



HAL
open science

Évaluation des tâches non médicales des médecins généralistes en Occitanie : étude transversale par auto-questionnaire

Jean-Baptiste Prunieres

► **To cite this version:**

Jean-Baptiste Prunieres. Évaluation des tâches non médicales des médecins généralistes en Occitanie : étude transversale par auto-questionnaire. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-03211473

HAL Id: dumas-03211473

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03211473>

Submitted on 28 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.



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

Jean-Baptiste PRUNIERES

le 16 octobre 2018

TITRE

**Evaluation des tâches non médicales des médecins généralistes en
Occitanie : étude transversale par auto-questionnaire**

Directeur de thèse : Dr Marc GARCIA

JURY

Président : Professeur Michel AMOUYAL

Assesseurs : Professeur Nicolas MOLINARI
Docteur Béatrice LOGNOS
Docteur Marc GARCIA

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Jean-Baptiste PRUNIERES

le 16 octobre 2018

TITRE

**Evaluation des tâches non médicales des médecins généralistes en
Occitanie : étude transversale par auto-questionnaire**

Directeur de thèse : Dr Marc GARCIA

JURY

Président : Professeur Michel AMOUYAL

Assesseurs : Professeur Nicolas MOLINARI
Docteur Béatrice LOGNOS
Docteur Marc GARCIA

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

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
DU CAILLAR Jacques
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
POUGET Régis
PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Rémy
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHFORT Henri
ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean
Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
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
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MARES Pierre
MONNIER Louis
PRAT Dominique
PRATLONG Francine

PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
ROSSI Michel
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
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe - Neurochirurgie
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
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
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
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick - Cardiologie
MOURAD Georges-Néphrologie
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
COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
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
DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie -
FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
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
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
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 2ème 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
CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DE VOS John-Cytologie et histologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie
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
HAYOT Maurice-Physiologie
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
LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
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
MOREL Jacques -Rhumatologie
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
PRUDHOMME Michel-Anatomie
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
SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
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

DAVID Michel

RAMBAUD Jacques

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie)

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

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

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

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

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

STOEBNER Pierre -Dermato-vénéréologie

MCU-PH de 1^{re} classe

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire

BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline -Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire

GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion

GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion

LE QUINTREC Moglie-Néphrologie

MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie

MOUZAT Kévin-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
BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

COSTA David
FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SEGURET Pierre

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

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie

BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

FAILLIE Jean-Luc-

Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie

HERRERO Astrid-Chirurgie générale

PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Remerciements

A mon Président de jury,

Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL,

Vous avez accepté de présider mon jury de thèse et je vous en suis extrêmement reconnaissant. J'aime à croire que ce sujet vous intéressera. Veuillez recevoir mes respectueux remerciements.

A mon 1er Assesseur,

Monsieur le Professeur Nicolas MOLINARI,

Je suis honoré de pouvoir être jugé par un expert de santé publique. Merci d'avoir accepté de participer au jury de cette soutenance de thèse, votre point de vue sur ce travail est précieux. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon respect.

A mon 2nd Assesseur,

Madame la Maîtresse de conférences des Universités, Docteur Béatrice LOGNOS,

Je suis honoré de pouvoir être jugé par mes pairs de Médecine Générale. J'espère que vous apprécierez ce travail qui a pour but de participer à l'évolution de l'exercice libéral de notre spécialité. Veuillez recevoir mes plus sincères remerciements.

Au Docteur Marc GARCIA,

Merci de m'avoir guidé au cours de la réalisation de cette thèse, votre aide m'a été précieuse. Vous m'avez accompagné alors que la réussite de ce projet n'était pas acquise. Merci.

A mes Maîtres,

Professeur Guillaume CARTRON et Professeur Florence LECLERCQ,

Docteur Delphine DELSENY,

Docteur Pierre SEGURET et Docteur Stéphane ADRA,

Docteur Marie-Christine MORAGUES et Docteur Elisabeth FOURCADIER.

A ma famille,

Mes parents, mes sœurs Anne et Lucie

Mes grands-parents, Emilienne et Pierre, Fabienne et Albert,

A mes Amis,

Alexis, pour ton soutien indéfectible,

Alizé, pour ta joie vivre et ton sens de la fête,

Les marseillais, Maxime, Nicolas, Guillaume et Marion,

Marie, Thibault, Erwann pour ses années d'externat inoubliables,

Shakir, Mehdi, Jérémie, Michaela, Benjamin, pour avoir enjoué ce début d'internat en Anesthésie-Réanimation,

A Lucie,

Je t'ai connue dans une période tourmentée, et ta présence et ton entrain m'ont permis de continuer à croire en mes projets.

A Emmanuelle,

Nous avons parcouru tant d'années côte à côte. Nous avons affronté toutes ces années d'étude de la première année de médecine à ce début d'internat ensemble. Ton soutien et ton affection m'ont été précieux pendant les nombreuses épreuves que j'ai traversées.

Liste des abréviations

ALD : Affection longue durée

ARS : Agence régionale de santé

CARMF : Caisse autonome de retraite des médecins de France

CNAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CNOM : Conseil national de l'Ordre des médecins

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPS : Carte de professionnel de santé

CREDOC : Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie

CSMF : Confédération des syndicats médicaux français

DASRI : déchet d'activités de soins à risque infectieux

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ECN : Epreuves nationales classantes

INSEE : Institut national de la statistique et des études économique

IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

MSP : Maison de santé pluridisciplinaire

ONDPS : Observatoire national de la démographie des professions de santé

URPS : Union régional des professionnels de santé

ReAGJIR : Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants

URSAFF : Union de recouvrement des cotisations sociales et d'allocations familiales

Sommaire

Liste des abréviations	1
SOMMAIRE	2
INTRODUCTION	4
1. <u>La démographie médicale de la médecine générale</u>	4
1.1 Un contexte de diminution des effectifs de médecins généralistes	4
1.2 La féminisation : une modification profonde des caractéristiques sociologiques des médecins	9
1.3 Les freins identifiés à l'installation des jeunes médecins généralistes en libéral	18
1.3.1. L'exercice libéral en chiffre	18
1.3.2. Analyse quantitative	21
1.3.3. Analyse qualitative	22
2. <u>Le temps de travail des médecins généralistes en exercice libéral</u>	24
3. <u>Aspirations professionnelles et revendications des médecins libéraux</u>	27
4. <u>Problématique et question de recherche</u>	31
MATERIELS ET METHODE	32
1. <u>Population</u>	32
2. <u>Questionnaire</u>	32
3. <u>Recueil des réponses</u>	33
4. <u>Exploitation des résultats</u>	33
RESULTATS	34
1. <u>Caractéristiques de la population</u>	34
2. <u>Equipements et services du cabinet médical</u>	38
2.1 Appels entrants et prise de rendez-vous patients	38
2.2 Informatique	38
2.3 Comptabilité	38

2.4 Entretien des locaux	39
3. <u>Evaluation des tâches non médicales</u>	40
3.1 Activités administratives	40
3.2 Comptabilité	41
3.3 Informatique	41
3.4 Parcours de soin patients et continuité des soins	41
3.5 Relation avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)	42
3.6 Entretien du cabinet médical	42
3.7 Problématiques sociales	43
3.8 Autres	43
4. <u>Temps de travail en exercice libéral</u>	44
5. <u>Autres activités professionnelles exercées</u>	44
6. <u>Impact des tâches non médicales sur le temps libre</u>	45
7. <u>Congés annuels</u>	47
DISCUSSION	48
1. <u>Concept de tâches non médicales</u>	48
2. <u>Résultats principaux</u>	48
2.1 Equipements et services du cabinet médical	48
2.2 Les tâches non médicales, impact sur l'emploi du temps des médecins généralistes	49
3. <u>Renforcer l'attractivité de l'exercice libéral : mesures instaurées et perspectives</u>	52
4. <u>Force et limites de l'étude</u>	59
4.1 Biais de sélection	57
4.2 Biais d'information	58
4.3 Validité externe	59
CONCLUSION	62
BIBLIOGRAPHIE	63
ANNEXES	66

INTRODUCTION

1. Démographie médicale

1.1 Un contexte de diminution des effectifs de médecins généralistes

Depuis les années 2000, une pénurie médicale s'est instaurée en France. Ses effets sont variables selon les spécialités et les régions, mais la démographie médicale est en profonde mutation.

En nombre absolu, le nombre de médecins en activité a augmenté. Mais leur répartition sur le territoire est inégale, et bien que de plus en plus nombreux ils peinent à subvenir à la demande de soin en constante augmentation du fait du vieillissement de la population.

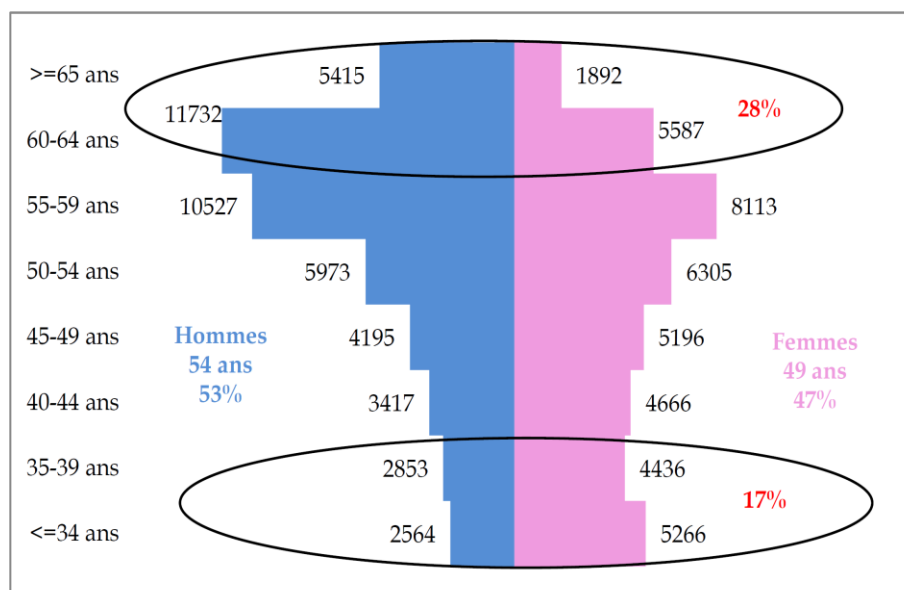
L'offre de soin primaire se raréfie du fait de l'évolution socio-démographique de la démographie médicale, avec une féminisation croissante des effectifs, une diminution globale du temps de travail des médecins, et un exercice libéral de moins en moins attractif pour les jeunes générations de médecins.

La situation de la médecine générale est la plus préoccupante. Le vieillissement des effectifs de médecins généraliste et le nombre de départs en retraites sont des éléments alarmants.

La chute des effectifs de médecins généraliste devrait se poursuivre jusqu'en 2025, et les prévisions tablent sur la perte d'un médecin généraliste sur quatre sur la période 2007-2025 (1).

En 2017, 88 137 médecins généralistes étaient inscrits à l'Ordre et en activité régulière. 53% étaient des hommes, 47% des femmes (1). L'âge moyen étaient de 52 ans en 2016 (2) ; en 2017, 28 % des effectifs était âgés de plus de 60 ans, 17% âgés de moins de 40 ans (1).

Graphique n°92: Pyramide des âges

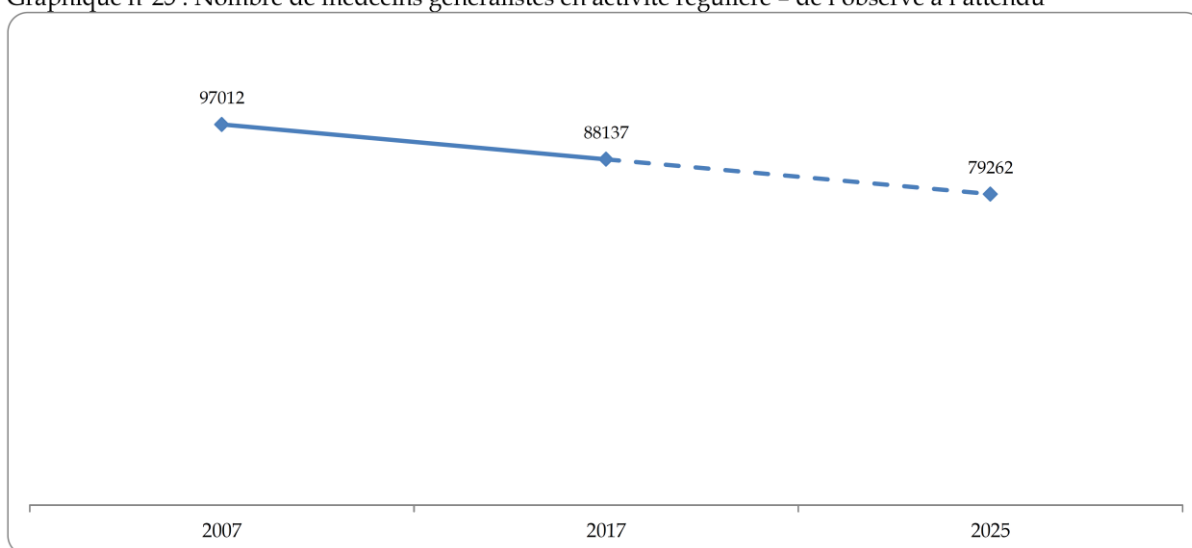


Source : Atlas de la démographie médicale 2016, Conseil national de l'ordre des médecins

Figure 1

Les prévisions, d'après les analyses ordinales et le calcul du TCAM (taux de croissance annuel moyen), tablent sur une tendance à la baisse jusqu'en 2025 pour atteindre 79 262 médecins généralistes en activité régulière.

Graphique n°25 : Nombre de médecins généralistes en activité régulière – de l'observé à l'attendu

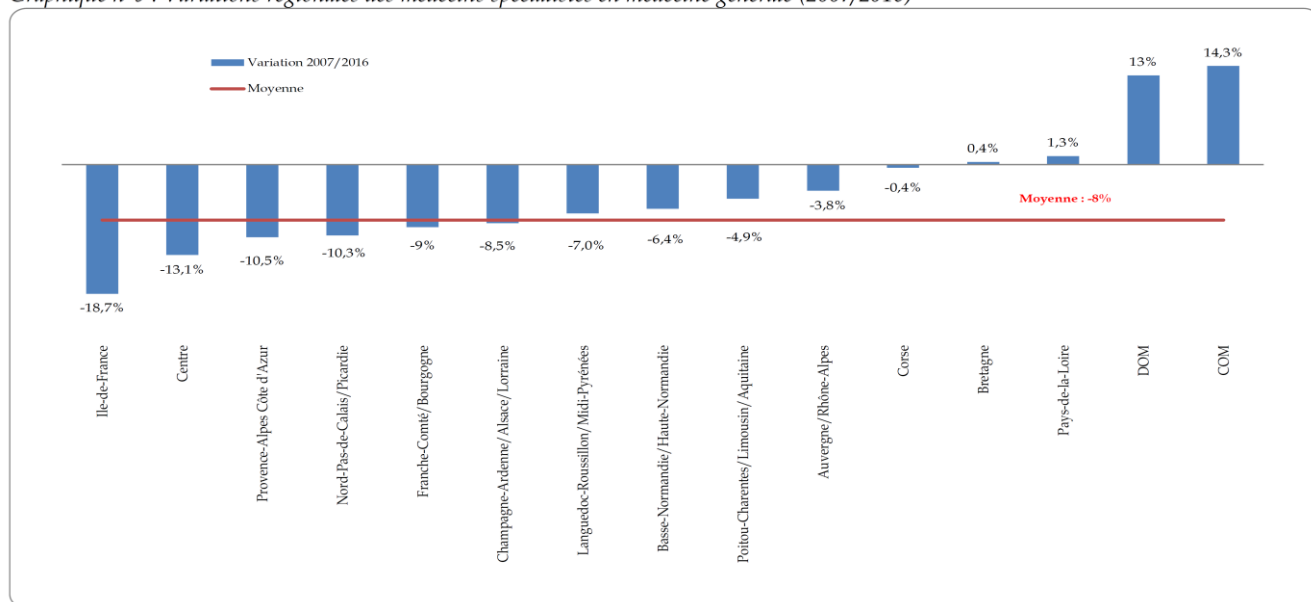


Source : Atlas de la démographie médicale 2017, Conseil national de l'ordre des médecins

Figure 2

En Occitanie, les variations des effectifs des médecins généralistes en activité régulière sont en diminution : 8820 en 2007, 8199 en 2016 ; soit - 7% entre 2007 et 2016 (Figure 3). La région se trouve proche de la moyenne nationale (- 8%) (2).

Graphique n°9 : Variations régionales des médecins spécialistes en médecine générale (2007/2016)



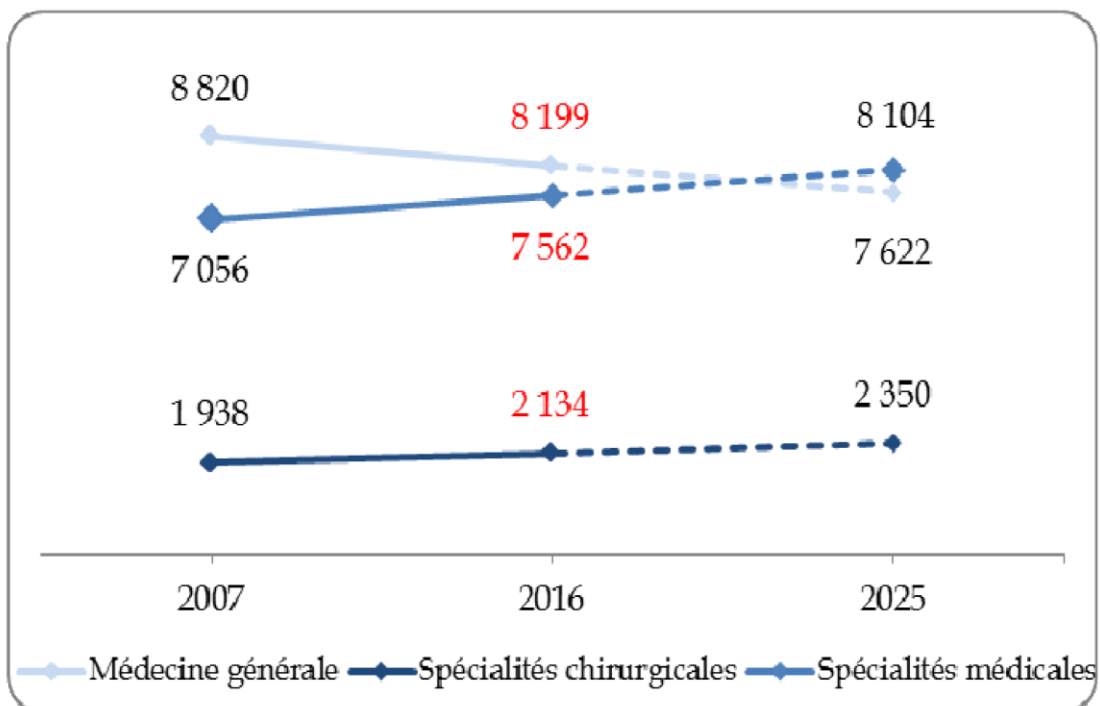
Source : Atlas de la démographie médicale 2016, Conseil national de l'ordre des médecins

Figure 3

Cependant, cette diminution des effectifs s'accroît avec une baisse de 18,3% sur la période 2010-2017 observée ; ce qui fait de la région Occitanie la deuxième région métropolitaine subissant la plus forte baisse (1).

Les projections tablent sur un effectif de 7622 médecins généralistes en 2025 (Figure 4).

Graphique n°87 : Evolution et projection des effectifs par spécialité



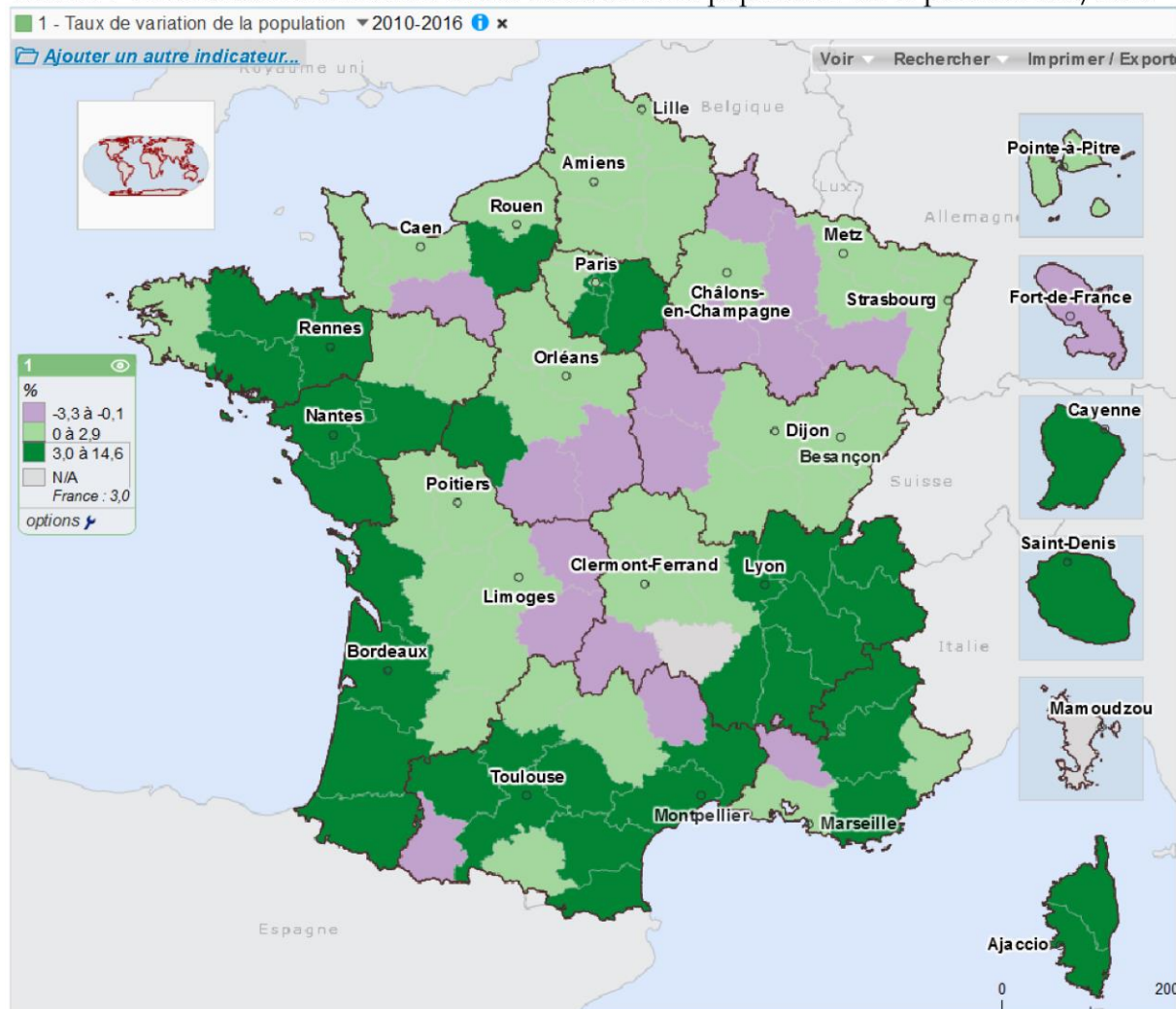
Source : Atlas de la démographie médicale 2016, Conseil national de l'ordre des médecins

Figure 4

Et ce alors que la démographie de la population générale, selon les données populationnelles de l'INSEE, est dynamique dans ces territoires avec une augmentation du nombre d'habitants (Figure 5).

Seuls les départements de l'Hérault et des Pyrénées-Orientales voient leur population augmenter.

Carte n°7 : Nombre d'habitants en 2016 et variation de la population sur la période 2010/2016



Source : Atlas de la démographie médicale 2017, Conseil national de l'ordre des médecins

Figure 5

La densité médicale en région Occitanie des médecins généralistes en activité était au 1^{er} janvier 2016 de 143,5 médecins pour 100 000 habitants soit la troisième plus élevée en France (densité médicale moyenne métropolitaine : 132,1 médecins généralistes pour 100 000 habitants).

Concernant les médecins généralistes en activité libérale ou mixte, la densité médicale régionale était au 1^{er} janvier 2016 de 98,2 pour 100 000 habitants.

Le renouvellement des médecins généralistes est en déficit dans la région Occitanie avec 15% de médecins entrant pour 28% de médecins sortant, soit un solde négatif de 12% (Figure 6).

Tableau n°6 : Typologie régionale du renouvellement des médecins généraux

Région	Médecins entrants %	Médecins sortants %	Différence entre les médecins sortants et entrants
Bretagne	20%	24%	4%
Auvergne/Rhône-Alpes	20%	24%	5%
Pays-de-la-Loire	20%	25%	5%
DOM	19%	25%	7%
Nord-Pas-de-Calais/Picardie	17%	25%	9%
Poitou-Charentes/Limousin/Aquitaine	16%	26%	10%
Champagne-Ardenne/Alsace/Lorraine	15%	26%	11%
Franche-Comté/Bourgogne	16%	28%	12%
Languedoc-Roussillon/Midi-Pyrénées	15%	28%	12%
COM	14%	27%	13%
Basse-Normandie/Haute-Normandie	16%	29%	13%
Provence-Alpes Côte d'Azur	14%	30%	15%
Ile-de-France	14%	31%	17%
Centre	12%	30%	18%
Corse	10%	31%	21%

Source : Atlas de la démographie médicale 2016, Conseil national de l'ordre des médecins

Figure 6

Malgré son attractivité (qualité de vie, héliotropisme, ...) et une augmentation constante de la démographie de la population générale, la région Occitanie est elle aussi touchée par le déclin des effectifs de médecins généralistes en activité. Elle devra ainsi faire face à une diminution de l'offre de soins primaires dans les années à venir.

1.2. La féminisation : une modification profonde des caractéristiques sociologiques des médecins

Dès l'antiquité, l'histoire de la médecine retrace le parcours d'imminentes femmes médecins.

En Egypte antique *Peseshet* est la première femme médecin qui est évoquée. *Méryt-Ptah* (2700 ans av. J.-C) est aussi la première femme nommée dans l'histoire des sciences.

En Grèce antique, plusieurs femmes ont marqué cette époque : *Agamédé* citée par Homère qui œuvrait en tant que guérisseuse avant la guerre de Troie ; *Agnodice* qui pratiquait la gynécologie à Athènes (350 av. J.-C) et qui est à l'origine de l'autorisation pour les femmes de suivre des études de médecine.

En Europe médiévale, bien que l'éducation des femmes fût reléguée au second plan quant aux sciences, dans les couvents, certaines femmes s'adonnaient à la recherche. Hildegarde de Bingen a ainsi laissé de nombreux écrits ayant attirés notamment à la médecine et à la botanique.

En Italie, au Moyen-Age, l'école de médecine de Salerne était accessible aux hommes comme aux femmes. *Trotula de Salerne* y aurait même tenu une chaire au XIème siècle ; ses travaux concernaient les champs de la gynécologie et de l'obstétrique. Ses textes sont regroupés sous le nom de *Trotula*.

En France, à l'époque médiévale, nous retiendrons *Magistra Hersend*, chirurgienne royale de Louis IX, ou Saint Louis, qui œuvra pendant la septième croisade.

Au XIV siècle, sous l'Ancien Régime, un décret interdit aux femmes la pratique médicale et cette exclusion des études de médecine pour les femmes, bien que devenue informelle, a persévéré jusqu'au XIXème siècle. Ce n'est qu'en 1870 qu'une femme, Elizabeth CARETT ANDERSON, une anglaise, accéda aux études médicales. Madeleine BRES fut la première française à obtenir un diplôme de docteur en médecine en 1875.

Des réticences persistaient chez quelques confrères hommes, qui continuaient à douter de la capacité des femmes à embrasser une carrière médicale comme le Dr Noël FIESSINGER, correspondant national de l'Académie de médecine, qui affirme en 1900 :

« *Ces confrères en jupons ne me semblaient pas préparés par leur sexe à tenir les fonctions de Praticien [...] Je dis que par sa forme d'intelligence, une femme est incapable de soigner les malades [...].* »

Le XXème siècle a vu progressivement les professions médicales se féminiser. On peut acter le début de ce phénomène à la Première Guerre Mondiale, pendant laquelle les femmes ont occupé les bancs des facultés de médecine, alors que les hommes étaient au front.

Ce mouvement s'est amplifié depuis les années 1970, au cours desquelles de plus en plus de femmes accèdent aux études supérieures, et les jeunes hommes bacheliers optent pour des filières ayant une réputation plus élitiste comme les écoles d'ingénieurs ou les écoles de commerce. Le taux de féminisation selon le CREDOC représentait 13,8 % en 1968 et 24,3 % en 1982.

Ce phénomène ne s'inscrit pas seulement en France mais concerne tous les pays développés (3).

Il a été plus précoce en Russie et dans les pays nordiques, où l'on notait dans les années 1990 respectivement 70% et entre 35 et 40% de femmes (4).

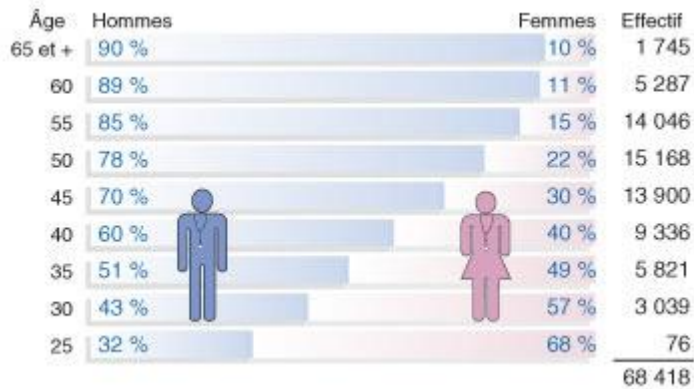
Il accompagne en France, une expansion globale du nombre de médecins et ne représente pas uniquement une substitution des hommes par les femmes.

En France, cette féminisation débute dès l'entrée en première année commune aux études de santé (PACES), avec une proportion de femmes de 65% en 2013 (5).

La part des femmes accédant à la deuxième année de médecine était alors de 57% avec une tendance à la stabilisation depuis 2010 (5).

Selon les données du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), les femmes représentaient en 2015, 58% des médecins nouvellement inscrits à l'ordre des médecins. Chez les médecins de moins de 30 ans, elles représentaient 66% des nouvelles inscriptions (2) (Figure 7).

Répartition des généralistes par sexe au 1er janvier 2005



Source : CARMF, 2005

Figure 7

Une disparité sexuée est observée pour le choix de la spécialisation. En effet, les femmes sont surreprésentées dans les spécialités médicales « relationnelles ».

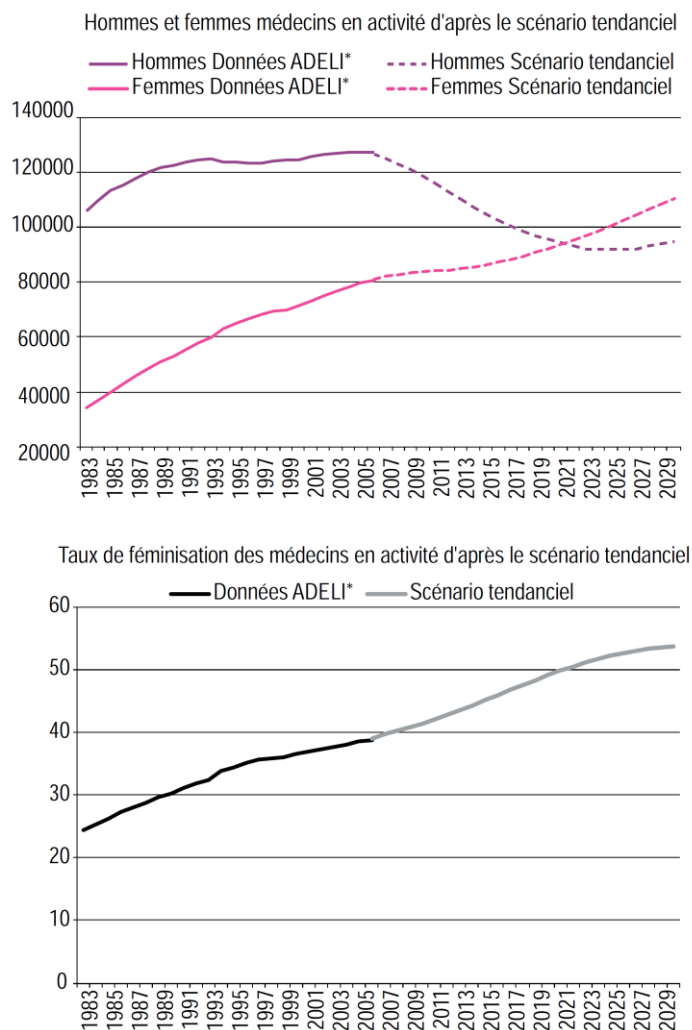
A la fin des études médicales, après le concours des épreuves nationales classantes (ECN), en 2016, la part des femmes affectée en médecine générale était de 58,7%, alors qu'elles représentaient 55% des étudiants (6)

Le taux le plus féminisé était observé en gynécologie médicale et en gynécologie obstétrique (respectivement 97,1% et 84,5%), en dermatologie (83,9%), en pédiatrie (78,4%) et en endocrinologie (76,6%) (6).

On note ainsi une réelle attractivité de la médecine générale pour les femmes, comme l'ont démontré certaines études (7) (8).

Nous assistons ainsi à une véritable mutation du profil sociologique des professions médicales, avec une parité du corps médical qui devrait être atteinte et même dépassée en 2022 comme le projette la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (Figure 8).

Nombre d'hommes et de femmes médecins en activité et taux de féminisation des médecins en activité d'après le scénario tendanciel



* Données ADELI sur le champ composé des médecins en activité ou en cessation temporaire d'activité exerçant en France métropolitaine. Pour les effectifs projetés, le champ est différent : il exclut les médecins en cessation temporaire d'activité mais inclut les médecins exerçant dans les DOM-TOM.

Champ • Médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité, France entière.

Sources • ADELI pour les années 1983 à 2006. Fichier du Conseil national de l'Ordre des médecins pour l'année 2006 (traitement DREES), projections DREES.

Source : La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées, DREES 2009

Figure 8

Concernant la manière d'exercer, des différences de pratiques ont été observées entre les médecins généralistes hommes et femmes ; et l'on peut déterminer des tendances sexuées de l'exercice de la médecine.

Cela va à l'encontre d'une « pensée universaliste de la médecine » soutenue par certains chercheurs à une époque où il existait peu d'études précises sur le phénomène de féminisation de la profession médicale. Il était alors admis que les femmes « sont des médecins comme les autres » (9) et que les femmes suivraient l' « *ethos professionnel* » mis en pratique depuis des siècles par les générations précédentes de médecins, essentiellement des hommes (10).

Des travaux montrent en effet un temps de travail hebdomadaire (11) (12) (13) et un nombre de patients vus inférieurs pour les femmes médecins généralistes en comparaison avec leur confrères masculins (12) (13). Le temps de travail des femmes médecins, sur la période 1992-2001, était inférieur de 6 heures et 11 minutes par semaine à celui de leurs confrères masculins, représentant un différentiel annuel d'environ 6 % (14).

Ceci est l'une des conséquences de la volonté d'une meilleure conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle, « les femmes intégrant davantage les contraintes de l'interface travail/famille » (10).

Il existe ainsi une productivité moindre des femmes médecins comparée à celle de leurs confrères masculins.

Un écart de 26% du nombre d'actes réalisés par les médecins généralistes (4954 actes annuels en moyenne par médecin généraliste) en faveur des hommes, était retrouvé dans une étude à partir des données INSEE pour la Direction de la recherche, des études, des évaluations et de la statistique (DREES) en 2008 (6).

Les rémunérations diffèrent aussi, essentiellement par un temps de travail inférieur pour les femmes médecins (notamment à cause d'exercices à temps partiels).

En France, pour la population générale, alors que le revenu salarial mensuel moyen des femmes est de 24,5% inférieur à celui des hommes sur les données de 2012 (15), une étude récente de 2013 comparant les revenus des médecins généralistes a montré une différence de revenus de 35% en faveur des hommes. Cet écart décroît à 20,6% en ajustant le modèle avec des variables comme le temps de travail (les femmes médecins exerçaient en volume horaire de 11% de moins) ou la durée d'installation (10). Plus récemment, dans son travail de thèse de Sciences Economiques, Magali DUMONTET montrait un écart de revenu de 26% en faveur des hommes chez les médecins généralistes de Midi-Pyrénées (11).

Ces résultats sont comparables aux écarts relevés dans d'autres études concernant les médecins généralistes avec une différence de revenus autour de 30% entre hommes et femmes (17) (18) (19).

Cette diminution de productivité est à l'origine d'une inquiétude des décideurs en santé publique et ce dans un contexte de pénurie médicale ; et cela nécessite une adaptation de la planification des ressources humaines en santé. Et cette différence de revenus est à l'origine du questionnement d'une partie du milieu médical concernant la dévalorisation voire la paupérisation des professions médicales.

Concernant les patientèles des femmes médecins, elles diffèrent celles de leurs confrères masculins avec moins de personnes âgées mais plus de femmes et d'enfants (20) (21).

Les femmes médecins effectuent moins de visites à domicile, avec 43% de visites en moins, et un écart du nombre de consultations/visites de 31% en comparaison avec leurs confrères masculins (11).

Cependant le choix de localisation des médecins généralistes ne diffèrent pas selon que l'on soit un homme ou une femme. Ainsi la féminisation de la profession ne semble donc pas être un élément contribuant à amplifier l'inadéquation des médecins sur le territoire et donc à l'accroissement des déserts médicaux (11).

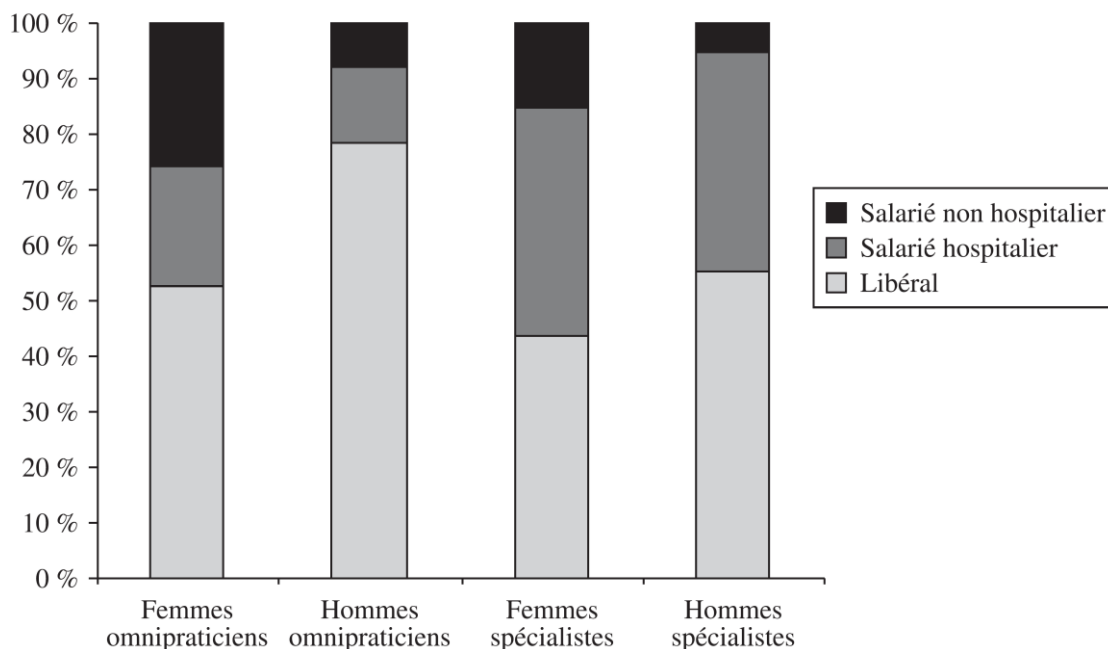
Concernant la manière d'exercer, les femmes médecins seraient plus consciencieuses, comme le démontre une étude canadienne : les femmes médecins obtiennent de meilleurs résultats que leurs confrères masculins en termes d'indicateurs de qualité des soins dans le cadre du suivi des patients diabétiques (7). Elles auraient une meilleure prise en compte de la prévention et de la prise en charge globale du patient.

Un attrait pour le travail collectif ainsi qu'une prise en charge collégiale et multidisciplinaire des patients sont aussi observés (d'où un nombre plus important de femmes dans les structures hospitalières ou dans les cabinets de groupe).

L'exercice libéral semble aussi souffrir de cette féminisation. En effet, les femmes sont sur-représentées dans l'exercice salarié, mettant en évidence un réel attrait du salariat pour elles.

Selon le CNOM en 2009, une femme médecin sur deux était salariée contre un homme sur trois. Cependant cette différence tendrait à se minorer pour les jeunes générations de médecins.

Graphique 3 : Médecins : répartition par genre et mode d'exercice



Source : ADELI redressé au 1^{er} janvier 2004, DREES.

Figure 9

Par ailleurs, les carrières des femmes médecins diffèrent de celles de leurs confrères masculins. Les interruptions pour congés maternité ainsi que des carrières plus souvent écourtées avec un âge de départ à la retraite plus précoce et les cessations d'activité anticipées (abandons prématurés de carrière) concernant davantage les femmes médecins, sont des éléments à prendre en considération dans l'élaboration des prévisions démographiques de la profession.

Les conséquences directes ou indirectes de la féminisation du corps médical français sont pourvoyeuses de nombreuses questions, notamment pour les décideurs de santé publique. Une distanciation des femmes médecins à l'égard des rigidités de l'ethos professionnel antérieur (disponibilité permanente, conciliation vie familiale/vie professionnelles et loisirs, élitisme des spécialités techniques...) est observée. On note ainsi une inflexion de l'exercice médical vers plus de souplesse et de « souveraineté temporelle », se libérant des modèles antérieurs.

En résulte une diminution de productivité qui constitue un réel enjeu de santé publique dans le cadre de la pénurie de l'offre de soins en France et de l'augmentation croissante de la demande de soins aux vues du vieillissement de la population.

D'autant que les médecins hommes tendent à suivre ce modèle, avec une différence entre hommes et femmes s'atténuant. Le Professeur Yvan BERLAND, ancien Président de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS), affirme dans son rapport de la commission « Démographie médicale », que si cette tendance se poursuit, les hommes et les femmes pourraient en 2025 avoir la même activité professionnelle moyenne (22). Cela s'inscrit dans une dynamique sociétale (« génération 35 heures ») où les hommes médecins réduisent eux-aussi leur temps de travail pour préserver leur vie personnelle.

Cette évolution apparaît cependant comme une avancée sociale pour les conditions de travail d'une profession où un certain mal-être au travail grandit.

La féminisation est donc un élément essentiel des dynamiques professionnelles du corps médical.

Les spécificités sexuées de l'exercice médical, sans être stigmatisées, doivent être prises en compte afin de garantir l'offre de soins pour la population française.

Les pouvoirs publics sont ainsi dans l'obligation de s'adapter afin d'éviter une désorganisation du système de santé. Le *numerus clausus* doit évoluer, tout comme la capacité de formation de certaines spécialités en prenant en considération ce phénomène dans l'élaboration des prévisions démographiques.

Devant la réduction du temps médical disponible des médecins au profit notamment des tâches administratives, il paraît essentiel de recentrer ces professionnels sur leur activité première afin de garantir une meilleure offre de soins dans un contexte de pénurie médicale.

1.3. Les freins identifiés à l'installation des jeunes médecins en libéral

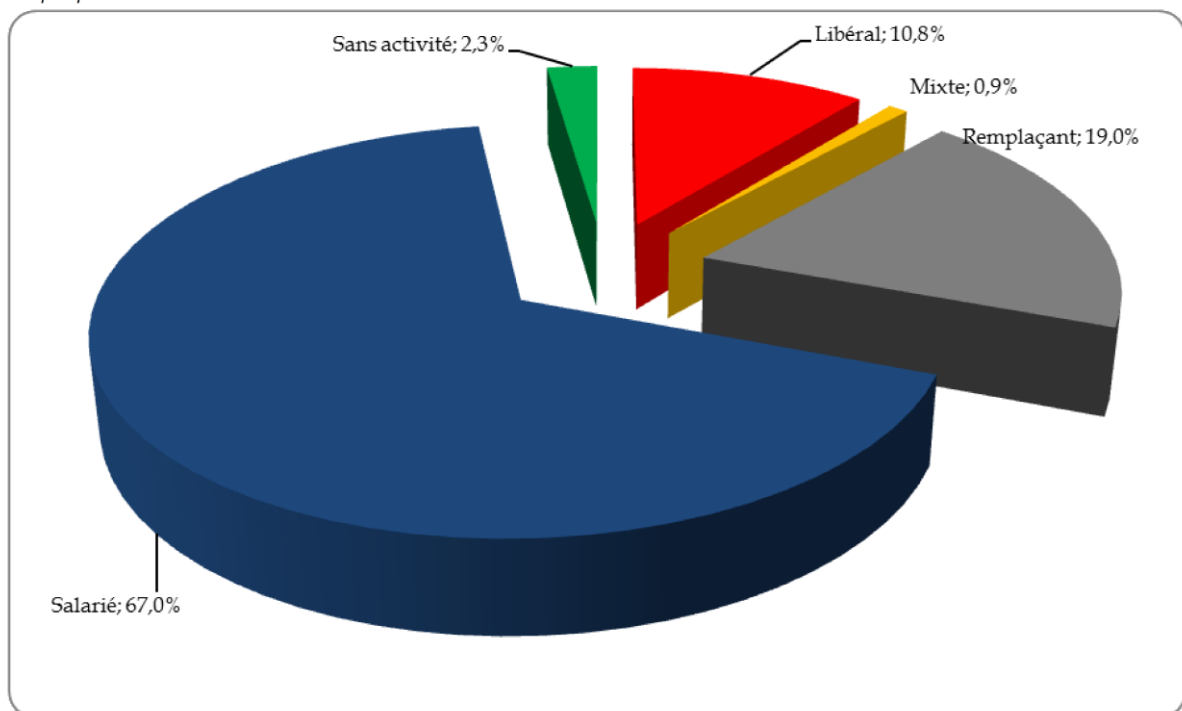
1.3.1. L'exercice libéral en chiffre

En 2015, lors de la première inscription à l'ordre des médecins, seulement 44,1% des médecins généralistes choisissait l'exercice libéral, contre 40,2% le salariat et 6,7% le statut de remplaçant ; 5,2% avaient une activité mixte (2).

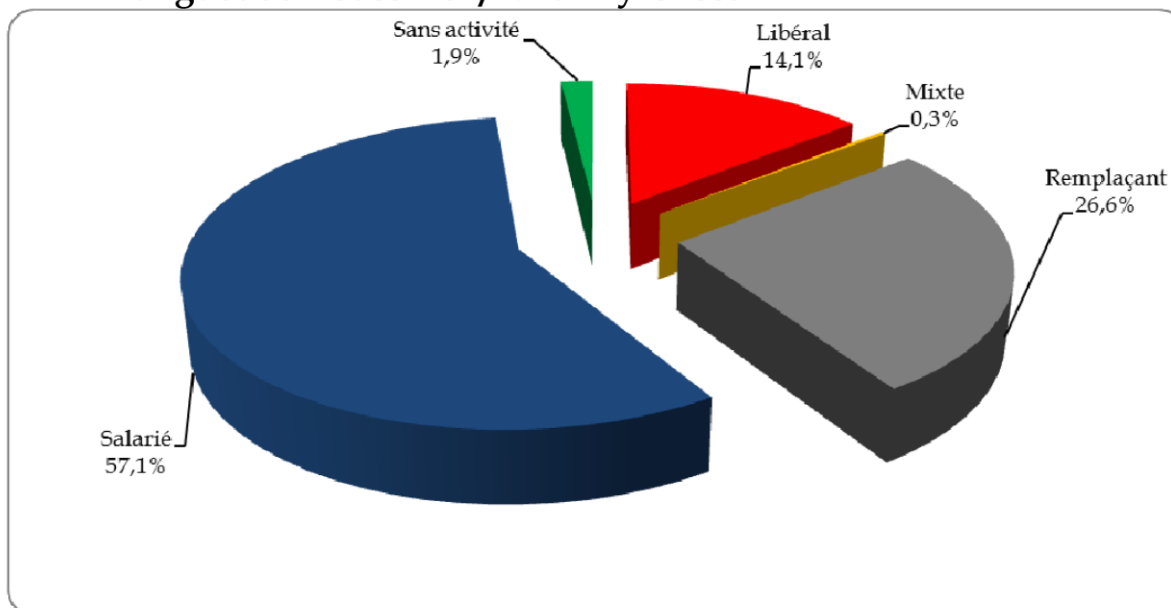
Cette tendance est encore plus marquée si l'on prend en considération l'ensemble des spécialités : l'exercice libéral ne représente que moins de 10,8% des médecins lors de leur première inscription à l'ordre des médecins (Figure 10).

Mais un rattrapage existe dans les années suivant la première inscription ; 8 ans plus tard l'exercice libéral ne concerne alors qu'une minorité des jeunes médecins, notamment généralistes (Figure 11) (2).

Graphique n°35 : Modes d'exercice des nouveaux inscrits



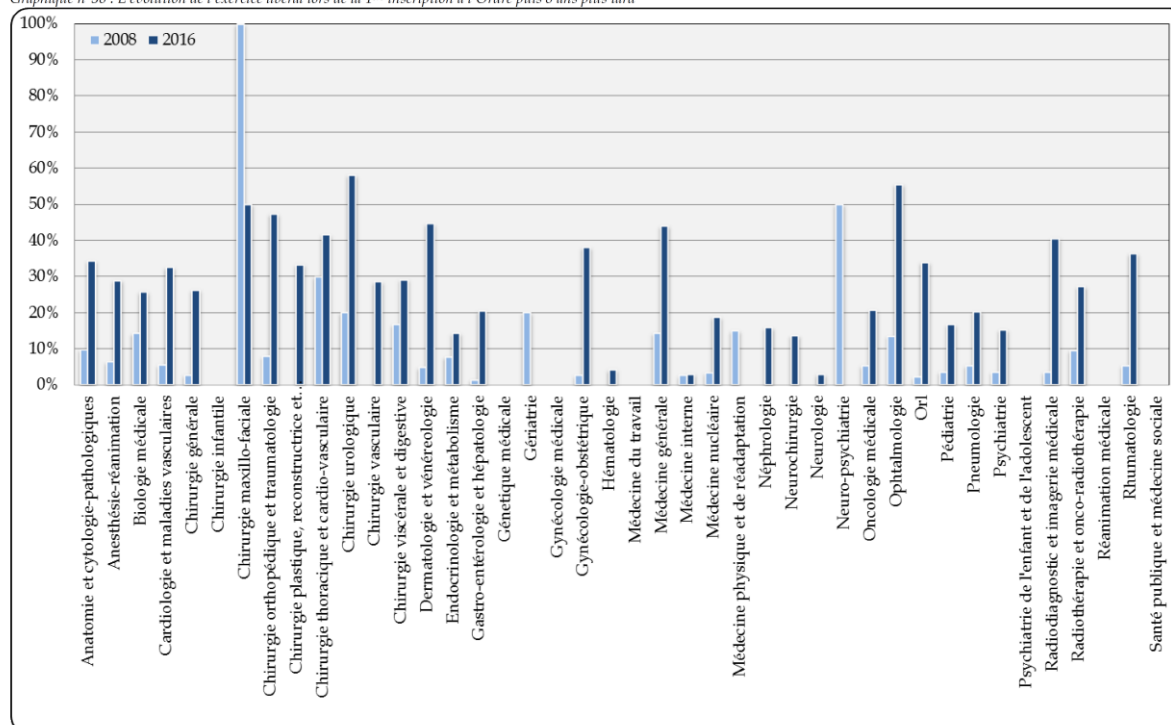
➤ Languedoc-Roussillon/ Midi-Pyrénées



Source : Atlas de de la démographie médicale 2016, CNOM

Figure 10

Graphique n°38 : L'évolution de l'exercice libéral lors de la 1^{re} inscription à l'Ordre puis 8 ans plus tard



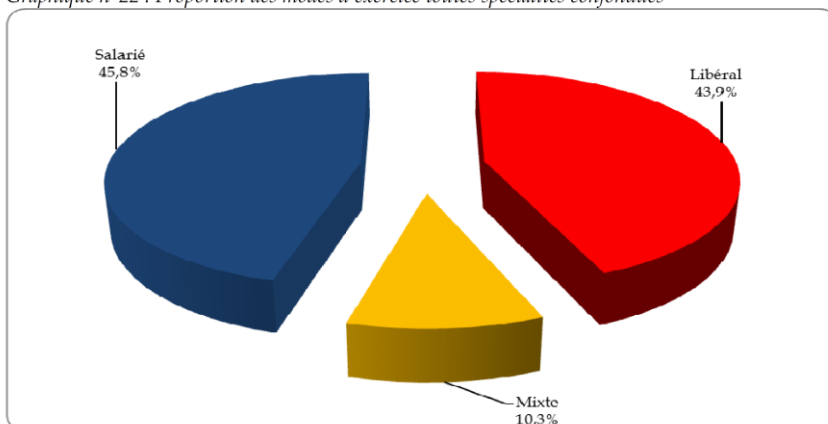
Source : Atlas de de la démographie médicale 2016, CNOM

Figure 11

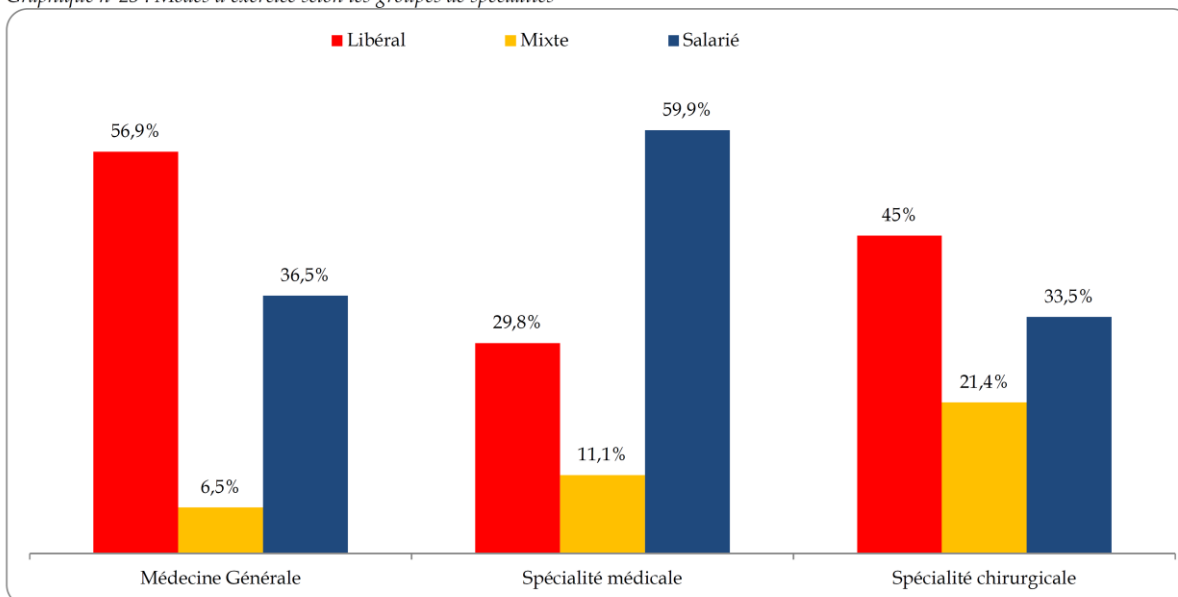
Sur l'ensemble des médecins en activité régulière, en 2016, soient 198 144 médecins, 86 925 optaient pour l'exercice libéral exclusif (soit 43,9%) en diminution de 8,2% par rapport à 2007, et 20 331 pour un exercice mixte (soit 10,3%) ; 90 749 étaient salariés (soit 45,8%), en augmentation de 9,4% par rapport à 2007 (Figure 12) (2).

Ces chiffres illustrent la perte d'attractivité de l'activité libérale au profit du salariat pour les jeunes générations.

Graphique n°22 : Proportion des modes d'exercice toutes spécialités confondues



Graphique n°23 : Modes d'exercice selon les groupes de spécialités



Source : Atlas de de la démographie médicale 2016, CNOM

Figure 12

En médecine générale, cette tendance se confirme avec pour une augmentation du salariat de 5,3% et une baisse de l'exercice libéral de 13,5% depuis 2007 (Figure 13).

Tableau n°10 : Répartition des médecins selon les modes d'exercice par groupes de spécialités

Modes d'exercice	Médecine générale	Spécialité médicale	Spécialité chirurgicale
Libéral	50 608 (-13,5%)	25 422 (-1,6%)	10 895 (+5,2%)
Mixte	5 739 (-8,3%)	9 418 (+0,2%)	5 174 (+44,2%)
<i>Libéral-Salarié</i>	3 264	1 886	597
<i>Libéral-Hospitalier</i>	2 232	7 066	4 390
<i>Libéral-Salarié-Hospitalier</i>	243	466	187
Salarié	32 454 (+5,3%)	50 185 (+14,5%)	8 110 (-2,4%)
<i>Salarié</i>	15 830	11 458	732
<i>Hospitalier</i>	15 636	37 106	7 171
<i>Salarié-Hospitalier</i>	988	1 621	207
Divers	83	37	12
Sans exercice déclaré	2	2	3
Total France entière	88 886	85 064	24 194

Source : Atlas de la démographie médicale 2016, CNOM

Figure 13

Devant ce phénomène, de nombreux travaux notamment de thèses (23) (24) (25) (26), ont étudié les différents freins à l'installation des jeunes médecins en libéral.

1.3.2. Analyse quantitative

Un travail de thèse de 2016 de D. BARANES, portant sur un échantillon de 135 médecins généralistes thésés remplaçants en Ile de France, a identifié cinq freins majeurs à l'installation en libéral.

Le frein le plus fréquemment évoqué était la lourdeur des tâches administratives (95%), suivi par l'importance des charges financières (90%) et par la dégradation de la qualité et du confort de vie (66%). La diminution du temps libre (59%) et la rémunération insuffisante (44%) étaient les 2 autres principaux freins évoqués. Un autre frein fréquemment rapporté était la charge de travail trop importante (43%) (26).

Ces résultats sont concordants avec le travail de thèse d'Estelle COPOLLONI (2014) qui interrogeait les médecins généralistes remplaçants de Haute-Garonne. Quatre freins majeurs à l'installation en libéral étaient identifiés : les démarches et charges administratives, l'éventuelle baisse de qualité de vie, l'investissement et les charges financières, et la difficulté à exercer en nombre suffisant (regroupement) pour permettre une bonne qualité de vie.

Sur 91 répondants, 91,36% évoquait les charges du cabinet trop importantes, 81,48% la crainte d'une diminution du temps libre, 77,78% la crainte d'une augmentation du temps de travail, 76,54% les charges financières du cabinet trop importantes, et 74,07% la crainte d'une dégradation de leur qualité de vie.

Les autres inquiétudes le plus fréquemment rapportées étaient les démarches administratives d'ouverture trop lourdes et l'investissement financier à l'installation trop important, la crainte de ne pouvoir se faire remplacer, les craintes de la routine et de la solitude (24).

Dans un rapport de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Bourgogne sur les freins et leviers à l'installation en 2011, quatre critères majeurs apparaissaient auprès des internes et les médecins remplaçants régionaux : la protection sociale insuffisante, le temps de travail trop important, la gestion du cabinet, et l'activité professionnelle du conjoint (27).

1.3.3. Analyse qualitative

Dans son travail de thèse, avec une étude qualitative en focus groupes, Odile CAMUS a identifié et précisé, pour les internes de médecine générale de la faculté d'Amiens, les principales réticences liées à l'exercice libéral (25).

Comme nous l'avons déjà rapporté, le frein le plus fréquemment retrouvé est la crainte d'une surcharge administrative. Il s'agit tant d'une surcharge administrative personnelle (être un chef d'entreprise, démarches envers les organismes sociaux CARMF - URSAFF, comptabilité...) que d'une surcharge administrative professionnelle (gestion du dossier patient, certificats divers, demande d'ALD, gestion du tiers payant...).

La surcharge financière à l'installation est aussi soulevée par les jeunes médecins. L'installation représente un investissement important en début de carrière (achat ou location d'un local professionnel, achat du matériel médical et informatique...), avec de lourdes charges à payer tout au long de la carrière libérale (entretien des locaux, secrétariat, fourniture en eau-électricité, maintenance informatique...).

Une des autres craintes évoquées est la solitude du médecin généraliste, un exercice solitaire où l'on ressent un isolement social vis-à-vis de ses confrères. Cette crainte est aussi redoutée en exercice de groupe, où l'on travaille la majeure partie du temps à côté de ses confrères mais pas toujours ensemble. Il s'agit là d'une inquiétude d'un isolement personnel autant que d'un isolement professionnel (27).

Le manque de formation pour la gestion d'un cabinet pendant l'internat apparaît aussi comme une réticence majeure. Cela concerne la gestion comptable, comme le fonctionnement global d'un cabinet de médecine générale.

La charge horaire, et ainsi la diminution du temps libre et la dégradation de la qualité et du confort de vie, apparaît aussi comme un facteur essentiel. Les journées longues, le peu de temps libre dans la journée et une obligation de présence effraient les jeunes générations de médecins. Une volonté de concilier vie professionnelle et familiale est partagée par le plus grand nombre et était déjà retrouvée dans un travail de thèse de 2006 de S. POISSON-RUBI sur le devenir socioprofessionnel des jeunes médecins généralistes (28).

A noter que certains freins apparaissent comme ayant plus ou moins d'importance selon le genre, l'âge ou le nombre d'années à effectuer des remplacements (27).

Tous ces travaux montrent un tableau concordant des freins à l'installation en exercice libéral des jeunes médecins généralistes. Au premier rang de ces freins nous retrouvons la gestion du cabinet et les surcharges administratives qui alourdissent l'emploi du temps des médecins libéraux, et les accaparent à des tâches non médicales.

2. Le temps de travail des médecins généralistes en exercice libéral

Sur un panel national de 2161 médecins généralistes libéraux, interrogés en 2011 lors d'une étude sur l'emploi du temps des médecins généralistes de la DREES, 78% des médecins déclarent travailler 50 heures ou plus par semaine (13) (Figure 14).

La durée moyenne du temps de travail était de 57 heures. De fortes disparités entre les praticiens étaient observées : 10% des praticiens effectuant le plus d'heures travaillaient 71 heures ou plus, 10% des praticiens effectuant le moins d'heures travaillaient au maximum 40 heures.

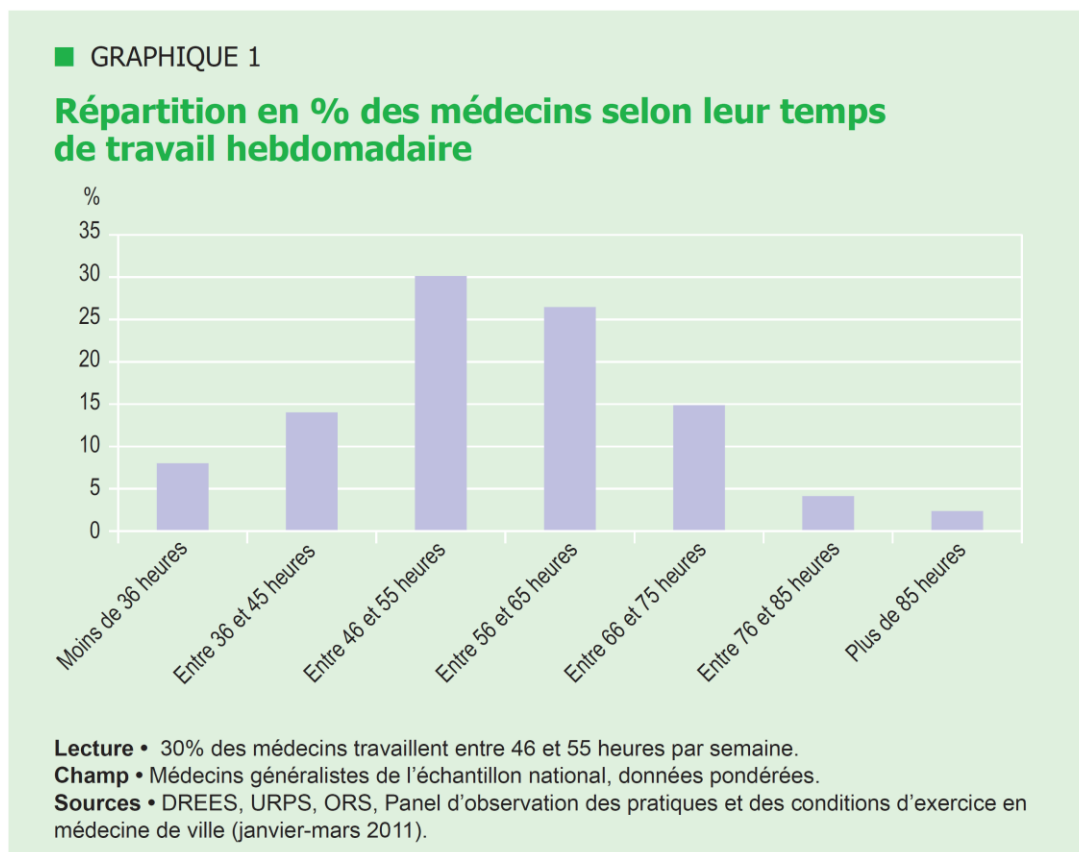


Figure 14

Des disparités selon le lieu d'exercice apparaissaient : la durée de temps de travail était de 60 heures par semaine en milieu rural contre 56 heures en zone urbaine.

La durée hebdomadaire du temps de travail était aussi inférieure pour les femmes (53 heures) en comparaison aux hommes (59 heures) ; et inférieure pour les médecins de moins de 45 ans (55 heures) que pour les médecins de 45 ans et plus (58 heures).

Une estimation de la durée hebdomadaire passée au contact du patient (temps effectif de consultation) était de seulement 33 heures. Le différentiel étant occupé par la gestion du cabinet (secrétariat, comptabilité, entretien des locaux...), la formation continue, l'encadrement des étudiants en médecine...

Les tâches de gestion occupaient en moyenne 4 heures par semaine de l'emploi du temps des généralistes, soit 7% de leur temps de travail hebdomadaire.

Ces données sont concordantes avec un article de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), paru en 2009, qui évaluait entre 52 et 60 heures la durée de travail moyenne hebdomadaire d'un médecin généraliste (29).

Une variabilité du temps de travail était observée, notamment du fait de l'exercice en temps partiel ou des médecins exerçant en multi-activités.

Le temps médical était aussi évalué à un peu plus de 33 heures ; 2 heures étaient consacrées à d'autres activités de soins exercées dans le cadre du salariat.

Le temps de garde et d'astreinte, soit la permanence des soins, représentait plus de 6 heures par semaine.

Les médecins généralistes déclaraient, par ailleurs, un minimum de 4,5 heures aux activités de formation et d'information des praticiens (soirées de formation médicale continue, diplôme universitaire, lecture de la presse professionnelle, congrès, accueil de visiteurs médicaux...).

Outre les activités de soins, les tâches administratives et la gestion du cabinet représentaient en moyenne entre 4,5 et 6,5 heures d'activités hebdomadaires (gestions des tiers-payants, télétransmissions, commande de matériels...) ; environ 1,5 heure était retenue pour la tenue de l'agenda, 15 minutes pour l'entretien des locaux.

De grandes disparités, pour la gestion des rendez-vous et pour l'entretien du cabinet, étaient relevées en fonction notamment de l'exercice en groupe, de l'emploi d'une secrétaire ou d'un agent d'entretien.

Selon le panel national de médecins généralistes interrogés en 2011, leur opinion sur leur temps de travail est partagée. 42 % disent « avoir travaillé autant qu'ils le souhaitaient et avoir choisi l'emploi du temps qui leur convenait ». Autant de praticiens déclarent qu' « ils auraient

souhaité travailler moins, mais qu'il n'y a personne pour les suppléer ou les remplacer en leur absence » ; 15 % retiennent la proposition qu' « ils auraient souhaité travailler moins, mais qu'ils ne le peuvent pas pour des raisons financières ». La majorité des médecins généralistes (57%) considère ainsi avoir un temps de travail supérieur à leur volonté (30).

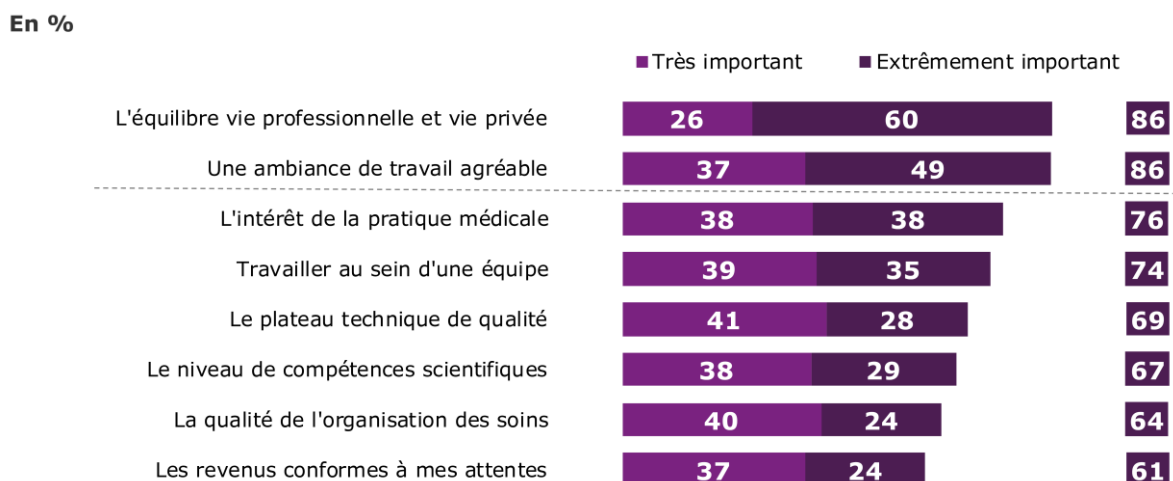
Une durée hebdomadaire du temps de travail rallongée est source d'insatisfaction pour les médecins généralistes avec la notion de « *travailler trop* » exprimée par ceux-ci. Une pesanteur de la gestion du cabinet avec des tâches peu planifiable et une surcharge administrative est rapportée.

L'évaluation subjective de la charge de travail (charge de travail ressentie) est directement en lien avec la perception d'une juste rétribution financière et avec l'attitude et la reconnaissance des patients (30).

3. Aspirations professionnelles et revendications des médecins libéraux

Dans un sondage sur les aspirations professionnelles auprès de 1599 jeunes médecins d’Ile-de-France (75% d’internes), réalisé par l’institut de sondage TNS Sofres en 2013, deux éléments apparaissaient comme essentiels : l’équilibre vie professionnelle et vie privée (60% extrêmement important, 26% très important) et une ambiance de travail agréable (37% extrêmement important, 49% très important).

« Nous n'avons pas à avoir honte de souhaiter une bonne qualité de vie. » sont des propos tenus par l’un des membres de la Commission jeunes médecins du Conseil de l’Ordre (31). Des revenus conformes à leur attentes n’étaient évoqués qu’en dernière position par rapport à l’ensemble des items (Figure 15) (32).



Source : Les aspirations professionnelles des jeunes médecins d’Ile de France, Sondage TNS SOFRES 2013

Figure 15

Concernant le temps de travail, à la fin de leur internat ou de leur clinicat, les jeunes médecins envisagent de travailler entre 50 et 80 heures par semaine pour 43% d’entre eux, et entre 35 et 50 heures par semaine pour 42%.

Dans leur projection 10 ans après le début de leur carrière professionnelle, ils n'aspirent qu'à travailler entre 35 et 50 heures pour une large majorité (64%) (32).

Ce sondage met aussi en évidence un réel attrait pour l'exercice mixte public / privé : 72% des médecins souhaitant exercer dans le secteur public sont intéressés par un exercice mixte, 67% pour ceux souhaitant exercer dans le privé, 90% pour ceux qui n'ont pas choisi entre public et privé (32).

La flexibilité entre l'exercice libéral en ville et l'hôpital est l'une des mesures proposées par la commission jeunes médecins du CNOM. Elle propose la fin du statut unique qui favoriserait l'exercice mixte et rapprocherait les modes d'exercice : « laisser l'hôpital exercer en ville et permettre à la ville d'entrer dans l'hôpital » (33).

La facilité d'exercice mixte est une revendication portée par le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (34).

La coordination des soins avec un parcours de soins instituant des coopérations entre médecine ambulatoire et médecine hospitalière est aussi un souhait exprimé (35).

Pour leur première installation, outre l'exercice mixte plébiscité, la majorité envisage de s'installer en cabinet de groupe ou en maison pluridisciplinaire (58%) contrairement à une installation seul que 13% envisage (32).

L'environnement professionnel est aussi un facteur déterminant pour les futurs professionnels des soins primaires. Exercice en équipe au sein de structures regroupées (cabinet de groupe, maison de santé pluridisciplinaire...), plateau technique avec CHU ou CH à proximité, maillage territorial avec professionnels de santé (infirmier(e)s, kinésithérapeutes, pharmaciens...), disponibilité d'accès au Développement Professionnel Continu (DPC) sont des éléments essentiels pour déterminer le lieu d'installation en exercice libéral (32) (31) (35).

La délégation des tâches aux paramédicaux, pour se recentrer sur les « *tâches à valeur ajoutée* » médicales, est aussi une revendication partagée par les spécialistes en médecine générale (31).

Une redéfinition des champs de compétences entre les différents professionnels de santé est souhaitée, avec une délégation de tâches et des transferts de compétences pour dégager du « *temps médecin* » (33).

Cette délégation serait prescrite et coordonnée par le médecin traitant.

La création de nouveau métier (« assistants médicaux, coursiers sanitaires et sociaux... ») est une option à envisager selon plusieurs syndicats (34).

L'évolution de la rémunération des médecins libéraux est enfin une revendication portée depuis de nombreuses années.

Malgré la mise en place des Rémunérations sur Objectifs de Santé Publique (ROSP), le paiement à l'acte reste plébiscité par la majorité des médecins libéraux, et cette volonté de conserver ce mode de rémunération est fortement revendiquée par les syndicats professionnels.

La revalorisation récente des actes, notamment de la consultation de base de médecine générale portée à 25 euros, est considérée comme insuffisante par les syndicats de médecins libéraux.

Une montée en puissance des rémunérations forfaitaires est aussi souhaitée, que ce soit sur objectif de santé publique notamment dans le cadre de la prévention primaire, tout comme pour faire face aux charges croissantes liées au fonctionnement de leur cabinet (dotation de fonctionnement) (33) (34). Une simplification et une visibilité accrue des ROSP est une demande forte de l'ensemble des syndicats. Notamment en prenant en compte des conditions particulières d'exercice (lieu d'exercice, patientèle...) afin que cette forfaitisation de la rémunération soit plus équitable.

L'instauration d'un forfait structure est revendiqué, permettant notamment de faire face aux nombreuses contraintes administratives et aux autres tâches non médicales incombant aux médecins libéraux.

Concernant l'exercice médical, l'incitation aux actions de prévention primaire et secondaire est sollicitée, notamment sur le plan de la formation initiale et continue, tout comme une revalorisation de la rémunération liée à cette activité (31) (34).

L'ensemble des syndicats de médecins libéraux s'oppose de manière radicale à toute volonté de coercition concernant une autorisation d'installation des médecins en exercice libéral en fonction des besoins territoriaux. Ils rappellent l'intérêt démontré de mesures incitatives significatives afin de faciliter l'installation de professionnels du soin primaire en zone sous-denses en professionnels de santé (34) (35) (36) (37)(35).

La grande consultation du CNOM, correspondant à une enquête en ligne menée du 12 octobre au 22 novembre 2015, a interrogé les médecins inscrits au tableau de l'Ordre des Médecins. 30 058 réponses ont été retenues (35).

93% des médecins estime insatisfaisant le pilotage de la santé par les pouvoirs publics et 95% souhaiterait que le système de santé soit adapté ou réformé. Ils souhaitent que les pouvoirs entre Assurance maladie, pouvoirs publics et médecins soient rééquilibrés, que les organisations professionnelles soient associées à la gouvernance nationale et territoriale, et que soit défini la place respective de l'Assurance maladie et des assurances complémentaires. Par ailleurs, 59% souhaiterait notamment une organisation du système de santé qui privilégie la proximité des soins (et donc les soins primaires) au profit d'un système qui privilégierait le niveau technique d'équipement.

97% des répondants ont affirmé que le médecin subit trop de contraintes réglementaires, économiques et administratives. Pour 98% d'entre eux il est prioritaire et important d'augmenter le temps médical en réduisant la complexité administrative.

Les commentaires de médecins associés à cette enquête sont représentatifs de ce sentiment : « Le temps administratif ronge le temps médical ; je veux retrouver mon temps de médecin, je n'ai pas été formé pour faire de la compta ; ce qui nous pèse depuis 20 ans, c'est le temps administratif qui a doublé et qui nous prend beaucoup de temps ».

4. Problématique et question de recherche

Alors que l'on observe une raréfaction de l'offre de soins primaires avec une diminution constante des médecins généralistes en exercice libéral, la demande de soins de la population générale croît du fait du vieillissement de la population française et de l'augmentation de prévalence des pathologies chroniques.

L'une des solutions envisagées est la délégation d'un ensemble de soins à des auxiliaires paramédicaux.

Cependant l'impact des tâches non liées aux soins ou tâches non médicales a été peu étudié en termes de charge de travail sur l'emploi du temps des médecins généralistes libéraux.

Dans ce travail, les tâches non médicales étaient définies comme toute tâche ne relevant pas du domaine du soin.

Ces tâches non médicales, inerrantes au mode d'exercice libéral, sont facilement déléguables à du personnel non médical, et peuvent accroître le temps disponible des praticiens pour la prise en charge médico-psycho-sociale des patients.

De plus, ces tâches représentent un frein à l'installation des jeunes médecins généralistes en exercice libéral, et contribuent à la perte d'attractivité de ce mode d'exercice.

Redonner du temps médical à leur activité est l'une des priorités des médecins libéraux, et une revendication forte portée par leurs représentants ordinaires et syndicaux (35) (38).

La question de recherche pour ce travail a été de déterminer quelles étaient les tâches non médicales effectuées par les médecins généralistes libéraux et quelle charge de travail représentaient-elles pour ceux-ci.

MATERIELS ET METHODE

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive transversale réalisée à l'aide de questionnaires auto-administrés via la plateforme GoogleForm®.

L'enquête a été réalisée entre le 28 novembre et le 31 décembre 2017.

1. Population

Cette étude était réalisée auprès des médecins généralistes libéraux installés en Occitanie, dans les départements de l'ancienne région Languedoc-Roussillon : départements de l'Aude (11), du Gard (30), de l'Hérault (34), de la Lozère (48) et des Pyrénées Orientales (66).

La base de données utilisée était celle de l'Union Régionale des Praticiens Libéraux (URPS) des médecins libéraux du Languedoc-Roussillon / Midi-Pyrénées.

Le questionnaire était transmis aux médecins généralistes libéraux dont l'URPS possédait une adresse email, ce qui représentait 1289 praticiens.

2. Questionnaire

Le questionnaire (ANNEXE 1), réalisé sur la plateforme en ligne GoogleForm®, était composé de 21 questions.

Le questionnaire était organisé en 4 parties : une première concernait les données socio-démographiques des praticiens, une seconde l'équipement et les services auxquels faisaient appel les praticiens, une troisième portait sur l'évaluation du temps passé pour des tâches non médicales, et une dernière sur l'emploi du temps de ces praticiens.

Il a été élaboré avec l'aide du Directeur de thèse, le Dr Marc Garcia (médecin généraliste libéral et responsable du pôle Organisation des soins du Département de Médecine Générale de la Faculté de médecine de Montpellier).

Un lien redirigeant vers ce questionnaire a été envoyé par email aux médecins généralistes et était introduit par une présentation de l'étude réalisée (ANNEXE 2).

3. Recueil des réponses

Un premier email a été envoyé le mardi 28 novembre 2017 invitant à répondre au questionnaire.

Une relance a été effectuée 15 jours plus tard.

La date limite du recueil des réponses a été fixée au 31 décembre 2017.

4. Exploitation des résultats

Le recueil et l'analyse des données issues des réponses du formulaire GoogleForm® ont été effectués de manière anonyme et analysés de manière descriptive grâce au tableur Excel®.

Une analyse descriptive des réponses au questionnaire a été effectuée.

Les variables qualitatives ont été exprimées en fréquence et en pourcentage.

Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne, médiane et interquartile.

L'analyse statistique a été effectuée grâce à l'application BiostaTGV avec un test t de Student et une analyse de variance (test ANOVA) avec pour seuil de significativité $p < 0,05$.

RESULTATS

121 médecins généralistes libéraux sur 1289 ont répondu au questionnaire.

Le taux de réponse s'est ainsi élevé à 9,4 %.

1. Caractéristiques de la population

48 des répondants (39,7%) étaient des femmes, 73 étaient des hommes (60,3%).

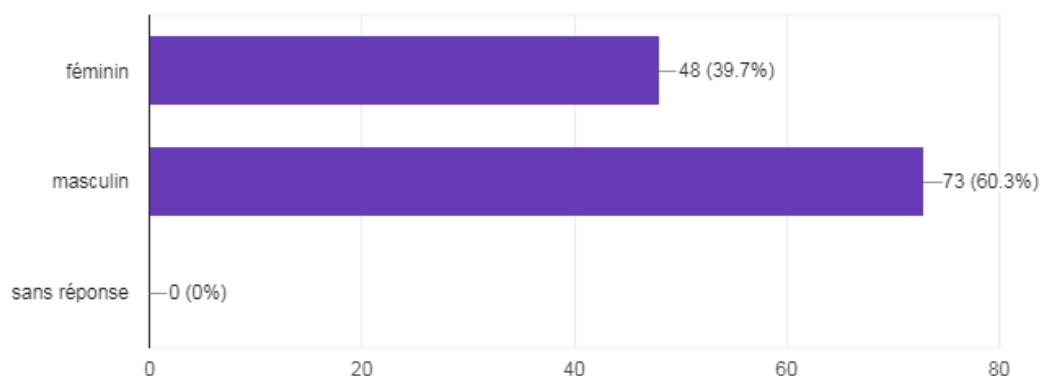


Figure 16 : Genre des répondants

La tranche d'âge la plus représentée était la tranche 50 - 60 ans (49 répondants, soit 40,5%), suivie de la tranche > 60 ans (44, soit 36,4%), la tranche 40 - 49 ans (22, soit 18,2%) et la tranche 30 - 39 ans (6, soit 5%).

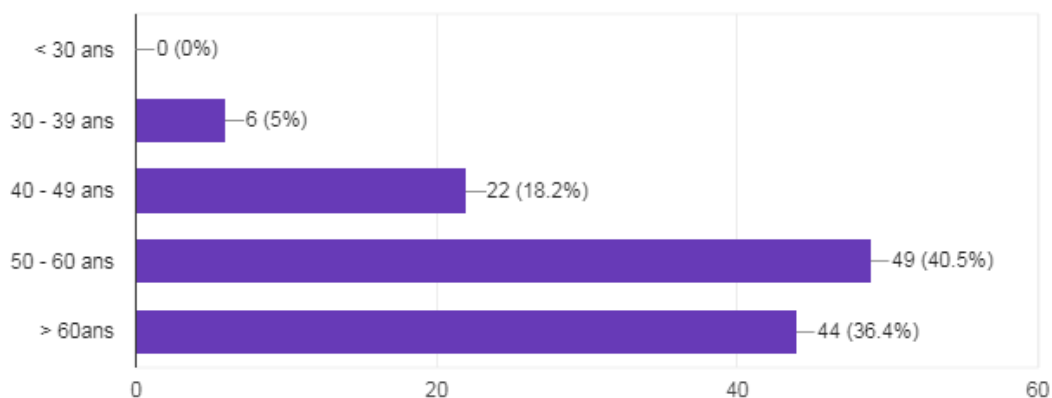


Figure 17 : Tranche d'âge des répondants

42 des répondants (34.7%) étaient Maître de Stage des Universités (MSU) ; 79 (soit 65.3%) ne l'étaient pas.

Concernant le secteur d'activité, 116 médecins exerçaient en secteur 1 (95,9%), 5 en secteur 2 (4,1%).

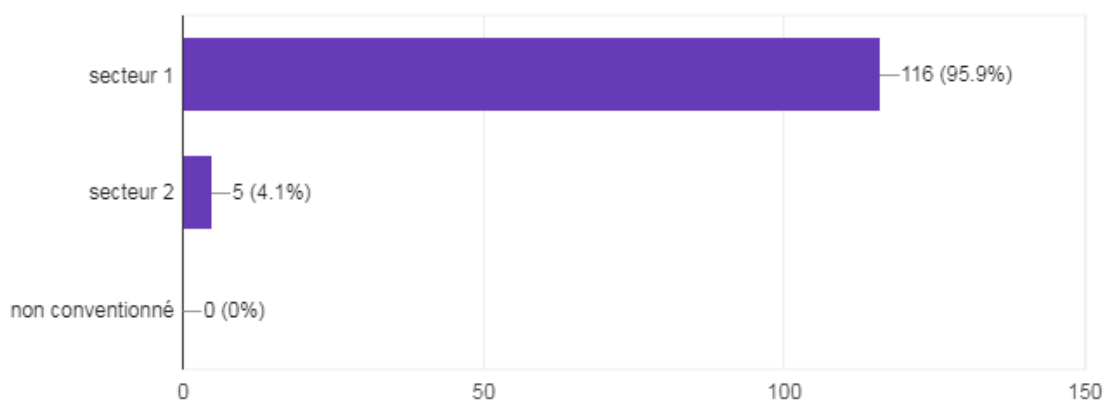


Figure 18 : Secteur d'activité

Le lieu d'exercice des répondants était majoritairement en zone semi-rurale (55 soit 45,6%), puis en zone urbaine (50 soit 41,3%) et en zone rurale (16 soit 13,2%).

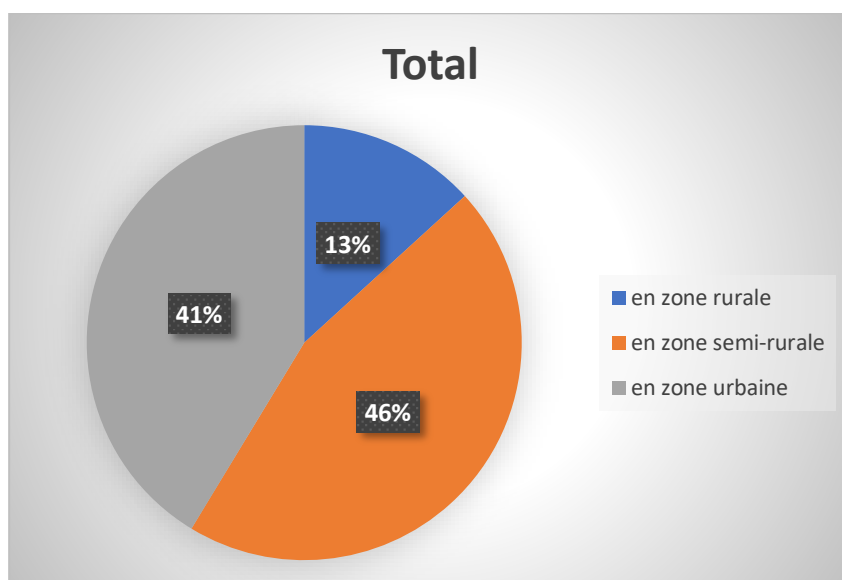


Figure 19 : Lieu d'exercice

6 praticiens (5%) avaient leur cabinet installé à leur domicile, 115 (95%) avaient leur cabinet distinct de leur domicile.

Le temps de trajet domicile - lieu d'exercice était évalué inférieur à 10 minutes pour 63 médecins (54,8%), entre 10 et 20 minutes pour 40 (34,8%), entre 20 et 30 minutes pour 7 praticiens (6,1%) et supérieur à 30 minutes pour 6 d'entre eux (5,2%).

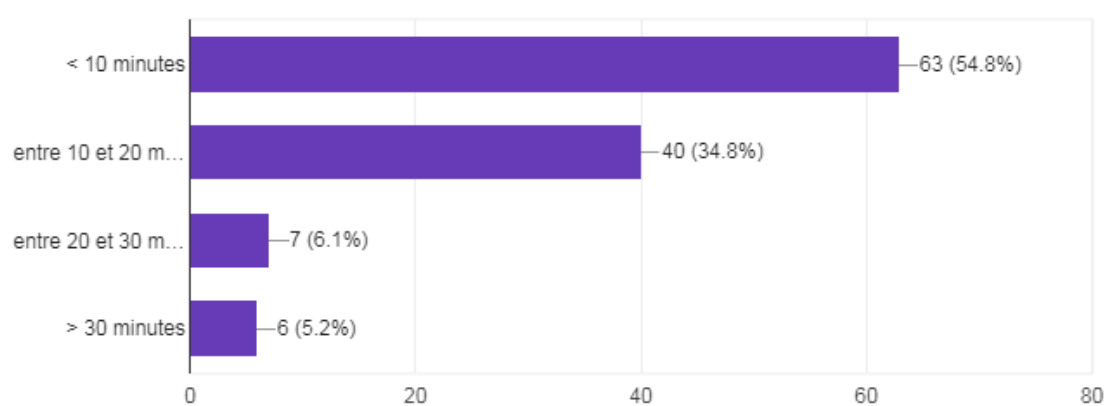


Figure 20 : Temps de trajet domicile - lieu d'exercice

Le mode d'installation était représenté par 58 répondants installés en cabinet de groupe (48%), 52 installés en cabinet individuel (43%) et 11 répondants en Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) ou maison médicale pluridisciplinaire (9%).

Le nombre de professionnels de santé associés était majoritairement supérieur à 3 pour 24 répondants, de 3 associés pour 16 répondants, de 2 pour 18 répondants et enfin d'un unique associé pour 11 d'entre eux.

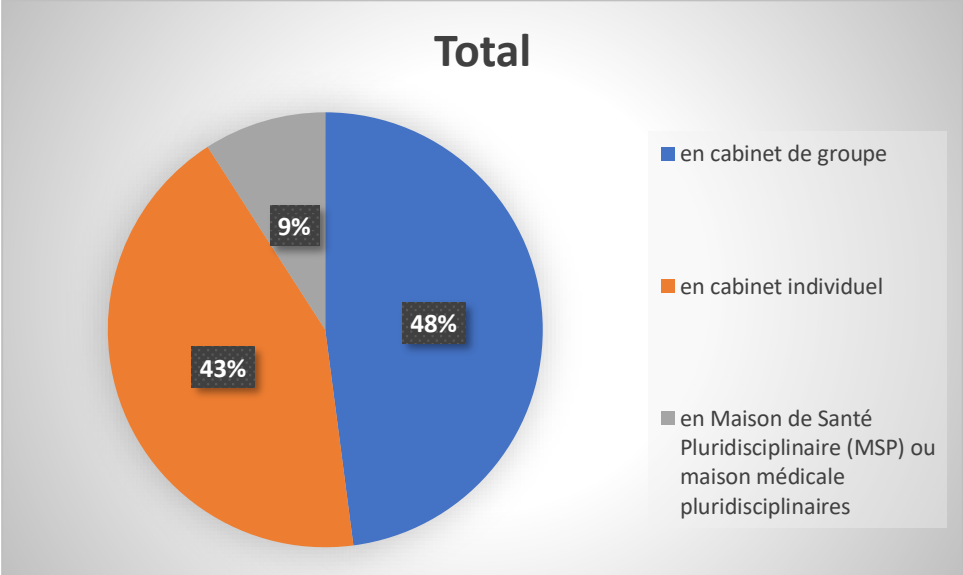


Figure 21 : Mode d'installation

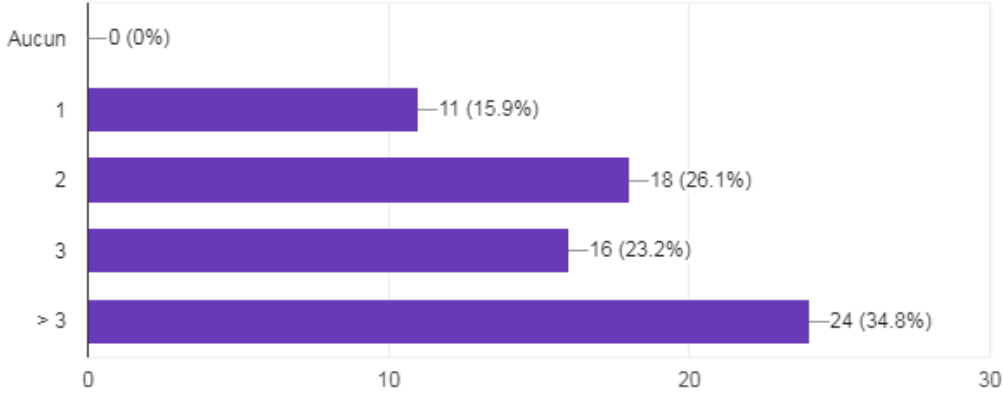


Figure 22 : Nombre de professionnels de santé associés

2. Equipements et services du cabinet médical

2.1 Appels entrants et prise de rendez-vous patients

Concernant la gestion des appels entrants, 56 médecins répondants (46,3%) faisaient appel à une ou (plusieurs) secrétaire(s) physique(s), 35 (28,9%), à un télésecrétariat et 30 praticiens (24,8%) répondaient eux-mêmes aux appels entrants.

La prise de rendez-vous patients étaient effectuée par une ou (plusieurs) secrétaire(s) physique(s) pour 53 médecins (43,8%), par un télésecrétariat pour 30 praticiens (24,8%), par eux-mêmes pour 25 d'entre eux (20,7%), et par un service de prise de rendez-vous sur internet pour 13 médecins (10,7%)

2.2 Informatique

119 médecins répondants (98,3 %) étaient informatisés, 2 (1,7%) ne l'étaient pas.

115 praticiens (95%) avaient recours à un logiciel médical (dossiers patients, aide à la prescription) ; 104 (86%) étaient équipés d'un logiciel de télétransmission.

101 médecins (83,5%) faisaient appel à un service de maintenance pour leur matériel informatique, 20 (16,5%) entretenaient eux-mêmes leur équipements.

2.3 Comptabilité

Concernant la comptabilité, 81 praticiens (66,9%) avaient recours à un cabinet d'expertise-comptable ; 21 (17,4%) à un logiciel de comptabilité et 19 médecins (15,7%) effectuaient eux-mêmes leur comptabilité sans l'aide d'un expert-comptable ni d'un logiciel.

68 praticiens (56,2%) étaient équipés d'un terminal de paiement par carte bleue, 53 (43,8%) ne l'étaient pas.

2.4 Entretien des locaux

67 médecins (55,4%) faisaient appel à un agent d'entretien dont ils sont l'employeur, 3 (2,5%) à un agent d'entretien non déclaré, 26 (21,5%) avaient recours à une société d'entretien de locaux professionnels et 29 praticiens (24%) effectuaient eux-mêmes l'entretien de leur local.'

3. Evaluation des tâches non médicales

L'ensemble des tâches non médicales représentait pour les médecins répondants et en moyenne, 13 heures et 6 minutes par semaine (786,02 minutes), médiane 10 heures et 10 minutes (610 minutes), interquartiles Q1-Q3 [450-950 minutes].

Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes répondants : pour les femmes moyenne de 797,2 minutes, pour les hommes 778,7 minutes, $p = 0.85$.

Il existait une différence statistiquement significative entre les praticiens exerçant en groupe (cabinet de groupe ou maison de santé pluridisciplinaire) et les praticiens exerçant seul : moyenne exercice en groupe 705,1 minutes, moyenne exercice isolé 893,4 minutes, $p = 0,04$

On retrouvait également une différence statistiquement significative entre les praticiens exerçant en zone urbaine (moyenne 788,2 minutes), en zone semi-rurale (moyenne 789,3 minutes) ou en zone rurale (moyenne 824,7 minutes), $p = 0,04$.

Le fait que la gestion des appels entrants soit effectuée par une (ou plusieurs) secrétaire(s) physique(s), par un télésecrétariat ou par le médecin lui-même ne montrait pas une différence statistiquement significative ($p = 0,21$).

De même il n'existait pas de différence statistiquement significative que la gestion de la prise de rendez-vous patients soit effectuée par une ou plusieurs secrétaire(s) physique(s), par le groupe faisant appel à un télésecrétariat, par un service de prise de rendez-vous en ligne ou par le médecin lui-même, ($p = 0,44$).

3.1 Activités administratives

Les tâches administratives comprenant :

- la constitution du dossier administratif du patient sans « *valeur médicale ajoutée* » et hors rédaction de certificat,

- l'organisation et tenue des dossiers médicaux,
- la gestion des courriers et comptes-rendus,,
- la gestion des rendez-vous patients,

ont été évaluées à 397 minutes en moyenne par semaine (soit 6 heures et 36 minutes), médiane 290 minutes (4 heures et 50 minutes), interquartiles Q1-Q3 [450-950].

La gestion du matériel médical (commandes, achats...) représentait 45 minutes en moyenne par semaine, médiane 15 minutes, interquartiles Q1-Q3 [10-30].

3.2 Comptabilité

Les activités comptables (préparation de la comptabilité, gestion des chèques) représentaient 55 minutes en moyenne par semaine, médiane 60 minutes, interquartiles Q1-Q3 [30-120].

3.3 Informatique

La gestion des systèmes informatiques comprenant :

- la résolution de « bugs » informatiques,
- la réalisation de sauvegardes informatiques des dossiers,
- l'entretien du matériel informatique et de l'imprimante,

a été évaluée à 47 minutes en moyenne par semaine, médiane 35 minutes, interquartiles Q1-Q3 [15-60].

3.4 Parcours de soin patients et continuité des soins

La gestion du parcours de soin des patients comprenant :

- la prise de rendez-vous chez un spécialiste, chez un autre confrère ou un autre professionnel de santé (hors transmission clinique) pour un patient,
- la gestion d'entrée en hospitalisation d'un patient et la gestion du transport (hors transmission clinique),

représentait 73 minutes en moyenne par semaine (1 heure et 13 minutes), médiane 60 minutes, interquartiles Q1-Q3 [30-90].

Le maintien de la continuité des soins avec la gestion des remplacements a été évalué à 9 minutes en moyenne par semaine, médiane 0 minutes, interquartiles Q1-Q3 [0-10].

3.5 Relation avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)

Les relations avec la CPAM comprenant :

- la résolution de problèmes techniques (échec télétransmissions, site ameli.fr inopérant, carte CPS défectueuse ou bloquée),
 - l'entretien avec les délégués médicaux de la CPAM,
 - la commande et la réception des formulaires Cerfa CPAM,
- ont été évaluées à 30 minutes en moyenne par semaine, médiane 20 minutes, interquartiles Q1-Q3 [12-35].

3.6 Entretien du cabinet médical

L'entretien du cabinet médical comprenant :

- l'entretien quotidien - pluriquotidien avec désinfection surfaces et matériel médical,
 - l'entretien courant du cabinet médical (sols, poussières, entretien sanitaires, entretien frigidaire),
 - la gestion des déchets ménagers et des déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI)
- représentait 54 minutes en moyenne par semaine, médiane 25 minutes, interquartiles Q1-Q3 [0-75].

3.7 Problématiques sociales

La gestion de problématiques sociales des patients (liens avec les structures sociales, aides diverses aux patients isolés, conseils aux aidants...) a été évaluée à 48 minutes en moyenne par semaine, médiane 30 minutes, interquartiles Q1-Q3 [15-60].

3.8 Autres

Certains médecins généralistes répondants ont signalé d'autres tâches non médicales qu'ils devaient assumer chaque semaine.

Parmi celles-ci, on peut noter la transmission des ordonnances aux patients par fax ou encore le contrôle des tiers-payants.

4. Temps de travail en exercice libéral

Les praticiens répondants exerçaient leur activité libérale de médecine générale 8,5 demi-journées par semaine en moyenne, médiane 8, interquartile Q1-Q3 [8-10].

Ils évaluaient leur temps de travail en exercice libéral en majorité entre 40 et 50 heures par semaine (Figure 23)

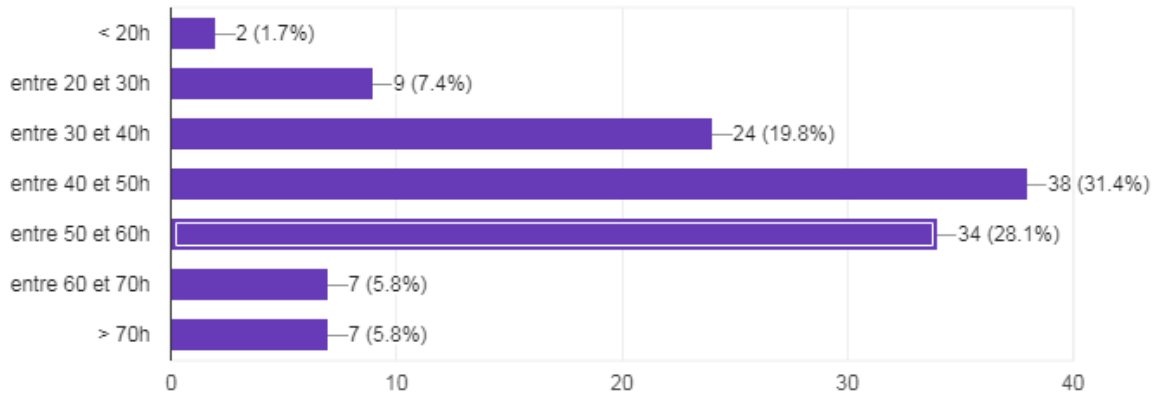


Figure 23 : Temps de travail en activité libérale

5. Autres activités professionnelles exercées

46 médecins répondants (38%) exerçaient une autre activité professionnelle en dehors de leur exercice libéral ; 75 praticiens (62%) pratiquaient exclusivement la médecine générale en exercice libéral.

6 médecins exerçaient des activités d'enseignements à la Faculté de médecine (Chargé d'enseignement, Maître de conférence, Professeur des université).

6 praticiens étaient médecins coordinateurs en EHPAD.

5 médecins exerçaient une activité médico-sociale (Planning familial, institut médico-éducatif, Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, Unité sanitaire en milieu pénitentiaire).

5 médecins exerçaient des fonctions ordinaires.

4 médecins étaient médecins régulateurs en centre 15.

3 praticiens étaient médecins référents de crèche.

3 praticiens exerçaient des fonctions en lien avec la formation médicale continue.

2 praticiens exerçaient des fonctions syndicales.

2 praticiens étaient médecins sapeur pompiers volontaires.

2 médecins exerçaient une activité associative.

Parmi les autres activités exercées, on peut noter la gestion des maisons de santé pluridisciplinaire et maisons médicales de garde, les responsabilités médicales en lien avec un club de sport, les fonctions dans les structures hospitalières locales (médecin référent, médecin urgentiste).

Ces activités étaient exercées en moyenne 2,2 demi-journées par semaine, médiane 2, interquartile Q1-Q3 [1-3] ; et en moyenne 9 heures et 48 minutes par semaine.

6. Impact des tâches non médicales sur le temps libre

72 médecins répondants (59,5%) affirmaient se déplacer *parfois* sur leur lieu d'exercice les jours où ils n'avaient pas d'activité clinique pour accomplir des tâches non médicales ; 22 (18,2%) *souvent*, 16 (13,2%) *jamais* et enfin 11 praticiens (9,1%) affirmaient se déplacer *très fréquemment*.

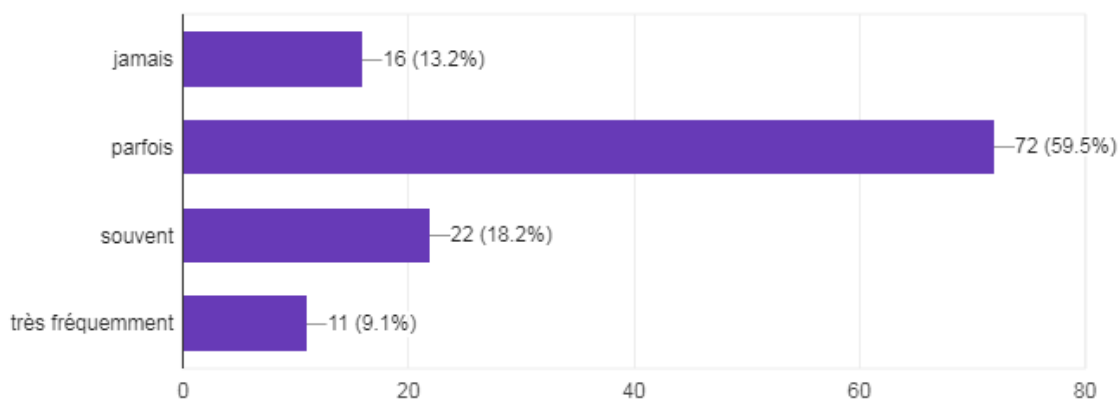


Figure 24 : Déplacement sur le lieu d'exercice pour accomplir des tâches non médicales

43 médecins (35,5%) affirmaient effectuer *souvent* des tâches non médicales à leur domicile ; une proportion équivalente affirmait en effectuer *parfois*, 22 praticiens (18,2%) en effectuer *très fréquemment* et enfin 13 (10,7%) n'en effectuer *jamais*.

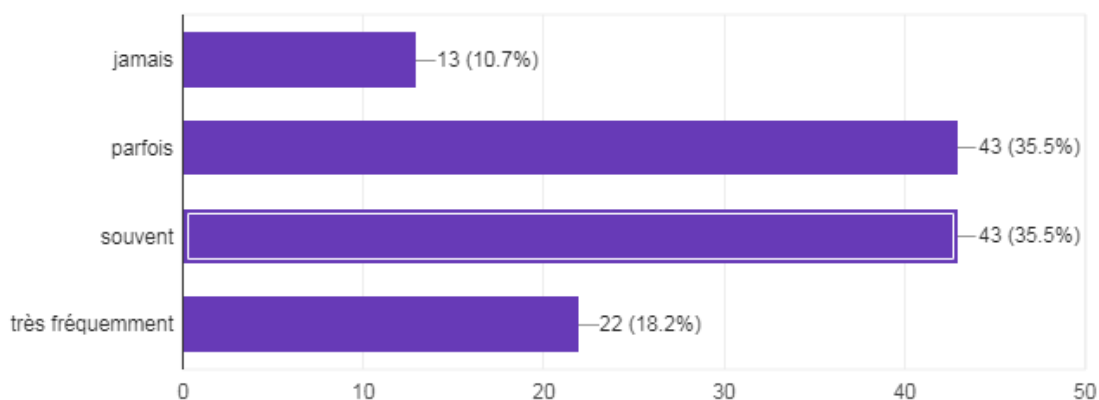


Figure 25 : Réalisation de tâches non médicales à domicile

62 praticiens (51,2%) affirmaient qu'il n'avait pas recours à un membre de leur entourage pour les aider à réaliser des tâches non médicales ; 31 médecins (25,6%) avaient recours *parfois* à un membre de leur entourage, 15 (12,4%) *souvent* et 13 (10,7%) *très fréquemment*.

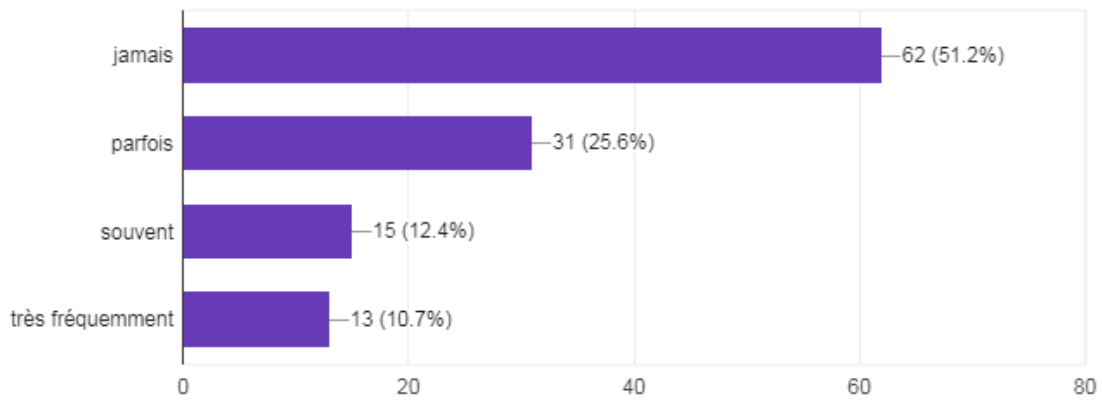


Figure 26 : Recours à un membre de l'entourage pour la réalisation de tâches non médicales

7. Congés annuels

Les médecins répondants prenaient en moyenne 5 semaines et 6 jours de congés annuels, médiane 6 semaines, interquartile Q1-Q3 [4-7].

DISCUSSION

1. Concept de tâches non médicales

Les tâches non médicales étaient définies dans ce travail, comme toute tâche dont la valeur ajoutée médicale n'était pas requise pour sa réalisation.

Une de leurs caractéristiques premières était que ces tâches sont déléguables à un personnel non médical. En cela, elles ne relèvent pas du domaine du soin.

Elles s'opposent aux tâches médicales, ou temps médical, qui nécessite une formation médicale pour leur réalisation.

Ainsi la rédaction de certificat notamment, souvent décrite par les professionnels de santé comme une tâche administrative, a été considéré comme une tâche médicale ; en effet tout certificat nécessite la compétence et la qualification de médecin pour son établissement, engageant sa responsabilité.

Ces tâches non médicales ne peuvent se résumer à des tâches administratives, comprenant autant la gestion administrative que la gestion pratique d'un cabinet médical ou encore l'accompagnement des patients dans leur parcours de soin ou leur vie quotidienne.

2. Résultats principaux

2.1 Equipements et services du cabinet médical

La quasi-totalité des médecins interrogés sont désormais informatisés (98,3%) et ont recours à un logiciel médical (95%). Malgré ce nous remarquons que la constitution du dossier administratif du patient et l'organisation et la tenue des dossiers médicaux reste une des tâches non médicales ayant le plus d'impact sur le temps de travail des médecins.

L'informatisation semble en ce sens ne pas avoir eu d'impact sur la gestion du dossier patient.

La présence d'une ou de plusieurs secrétaire(s) physique(s) au cabinet médical est retrouvée chez plus de 40% des praticiens interrogés. Cette présence concernant la gestion des appels entrants ou la gestion des rendez-vous n'impacte pas la durée des tâches non médicales des praticiens avec des différences non statistiquement significatives retrouvées.

Les activités comptables semblent avoir un retentissement plus faible que celui attendu (moyenne de 55 minutes par semaine). Celui-ci semble en partie expliqué par le recours majoritaire à un cabinet d'expertise-comptable (66,9%) ou à un logiciel de comptabilité (17,4%).

On peut noter que près d'un quart des médecins répondants (24%) assure eux-mêmes l'entretien de leurs cabinets médicaux. Probablement lié à des causes financières, cette tâche facilement délégable occupe presque 1 heure par semaine (54 minutes en moyenne par semaine) pour les médecins généralistes.

2.2 Les tâches non médicales, impact sur l'emploi du temps des médecins généralistes

Avec en moyenne 13 heures et 6 minutes par semaine, les tâches non médicales sont une charge de travail importante pour les médecins généralistes libéraux.

Le temps de travail hebdomadaire étant majoritairement compris entre 40 et 60 heures, les tâches non médicales représentent ainsi en moyenne entre 22% et 33% de l'activité des médecins répondants.

La durée occupée par ces activités non médicales est supérieure à celle que nous attendions.

Les tâches impactant le plus l'emploi du temps des médecins généralistes sont les activités administratives comprenant la constitution du dossier administratif du patient, l'organisation et la tenue des dossiers médicaux, la gestion des courriers et des comptes rendus, la gestion des rendez-vous patients.

Ces tâches administratives représentent ainsi 6 heures et 36 minutes par semaine en moyenne.

Il apparaît que celles-ci peuvent, en partie, être déléguées à un(e) assistant(e) ou à une secrétaire physique.

Au contraire, la gestion des relations avec la CPAM (30 minutes en moyenne), la gestion des systèmes informatiques (47 minutes en moyenne) et la gestion des problématiques sociales (48 minutes en moyenne) occupent une part limitée dans la charge de travail des répondants.

Il était attendu que la gestion des problématiques sociales (liens avec des structures sociales, aides diverses aux patients isolés, conseils aux aidants...) soit plus importante. Ces activités dites « sociales » sont probablement fortement liées aux conditions socio-économiques et à l'environnement direct de la patientèle des médecins généralistes ; et ainsi beaucoup plus importante dans les zones défavorisées ou en zones rurales.

Le seul élément permettant de limiter l'impact des tâches non médicales était dans ce travail, l'installation en cabinet de groupe ou en maison de santé. Il existait ainsi une différence statistiquement significative entre l'exercice isolé et l'exercice en groupe : moyenne hebdomadaire en exercice de groupe 705,1 minutes versus moyenne en exercice isolé 893,4 minutes ($p = 0,037$).

Ainsi l'exercice en groupe permettrait de réduire la durée hebdomadaire des tâches non médicales.

La mutualisation des moyens, le partage des tâches entre praticiens et le transfert de tâches envers du personnel non médical plus généralisé peuvent expliquer cet effet.

Contrairement à ce que nous attendions, la présence d'une (ou plusieurs) secrétaire(s) physique(s) ne montrait pas de différence statistiquement significative ($p = 0,21$ et $p = 0,44$). Cela peut s'expliquer par le fait que l'emploi d'une secrétaire est souvent partagé entre plusieurs praticiens ; et que celle-ci est occupé principalement par l'accueil et éventuellement la facturation des patients, ou par la gestion des appels entrants ou la prise de rendez-vous. Ces tâches occupent une part mineure des tâches non médicales.

Il est à noter qu'il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes répondants (pour les femmes moyenne hebdomadaire de 797,2 minutes, pour les hommes 778,7 minutes, $p = 0,85$). Ainsi le genre n'affectait pas la charge des tâches non médicales sur l'emploi du temps des médecins répondants dans notre travail.

Notre étude a par ailleurs montré que les tâches non médicales avaient un impact sur le temps libre des praticiens.

59,5% affirmaient se déplacer *parfois*, 18,2% *souvent* et 9,1% *très fréquemment* sur leur lieu d'exercice les jours où ils n'avaient pas d'activité clinique pour accomplir des tâches non médicales.

De même la réalisation des tâches non médicales à domicile était généralisée : 35,5% affirmaient effectuer *souvent*, 35,5% *parfois*, et 18,2% *très fréquemment* des tâches non médicales à leur domicile.

Outre leur caractère chronophage les jours d'activité clinique, ces tâches s'immiscent ainsi dans le temps libre et de loisirs des médecins généralistes libéraux.

3. Renforcer l'attractivité de l'exercice libéral : mesures instaurées et perspectives

Devant la régression du mode d'exercice libéral chez les jeunes médecins généralistes, des mesures ont été mises en place pour restaurer l'attractivité de la médecine libérale.

La revalorisation régulière des honoraires des actes effectués par les médecins libéraux est l'une des mesures employées.

La consultation de médecine générale est ainsi passée de 23€ (cotée C) à 25€ (cotée G) au 1^{er} mai 2017. Une majoration d'autres actes concernant les médecins généralistes dont les visites à domicile (VG) et la majoration enfant généraliste (MEG) a eu lieu.

Un nouveau mode de rémunération forfaitaire a aussi été instauré en 2017 : le forfait structure. Il vise, sur une base d'objectifs remplis par le cabinet médical, à rémunérer les médecins. Une montée en puissance de ce dispositif est prévue : d'un montant de 1225€ par an en 2017, il doit être valorisé progressivement à 4600€ par an. Des critères d'informatisation (logiciels médicaux, télétransmissions) sont pris en compte.

Les syndicats de médecins libéraux ne se satisfont pas du montant de ce forfait structure et demande une forte revalorisation de celui-ci. Il devrait permettre, pour eux, de s'attacher les services d'un assistant administratif, ou d'une secrétaire, afin de se libérer d'une partie de leurs tâches administratives.

La protection sociale des médecins libéraux est un autre aspect limitant l'attractivité de ce mode d'exercice. Poursuivre les réflexions sur l'amélioration de la protection sociale des professionnels libéraux est ainsi une revendication portée par les médecins libéraux et est déjà évoquée en 2010 par le rapport du Dr Michel LEGMANN, Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins de 2007 à 2013 (39).

Abaisser le délai de carence en cas de maladie, et, dans un contexte de féminisation de la profession, accorder un avantage supplémentaire maternité est une proposition évoquée par la mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité Sociale du Sénat (40).

Un autre élément évoqué est de faire connaître l'exercice libéral dès la formation initiale en généralisant le stage ambulatoire de médecine générale au cours de l'externat ; et en allongeant sa durée (39) (40).

« Familiariser les étudiants avec la médecine de ville leur permettrait de se sentir mieux armés une fois diplômés pour s'installer et de maîtriser des outils pour appréhender au mieux la gestion de leur cabinet. Une idée à mettre en place pour les générations à venir afin de ne pas se laisser développer la peur du libéral. » confirme le Dr Yannick SCHMITT, Président d'un syndicat de jeunes médecins généralistes (ReAGJIR - Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants), en janvier 2018.

La mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité Sociale du Sénat propose en ce sens d'introduire dans la formation initiale une préparation concrète aux différents modes d'exercice de la médecine de ville (40).

Pour limiter les freins à l'installation, d'autres pistes sont à l'étude comme mieux faire connaître les aides financières visant à inciter l'installation des médecins dans les zones fragiles. Il s'agit aussi de sécuriser les conditions de l'installation des jeunes médecins par diverses formules, comme le contrat de solidarité de succession active, permettant une transition entre le médecin sortant et son successeur.

Simplifier et valoriser le recours aux statuts intermédiaires comme celui d'adjoint ou de collaborateur, serait par ailleurs susceptible de favoriser l'accès progressif à l'installation libérale.

Les sénateurs évoquent une requête des syndicats des médecins généralistes, généraliser de véritables « guichets uniques » auprès des ARS, pour informer les professionnels sur toutes les aides et pour les accompagner dans l'ensemble des démarches (40). Ce guichet unique d'accompagnement à l'installation, qui mobiliserait l'ensemble des acteurs concernés (Ordre des Médecins, URPS, ARS, collectivités...), répondrait à toutes les questions du professionnel de santé sur son installation et sur son projet de vie sur un territoire choisi (39) (40).

« Pour le moment ce guichet unique n'existe pas. Avoir un interlocuteur unique et surtout bénéficier d'un véritable accompagnement dans les démarches liées à l'installation permettraient sans doute à plus de jeunes médecins de franchir ce cap » affirme le Dr Yannick Schmitt, Président de ReAGJIR.

Favoriser des modes d'exercice plus souples et diversifiés, susceptibles d'aider les jeunes médecins à « franchir le pas » de l'installation, est à l'étude, notamment en permettant des passerelles entre fonction publique hospitalière et exercice libéral conjoint.

Cet exercice mixte verrait les charges sociales allégées sur l'activité libérale des médecins salariés (40).

Une des mesures annoncées à l'automne 2017 par le gouvernement français est de soutenir le développement des structures d'exercice regroupé : les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) et centres de santé.

Il est prévu le doublement de ces structures ; promesse d'Emmanuel MACRON, alors candidat à l'élection présidentielle de 2017. Cet objectif est confirmé dans la mesure 12 du Plan Santé « Ma santé 2022 » : « Doublement dans les 5 ans du nombre de structures d'exercice coordonné conventionnées (maisons de santé pluridisciplinaires, centres de santé...) pour atteindre le chiffre de 2000 » (41).

Une enveloppe de 400 millions d'euros de financements publics sera en ce sens allouée par le Ministère des Solidarités et de la Santé.

Ce financement intervient en complément des nombreux investissements des collectivités territoriales visant à pallier la constitution de déserts médicaux.

Travail en équipe dans le cadre d'un exercice pluridisciplinaire, mutualisation de moyens, ce mode d'exercice répond aux aspirations des jeunes médecins et est plébiscité par ceux-ci.

Alors que de nombreux syndicats de médecins libéraux (MG France, Confédération des Syndicats Médicaux Français CSMF...) proposaient depuis plusieurs années la création d'un nouveau métier, celui d'assistant médical, le président Emmanuel MACRON a récemment répondu à leur attente.

Le 18 septembre 2018, lors de la présentation du Plan Santé « Ma santé 2022 », réforme du système de santé français, le Président de la République Emmanuel MACRON a annoncé la création et le financement d'assistants médicaux. Il s'agit de la mesure 10 du Plan Santé présenté (41).

L'objectif est de libérer du temps médical pour les praticiens libéraux ; il annonce ainsi que « les professionnels estiment qu'on pourrait gagner 15% de temps médical ».

Le ministère de la Santé et des Solidarités estime que 2000 équivalents temps pleins médicaux pourraient être récupérés à l'horizon 2022 grâce aux assistants médicaux.

Historiquement, les assistants médicaux, « *clinical assistant* » ou « *medical assistant* », apparaissent à la fin des années 1950 aux Etats-Unis et ont été mis en place par de nombreux pays depuis comme au Canada, en Malaisie, en Allemagne, aux Pays-Bas, en Suisse...

Aux Etats-Unis, en 2016, le *Bureau Of Labor Statistics* recense plus de 640 000 *médical assistants* et prédit une augmentation de leurs effectifs dans la décennie à venir (progression de 29%).

En France, ces assistants médicaux viendront seconder les praticiens libéraux, généralistes comme spécialistes.

Leur fonction sera à mi-chemin entre administratif et soin. En amont de la consultation médicale, ces professionnels de santé pourraient accueillir le patient, aider à l'installation et au déshabillage, prendre les constantes, vérifier l'état vaccinal et les dépistages ; en aval effectuer la facturation, le suivi du dossier administratif, l'aide à la prise de rendez-vous chez les spécialistes ou les établissements de soins.

Des questions persistent sur la formation de ces assistants médicaux ; des pistes évoquent une formation accessible aux secrétaires médicales, et aux aides-soignants qui pourraient désormais exercer en ville.

D'ici 2022, le Président de la République évoque la création de 4000 assistants médicaux avec un déploiement dès 2019, et une priorité pour « pour les zones où les difficultés d'accès aux soins sont identifiées ».

« Si le besoin s'en fait sentir, nous en financerons autant qu'il le faut » annonce t'il.

Les modalités de financement ne sont pas établies ; une aide financière annuelle de 50 000€ par assistant médical serait accordée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) pour trois praticiens libéraux. Une enveloppe de 200 millions d'euros sera allouée en ce sens.

Comme la négociation d'un avenant conventionnel sera longue, pour 2019, il est prévu de financer initialement les assistants médicaux sur les crédits des agences régionales de santé (ARS), voire sur le nouveau fond d'innovation organisationnelle.

Des conditions et contreparties seront exigées comme le précise l'énoncé de la mesure : « à condition que ces derniers exercent en groupe, s'inscrivent dans un exercice coordonné ou une Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et s'engagent sur un bénéfice mesurable pour la population en matière d'accès aux soins (augmentation patientèle, réduction des délais de rendez-vous...) » (41).

Ces assistants médicaux répondront donc à un réel besoin de délégation de tâches non médicales (notamment les tâches administratives), mais auraient aussi des fonction soignantes (« accompagner et décharger les médecins d'actes médicaux simples » comme l'a annoncé le Président de la République).

Formation, fonctions et champs de compétences sont encore à établir après concertation des syndicats de médecins libéraux et des pouvoirs publics ; tout comme les modalités de financement qui ne sont pas clairement définies.

4. Force et limites de l'étude

4.1 Biais de sélection

Cette étude était basée sur le volontariat, de plus avec une population médicale qui est une population peu disponible et peu adhérente. Ainsi on ne peut exclure que les participants volontaires soient les médecins portant le plus d'intérêt au sujet de l'étude et les plus concernés par celui-ci ; et que ceux-ci aient été sur-représentés dans l'échantillon.

Le développement de l'accroche du questionnaire devait permettre de sensibiliser l'ensemble des médecins à l'intérêt de cette étude, et de favoriser la compliance des répondants.

Le taux de réponse de cette étude est limité à 9,4 %.

Plusieurs facteurs permettent d'expliquer ce taux de réponse.

Tout d'abord, un phénomène d'usure des participants volontaires est à craindre, les médecins recevant des sollicitations multiples pour répondre à des questionnaires notamment liés à des études de thésards.

Aussi, le taux de réponse des enquêtes menées préalablement par l'URPS Occitanie avait un taux de réponse compris entre 5 et 10% ; le taux de réponse anticipé à cette étude était, de fait, compris entre ces valeurs.

Seuls les médecins généralistes - médecins de famille étaient recrutés ; tous les médecins généralistes à exercice particulier même pour une partie de leur activité étaient exclus. Selon le Conseil de l'Ordre des médecins environ 25,4 % des médecins généralistes libéraux ont un exercice particulier (angiologie, médecine du sport, allergologie, nutrition...) (2). Le registre de l'URPS comprenait ainsi des médecins entrant dans ce cadre, abaissant le taux de réponse.

Par ailleurs, le registre de l'URPS Occitanie, sur lequel la population de l'étude était sélectionnée et qui dénombre les médecins généralistes exerçant une activité libérale, n'a pas un caractère exhaustif établi.

Cependant la taille de l'échantillon (121 répondants) reste acceptable.

L'âge de la majorité des répondants entre 50 et 60 ans est représentatif de l'âge moyen des médecins généralistes en activité ; et la pyramide des âges des répondants est comparable à celle des médecins généralistes en activité (1).

Les femmes sont légèrement sous-représentées dans l'étude (39,7%) par rapport au taux de féminisation des médecins généralistes en activité (47% ; mais sans prendre en compte le taux de salariat plus élevé chez celles-ci) (1).

Les multiples lieux d'exercice étaient représentés (zone semi-rurale 45,6%, zone urbaine 41,3%, et zone rurale 13,2%).

L'échantillon de l'étude était donc proche de la population de médecins généralistes libéraux exerçant en Occitanie.

4.2 Biais d'information

Il s'agit en premier lieu d'un biais lié à l'élaboration du questionnaire.

Ce questionnaire a été élaboré avec l'aide du directeur de thèse, puis testé par 3 médecins généralistes libéraux dont le directeur de thèse.

Cependant les tâches non médicales concernent un domaine vaste, et la volonté d'un questionnaire court et concis se heurtait à celle d'être exhaustif.

Certaines questions peuvent ainsi apparaître redondantes et la réponse au questionnaire peut être fastidieuse.

Au niveau de la quantification en durée des tâches non médicales, le nombre de questions ayant trait à cette quantification peut avoir été la source d'une lassitude, amenant à des réponses plus approximatives.

De même le caractère déclaratif des données issues du questionnaire est à l'origine d'un biais d'information.

Une « tendance à l'acquiescement » ou des « réactions de complaisance » peuvent apparaître devant le sujet consensuel de l'augmentation des tâches non médicales des médecins libéraux. Ce phénomène s'inscrit dans l'artefact de questionnement identifié par M. HERBERT, sociologue : des sujets ayant été sensibles aux signes du questionnement et les ayant interprétés peuvent être motivés pour répondre dans le sens de l'enquête.

Un biais de mémoire est aussi à l'œuvre lorsque l'on demande aux participants de quantifier sur une semaine la durée des tâches qu'ils ont effectuées.

De même la charge de travail ressentie, définie comme la perception que chacun a de sa propre charge de travail, peut varier d'un individu à un autre, et avoir amené à des variations dans l'évaluation des tâches non médicales. Les horaires auxquelles sont effectuées certaines tâches, par exemple, peuvent amener à surestimer leurs durées.

4.3 Validité externe

En confrontant nos résultats à une étude de la DREES de mars 2012 intitulée « *Les emplois du temps des médecins généralistes* » (13), nous observons que les données issues de ce travail de la DREES concernant le temps de travail sont similaires aux nôtres.

Les médecins déclaraient dans cette étude exercer leur activité libérale de médecine générale 9 demi-journées par semaine (8,5 demi-journées dans notre étude).

L'évaluation du temps de travail suivait la même tendance avec une majorité de médecins exerçant entre 46 et 65 heures par semaine.

Concernant les tâches non médicales, une proportion plus élevée affirmait disposer d'un secrétariat médical (56%) par rapport aux résultats de notre étude (46,3%) ; en notant de grandes disparités régionales relevées dans l'étude de la DREES quant à la présence ou non d'un secrétariat.

L'entretien du local était effectué par les médecins eux-mêmes ou par leur conjoint dans 19% des cas (24% dans notre étude).

Cependant l'évaluation de la durée des tâches de gestion était très inférieure à celle retrouvée dans notre étude.

Les généralistes déclaraient « avoir consacré en moyenne 4 heures aux tâches de gestion, secrétariat, comptabilité, en dehors des consultations et des visites la semaine précédant l'enquête ». 12% des médecins y consacraient 8 heures ou plus.

Dans un autre travail mené par l'IRDES en 2009 (29), plusieurs études étaient retenues pour évaluer le temps des activités administratives. Aucune de ces études n'avait comme objectif principal d'évaluer le temps non médical des médecins généralistes libéraux.

Parmi celles-ci, une étude menée sur le panel MG Provence-Alpes-Côte-d'Azur par Bruno VENTELOU, en 2005 rapportait une durée de 6 heures 30 minutes consacrée par les médecins généralistes aux tâches administratives et de gestion, sans précision. A partir des données de l'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux) Centre et Midi-Pyrénées, ces activités représentaient entre 5 et 10 heures pour 30% des généralistes.

Selon des projections liées aux différentes sources, la durée retenue pour la gestion des rendez-vous était de 1,4 heures par semaine (des médecins sans secrétariat y consacrant jusqu'à 30 minutes par jour).

Notre étude rapportait un impact beaucoup plus important des tâches non médicales (13 heures et 6 minutes en moyenne)

Plusieurs éléments peuvent expliquer l'hétérogénéité de ces évaluations.

Les tâches non médicales regroupent toutes les tâches sans valeur ajoutée médicale qu'effectuent les médecins. Elles ne peuvent ainsi se résumer à des « tâches de gestion, secrétariat, comptabilité » (13) ou « tâches administratives et de gestion » (29). Or les auteurs des travaux évoqués, remarquaient *in fine* qu'il résidait un certain flou dans la définition des tâches administratives et les différentes acceptations qu'elles recouvrent (29).

Une évaluation détaillée des tâches non médicales n'était pas réalisée dans les études de la DREES et de l'IRDES ; seule une évaluation globale et déclarative était effectuée. L'objectif principal de ces travaux n'étant pas d'évaluer ces tâches.

De plus l'entretien des locaux n'était pas pris en considération dans l'évaluation des tâches de « gestion » du cabinet. Or celui-ci peut représenter dans notre étude plus de 75 minutes dans l'interquartile supérieur.

Selon une étude réalisée sur un an pendant l'année 2017 par la start-up française Doctolib (qui fournit un service en ligne de prise de rendez-vous et de gestion des rendez-vous médicaux), concernant l'activité de 2480 médecins généralistes, leur temps de travail était évalué à 50 heures par semaine en moyenne ; leur activité de consultation représentant uniquement 31 heures par semaine. 4 heures par jour en moyenne étaient consacrées aux tâches annexes et aux formations (42).

Les tâches non médicales ont par ailleurs, selon les professionnels de santé, fortement augmenté ces dernières années : le Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins, le Docteur Patrick BOUET, affirmait le 25 mars 2018 dans une interview au magazine l'Opinion « Les médecins consacrent aujourd'hui 30 % de leur temps à accomplir des tâches administratives. Cela crée chez eux un sentiment de souffrance et de pénibilité » (43).

Notre travail est ainsi une étude préliminaire à une évaluation qualitative.

Cette étude qualitative par entretiens semi-dirigés permettrait d'évaluer avec plus de précision le retentissement des tâches non médicales sur l'activité des médecins généralistes libéraux.

CONCLUSION

Avec l'évolution de la démographie médicale et la féminisation des professions médicales, le maintien d'un accès aux soins primaires à toute la population est un enjeu de santé publique. L'exercice libéral de la médecine générale qui est la pierre angulaire du système de soins primaires est paradoxalement de plus en plus délaissé par la jeune génération médicale du fait de fortes contraintes liées à ce mode d'exercice.

La délégation de tâches à des professions paramédicales est une piste très largement étudiée, mais cette initiative ne saurait rétablir l'attractivité du mode d'exercice libéral, ni redonner pleinement du temps médical aux médecins généralistes.

Notre travail montre que les tâches non médicales représentent un fort impact sur la charge de travail des médecins généralistes libéraux.

Ces tâches facilement déléguables à du personnel non médical occupent une part importante de l'activité des praticiens libéraux.

L'aide au financement de l'équipement et des services du cabinet médical, permettant de soulager les contraintes administratives et de gestion, semble absolument nécessaire.

La mise en place du forfait structure par la CPAM est une mesure en ce sens. Mais son faible montant ne permet pas encore un investissement concret dans l'équipement et l'emploi de personnel permettant de pallier à ces contraintes.

La multiplication des cabinets de groupe et des maisons de santé, outre l'avantage de rompre l'isolement des praticiens et de faciliter la prise en charge multidisciplinaire des patients, permettrait de mutualiser la réalisation des tâches non médicales et de restreindre leur impact sur l'emploi du temps des médecins généralistes libéraux.

Les futurs assistants médicaux, dont la création est annoncée dans le Plan Santé « Ma Santé 2022 », devrait parallèlement redonner du temps médical aux médecins libéraux.

Des études qualitatives seraient souhaitables afin d'affiner le concept de tâches non médicales et de parfaire l'évaluation de leur impact sur la charge de travail des médecins, ainsi que pour évaluer les répercussions de la mise en place des assistants médicaux sur celles-ci.

BIBLIOGRAPHIE

1. Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale 2017. 2017 oct.
2. Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la demographie médicale 2016. 2016 oct.
3. Heath I. Women in medicine: Continuing unequal status of women may reduce the influence of the profession. *BMJ*. 21 août 2004;329(7463):412.
4. Rosende M. Parcours féminins et masculins de spécialisation en médecine. [Lausanne]: Faculté des sciences sociales et politiques; 2004.
5. DREES. Profil et parcours des étudiants en première année commune aux études de santé. Etudes et résultats. 2015
6. DREES. En 2016, 7 700 étudiants affectés à l'issue des premières épreuves classantes nationales informatisées. Etudes et recherches. 2017
7. Bland CJ, Meurer LN, Maldonado G. Determinants of primary care specialty choice: a non-statistical meta-analysis of the literature. *Acad Med*. 1995;70(7):620-41.
8. E. Ray Dorsey, MD, MBA; David Jarjoura, PhD; Gregory W. Rutecki, MD. Influence of Controllable Lifestyle on Recent Trends in Specialty Choice by US Medical Students. *JAMA*. 2003;290(9):1173-8.
9. Mossuz-Lavau J, De Kervasdoue A. Les femmes ne sont pas des hommes comme les autres. Odile Jacob; 1997.
10. Nathalie Lapeyre, Nicky Le Feuvre. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. *Rev Fr Aff Soc*. 2005;2005/1(1):pages 59 à 81.
11. Dumontet M. Féminisation, activité libérale et lieu d'installation : quels enjeux en médecine générale ? Analyses micro-économétriques de l'offre de soins. [Paris]: Université Paris-Dauphine; 2015
12. Borgès Da Silva R, Martel V, Blais R. Qualité et productivité dans les groupes de médecine de famille : qui sont les meilleurs ? Les hommes ou les femmes ? *61(S):210-1*.
13. DREES. Les emplois du temps des médecins généralistes. Etudes et résultats. 2012
14. DREES. Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions socio-démographiques. Etudes et résultats. 2001
15. Bozio A, Dormont B, García-Peñalosa C. Réduire les inégalités de salaires entre femmes et hommes. *Notes Cons D'analyse Économique*. 25 nov 2014;(17):1-12.

16. Weeks WB, Paraponaris A, Ventelou B. Sex-based differences in income and response to proposed financial incentives among general practitioners in France. *nov 2013;113(1-2):199-205.*
17. Gravelle H, Sutton M. Inequality in the geographical distribution of general practitioners in England and Wales 1974-1995. *J Health Serv Res Policy. 2001;6(1):6-13.*
18. Dormont B, Samson AL. Démographie médicale et carrières des médecins généralistes : les inégalités entre générations. *Economie et Statistique. 2008;414(1):3-30.*
19. Theurl E, Winner H. The male–female gap in physician earnings: evidence from a public health insurance system. *Health Econ. 1 oct 2011;20(10):1184-200.*
20. Harrisson CM, Brit HC, Charles J. Sex of the GP--20 years on. *MJA. 2011;195(4):192-6.*
21. Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie. DREES. 2004
22. Loiselet-Doulcet B. Féminisation de la Médecine Générale. [Brest]: Faculté de Médecine de Brest; 2008
23. Baril N. Les freins à l'installation rapide des internes de Médecine Générale. [Faculté de médecine de Nantes]: Université de Nantes; 2012.
24. 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 Toulouse]: Université Toulouse III; 2014
25. Camus O. L'installation en médecine générale en milieu libéral en Picardie : freins et réticences. Etude qualitative réalisée sur la promotion d'internes de médecine générale 2014, par focus groups. [Faculté de médecine d'Amiens]: Université de Picardie Jules Verne; 2015
26. Baranes D. Etude des freins à l'installation en cabinet de médecine libérale des jeunes médecins généralistes remplaçants thésés en Ile de France. [Versailles]: Universités de Versailles - Saint Quentin en Yvelines; 2016
27. URPS Bourgogne. L'avenir de la médecine libérale en Bourgogne. Enquête sur les freins et leviers à l'installation. 2011.
28. Poisson Rubi S. Le devenir socioprofessionnel des jeunes médecins généralistes issus de la faculté de médecine de Poitiers entre 1999 et 2003. [Faculté de médecine de Poitiers]: de Poitiers; 2006
29. IRDES. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. *Questions d'économie de la santé. 2009*
30. DREES. Les conditions de travail des médecins généralistes. Portrait des professionnels de santé. 2016

31. Aubertin B. Les aspirations professionnelles des futurs médecins généralistes. [Faculté de médecine de Nancy]: Université de Lorraine; 2008.
32. TNS Sofres. Les aspirations professionnelles des jeunes médecins d'Ile-de-France. 2013
33. CNOM. Rapport de la commission jeunes médecins : évolution mode d'exercice . 2009
34. Syndicat nationale des jeunes médecins généralistes. Plateforme syndicale 2016. 2015 déc 21
35. CNOM. La grande consultation. 2016.
36. Syndicat des Médecins Libéraux. La santé en France, l'urgence de vraies réformes. 2017.
37. Syndicat des Internes des Hôpitaux de Paris. Médecine libérale : secteur 2, liberté d'installation. Synthèse et proposition. 2013.
38. CNOM. Pour l'avenir de la santé, de la grande consultation aux propositions. 2017.
39. Rapport Legmann. Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale. CNOM; 2010.
39. Mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité Sociale du Sénat. Accès aux soins : promouvoir l'innovation en santé dans les territoires (note de synthèse). Sénat ; 2017.
41. Ministère des Solidarités et de la Santé. Plan Santé « Ma Santé 2022 » : Un engagement collectif. Liste des 54 mesures. Septembre 2018.
42. Etude Doctolib. "Comment travaillent les médecins généralistes ? » [Internet]. 2017
43. Mireille Weinberg. Interview Dr Bouet (Ordre des médecins) : «Pour assurer l'accès aux soins partout, sortons de l'hyper-administration». L'Opinion. 25 mars 2018;

ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE

Etude évaluant les tâches non médicales et leur impact sur la charge de travail des MG libéraux en Occitanie

1. Vous êtes de sexe :

- féminin
- masculin
- sans réponse

2. Votre âge :

- < 30 ans
- 30 - 39 ans
- 40 - 49 ans
- 50 - 60 ans
- > 60ans

3. Vous exercez :

- en cabinet individuel
- en cabinet de groupe ; nombre de médecins associés ...
- en Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) ou maison médicale pluridisciplinaires
- SI 2 ou 3 : Nombre de professionnels de santé associés :

6. Votre lieu d'exercice se situe :

- en zone urbaine
- en zone semi-rurale
- en zone rurale

4. Possédez-vous la qualité de Maître de Stage des Universités (MSU) ?

- Oui
- Non

5. Quel est votre secteur :

- secteur 1
- secteur 2

7. Vos locaux professionnels sont-ils installés à votre domicile ?

- Oui
- Non

Si non : Combien de temps mettez-vous en moyenne pour vous rendre de votre domicile à votre cabinet ? ... minutes

8. Faites-vous appel, pour la gestion de vos appels entrants, à :

- un télésecrétariat

- un(e) ou plusieurs secrétaire(s) physique(s)
- vous répondez vous-même à l'ensemble des appels entrants

9. Concernant la prise de rendez-vous pour vos patients, faites-vous appel à :

- un télésecrétariat
- un(e) ou plusieurs secrétaire(s) physique(s)
- un service de prise de rendez-vous en ligne (Doctolib®, Mondocteur®, Pagesjaunes®...)
- vous réalisez vous-même la prise de rendez-vous et la gestion de votre agenda

10. Etes-vous informatisé(e) :

- Oui :

Faites-vous usage : . d'un logiciel médical (dossier patient informatisé)

. d'un logiciel de gestion des télétransmissions

Faites-vous appel à un service de maintenance informatique pour votre matériel :

. Oui

. Non

- Non

11. Concernant la comptabilité, faites-vous appel à :

- un cabinet d'expertise comptable
- un logiciel de comptabilité
- vous faites vous-même votre comptabilité (tableur type excel, version papier...)

12. Etes-vous équipé d'un terminal de paiement par carte bancaire (paiement CB accepté) ?

- Oui

- Non

13. Concernant l'entretien du cabinet, faites-vous appel à :

- un agent d'entretien que vous employez
- une société d'entretien de locaux professionnels
- vous réalisez vous-même l'entretien de vos locaux

14. Combien de temps mettez-vous en moyenne par semaine pour effectuer les tâches suivantes ?

En cas de tâches quotidiennes ou au contraire ponctuelles (fréquence < 1 fois semaine), estimez en moyenne par semaine quelle durée représentent l'exécution de ces tâches.

A- ACTIVITES ADMINISTRATIVES

▫ **Constitution dossier administratif sans « valeur médicale ajoutée »** (aucun examen clinique réalisé) **et hors certificat** : dossier MDPH - APA - EHPAD, renouvellement ALD ...

... minutes

▫ **Organisation et tenue des dossiers médicaux** (informatisés ou papier)

... minutes

▫ **Gestion des courriers et compte-rendus** : tri, classement, numérisation de documents (scanner les compte-rendus, lettres de confrères...), archivage

... minutes

▫ **Comptabilité** :

- Gestion tiers payant : télétransmissions feuilles de soins et contrôle retour NOEMIE - vérification des règlements, gestion des rejets et des impayés
... minutes

- **Gestion des chèques** : endossage, émission des bordereaux de remise, dépôts à la banque
... minutes

- **Préparation de votre comptabilité** : gestion compte bancaire, suivi de trésorerie, saisie de notes de frais et factures, envoi des factures...
... minutes

▫ **Gestions des contrats et relations avec les prestataires de services** (informaticien, logiciel métier...), **gestion des employés** (bulletin de paie...) *si statut employeur*
... minutes

▫ **Commande - réception / déplacement - achat en commerces physiques de matériels médicaux et fournitures de bureaux** (papeterie, cartouches imprimantes, dossier archivage...)
... minutes

B- TENUE AGENDA : **gestion des rendez-vous** (réponses téléphoniques aux patients pour prise de rendez-vous, échanges avec société de télésecrétariat ou temps passé sur agenda physique ou dématérialisé)
... minutes

C- INFORMATIQUE :

- **Entretien du matériel informatique** (mise à jour logiciel métier, logiciel antivirus... ; nettoyage du disque, défragmentation...) **et de l'imprimante**
... minutes

- **Résolution de « bugs » informatiques** (bug ordinateur, logiciel médical, logiciel télétransmission...)
... minutes

- **Réalisation de sauvegardes informatiques des dossiers patients** (initiation de la sauvegarde, gestion du disque dur...)
... minutes

D- GESTION PARCOURS PATIENT ET CONTINUITÉ DES SOINS :

- **prise de rendez-vous chez un spécialiste, un autre confrère ou un autre professionnel de santé pour un patient**
... minutes

- **gestion d'entrée en hospitalisation d'un patient et gestion transport hors transmission clinique** (appel établissement de santé, appel centre 15...)
... minutes

- **organisation continuité et permanence des soins** (soirée - mail pour organisation des astreintes, gestion de l'organisation - coordination du cabinet de groupe ou de la MSP)

... minutes

- **gestion des remplacements** (recherche d'un remplaçant, réalisation des contrats, présentation du cabinet, retours post-remplacement hors transmissions cliniques)

... minutes

E- RELATION AVEC LA CPAM

- **Entretien avec délégués médicaux de la CPAM**

... minutes

- **Commande et réception formulaire Cerfa CPAM**

... minutes

- **Résolution de problèmes techniques** (carte CPS défectueuse ou bloquée, échec télétransmissions, site ameli.fr inopérant...)

... minutes

F- ENTRETIEN DU CABINET

- entretien quotidien - pluriquotidien : désinfection surfaces et matériel médical

... minutes

- entretien courant : sols, poussières, entretien sanitaires, entretien frigo...

... minutes

- gestion des déchets ménagers et biologiques

... minutes

G- AUTRES

- **gestion de problématiques sociales** (liens avec structures sociales, aides diverses aux patients isolés, conseils aux aidants...)

... minutes

- autres : précisez et estimation du temps passés en minutes ...

15. Combien de demi-journées exercez-vous votre activité médicale libérale ?

...

16. En moyenne, à combien estimez-vous votre temps de travail hebdomadaire en exercice libéral (temps médical et tâches non médicales dont administratives comprises) ?

- < 20h

- entre 20 et 30h

- entre 30 et 40h

- entre 40 et 50h

- entre 50 et 60h

- > 60h

17. En dehors de votre exercice médical libéral, exercez-vous d'autre(s) activité(s) professionnelle(s) (activité salariée ou non) ?

- Oui : Précisez la fonction ou l'activité professionnelle exercée : ...
- Non

18. Combien de semaine de congés prenez-vous par an ?

...

19. Vous arrive-t-il de vous déplacer sur votre lieu d'exercice les jours où vous n'avez pas d'activité clinique pour accomplir des tâches non médicales ?

- jamais
- parfois
- souvent
- très fréquemment

20. Vous arrive-t-il de réaliser des tâches non médicales à votre domicile ?

- jamais
- parfois
- souvent
- très fréquemment

21. Un membre de votre entourage ou votre conjoint vous aide-t-il pour la réalisation des tâches non médicales ?

- jamais
- parfois
- souvent
- très fréquemment

ANNEXE 2 : COURRIEL INTRODUISANT LE QUESTIONNAIRE

Chère consœur, cher confrère,

Redonner du temps médical à votre activité est une de vos priorités et une revendication forte portée par vos représentants (« La grande consultation » menée fin 2015 et le « Projet de réforme » présenté en février 2017 par le Conseil National de l'Ordre des Médecins).

Aucune enquête n'a évalué précisément le temps que vous consacrez à l'ensemble des tâches non médicales (notamment administratives).

J'ai donc élaborer un projet de thèse, visant à identifier l'ensemble des tâches non directement liées aux soins et quantifier le temps de travail qu'elles représentent pour votre activité.

Et ce pour **l'ensemble des médecins généralistes libéraux installés sur le territoire de l'ancienne région Languedoc-Roussillon, et qui exerce comme activité principale la pratique clinique de la médecine générale.**

Cette étude concerne uniquement les médecins généralistes libéraux installés, et médecins collaborateurs participant à la gestion du cabinet.

Je suis, pour ce travail de thèse, sous la direction du Dr Marc Garcia, médecin généraliste libéral et responsable du pôle organisation des soins du Département de Médecine Générale de Montpellier.

Répondre au questionnaire vous demandera environ 5 minutes.

Voici le lien du

questionnaire : https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe3Ct8dxE1uH5INTEIvCca325zXFtX5YQuSMDq9ckn7NryFnQ/viewform?usp=sf_link

Je vous remercie par avance du temps que vous pourrez consacrer à cette étude ; et ainsi assurer la pertinence de notre évaluation.

Les données seront traitées de manière anonyme et analysées de façon globale.

Si vous désirez connaître les résultats principaux de mon travail de thèse ou si vous avez des remarques ou suggestions, vous pouvez m'adresser un courriel à l'adresse suivante :

jbaptisteprunieres@gmail.com

Bien confraternellement,

Jean-Baptiste PRUNIERES
Interne en médecine générale

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.*

RESUME

Introduction

Dans un contexte d'évolution de la démographie médicale, redonner du temps médical à l'activité des médecins libéraux activité est l'une des priorités. L'objectif principal de cette étude était de déterminer quelles étaient les tâches non médicales effectuées par les médecins généralistes libéraux et quelle charge de travail elles représentaient pour ceux-ci.

Matériels et méthode

Une étude quantitative descriptive transversale a été réalisée entre novembre et décembre 2017. Le recueil des données a été effectué par questionnaires auto-administrés envoyés par courriels aux médecins généralistes libéraux enregistrés au registre de l'URPS Occitanie. Une analyse des données a été effectués de manière descriptive et quantitative par test de Student et une analyse de variance avec pour seuil de significativité de $p < 0,05$.

Résultats

121 réponses au questionnaire ont été analysées. Le taux de réponse était de 9,4%. L'ensemble des tâches non médicales représentaient en moyenne 13 heures et 6 minutes par semaine. Les tâches administratives étaient les principales tâches non médicales en terme de durée (6 heures et 36 minutes). Il existait une différence statistiquement significative entre les praticiens exerçant en groupe (705,1 minutes) et les praticiens exerçant seul (893,4 minutes) avec $p = 0,04$. Le genre ou la présence d'une secrétaire physique au cabinet ne montraient pas de différence statistiquement significative ($p = 0,85$ et $p = 0,21$).

Conclusion

Les tâches non médicales représentent un fort impact sur la charge de travail des médecins généralistes libéraux. Ces tâches facilement déléguables à du personnel non médical occupent une part importante de l'activité des praticiens libéraux.

Mots-clés : tâches non médicales - tâches administratives - temps médical - temps de travail - charge de travail - assistant médical - exercice libéral - médecin généraliste