître, gagnerait à être intégré. La promesse de ces outils numériques modernes est de faciliter le travail du médecin.

1.9 Intérêt de notre travail :

Nous avons vu que la démographie médicale est en crise et devra relever le défi d'assumer une demande de soins croissante. Pour cela, les médecins peuvent optimiser leur temps de consultation en y réduisant la part administrative, pénible et chronophage.

Les médecins généralistes ont-ils conscience de l'importance de ce levier d'action ?

Pour y répondre, nous confronterons les durées estimées et réellement allouées à la réalisation de différentes tâches administratives (TA) lors des consultations.

Nous aurons comme objectif secondaire d'estimer l'apport du numérique. Quel gain de productivité est réellement lié à l'usage des téléservices par rapport au papier ?

Qui plus est, avec la réitération des chronométrages, nous pourrons estimer si la part qu'occupe la réalisation des TA durant les consultations s'est modifiée en une demi-décennie.

2. MATÉRIEL et MÉTHODE

2.1 Type d'étude :

Il s'agit d'une étude prospective observationnelle multicentrique.

2.2 Population étudiée :

Nous avons choisi d'observer un groupe de 10 médecins généralistes des Alpes-Maritimes.

Nous nous sommes servis de l'annuaire santé du site Assurance Maladie En Ligne (AMELI) pour sélectionner de manière aléatoire les médecins à contacter : <http://annuaresante.ameli.fr>

Les filtres étaient les suivants : profession « médecin généraliste », type d'honoraire « indifférent », carte vitale « oui », femme/homme « indifférent » et les résultats triés de manière nominale.

Chaque médecin se voyant attribuer un nombre, entre 1 et 1176.

Nous avons ensuite utilisé un générateur de nombre aléatoire afin de sélectionner les médecins à contacter.

Chaque praticien a ensuite été joint par téléphone, directement ou via le secrétariat, afin de lui exposer le sujet de thèse et d'obtenir son accord oral.

2.3 Critère d'exclusion :

Le seul critère d'exclusion concernait les médecins généralistes ayant uniquement une activité principale particulière, considérée comme non représentative : maison médicale, angiologie, médecine esthétique, homéopathie ...

2.4 Règles de protection des données :

Une demande a été réalisée auprès du délégué à la protection des données de l'université de Nice.

Il a été mis en évidence qu'aucune donnée individuelle propre à chaque patient n'était collectée.

Le traitement qui a été mis en œuvre dans le cadre de cette thèse concernait des données à caractère personnel associées aux praticiens, et non aux patients, ne relevant pas d'un traitement de données de santé.

Dès lors, nous avons informé oralement les médecins des procédures de recueil et de traitement des données, avec un droit de retrait, d'accès et de rectification.

Un consentement oral a été recherché auprès des médecins mais également auprès des patients, avant chaque consultation.

2.5 Recueil des données :

Nous avons choisi de respecter les horaires de consultation des médecins et d'organiser le recueil de données sur une journée ou une demi-journée, car certains médecins partagent leur bureau ou ont une activité de visite à domicile importante. Le but étant d'obtenir un volume de consultation similaire au temps de travail hebdomadaire déclaré.

Un premier temps était consacré à la description de l'étude, de la recherche du consentement oral et au recueil des caractéristiques propres au médecin, à son cabinet et à son organisation.

Dans un second temps, il était demandé au médecin observé de mener ses consultations de la manière la plus habituelle possible.

En tant que médecin, ma présence était licite et ma neutralité obtenue par le silence complet durant les consultations (observateur strict).

Le chronométrage de la consultation et des différents actes se faisait au moyen de l'application « chronomètre » native de l'iPhone, avec utilisation des temps intermédiaires pour chaque tâche.

La durée de la consultation était mesurée de l'entrée à la sortie du patient au seuil de la porte.

Le chronométrage des différents actes était réalisé dès lors que le médecin enclenchait une fonctionnalité logicielle, ou sortait un formulaire CERFA papier et ce, jusqu'à sa remise au patient.

2.6 Définition des tâches :

Nous avons défini un ensemble de onze tâches administratives en nous basant sur un référentiel établi par l'Union Régionale des Professionnels de Santé, Médecins Libéraux, Provence-Alpes-Côte d'Azur (URPS-ML-PACA) en 2016 regroupant les différentes TA pouvant être rencontrées en consultation.

Celles-ci peuvent être d'ordre :

- Pécuniaires et assurantielles ;
 - Rédaction d'une feuille de soins : électronique (FSE) et papier (FSP)
 - Paiement
 - Déclaration de médecin traitant

- Rédactionnelles ;
 - o Rédaction d'un certificat
 - o Rédaction d'un courrier pour le spécialiste
- De secrétariat ;
 - o Gestion du planning et des rendez-vous
 - o Tenue du dossier patient

Qui comprend l'intégration des résultats de biologie, d'imagerie via un scan papier, ou depuis une messagerie sécurisée, mais non la rédaction de l'observation médicale

- o Prise de rendez-vous pour le patient
- o Interruptions : téléphoniques et autres

Les « autres » interruptions, comprennent les interruptions physiques, par la secrétaire ou un autre patient, les recherches pour le patient, les interruptions par sms ou mail.

- En lien avec le travail ;
 - o Rédaction d'un arrêt de travail : électronique et papier
 - o Rédaction d'un accident du travail : électronique et papier

2.7 Gestion de l'incertitude et des aléas :

Dans un certain nombre de cas, le médecin démarrait une tâche administrative, qu'il interrompait pour reprendre le fil de sa consultation. Dans ce cas, j'ai soustrait la partie concernant le bon déroulé de l'entrevue pour ne garder que la TA en elle-même.

Par exemple : le médecin observé saisit un CERFA de déclaration d'arrêt de travail papier, puis échange avec le patient dans le cadre de sa prise en charge. Cette discussion ne faisant pas partie de la rédaction dudit papier, je l'ai déduite du chronométrage de la tâche effectuée.

Il est également arrivé que deux tâches se chevauchent, dans ce cas, les durées ont été mesurées en totalité et séparément, mêmes si elles avaient lieu simultanément.

Par exemple : le médecin observé saisit une FSE, est interrompu par un appel téléphonique, mais poursuit la rédaction. Dans ce cas, j'ai enregistré deux tâches dans leur totalité : « feuille de soins électronique » et « interruption téléphonique », même si une partie des deux se chevauchait.

Enfin, en cas d'erreur ou autre aléa humain ou logiciel, nous avons décidé de laisser tourner le chronomètre jusqu'à la fin de la tâche en cours.

Par exemple : le médecin observé ouvre le site AMELpro pour rédiger une déclaration d'accident de travail électronique. Le site dysfonctionne et selon l'expérience du médecin, il faut quitter et relancer le navigateur internet. Dans ce cas, le chronomètre continue pendant le lancement du logiciel, du site web, de l'authentification jusqu'à la délivrance du papier signé au patient.

2.8 Choix de la consultation comme dénominateur commun :

Chaque médecin ayant une gestion personnelle de son cabinet et de son temps, nous avons choisi d'utiliser la consultation comme dénominateur commun entre les différents praticiens.

Nous avons choisi de ne pas inclure le travail administratif réalisé en dehors des consultations.

En effet, celui-ci peut comprendre le travail lié au statut de chef d'entreprise et, est indépendant de la fonction de médecin.

De plus, la gestion du courrier, des biologies et des correspondances avec les médecins spécialistes pouvant être très disparate, nous avons décidé de ne pas l'intégrer dans ce travail.

2.9 Test préliminaire :

Afin de valider le protocole de recueil de cette thèse, une journée test a été réalisée avec un médecin volontaire qui en avait connaissance. Les résultats ne seront ainsi pas utilisés.

2.10 Discussion des résultats :

Au terme de la journée, et conformément au protocole expliqué à chaque médecin, un temps de débriefing était alloué.

Pour chaque tâche listée précédemment, si celle-ci avait été rencontrée, il était demandé au médecin d'estimer le temps passé à la réaliser. Soit de manière individuelle pour une tâche répétitive comme les feuilles de soins, soit de manière globale lorsque celle-ci était éparse comme les interruptions téléphoniques.

Après révélation des résultats, les médecins interrogés étaient libres d'exprimer les raisons qui les poussaient à les sur ou sous-estimer.

2.11 Interprétation des résultats :

S'agissant d'une étude observationnelle, nous n'avons pas réalisé d'analyse statistique. Pour chaque tâche, nous avons comparé si le médecin sur ou sous-estimait le temps alloué à sa réalisation.

3. RÉSULTATS :

3.1 Démarchage des médecins :

Au total, 91 médecins ont été contactés. Les facteurs de non-inclusion sont listés dans l'**annexe 1**. Les principaux ont été : le manque de temps (17), un message laissé au secrétariat resté sans suite (15), un message laissé sur le répondeur sans réponse (13) et une activité jugée comme non représentative (13).

3.2 Caractéristiques des médecins auditionnés :

Genre		Secrétariat		Mode de consultation	
Femme	6	Présentiel	3	RDV	8
Homme	4	Aucun	2	Sans rdv	2
		Agenda en ligne	5		
		Télésecrétariat	3		
Age (années)		Installation		Informatisation	
< 35	1	< 5 ans	1	Oui	9
35 - 55	5	5-15 ans	4	Non	1
> 55	4	>15 ans	5		
MSU		Convention		Téléservices intégrés	
Oui	2	Secteur 1	9	Oui	5
Non	8	Secteur 2	1	Non	4

Tableau 1 : Caractéristiques et organisation des cabinets interrogés

3.3 Durée des consultations :

Un total de 138 consultations a été observé, pendant une durée cumulée de 34 h 37 min 57 sec, soit une durée de consultation moyenne de 15 min 03 sec [8 min 51 sec ; 25 min 07 sec].

Un total de 375 tâches a été réalisé soit une moyenne de 2,7 TA [1 ; 7] enregistrées par consultation.

La durée cumulée des TA était de 07 h 23 min 44 sec, soit une moyenne de 3 min 13 sec par consultation et 21,35% [15,01% ; 26,73%] du temps de consultation.

3.4 Temps total consacré à chacune des tâches administratives :

Intéressons-nous tout d'abord au total enregistré de chaque TA, on note que certaines d'entre elles occupent d'avantage l'exercice des médecins. **Figure 1**

La rédaction de feuilles de soins électroniques a été la tâche réalisée en moyenne le plus rapidement, en 33 sec. Mais c'est également la plus effectuée, à 129 reprises soit dans 93,5% des consultations.

Au total, elle aura occupé 1 h 11 min et 10 sec soit 3,4% du temps de consultation.

Ensuite, les consultations ont été interrompues principalement par le téléphone (51), pour une durée totale de 1 h 4 min 22 sec soit 3,1% du temps de consultation, et les autres interruptions (28), ont représenté 53 min 59 sec et 3% du temps de consultation.

Enfin, la tenue du dossier patient (26) a duré un total de 55 min et 53 sec soit 3% du temps de consultation.

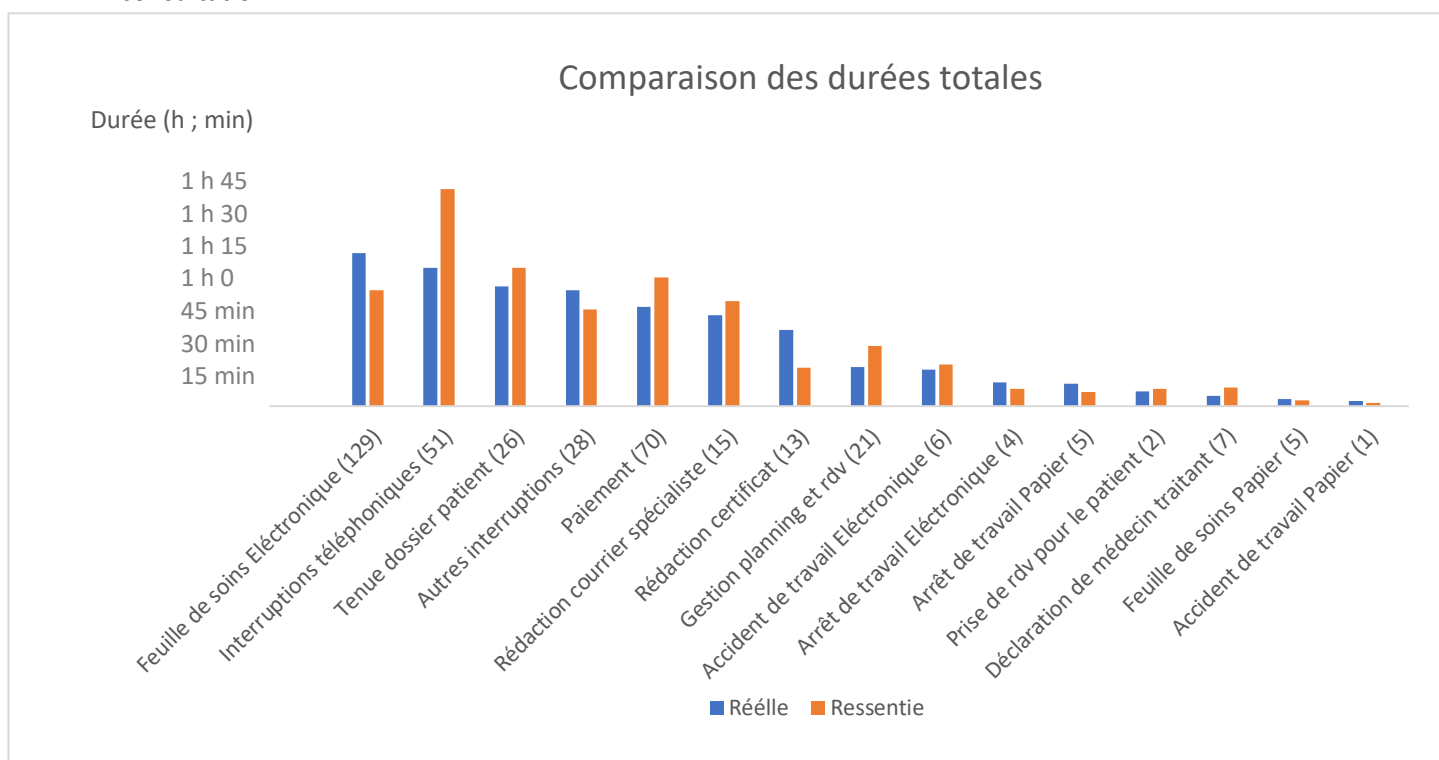


Figure n°1 : comparaison des durées totales chronométrées et ressenties dédiées aux TA, classées par ordre décroissant (nombre de fois où elles ont été rencontrées).

Lorsque l'on s'intéresse aux grandes catégories de TA (**figure 2**), celle composée des tâches de secrétariat occupe 45% du total du temps administratif et 9,6% du temps de consultation.

Viennent ensuite les tâches liées à la rémunération du médecin qui occupent 28% du temps accordé à l'administratif ainsi que 6% du temps total de consultation. Enfin, les tâches rédactionnelles et en lien avec le travail occupent respectivement 18% et 9% du total administratif.

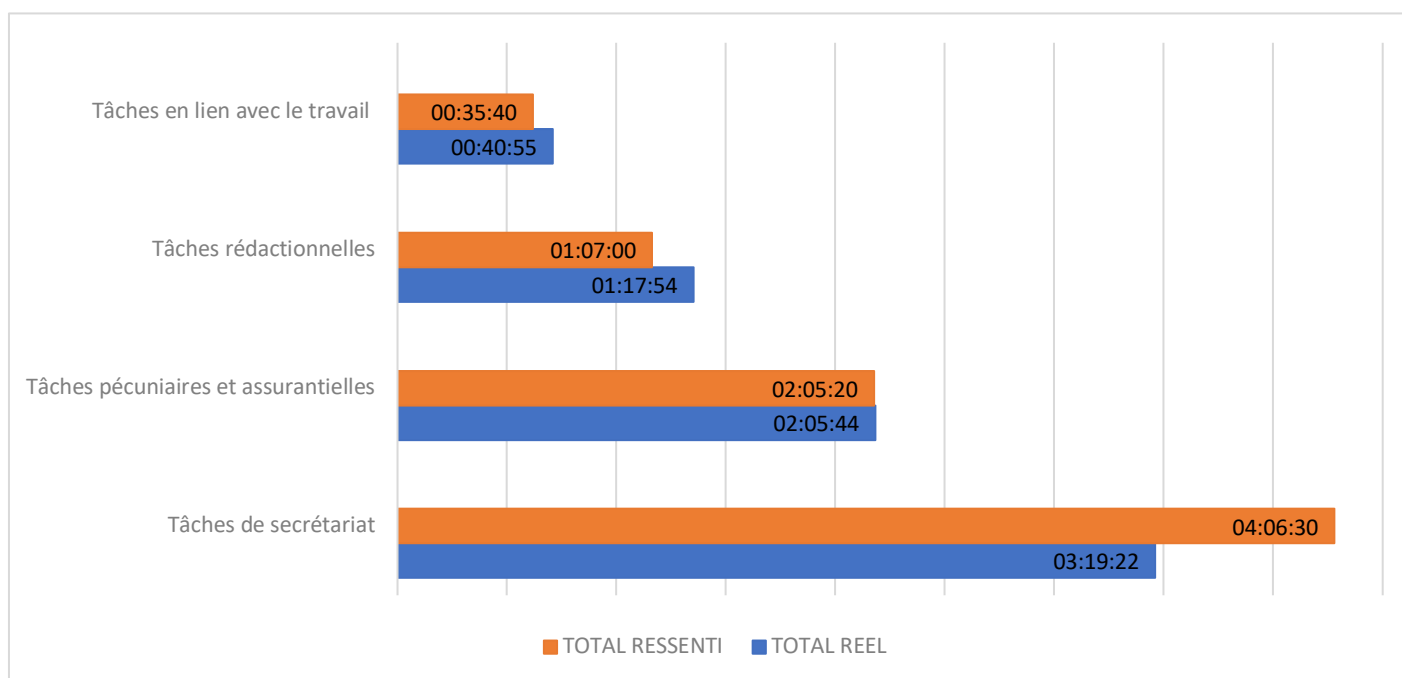


Figure n°2 : comparaison des durées totales ressenties et réelles, par ordre croissant et par grandes catégories

3.5 Temps moyen consacré à chaque tâche administrative :

Prises séparément, on note que certaines TA sont plus longues à réaliser. **Figure 3**

Il s'agit tout d'abord de la prise de rendez-vous pour le patient, qui a été réalisée à seulement deux reprises, mais est dans cette étude la TA la plus longue avec une moyenne de 3 min 24 sec.

La rédaction de courrier pour le spécialiste (15) et la rédaction de certificat (13) ont eu une durée moyenne similaire, respectivement de 2 min 50 sec et 2 min 44 sec.

Enfin, la rédaction électronique d'arrêt de travail (4) et d'accident de travail (6), a nécessité une durée moyenne équivalente de 2 min 47 et 2 min 50.

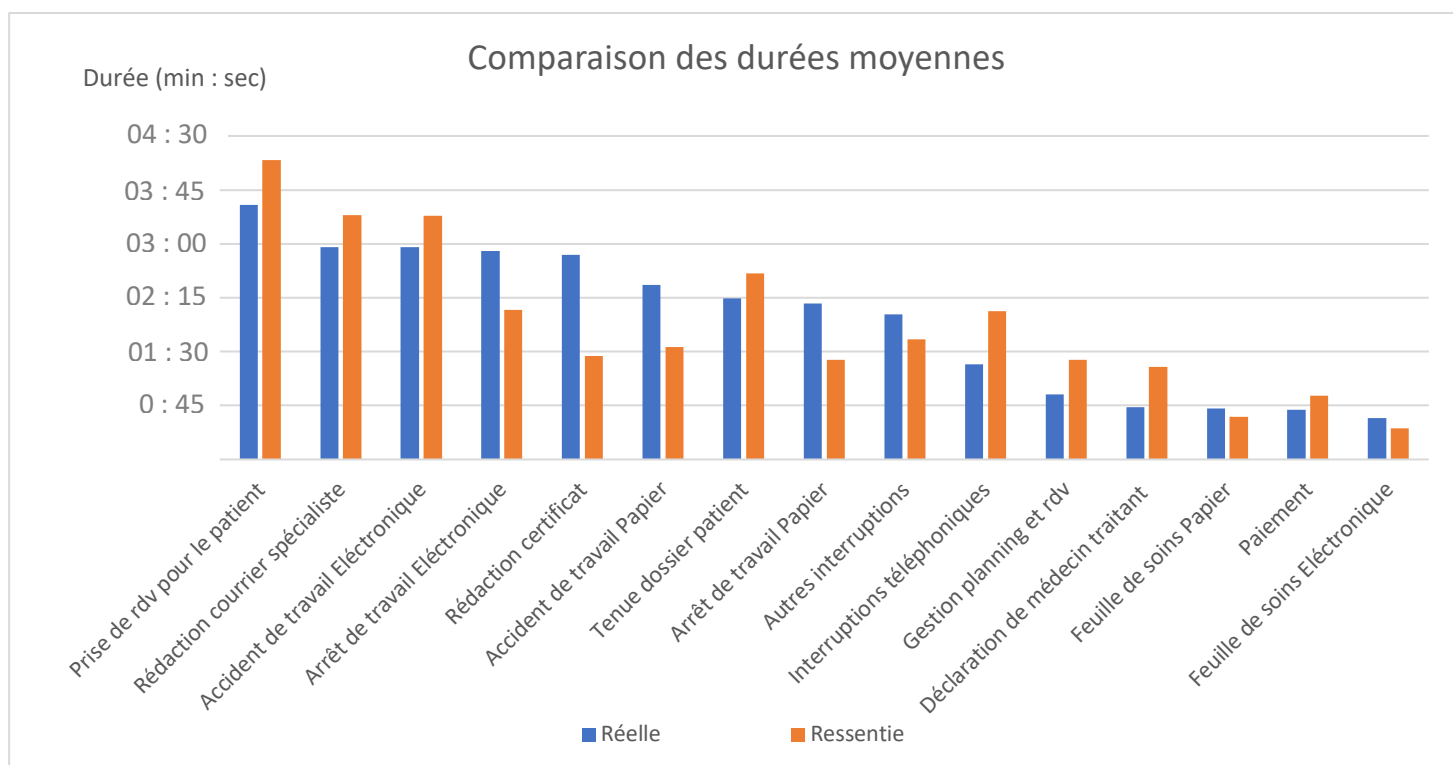


Figure n°3 : comparaison des durées moyennes chronométrées et ressenties dédiées aux TA, classées par ordre décroissant.

3.5 Papier vs Électronique

Les feuilles de soins ont, dans la majorité des cas, été réalisées de manière électronique, à 129 reprises, contre 5 feuilles de soins papier. L'établissement d'une FSP est légèrement plus long avec 41 sec contre 33 sec pour une FSE.

Les déclarations d'arrêt de travail ont été autant exécutées sur papier (5) que par voie électronique (4). La voie papier est la plus rapide avec une moyenne de 2 min 05 sec par CERFA contre 2 min 47 sec via le site AMELIPRO ou l'utilisation d'un téléservice intégré au logiciel.

Quant aux déclarations d'accident de travail, rédigées à une unique reprise sur CERFA papier contre six fois de manière électronique, la voie papier demeure plus rapide à 01 min 30 par CERFA contre 3 min 15 en moyenne en ligne. Il est à noter que l'utilisation logicielle n'est pas complètement exploitée et les praticiens n'avaient pas toujours connaissance des possibilités de leur logiciel médical.

3.6 Surestimation de tâches :

Les médecins ont estimé la durée globale de toutes les TA à 7 h 54 min 30 sec, soit davantage que la durée réelle de 07 h 23 min 44 sec et ont, par ailleurs, tendance à surestimer la durée moyenne de leur consultation à 18 min 36 sec contre 15 min 03 sec chronométrés.

En comparant les durées totales estimées et chronométrées de chaque TA, nous nous apercevons qu'un certain nombre d'entre elles sont surestimées.

De manière générale, l'ensemble des tâches de secrétariat sont largement surestimées par les médecins à 4 h 06 min 30 sec alors qu'elles ne sont chronométrées qu'à 03 h 19 min 22 sec. **(figure 2)** L'interruption téléphonique est la plus surestimée avec une durée totale estimée à 01 h 41 min soit presque 40 min de delta avec la durée totale réelle. **(figure 1)**

La tenue du dossier patient est jaugée par les praticiens à 01 h 04 min 30 sec (55 min 53 sec), le paiement à 01h (46 min 16 sec) et la gestion du planning et des rendez-vous à 28 min (18 min 20 sec).

La rédaction d'un courrier pour le spécialiste est présumée par les praticiens à 49 min contre 42 min 26 sec réelle.

La déclaration de médecin traitant est surestimée à 8 min 40 sec (6 min 48 sec). Il en va de même pour la prise de rendez-vous pour les patients, jaugée à 8 min (4 min 51 sec).

3.7 Sous-estimation de tâches :

En revanche, certaines tâches ont été sous-estimées par les médecins interrogés. C'est principalement le cas des FSE, dont la durée totale est estimée à 53 min 50 sec (01 h 11 min 10 sec) et dans une moindre mesure des FSP à 2 min 50 sec (03 min 27 sec). Pour l'ensemble des tâches pécuniaires et assurantielles, on constate une quasi-exactitude de l'estimation des médecins. **(figure 2)**

On constate également une sous-estimation des interruptions autres que téléphoniques à 45 min (53 min 59 sec) et de la rédaction de certificat à 18 min (35 min 38 sec).

Notons que l'ensemble des TA liées au travail sont globalement sous-estimées à 35 min 40 sec contre 40 min 55 sec réel. Ainsi, la rédaction d'arrêtés de travaux électroniques et papiers ainsi que la rédaction d'accidents de travaux papiers ont une estimation inférieure à la réalité, respectivement 8 min (11 min 09 sec), 06 min 40 sec (10 min 26 sec) et 01 min 30 sec (02 min 20)

4. DISCUSSION :

4.1 Forces et faiblesses de notre étude :

Une des forces de notre étude est d'avoir, sur un même échantillon, recueilli et comparé le temps réel et estimé à la réalisation de tâches administratives. Il est intéressant de noter également la diversité des profils analysés via un démarchage aléatoire limitant le biais de sélection. Pour autant, la participation à cette étude étant basée sur le volontariat, il est possible que les médecins interrogés soient déjà conscients de la problématique d'optimisation du temps de travail et aient déjà entrepris des démarches d'amélioration. Par conséquent, on peut imaginer que les résultats retrouvés soient plutôt favorables.

Je me suis investi dans le recueil des données, chez dix médecins à travers le département et pendant trente-cinq heures de consultation pour avoir des données comparables à une semaine de travail déclarée par les médecins généralistes.

Le choix de l'observateur unique permet de diminuer le biais de mesure qui pourrait exister entre différents observateurs. Mais il serait évidemment intéressant d'augmenter la durée de recueil et les profils analysés, éventuellement sans possibilité de refus, afin de majorer la pertinence et la validité externe des résultats.

Les horaires de recueil se sont par ailleurs calqués sur les journées typiques de consultations, et il a été demandé de ne pas modifier l'usage courant. Notons que les médecins n'ont pas tous bénéficié de la même durée d'enregistrement (de la demi-journée à la journée complète).

La définition des tâches administratives rencontrées en consultation s'est faite sur un modèle établi de manière consensuelle par l'URPS ML PACA en 2016, qui avait comme objet l'étude plus précise de l'ensemble des tâches déléguables. Son utilisation a été rendue possible car nous n'avons pas cherché à conserver le sujet de l'étude et nous avons, à des fins de simplification, combiné certaines tâches de même nature (*ex : certificat = certificat de non CI sportive, absences scolaires ...*).

Une autre force de notre étude est d'avoir laissé les médecins s'exprimer à l'évocation des résultats puis d'avoir discuté des ressentis et possibilités d'amélioration. Il serait intéressant de poursuivre ce travail avec une analyse qualitative à concevoir. Nous avons ainsi pu démontrer les tâches les plus fastidieuses pour les médecins et cerner les axes d'améliorations.

Enfin, l'acquisition des données a eu lieu pendant la pandémie de Covid-19 et partiellement pendant le second confinement. Il est possible que cela ait eu un impact sur les consultations des médecins rencontrés. Toutefois, elle aura aidé une des praticiennes, passée récemment au rendez-vous, à connaître les axes d'optimisations possibles afin de diminuer son retard et par conséquent l'accumulation de patients en salle d'attente.

4.2 Réactions des praticiens :

Majoritairement, les praticiens n'ont pas été surpris par la place prépondérante des TA enregistrées durant leurs consultations, qui pourtant était chiffrée pour la première fois.

Bien que ce ne soit pas le protocole de l'étude, certains médecins nous ont reproché de ne pas nous intéresser au travail administratif en dehors des consultations. Même si une partie est considérée comme inhérente au statut de chef d'entreprise, les médecins estiment passer trop de temps en fin de journée pour recevoir et intégrer le courrier et les résultats d'analyses, rappeler certains patients ... échappant à toute gratification financière. (20)

Cela révèle le besoin, pour les médecins libéraux, d'exprimer leur sentiment d'oppression. La profession semble s'organiser pour cela. Nous citerons l'exemple du dispositif *Med'Aide* (URPS-ML-PACA) qui organise la prévention et la sensibilisation aux risques liés à l'épuisement professionnel. (27)

4.3 Surestimation de tâches :

Les interruptions téléphoniques ont été largement surestimées par notre panel d'interrogés. Le téléphone est ainsi vu comme une source de désagrément, de stress pouvant survenir à n'importe quel moment et parfois de manière importune, durant un examen clinique par exemple. Il est perçu comme intrusif dans la consultation, source de majoration de la charge cognitive pour les praticiens. Il est intéressant de noter que les médecins disposant d'un secrétariat physique surestiment également l'importance des interruptions téléphoniques, bien que sa présence soit vue comme un rempart aux sonneries intempestives.

La gestion du planning, la tenue du dossier patient, les déclarations de médecin traitant et les prises de rendez-vous pour le patient sont autant de tâches surestimées par les médecins. Il apparaît que ces tâches, de secrétariat, sont généralement qualifiées de fastidieuses, de rébarbatives et éloignées de l'attrait initial pour la médecine.

Une délégation de ces tâches serait ainsi pertinente pour optimiser le temps médical, car nous avons vu que ces tâches sont les plus chronophages. De plus, cela permettrait d'améliorer le vécu du praticien et de rétablir l'attractivité de l'exercice libéral.

La surestimation du temps alloué au paiement, qui clôture généralement la consultation, est attribuée à la lenteur des patients à rédiger des chèques ou à trouver la monnaie nécessaire.

D'une part, il serait également intéressant de déléguer cette tâche même s'il est à souligner qu'elle est souvent réalisée simultanément avec la réalisation de la feuille de soin.

D'autre part, quel rôle ergonomique peut jouer le tiers payant avec payeur unique ? En effet, l'ensemble des médecins – hormis celui étant conventionné en secteur 2 – ont réalisé un TP chez les patients dont les soins relevaient de la prise en charge de leur ALD, se sursoyant ainsi au règlement.

On peut également noter un biais de mesure, avec une tendance à la surestimation du total des tâches administratives au sein des consultations liées à la conception de notre étude. En effet, nous avons choisi de mesurer chaque TA indépendamment, afin de simplifier la comparaison avec le ressenti, même si celles-ci étaient réalisées simultanément.

4.4 Sous-estimation de tâches :

A contrario, on note une grande variété de tâches dont la durée est sous-estimée par les médecins. C'est le cas des feuilles de soins, qui sont vues comme l'aboutissement et terminent la consultation. Les praticiens profitent souvent de leur rédaction pour conclure la consultation et amorcent une double tâche en demandant au patient de payer, ce qui peut expliquer cette durée ressentie inférieure à la réalité.

On note une sous-estimation paradoxale des autres formes d'interruptions. En effet, nous pouvions nous attendre à un ressenti similaire à celui des interruptions téléphoniques et donc, à une sur-estimation de celles-ci.

Une piste soulevée par l'une des médecins rencontrés concerne la multiplication de ces autres formes d'interruptions. En effet, plus de dix sources de communications et donc, de distractions ont pu être recensées. Outre le téléphone, parfois fixe et mobile, nous retrouvons plusieurs mails sécurisés ou non, la messagerie liée au télésecrétariat, les applications de messagerie instantanée tels que les SMS, Facetime et WhatsApp, le courrier postal ...

Un des médecins les plus âgés a ainsi noté un changement de comportement dans sa patientèle, qui attend de lui une plus grande disponibilité via ces différents moyens de contact. Ce qui ne va pas sans poser la question de la responsabilité médicale lors de ces conseils à distance.

Les rédactions de certificats sont sous estimées par les médecins auditionnés qui les conçoivent comme une partie de la consultation et n'y trouvent pas d'augmentation de charge mentale avec une multitude de certificats pré établis facilement accessibles. Néanmoins, la majorité des praticiens interrogés a évoqué les certificats MDPH, redoutés car très chronophages.

4.5 Place de l'informatique et des téléservices :

L'informatisation est reconnue comme permettant de diminuer le temps passé aux tâches répétitives comme la rédaction d'une ordonnance de traitements chroniques, la recherche d'une information pertinente, le renouvellement d'une ALD ...

Néanmoins, bon nombre de médecins jugent le papier comme un moyen rapide car stable entre les différents régimes sociaux, constant et infaillible. Certains se déclarant tout simplement plus à l'aise avec un stylo qu'une souris.

Nos données tendent à confirmer ce ressenti pour la rédaction de certificats d'arrêt de travail et/ou d'AT/MP, qui été réalisée, en moyenne, plus rapidement sur un triptyque CERFA papier. Cependant, on note que les FSE, réalisées pratiquement à chaque consultation, sont exécutées plus rapidement que les feuilles de soins papiers.

Au contraire, l'informatique et les téléservices de la sécurité sociale sont sujets aux bugs, aux imprévus qui sont sources d'énerverment et de perte de temps. Ce qui n'empêche pas leur utilisation puisque dans 62,5% des cas, la rédaction d'arrêt de travail ou d'AT/MP s'est faite au moyen des téléservices. Ils permettent de facilement copier/coller des informations et surtout, laissent une trace informatique utile pour le suivi.

Parfois réticents à leur utilisation, il m'a été évoqué une certaine forme de pression de la part des patients pour leur utilisation. Les données étant directement transmises à la sécurité sociale, l'assuré ne se voit plus délivrer que l'exemplaire à adresser à son employeur. Cela pose alors la question de la responsabilisation du patient et de ses devoirs en tant qu'assuré social.

Le médecin ayant choisi de ne pas s'informatiser estimait par ailleurs que l'utilisation des téléservices n'était qu'une délégation d'une partie du travail de la sécurité sociale, sans compensation.

La prise de rendez-vous pour le patient pourrait être grandement améliorée avec la mise en place d'un agenda commun entre les différents spécialistes. Une réflexion territoriale, en lien avec les CPTS pourrait également libérer des créneaux d'urgences dans le cadre de la prise en charge des soins non programmés.

D'autre part, les cabinets médicaux pourraient bénéficier d'une priorisation du déploiement du réseau à très haut débit, voire d'un accès privilégié à la bande passante en cas de pic d'utilisation même si cela soulève la problématique de la neutralité du réseau.

4.6 Comparaison aux données antérieures :

En comparaison avec l'étude de 2014 (23), on note un temps moyen de consultation discrètement supérieur lors de notre recueil : 14 min 47 sec contre 15 min 03 sec, ainsi que la réalisation de 2,4 TA par consultation contre 2,7.

En moyenne, la durée dévolue aux TA était de 2 min 12 sec contre 3 min 08 sec soit 56 secondes supplémentaires. Celles-ci occupaient donc 14,88% du temps de consultation contre 21,35% lors de notre étude.

Des différences de protocole de recueil et d'étude pourraient expliquer, en partie, cette majoration de la charge de travail administrative.

4.7 Intérêt de l'audit de productivité :

Une majorité de médecins se sont montrés favorables à ce genre d'audit d'organisation, car elle permettait de dégager des axes d'optimisation possibles.

Le plus évoqué concernait l'informatique. Cela peut passer par l'achat de matériel plus récent et rapide, une meilleure appréhension du logiciel métier et de ses fonctionnalités comme la rédaction d'ordonnances pré établies ou l'utilisation de téléservices intégrés.

Pour les plus jeunes installés, cela permet de mieux appréhender leur outil de travail.

Pour ceux installés depuis plusieurs années, cela permet de ne pas laisser s'ancre de mauvaises habitudes.

Enfin, les médecins proches de la retraite n'ont pas trouvé d'intérêt à ce genre d'audit mais ont participé dans un esprit confraternel.

4.8 Plan d'action et d'amélioration :

Au vu de la charge de travail réelle, et de la charge mentale qu'elle génère, il paraît pertinent de déléguer les tâches de secrétariat. Ceci permettrait d'obtenir plus de temps médical tout en améliorant la qualité de travail en exercice libéral.

Dès lors, pour les jeunes installés, il semble approprié de favoriser une installation en groupe pour partager le coût salarial.

En effet, il semble complexe, pour des médecins exerçant seuls, d'en assumer la totalité de la charge financière. Il s'avère préférable dans ce cas d'utiliser un service d'agenda en ligne afin de diminuer le temps alloué à la gestion du planning, une des médecins auditionnés m'avoua le soulagement qu'elle en a tiré, avec une réduction significative du nombre d'appels quotidiens.

L'utilisation d'un télésecrétariat, bien que plus onéreux, permettrait également d'apporter un filtrage des appels, au prix d'une moins bonne disponibilité aux yeux des patients.

La prise en compte de la problématique d'optimisation du temps médical a amené l'assurance maladie à proposer un financement partiel du coût d'un assistant médical (sous réserve d'objectifs de productivité définis selon le volume d'activité initial). Ses missions sont multiples. Outre une aide au secrétariat (gestion du dossier, intégration des résultats et prise de rendez-vous), il apportera une aide dans la pratique quotidienne avec le renforcement des actes de prévention (dépistages organisés, vaccinations...), la prise de constantes, l'aide au déshabillage.

Néanmoins, comme un secrétariat physique, et pour les médecins exerçant dans de petites structures, se pose la problématique de l'espace nécessaire à son accueil. (24)

Il paraît surprenant et anormal, qu'en 2021, il soit défavorable pour le médecin généraliste d'utiliser les services informatiques par rapport au papier. Cela pourrait en partie s'expliquer par l'âge moyen des médecins généralistes exerçant en France. Il faudrait des formations informatiques plus régulières et personnalisées pour améliorer la gestion du logiciel, tout en lui apportant une meilleure ergonomie.

Enfin, il serait souhaitable d'améliorer la stabilité de l'informatique. Car même si elle est majoritairement adoptée et appréciée, les bugs et autres plantages sont des griefs récurrents allant à l'encontre de son utilisation.

5. CONCLUSION :

La médecine générale est en crise, désertée au profit d'un exercice salarial ou mixte, jugé moins contraignant. Au cœur du soin primaire en France, elle devra supporter une demande de soins toujours plus forte.

L'administratif est une source de peur chez les internes, un frein à l'installation chez les remplaçants, mais également un facteur d'arrêt de l'exercice chez les installés.

Selon notre étude, l'administratif occupe plus d'un cinquième du temps de consultation.

La comparaison des durées ressenties et réellement chronométrées permet de mettre en évidence ce qui semble être un poids dans l'exercice des praticiens.

Les médecins généralistes ont une estimation tout à fait fiable du temps qu'ils passent à la prise en charge financière des soins et à leur rémunération au terme de la consultation.

Ils ont même tendance à sous-estimer les TA en lien avec le travail de leur patient (arrêt et accident de travail), mais également les TA rédactionnelles, car celles-ci sont vues comme le prolongement de l'entrevue.

Au terme de notre étude, nous avons montré la lourdeur des tâches de secrétariat dans la qualité de travail des médecins. Ceux-ci surestiment grandement ce temps non médical, jugé comme intrusif, inintéressant et pourvoyeur de surcharge cognitive.

Plutôt que d'être un poids à subir, il pourrait être la base d'une optimisation du temps de consultation, et des pistes de réflexion sont à mener pour rendre l'exercice de la médecine générale plus attractif.

Un allègement des tâches de secrétariat serait le premier point d'amélioration. Sa présence permettrait la délégation de certaines tâches : gestion du planning, filtrage des appels, réalisation des feuilles de soin, prise en charge du règlement, libérant plusieurs heures à l'échelle hebdomadaire.

Son coût financier, loin d'être négligeable, doit être réfléchi dès l'installation. Mutualisation entre confrères, aides financières accordées, télésecrétariat, agenda en ligne, les solutions sont nombreuses pour soulager la pratique quotidienne.

La réalisation d'audits répétés permettrait de suivre les améliorations et les optimisations réalisées et pourrait concerner chaque praticien à n'importe quel instant de sa carrière, à l'instar de nombreuses autres entreprises libérales.

Concernant son financement, la sécurité sociale pourrait subventionner en partie l'auditeur, avec des objectifs de productivité (comme cela se fait déjà avec les avantages financiers à l'embauche d'un assistant médical). Autrement, une mensualisation intégrée à l'acquisition du logiciel métier pourrait prendre en charge l'auditeur. Enfin, le médecin pourrait garder son indépendance en le finançant directement.

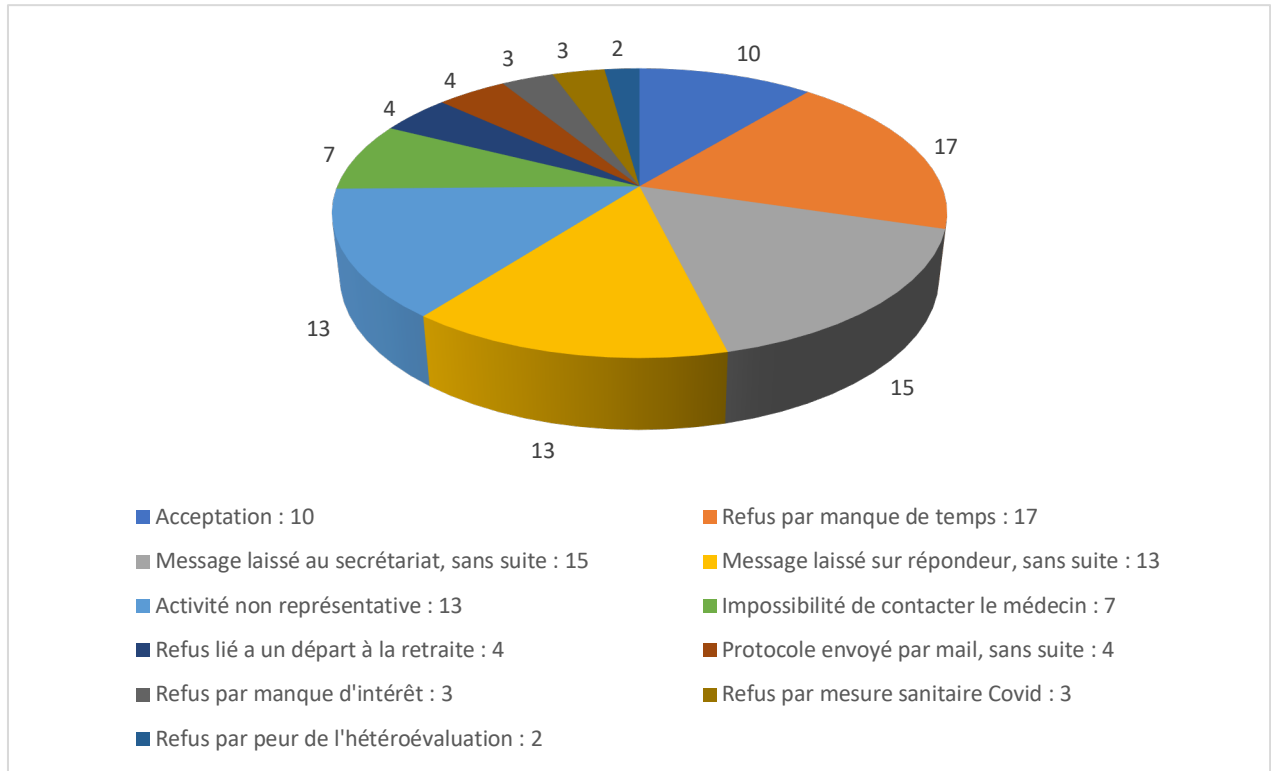
Une meilleure maîtrise de l'outil informatique, du logiciel médical et de son maniement serait bénéfique. Les développeurs se chargent d'améliorer sans cesse les fonctionnalités, l'ergonomie et la stabilité logicielle. Les formations et rappels sur son utilisation pourraient être plus fréquents et personnalisés. L'intégration des téléservices au logiciel médical, une authentification moins fréquente sur le site AMELIPRO seraient des moyens de raccourcir les rédactions d'arrêts et accidents de travail électroniques.

La mise en place d'aides au déploiement d'assistants médicaux est une avancée dans la recherche de l'efficacité et de la libération de temps médical. Elle répond à 3 critères primordiaux : assurer des meilleures conditions d'exercice, améliorer l'efficacité de la prise en charge, de la coordination et enfin améliorer l'accès aux soins.

Dans ce sens, il serait intéressant de réitérer un travail similaire en comparant 2 bras : les médecins disposant de l'aide d'un assistant médical et ceux n'en disposant pas.

6. ANNEXE :

6.1 Annexe 1 : Issue du démarchage téléphonique



Graphique n°1 : Issue du démarchage téléphonique. Total 91 médecins.

7. BIBLIOGRAPHIE :

1. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Tome 1. 2020. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medecale_2020_tome1.pdf
2. Attal-Toubert K et Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. 2009. 48. Disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/dossiers-solidarite-et-sante-1998-2016/la-demographie-medecale-lhorizon-2030-de>
3. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Tome 2 - Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales. 2020. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1ej6tgc/cnom_atlas_2020_tome_2_approche_territoriale_des_specialites_medicales_et_chirurgicales.pdf
4. Lapeyre N, Le Feuvre N. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. *Revue française des affaires sociales*. 2005. 59. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2005-1-page-59.htm>
5. Chevalier J. Évolution des conditions de travail en médecine générale : points de vue de médecins généralistes installés depuis au moins 10 ans dans les Alpes-Maritimes, recueillis lors d'entretiens individuels. Faculté de médecine de Nice. 2016. 126. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01362458/document>
6. Coppolani E. Je peux m'installer mais je ne le fais pas. Pourquoi ? Enquête auprès des médecins généralistes remplaçants thésés de Haute Garonne. Faculté de médecine de Toulouse. 2014. 64. Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/528/1/2014TOU31035.pdf>
7. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Étude sur l'installation des jeunes médecins. 2019. 27. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/enquete-determinants-linstallation>
8. Insee Références. Population par âge – Tableaux de l'Économie Française. 2016. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906664?sommaire=1906743>
9. Insee Références. Évolution de la population – Tableaux de l'Économie Française. 2020. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277615?sommaire=4318291>
10. Insee Références. Dépenses de santé – France, portrait social. 2019. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238407?sommaire=4238781>
11. Insee. Consommation de soins et de biens médicaux, données annuelles de 2001 à 2019. 2020. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2384340#graphique-figure1>
12. Cuvilliez J, Trémoulu R, Lenglard F, Polton D, Douangdara S, Castaing E, *et al.* DRESS. Les dépenses de santé en 2019 - Edition 2020. 2020. 114. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/cns_2020_29092020.pdf
14. Long S. 61 jours pour un spécialiste, 8 pour un généraliste : les délais d'attente se sont aggravés depuis 2012. *Le Quotidien du médecin*. 2017. Disponible sur : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/politique-de-sante/61-jours-pour-un-specialiste-8-pour-un-generaliste-les-delais-dattente-se-sont-aggraves-depuis-2012>

15. Recherche médecin désespérément. Motifs et freins à l'installation en libéral en Ile de France. Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile de France. 2008. 66. Disponible sur : https://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_090324.pdf
16. Fazelly C. Vision de l'installation en cabinet de médecine générale des remplaçants de la région Centre. Faculté de médecine de Tours. 2016. 92. Disponible sur : http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2016_Medecine_FazellyClement.pdf
17. Dupont C. Les facteurs motivant l'installation en médecine générale libérale. Étude qualitative auprès des médecins de l'Ain, l'Oise et la Somme, installés depuis moins de trois ans. Faculté de médecine d'Amiens. 2017. 70. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01774830/document>
18. Clerc C. Causes d'abandon de l'exercice libéral chez les médecins généralistes : une enquête qualitative auprès de 9 médecins en Normandie. Faculté de médecine de Rouen. 2019. 96. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02357010/document>
19. Prunieres J-B. Évaluation des tâches non médicales des médecins généralistes en Occitanie : étude transversale par auto-questionnaire. Faculté de médecine de Montpellier-Nîmes. 2018. 86. Disponible sur : https://ged.biu-montpellier.fr/florabium/servlet/DocumentFileManager?source=ged&document=ged:IDOC5:504197&resolution=MEDIUM&recordId=memoires%3ABIU_MEMOIRES%3A2245&file=2018_Prunieres_Jean-Baptiste.pdf
20. Mur-Bacquer H. Le temps de travail des médecins généralistes libéraux en dehors des consultations : organisation et représentation. Faculté de médecine de Poitiers. 2016. 118. Disponible sur : <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/6807dab2-cd81-48aa-ba62-a5f7ab94b75e>
21. Jakoubovitch S. Les emplois du temps des médecins généralistes. Drees n°797. 2012. 8. Disponible sur : https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/panel_mg_nat_PDF/2012_panel_mg_er797.pdf
22. Bez N, Caron J, Causse J-R, Crespy O, Enrione-Thorrand J-P, Gros P *et al.* Enquête de perception sur le rôle du médecin traitant et étude observationnelle sur les diverses activités des médecins généralistes. Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes. Rapport n° 661. 2010. 50. Disponible sur https://www.urps-med-aura.fr/wp-content/uploads/2019/10/8_ETUDES-2010-Enquete-de-perception.pdf
23. Rakotoarivonina S. Impact du travail administratif sur la qualité d'exercice médical libéral ; étude observationnelle sur 674 consultations de médecins généralistes des Alpes-Maritimes. Faculté de médecine de Nice. 2015. 91. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01490528/document>
24. Des assistants médicaux pour retrouver du temps médical. 2019. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/des-assistants-medicaux-pour-retrouver-du-temps-medical>
25. Tournon C. "L'espace professionnel" de la sécurité sociale est-il un outil utile à la pratique de la médecine générale ? : étude qualitative auprès de médecins généralistes. Faculté de médecine Pierre et Marie Curie. 2014. 112. Disponible sur : <https://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/tournon-these.pdf>
26. Lucas-Boucheron S. Quelles sont les attentes des médecins généralistes concernant leurs logiciels métiers en Ile de France. Faculté de médecine de Bobigny. 2018. 216. Disponible sur : http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/1408/fichier_these_bucheron_stephanie21812.pdf
27. Accueil. Med'Aide. 2021. Disponible sur : <https://medaide.urps-ml-paca.org/accueil/>

8. ABSTRACT :

Impact of administrative tasks during general practice exercise. Confronting belief and reality.

Introduction : Liberal general practicing is in crisis and will have to support an ever-increasing demand of care. Administrative tasks are one of the reasons that may explain this disaffection, as the new generation of doctors seems to be looking for more comfort at work. Practitioners estimate the share of administrative work in their day to be between 22% and 33%, and an earlier thesis only estimated this time to be around 15% during consultations.

Method : This is a prospective multicenter observational study based on a panel of 10 general practitioners randomly observed. The collection took place over a typical day or half-day of consultation, with the timing of administrative tasks defined by a consensus. At the end of the observation, the doctors had to estimate the time used for these tasks. The results were then compared, and the doctors were free to react.

Results : 138 consultations were observed among ten physicians. The average consultation time was 15 min 03 sec, of which 21.35% dedicated to administrative tasks. Writing electronic treatment bills proved to be the most time-consuming (1 h 11 min 10 sec in total) due to the repetition of its execution. Taking an appointment for the patient was the longest task, with 3 min 24 sec, but was only performed twice. Doctors greatly overestimated the time devoted to secretarial tasks, particularly because of phone interruptions. They had a reliable estimate of the time related to their compensation and tended to underestimate the time spent on editorial and/or sick leave and work-related accident form redaction.

Discussion : Participation was based on volunteering, the doctors interviewed were more likely aware of the issue of optimizing their time. The overestimation of secretarial tasks shows the importance of their reduction. Ways of improvement should be considered such as delegating these tasks to a secretary or a medical assistant. A better understanding of both software and hardware seems to be necessary with more frequent and personalized trainings. Finally, carrying out repeated audits might be the basis for a better use of the general practitioner work tool.

Conclusion : The appeal of general medicine and the optimization of the general practitioner's time goes through the reduction of administrative tasks thanks to many existing and to be developed tools.

Key words : Primary care, general practitioner, administrative task, time management, direct observation, felt time.

9. RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Impact du travail administratif pendant les consultations de médecine générale. Confrontation entre ressenti et réalité.

Introduction : La médecine générale libérale est en crise et devra supporter une demande de soin toujours plus forte. L'administratif est une des raisons pouvant expliquer ce désamour, la nouvelle génération de médecins aspirant avant tout un confort de travail. Les praticiens estiment entre 22 et 33% la part du travail administratif dans leur journée, et une thèse antérieure ne la chiffrait qu'à 15% au sein des consultations.

Méthode : Il s'agissait d'une étude prospective observationnelle multicentrique basée sur un panel de 10 médecins généralistes observés de manière aléatoire. Le recueil s'est déroulé sur une journée ou demi-journée classique de consultation, avec chronométrage de tâches administratives définies selon un consensus. Au terme de l'observation, les médecins devaient estimer le temps alloué à ces tâches. Les résultats étaient ensuite confrontés et les médecins libres de réagir.

Résultats : 138 consultations ont été observées chez dix médecins. La durée moyenne de consultation était de 15 min 03 sec dont 21,35% dévolues aux tâches administratives. La rédaction de feuilles de soin électroniques s'est montrée la plus chronophage (1 h 11 min 10 sec au total) de par la répétition de son exécution. La prise de rendez-vous pour le patient (3 min 24 sec) s'est révélée être la tâche la plus longue mais n'a été réalisée que deux fois. Les médecins surestimaient le temps dédié aux tâches de secrétariat, particulièrement du fait des interruptions téléphoniques. Ils avaient une estimation fiable du temps lié à leurs encaissements, et avaient tendance à sous-estimer le temps dévolu aux tâches rédactionnelles et/ou d'arrêt thérapeutique du travail (arrêts et accidents de travail).

Discussion : La participation étant basée sur le volontariat, les médecins auditionnés étaient probablement sensibilisés à la problématique de l'optimisation de leur temps. La surestimation des tâches de secrétariat montre l'importance de leur allègement. Des pistes d'amélioration sont à envisager comme une délégation de ces tâches auprès d'un(e) secrétaire ou assistant(e) médical. Une meilleure appréhension de l'informatique semble nécessaire avec la réalisation de formations plus fréquentes et personnalisées. Enfin, la réalisation d'audits répétés pourrait être la base d'une meilleure utilisation de l'outil de travail du médecin généraliste.

Conclusion : L'attractivité de la médecine générale et l'optimisation du temps médical passent par la diminution du temps dévolu aux tâches administratives grâce à de nombreux outils existants et à développer.

Mots clefs : premier recours, médecine générale, tâche administrative, optimisation, observation directe, temps ressenti

10. SERMENT D'HIPPOCRATE :

“Au moment d’être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité.

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j’y manque.”