



HAL
open science

Réflexions sur l'organisation du travail des médecins généralistes à travers leur nombre de patients et la qualité des soins

Sara Ronin

► **To cite this version:**

Sara Ronin. Réflexions sur l'organisation du travail des médecins généralistes à travers leur nombre de patients et la qualité des soins. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03472770

HAL Id: dumas-03472770

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03472770v1>

Submitted on 9 Dec 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 - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

UNIVERSITÉ DE PARIS

Faculté de Santé

UFR de Médecine

Année 2020

N° 33

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 31 mars 2020

Par

Sara RONIN

**Réflexions sur l'organisation du travail des médecins généralistes à
travers leur nombre de patients et la qualité des soins**

Dirigée par M. le Docteur Sylvain Emy

JURY

M. le Professeur Serge Gilberg, PU-PH

Président

M. le Docteur Sylvain Emy

Directeur

M. le Professeur Frédérique Noël, PA

Membre du jury

Mme la Docteure Stéphanie Sidorkiewicz, MCU

Membre du jury

Tables des matières

Remerciements _____	5
Listes des abréviations _____	6
Introduction _____	7
Première Partie : Mode d'exercice des médecins généralistes _____	9
1. Perte de densité médicale _____	9
2. Freins à l'installation _____	10
3. Durée de travail _____	10
4. Augmentation de la demande de soins _____	11
5. Impact sur les médecins généralistes _____	12
Deuxième partie : Qualité des soins en médecine _____	14
1. Définition _____	14
a. Efficacité _____	14
b. Adéquation _____	15
c. Efficience _____	15
d. Sécurité _____	15
e. Accessibilité _____	15
f. Réactivité _____	15
g. Equité _____	15
h. Prise en compte des besoins exprimés par le patient _____	16
2. Evaluation de la qualité des soins _____	16
3. Approche centrée patient _____	17
4. Le professionnalisme _____	18
Troisième partie : Matériel et Méthode _____	19
1. Objectif de l'étude _____	19
2. Population étudiée _____	19
3. Données recueillies _____	19
4. Critère de jugement principal _____	20
5. Méthode de recueil _____	20
6. Méthode et analyse des données du questionnaire _____	21
Quatrième partie : Résultats _____	22
1. Descriptif _____	22
a. Taux de réponses _____	22
b. Caractéristiques des médecins _____	24
c. Caractéristiques de la patientèle _____	24
2. Critères organisationnels _____	25

a.	Le délai d'obtention du rendez-vous _____	25
b.	La durée moyenne d'un rendez-vous _____	27
c.	Les horaires d'ouverture _____	28
d.	La présence de créneaux de rendez-vous libre et d'urgence _____	29
e.	L'existence d'un logiciel d'aide à la prescription _____	29
3.	Critères liés à la satisfaction du médecin _____	30
a.	L'environnement de travail _____	30
b.	La satisfaction dans l'exercice de leur travail _____	31
c.	L'évolution de la qualité de vie au travail _____	33
d.	La valorisation dans l'exercice de leur travail _____	35
e.	L'anxiété secondaire à l'exercice _____	36
f.	La satisfaction de la rémunération _____	37
4.	Critères annexes _____	38
a.	La relation de confiance et attentes des patients _____	38
b.	Le temps d'une consultation, les explications de prescriptions _____	39
c.	La facilité de contacter un service hospitalier pour avoir un avis _____	40
d.	L'implication dans le dépistage du cancer colo-rectal _____	40
e.	L'utilisation de l'intervention brève pour lutter contre le tabagisme et l'alcoolisme _____	40
f.	La réévaluation des situation difficiles _____	41
g.	La formation et les groupes d'échanges de pratiques _____	42
h.	L'équité des soins _____	43
i.	Le pourcentage de CMU _____	43
5.	Synthèse des résultats _____	44
	Cinquième partie : Discussion _____	47
1.	Limites de l'étude _____	47
a.	Biais d'information : nombre de patients déclarés par médecin traitant _____	47
b.	Charge de travail _____	47
c.	Faible taux de réponse _____	48
d.	Biais de sélection _____	48
e.	Définition de la qualité des soins _____	49
f.	Critères du RIAP et ROSP _____	49
2.	Interprétation des résultats _____	49
a.	Nombre de patients quotidiens _____	49
b.	Profil de médecins _____	51
c.	La satisfaction du médecin généraliste _____	51
d.	La sécurité des soins _____	54

1. Logiciel de prescription _____	54
2. Le Développement Personnel Continu _____	54
3. Evènement Indésirable Associé aux Soins _____	55
e. L'efficacité des soins _____	56
f. L'accessibilité _____	57
1. L'accessibilité passe par le nombre de consultations _____	58
2. L'accessibilité passe par la durée de consultation _____	58
3. L'accessibilité passe par l'accès aux soins _____	59
4. L'accessibilité passe par l'accès aux spécialistes _____	60
g. L'équité des soins _____	60
h. La communication _____	62
i. L'organisation de la structure de soins _____	62
3. Synthèse _____	65
Conclusion _____	67
BIBLIOGRAPHIE _____	68
Annexe : Questionnaire _____	72

Remerciements

Un grand merci à monsieur le Docteur Sylvain Emy pour m'avoir fait confiance en me proposant ce sujet de thèse et de m'avoir guidée tout au long de ce travail. Grâce à lui, ce premier stage dans un cabinet de médecine générale a été une révélation et une confirmation de mon choix d'exercice.

A Monsieur le Professeur Serge Gilberg, qui me faire l'honneur de présider le jury de ma thèse. Je le remercie pour son accompagnement et pour mon stage de en tant qu'interne SASPAS qui m'a permis de débiter mes remplacements de manière plus autonome et sereine. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma reconnaissance.

A Madame le Professeur Frédérique Noël et Madame le Docteur Stéphanie Sidorkiewicz. Merci de m'avoir fait l'honneur de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

A tous les médecins du cabinet Olivier Noyer, qui m'ont fait découvrir avec indulgence et pédagogie la médecine générale et m'ont conforté dans le choix de cet exercice.

A tous les médecins, sages-femmes et infirmiers de la Maison Médicale de St Cloud. Je les remercie de contribuer à mon apprentissage et de me faire découvrir un mode d'exercice et une conception de la médecine en adéquation avec mes projets de vie.

A tous les médecins que j'ai eu la chance de côtoyer tout au long de mon parcours.

A mes parents, à Eliot, Arthur, Margaux, Mamouchka qui m'ont soutenue et guidée durant ce long parcours. Merci d'avoir cru en moi dès le premier jour. Merci pour votre patience, votre amour, vos conseils et votre présence.

A Séverine et Mathilde qui m'ont accompagnée dès notre première rencontre. Merci d'avoir été là dans les moments de fêtes, de joie et dans les virages les plus difficiles.

A Ines. Merci pour cette belle rencontre en début d'internat. Merci pour ta gentillesse, ta joie de vivre, ta disponibilité et ton professionnalisme. J'ai découvert un confrère épaté et une amie extraordinaire.

A Marion, Floriane, Cindy, Marion, Carole.... A nos débuts ensemble. Pour votre soutien et tous ces moments passés ensemble : un immense merci.

A Paul. Soit remercié pour ton amour, ton soutien dans les moments de doutes et ton aide dans la réalisation de ce travail. J'espère que tu seras aussi fier de moi que je le suis de toi. A cette belle étape qui nous franchissons ensemble et à toutes celles à venir ...

Listes des abréviations

ALD : Affection Longue Durée

AME : Aide Médicale de l'Etat

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ANDEM : Agence Nationale de Développement pour l'Evaluation Médicale

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DPC : Développement Personnel Continu

DRESS : la Directions de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ECN : Epreuve Classante Nationale

EIAS : Evénement Indésirable Associé aux Soins

EIG : Evénement Indésirable Grave

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

HAS : Haute Autorité de Santé

IFOP : Institut Français d'Opinion Publique

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

INSEE : Institut National de la Statistiques et des Etudes Economiques

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RIAP : Relevé Individuel d'Activité et de Prescription

ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique

SNIIRAM : Système National d'Information Inter-Régime de l'Assurance Maladie

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

Introduction

En France métropolitaine, la démographie médicale est en diminution alors que la population augmente (1).

La pénurie de médecins généralistes pose un problème de santé publique. Celle-ci pourrait s'expliquer par la diminution du *numerus clausus* dans les années 1990 et par l'augmentation des médecins partant à la retraite, comme le révèle l'atlas de la démographie médicale de 2018 (2).

En 2016, un article sur les départs à la retraite des médecins rapporte que l'âge moyen de départ est de 65 ans (3). Face à ces départs annoncés, trop peu s'installent : la densité de médecins généralistes en ambulatoire est inférieure à la demande de soins.

En effet, les nombreuses aides à l'installation ne suffisent pas à motiver les jeunes médecins. Ces derniers ne souhaitent plus s'installer et choisissent un autre mode d'exercice tel qu'un travail salarié (4).

Devant une hausse de la demande de soins, du nombre de recours urgents et programmés, l'agenda des médecins généralistes se remplit. Le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous s'allonge : jusqu'à 8 jours comme le révèle l'enquête IFOP en 2017, soit deux fois plus long qu'en 2012.

Les cabinets de ville sont débordés. En 2019, les généralistes déclarent travailler entre 52 et 60 heures par semaine, avec une moyenne hebdomadaire de 54 heures et une durée de 18 minutes par consultation (5).

Ainsi leur offre de soins proposée ne permet pas toujours de répondre à la demande des patients. Des réflexions s'articulent autour d'éventuelles solutions comme augmenter le nombre de consultations ou la durée de rendez-vous.

D'après plusieurs revues de littérature, des consultations plus longues en médecine générale sont associées à une amélioration de la qualité des soins (6–8). Cependant le temps est une ressource limitée. Des consultations plus longues peuvent réduire l'accès aux soins et une augmentation de la durée du travail engendrer une certaine insatisfaction (9).

Parallèlement en 2007, des études sur le repos de sécurité ont montré un lien entre les heures de travail excessives et la survenue d'évènements indésirables associés aux soins (EIAS) : la moitié des médecins généralistes exerçant souffrirait de burn-out (10). Ce syndrome d'épuisement professionnel se traduit par « *l'épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel* ».

Ainsi, l'augmentation de la demande de soins et la diminution du nombre de médecins généralistes soulèvent des interrogations.

La patientèle est à prendre en compte lorsque nous évoquons la charge de travail d'un médecin généraliste. Celle-ci regroupe l'ensemble de ses patients et ne peut pas être réduite à son seul volume. Car les critères qui la caractérisent peuvent être nombreux et spécifiques à chaque médecin : l'âge, les pathologies chroniques et de longue durée, la précarité, etc.

Pour favoriser la coordination et la continuité des soins, les patients doivent déclarer un médecin traitant. Or, ils peuvent être amenés à voir un autre praticien : indisponibilités, facilité géographique, etc. De même, ils ne consultent pas tous leur médecin à la même fréquence. Ceux qui présentent une pathologie chronique ou les personnes âgées reconsultent plus régulièrement, les nourrissons et les enfants eux bénéficient d'un suivi comprenant des rendez-vous obligatoires, etc.

La charge de travail d'un médecin généraliste ne repose donc pas uniquement sur le nombre de patients déclarés, mais également sur le nombre de consultations créées.

À la vue de ces données, nous nous proposons d'étudier la question suivante :

Quel lien existe-t-il entre la qualité des soins et le nombre de patients vus quotidiennement par un médecin généraliste en ville ?

Première Partie : Mode d'exercice des médecins généralistes

1. Perte de densité médicale

Le dernier tableau de la démographie médicale de l'Ordre des Médecins (2) recense 87 801 médecins généralistes en activité régulière en 2018, soit une diminution de 7% des effectifs depuis 2010 et de 0,4% depuis 2017. Ce nombre pourrait atteindre 81 804 en 2025. Si cette réduction concerne l'ensemble du territoire français, une inégalité régionale existe : entre 2007 et 2017, la Bretagne enregistre la plus grande décroissance (-30%) et l'Île-de-France se situe en troisième position (-15,5%). Les Pays-de-Loire sembleraient être moins touchés.

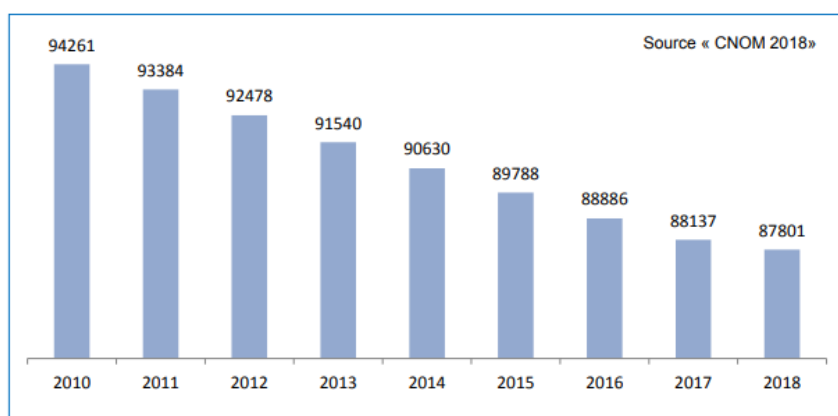


Figure 1. Source : Conseil National de l'Ordre des Médecins. Evolution des effectifs des médecins généralistes en activité régulière depuis 2010 (valeurs absolues)

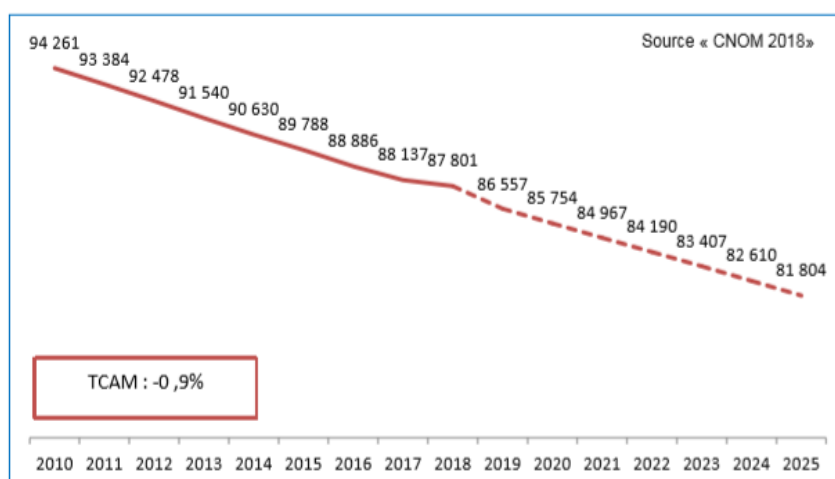


Figure 2. Source : Conseil National de l'Ordre des Médecins. Projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025 (valeurs absolues)

2. Freins à l'installation

La médecine générale libérale est moins attractive ces dernières années. Plusieurs thèses d'exercice (11,12) se sont intéressées aux freins à l'installation des jeunes médecins généralistes en cabinet ambulatoire, qui préfèrent se tourner vers un autre mode d'exercice (4).

Ce constat repose essentiellement sur l'importance des charges financières et administratives. L'isolement, le confort, la qualité de vie et la présence d'un conjoint sont des arguments majeurs influençant la durée de travail, le mode et le lieu d'exercice (13).

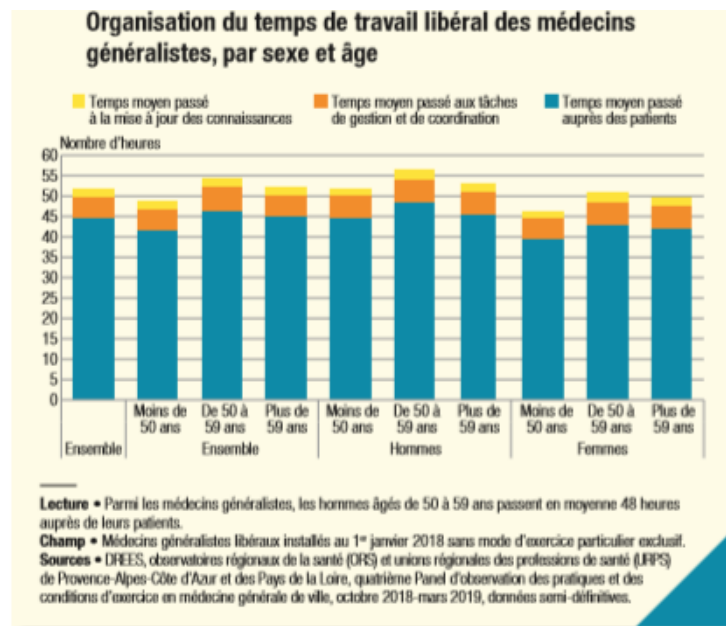
Selon plusieurs études et enquêtes de l'Ordre (1,14), la régulation actuelle du temps de travail serait liée à une tendance générationnelle, devant un exercice professionnel plus complexe, et non, à la féminisation de la population médicale (14,15).

3. Durée de travail

Le temps de travail hebdomadaire consacré aux activités de soins dans le cadre libéral ne représente que 61% de leur temps de travail global : s'ajoutent les astreintes, les gardes, la gestion du cabinet (part administrative, prise de rendez-vous, etc.), les conseils téléphoniques aux patients, le courrier et le contact avec les correspondants, l'actualisation des connaissances et les formations, les visiteurs médicaux, etc. (5,9,16). 44 heures et 30 minutes seraient ainsi consacrées aux patients sur les 54 heures de travail hebdomadaires moyennes des médecins.

L'article de 2012 de la DRESS, concernant l'emploi du temps des médecins généralistes, rapporte que ce temps semble moins important dans les cabinets de groupe. 42% des médecins généralistes interrogés, ont déclaré « *qu'ils auraient souhaité travailler moins, mais qu'il n'y a personne pour les suppléer ou les remplacer en leur absence* ».

En 2006, la DRESS révélait que la durée moyenne de rendez-vous était de 16 minutes (17). Cette durée s'est prolongée de 2 minutes, atteignant 18 minutes selon le dernier rapport de 2019. Les caractéristiques du patient et son histoire médicale peuvent entraîner une grande variabilité. Ainsi les jeunes enfants, les personnes âgées, celles atteintes d'une affection longue durée (ALD), les patients consultant pour la première fois ou ayant recours au médecin pour des problèmes psychologiques ou psychiatriques ont des durées de rendez-vous plus longues, pouvant parfois, être à l'occasion d'un retard plus ou moins conséquent. En effet, pour un patient sur six, la durée d'attente du médecin est jugée excessive (18).



4. Augmentation de la demande de soins

Face à une démographie nationale en pleine expansion, la population vieillissante croît. Selon l'Institut National de la Statistiques et des Etudes Economiques (INSEE), le nombre d'habitants en France le 1^{er} janvier 2019 était de 66 992 699. Les habitants âgés de 65 ans et plus représentent 20% de la population contre 19,3 % en 2017. Leur part a augmenté de 4,3 points en 20 ans. Parmi eux, les habitants de plus de 75 ans représentent près d'un habitant sur dix.

L'augmentation de la demande de soins se heurte au délai d'obtention d'un rendez-vous, directement lié aux départs des médecins et au faible nombre de nouveaux installés.

En 2003, une étude réalisée au sein de services d'urgences (19) a étudiée la volonté des patients « *non urgents* » à être réorientés au sein d'unités de soins primaires et de recueillir les raisons qui les ont poussés à accepter ou à refuser cette réorientation. Cette même année, une enquête nationale s'est intéressée aux patients pris en charge aux urgences afin de mieux connaître leurs principales caractéristiques, les motifs pour lesquels ils y recourent et leur parcours ultérieur (20).

La réorientation de ces patients est limitée par les horaires d'ouverture et par les compétences techniques et spécifiques des médecins. Les restrictions d'horaires, les difficultés d'obtention rapide d'un rendez-vous chez le médecin généraliste et l'aspect économique sont des

arguments que prônent les patients lorsqu'ils expliquent les raisons qui peuvent les conduire aux urgences.

Certains patients s'orientent vers les services d'urgences car ils ne connaissent pas le fonctionnement du système de soins en ville. En effet, une étude similaire (21) révèle que 67% des patients interrogés ne savaient pas qu'il était possible d'obtenir une radiographie sans ordonnance en ville. Et seulement 20% des répondants savaient qu'il était possible de contacter un médecin de garde.

5. Impact sur les médecins généralistes

Près d'un médecin sur deux souffrirait d'un processus multidimensionnel associant des facteurs personnels et organisationnels : le burn-out (10,22,23).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le burn-out se caractérise par « *un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail* ».

Le burn-out résulterait ainsi d'un déséquilibre entre les ressources et les exigences auxquelles le médecin est soumis.

Ce syndrome comprend 3 symptômes d'intensité progressive (24) :

- « *Un épuisement émotionnel marqué par un manque de motivation et d'entrain au travail, et une sensation que tout est difficile, voire insurmontable* » ;
- « *Une réduction de l'accomplissement personnel : le soignant s'évalue négativement, se trouve incompetent et sans utilité pour ses patients, diminuant ainsi l'estime qu'il a de lui-même en tant que professionnel et supportant donc moins les efforts qu'il doit faire pour surmonter son épuisement* » ;
- « *Une tendance du soignant à dépersonnaliser ses patients ou clients qui sont vus de manière impersonnelle, négative, détachée voire cynique* ».

Ce déséquilibre peut être favorisé par un âge élevé, un nombre important d'années d'exercice et de consultations quotidiennes, une activité solitaire, un isolement affectif, le recours à des psychotropes, etc.

A l'inverse avoir des loisirs, un remplaçant, un secrétariat, etc. constituent des facteurs protecteurs.

Plusieurs travaux soulignent qu'un médecin en souffrance risque d'altérer sa qualité de prise en charge (25–27) avec la survenue d'erreurs médicales. Pour lui-même, il risque de développer une addiction, des troubles psychiatriques, etc. et dans les cas les plus graves aboutir au suicide.

En 2007, l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) de l'Île-de-France s'est interrogée sur l'épuisement professionnel des médecins et les facteurs de stress (10,24). De nombreux témoignages ont été recueillis. Les principales causes de l'épuisement professionnel retrouvées sont : « *excès de paperasserie* », « *non reconnaissance de l'action du médecin* », « *charge de travail* », « *augmentation des contraintes collectives* », « *longueur des journées* », « *exigences des patients* », etc. 53% des médecins interrogés se sentiraient menacés par le burn-out. Les généralistes, célibataires et exerçant en secteur 1 seraient les plus touchés. Parmi les interrogés, 12,2% envisageraient même de changer de profession.

Dans de nombreux pays, la surcharge de travail des médecins généralistes crée une insatisfaction et un stress important. En 2015, une étude en Angleterre (28) s'est intéressée aux conséquences de cette insatisfaction : elle provoque des réductions du temps de travail et des départs à la retraite anticipée, et donc, une diminution de l'offre de soins.

L'approche du médecin est centrée sur le patient et son écoute, ses besoins, etc. Implicitement la société attend du médecin qu'il soit en bonne santé. Si ce dernier souffre le patient ne doit pas en être inquiété. Le médecin est seul face à sa souffrance et à la demande de soins, toujours plus grande.

Cette prévalence élevée du burn-out chez les médecins généralistes reflète un problème de santé publique.

Deuxième partie : Qualité des soins en médecine

1. Définition

La qualité des soins provient de concepts industriels du début du XXème siècle.

Aucune définition consensuelle de la qualité des soins en médecine n'a été déterminée.

Celle, la plus largement employée, vient de l'Institut de Médecine des Etats-Unis. Elle précise que la qualité est : « *la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment* » (29).

Le Docteur en médecine Avedis Donabedian (1919-2000) est l'un des premiers à avoir défini la qualité des soins en santé. Il parle de qualité en termes de soins qui « *maximisent le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfice/risque à chaque étape du processus de soins* ».

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé, elle se définit comme le fait que « *chaque patient doit recevoir la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains, à l'intérieur du système de soins* ».

Cette dernière définition, au travers de son aspect multidimensionnel, a été modifiée de nombreuses fois, incorporant d'autres points de vue, notamment celui des patients. Au fur et à mesure, la relation de confiance, entre le médecin et son patient, est devenue une notion très fondamentale.

Ainsi différentes dimensions sont intégrées dans la qualité des soins : l'efficacité, l'efficience, la sécurité, l'accessibilité et la réactivité. La Haute Autorité de Santé complète ces critères (30) avec l'adéquation, l'équité et la prise en compte des besoins exprimés par le patient.

a. Efficacité

Elle correspond à la capacité de réaliser des soins nécessaires, à condition qu'ils soient bien dispensés à ceux qui en ont besoin. Ces soins doivent correspondre aux besoins cliniques et se baser sur des recommandations médicales.

Les indicateurs de mortalité, de morbidité par groupe cible, cause, etc. et les taux d'incidences de certaines pathologies permettent de la mesurer.

En revanche, certains indicateurs sont inexistantes comme ceux concernant la qualité technique des soins donnés, la gestion de soins, le taux d'hospitalisation évitées, etc.

b. Adéquation

Les professionnels s'appuient sur les dernières connaissances scientifiques disponibles pour prodiguer des soins appropriés aux patients.
Elle renvoie à la notion d'efficacité.

c. Efficiences

Elle se réfère à l'utilisation optimale des ressources disponibles pour obtenir les meilleurs résultats, évoquant ainsi la capacité d'un système de santé à fonctionner à moindre frais. L'étude des indicateurs concerne les niveaux de ressources consacrés au système de santé.

d. Sécurité

Elle repose sur le principe de ne pas nuire aux malades. Il s'agit de la capacité d'empêcher ou d'éviter les résultats indésirables qui pourraient résulter des soins. Quatre domaines d'indicateurs sont utilisés pour la mesurer : les infections nosocomiales, les événements sentinelles (oublis de corps étranger dans le champ opératoire, erreur de groupage sanguin, accidents liés à la transfusion), les complications opératoires et postopératoires et les autres événements indésirables.

e. Accessibilité

Elle désigne la facilité avec laquelle le patient accède aux services de santé, au bon moment et au bon endroit.

Plusieurs dimensions s'y intègrent : la situation géographique, l'aspect financier, la dimension socio-psychologique, la notion d'équité et de coordination et continuité des soins, et leur accès dans un délai opportun.

Pour la mesurer, les indicateurs se rapportent à la disponibilité des professionnels de santé et l'accès aux soins hospitaliers : les problèmes d'accès liés au coût des soins, la durée d'attente pour voir un médecin généraliste et spécialiste, les délais d'attente aux urgences, pour la chirurgie programmée et les sorties retardées.

Des données sur les disparités d'accès (géographiques, socio-économiques, etc.) font défaut.

f. Réactivité

Elle renvoie au respect des patients, à leur dignité, à la confidentialité, à l'empathie et à l'information dont le patient dispose sur sa maladie. Elle se réalise au travers de la coordination et de la continuité des soins.

Les principaux indicateurs se concentrent sur la coordination entre les soins ambulatoires et hospitaliers.

Des données manquent concernant les besoins et le point de vue des patients.

g. Equité

Les soins sont donnés de manière appropriée et impartiale au patient.

h. Prise en compte des besoins exprimés par le patient

Les soins doivent prendre en compte les attentes, les préférences, les besoins et les valeurs du patients. Ces derniers doivent avoir compris les explications transmises par les médecins.

Trois autres champs d'investigations viennent compléter ces notions :

- La qualité de la structure, se rapportant essentiellement aux normes des équipements et des établissements ;
- La qualité du processus de soins, correspondant à l'interaction entre patients et praticiens ;
- Les résultats finaux, apportant des informations sur l'état de santé des patients et leur amélioration.

Plusieurs niveaux de qualité peuvent être explorés :

- Pour un ou des soins spécifiques ;
- Pour un groupe de soins fournis par un ou plusieurs professionnels de santé ;
- Au niveau d'un ou plusieurs établissements de santé ;
- Au niveau du système de santé.

La qualité des soins a une dimension multidimensionnelle (31). Elle dépend à la fois des caractéristiques techniques et relationnelles des professionnels de santé. Le lien entre le patient et le médecin devient primordial, car la confiance établie conditionne l'adhésion du patient au projet de soin proposé par son médecin. Les soins s'inscrivent donc dans une démarche centrée sur le patient et son entourage, la responsabilité des soins proposés et donnés est partagée entre le patient et le médecin.

2. Evaluation de la qualité des soins

La qualité des soins s'est développée avec la création en 1989 de l'Agence Nationale de Développement pour l'Evaluation Médicale (ANDEM).

Des groupes d'évaluation médicale ont été créés et ont réalisé des évaluations des pratiques sous forme d'audits.

En 1997, les activités de l'ANDEM ont été reprises par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES).

Celles-ci ont été élargies avec le programme d'amélioration de la qualité dans les hôpitaux.

En 2004, la Haute Autorité de Santé (HAS) poursuit les activités de l'ANAES et de l'Agence du Médicament.

L'accréditation des hôpitaux se poursuit avec la certification.

Sur le plan individuel, l'accès à la profession médicale est réglementé et l'exercice soumis à la Loi et au Code de déontologie médicale.

Les médecins ont l'obligation de se former et d'effectuer des demi-journées de formation continue et de participer à l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), relevant du Développement Professionnel Continu (DPC) depuis juillet 2009 (16).

En 2008, un rapport de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) s'est intéressé à la qualité des soins en France et à la possibilité de la mesurer pour l'améliorer (32).

Certains indicateurs utilisés ont été mentionnés ci-dessus : les indicateurs de morbi-mortalité, les taux d'incidence de survenue de pathologie, les niveaux de ressources consacrés au système de santé, les événements indésirables, etc.

En se concentrant sur l'évaluation des pratiques personnelles et moins à l'exercice coordonné de la médecine générale, ces indicateurs semblent peu adaptés à ce champ de la médecine. L'information et la satisfaction des patients sont également mal représentées.

Dans certains pays d'Europe, les groupes de pairs, les audits cliniques, les questionnaires de satisfaction des patients etc. sont des outils plus présents pour évaluer la qualité des soins.

3. Approche centrée patient

Pour définir ce qu'est « *un bon médecin* », les qualités semblent nombreuses : compétences, sécurité, disponibilités, efficacité, écoute, recherche, pédagogie, rapidité, etc. Une revue de la littérature parue en 2010 a cherché à identifier ces principales qualités (33). Elles sont multiples : entre 7 et 756. Les compétences cliniques, les connaissances théoriques, l'engagement dans la formation continue et une bonne communication sont les plus souvent mentionnés. L'amabilité du médecin, le temps passé avec le patient, l'optimisme, la patience et l'organisation du médecin sont moins retrouvés.

Ces qualités diffèrent en fonction du point de vue pris en compte : celui des médecins, des patients, des étudiants en médecine, du personnel médical, etc.

Les patients cherchent à être plus informés et intégrés dans le processus de qualité des soins.

Les médecins s'interrogent sur leurs propres capacités et limites relationnelles, sur les attentes de leurs patients, leurs besoins explicites et implicites, la manière de les intégrer dans le cadre de la qualité des soins, etc.

Le lien entre le patient et le médecin est fondamental car il conditionne la création d'une relation de confiance, permettant l'adhésion, du patient et de son entourage, au projet de soins. Ces soins s'inscrivent donc dans une démarche centrée sur le patient et son entourage.

En étudiant la qualité des soins, nous nous interrogeons sur la satisfaction des médecins, tant sur le plan professionnel que personnel et sur celle des patients, ne répondant pas aux mêmes critères.

La satisfaction des patients est plus subjective et plus complexe. Elle traduit la qualité de la relation de confiance créée avec le praticien et favorise la continuité des soins. Cette démarche d'évaluation de la satisfaction des patients est réaffirmée par la Loi du 4 Mars 2002, relative aux Droits des malades et à la qualité du système de santé.

Cette approche centrée sur le patient est une notion primordiale qui guide la prise en charge des médecins et fait partie des compétences que le médecin acquiert au cours de sa formation.

4. Le professionnalisme

La notion de professionnalisme correspond aux capacités :

- D'assurer un engagement envers la société ;
- De répondre aux attentes de la société ;
- De développer une activité professionnelle en privilégiant le bien-être des personnes par une pratique éthique et déontologique ;
- D'améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine fondée sur des faits probants ;
- D'assumer la responsabilité des décisions prises avec le patient.

Elle se fonde sur de nombreuses composantes :

- Favoriser l'accès équitable aux soins pour tous ;
- Expliquer ses décisions aux patients ;
- Améliorer ses compétences professionnelles ;
- Collaborer avec les autres professionnelles de santé ;
- Gérer son outil de travail ;
- Equilibrer son temps entre vie professionnelle et personnelle, etc.

Cette méthode pédagogique apparait lors du troisième cycle des études médicales et renvoie au souhait de l'OMS de rechercher l'efficacité dans le processus d'apprentissage (34).

La certification des compétences à la fin de ce troisième cycle a pour objectif « *d'attester que le futur médecin possède la capacité de mobiliser et de combiner ses ressources de façon appropriée, lui permettant de résoudre la majorité des situations de santé auxquelles il risque d'être confronté dans son futur cadre d'exercice.* »

Six compétences recouvrent l'ensemble des missions des médecins généralistes :

- Compétence approche globale, prise en compte de la complexité ;
- Compétence éducation, prévention, santé individuelle et communautaire ;
- Compétence premier recours, urgence ;
- Compétence continuité, suivi coordination des soins autour du patient ;
- Compétence relation, communication, approche centrée patient ;
- Compétence professionnalisme.

Troisième partie : Matériel et Méthode

1. Objectif de l'étude

Quel lien existe-t-il entre la qualité des soins et le nombre de patients vus quotidiennement par un médecin généraliste en ville ?

2. Population étudiée

L'enquête a été réalisée entre Décembre 2017 et Juin 2018, auprès de médecins généralistes installés en France métropolitaine.

Les facteurs d'exclusion étaient :

- Le refus de participer à l'étude ;
- Les médecins généralistes remplaçants ;
- Les médecins ayant une activité prédominante autre que la médecine générale.

3. Données recueillies

Nous avons décidé de réaliser un questionnaire pour récupérer des informations auprès des médecins généralistes. Sa création a nécessité un travail de recherche bibliographique pour identifier des critères de la qualité des soins (réalisation d'une base de données bibliographiques) (29–33,35–39). Nous avons décidé de ne retenir que les critères pouvant être mesurés dans un cabinet de médecine générale.

La première partie du questionnaire regroupait des informations sur les caractéristiques socio-démographiques des médecins généralistes (l'âge, le sexe, le nombre d'années d'installation, le secteur d'activité, le mode de travail et le département d'exercice).

La deuxième partie concernait des questions relatives à la satisfaction du médecin, au mode de fonctionnement et d'organisation du cabinet. Ces items permettent d'évaluer certains indicateurs de la qualité des soins (tels que la structure, la sécurité et l'accessibilité des soins, les conditions de soins équitables, leur efficacité et la satisfaction des médecins généralistes).

Enfin, la troisième partie portait sur des données issues du Relevé Individuel d'Activité et de Prescription (RIAP) et de la Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP).

Le RIAP offre des renseignements sur le nombre de consultations, de visites et sur la patientèle tels que : le nombre d'ALD, d'enfants, de personnes âgées de plus de 70 ans.

La ROSP existe depuis 2012. Elle est divisée en deux parties (organisation du cabinet et qualité de la pratique médicale) et concerne les médecins traitants. Elle est validée avec l'Assurance Maladie tous les 5 ans, en fonction des accords conventionnels. En évaluant des indicateurs,

son but est de favoriser la qualité de la pratique médicale en complétant les revenus du médecin.

Nous avons choisi d'utiliser uniquement des indicateurs cliniques et non économiques. Ces indicateurs de la qualité de la pratique médicale comportent trois volets : le suivi des maladies chroniques, la prévention et l'efficacité. Ils se mesurent à partir de données « *internes* », déclaratives, et « *externes* » issues du Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM). Chaque indicateur est indépendant et pondéré en fonction de la taille de la patientèle. Un objectif est fixé pour chacun d'entre eux.

Le questionnaire est retrouvé dans son intégralité en Annexe.

4. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal est la satisfaction des médecins généralistes en ville.

5. Méthode de recueil

Il s'agit d'une étude analytique, rétrospective et à dominante quantitative.

Les médecins généralistes ont été contactés par téléphone. Leurs coordonnées étaient disponibles dans l'annuaire du site Ameli : en sélectionnant « *je recherche un professionnel de santé* » et en affinant mon choix avec la mention « *médecin généraliste* » dans l'onglet profession.

Concernant la localisation, nous nous sommes aidés de la répartition géographique des médecins généralistes en France métropolitaine (40) afin d'obtenir un panel homogène et représentatif. A partir de cette sélection, nous avons contacté différents praticiens au hasard.

Lorsque le médecin n'était pas joignable directement, un message lui était laissé via une secrétaire ou un répondeur. Si nous n'avions pas obtenu de réponse après quelques jours, une relance était faite.

Un questionnaire anonyme a été envoyé à ceux ayant acceptés de participer à l'étude.

La longueur du questionnaire ne permettant pas la réalisation d'entretien téléphonique, ce dernier a été adressé par courrier électronique ou postal, selon les préférences des médecins généralistes.

Dans la cadre de l'envoi par voie postale, une enveloppe affranchie était fournie pour le retour du questionnaire.

Ce questionnaire a initialement été testé auprès de quinze médecins généralistes.

Deux relances par courrier électronique ont été envoyées un mois et demi et trois mois après l'envoi des premiers questionnaires.

6. Méthode et analyse des données du questionnaire

La saisie des données a été effectuée grâce aux logiciels Word, Excel et d'un logiciel de statistiques.

Quatrième partie : Résultats

1. Descriptif

a. Taux de réponses

463 médecins généralistes ont été contactés.

Nous avons exclu :

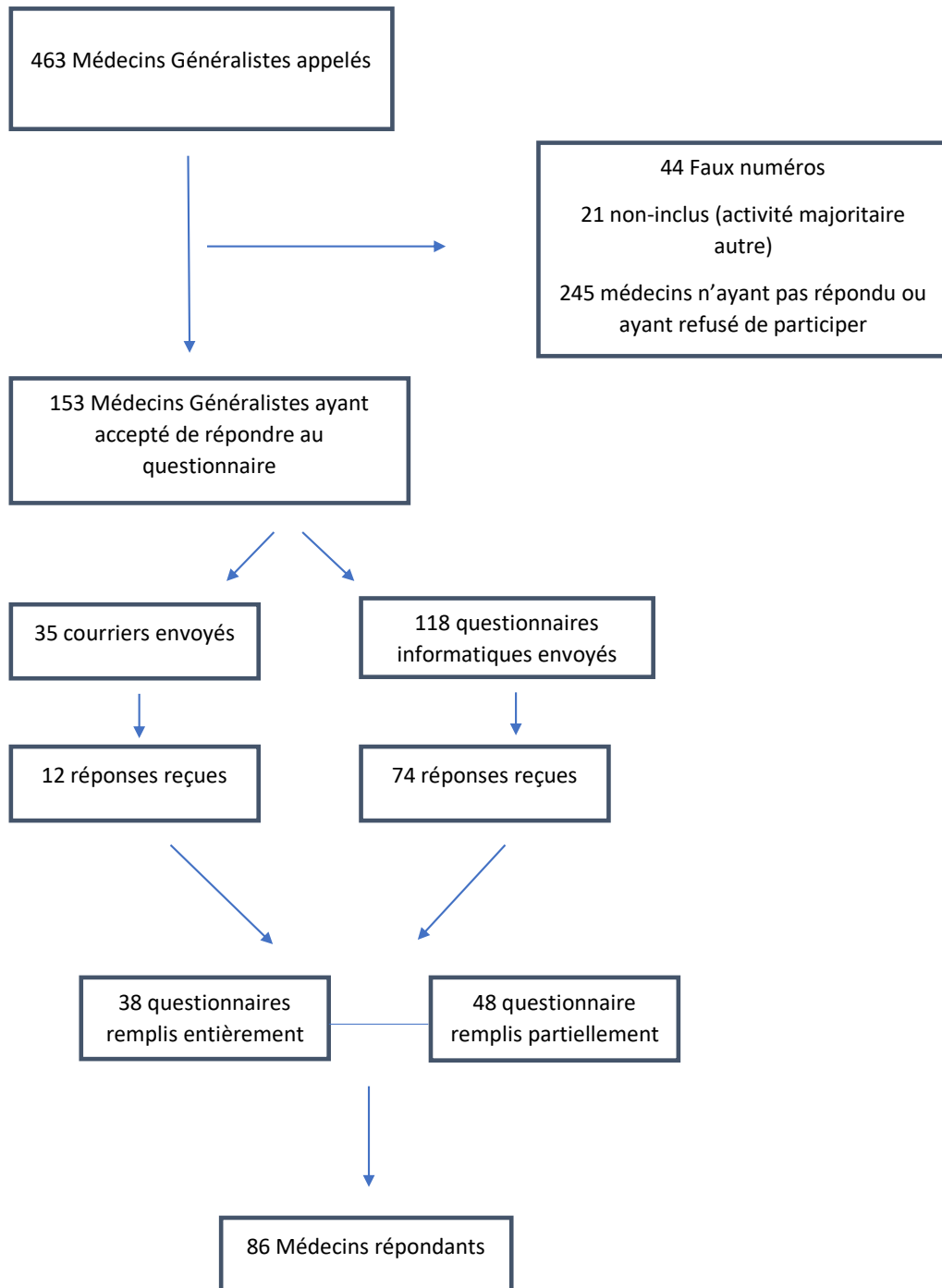
- 21 médecins ayant une autre activité majoritaire ;
- 245 médecins n'ayant pas répondu ou ayant refusé de participer ;
- 44 faux numéros.

Ainsi 153 questionnaires ont été envoyés :

- 35 par voie postale ;
- 118 par courrier informatique.

Au total 86 médecins généralistes ont répondu à notre questionnaire :

- 38 réponses complètes au questionnaire ;
- 48 réponses partielles au questionnaire.



b. Caractéristiques des médecins

	Hommes				Femmes			
Nombre	42				44			
Âge (années)	53,6				45,8			
Cabinet de groupe	48%				64%			
Secteur 1 d'activité	64%				86%			
Nombre d'années d'installation	10 ou moins	11 - 20	21 - 30	31 ou plus	10 ou moins	11 - 20	21 - 30	31 ou plus
Effectif par classe	8	12	12	10	25	8	7	4
Moyenne d'âge par classe	5,1	15,8	25,6	34,9	4,8	15,3	26,7	36,8
Département ile de France (%)	79%				64%			
Nombre moyen de consultations	29,9				24,1			
Temps moyen de consultation	16,4				19			

c. Caractéristiques de la patientèle

	Hommes	Femmes	Moyenne Régionale
Pourcentage moyen d'accès médecins traitants (en %)	76%	78,50%	
Nombre moyen d'ALD	206,6	254,2	
Pourcentage de patients âgés de plus de 70 ans (en %)	25,90%	30,80%	
Nombre moyen de visite	254,7	138	
Pourcentage moyen de CMU (%)	4,30%	6,60%	
			Objectif cible
Pourcentage de patients > 65 ans vaccinés contre grippe/ > 65ans	50,20%	57,30%	>75%
Pourcentage de traitements par antibiotiques pour les patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD/ au nombre de patients MT de 16 à 65 ans hors ALD	21,80%	21,60%	<14%
Part déclarée des patients traités par anti-hypertenseurs vous ayant déclaré comme médecin traitant ayant des chiffres de pression artérielle < 140 /90	73,40%	82,40%	

2. Critères organisationnels

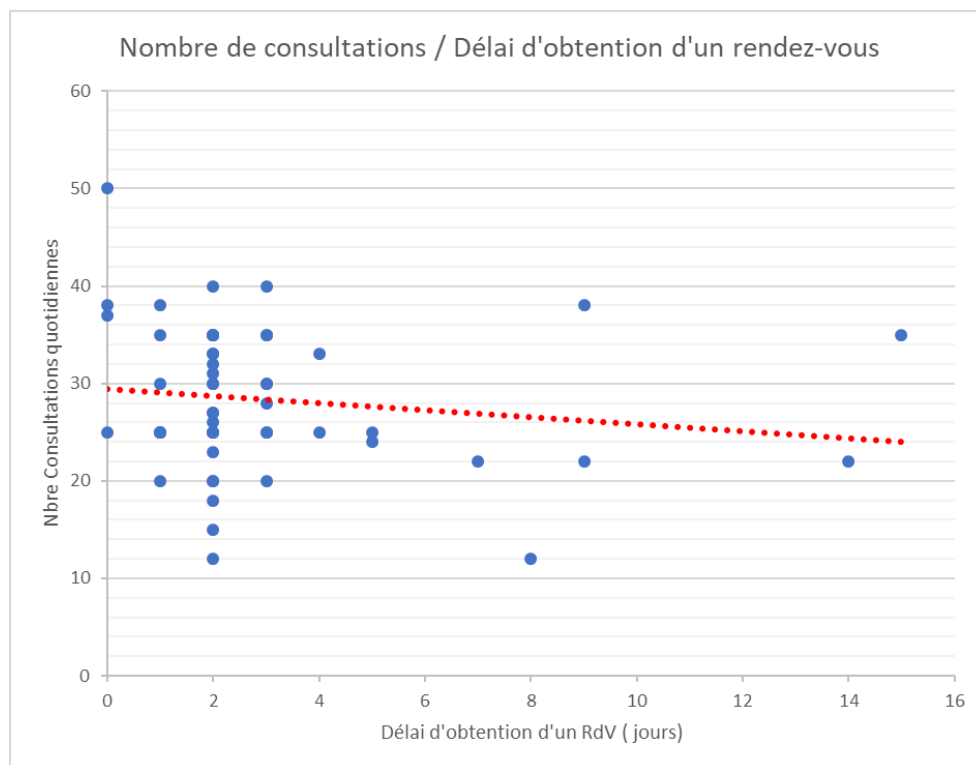
Rappel des définitions des forces de corrélation :

- Entre 0 et 0,20 => corrélation faible => difficile de conclure à une corrélation ;
- Entre 0,20 et 0,40 => corrélation modérée ;
- Entre 0,40 et 0,60 => corrélation moyenne ;
- Entre 0,60 et 0,80 => corrélation forte ;
- Supérieur à 0,8 => corrélation très forte.

a. Le délai d'obtention du rendez-vous

Le délai d'obtention d'un rendez-vous est faiblement corrélé au nombre de consultations quotidiennes ($r = -0,14$).

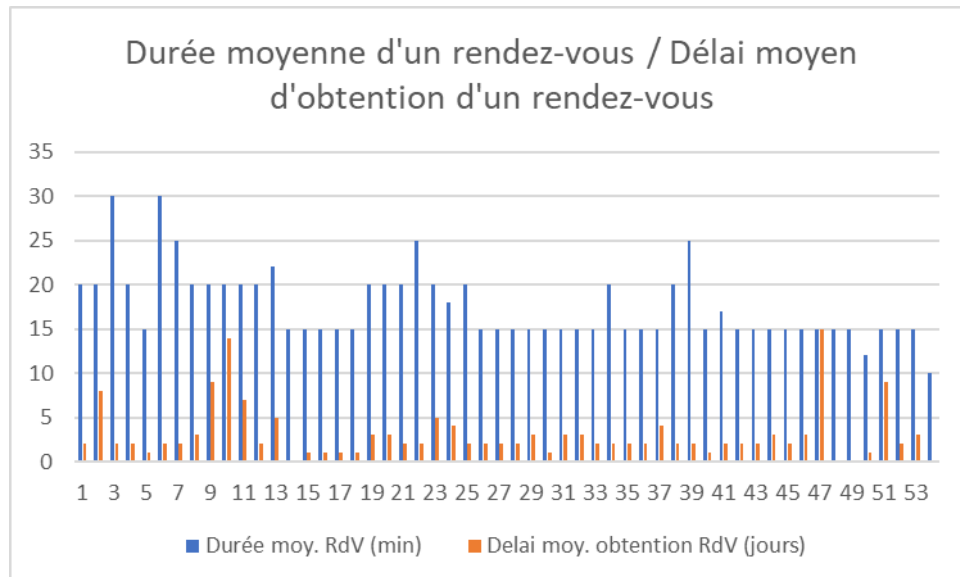
Le délai d'obtention d'un rendez-vous a été défini comme « *court* » lorsqu'il est inférieur à 2 jours.



La rapidité d'obtention d'un rendez-vous est associée de manière non significative à une réduction de la durée des consultations (p=0,153).

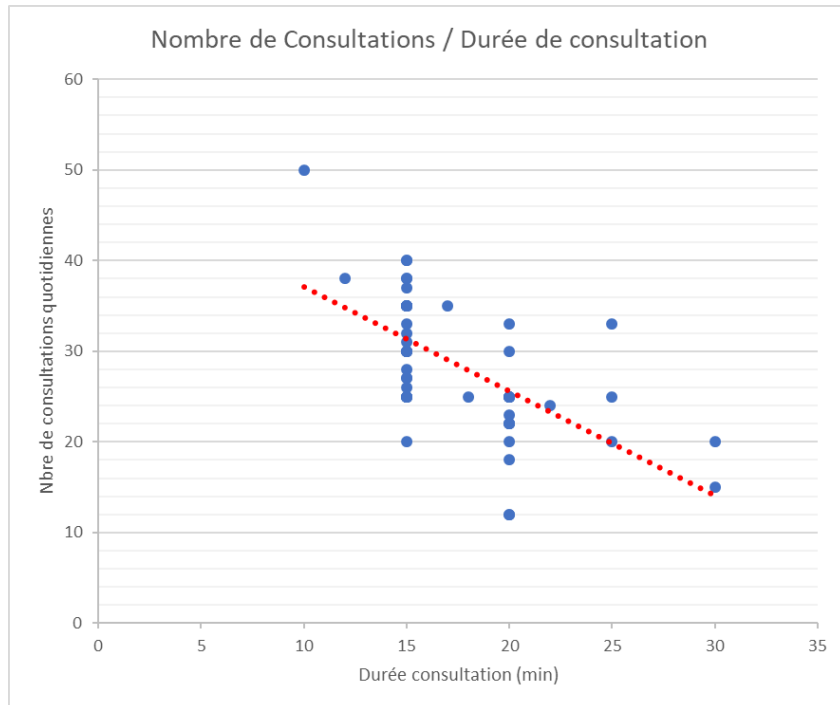
Lorsque l'obtention du rendez-vous est rapide la durée du rendez-vous se réduit : chez les hommes 3 minutes en moyenne de moins par consultation et 2 minutes de moins chez les femmes.

Cependant, le temps d'obtention d'un rendez-vous et la durée de consultation ne sont que faiblement corrélés ($r= 0.12$).



b. La durée moyenne d'un rendez-vous

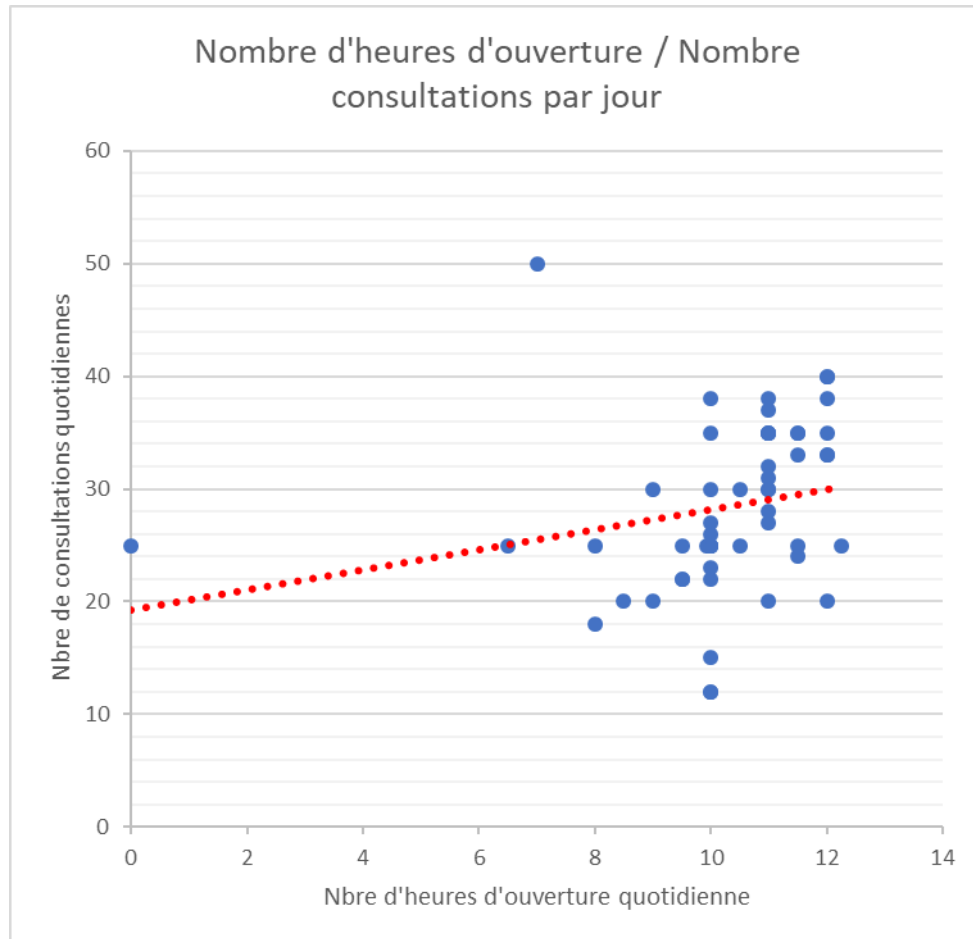
La durée moyenne d'un rendez-vous est fortement corrélée au nombre de consultations quotidiennes ($r= 0,62$).



Les médecins dont la durée de consultation est inférieure à 17 minutes reçoivent entre 24 % (chez les médecins hommes) et 30% (chez les médecins femmes) de patients de moins quotidiennement.

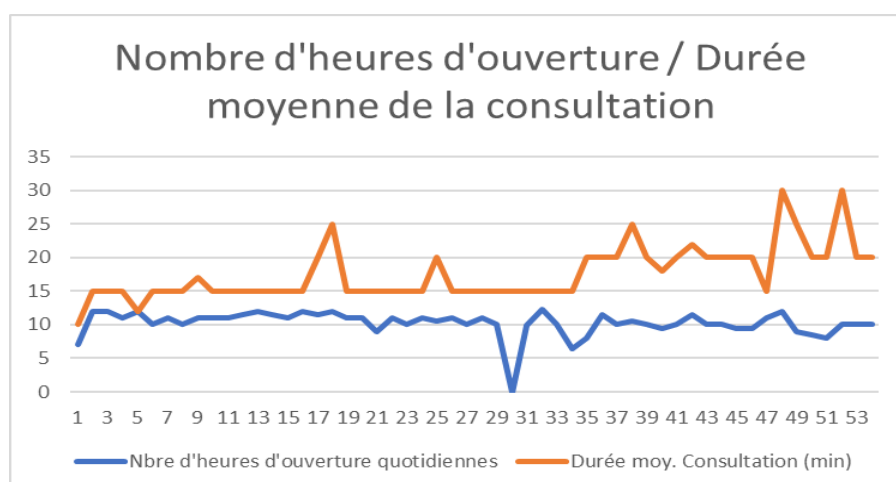
c. Les horaires d'ouverture

Lorsque le cabinet est ouvert plus longtemps, le nombre de consultations augmente ($r= 0,22$). La corrélation est modérée.



Lorsque les médecins consultent moins souvent dans la semaine, la durée de leur rendez-vous est moins longue. Elle diminue de 18 à 15 minutes chez les hommes et de 26 à 17 minutes chez les femmes.

Ces deux aspects ne sont pas corrélés entre eux ($r= 0,04$).



d. La présence de créneaux de rendez-vous libre et d'urgence

Les créneaux de consultations libres sont associés à une réduction de la durée moyenne de consultation : décroissance de 2 minutes chez les médecins hommes et d'une minute chez leurs consœurs.

Chez les hommes, les créneaux d'urgences sont associés à une baisse de 31% du nombre de consultations quotidiennes et à une hausse de 3 minutes de la durée de consultation.

Chez les femmes ayant des créneaux d'urgences, il existe une diminution de 6 % des rendez-vous journaliers et une réduction de 7 minutes de leur durée.

e. L'existence d'un logiciel d'aide à la prescription

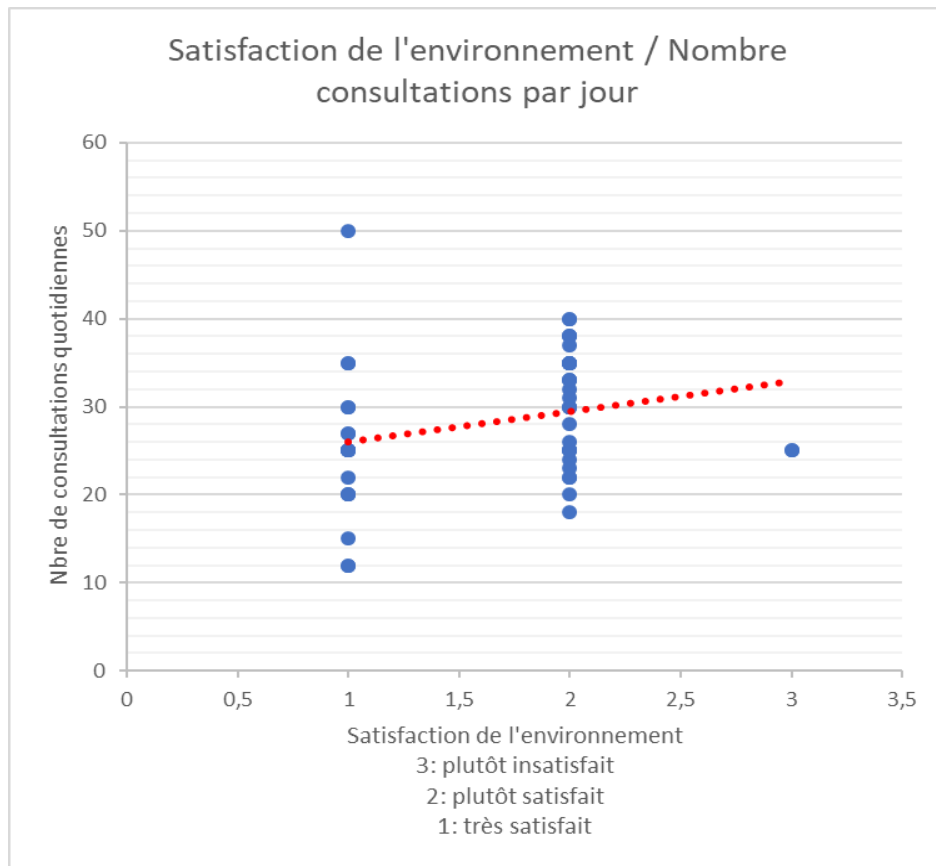
Dans notre questionnaire, tous les médecins hommes ont un logiciel d'aide à la prescription.

Chez les 40 femmes médecins pourvus d'un logiciel, 39% de consultations journalières en plus sont notées et leur durée est inférieure de 23%.

3. Critères liés à la satisfaction du médecin

a. L'environnement de travail

Lorsque l'environnement leur permet d'exercer leur travail de manière satisfaisante les médecins augmentent leur nombre de consultations quotidiennes ($r= 0,25$) : corrélation modérée.



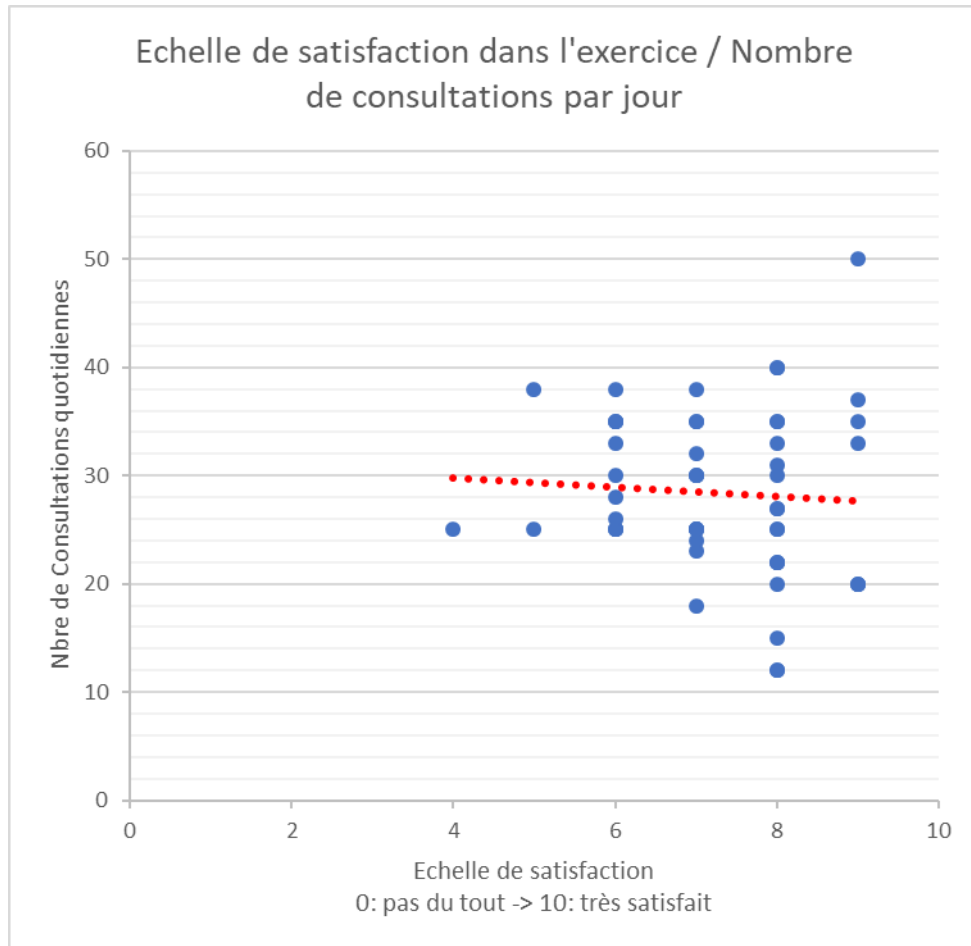
Les médecins les plus satisfaits reçoivent plus de patients tous les jours : plus de 19,2% chez les hommes et 5,4% chez les femmes.

Lorsque l'environnement leur permet d'exercer leur travail de manière satisfaisante, les médecins hommes prennent plus de temps avec leurs patients que les autres : plus 2 minutes en moyenne, contrairement aux femmes qui prennent moins de temps : 7 minutes de moins en moyenne.

Dans la globalité de notre échantillon, nous ne pouvons pas conclure à une corrélation entre ces deux items ($r= - 0,02$).

b. La satisfaction dans l'exercice de leur travail

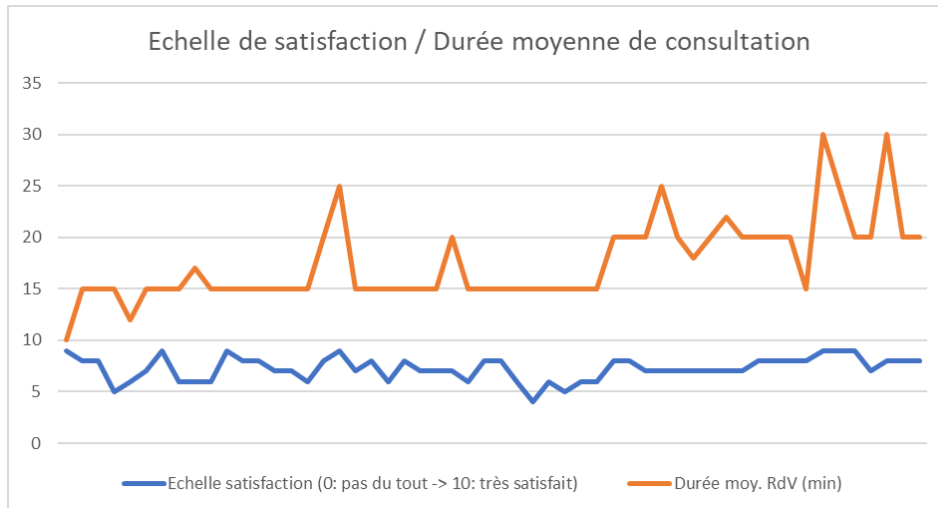
Le degré de satisfaction dans l'exercice de leur travail est faiblement corrélé au nombre de consultations quotidiennes ($r = -0,06$).



Cependant, **les médecins les plus satisfaits dans l'exercice de leur travail reçoivent sur une durée plus courte.**

- 32 consultations de 16 minutes chez les hommes versus 30 consultations de 17 minutes chez les moins satisfaits ;
- 29 consultations de 17 minutes chez les femmes versus 26 consultations de 19 minutes chez les moins satisfaites.

Ces items sont positivement et modérément corrélés entre eux ($r= 0,36$).

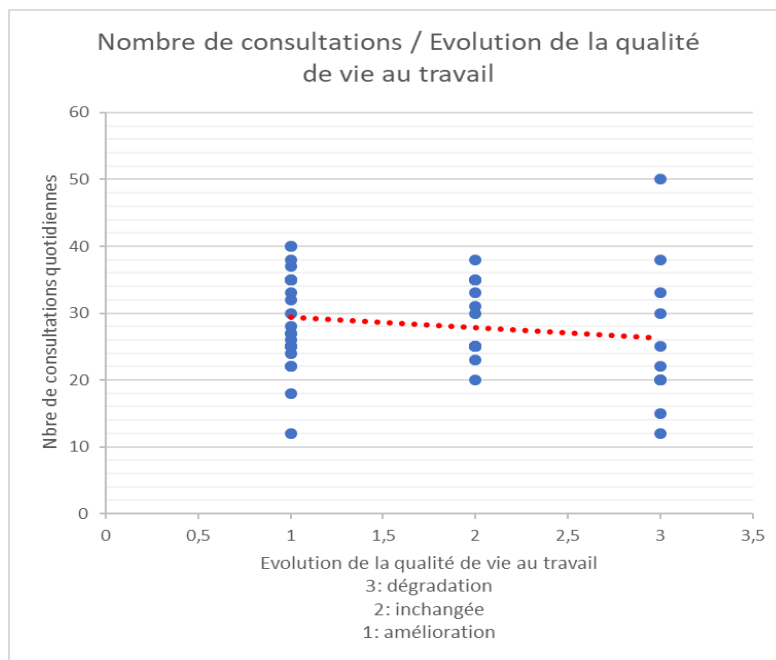


c. L'évolution de la qualité de vie au travail

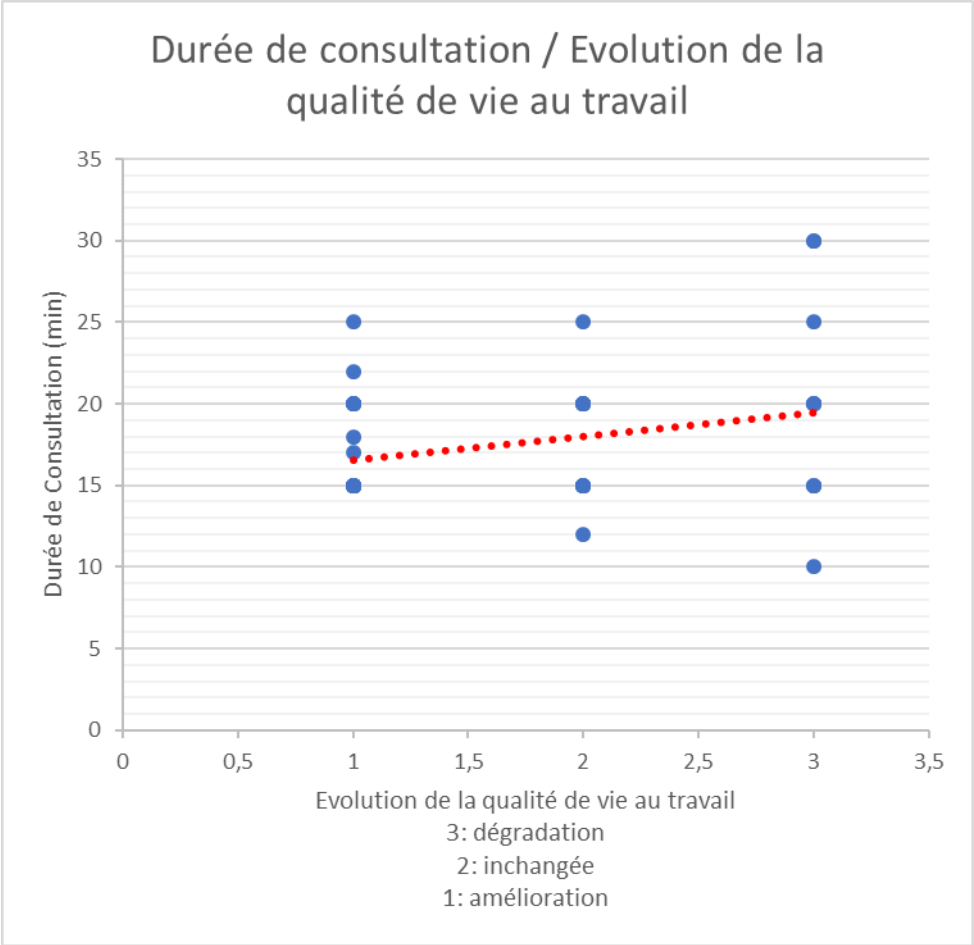
Au sein de leur travail, la qualité de vie des femmes médecins s'est améliorée avec des consultations moins nombreuses (-32%) et de durée plus longue (+35%) par rapport aux femmes médecins pour qui la situation ne s'est pas embellie.

Cette évolution est moins marquée chez les hommes. Une réduction de 2,2% des consultations quotidiennes et une augmentation de 5% de la durée de rendez-vous sont notifiées chez ses médecins dont la transformation a été positive.

Nous notons que le nombre de consultations quotidiennes influe faiblement mais négativement sur la qualité de vie au travail des médecins ($r = -0,16$).



Nous notons que la qualité de vie au travail est positivement et modérément corrélée à la durée de consultation (r= 0,29).

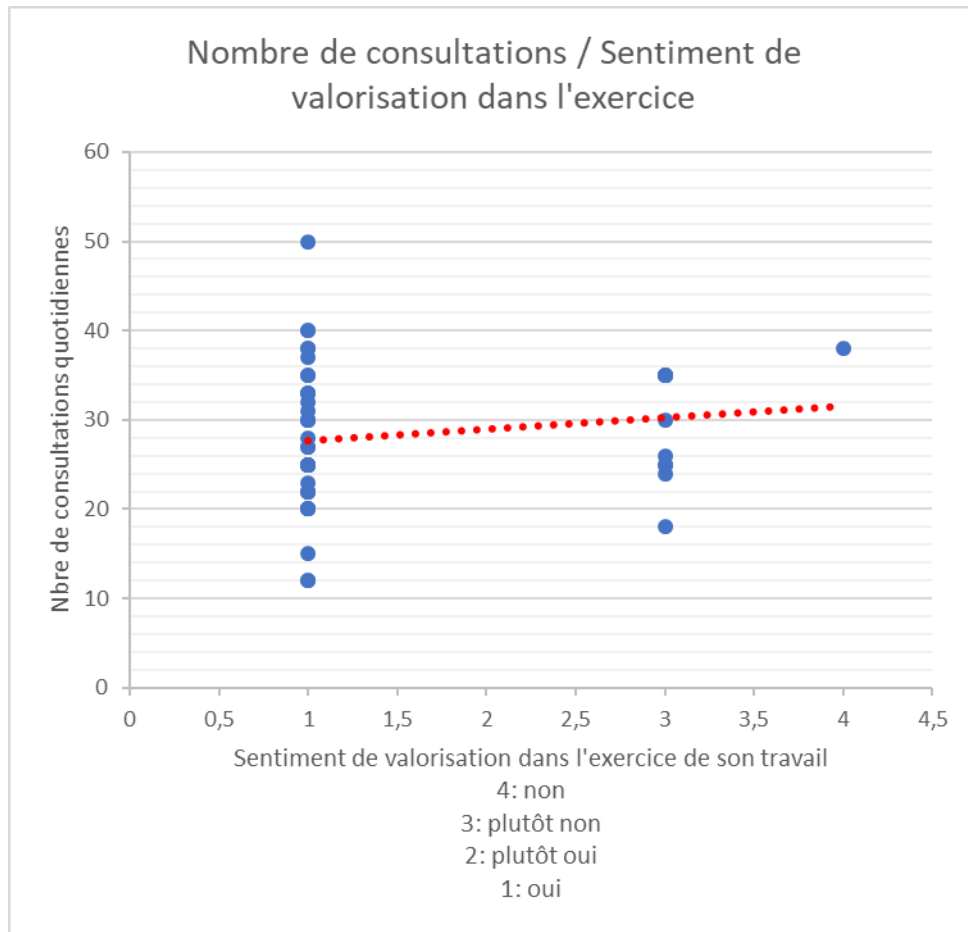


d. La valorisation dans l'exercice de leur travail

Les médecins ayant le sentiment d'être valorisés dans l'exercice de leur travail accueillent, par jour, moins de patients et s'octroient plus de temps lors des consultations : 27 patients par jour, versus 32 ; avec une durée de 19 minutes en moyenne contre 15.

Il est visible que plus le médecin se sent valorisé, plus la moyenne du nombre de consultations quotidiennes est faible.

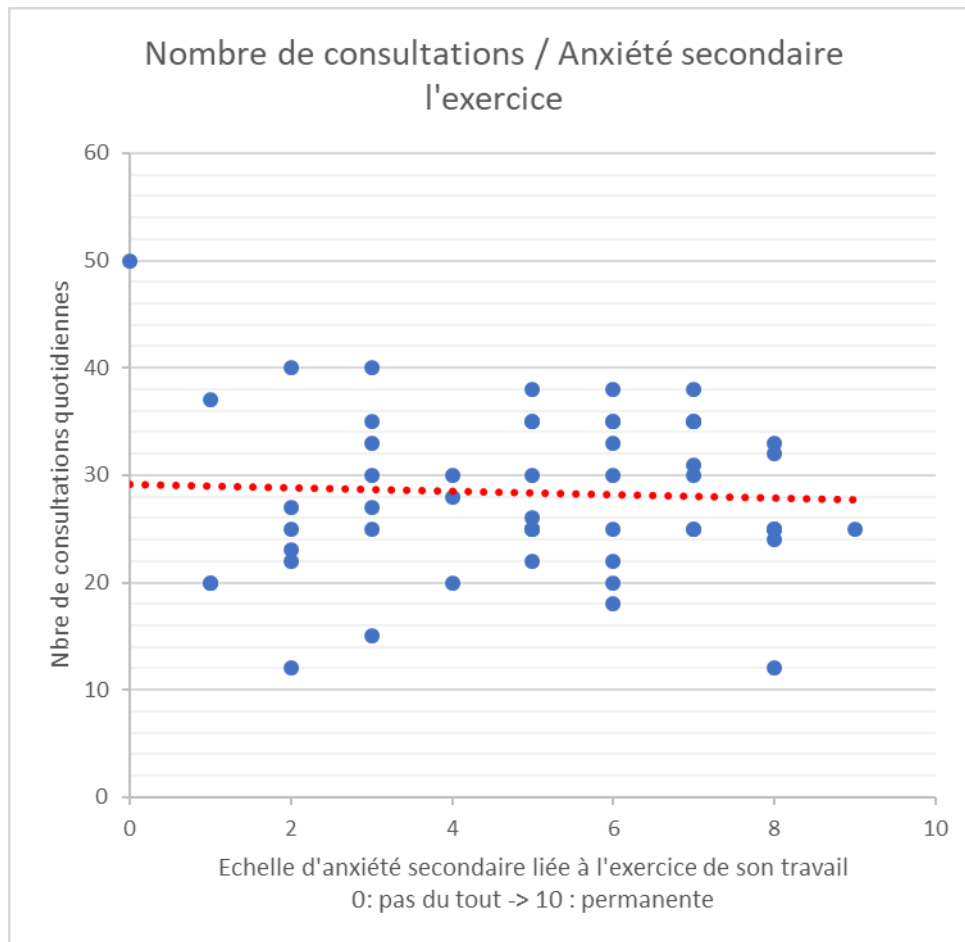
Le nombre de consultations quotidiennes est faiblement corrélé au sentiment de valorisation ($r= 0.15$).



e. L'anxiété secondaire à l'exercice

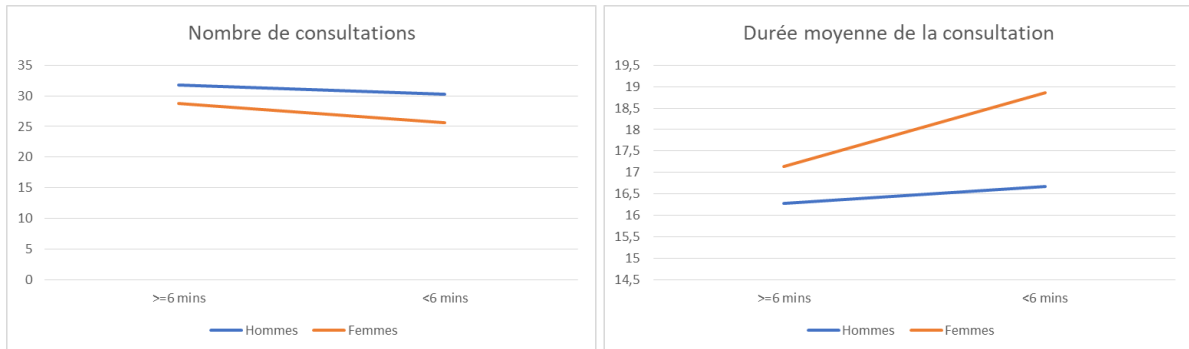
L'anxiété, secondaire à l'activité professionnelle, est majoritaire chez les femmes. Leur nombre de consultations journalières diminue au profit d'une durée de consultation qui augmente : 4 consultations de moins en moyenne par jour et 3 minutes de plus par créneau. Chez les hommes, l'anxiété n'a pas d'impact sur le nombre et la durée des consultations.

Sur l'ensemble de notre échantillon, le nombre de consultations quotidiennes n'est pas corrélé à l'anxiété secondaire ($r = -0,04$).

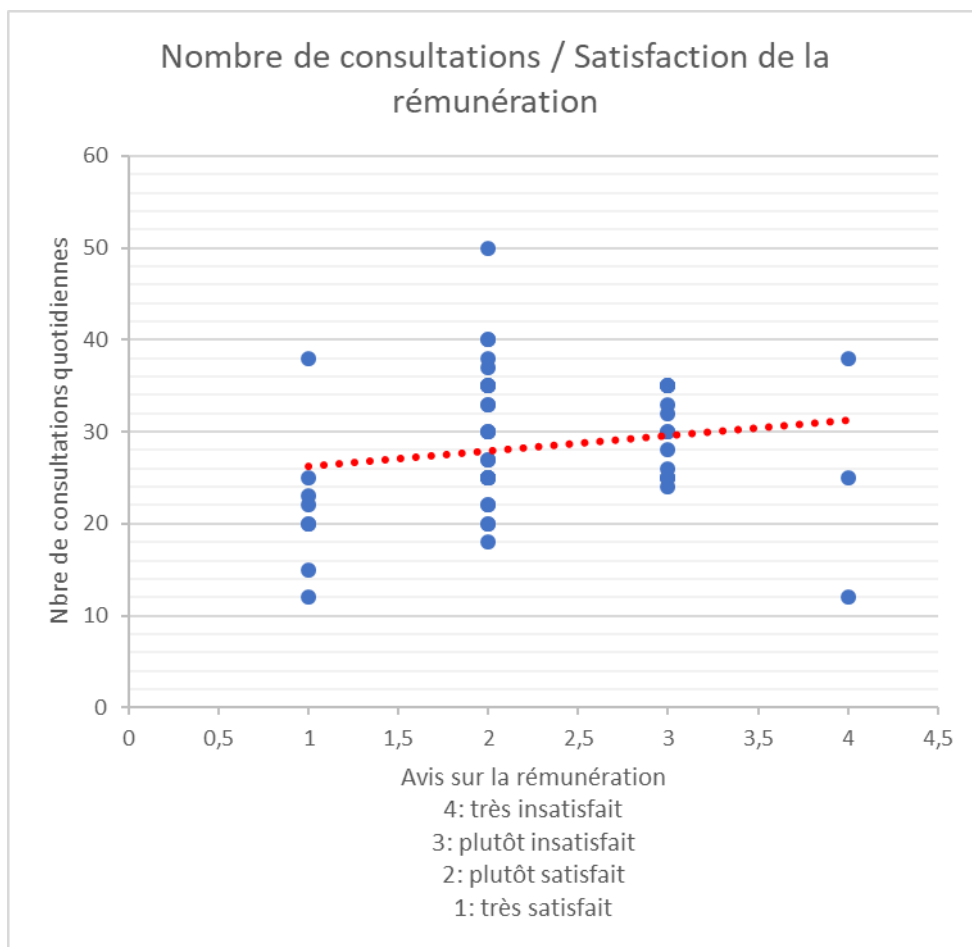


f. La satisfaction de la rémunération

Les médecins hommes satisfaits de leur rémunération reçoivent 3% de patients de plus que les autres et leurs consultations durent 1 minute de plus. Chez leurs consœurs satisfaites de leur rémunération, les consultations prennent 2 minutes de plus et elles reçoivent 8% de patients de moins.



Sur la globalité de notre échantillon, **le nombre de consultations quotidiennes est faiblement corrélé à l'avis du médecin sur sa rémunération. Plus ce dernier reçoit de patients tous les jours, plus il est satisfait (r= 0,17).**



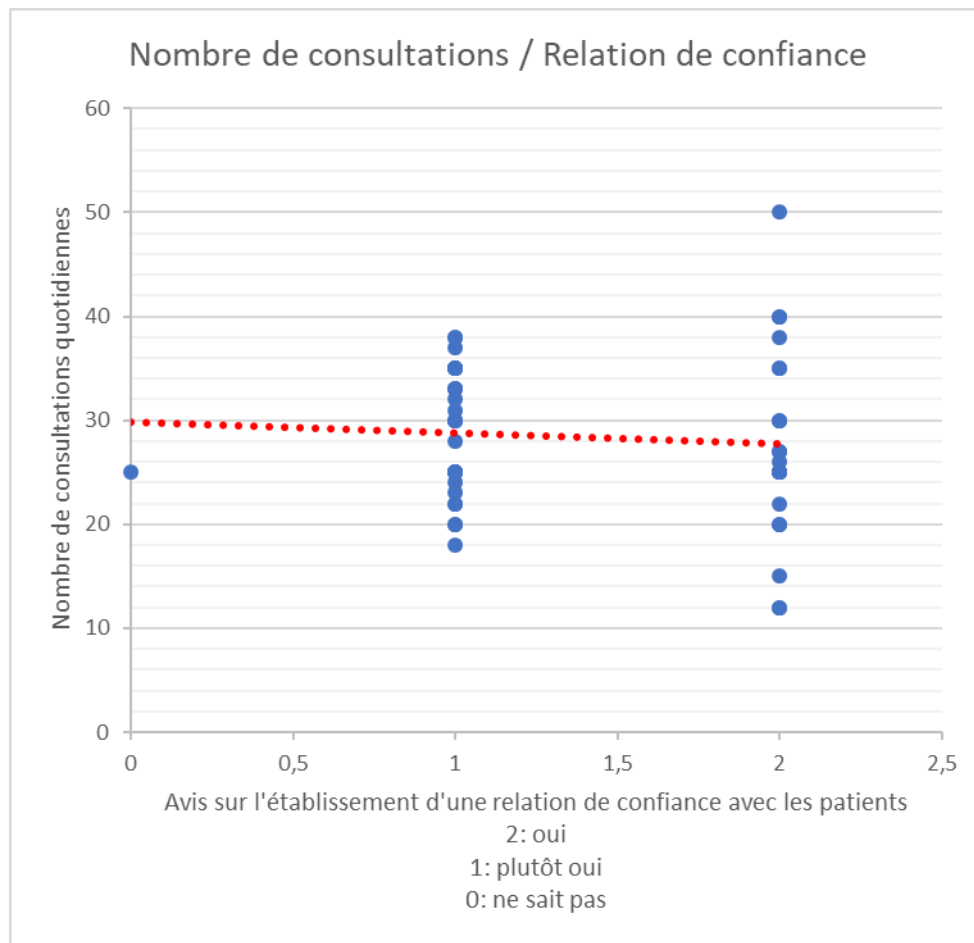
4. Critères annexes

a. La relation de confiance et attentes des patients

Dans notre échantillon le sentiment de ne pas développer de relation de confiance avec ses patients n'a pas été retrouvé.

De même aucun médecin n'a répondu qu'il ne satisfaisait pas aux attentes de ses patients.

Il n'existe pas de corrélation entre le nombre de consultations quotidiennes et le sentiment de la relation de confiance ($r = -0,07$).

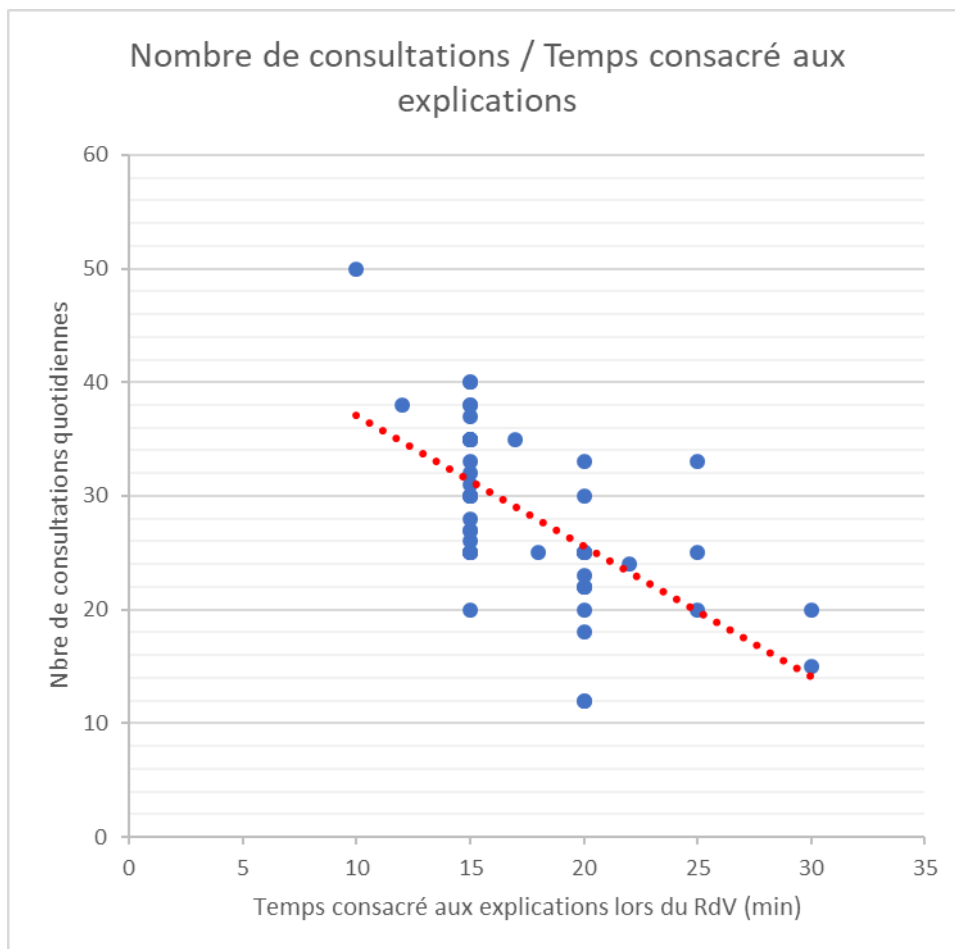


b. Le temps d'une consultation, les explications de prescriptions

Lorsque les médecins hommes estiment avoir suffisamment de temps pour expliquer leur prescription, ils reçoivent 23,2% patients de plus quotidiennement. Ce profil est similaire chez leurs consœurs avec une augmentation de 6% des rendez-vous. Les durées de rendez-vous sont plus longues de 2 minutes chez les hommes et plus courtes chez les femmes d'une minute.

Au sein de notre échantillon, le nombre de consultations quotidiennes est fortement corrélé au temps accordé à chaque consultation ($r = -0,62$).

Lorsque le médecin prend plus de temps d'explications, en consultation, il reçoit moins de patients.



c. La facilité de contacter un service hospitalier pour avoir un avis

Le nombre de consultations se réduit, pour les médecins hommes de 7% et de 1% pour leurs consœurs, **lorsqu'ils ont la possibilité et la facilité de pouvoir contacter un confrère** en milieu hospitalier pour avoir un avis.

d. L'implication dans le dépistage du cancer colo-rectal

Lorsque les médecins s'impliquent dans le dépistage du cancer colo-rectal, leur nombre de rendez-vous journaliers diminue.

Il diminue de 7% chez les hommes et de 26% chez les femmes.

Parallèlement leur durée augmente de 12% chez les hommes et de 26% chez les femmes.

	Nombre de consultations				
	Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non	Ne sait pas
Hommes	30,05		32,14		0
Femmes	25,76		35		30
	Durée moyenne				
	Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non	Ne sait pas
Hommes	17,05		15,28		0
Femmes	18,84		15		15

e. L'utilisation de l'intervention brève pour lutter contre le tabagisme et l'alcoolisme

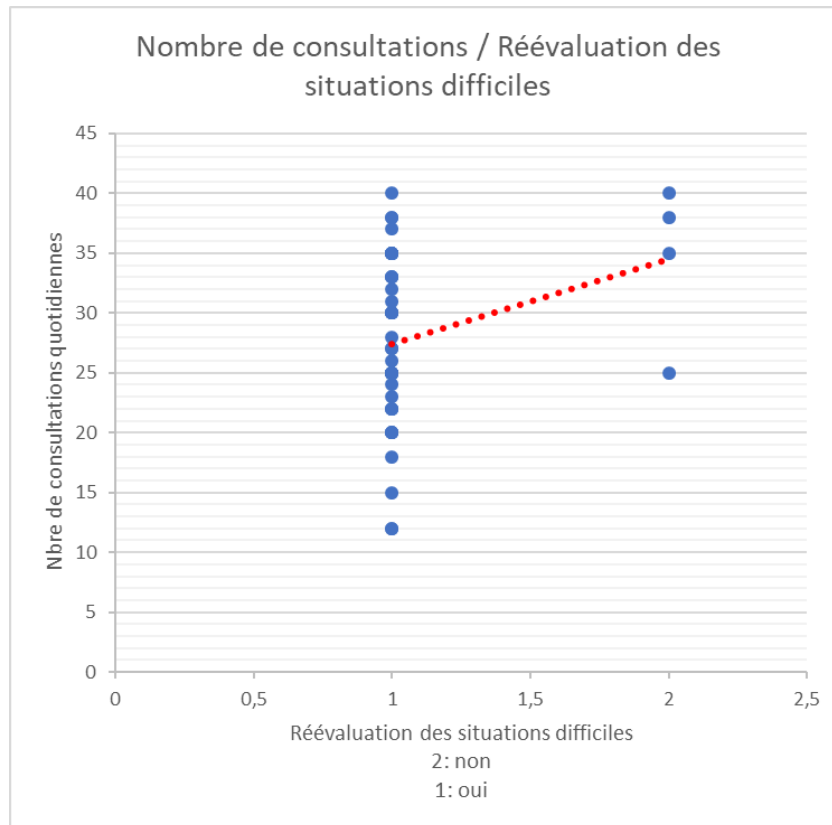
Chez les médecins hommes, le nombre et la durée de consultations sont très peu influencés par l'utilisation de l'intervention brève : une réduction de 2% du nombre de consultations et une augmentation de 4,8% de la durée de consultation sont objectivées.

Chez les médecins femmes ayant recouru à cette méthode pour lutter contre le tabagisme ou l'alcoolisme : une augmentation de 13,1% des consultations quotidiennes et de 5,8% de leur durée sont notées.

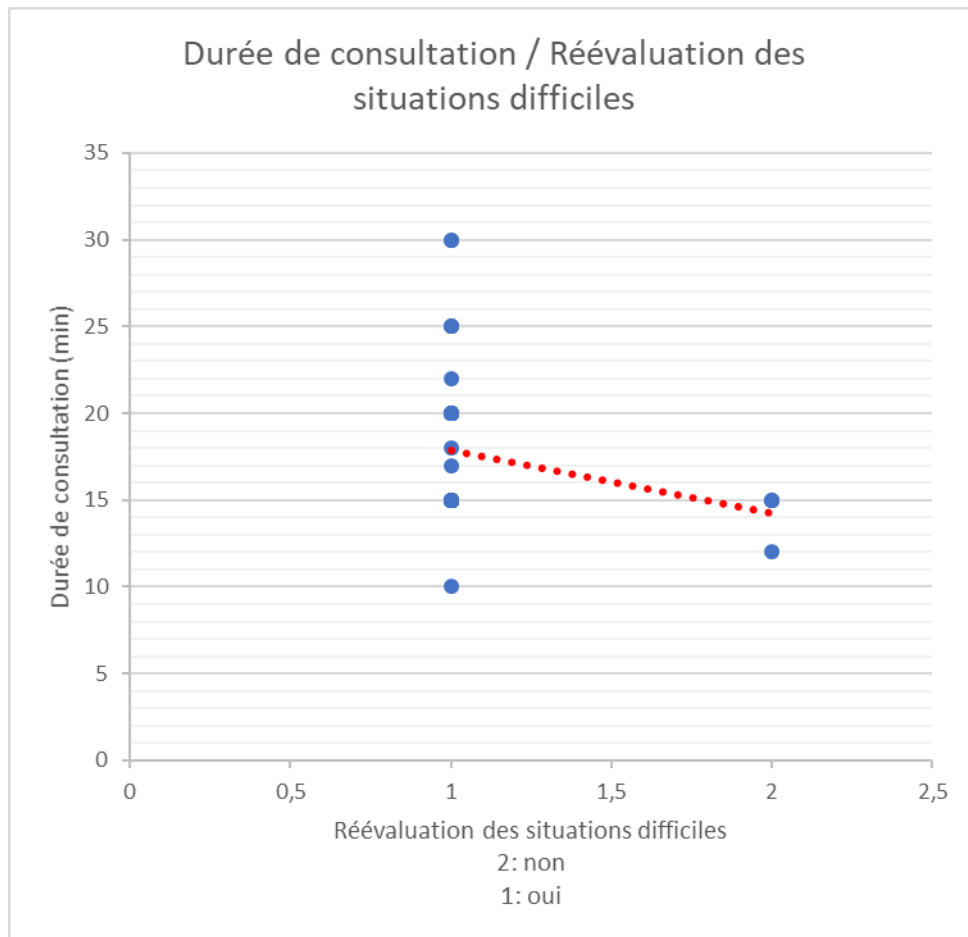
f. La réévaluation des situation difficiles

Les médecins ont un nombre réduit de consultations quotidiennes lorsqu'ils prennent le temps de réévaluer les situations difficiles, seul ou avec leurs confrères : 30 consultations versus 38 pour les hommes (- 21%) et 26 versus 31,5 pour les femmes (-17%).

Nous observons une corrélation positive et modérée entre le nombre de consultations et la réévaluation des soins ($r= 0,23$).



La durée de consultation est plus longue : 3 minutes de plus en moyenne chez les hommes et 4 minutes de plus en moyenne chez les femmes.
 Dans la globalité de l'échantillon, nous observons une corrélation modérée négative ($r = -0,24$).
 Cela indique que plus les médecins réévaluent les situations difficiles, plus la durée de consultation augmente.



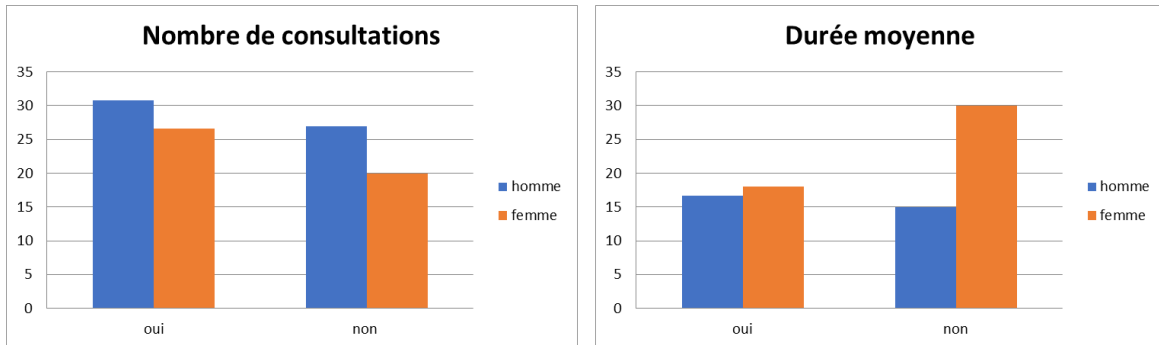
g. La formation et les groupes d'échanges de pratiques

Les médecins hommes qui participent à des formations ont 7% de consultations en plus. Ces dernières ont une durée augmentée de 9%.
 Au contraire, chez leurs consœurs participant aux formations ou aux groupes d'échanges de pratiques, le nombre de consultations quotidiennes diminue de 32,5 à 25,9 (20%) et leur durée augmente de 4 minutes, passant à 19 minutes.

h. L'équité des soins

La notion d'équitabilité des soins est associée à une augmentation du nombre de rendez-vous de 14% chez les hommes et de 33% chez les femmes.

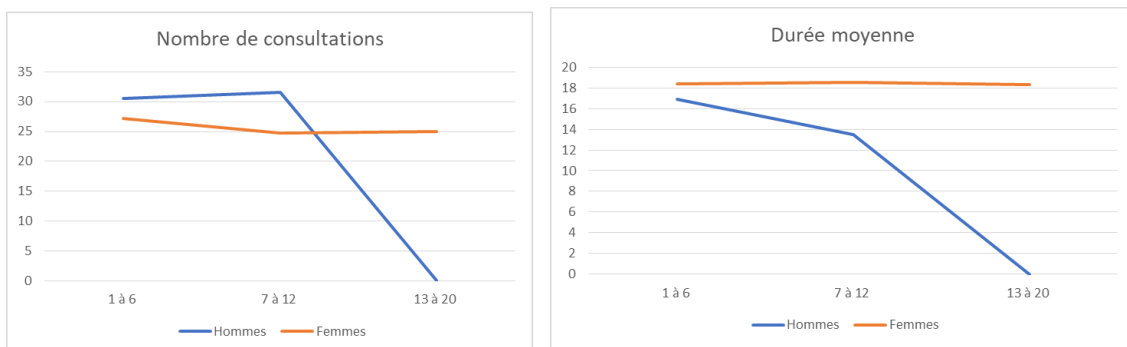
Concernant la durée du rendez-vous : celle-ci est réduite de 12 minutes chez les femmes et est augmentée de 2 minutes chez les hommes.



Dans notre échantillon les médecins femmes pratiquent souvent ou toujours le tiers payant. Les médecins hommes pratiquant souvent le tiers payant ont des durées de rendez-vous augmenté de 2 minutes en moyenne.

i. Le pourcentage de CMU

La durée de consultation chez les femmes médecins généralistes ne se modifie pas lorsqu'elles reçoivent un plus grand nombre de bénéficiaires de la CMU. Chez leurs confrères, la durée de consultation se réduit de 3 minutes ($p=0,021$).



5. Synthèse des résultats

86 médecins généralistes ont répondu partiellement (65,1%) ou totalement (34,9%) à notre questionnaire.

La proportion d'hommes et de femmes est homogène.

Ces dernières, plus jeunes, exerçaient majoritairement en groupe et en secteur 1.

Le nombre moyen de patients quotidiens vus par les médecins généralistes hommes est de 29,9 avec une durée moyenne de consultation de 16,4 minutes.

Pour leurs consœurs, ce nombre de rendez-vous est plus faible : 24,1 patients ; et la durée plus longue : 3 minutes de plus, soit 19 minutes par consultation.

En moyenne les médecins généralistes effectuent 22 consultations quotidiennes, avec un temps pour chaque patient d'environ 16 à 17 minutes.

Au travers de notre questionnaire, nous nous sommes interrogés sur différents critères de qualité de soins et leurs corrélations avec le nombre de consultations quotidiennes ou la durée du rendez-vous.

Nous avons tout d'abord étudié les critères liés à l'organisation du cabinet.

Il existe une corrélation entre :

- L'augmentation de la durée moyenne d'un rendez-vous et la réduction du nombre de consultations quotidiennes ;
- Les horaires d'ouverture étendus du cabinet et l'augmentation du nombre de rendez-vous.

Aucune corrélation n'a été trouvée entre :

- La rapidité d'obtention d'un rendez-vous et la réduction de la durée des consultations ;
- Le nombre d'heures d'ouverture du cabinet et la durée de consultation ;
- Les créneaux d'urgences et le nombre de consultations quotidiennes et la durée du rendez-vous ;
- Le délai d'obtention d'un rendez-vous et le nombre de consultations quotidiennes ;
- Les créneaux de consultations libres et la réduction de la durée du rendez-vous ;
- L'existence d'un logiciel de prescription et le nombre de consultations quotidiennes.

Dans un deuxième temps, nous nous sommes intéressés aux critères de satisfaction du médecin généraliste.

Il existe une corrélation entre :

- Un environnement permettant d'exercer un travail de manière satisfaisante et l'augmentation du nombre de consultations quotidiennes ;
- La satisfaction dans l'exercice de son travail et la réduction de la durée de consultation, plus les médecins sont satisfaits dans l'exercice de leur travail, plus ils reçoivent sur une durée courte ;

- L'augmentation de la durée des consultations et l'amélioration positive de la qualité de vie au travail.

Il n'existe pas de corrélation entre :

- Un environnement permettant d'exercer un travail de manière satisfaisante et la durée du rendez-vous ;
- Le degré de satisfaction dans l'exercice de leur travail et le nombre de consultations quotidiennes ;
- L'augmentation du nombre de consultations et la dégradation de la qualité de vie au travail ;
- La réduction du nombre de consultations quotidiennes et le sentiment de valorisation ;
- La satisfaction de la rémunération et l'augmentation du nombre de rendez-vous quotidiens ;
- Le nombre de consultations quotidiennes et l'anxiété secondaire à l'exercice de son travail.

Un médecin semble satisfait et valorisé dans l'exercice de son travail lorsqu'il peut recevoir moins de patients quotidiennement mais plus longtemps, dans un environnement qui l'épanouisse.

Chez les hommes cette modalité de fonctionnement est associée à une meilleure satisfaction financière.

Dans un dernier temps une corrélation a été mise en évidence entre :

- Le temps dédié aux explications et la réduction du nombre de patients quotidiens ;
- La réduction du nombre de consultations et le temps pris pour réévaluer les situations difficiles ;
- L'allongement de la durée de consultation et le temps pris pour réévaluer les situations difficiles.

Il n'existe pas de corrélation entre :

- Le nombre de consultations et l'implication dans le dépistage du cancer colorectal ;
- Le nombre de consultations quotidiennes et le sentiment de la relation de confiance.

Si des corrélations n'ont pas pu se réaliser, une tendance se profile avec nos résultats. Les médecins augmentent leur nombre de consultations journalières si :

- L'environnement de travail leur plaît ;
- L'exercice de leur travail les satisfait ;
- Ils ont le temps d'expliquer leurs prescriptions ;
- Il existe un logiciel d'aide à la prescription ;
- La notion d'équitabilité des soins est importante ;
- Les situations difficiles n'ont pas le temps d'être réévaluées ;
- Il n'est pas possible de pouvoir contacter un confrère à l'hôpital ;
- Ils sont impliqués dans le dépistage du cancer colo-rectal.

Cinquième partie : Discussion

Il existe un lien entre certains critères de qualité des soins et le nombre de patients vus quotidiennement par un médecin généraliste en ville.

1. Limites de l'étude

a. Biais d'information : nombre de patients déclarés par médecin traitant

Lors de la réalisation du questionnaire nous nous sommes concentrés sur le nombre de patients quotidiens vus par les médecins généralistes. Ces données nous semblaient plus pertinentes pour évaluer la charge de travail en lien direct avec le patient.

Par erreur, la question « *de combien de patients êtes-vous le médecin traitant* » n'a pas été intégrée dans le questionnaire comme cela était initialement prévu. Nous ne pourrions donc pas évaluer l'impact de cette réponse. Nous sommes conscients de l'importance de cette question et de sa conséquence dans l'analyse de notre travail.

Néanmoins les médecins généralistes ne reçoivent pas uniquement les personnes issues de leur patientèle.

Les statistiques d'Ameli en 2015 donnent un aperçu des chiffres :

- En moyenne, la patientèle d'un médecin généraliste comprend 1901 personnes ;
- Le volume de leurs consultations annuelles est de 4474 ;
- Le nombre de rendez-vous annuels par patients est de 2,8 (41).

Comme nous l'avons mentionné précédemment (cf. Introduction), la patientèle d'un médecin ne peut être réduite à son seul volume. Si les patients déclarent un médecin traitant, ils ne le consultent pas tous à la même fréquence.

Les patients présentant une pathologie chronique ou les personnes âgées reconsultent plus régulièrement, les nourrissons et les enfants eux bénéficient d'un suivi comprenant des rendez-vous obligatoires, etc. De plus, ils peuvent être amenés à voir un autre praticien : indisponibilités, facilité géographique, etc.

La charge de travail d'un médecin généraliste ne repose donc pas uniquement sur le nombre de patients déclarés, mais également, sur le nombre de consultations créées.

b. Charge de travail

Nous nous sommes intéressés à l'impact que pouvait avoir le nombre de patients vus quotidiennement sur la qualité des soins en médecine générale.

Les consultations représentent 61% du temps de travail d'un médecin généraliste (16).

Notre travail n'explore pas les astreintes, les gardes, la gestion du cabinet (part administrative, prise de rendez-vous...), les conseils téléphoniques aux patients, le courrier les contacts avec les correspondants, l'actualisation des connaissances, les formations et les visiteurs médicaux, etc. Ces autres activités ont probablement un impact sur la qualité des soins et la qualité de vie des médecins.

c. Faible taux de réponse

Avant l'envoi du questionnaire, sur les 463 médecins contactés : 52,9% n'ont pas donné suite à nos appels.

Sur les 153 médecins contactés, représentant 47,1% des sondés, seuls 56,2% ont répondu.

Nous avons été surpris du nombre de médecins n'ayant pas souhaité répondre au questionnaire.

Les refus étaient principalement motivés par :

- L'absence de temps (argument majoritaire) ;
- L'intérêt limité pour le sujet ;
- Le fait qu'ils n'avaient pas aidé quand ils étaient thésards.

Malgré plusieurs relances auprès de ceux qui avaient acceptés de participer, nombreux sont ceux qui n'ont pas pu prendre le temps d'y répondre.

Ce faible taux de réponses peut refléter la charge de travail excessive d'un médecin auprès de ses patients et de l'importance de la partie administrative.

d. Biais de sélection

Il existe deux biais de sélection lors du recrutement des médecins.

Premièrement nous avons sélectionné des médecins ayant une activité libérale majoritaire. Cependant, chez les professionnels de santé, ce n'est plus ce mode de travail qui prédomine. D'ici 2040 (4) seuls 38% des médecins auraient une activité libérale exclusive contre 47% en 2016. Le dernier rapport de la DRESS (42) souligne que près d'un tiers des médecins généralistes se « *spécialisent* ». La gynécologie et la pédiatrie sont les principaux domaines concernés.

Deuxièmement, nous avons tenté de contacter des médecins généralistes exerçant dans des zones de densités médicales différentes. La grande majorité des médecins généralistes interrogés travaillait en Ile-de-France. Cette population médicale recrutée dans notre travail ne correspond pas à l'organisation et à la répartition des médecins généralistes en France métropolitaine (1).

Enfin, les médecins exerçant dans des zones de densité médicale inférieure peuvent avoir une charge de travail ne leur permettant pas de trouver le temps de répondre. Les réponses de ces médecins, débordés, auraient pu apporter des conclusions différentes, en particulier sur la satisfaction des médecins généralistes.

e. Définition de la qualité des soins

Comme précédemment énoncé (cf. Matériel et Méthode), l'accessibilité, l'équité des soins, la communication du médecin, la structure et la satisfaction du médecin ont été abordées au cours de ce travail. Pour des raisons pratiques, il était impossible de pouvoir répondre de manière exhaustive à l'ensemble de ces items. Nous avons choisi des questions qui semblaient pertinentes et réalisables en médecine de ville. Certains de ces critères sont plus facilement identifiables et ont été parfois d'avantage développés au sein de notre questionnaire.

De plus nous avons concentré notre travail sur la satisfaction des médecins et les critères relatifs à l'organisation d'un médecin généraliste. Cependant comme nous l'avons expliqué précédemment, le point de vue des patients fait partie de l'évaluation de cette qualité des soins. La relation de confiance, entre le praticien et le patient, reflète la satisfaction des patients et favorise la continuité des soins. Leurs points de vue pourraient compléter nos conclusions.

f. Critères du RIAP et ROSP

Seulement 34,9% des réponses contenaient des informations relatives aux données du RIAP et de la ROSP.

Ces données manquantes ne nous ont pas permis d'explorer ces résultats.

Quelques commentaires ont permis d'obtenir un aperçu des raisons relatives à cette abstention :

- « *Je ne suis pas statisticien* » ;
- « *Ces données sont confidentielles* » ;
- « *Ces données ne vous regardent pas* » ;
- « *Je ne les conservent pas* » etc.

Ces critères auraient pu nous renseigner sur le profil de la patientèle.

2. Interprétation des résultats

a. Nombre de patients quotidiens

Dans notre travail, les médecins généralistes femmes ont des durées de consultations plus longues et reçoivent moins de patients par jour que leurs confrères.

En 2009, l'IRDES s'est interrogée sur le temps de travail des médecins généralistes : la durée moyenne de travail hebdomadaire est également moins importante chez les généralistes femmes, liée à une activité à temps partiel plus fréquente (43).

Nous avons tenté de déterminer un nombre moyen de patients quotidiens reçus par un médecin généraliste ainsi qu'un seuil au-delà duquel il existerait une répercussion sur la qualité des soins et la satisfaction des médecins. Cependant, les échelles utilisées dans notre questionnaire étant différentes selon les questions, il n'a pas été possible de les définir.

En essayant de détecter ce seuil, nous avons dans l'idée d'essayer de déterminer un nombre critique de consultations quotidiennes. Si ce questionnement est pertinent, il reste difficilement réalisable à l'échelle de notre démarche. En effet, au-delà des limites statistiques, les résultats de notre travail ne nous ont pas permis d'intégrer cette problématique dans un cadre plus large.

Nous n'avons pas abordé le mode d'organisation du cabinet qui pourrait permettre une continuité des soins, comme la présence d'un remplaçant.

Nous n'avons pas abordé la place de la sphère familiale/personnelle qui pourrait impacter l'état d'un médecin et donc, son seuil critique de consultations.

Nous avons demandé des données factuelles aux médecins.

Nous n'avons pris en compte ni leur vécu ni leurs antécédents.

Tous les médecins sont différents et ne veulent probablement pas consulter de la même manière.

Définir un nombre maximal de consultations journalières n'est donc pas possible. Déterminer un plafond annuel a les mêmes limites.

En 1995 une étude, auprès de 220 patients au Royaume Unis (44), a montré qu'un accroissement de la taille de la patientèle était associé à une diminution du niveau d'accessibilité et de continuité des soins pour les patients. Pour le cas de la France, nous n'avons pas trouvé d'étude similaire.

L'instauration d'une limite du nombre de patients déclarés médecin traitant par médecin généraliste peut être réfléchi.

En 2015, le nombre moyen de patients déclarés par médecin généraliste était de 1901. Les patients consultaient environ 2,8 fois par an leur médecin traitant (41).

Cependant, comme nous l'avons expliqué précédemment, tous les patients ne consultent pas à la même fréquence et n'ont pas tous besoin du même suivi. Pour définir un nombre maximal de patients déclarés par médecin traitant, il serait nécessaire d'imposer un profil de patientèle.

Face à ce premier constat, un nombre maximal de patients vus quotidiennement par un médecin généraliste ne peut pas se définir. Il prend en compte le médecin avec ses compétences, son vécu et ses patients.

Dans l'organisation d'une journée de consultations, il est important de s'interroger sur les compétences proposées. Certains médecins recevront majoritairement des personnes âgées, d'autres des nourrissons et des enfants. Sans avoir obligatoirement une formation différente, au fur et à mesure de leur carrière, les médecins développent leur profil de patientèle. En examinant ce profil, les médecins généralistes pourront adapter leur mode d'organisation, pour permettre une offre de soins adaptés aux patients et à leur souhait de fonctionnement.

b. Profil de médecins

Dans notre étude la population de généralistes hommes (48,3%) et femmes (51,1%) est homogène.

En 2017, la DRESS révélait que les femmes généralistes étaient de plus en plus nombreuses, puisqu'elles représentaient 44% des médecins. Ce constat se vérifie par l'atlas de la démographie médicale de 2018 : ce chiffre augmente à 48,2% (2). Si cette disposition se confirme, elles seraient majoritaires dès 2021 (4).

Cette tendance qui ne ferait que se renforcer dans les années à venir, soulève un questionnement concernant les changements d'organisation et de diminution de l'offre de soins. Car les femmes semblent travailler moins au profit de leur vie personnelle et familiale, en préférant un temps partiel ou un travail salarié.

Pour notre travail nous nous sommes intéressés aux médecins généralistes ayant une activité libérale majoritaire.

Comme précisé précédemment, ce mode de travail exclusif tend à régresser au profit d'une activité mixte (libérale et salariée) et salariée exclusive qui augmenteraient, respectivement de 11% et de 15%, d'ici 2040 (4,45). L'acquisition d'une compétence particulière telle que l'acupuncture, l'allergologie, la gynécologie, etc. réduit également l'offre de soins (1,42).

Les cabinets de groupe se développent. Les médecins préfèrent majoritairement travailler à plusieurs. Entre 1998 et 2009, comme le souligne l'article paru en 2011 sur les transformations de l'offre de soins (44), le taux de généralistes exerçant en groupe est passé de 43% à 54%. En 2019, un article de la DRESS (46) révèle que 81% des médecins de moins de 50 ans préfèrent s'installer en groupe avec d'autres généralistes ou spécialistes de santé. Les dossiers des patients peuvent être ainsi partager entre les différents confrères.

Le profil des médecins évolue. L'activité ambulatoire est en mutation. Ces constats permettent de réfléchir à l'organisation d'un cabinet médical et à un plus large niveau à l'installation d'un jeune médecin. Il est important de réfléchir à ces nouveaux paramètres en amont, d'anticiper la demande de soins, d'organiser son temps et son activité afin de déterminer s'il s'agit de travailler en équipe avec d'autres confrères, en intégrant des collaborateurs, des remplaçants, des étudiants.

c. La satisfaction du médecin généraliste

Lors de la réalisation du questionnaire nous avons abordé :

- La satisfaction du médecin dans l'exercice de son travail ;
- L'évolution de la qualité de vie au travail ;
- L'existence d'une anxiété secondaire à leur exercice ;
- La valorisation dans l'exercice de leur métier ;
- La satisfaction financière.

L'existence d'un sentiment de frustration et d'épuisement, l'impression que le travail a une influence positive sur les patients, le sentiment d'avoir une bonne relation avec ses patients ou d'être compétent pour poser un diagnostic et apporter des réponses adaptées, la

fierté d'être médecin sont des données qui nous semblaient moins pertinentes à l'échelle de notre questionnaire.

Le nombre de consultations quotidiennes n'est pas corrélé à la satisfaction des médecins généralistes dans l'exercice de leur travail.

Parallèlement, les médecins généralistes qui trouvent que leur qualité de vie au travail s'est améliorée et qui se sentent valorisés dans l'exercice de la médecine, affirment recevoir moins de patients mais plus longtemps. Sur le plan financier, la satisfaction de la rémunération est faiblement corrélée à l'augmentation du nombre de rendez-vous.

La non satisfaction du médecin généraliste est un problème d'actualité.

Comme le révélait une étude conduite en 2003 par le Conseil National de l'Ordre des Médecins : le risque de suicide est multiplié par 2,37 chez les professionnels de santé par rapport à la population générale du même âge. Les spécialités les plus touchées : la médecine générale, l'anesthésie réanimation et la psychiatrie.

Repérer cette souffrance et cette insatisfaction reste également un problème.

En 2017, d'après le Conseil National de l'Ordre des Médecins, près de 80% des praticiens installés en France n'auraient pas de médecin traitant. 20% seulement seraient suivis par un médecin généraliste, entraînant probablement des retards sur le diagnostic de leur souffrance et de prise en charge. Il est indispensable qu'un médecin puisse être suivi par un autre professionnel de santé et que les signes d'alertes de souffrance, d'anxiété, de dépression, etc. soient dépistés en amont.

Lorsque la souffrance est repérée, une partie du traitement reste l'arrêt de travail. Ce dernier peut engendrer de nombreuses répercussions financières, psychologiques pouvant également affecter leurs confrères.

En effet, ajoutés au nombre réduit de médecins libéraux, les arrêts entraînent souvent, pour leurs confrères exerçants à proximité, un risque accru de burn-out et une dégradation de la qualité des soins (perte de continuité).

Cette insatisfaction et cette souffrance sont présentes en ville et en milieu hospitalier. Pour les prévenir, il est nécessaire de repérer les raisons qui les engendrent. Par exemple, en 2016, des critères évaluant les difficultés des conditions de travail ont été étudiés chez les soignants en milieu hospitalier (37) :

- Les contraintes horaires ;
- Le rythme de travail ;
- Les contraintes physiques ;
- La relation avec les patients ;
- La charge mentale ;
- La charge émotionnelle.

Ces derniers peuvent être transposés à la médecine de ville.

En 2013, une étude s'intéressant aux médecins généralistes féminins en Auvergne a montré que la qualité de vie personnelle de ces dernières était altérée par le manque de temps libre, l'importance de la charge de travail et une reconnaissance financière insuffisante par rapport au reste de la classe féminine active (47). La qualité de vie professionnelle ne semblait pas différente hormis un sentiment d'insécurité plus fort chez les médecins.

Enfin, l'équilibre entre charge de travail et revenus est difficile à trouver.

Celui-ci reste une préoccupation importante comme le rappelle une revue de littérature parue en 2016 (48), le risque du surmenage pour augmenter ses revenus étant l'épuisement professionnel.

Une étude réalisée en Gironde auprès de médecins généralistes (45) souligne également l'importance des revenus comme un critère dans le choix de l'exercice. Certains pensent qu'un salaire minimum devrait être garanti, argumentant cette demande par :

- Un retour équitable suite aux nombreuses années investies dans leurs études ;
- L'assurance et la sécurité financière offerte par un poste salarié à contrario d'une activité libérale ;
- La possibilité d'ajuster leurs revenus et leur charge de travail en fonction de leur besoin.

Au travers de ces données, nous nous interrogeons sur le mode d'organisation de l'offre de soins.

Pour promouvoir l'installation des médecins généralistes, il serait nécessaire qu'ils puissent choisir leur mode d'organisation. Des aides, comme la réduction des charges administratives pourraient être réfléchies et une revalorisation financière envisagée. L'arrivée d'assistants médicaux devrait aider les médecins dans leur organisation du travail.

Si dans notre travail nous avons axé nos questions sur la satisfaction professionnelle des médecins, il est nécessaire de promouvoir et de trouver un équilibre entre l'organisation de la structure et l'équilibre du médecin, sur les plans professionnel et personnel.

Chaque personne et chaque médecin sont différents.

Les remplacements permettent de prendre conscience de la charge de travail et d'entre-apercevoir un équilibre. En effet, en découvrant plusieurs organisations et modes de travail, le remplaçant apprend à déterminer le sien. Les remplacements sont également formateurs pour appréhender l'installation future et rendre celle-ci attractive et satisfaisante.

Dans notre questionnaire, nous avons étudié la satisfaction des médecins, il ne faut pas oublier de prendre en compte les patients pour évaluer la satisfaction au sens large de la qualité des soins.

d. La sécurité des soins

Nous avons exploré la sécurité des soins par les formations, les réévaluations avec des pairs et l'utilisation de logiciels médicaux d'aide à la prescription. Les fréquences de survenue d'événements indésirables, de déclarations à la Pharmacovigilance, d'envois de patients à des confrères spécialistes nous semblaient moins pertinent à l'échelle de notre questionnaire.

La sécurité des soins explorée au travers de ces questions influence le nombre de consultations quotidiennes et la durée du rendez-vous.

Nos résultats montrent que les médecins qui prennent du temps pour revoir les situations difficiles reçoivent moins de patients mais prennent plus de temps lors du rendez-vous.

Cependant nos résultats ne montrent pas de corrélation entre la formation, la participation aux groupes d'échanges de pratiques et le nombre de consultations quotidiennes.

1. Logiciel de prescription

82 des 86 médecins interrogés avaient un logiciel d'aide à la prescription.

En juillet 2018, 85 % des généralistes et 52 % des établissements de santé étaient dotés d'un logiciel certifié HAS.

Cet outil peut permettre d'encadrer et d'aider à la prescription médicamenteuse ainsi que de gagner en sécurité. De plus, il peut occasionner un gain de temps pouvant être mis au profit de la formation ou des patients.

2. Le Développement Personnel Continu

Le Développement Personnel Continu a pour objectif le maintien et l'actualisation des connaissances, des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. Il s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé avec l'obligation de participer à un programme de DPC par an. Les médecins doivent réserver du temps pour la mise à jour de leurs connaissances et se libérer pour ces demi-journées ou soirées de formation, qui viennent s'ajouter à leurs emplois du temps.

En 2016, la DRESS s'interroge sur la formation continue des médecins généralistes. En moyenne, 13 demi-journées ou soirées annuelles sont consacrées à cette formation (5,49), avec un ratio plus élevé chez les hommes que chez les femmes (13,3 demi-journées contre 12,7).

D'autres facteurs semblent impacter ce temps de formation : la réduction du nombre de consultations, l'exercice en milieu urbain et l'âge (14,2 demi-journées pour les médecins de plus de 56 ans, contre 11,7 pour les moins de 49 ans). En effet, un quart des généralistes dont

le volume d'activités est le plus élevé suivi près de 2 demi-journées ou soirées de formation en moins que le quart de médecins dont le volume d'activités est le plus faible selon le dernier rapport de la DRESS.

De même, les praticiens exerçant en groupe avec des paramédicaux ont en moyenne une demi-journée ou soirée de formation supplémentaire.

Face aux progrès technologiques, au nombre de publications et aux nouvelles connaissances, les professionnels de santé doivent avoir accès, de manière synthétique et critique, à ces nouvelles informations. C'est ce que proposent les recommandations de bonnes pratiques au travers des conférences de consensus, des consensus formalisés d'experts et des recommandations pour la pratique clinique (50).

Ayant pour objectif d'améliorer ses connaissances pour améliorer ses pratiques professionnelles et éviter la survenue d'évènement indésirable, ce DPC prend du temps. Ce temps obligatoire doit être organisé. Pour permettre une continuité de l'offre de soins, des remplaçants peuvent être envisagés, ainsi qu'une modification des horaires d'ouvertures ou du nombre de consultations quotidiennes. Il est important de réfléchir à l'offre de soins proposée et à l'équilibre financier qu'elle implique.

3. Évènement Indésirable Associé aux Soins

Un Évènement Indésirable Associé aux Soins, est « *un évènement inattendu, qui perturbe ou retarde le processus de soins, ou impacte directement le patient dans sa santé. Cet évènement est consécutif aux actes de prévention, de diagnostic ou de traitement. Il s'écarte des résultats escomptés ou des attentes du soins. Il n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie.* »

Cet évènement indésirable peut être grave (EIG) comme un décès inattendu, une complication mettant en jeu le pronostic vital ou la perte permanente d'une fonction qui ne résulte pas de l'évolution naturelle de la maladie. Il peut aussi être sans conséquence s'il est détecté et pris en charge à temps.

La cause de ces évènements est rarement liée au manque de connaissances mais résulte majoritairement de défauts d'organisation, de vérification, de coordination et de communication.

Ils sont fréquents et touchent majoritairement les personnes âgées.

La HAS réalise des campagnes pour évaluer les indicateurs et l'impact des dispositifs d'amélioration de la qualité et pour permettre leur suivi.

Les médecins doivent détecter les EIAS. Et lorsqu'ils se produisent, les médecins vont en rechercher les causes pour modifier leur prise en charge et prévenir d'une récurrence.

Ces éléments rappellent la nécessité de prendre du temps en consultation pour écouter, interroger, rechercher des contre-indications, des épisodes antérieurs, expliquer la prescription et être disponible pour réévaluer l'état de santé du patient si nécessaire.

Ce temps, le médecin doit le trouver pour ses patients, pour lui-même dans le but de se former, de mettre à jour ses connaissances et de réexaminer les dossiers les plus complexes.

Le temps de formation obligatoire s'intègre dans l'organisation des soins.

Afin de se libérer du temps, il est nécessaire de s'organiser pour continuer et garantir l'offre de soins. Il peut s'agir d'une installation en groupe, de la recherche d'un remplaçant, etc. Dans

le cas où le cabinet ferme durant des jours de formations, il convient alors de prévenir et réguler la diminution de l'offre de soins. Le médecin peut alors ouvrir d'autres créneaux un autre jour, conserver des consultations de soins non programmés pour le lendemain, etc.

Cette réflexion doit se faire en amont de l'installation dans le but de mettre en place un emploi du temps adapté.

e. L'efficacité des soins

L'efficacité des soins englobent de nombreuses notions : diagnostique, thérapeutique, préventive. Si les deux premières sont des motifs de consultations fréquentes, les patients consultaient moins régulièrement pour des actes de prévention. Avec les campagnes de vaccinations, de dépistage, de lutte contre le tabac, les consultations dédiées à l'éducation thérapeutique lors de pathologies chroniques, etc. l'offre de soins est en pleine transformation.

Nous avons concentré nos questions sur :

- Le nombre de patients présentant une pathologie chronique ;
- La participation aux campagnes de dépistage, avec l'exemple du dépistage pour le cancer colo-rectal ;
- L'utilisation de l'intervention brève pour lutter contre le tabac et l'alcoolisme.

Lors de la réalisation de notre questionnaire, la place de l'éducation thérapeutique dans le temps de consultation semblait compliquée à estimer.

L'efficacité des soins explorée au travers d'un exemple de prévention, le dépistage du cancer colo-rectal, n'influence ni le nombre de rendez-vous quotidiens ni la durée de la consultation.

Nos résultats révèlent que les consultations sont plus longues lorsque les médecins font de la prévention, en utilisant l'intervention brève pour la lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme ou en s'impliquant dans le dépistage du cancer colo-rectal, même si aucune corrélation n'a été établie.

Toutes les consultations n'ont pas la même durée, les motifs et les patients sont différents, comme le rappelle le rapport de la DRESS en 2006 sur la durée des séances de médecins généralistes (17). Il dévoile que les consultations de prévention durent moins longtemps, 16 minutes en moyenne.

Cependant nous ne pouvons pas savoir s'il agit d'une consultation uniquement dédiée à la prévention ou s'il s'agit d'un des motifs de la consultation. Nous n'avons pas trouvé d'étude qui se soit intéressée uniquement au temps accordé pour aborder la prévention au sein d'une consultation. Nous pouvons supposer que, lorsqu'il ne s'agit pas du motif principal, le médecin y consacre moins de temps.

Expliquer demande inéluctablement du temps : les risques d'une consommation nocive, les pathologies associées, les modalités de prévention, les alternatives thérapeutiques, s'assurer que le patient a entendu et compris, etc.

La prévention, l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutiques des patients font parties des missions des médecins généralistes.

L'éducation du patient a une place primordiale dans le processus de la qualité des soins. Promouvoir l'éducation c'est également améliorer l'organisation des soins.

Définir les symptômes devant amener à reconsulter, expliquer les possibilités d'obtenir des examens complémentaires en ville, etc. permettraient parfois de limiter le recours des patients dans les services d'urgence (21).

En 1995, la Société française de Médecine Générale considérait que les actions de prévention représentaient au moins un tiers de l'activité d'un médecin généraliste (51).

Si la place de la prévention et de l'éducation lors de la consultation n'est pas contestable, les médecins soulignent qu'elle demande du temps et parfois des compétences qui sont moins maîtrisées. Il s'agit alors de trouver du temps pour se former, afin d'approfondir les compétences les moins maîtrisées, ou d'adresser le patient à un confrère.

Or le temps du médecin est une ressource limitée. Les consultations ne peuvent pas être allongées à l'infini. Les patients suivants attendent, le retard et les tâches administratives s'accumulent, le temps personnel se réduit, l'insatisfaction pourrait augmenter. Voir moins de patients serait une solution, mais dans un secteur d'activité libéral exclusif cela signifie une baisse de la rémunération. Une alternative serait de proposer un autre rendez-vous uniquement dédié à ce motif. Mais cela peut engendrer des complications financières et matérielles pour les patients.

f. L'accessibilité

Pour étudier l'accessibilité nous nous sommes concentrés sur :

- Le temps d'attente moyen pour l'obtention d'un rendez-vous ;
- Le nombre de consultations quotidiennes ;
- Le nombres de visites à domicile ;
- La durée moyenne d'une consultation ;
- Les modalités d'obtention de rendez-vous et la présence de créneaux libres/d'urgences ;
- La possibilité d'une coordination des soins.

La présence de remplaçants, la notion de soins continus (possibilité pour les patients de pouvoir faire appel à chaque fois à son médecin traitant, dans les cabinets de groupe), l'accessibilité du médecin via son téléphone/emails, la possibilité de recevoir des soins dans sa langue maternelle, l'information sur le temps d'attente lors de l'arrivée dans la structure, la proportion du temps dédié à la gestion administrative, et l'organisation du dossier patient sont des éléments importants mais moins pertinents à l'échelle de notre questionnaire.

Dans notre travail, rares sont les médecins qui ont précisé s'ils recevaient des étudiants en médecine.

1. L'accessibilité passe par le nombre de consultations

Dans notre travail, les femmes généralistes recevaient 24 patients par jour tandis que les hommes en recevaient 30.

Les nombreuses données manquantes n'ont pas permis d'obtenir le volume annuel de consultations.

Le temps de consultation était en moyenne de 19 minutes pour les femmes généralistes et de 16 minutes pour leurs confrères.

Les femmes généralistes effectuent en moyenne 4150 consultations et visites par an, soit 24 % de moins que leurs confrères (5440 par an) (16). La proportion de visites ne représente que 8 % du total des actes chez les médecins généralistes féminins, contre 14 % chez leurs confrères masculins.

Ces chiffres se justifient en partie par les écarts de durée de consultation, supérieure chez les femmes avec une durée moyenne de 19 minutes, contre 17 minutes pour leurs confrères. De plus, 57 % des femmes généralistes affirment que leurs rendez-vous peuvent durer plus de 20 minutes, contre 35 % pour leurs confrères.

Selon le dernier rapport de la DRESS (5), en tenant compte de la structure par âge, du volume d'activité, de la région et de la sous-densité médicale de la zone d'exercice, les femmes médecins déclarent des consultations plus longues d'1 minute 30 en moyenne que leurs confrères.

Notre échantillon se rapproche des données retrouvées dans la population générale de médecins généralistes.

Ce constat permet de s'interroger sur la modification de l'offre de soins si la population de médecins continue à se féminiser. Si les femmes médecins reçoivent leurs patients en prenant plus de temps, nous pouvons nous demander si elles souhaiteront modifier leur organisation. En recevant moins de patients par jour et sur une durée plus courte, nous pouvons également nous questionner sur les solutions à mettre en œuvre, comme trouver un remplaçant, travailler avec d'autres confrères généralistes ou mettre en place une collaboration.

2. L'accessibilité passe par la durée de consultation

Dans notre travail le temps de consultation était de 16 minutes en moyenne pour les hommes généralistes et de 19 minutes pour leurs consœurs.

En 2019, la durée de consultation est de 18 minutes en moyenne (5), comme le rappelle la DRESS. Pour quatre généralistes sur dix, cette durée est de 15 minutes et elle s'allonge à 20 minutes pour près d'un tiers.

Selon ce même rapport, plus le volume d'activité est important, plus les consultations sont courtes : ainsi, les 25 % des médecins ayant le volume d'activité le plus élevé (en nombre annuel de consultations et visites) consacrent en moyenne 5 minutes de moins par consultation que les 25 % des médecins ayant le plus faible volume d'activité.

Plusieurs revues de littérature mettent en évidence que des consultations plus longues en médecine générale sont associées à une amélioration de la qualité des soins (6–8).

Cette notion conforte l'idée qu'il est important de prendre du temps et d'anticiper son mode d'exercice avant son installation.

Notre échantillon semble proche de la moyenne retrouvée dans le rapport de la DRESS. Comme nous l'avons précisé précédemment, les durées de consultation ne sont pas les mêmes pour tous (17). Les motifs de consultations sont variés, les patients n'ont pas tous la même demande. Il pourrait être intéressant de prévoir des rendez-vous adaptés à certaines catégories de la population. En effet, des consultations plus longues pourraient être attribuées aux nourrissons ou aux personnes âgées. De même en période épidémique, il paraît judicieux de conserver des créneaux d'urgences : des consultations plus courtes mais permettant aux patients de pouvoir contacter un médecin rapidement.

3. *L'accessibilité passe par l'accès aux soins*

Nos résultats montrent que lorsque le délai d'obtention d'un rendez-vous est court, le médecin reçoit quotidiennement plus de patients et sur une durée plus courte, même si aucune corrélation franche n'a été démontrée.

Les délais d'obtention de rendez-vous ne sont pas les mêmes en fonction de la zone géographique. En 2017, une étude sur l'observation de l'accès aux soins, réalisée par l'Institut Français d'Opinion Publique (IFOP) pour le cabinet Jalma, a développé un simulateur pour estimer le délai d'attente entre les différentes régions (52).

Selon un rapport de la DRESS, en 2018, le délai est en moyenne de 2 jours pour la majorité des rendez-vous (53). Cette attente est fortement réduite « *lorsque le patient précise, lors de la prise de rendez-vous, que la demande fait suite à l'apparition ou à l'aggravation de symptômes* ». Pour un rendez-vous sans urgence, le délai moyen est de 6 jours et peut dépasser 11 jours dans 10% des cas. En comparaison, les délais pour un rendez-vous chez un ophtalmologue sont de plus de 50 jours pour la moitié des cas.

Le dernier rapport de la DRESS (54) révélait que 8 médecins sur 10 organisaient leur activité afin de répondre à la demande de soins non programmés, soit 30 % de leur activité hebdomadaire.

Des plages d'ouverture sans rendez-vous, une réorientation vers des confrères de la même structure, des créneaux d'urgences spécialement dédiés dans la semaine ou quotidiennement : ces possibilités sont facilitées dans les structures où plusieurs médecins généralistes travaillent en groupe. Ce fonctionnement est moins répandu chez les médecins exerçant dans des zones de plus faible densité médicale avec des journées plus longues, un allongement du délai de rendez-vous, le refus de nouveaux patients, etc.

De plus, si 25% des médecins peuvent répondre à toutes les demandes de rendez-vous non programmées le jour même où le lendemain, leur durée raccourcissent : 16 minutes en moyenne.

Nos résultats semblent se rapprocher de ce constat : lorsque le délai d'obtention d'un rendez-vous est court, le médecin reçoit quotidiennement plus de patients et sur une durée plus courte. Il pourrait s'agir de rendez-vous d'urgences ou de consultations libres pour des soins non programmés. Cependant le panel des médecins interrogés ne correspond pas au panel des médecins installés en France métropolitaine.

4. L'accessibilité passe par l'accès aux spécialistes

Un autre point a été constaté à la lecture des résultats, lorsque les médecins ont la possibilité de demander un avis à un spécialiste, leur nombre de consultations quotidiennes diminue, même si aucune corrélation n'a été établie.

Des récents résultats de le DRESS (42), révèlent que 77% des médecins généralistes rencontrent des difficultés à adresser leurs patients à des confrères spécialistes. Le délai d'obtention du rendez-vous, le coût des consultations, la distance, etc. font partis de ces problèmes d'accès à des spécialistes ou à des professionnels de santé paramédicaux.

Nos résultats sont probablement impactés par l'aspect géographique. Dans les zones de faible densité médicale, les médecins reçoivent plus de patients et deviennent un intermédiaire avec des confrères spécialistes en ville et à l'hôpital, car l'offre de soins de ces derniers est plus faible. Dans les régions à forte densité médicale, les patients sont plus facilement redirigés ou peuvent prendre directement contact avec des spécialistes.

Avoir du temps dédié aux patients et du temps pour adresser à un confrère, demander des avis, permet de favoriser la coordination et la continuité du parcours de soins. Ces éléments peuvent être influencés par la charge de travail et donc par le nombre de consultations quotidiennes.

L'accessibilité des soins met l'organisation du cabinet au premier plan. Le nombre de consultations et leur durée vont s'adapter aux praticiens et aux patients. Nous ne pouvons pas définir un nombre fixe, ni une population fixe. Ils vont s'adapter au fur et à mesure de la carrière du médecin. L'emploi du temps va se modifier en fonction de la demande et de l'équilibre professionnel et personnel que souhaite le médecin.

La situation géographique ainsi que la densité médicale des médecins généralistes et des professionnels de santé, sont des arguments majeurs dans la décision de l'installation. Comme il est parfois difficile de s'installer, il peut être rassurant de ne pas se sentir isolé et de pouvoir faire appel à des confrères plus facilement.

g. L'équité des soins

Pour étudier l'équité des soins avons centré nos questions sur :

- Le secteur d'activité ;
- La notion de pratique de mêmes soins pour tous ;
- La pratique du tiers payant ;
- L'acceptation des patients bénéficiant de la CMU et de l'AME.

Dans notre questionnaire, il était difficile de poser et d'obtenir une réponse concernant le coût de la consultation pour le patient après le remboursement de la sécurité sociale et de sa mutuelle, le cas échéant.

La pratique de mêmes soins pour tous était une notion importante pour 82 médecins de notre échantillon. Les femmes médecins pratiquaient toujours ou souvent le tiers payant.

Leur durée de consultation ne se modifiait pas lorsqu'elles recevaient un plus grand nombre de bénéficiaires de la CMU.

Chez leurs confrères, la durée de consultation se réduisait de trois minutes.

Nous n'avons pas mis en évidence de corrélation entre le nombre de patients vus quotidiennement et la notion d'équité des soins.

La littérature nous donne un éclairage complémentaire sur cet aspect. L'Organisation Mondiale de la Santé a défini l'équité comme l'absence de différences évitables ou remédiables entre différents groupes de personnes, qu'ils soient définis selon des critères sociaux, économiques, démographiques ou géographiques.

Le Professeur Falcoff s'est intéressé aux inégalités de santé en 2010. Il a relevé que la durée des consultations est inversement proportionnelle à la charge de travail et au niveau socio-économique local. Une durée plus courte de consultation et l'accumulation des problèmes somatiques, psychologiques et sociaux renforcent la probabilité que les questions non urgentes, et notamment la prévention, ne soient pas abordées pendant les consultations (55).

Les bénéficiaires de la CMU-Complémentaire (18), souvent moins familiers du système de soins, sont plus nombreux à déplorer la brièveté de la séance (6,4 %). Les recours de la part des bénéficiaires de la CMU-Complémentaire, qu'ils soient « *urgents* » ou non, durent en moyenne une à deux minutes de moins que les autres.

De même, les cadres et les professions libérales auraient des durées de rendez-vous significativement supérieures à celles « *des employés* », de 5 % en moyenne (17).

Dans notre échantillon de médecins, 64% des hommes et 86% exercent en secteur 1. Dans notre étude, les médecins recevaient le même nombre de patients quotidiennement, qu'ils exercent en secteur 1 et 2.

En comparaison, en 2016, sur 51 480 médecins généralistes :

- 48 360 sont conventionnés ;
- 2 660 pratiquent des honoraires libres ;
- 465 sont non conventionnés ;
- 5 sont conventionnés avec dépassement.

Comme le révèle une enquête en 2012 sur les emplois du temps des médecins généralistes, la durée de consultation est significativement plus élevée pour les médecins généralistes en secteur 2 : 22 minutes contre 17 minutes pour ceux exerçant en secteur 1 (16).

La notion d'équité des soins est fondamentale et doit encadrer notre pratique.

h. La communication

Pour explorer la communication nous avons regardé :

- Le temps pris pour expliquer la prescription d'un examen, d'un médicament ou son absence ;
- Le sentiment de répondre aux attentes des patients ;
- Le sentiment qu'une relation de confiance s'est établie avec le patient.

La communication est importante, les médecins déclarent voir moins de patients lorsqu'ils ont le temps d'expliquer leurs prescriptions.

Tous les médecins ont déclaré qu'ils pensaient répondre aux attentes des patients tout en ayant l'impression de créer une relation de confiance.

Comme nous le rappelions dans le chapitre précédent (cf. G. Équité des soins), chez les femmes médecins, la durée de consultation ne se modifiait pas lorsqu'elles recevaient un plus grand nombre de bénéficiaires de la CMU.

Chez leurs confrères, la durée de consultation se réduisait de trois minutes.

Aucune corrélation n'a pu être mise en évidence.

Des revues de littérature (55) ont étudié l'influence du statut socio-économique et de l'origine ethnique sur la communication entre le médecin et le patient : les plus défavorisés bénéficieraient de moins d'informations et de soutien psychologique. Les médecins seraient plus directifs et inciteraient moins les patients à s'exprimer.

A l'opposé, ceux d'un niveau socio-économique plus favorisé rechercheraient plus d'informations, inciteraient le médecin à fournir plus d'explications dans la démarche diagnostique, la prescription de médicaments et d'explorations biologiques et radiologiques.

Ce constat permet de rapprocher les notions de communication et d'équité des soins. Pour communiquer le médecin doit s'adapter à son patient, à sa demande, à son vécu et à son ressenti. Le discours et les explications du médecin vont s'harmoniser face à chaque patient. Dans notre questionnaire, nous n'avons étudié que le point de vue des médecins. L'opinion des patients est un élément majeur et primordial pour étudier cette communication médecin-patient.

i. L'organisation de la structure de soins

Pour étudier cette organisation, nous avons examiné :

- Les horaires d'ouverture ;
- L'ambiance au sein de la structure médicale ;
- Le confort de la structure médicale.

La propreté de la structure médicale, la qualité de l'accueil, la facilité d'accès à la structure médicale (parking, rampe d'escaliers, etc.) nous semblaient moins pertinentes à l'échelle à notre questionnaire.

L'ambiance et le confort de la structure ont un impact sur le nombre de consultations quotidiennes, un médecin satisfait reçoit plus de patients tous les jours.

La majorité des médecins généralistes dispose d'un secrétariat médical (16). Cette présence est plus fréquente parmi les médecins :

- Exerçant en cabinet de groupe ;
- Dont le nombre de consultation dépasse un certain seuil ;
- Plus jeunes.

La présence d'un secrétariat au sein de la structure peut être substitué par un secrétariat externalisé.

L'entretien des sols et des locaux reposent, dans la majorité des cas, sur une personne salariée du cabinet ou sur un prestataire de service.

Il faut à cela rajouter la gestion comptable de la structure, qui peut également être soustraitée à un cabinet comptable.

En 2012, L'ensemble de ces tâches peut représenter en moyenne quatre heures par semaine.

En 2011, l'IRDES se demandait si les transformations de l'offre de soins correspondaient aux préoccupations des usagers de médecins générale. Parmi les différents travaux examinés, il mentionnait deux études concernant la structure de soins.

Une étude, menée auprès de 7247 patients anglais en 2001, révèle que ces derniers considéraient la continuité des soins meilleure dans les structures de petite taille.

Au niveau européen, ce résultat est confirmé par l'étude de Wensing en 2008 : selon les usagers, la qualité des structures médicales se dégraderaient lorsque le nombre de médecins en exercice s'accroît (44).

Nos résultats montrent qu'un médecin satisfait de sa structure reçoit plus de patients : 19,2% de plus chez les médecins hommes et 5,4% chez les médecins femmes.

Déléguer la prise de rendez-vous et l'entretien du ménage permet de libérer du temps mais a un coût financier. Il peut donc être intéressant de partager l'organisation de sa structure avec d'autres confrères.

En effet le partage des charges communes ouvre la possibilité d'avoir une structure plus grande, un secrétariat (externalisé ou non) et des coûts d'entretiens moindre.

Les médecins peuvent décider d'investir individuellement ou ensemble dans des biens d'équipements médicaux (ECG, test auditif de Moatti, etc.), de partager un cabinet (confrères, collaboration) et d'adapter leur emploi du temps (remplacement).

Cette organisation permet de favoriser la coordination et la continuité des soins par l'élargissement des horaires d'ouvertures et de fermetures du cabinet médical.

Ces organisations peuvent et doivent être discutées afin que le cabinet puisse proposer une offre de soins la plus large possible tout en préservant l'équilibre professionnel/personnel si important dans la qualité de travail d'un médecin généraliste.

De plus, le temps libéré peut permettre aux médecins de se former, de revoir des situations difficiles, participer à des groupes de paires ou d'échanges de pratiques, de parcourir le courrier, de lire les biologies, de demander des avis à des spécialistes, etc.

En définitive, travailler en équipe, permet aux praticiens de se sentir moins isolés, de pouvoir faire appel en direct à leurs confrères en cas de doute et d'échanger sur les moments difficiles, tout en construisant un lien social.

3. Synthèse

En France métropolitaine, la démographie médicale est en diminution face à une population qui augmente.

L'offre de soins proposée ne permet pas toujours de répondre à la demande des patients.

Augmenter le nombre de consultations quotidiennes pourrait engendrer une altération de la qualité des soins chez des médecins généralistes déjà saturés.

Nous nous sommes demandés quel lien existait entre les différents critères de la qualité des soins et le nombre de patients vus quotidiennement.

Tout au long de nos recherches, nous nous sommes penchés sur l'organisation du travail d'un médecin.

Grâce à cela, nous avons pu mettre en évidence une corrélation entre :

- L'augmentation de la durée moyenne d'un rendez-vous et la réduction du nombre de consultations quotidiennes ;
- Un environnement permettant d'exercer un travail de manière satisfaisante et l'augmentation du nombre de consultations quotidiennes ;
- La satisfaction dans l'exercice de son travail et la réduction de la durée de consultation ;
- L'augmentation de la durée des consultations et l'amélioration positive de la qualité de vie au travail ;
- Le temps dédié aux explications et la réduction du nombre de patients quotidiens ;
- La réduction du nombre de consultations et le temps pris pour réévaluer les situations difficiles ;
- L'allongement de la durée de consultation et le temps pris pour réévaluer les situations difficiles.

Mais aucune corrélation unique n'a été démontrée.

En essayant d'établir une association entre la charge de travail quotidienne, en lien direct avec le patient et la satisfaction des médecins généralistes, nos recherches nous ont permis de réfléchir à l'organisation du travail d'un médecin.

Grâce à ce travail, j'ai réfléchi à mon installation future, étape importante non dénuée d'inquiétudes. Avec l'aide de mes stages et de mes premiers remplacements, ce travail m'a beaucoup enrichie. L'élément majeur de ma réflexion était de savoir si mon installation se fera seule ou en groupe, avec d'autres médecins généralistes ou confrères.

La présence d'un secrétariat (externalisé ou non), d'un logiciel d'aide à la prescription, la possibilité de participer à des groupes d'échanges de pratiques sont des critères importants : il est indéniable que le travail d'un médecin ne se résume pas à son temps de consultation et aux patients vus quotidiennement.

Anticiper les charges de travail en organisant son emploi du temps est un facteur de réussite et un élément fondamental pour améliorer la qualité des soins. Car c'est en se délestant de

certaines tâches que le médecin peut se concentrer sur l'essentiel de son métier : l'offre de soins.

En déterminant l'équilibre souhaité entre la vie professionnelle, personnelle et familiale, il ressort que les décisions d'installation ne se prennent pas nécessairement seule.

En effet, chaque personne, chaque médecin a son propre mode opérationnel, sa propre organisation et aménage son temps différemment en fonction de ses obligations.

La population de médecins se féminisant, les médecins généralistes n'exerçant plus exclusivement la médecine de ville, nous nous sommes interrogés sur les moyens permettant d'offrir des soins adaptés aux patients, dans cette organisation en pleine mutation.

Il convient donc de trouver des solutions pour que les médecins puissent se former, participer à des groupes de pairs, se sentir satisfait dans l'exercice de leur travail, adapter leur temps de consultation pour aborder la prévention, recourir à des spécialistes, etc.

Or, cet ensemble d'activités nécessite du temps. Se libérer du temps pour faire face à la demande de soins, c'est, par exemple, recourir à des remplaçants, des collaborateurs, s'installer en groupe, utiliser un logiciel d'aide à la prescription, avoir un secrétariat, se délester des tâches annexes (entretiens, comptabilité), etc.

Il ressort de notre travail que les critères de la qualité des soins coordonnent l'organisation du travail des médecins. Ce n'est pas le nombre de consultations quotidiennes qui est primordial mais l'équilibre entre la vie professionnelle, personnelle et familiale. Ce sont des éléments fondamentaux qui sont à prendre en compte lors d'une réflexion d'installation.

Nous aurions souhaité avoir des données supplémentaires comme le nombre de patients déclarés par médecin traitant, avoir un panel de réponses plus important et plus représentatif de la population médicale en France métropolitaine.

L'étude de l'impact du temps de travail hors consultations pourrait également apporter de nombreuses réponses complémentaires.

Si le cadre de travail est fondamental, n'oublions pas qu'en étudiant la qualité des soins, nous avons axé notre étude sur le plan théorique. Un médecin ne se résume pas à son mode d'organisation. Nombreuses sont les compétences qui pourraient lui être attribuées (33) : médicales, relationnelles et éthiques. Comme le précise l'HAS (29), le point de vue des patients est également primordial.

Pour améliorer la satisfaction des médecins et favoriser la continuité et la coordination des soins, des ajustements du cadre de travail pourraient être envisagés. L'accompagnement et l'encadrement au projet d'installation des jeunes médecins devient une étape importante dans leur parcours, pour leur apporter une méthode d'organisation du travail permettant ainsi de prioriser le patient et la qualité des soins.

Conclusion

Nous n'avons pas trouvé de lien unique entre la qualité des soins et le nombre de patients vus quotidiennement par les médecins généralistes. Mais plusieurs ! Ces derniers sont complexes, variés et spécifiques à chaque critère intégrant la notion de la qualité des soins.

Aucune corrélation n'a été trouvée entre le nombre de patients quotidiens et la satisfaction des médecins généralistes. Leur bien-être ne doit pas être négligé pour autant. D'où l'importance du suivi des médecins, du dépistage de leur souffrance et de la réévaluation de leurs modes de fonctionnement.

- Un équilibre entre la vie professionnelle, personnelle et familiale ;
- Le temps dédié à la réévaluation des situations ou la formation personnelle ;
- Le temps accordé à la prévention et aux explications ;
- L'accessibilité des soins, etc.

Ces différents éléments soulignent qu'une méthode unique et consensuelle de pratique professionnelle n'existe pas. Modulable à la fois au médecin et au patient, elle doit s'adapter aux nouvelles générations de praticiens pour répondre de manière optimale à l'offre de soins.

Source d'inquiétudes pour les médecins : leur installation. Elle pourrait être encadrée et les futurs installés accompagnés plus étroitement dans leur projet. En premier : réfléchir au cadre de travail souhaité afin d'être in fine un médecin généraliste épanoui dans son travail.

BIBLIOGRAPHIE

1. MOURGUES J-M. Accès aux soins et démographie médicale. *Responsabilité, Revue de formation sur le risque médical*. 2018 ; 18(69) :6-12.
2. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France 2018.
3. PETERSON SM, RAYBURN WF, LIAW WR. When do primary care physicians retire ? Implications for workforce projections. *Ann Fam Med*. 2016 ; 14(4) :344-9.
4. BACHELET M, ANGUIS M. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. *Etudes et Résultats*.2017 ; (1011) :6.
5. CHAPUT H, MONZIOLS M, FRESSARD L, VERGER P, VENTELOU B, ZAYTSEVA. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. *Etudes et Résultats*.2019 ; (1113).
6. HUTTON C, GUNN J. Do longer consultations improve the management of psychological problems in general practice ? A systematic literature review. *BMC Health Serv Res*. 2007 ; 7(1). Disponible sur : <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-7-71>
7. DUGDALE DC, EPSTEIN R, PANTILAT SZ. Time and the patient-physician relationship. *J Gen Intern Med*. 1999 ; 14(S1): S34-40.
8. FREEMAN GK. Evolving general practice consultation in Britain: issues of length and context. *Br Med J*.2002; 324(7342):880-2.
9. Les conditions de travail des médecins généralistes. *Portrait des professionnels de Santé*. 2016 ; (18) : 126-32.
10. GALAM E. *L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives*. Commission prévention et Santé Publique. 2007.
11. BARANES D. *Etude des freins à l'installation en cabinet de médecine libérale des jeunes médecins généralistes remplaçants thésés en Ile de France* [Thèse de médecine]. Faculté de médecine de Versailles ; 2016.
12. MABON S. *Quels sont les déterminants du choix de l'exercice ambulatoire des internes de médecine générale au terme de leurs études ?* [Thèse de médecine]. Faculté de médecine Henri Warembourg: Droit et Santé. Lille 2 ; 2013.
13. BREUIL-GENIER P, SICART D. La situation professionnelle des conjoints de médecins. *Etudes et Résultats*.2005 ; (430) :12.

14. ROBELET M, LAPEYRE-SAGESSE N, ZOLESIO E. Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins : genre, carrière et gestion des temps sociaux Le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans. Note de synthèse pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins ; 2006.
15. BOYOUND-GHIDOSSICdossi C. *La féminisation de la médecine générale en pratique : du point de vue des étudiantes internes en médecine générale à Grenoble, entre attentes et réalité*. [Thèse de médecine]. Faculté de médecine de Grenoble ; 2011.
16. JAKOUBOVITCH S. Les emplois du temps des médecins généralistes. *Etudes et Résultats*. 2012 ; (797) : 8.
17. GOFFETTE C, BREUIL-GENIER P. La durée des séances des médecins généralistes. *Etudes et Résultats*. 2006 ; (481).
18. COLLET M, GOUYON M. Recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville : satisfaction des patients et suites éventuelles. *Etudes et Résultats*. 2008 ; (625) : 8.
19. GENTILE S, VIGNALLY P, DURAND A-C, GAINOTTI S, SAMBUC R, GERBEAUX P. Nonurgent patients in the emergency department ? A French formula to prevent misuse. *BMC Health Serv Res*. 2010 ; 10(1). Disponible sur : <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-66>
20. CARRASCO V, BAUBEAU D. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. *Etudes et Résultats*. 2003 ; (212) : 8.
21. BAUBEAU D, CARRASCO V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. *Etudes et Résultats*. 2003 ; (215) : 12.
22. CASIN G. *Syndrome d'épuisement des médecins généralistes français : revue de la littérature* [Thèse de médecine]. Toulouse III. Paul Sabatier ; 2016.
23. DAGRADA H, VERBANCK P, KORNREICH C. General practitioner burnout : risk factors. *Rev Med Brux*. 2011 ; 32(4):407-12.
24. GALAM E. Burn out des médecins libéraux. *Médecine*. 2007 ; 419-21.
25. LETURQUE A. *Le burn-out des médecins généralistes picards : prévalence et facteurs associés* [Thèse de médecine]. Faculté d'Amiens : Picardie Jules Vernes ; 2016.
26. CATHEBRAS P, BEGON A, LAPORTE S, BOIS C, TRUCHOT D. Burn out among french general practitioners. *Presse Med*. 2004 ; 33(22) :1569-74.
27. WILLIAMS ES, MANWELL LB, KONRAD TR, LINZER M. The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care : Results from the MEMO study. *Health Care Manage Rev*. 2007 ; 32(3) : 203-12.

28. DALE J, POTTER R, OWEN K, PARSONS N, REALPE A, LEACH J. Retaining the general practitioner workforce in England: what matters to GPs? A cross-sectional study. *BMC Fam Pract.* 2015 ; 16(1).
29. Haute Autorité de Santé. La démarche de qualité en médecine générale. 2009.
30. Haute Autorité de Santé. Guide méthodologique de diffusion publique des indicateurs de qualité de soins. 2012.
31. HURLIMANN C. Approche conceptuelle de la qualité des soins. *Actualité et Dossier En Santé Publique.* 2001 ; (35).
32. OR Z, COM-RUELLE L. La qualité des soins en France, comment la mesurer pour l'améliorer ? IRDES. 2008.
33. IBANEZ G, CORNET P, MINGUET C. Qu'est-ce qu'un bon médecin ? *Pédagogie Médicale.* 2010 ; 11(3) : 151-65.
34. COMPAGNON L, BAIL P, HUEZ J-F, Stalnikiewicz B, GHASAROSSIAN C, ZERBIB Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer.* 2013 ; 24(148-55) : 8.
35. ENGELS Y. Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe. *Fam Pract.* 2005 ; 22(2) :215-22.
36. KRINGOS DS, BOERMA WG, BOURGUEIL Y, CARTIER T, HASVOLD T, HUTCHINSON A, et al. The european primary care monitor : structure, process and outcome indicators. *BMC Fam Pract.* 2010 ; 11(1). Disponible sur : <http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-11-81>
37. Haute Autorité de Santé. KORNING C. Revue de la littérature : Qualité de vie au travail et qualité des soins. 2016.
38. Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone. Mémoire. *La qualité des soins et la sécurité des patients : une priorité mondiale.* Montréal ; 2015.
39. MIQUET J-M. De nouveaux indicateurs qualitatifs pour l'évaluation du système de santé : quand l'évaluation vient au service de l'éthique. *Éthique et Santé.* 2007 ; 4(2) :98-101.
40. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale 2016.
41. Statistique Assurance Maladie. Patientèle des médecins généralistes. 2015. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-liberaux/patientele/patientele-des-medecins.php>

42. CHAPUT H, MONZIOLS M, VENTELOU B, ZAYTSEVA A, CHEVILLARD G, MOUSQUES J, et al. Difficultés et adaptation des médecins des médecins généralistes face à l'offre de soins locale. *Etudes et Résultats*. 2020 ; (1140).
43. LE FUR P, BOURGUEIL Y, CASES C. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. IRDES, *Questions d'économie de la Santé*. 2009 ; (144):8.
44. KRUCIEN N, LE VAILLANT M, PELLETIER-FLEURY N. Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ? IRDES, *Questions d'économie de la Santé*. 2011 ; (163) :6.
45. KINOUBANI S, BOUKHORS G, LUACES B, DURIEUX W, CADWALLADER J-S, AUBIN-AUGER I, et al. Private or salaried practice : how do young general practitioners make their career choice? A qualitative study. *BMC Med Educ*. 2016 ; 16(1).
46. CHAPUT H, MONZIOLS M, FRESSARD L, VERGER P, VENTELOU B, ZAYTSEVA A. Plus de 80% des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe. *Etudes et Résultats*. 2019.
47. MATHONNAT MD, FILLOUX I, TANGUY G, ESCHALIER B, PEREIRA B, VORILHON P. Qualité de vie des femmes médecins généralistes en Auvergne. *La Presse Médicale*. 2013 ; 42(10):e377-84.
48. LE FLOCH B, BASTIAENS H, LE RESTE JY, LINGNER H, Hoffman RD, CZACHOWSKI S, et al. Which positive factors determine the GP satisfaction in clinical practice ? A systematic literature review. *BMC Fam Pract*. 2016 ; 17(1).
49. La formation continue des médecins généralistes. Portrait des Professionnels de Santé. 2016 ; 15 :106-11.
50. VERGNENEGRE A. Les outils de l'évaluation des soins. *Rev Mal Respir*. 2006 ; 23(1) :3547-3560.
51. GAUTIER A., dir. *Baromètre santé médecins généralistes 2009*. Saint-Denis : INPES, coll. Baromètre santé ; 2011. 266 p.
52. Baromètre de l'accès aux soins Jalma. SMARTSANTE. IFOP [Internet]. Disponible sur : <http://apps.smartsante.com/barometre-acces-soins/>
53. MILIEN C, CHAPUT H, CAVILLON M. La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste. *Etudes et Résultats*. 2018 ; (1085).
54. CHAPUT H, MONZIOLS M, VENTELOU B, ZAYTSEVA A, FRESSARD L, VERGER P, et al. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés. *Etudes et Résultats*. 2020 ; (1138).
55. FALCOFF H. Que peuvent faire les médecins généralistes face aux inégalités de santé ? *Actualité et Dossier En Santé Publique*. 2010 ; (73) :41-3.

Annexe : Questionnaire

- Age :

- Sexe : Femme Homme

- Cabinet de groupe : Oui Non

- Secteur d'activité : 1 2 Autre

- Nombre années d'installation :

- MSU : Oui Non

- Département d'exercice :

1- Quel est le nombre de consultations quotidiennes ?

2- Quels sont vos horaires d'ouverture ?

3- Quel est le temps moyen pour l'obtention d'un rendez-vous ?

4- Quelle est la durée moyenne d'un rendez-vous ?

5- Vous arrive-t-il de recevoir vos patients avec du retard ?

Oui

▪ Retard moyen ?

Non

6- Votre agenda comprend-il :

a. Des rendez-vous/ des créneaux d'urgences

Oui

Non

b. Des créneaux de consultation libre ?

Oui

Non

- 7- Pouvez-vous facilement contacter un service hospitalier pour avoir un avis ?
 Oui
 Non
- 8- La pratique de mêmes soins pour tous est-elle une notion importante pour vous ?
 Oui
 Non
- 9- Acceptez-vous les CMU ? AME ?
 Non
 Oui
- 10- Pratiquez-vous le tiers payant ?
 Toujours
 Souvent
 Rarement
 Jamais
- 11- Etes-vous impliqué dans le dépistage du cancer colo-rectal ?
 Oui
 Plutôt oui
 Plutôt non
 Non
 Ne sait pas
- 12- Utilisez-vous la méthode de l'intervention brève pour lutter contre le tabagisme et/ou l'alcool :
 Oui
 Non
- 13- Participez-vous à des formations ou des groupes d'échanges de pratique ?
 Oui :
a. Combien par an ?
- Non
- 14- Réévaluer vous les situations difficiles que vous rencontrez ?
 Non
 Oui :
 Seul
 Avec des pairs

15- Votre environnement de travail (ambiance et confort) au sein de votre cabinet vous permet-il d'effectuer votre de travail de manière ?

- Très satisfaisante
- Plutôt satisfaisante
- Plutôt insatisfaisante
- Très insatisfaisante
- Sans avis

16- Avez-vous le sentiment qu'une relation de confiance s'est établie avec vos patients ?

- Oui
- Plutôt Oui
- Plutôt Non
- Non
- Ne sait pas

17- Selon vous, répondez-vous aux attentes de vos patients ?

- Oui
- Plutôt Oui
- Plutôt Non
- Non
- Ne sait pas

18- Le temps consacré à votre consultation vous permet-il d'expliquer vos prescriptions ?

- Oui
- Plutôt Oui
- Plutôt Non
- Non
- Ne sait pas

19- Sur une échelle de 0 à 10, vous estimez-vous satisfait de votre travail ? (0 : pas du tout ; 10 : très satisfait)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

20- Au cours de ces dernières années, diriez-vous que votre qualité de vie au travail ?

- S'est améliorée

- Est restée inchangée
- S'est dégradée
- Ne sait pas

21- Sur une échelle de 0 à 10, ressentez-vous une anxiété secondaire à votre exercice ? (0 : pas du tout ; 10 : permanente)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

22- Sur le plan financier, votre rémunération vous semble-t-elle satisfaisante ?

- Très satisfaite
- Plutôt satisfaite
- Plutôt insatisfaite
- Très insatisfaite
- Sans avis

23- Vous sentez vous valorisé dans l'exercice de votre travail ?

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non
- Ne sait pas

24- Quel est votre nombre de consultations en volume (données RIAP) ?

25- Quel est le pourcentage nombre accès médecin traitant (données RIAP) ?

26- Quel est le nombre de rémunérations ALD (données RIAP) ?

27- Quel est le pourcentage de patients de 70 ans et plus (données RIAP) ?

28- Quel est le pourcentage de patients CMU (données RIAP) ?

29- Quel est le nombre de visites (données RIAP) ?

30- Grippe : Quel est le nombre de patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés, rapporté à l'ensemble des patients MT de 65 ans ou plus (données ROSP) ?

- 31- Antibiothérapie : Quel est le nombre de traitements par antibiotiques pour les patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD rapporté au nombre de patients MT de 16 à 65 ans hors ALD (données ROSP) ?
- 32- Patients hypertendus : Quelle part des patients traités par anti-hypertenseurs vous ayant déclaré comme médecin traitant a des chiffres de pression artérielle < 140 /90 (données ROSP) ?
- 33- Logiciel aide prescription :
- Oui
 - Non

Réflexions sur l'organisation du travail des médecins généralistes à travers leur nombre de patients et la qualité des soins.

Résumé : Introduction. En France métropolitaine, la démographie médicale est en diminution et celle de la population augmente. Les médecins généralistes sont débordés avec une durée moyenne de consultation de 18 minutes. Augmenter le nombre de consultations quotidiennes pourrait engendrer une altération de la qualité des soins, avec une insatisfaction chez les médecins, la survenue d'incidents médicaux ... L'objectif de l'étude est de déterminer quel lien existe-t-il entre la qualité des soins et le nombre de patients vus quotidiennement par un médecin généraliste en ville. **Méthode.** Un questionnaire a été envoyé auprès de médecins généralistes installés, entre Décembre 2017 et Juin 2018. Le critère de jugement principal était la satisfaction des médecins généralistes en ville. **Résultats.** 86 médecins généralistes ont répondu. Les médecins hommes recevaient 29 patients par jour et les médecins femmes 24. Une corrélation a été trouvée entre le nombre de consultations quotidiennes et l'environnement, la dégradation de la qualité de vie au travail, la satisfaction de la rémunération, le temps octroyé aux explications ou pris pour réévaluer les situations difficiles. Aucune corrélation n'a été trouvée avec la satisfaction des médecins généralistes. **Discussion.** Il n'existe pas de lien unique entre la qualité des soins et le nombre de patients vus quotidiennement. Les critères de la qualité des soins coordonnent l'organisation du travail : ce n'est pas le nombre de consultations quotidiennes qui est primordial mais l'équilibre entre vie professionnelle, personnelle et familiale qui en ressort. Il faut réfléchir à son mode d'organisation pour répondre à la demande de soins.

Mots clés : Médecins de médecine générale. Démographie. Patientèle. Qualité des soins. Installation. Sécurité du patient. Coordination. Continuité des soins. Soins ambulatoires.

Reflections on the work's organisation of general practitioners in terms of the number of patients and quality of care

Abstract : Introduction. In France, the medical demography is decreasing while the population is increasing. General Practitioners are overwhelmed with an average consultation time of 18 minutes only. Increasing the number of daily consults could lead to a deterioration in the quality of care, discontent among doctors, increase of medical malpractices, etc. The objective of this study is to determine what link could exist between the quality care and the number of patients seen daily by a general practitioner in a metropolitan area. **Method.** A unique questionnaire was sent to General Practitioners, between December 2017 and June 2018. The main judgment criterion was the satisfaction of the general practitioners, in a metropolitan area. **Results.** 86 General Practitioners answered. The men among them declared seeing an average of 29 patients a day when women declared seeing 24. A correlation has been found between the number of daily consults and the environment, the deterioration in the quality of life at work, satisfaction with compensation and the time given for explanations or taken to reassess difficult situations. No correlation were found with the satisfaction of general practitioners. **Discussion.** There is no unique link in between quality of care and number of daily consults. However, this study allows us to perhaps re-think the work organization: a unique and bilateral method doesn't exist, but has to be specific to each General practitioner and patient. The arrival of the new generation of general practitioners could be supervised and they could be better supported in the career project.

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'École de Médecine
75270 Paris cedex 06