



HAL
open science

Étude du temps dédié au patient en son absence par rapport au temps de travail global. Une étude observationnelle auprès de médecins généralistes du Puy-de-Dôme

Valentin Nicolas

► **To cite this version:**

Valentin Nicolas. Étude du temps dédié au patient en son absence par rapport au temps de travail global. Une étude observationnelle auprès de médecins généralistes du Puy-de-Dôme. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03924056

HAL Id: dumas-03924056

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03924056v1>

Submitted on 5 Jan 2023

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

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



UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par

NICOLAS Valentin

Présentée et soutenue publiquement le jeudi premier décembre 2022

Étude du temps dédié au patient en son absence par rapport au temps de travail global
Une étude observationnelle auprès de médecins généralistes du Puy-de-Dôme

Directeur de thèse :

M. ZUBER Etienne, Docteur, Médecine Générale, Médecin Généraliste à Issoire

Président du jury :

M. VORILHON Philippe, Professeur des Universités
UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury :

M. GERBAUD Laurent, Professeur des Universités – Praticien Hospitalier, Médecine Interne
UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand
Chef de service de Santé Publique

M. RUIVARD Marc, Professeur des Universités – Praticien Hospitalier, Médecine Interne
UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand
Chef de service de Médecine Interne

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par

NICOLAS Valentin

Présentée et soutenue publiquement le jeudi premier décembre 2022

Étude du temps dédié au patient en son absence par rapport au temps de travail global
Une étude observationnelle auprès de médecins généralistes du Puy-de-Dôme

Directeur de thèse :

M. ZUBER Etienne, Docteur, Médecine Générale, Médecin Généraliste à Issoire

Président du jury :

M. VORILHON Philippe, Professeur des Universités
UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury :

M. GERBAUD Laurent, Professeur des Universités – Praticien Hospitalier, Médecine Interne
UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand
Chef de service de Santé Publique

M. RUIVARD Marc, Professeur des Universités – Praticien Hospitalier, Médecine Interne
UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand
Chef de service de Médecine Interne



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE
PREMIERE VICE-PRESIDENTE
CHARGEE DU PILOTAGE ET DES MOYENS
VICE PRESIDENTE CHARGEE DE LA FORMATION
VICE-PRESIDENTE CHARGEE DE LA RECHERCHE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias

: **FOGLI** Anne
: **PEYRARD** Françoise
: **PREVOT** Vanessa
: **PAQUIS** François



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BEYTOUT Jean - BOIRE Jean-Yves - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - BOUCHER Daniel - BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHAMOIX Alain - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - CITRON Bernard - CLEMENT Gilles - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - DETEIX Patrice - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - M. GENTOU Claude - Mme GLANDDIER Phyllis - MM. IRTIUM Bernard - JACQUETIN Bernard - Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LE-SOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MICHEL Jean-Luc - MONDIE Jean- Michel - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFLER Pierre - SIROT Jacques - RIBAL Jean-Pierre - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mme VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. AUMAITRE Olivier - AVAN Paul - BAZIN Jean-Etienne - CAILLAUD Denis - DAPOIGNY Michel - DUBRAY Claude - DURIF Franck - ESCHALIER Alain - KEMENY Jean-Louis - LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean-René - POULY Jean-Luc

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENNAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. GILAIN Laurent	O.R.L.
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M. PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M. SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M. BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme DUCLOS Martine	Physiologie
M. SCHMIDT Jeannot	Médecine d'Urgence

M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
Mme	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne

1ère CLASSE

M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie - Vénérologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	SAPIN-DEFOUR Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M.	MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme	PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M.	RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M.	CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M.	DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme	HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M.	POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M.	THAVEAU Fabien	Chirurgie Vasculaire

2ème CLASSE

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme PHAM DANG Nathalie	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. GAGNIERE Johan	Chirurgie Viscérale et Digestive
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie
M. MOISSET Xavier	Neurologie
M. BIAU Julian	Radiothérapie
M. LACHAL Jonathan	Pédopsychiatrie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

1ère CLASSE

M. VORILHON Philippe	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

2ème CLASSE

Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne

Nutrition Humaine

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne

Médecine Générale

M. CAMBON Benoît

Médecine Générale

M. TANGUY Gilles

Médecine Générale

M. BERNARD Pierre

Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

HORS CLASSE

Mme BOUTELOUP Corinne

Nutrition

Mme FOGLI Anne

Biochimie Biologie Moléculaire

Mme GOUAS Laetitia

Cytologie et Histologie, cytogénétique

1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel

Biophysique et Traitement de l'Image

Mme GOUMY Carole

Cytologie et Histologie, Cytogénétique

M. MARCEAU Geoffroy

Biochimie Biologie Moléculaire

Mme MINET-QUINARD Régine

Biochimie Biologie Moléculaire

M. ROBIN Frédéric

Bactériologie

Mme VERONESE Lauren

Cytologie et Histologie, Cytogénétique

M. DELMAS Julien

Bactériologie

Mme MIRAND Audrey

Bactériologie Virologie

M. OUCHCHANE Lemlih

Biostatistiques, Informatique Médicale
et Technologies de Communication

M. LIBERT Frédéric

Pharmacologie Médicale

Mme COSTE Karen

Pédiatrie

Mme AUMERAN Claire

Hygiène Hospitalière

Mme NOURRISSON Céline

Parasitologie - Mycologie

Mme PONS Hanaë

Biologie et Médecine du développe-
ment et de la Reproduction

2ème CLASSE

M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
M. GODET Thomas	Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire
M. MOUSTAFA Farès	Médecine d'Urgence
M. CHENAF Chouki	Pharmacologie Clinique
M. ANIORT Julien	Néphrologie
M. CLERFOND Guillaume	Cardiologie
Mme DUPUY Claire	Médecine Intensive – Réanimation
Mme JULIAN Valérie	Physiologie
M. LAHAY Clément	Gériatrie et Biologie du Vieillessement

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

1ère

Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
-----------------------------	-------------------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

HORS CLASSE

M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire

CLASSE NORMALE

M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mme AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
Mme GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDET Yannick	Oncogénétique
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. PIZON Frank	Santé Publique
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie

Mme MARTEIL Gaëlle
M. PINEL Alexandre
Mme MONIER Florie
Mme POLICARD Florence

Biologie de la Reproduction
Nutrition Humaine
Psychologie
Sciences Infirmières

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme ESCHALIER Bénédicte
Mme RICHARD Amélie
M. TESSIERES Frédéric
Mme ROUGE Laure
Mme BERTRAND-JARROUSSE Véronique
Mme VICARD-OLAGNE Mathilde
M. MENINI Thibault

Médecine Générale
Médecine Générale
Médecine Générale
Médecine Générale
Médecine Générale
Médecine Générale
Médecine Générale

REMERCIEMENTS AU PRÉSIDENT DU JURY

À Monsieur le Professeur Philippe VORILHON,

Merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. En tant que médecin généraliste et professeur des universités, vous avez la charge de promouvoir notre belle spécialité. J'espère que mon travail est à la hauteur de vos attentes. Soyez assuré de mon profond respect.

REMERCIEMENTS AUX MEMBRES DU JURY

À Monsieur le Professeur Laurent GERBAUD,

Merci pour votre expertise et votre aide dans la réflexion et le raisonnement qui m'a permis de rédiger le plan de cette thèse et de donner à ce travail toute sa qualité méthodologique. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Marc RUIVARD,

Merci de votre enthousiasme lors de mon invitation à participer au jury de ma thèse. J'espère que mon travail satisfait vos attentes. Je vous adresse ma respectueuse considération.

À Monsieur le Docteur Étienne ZUBER,

Mon cher Étienne, je ne te remercierai jamais assez pour ton soutien et ton entrain depuis nos premiers échanges sur mon idée de thèse. Merci de la confiance que tu m'accordes et qui me permet à mon tour d'avoir confiance en moi pour mon travail de thèse et mes projets futurs. Je t'adresse tout à la fois mon respect et mon amitié.

REMERCIEMENTS

À Estelle pour tout ton amour et ta tendresse depuis bientôt dix ans. Puissent-t-ils durer toujours.

À mes parents, Fabrice et Nathalie, merci d'avoir toujours su cultiver ma curiosité, de m'avoir transmis le goût du soin et l'altruisme qui vous anime.

À mon frère, Victor, nos échanges sur la politique en santé et sur la vie en général me portent toujours plus loin.

À ma grand-mère, Michèle, je sais ce que ce moment représente pour papi et toi et je suis profondément honoré que tu sois là à mes côtés.

À Camille, merci pour ces moments à travailler côte à côte entre pandémie, départ en retraite et installation en libéral. Ton soutien et ton amitié me sont inestimables.

À Hector M, merci pour toute ton aide sur les statistiques. Sans toi, cette thèse ne serait pas.

À mes amis, François, Athénaïs, Marlène, Guillaume, Aurélien, Mayeul, Antoine, Louis, Rémi, Garance, Timo, Xavier, Stéphanie, Mylène, Frédéric, Fred, Juliette, merci de m'offrir la joie de partager un peu de vos vies.

À mes mentors, le Dr Florian SOLA et le Dr François Casanova, merci de m'avoir donné une image de médecin qui m'a servi de guide tout au long de ma vie d'enfant puis d'adulte. À Nathalie CHALARD pour ta confiance indéfectible depuis ce semestre à Issoire. Aux Dr MONGHAL, NICOLLIN et ROCHE, merci à chacun de vous trois de m'avoir apporté sa vision du métier de généraliste et sa personnalité, vos enseignements me guident chaque jour.

Au Dr Véronique BERTRAND-JARROUSSE, vous avez trouvé les bons mots, au bon moment.

À tous les nombreux médecins généralistes qui ont participé à ma thèse. Aux secrétaires, plus nombreuses encore, qui m'ont donné du temps et de l'attention dans le chaos de l'activité des mois d'été et des absences de praticiens.

À Jean-François, Michel, Jean, Camille et Alice, je sais quelle aurait été votre fierté en ce jour.

TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION	15
2	MÉTHODE	17
2.1	Type d'étude :	17
2.2	Plan de thèse :	21
3	RÉSULTATS	23
3.1	Échantillon :	23
3.2	Données descriptives :	23
	Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon	24
	Figure 1 : Temps de travail par activité	25
	Figure 2 : TAbs et du temps passé à ses activités	26
	Figure 3 : TG selon le milieu géographique (Geo)	27
	Figure 4 : TAbs selon le milieu géographique (Geo)	27
	Figure 5 : TG selon le mode de secrétariat	28
	Figure 5 : TAbs selon le mode de secrétariat	28
	Figure 6 : TG selon le sexe du MG	29
	Figure 7 : TAbs selon le sexe du MG	29
	Figure 8 : TG selon le mode d'exercice du MG	30
	Figure 9 : TAbs selon le mode d'exercice du MG	30
3.3	Impact des variables catégoriques	31
3.3.1	ANOVA et TG	31
3.3.2	Test de Kruskal-Wallis et TAbs :	33
3.4	Régressions linéaires :	34
3.4.1	Calcul du Variance Inflation Factor :	34
3.4.2	Analyses multivariées du TG et du TAbs :	35
4	DISCUSSION	37
5	CONCLUSION	42
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	43
	ANNEXES	46
	Annexe I : Mail type	46
	Annexe II : Questionnaire de thèse Valentin NICOLAS	47
	Annexe III : Guide questionnaire de thèse	48
	Tableau 2 : Temps de travail des médecins par catégorie	50
	SERMENT D'HIPPOCRATE	51

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ALD : Affection de Longue Durée

AM : Assurance Maladie

AMELI : Assurance Maladie en Ligne

CépiDC : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de Décès

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EDI : European Deprivation Index (indice européen de défavorisation)

FDEP : French DEPrivation index

FMC : Formation Médicale Continue

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

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

IRIS : Ilots Regroupés pour l'Information Statistique

MG : Médecin Généraliste

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

TAbS : Temps dédié au patient en son absence

TC : Temps clinique (dédié aux consultations cliniques et visites à domicile)

TG : Temps de travail global hebdomadaire

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

1 INTRODUCTION

Les médecins généralistes (MG) ont un rôle central dans le système de soins ambulatoires français. Les 52 191 MG ont assuré environ 232 millions de consultations et 17,9 millions de visites sur l'ensemble du territoire français en 2020(1).

Les attentes auprès des MG vont croissantes, avec :

- le vieillissement de la population française
- le transfert de prises en charge spécialisées vers la MG
- la diminution des durées d'hospitalisation
- l'hospitalisation à domicile
- la prévention
- dernièrement la campagne de sensibilisation au bon usage des services d'urgence (2)

Cette pression et cette charge de travail peuvent être des motifs de plainte voire de détresse parmi les soignants dont les médecins généralistes libéraux (3–6). Les situations de souffrance des professionnels de santé affectant la qualité des soins prodigués.

Dans ce contexte, la thématique du « temps médical » est régulièrement évoquée par les praticiens (7–10). Cette prise de conscience tant des professionnels de santé que de leurs institutions de tutelle est nécessaire face à la crise démographique dans la profession.

Le temps médical n'a pas de définition consensuelle dans la bibliographie. Le temps de travail des médecins est bien connu pour les actes cotés et dénombrés par l'Assurance Maladie (AM) (11–16). Parmi ces actes cotés, les principaux sont G et GS pour les consultations, VG ou VGS pour les visites. Ces actes relevant des compétences cliniques du praticien, ils sont qualifiés de **temps clinique (TC)**.

Le MG en exercice libéral assure également d'autres fonctions sans lien direct avec le patient.

Il s'agit là :

- des tâches de gestion de sa société (comptabilité ; planning ; employés, etc)
- de la gestion de son outil de travail (matériel médical, consommables, déchets)
- de la gestion de sa formation (Formation Médicale Continue FMC, recherches, mises à jour des connaissances, lectures de revues professionnelles)

Ici, on peut parler de **temps sans lien avec le patient**.

Il reste de nombreuses activités médicales, dédiées à un patient à la fois, qui ne sont pas comptabilisées par l'AM. Pour autant, ce sont ces activités dont les MG parlent le plus et auxquelles ils associent une charge de travail importante et peuvent en être insatisfaits. La bibliographie française et internationale le décrit (5,7,17,18). Parmi ces tâches, nous pouvons citer celles listées dans l'étude de Crosbie et Al (18) : écrits cliniques, appels téléphoniques et prescriptions hors consultation. Ces tâches sont régulièrement réalisées en l'absence du patient. Pour ces activités, nous proposons l'expression de **temps dédié au patient en son absence (TAbS)**.

L'évaluation quantitative du temps de travail global (TG) et par activité des MG peut permettre de détailler la notion de « temps médical ». Nous posons l'hypothèse que le TAbS représente plus de 10 % du TG. L'objectif principal de cette étude est d'établir une première évaluation descriptive du temps de travail global et par activité de MG libéraux du département du Puy-de-Dôme. L'objectif secondaire est de rechercher un lien statistique entre charge de travail globale ou par activité et des variables liées au praticien et à ses conditions d'exercice.

2 MÉTHODE

2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une première étude observationnelle, rétrospective, par questionnaire déclaratif, auprès d'un échantillon de MG libéraux du département du Puy-de-Dôme.

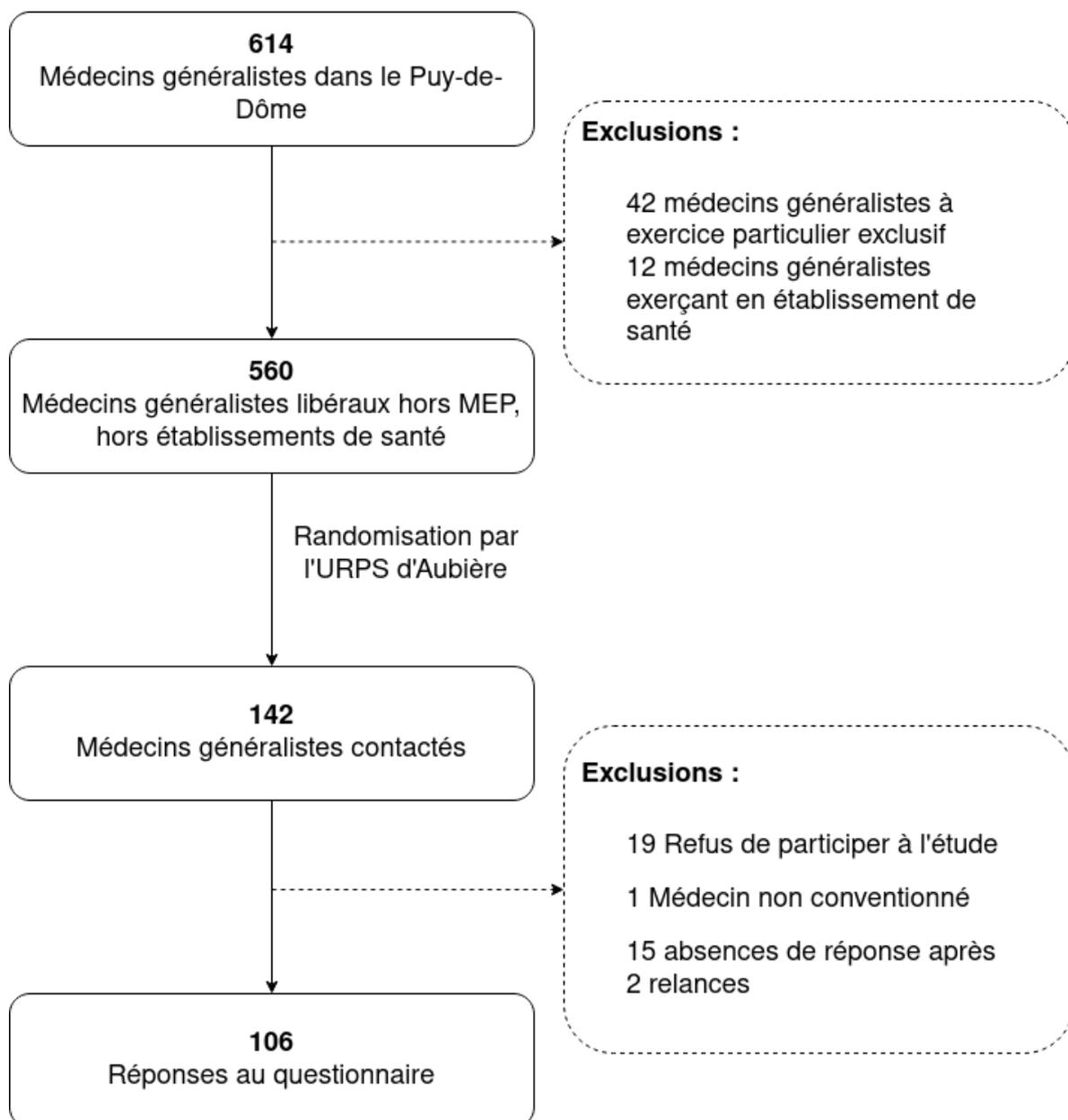
L'étude se déroule en France, au sein du département du Puy-de-Dôme. Le recrutement de l'échantillon se tient entre le 30/06/2022 et le 30/08/2022. Le recueil de données est effectué par l'investigateur et rédacteur de l'étude.

Les MG libéraux de l'échantillon sont tirés de la base de données de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) d'Aubière, après randomisation par leur équipe.

Les critères d'inclusion sont les MG en exercice libéral dans le département du Puy-de-Dôme, inscrits à l'Ordre des Médecins, conventionnés, en activité au moment du recueil de données.

Les critères d'exclusion sont les MG à Exercice Particulier exclusif (MEP), les MG exerçant exclusivement en Établissement de Santé (ES), les MG remplaçants et les MG retraités ou sans activité. Les MG exerçant seulement pour des soins non programmés et sans patientèle médecin traitant sont également exclus.

Le diagramme de flux (Annexe I) reprend la création de l'échantillon selon ces critères.



Le questionnaire (Annexe IIa) aborde le TG en priorité, puis les différentes catégories d'activité sont présentées. Les activités suivantes sont évaluées : consultations cliniques ; visites à domicile ; prescriptions hors consultation ; écrits à caractère clinique ; appels téléphoniques ; activités administratives ; Formation Médicale Continue (FMC) et recherche ; temps de pause. Ces différentes catégories visent à donner un questionnaire exhaustif et reproductible, en accord avec la littérature (18). L'étude est centrée sur le temps de travail donc le temps de pause n'est pas étudié.

Les caractéristiques des MG recueillies sont l'âge, le sexe, le nombre d'années d'installation, le mode d'exercice (seul ou en groupe), le nombre de patients suivis en tant que médecin traitant (dont les majeurs, les mineurs et les personnes en ALD) et l'intérêt pour la thèse.

Concernant le lieu d'exercice, les renseignements suivants sont collectés : commune d'installation, indice écologique de défaveur de la commune ou French DEPrivation index (FDEP), milieu géographique (densément peuplé, de densité intermédiaire, peu dense et très peu dense) (19), temps de trajet en voiture entre le cabinet et une structure d'urgence (en minutes, déclaratif), recours à un secrétariat (présentiel, téléphonique, mixte présentiel et téléphonique ou aucun).

Les données recueillies sont majoritairement déclaratives, l'ensemble des données sur le temps de travail global (en heures et minutes par semaine) ; temps de travail par activité (en heures et minutes par semaine) ; temps de trajet vers une structure d'urgence (en minutes) ; sexe ; âge ; durée d'installation (en années) ; mode d'exercice (seul ou en groupe) ; secrétariat et intérêt pour la thèse.

Les données relatives à la patientèle AMELI sont objectivées et recueillies par l'AM par les déclarations de choix de médecin traitant (16). Elles sont retrouvées dans la page web Amelipro, sous la rubrique « Votre patientèle médecin traitant ». Le nombre de personnes majeures, mineures ou en ALD sont tirées de la même base de données, par une recherche selon ces critères. La commune d'installation est notée par son code INSEE, tiré de l'adresse du cabinet. Ce code permet de classer la commune par milieu géographique selon la grille communale de densité à 4 niveaux (19). Celle-ci est retenue pour sa proximité avec les trois niveaux géographiques les plus connus (urbain, rural et intermédiaire). Le FDEP est issu de la base de données de 2015 établie par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de Décès (CépiDC) pour l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) (20). Ce score était relié au code INSEE.

Des consignes sont données aux MG pour le remplissage du questionnaire. Pour le TG, la consigne est de l'évaluer avant l'évaluation spécifique par activité. Pour faciliter l'évaluation du TC (consultations et visites à domicile), il est possible de se reposer sur son agenda. Pour le TAbs (prescriptions hors consultation, écrits à caractère clinique et appels téléphoniques), l'investigateur recommande de s'appuyer sur le support utilisé par le praticien pour noter les différentes demandes qu'il reçoit (notes, mails, échanges avec le secrétariat, etc). Le temps de trajet entre le cabinet et une structure d'urgence est défini comme le temps moyen en voiture permettant de se rendre à une structure d'urgence. Pour le département, les structures d'urgence suivantes sont retenues : Service d'Accueil des Urgences d'un centre hospitalier public ou d'une clinique privée, SOS Médecins, Association des Médecins Urgentistes de l'Agglomération Clermontoise (AMUAC), le centre de soins non programmés de Riom et les maisons médicales de garde.

Le biais de sélection est mitigé par randomisation par une tierce personne (URPS Aubière). Le biais de mémorisation est pris en compte en demandant aux MG d'évaluer leur temps de travail sur ce qu'ils considèrent pour eux comme une semaine-type, reflet de leur activité habituelle au cours de l'année. Chaque questionnaire est accompagné d'un mode d'emploi reprenant les définitions des différentes activités abordées (Annexe IIb) pour s'assurer de la bonne compréhension des questions et de la qualité des réponses.

La taille de l'échantillon est définie d'après le calculateur OpenEpi (21). Pour une population totale de 560 MG avec un intervalle de confiance de 95 %, une fréquence hypothétique de 50 % de MG effectuant 10 % de TAbs ou plus, on trouve une taille de l'échantillon de 83 inclusions. 106 réponses au questionnaire ont été enregistrées.

Les durées de travail globale ou spécifiques sont utilisées comme des données continues dans les analyses univariées et multivariées. Les années d'installation, le temps de trajet vers une structure d'urgence, le nombre de patients suivis et ses sous catégories et le FDEP sont également traités comme des variables continues. L'âge des MG est discrétisé en 3 catégories

<45 ans ; 45-54 ans ; ≥55 ans en accord avec la bibliographie (18). Le sexe, le mode d'exercice, l'intérêt pour l'étude, le secrétariat, le milieu géographique ainsi que les quintiles de défaveur sont traités comme des variables discrètes.

2.2 Plan de thèse

L'échantillon de MG est d'abord décrit selon le sexe du MG, sa catégorie d'âge, son milieu géographique (urbain, intermédiaire et rural), son mode d'exercice, son secrétariat et les quintiles de défaveur selon le FDEP. Cette description est présentée par des effectifs et pourcentages associés. Le temps dédié aux différentes activités, le nombre d'années d'installation ainsi que la patientèle et proportion de patients majeurs, mineurs et en ALD sont décrits par la moyenne, l'écart-type ou la médiane.

La distribution normale du TG au sein de l'échantillon est vérifiée par méthode graphique par nécessité pour le test ANOVA. L'impact des variables explicatives (mode d'exercice, milieu géographique, secrétariat et sexe du praticien) sur le TG est étudié par des analyses de variance (ANOVA). Le TABs quant à lui est étudié par un test de Kruskal-Wallis, toujours pour évaluer l'impact des variables explicatives sus-mentionnées.

Des régressions linéaires sont réalisées pour rechercher des variables explicatives (patientèle, proportion de patients mineurs, proportion de patients en ALD, FDEP, durée d'installation, temps de trajet, proportion de visites à domicile) augmentant les deux variables à expliquer : TG et TABs.

Préalablement aux régressions linéaires, le calcul du VIF (Variance Inflation Factor) pour éviter le risque de multicollinéarité permet d'écarter des variables confondantes.

Un lien statistique fort en ANOVA est révélé par une importante différence des moyennes entre groupes. Les régressions linéaires montrent un lien statistique important par un coefficient de corrélation important, les valeurs r^2 et r^2 ajusté rendent compte de la variance fixée.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec les bibliothèques Python SciPy version 1.7.3 et statsmodels 0.13.2, en considérant un risque d'erreur de première espèce bilatéral de 5 %. Une différence a été considérée comme statistiquement significative quand le degré de signification (p) était inférieur à 0,05 (risque $\alpha=5\%$).

L'échantillon ne présente pas de données manquantes, l'ensemble des questionnaires rendus sont complets.

3 RÉSULTATS

3.1 Échantillon

560 MG du département sont éligibles selon les critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude. La liste est réduite à 142 par randomisation par une tierce personne. Ces 142 MG ont été contactés par téléphone pour leur présenter l'étude et son contexte. Le premier contact a été le plus souvent établi avec le secrétariat quand le MG en dispose, sinon avec le MG lui-même. Le questionnaire est ensuite transmis par mail au MG interrogé.

Parmi les médecins contactés, 1 MG non conventionné n'a pas participé à l'étude, conformément aux critères d'exclusion. 19 MG ont refusé de participer à l'étude. 15 questionnaires sont restés sans réponse après 2 relances à 15 jours d'intervalle. 106 réponses complètes sont enregistrées, soit 18,9 % des MG éligibles et un taux de réponse au questionnaire de 74,65 %.

3.2 Données descriptives

L'échantillon comporte 46 hommes (43,40%) et 60 femmes MG (56,60%). L'âge médian est de 47 ans ($\pm 12,65$). Les caractéristiques socio-démographiques des praticiens sont décrites dans le tableau I.

Caractéristiques	N	%	Urbain	%	Intermédiaire	%	Rural	%
Sexe								
Masculin	46	43,40	11	10,38	14	13,21	21,00	1,97
Féminin	60	56,60	14	13,21	21	19,81	25,00	2,35
Âge en années								
<45	48	45,28	11	10,38	16	15,09	21,00	19,81
45-54	24	22,64	5	4,72	9	8,49	10,00	9,43
≥55	34	32,08	9	8,49	10	9,43	15,00	14,15
Secrétariat								
Aucun	14	13,21	4	3,77	3	2,83	7,00	6,60
Téléphonique	26	24,53	4	3,77	8	7,55	14,00	13,21
Mixte	8	7,55	1	0,94	4	3,77	3,00	2,83
Présentiel	58	54,72	16	15,09	20	18,87	22,00	20,75
Exercice								
Groupe	81	76,42	19	17,92	26	24,53	36,00	33,96
Seul	25	23,58	6	5,66	9	8,49	10,00	9,43
Localisation								
Urbain	25	23,58	25	23,58				
Intermédiaire	35	33,02			35	33,02		
Rural	46	43,40					46,00	43,40
Quintile de défaveur								
1	13	12,26	5	4,72	4	3,77	4,00	3,77
2	26	24,53	4	3,77	15	14,15	7,00	6,60
3	34	32,08	16	15,09	6	5,66	12,00	11,32
4	20	18,87	0	0,00	7	6,60	13,00	12,26
5	13	12,26	0	0,00	3	2,83	10,00	9,43

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon

La majorité des MG de l'échantillon sont âgés <45 ans (48 MG soit 45,28%), suivis des 34 MG (32,08%) ≥55 ans et des 24 MG (22,64%) entre 45 et 54 ans.

On compte 25 MG en milieu urbain (23,58%), 35 MG en milieu intermédiaire (33,02%) et 46 MG en milieu rural (43,40%). Parmi les MG ruraux, 43 sont installés dans une commune peu densément peuplée et 3 seulement dans une commune de très faible densité. Ces deux catégories ont été rassemblées comme « milieu rural » (19).

L'exercice en cabinet de groupe est très majoritaire et concerne 81 MG (76,42%) contre 25 MG travaillant seul (23,58%).

Les MG font majoritairement appel à un secrétariat. 92 MG en disposent (86,79%). Seuls 14

MG n'y ont pas recours (13,21%). Le mode de fonctionnement du secrétariat est variable parmi les MG qui en disposent. 58 MG (54,72%) ont un secrétariat présentiel exclusif, 26 MG (24,53%) font appel à un secrétariat téléphonique, 8 MG (7,55%) ont un secrétariat qualifié de mixte avec un temps de secrétariat présentiel et un temps de secrétariat téléphonique.

Le FDEP des communes d'installation est présenté ici par quintiles de défaveur (de 1 désignant une commune peu défavorisée à 5 pour une commune très défavorisée). Nous retrouvons 13 MG (12,26%) exerçant dans des communes des deux quintiles extrêmes. Le second quintile comprend 26 MG (24,53%), le troisième quintile en compte 34 (32,08%) et 20 MG (18,87%) travaillent dans des communes du quatrième quartile.

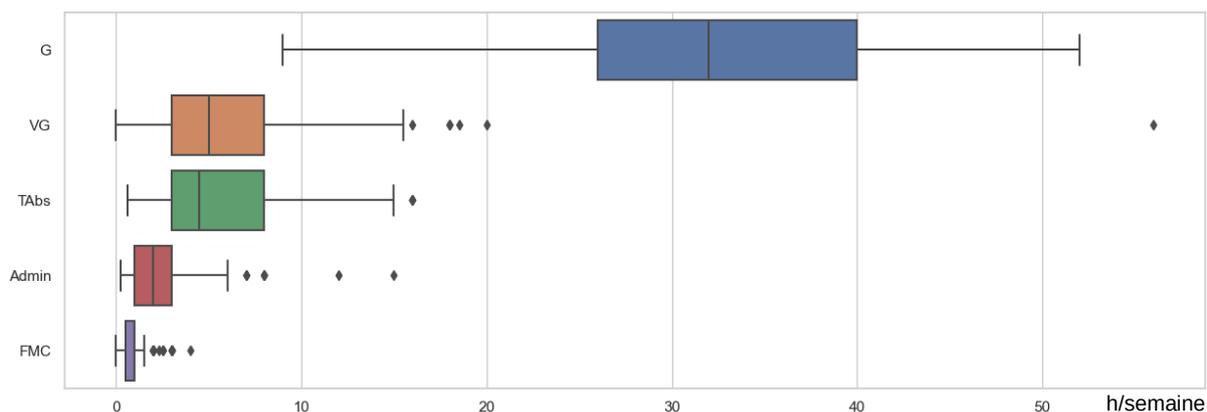


Figure 1 : Temps de travail par activité

Concernant les différents temps de travail, le TG moyen est de 45,92 h/semaine (IQR [40 ; 51]), 32,50 h/semaine (IQR [26 ; 40]) sont occupées aux consultations, 6,60h/semaine (IQR [3 ; 8]) sont dédiées aux visites à domicile. Le temps moyen dédié aux activités administratives représente 2,65h/semaine (IQR [1 ; 3]). La moyenne de temps consacré à la formation et à la recherche est de 1,01h/semaine (IQR [0,5 ; 1]).

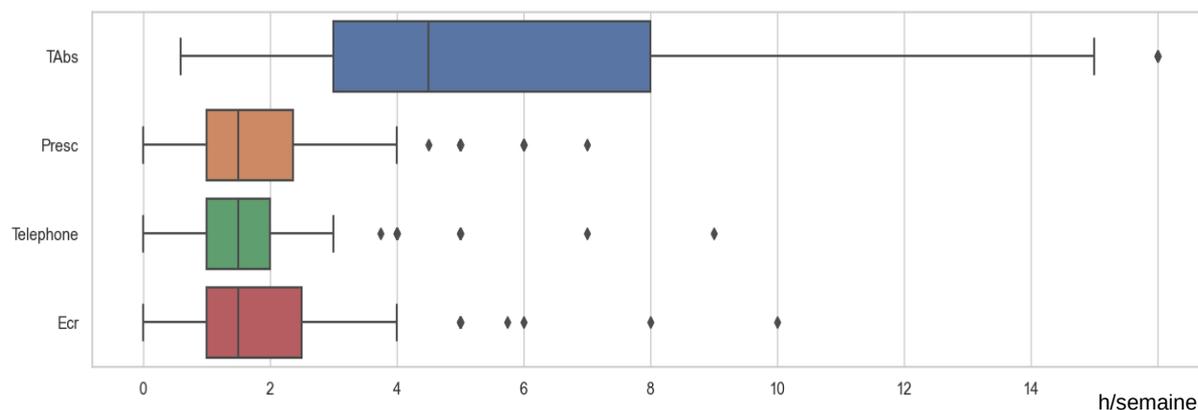


Figure 2 : TAbs et du temps passé à ses activités

Parmi les activités du TAbs, les prescriptions hors consultations occupent en moyenne 1,89 h/semaine (IQR [1 ; 2,38]), les écrits à caractère clinique représentent 1,92h/semaine (IQR [1 ; 2,5]) et les MG passent en moyenne au téléphone 1,84h/semaine (IQR [1 ; 2]). Le total du TAbs représente 5,65h/semaine (IQR [3 ; 8]) en moyenne pour l'ensemble de l'échantillon. Ceci représente 12,35 % de Tabs, validant l'hypothèse de l'étude.

Le tableau 2 représente les temps dédiés aux différentes activités en fonction des caractéristiques des MG. Il met en avant les proportions de TG dédiées à chaque activité.

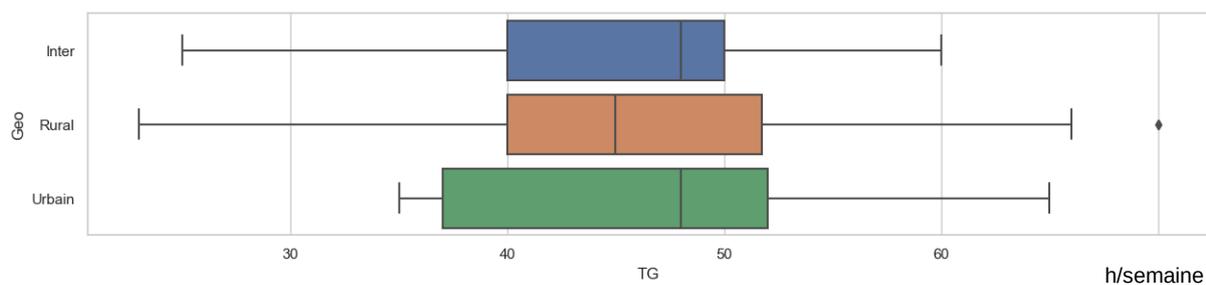


Figure 3 : TG selon le milieu géographique (Geo)

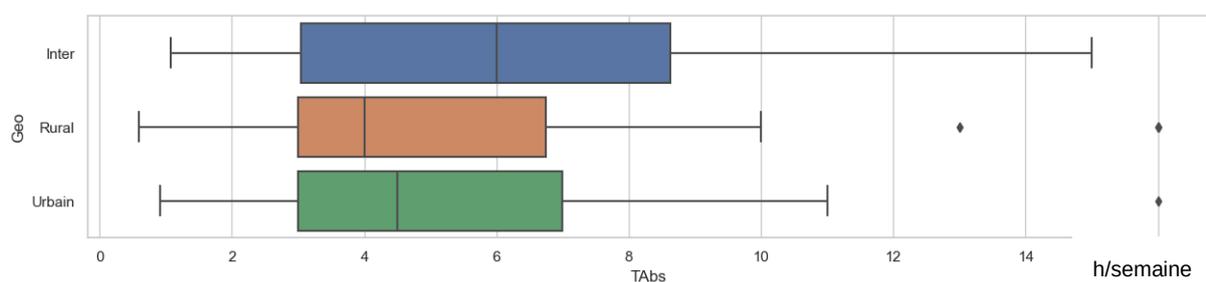


Figure 4 : TAbS selon le milieu géographique (Geo)

La comparaison du TG et du TAbS entre les MG urbains, de communes intermédiaire ou ruraux montre une certaine homogénéité. En milieu urbain, le TG moyen est de 46,86 h/semaine (IQR [37 ; 65]) le TAbS occupe 5,68 h/semaine (IQR [3 ; 7]). Pour le milieu intermédiaire, le TG représente 45,11h/semaine (IQR [40 ; 50]) dont 6,20h/semaine de TAbS (IQR [3,04 ; 8,62]). Les MG ruraux déclarent un TG moyen de 46,03 h/semaine (IQR [40 ; 51,75]) dont 5,22h/semaines (IQR [3 ; 6,75]) dédiées au TAbS.

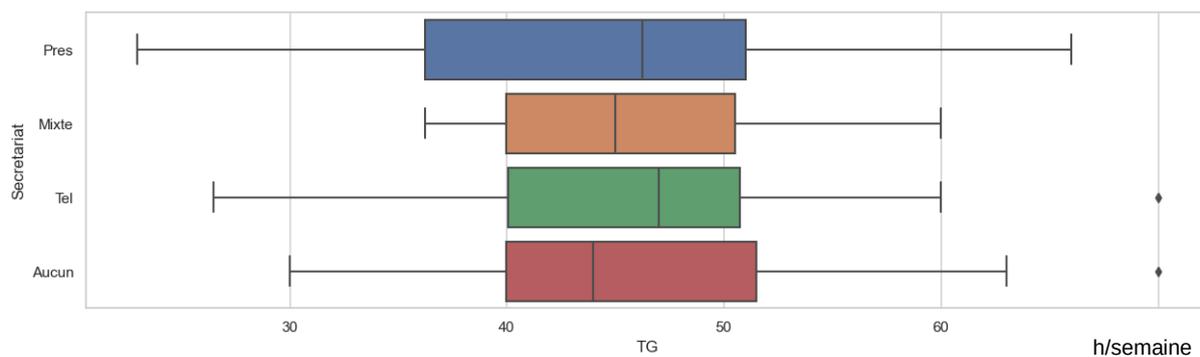


Figure 5 : TG selon le mode de secrétariat

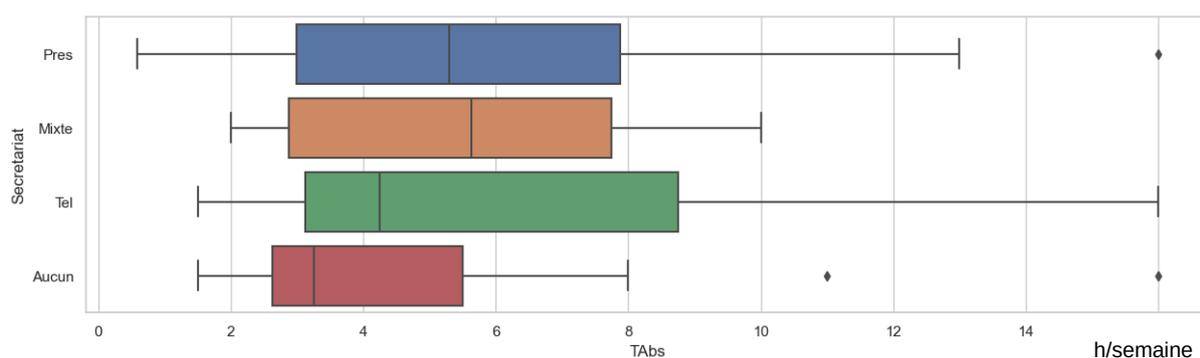


Figure 5 : TAbs selon le mode de secrétariat

Selon le mode de secrétariat, le TG et le TAbs restent comparables entre les différents sous-groupes. Ainsi, le TG moyen sans secrétariat s'élève à 47 h/semaine (IQR [40 ; 51,50]) dont un TAbs de 4,96h/semaines (IQR [2,62 ; 3,25]). Avec un secrétariat mixte le TG est de 46,28h/semaine (IQR [36,25 ; 50,50]) et le TAbs de 5,72h/semaine (IQR [2,88 ; 7,75]). Avec un secrétariat présentiel le TG est de 45,52h/semaine (IQR [36,25 ; 51]) dont un TAbs de 5,68h/semaine (IQR [3 ; 7,88]). Avec un secrétariat téléphonique, le TG s'élève à 46,15h/semaine (IQR [40,08 ; 50,75]) dont 5,94 h/semaine (IQR [3,12 ; 8,75]) de TAbs. Cette homogénéité est visible dans la figure 3.

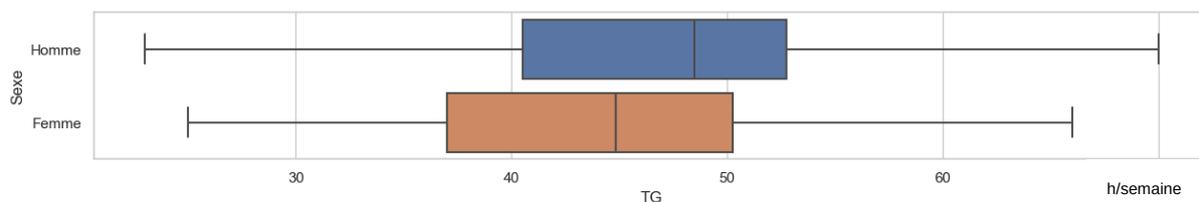


Figure 6 : TG selon le sexe du MG

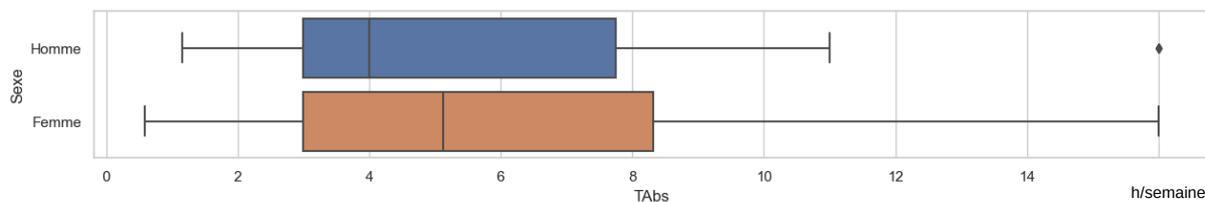


Figure 7 : TAbs selon le sexe du MG

De la même manière, l'étude du TG et du TAbs selon le sexe du MG retrouve des chiffres comparables. Les MG féminines déclarent en moyenne un TG de 44,66 h/semaine (IQR [37 ; 50,25]) dont 5,81h/semaine (IQR [3 ; 8,31]) de TAbs. Les MG masculins rapportent 47,58h/semaine (IQR [40,5 ; 52,75]) dont 5,44h/semaine (IQR [3 ; 7,75]) de TAbs.

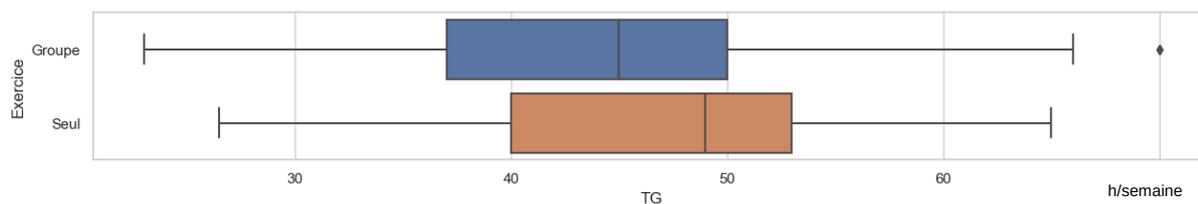


Figure 8 : TG selon le mode d'exercice du MG

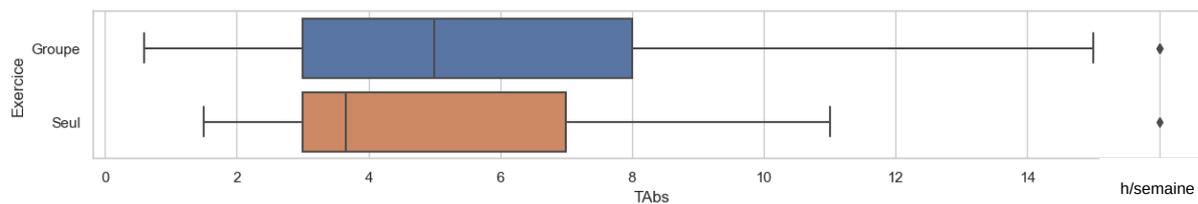


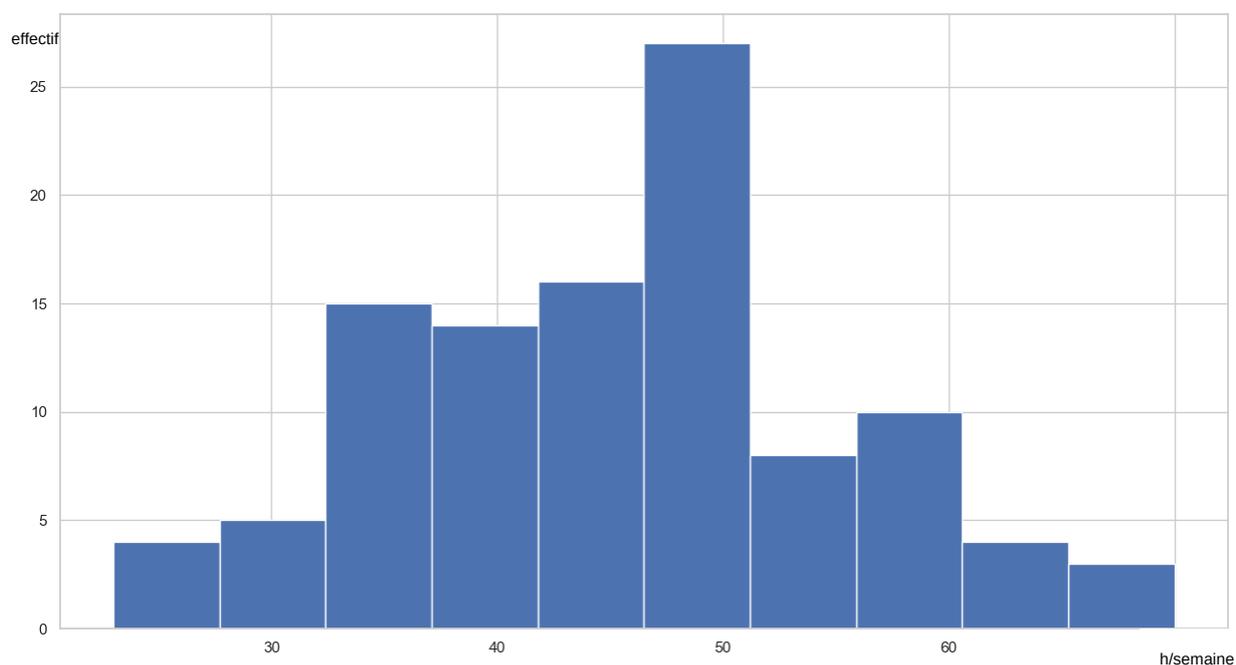
Figure 9 : TAbs selon le mode d'exercice du MG

La comparaison par mode d'exercice est limitée par l'effectif des MG installés seuls (25 MG contre 81 en groupe). Le TG pour les MG exerçant en groupe représente 45,38h/semaine (IQR [37 ; 50]) dont 5,80h/semaine (IQR [3 ; 8]) de TAbs. Les MG exerçant seuls rapportent un TG de 47,70h/semaine (IQR [40 ; 53]) dont 5,18h/semaine (IQR [3 ; 7]) de TAbs.

3.3 Impact des variables catégoriques

3.3.1 ANOVA et TG

L'impact des variables catégoriques (mode d'exercice, milieu géographique, secrétariat et sexe du praticien) sur le TG est évalué par des analyses de variance (ANOVA). Ce test repose sur l'hypothèse d'une distribution normale du TG dans l'échantillon. La normalité de la distribution est mise en évidence sur le graphique suivant :



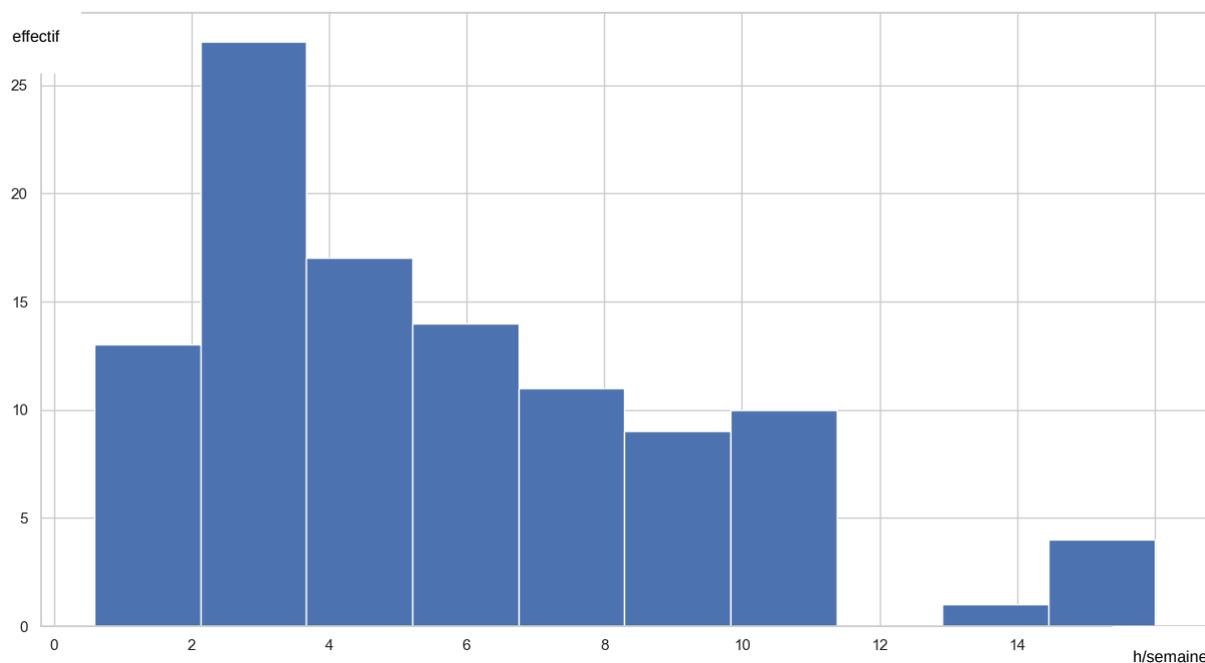
Si la valeur $PR(>F)$ est inférieure à 0,05, alors la variable catégorique a un impact significatif à 95%. Les résultats des analyses sont rassemblés dans le tableau suivant :

Variable	Test F	PR(>F)
Mode d'exercice	0,61	0,44
Milieu géographique	0,25	0,78
Secrétariat	0,10	0,96
Sexe du praticien	1,66	0,20

Les résultats de l'ANOVA sur le TG montrent qu'il n'y a pas de différence significative selon le mode d'exercice. Que le MG soit installé en milieu urbain, intermédiaire ou rural, la différence des moyennes entre groupes reste non significative. De même, si le praticien fait appel à un secrétariat présentiel, téléphonique, mixte ou se passe de secrétariat, la différence n'est pas significative. Le TG entre MG masculins et féminins n'apparaît pas significativement différent, situation cohérente avec les données précédemment décrites.

3.3.2 Test de Kruskal-Wallis et TABs

Le TABs ne suit pas une distribution normale dans l'échantillon comme le montre le graphique suivant :



Le test de Kruskal-Wallis ne repose pas sur l'hypothèse de la normalité des échantillons comparés. Il nous permet de déterminer si les échantillons sont tirés de la même distribution. L'hypothèse nulle correspond à différents échantillons (un par valeur de la variable catégorique explorée) tirés de la même distribution. Si tel est le cas la p-value sera supérieure à 0.05 (intervalle de confiance de 95%), la variable n'est donc pas explicative.

Variable	Résultat Kruskal	p-value
Mode d'exercice	1,18	0,28
Milieu géographique	2,46	0,29
Secrétariat	1,77	0,62
Sexe du praticien	0,66	0,41

Avec cette analyse, le mode d'exercice, le milieu géographique, le secrétariat ou le sexe du praticien ne sont pas des variables significatives.

3.4 Régressions linéaires

3.4.1 Calcul du Variance Inflation Factor

Le calcul du VIF (22,23) permet de repérer des variables confondantes parmi les variables explicatives à étudier. Un coefficient inférieur à 10 est satisfaisant. Plusieurs calculs du VIF sont effectués, la valeur la plus élevée est systématiquement exclue jusqu'à ne laisser que des coefficients <10.

Variable explicative	VIF
Patients	10,18
%majeurs	41,54
%mineurs	4,98
%ALD	11,05
Âge	84,11
Durée d'installation	12,05
FDEP	1,17
Trajet	3,92
%visites	4,57



Variable explicative	VIF
Patients	9,44
%majeurs	20,82
%mineurs	4,16
%ALD	10,92
Durée d'installation	3,68
FDEP	1,15
Trajet	3,77
%visites	4,18

Variable explicative	VIF
Patients	7,50
%mineurs	4,09
%ALD	7,23
Durée d'installation	3,48
FDEP	1,07
Trajet	3,44
%visites	4,11

Ainsi les variables d'âge du praticien et proportion de patients majeurs (%majeurs) sont écartées.

3.4.2 Analyses multivariées du TG et du TAbS

Deux régressions linéaires multiples portant sur TG puis sur TAbS sont appliquées à l'échantillon.

TG	Coefficient	Écart-type	p-value
Patientèle	0,01	0,003	0,00
Proportion de mineurs	31 ,34	13,69	0,02
Proportion d'ALD	58,62	11,00	0,00
FDEP	-2,43	0,97	0,01
Durée d'installation	0,27	0,10	0,01
Trajet	0,15	0,09	0,12
Proportion de visites	32,76	10,36	0,00

Pour le TG, 5 variables apparaissent liées statistiquement à une augmentation du temps déclaré : proportion d'ALD dans la patientèle, puis proportion de visites, puis proportion de mineurs dans la patientèle, durée d'installation dans une moindre mesure et une corrélation inverse avec le FDEP. Plus la commune d'installation est précaire et plus le TG déclaré par le MT est diminué, toutes choses égales par ailleurs.

Pour cette régression la variance fixée R^2 est de 0,951, R^2 ajusté à 0,948 montrant la bonne significativité du test. La statistique F est significative à 99%. Les tests de normalité des résidus (Omnibus & Jarque Berra) indiquent également que les résidus sont normalement distribués, ce qui est également un critère de fiabilité du modèle. Les éléments les plus importants du TG sont donc bien évalués dans cette analyse.

TAbs	Coefficient	Écart-type	p-value
Patientèle	0,001	0,001	0,21
Proportion de mineurs	6,43	4,38	0,15
Proportion d'ALD	6,90	3,52	0,05
FDEP	-0,65	0,31	0,039
Durée d'installation	-0,00	0,032	0,90
Trajet	0,03	0,030	0,30
Proportion de visites	9,49	3,31	0,01

Concernant le TABs, 3 variables sont statistiquement significatives pour expliquer ce temps de travail : la proportion de visites à domicile ; proportion de patients en ALD et FDEP. Comme pour le TG, un FDEP élevé (donc une commune d'installation précaire) est lié à un TABs plus réduit. Les autres variables ne sont pas significatives. Le R^2 est de 0,75, R^2 ajusté de 0,73, F-statistique significative à 99% et la distribution normale des résidus montrent que le modèle évalue de façon satisfaisante les principaux éléments du TABs.

4 DISCUSSION

L'échantillon est représenté par une majorité de MG d'âge inférieur à 45 ans, à prédominance féminine, travaillant pour la plupart en milieu rural, dans une commune appartenant au 3^{ème} quintile de défaveur, en cabinet de groupe, avec un secrétariat présentiel.

Le TG moyen est de 45,92 h/semaine occupé majoritairement par les consultations cliniques 32,50 h/semaine (70,78%) et 6,60h/semaine (14,37%) de visites à domicile. Le TABs moyen représente 5,66h/semaine (12,35%). L'hypothèse posée pour cette étude est donc vérifiée avec un TABs de plus de 10% du temps de travail.

Concernant les objectifs secondaires, les variables catégorielles n'ont pas montré d'impact significatif sur le TG ou le TABs. Les régressions linéaires en revanche ont montré que le TG est statistiquement lié à la patientèle ; proportion de mineurs ; proportion d'ALD ; durée d'installation ; proportion de visites et FDEP (facteur protecteur). Le TABs est plus spécifiquement lié à la proportion de visites à domicile (coefficient de corrélation à 9,49) puis par la proportion de patients en ALD (coefficient 6,9) et au FDEP (coefficient -0,65).

Étudier le temps médical sous l'angle de différentes activités du quotidien des MG, au-delà des actes cotés, est une approche rare dans la littérature (17,18). Le choix d'une étude quantitative est encore plus rare (18). La randomisation effectuée par une tierce personne garantit la qualité de l'échantillonnage. Le nombre de sujets inclus est supérieur au nombre de sujets nécessaires et le recueil de données s'est effectué en deux mois, ce qui peut participer à une certaine homogénéité des réponses par effet contextuel. Le taux de réponse au questionnaire est très supérieur à celui d'un questionnaire posé et présenté de façon « dématérialisée » sans contact individuel de la part de l'investigateur (74,65 % contre moins de 30% habituellement). Ce premier contact téléphonique a été plébiscité par les MG interrogés. Le questionnaire a été jugé favorablement par les MG de l'échantillon. Les échanges autour du remplissage du questionnaire n'ont pas rapporté la nécessité de catégorie supplémentaire.

Cette étude est limitée par le recueil déclaratif des données de temps de travail. Le TG apparaît

en moyenne plus faible comparé aux études de la DREES ou de l'IRDES, de méthodologie comparable (24–27).

La permanence des soins ambulatoires (PDSA) a été comptabilisée dans le TC malgré la disparité des fonctionnements en PDSA dans le département.

Trois des MG ont évoqué les limites de s'intéresser à la seule patientèle médecin traitant. Ils avaient une file active supérieure à leur patientèle médecin traitant.

L'étude s'est déroulée dans le département du Puy-de-Dôme. La démographie médicale du département est différente de celle de la France (50,18 % de femmes MG contre 42 % en France en 2020 ; âge moyen de 51,8 ans contre 51,2 à l'échelle nationale (28)).

La répartition géographique de l'échantillon est comparable à celle de l'ensemble des MG du département.

L'information remise aux MG interrogée peut induire un biais d'information. Cette possibilité a été mitigée en transmettant la même information à l'ensemble des MG, mail type à l'inclusion ainsi que le guide de remplissage joint au questionnaire (Annexe II).

Le FDEP est l'indicateur de défaveur ou de précarité retenu pour l'étude. Sa base de données était disponible et accessible simplement. Par sa nature, il renvoie surtout aux catégories socio-professionnelles les plus représentées dans une commune (20). À l'opposé, l'indice européen de défaveur ou EDI est un indicateur pertinent pour sa reproductibilité à échelle européenne, parce qu'il est conçu pour refléter l'expérience individuelle de la défaveur. Il est basé sur une liste de besoins fondamentaux qui sont au-dessus des moyens d'une partie significative de la population étudiée (29). L'évaluation de la précarité est donc différente de celle rendue par FDEP. Aucune base de données sur le (French)EDI n'était disponible lors de la réalisation de l'étude.

L'unité géographique étudiée était la commune. Une autre option était de raisonner à l'échelle d'IRIS comme unité géographique. Dans le cas du département du Puy-de-Dôme, en dehors des pôles urbains (Clermont-Ferrand et Riom en particulier), la plupart des communes ne compte qu'une seule IRIS résidentielle. Ce point serait à adapter si l'étude devait porter sur des

zones géographiques comprenant de grandes villes avec plusieurs arrondissements à la sociologie potentiellement différente.

Cette étude est une première en France, par son approche centrée sur des activités habituelles en MG. Le TABs est un concept créé dans le cadre de cette étude, pour définir un pan des activités assurées par les MG. Dans l'étude de Crosbie et al (18), les activités du TABs étaient dissociées. Dans l'échantillon étudié, le TABs est distribué de manière asymétrique. Une étude dédiée serait intéressante pour mieux rendre compte de cette distribution. Celle-ci révèle un caractère incompressible des activités du TABs, les habitudes de travail d'un MG auraient une influence partielle sur elles.

L'autre apport de l'étude est celui des variables modifiant le TG et le TABs.

Le TABs représente 12,35% du temps de travail. Plus d'un dixième du TG est occupé par les prescriptions hors consultation, les écrits à caractère clinique et les appels téléphoniques. Ceci pose la question de la délégation de tâches et de modifications du système de santé.

Si une majorité de l'échantillon s'appuyait sur un secrétariat présentiel, la différence en temps de travail n'était pas significative selon ce critère. Dans l'étude de Chanu et al (30) les secrétaires étaient principalement chargées de la « gestion du planning » et « des dossiers médicaux ». La « prise d'initiative au téléphone », également évaluée dans cette étude, n'était pas une mission prioritaire aux yeux des MG (rapport de cote 2,3 fois plus faible comparé à la gestion du planning).

Les écrits à caractère clinique comportent les certificats médicaux. Les échanges autour du questionnaire ont parfois pointé une lassitude des MG sur ces tâches chronophages. Un certain nombre de demandes de certificats ne relèvent que de problématiques sociales et non médicales. Un accès facilité aux assistants sociaux pour les patients pourrait simplifier ces démarches et réduire le temps que les MG doivent y consacrer.

Le quotidien des cabinets de MG est également marqué par des urgences administratives comme les certificats d'arrêt de travail ou bien les certificats d'absence enfant malade. Dans le

cas des arrêts de travail courts, certaines situations reposent seulement sur les signes rapportés par le patient sans anomalie clinique (ex la gastro-entérite aiguë). Pour certains certificats d'absence enfant malade, les parents se retrouvent contraints par leur employeur à demander un certificat.

Les assistants médicaux peuvent être une option pour réduire le TABs. L'Assurance Maladie propose d'en financer en partie l'emploi sous condition d'augmenter sa patientèle médecin traitant. Augmenter sa patientèle, surtout si la proportion de patients en ALD augmente, est un fort prédicteur d'une augmentation du TG. Le développement de l'HAD, avec l'augmentation de visites qu'il implique, amène également une majoration importante du TABs.

L'étude montre l'impact de la défaveur, ou de la précarité, sur le temps de travail des MG. Le FDEP des communes apparaît comme un facteur diminuant le TG et le TABs. Le dossier de la DREES sur l'état de santé de la population en France révèle que le « recours au dépistage [est] plus fréquent parmi les catégories sociales les plus aisées » malgré les campagnes de dépistage généralisé (31).

« Redonner du temps médical » est donc possible. Une régulation téléphonique plus adaptée par des assistants médicaux pourrait être une évolution des pratiques pour réduire le temps passé au téléphone. Confier les prescriptions médicales de transport supposerait de faire reposer le fonctionnement sur un référent autre que le médecin traitant (ambulancier ou médecin conseil). Remplacer les certificats d'arrêt de travail par la création d'un nombre de jours d'absence sans justificatif médical (comme dans d'autres pays voisins (32)) est une option.

Recourir aux assistants médicaux et aux HAD sont deux approches intéressantes. Néanmoins, l'étude révèle qu'elles peuvent présenter un effet de saturation du temps de travail du MG.

Plus largement, améliorer le recours aux soins repose sur les questions de littératie en santé et donc sur l'éducation de la population à la santé (31).

La littérature portant sur le temps de travail des MG est pauvre, plus encore si on considère le niveau de détail de l'étude. La comparaison à échelle internationale est limitée par les

différences de système de santé mais justifiée par la rareté des études au niveau national. Cette étude permet de compléter la littérature actuelle. Le nombre d'heures de travail par semaine a été étudié par la DREES et l'IRDES en 2019, à échelle nationale. Le temps de travail hebdomadaire était de 52h en moyenne (contre 45,9 h de TG), dont 44,50 h « auprès de patients » (contre 39,10 h de TC) et 7 h dédiées aux visites à domicile (6,60 h ici). La proportion de temps auprès d'un patient est comparable, 86% pour la DREES et 85,1% ici. La comparaison du temps dédié aux tâches administratives pose la question des définitions des activités comptabilisées. En effet, dans le rapport de la DREES, les « tâches de gestion et de coordination durent en moyenne cinq heures et demie » et 2,65h hebdomadaire dans la présente étude. Le questionnaire et les définitions employées n'étaient pas disponibles pour une comparaison. Ainsi, cette étude est une première en France par son niveau de détail sur les activités des MG, la seconde à échelle européenne avec l'étude de Crosbie et al (18).

5 CONCLUSION

Cette étude apporte des précisions sur les différentes missions et activités assurées par les MG de l'échantillon. La définition du temps médical apparaît comme une somme d'un temps clinique majoritaire avec une prédominance des consultations sur les visites à domicile, d'un temps dédié au patient en son absence et enfin d'un moindre temps sans lien avec le patient. Le TABs occupe 12,35% du TG en moyenne. Le mode d'exercice, le milieu géographique, le secrétariat et le sexe du praticien n'ont pas montré d'impact significatif sur le TG ou le TABs. La proportion de visites à domicile et la patientèle en ALD, ainsi que la taille de la patientèle sont apparues comme les plus forts prédicteurs d'une majoration du TG et du Tabs pour la patientèle en ALD et la proportion de visite, au contraire du score de défaveur de la commune d'installation comme un facteur réduisant le TG et le TABs.

Le questionnaire peut être adapté dans un second temps aux autres spécialités médicales, voire aux autres professions de santé. Cette nouvelle approche du temps médical, par des activités habituelles des MG, a un premier intérêt dans la pratique réflexive au quotidien. La question de l'adaptation des pratiques, l'augmentation de la patientèle et la majoration des suivis à domicile, face à la démographie médicale réduite amènent à réfléchir sur l'adaptation du système de santé.

Le Doyen de l'UFR de Médecine,

Pierre CLAVELOU

Le Président du Jury,

Philippe VORILHON

Pierre CLAVELOU
Doyen-Directeur



A handwritten signature in black ink, appearing to be "Vorilhon", written over a horizontal line.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Zoom sur les médecins généralistes libéraux | L'Assurance Maladie [Internet]. 2021 [cité 24 août 2022]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/zoom-ps-medecins-generalistes-liberaux>
2. Besoin de soins immédiats ? Appelez en priorité votre médecin traitant [Internet]. 2022 [cité 23 août 2022]. Disponible sur: <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/besoin-de-soins-immediats-appellez-en-priorite-votre-medecin-traitant>
3. Picquendar G, Guedon A, Moulinet F, Schuers M. Influence of medical shortage on GP burnout: a cross-sectional study. *Fam Pract*. 23 mai 2019;36(3):291-6.
4. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katić M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract* [Internet]. 1 août 2008 [cité 14 mai 2022];25(4):245-65. Disponible sur: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmn038>
5. Lee FJ, Stewart M, Brown JB. Stress, burnout, and strategies for reducing them. *Can Fam Physician* [Internet]. févr 2008 [cité 14 mai 2022];54(2):234-5. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2278317/>
6. Talbot R. « Sortez-moi de cet enfer ! » [Internet]. Fédération des Médecins de France. 2022 [cité 9 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.fmfpro.org/sortez-moi-de-cet-enfer.html>
7. Rochoy M. Actes gratuits : bilan de janvier 2022 [Internet]. Le blog de Michaël, médecin généraliste. 2022 [cité 22 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.mimiryudo.com/blog/2022/01/actes-gratuits-bilan-de-janvier-2022/>
8. Rochoy, Michaël M. Redonner du temps aux médecins [Internet]. Nitter. 2022 [cité 22 févr 2022]. Disponible sur: <https://twitter.com/mimiryudo/status/1483192918634553350>
9. Richard A. Évaluation quantitative et qualitative du travail administratif du médecin généraliste: mesures auprès de trois médecins généralistes de Loire-Atlantique [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2009.
10. Spence D. Reducing general practice workload. *Br J Gen Pract* [Internet]. août 2016 [cité 12 mai 2022];66(649):431. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4979948/>
11. CPAM. Tarifs en métropole [Internet]. Tarifs conventionnels des médecins généralistes en France métropolitaine. [cité 26 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/puy-de-dome/medecin/exercice-liberal/remuneration/consultations-actes/tarifs/tarifs-generalistes/tarifs-metropole>
12. Secteurs conventionnels [Internet]. [cité 24 août 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/puy-de-dome/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/convention-secteurs-adhesion/secteurs-conventionnels>
13. L'essentiel de la convention médicale 2016 [Internet]. [cité 24 août 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/puy-de-dome/medecin/textes-reference/convention-medicale-2016/convention-2016-essentiel>

14. La Rosp [Internet]. [cité 24 août 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/puy-de-dome/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/remuneration-objectifs/nouvelle-rosp>
15. Rémunération des médecins : valoriser l'activité [Internet]. [cité 24 août 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/puy-de-dome/medecin/textes-reference/convention-medecale-2016/remuneration-medecin>
16. Forfait patientèle médecin traitant [Internet]. [cité 24 août 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/puy-de-dome/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/dispositif-medecin-traitant/forfait-patientele>
17. Croxson CH, Ashdown HF, Hobbs FR. GPs' perceptions of workload in England: a qualitative interview study. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* févr 2017;67(655):e138-47.
18. Crosbie B, O'Callaghan ME, O'Flanagan S, Brennan D, Keane G, Behan W. A real-time measurement of general practice workload in the Republic of Ireland: a prospective study. *Br J Gen Pract [Internet].* 2 juin 2020 [cité 12 mai 2022];70(696):e489-96. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7274543/>
19. La grille communale de densité à 4 niveaux | Insee [Internet]. [cité 13 août 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/2114627>
20. Ghosn W. Indicateurs écologiques synthétiques du niveau socio-économique pour la recherche en Santé. INSERM - CepiDC. 2018;13.
21. OpenEpi - Toolkit Shell for Developing New Applications [Internet]. [cité 8 oct 2022]. Disponible sur: <http://www.openepi.com/SampleSize/SSPropor.htm>
22. Yoo W, Mayberry R, Bae S, Singh K, (Peter) He Q, Lillard JW. A Study of Effects of MultiCollinearity in the Multivariable Analysis. *Int J Appl Sci Technol [Internet].* oct 2014 [cité 15 nov 2022];4(5):9-19. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4318006/>
23. Hair, Joseph F. *Multivariate Data Analysis: A Global Perspective.* 7ème édition. Upper Saddle River: Prentice Hall; 2009.
24. Fur PL, Bourgueil Y. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. *Quest Déconomie Santé [Internet].* juill 2009 [cité 16 sept 2021];(144):8. Disponible sur: http://www.apima.org/img_bronner/0907_Qes144_IRDES_temps_gene.pdf
25. Jakoubovitch S. Les emplois du temps des médecins généralistes. *Panel Obs Prat Cond Exerc En MMédecine Générale [Internet].* mars 2012 [cité 15 sept 2021];(797):8. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er797-2.pdf>
26. CHAPUT H, MONZIOLS M, FRESSARD L, VERGER P, VENTELOU B, ZAYTSEVA A. CHAPUT et al. - 2021 - Deux tiers des médecins généralistes libéraux décl.pdf. *Panel Obs Prat Cond Exerc En Médecine Générale [Internet].* mai 2019 [cité 19 sept 2021];(1113). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1113.pdf>

27. Micheau J, Molière E, Sens P. L'emploi du temps des médecins libéraux. N L [Internet]. 2010 [cité 29 sept 2021];(15):15. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dss15.pdf>
28. Arnault DF. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE. :141.
29. Pornet C, Delpierre C, Dejardin O, Grosclaude P, Launay L, Lydia G, et al. Construction of an adaptable European transnational ecological deprivation index: The French version. *J Epidemiol Community Health*. 27 avr 2012;66:982-9.
30. Chanu A, Caron A, Ficheur G, Berkhout C, Duhamel A, Rochoy M. Préférences des médecins généralistes libéraux en France métropolitaine quant à la délégation des tâches médico-administratives aux secrétaires assistant(e)s médico-social(e)s : étude en analyse conjointe. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique* [Internet]. 1 mai 2018 [cité 14 sept 2021];66(3):171-80. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762018303572>
31. Castaing E (DREES/DIRECTION). L'état de santé de la population en France à l'aune des inégalités sociales | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. 2022 [cité 15 nov 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/les-dossiers-de-la-drees/letat-de-sante-de-la-population-en>
32. Arrêt de travail [Internet]. [cité 15 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.ch.ch/fr/travail/incapacite-de-travail/>

ANNEXES

Annexe I : Mail type

Bonjour Docteur XXX,

Je me présente, **Valentin NICOLAS**, interne en médecine générale à Clermont-Ferrand. Je travaille actuellement sur ma thèse.

Ce travail de thèse cherche à établir une **première évaluation** des **différentes activités des MG**, en particulier celles **hors cotation** qui n'ont jamais été évaluées ou comptabilisées.

Le questionnaire est **déclaratif** et ne nécessite pas de chronométrer son travail au quotidien. Ces données sont bien entendues anonymes, les réponses ne seront pas partagées en dehors de mon travail de thèse.

Comme convenu, voici le questionnaire de thèse.

La première page est le **formulaire de réponse**.

Pages 2 et 3 vous trouverez le "mode d'emploi", avec surtout **les définitions** concernant les différentes catégories de tâches.

Le **temps de réponse** est resté inférieur à **15 minutes** jusqu'à présent.

L'objectif est de soutenir la thèse en novembre.

Les réponses sont à me transmettre par retour de mail, à cette adresse.

Merci pour votre participation,

Cordialement,

Valentin NICOLAS, interne en médecine générale, faculté de médecine de Clermont-Ferrand.

Annexe II : Questionnaire de thèse Valentin NICOLAS

Chère consœur, cher confrère,

Ce questionnaire déclaratif sur votre temps de travail a pour but de nous faire réfléchir sur notre pratique en tant que médecin généraliste.

Ce questionnaire est anonyme, les réponses ne seront pas partagées en dehors de ma thèse d'exercice en médecine générale.

Tout d'abord, parlons de votre temps de travail :	
Combien de temps de travail global dure une semaine type ?	.....h .....min
Combien de temps est consacré aux consultations cliniques ?	.....h .....min
Combien de temps consacrez-vous aux visites à domicile ? (EHPAD inclus)	.....h .....min
Combien de temps dédiez-vous aux prescriptions hors consultation ?	.....h .....min
Combien de temps dédiez-vous aux actes pour le patient en son absence :	.....h .....min
- écrits à caractère clinique ?	.....h .....min
- appels téléphoniques ?	.....h .....min
Combien de temps dédiez-vous aux activités administratives ?	.....h .....min
Combien de temps réservez-vous pour la recherche et la formation médicale continue ?	.....h .....min
Combien de temps de pause ou de repos prenez-vous sur une semaine type ?	.....h .....min
Maintenant, parlons de vous, en tant que médecin généraliste :	
Quel âge avez-vous ?	
Quel est votre sexe ?	Homme / Femme
Depuis quand êtes-vous installé(e) ?	
Comment êtes-vous installé ?	Seul / En groupe
Combien de personnes compte votre patientèle AMELI ?	
Personnes majeures	
Personnes mineures	
Personnes en ALD	
Souhaitez-vous avoir des retours sur ce travail de thèse ?	Oui / Non
Pour l'interrogateur : données socio-démographiques du lieu d'exercice	
Commune d'installation/d'exercice	IRIS correspondant
Score EDI de la commune du cabinet	
Milieu géographique	Urbain / Semi-rural / Rural
Quel temps de trajet vous sépare d'une structure d'urgence ?	
Recours à un secrétariat	Présentiel / Téléphonique / Aucun

Merci de votre participation.

Annexe III : Guide questionnaire de thèse

Guide questionnaire de thèse : Temps médical hors consultation

Ce document souligne nos définitions des différentes catégories de tâches pour s'assurer que les réponses de chaque participant sont aussi standardisées que possible. La majorité des catégories va de soi. Nous reconnaissons également que tous les types de tâches ne correspondront pas parfaitement à une catégorie – ainsi nous vous demandons de sélectionner la catégorie qui décrit le mieux votre activité.

1 LES TÂCHES EN LIEN DIRECT AVEC LE PATIENT :

1.1 Consultations cliniques :

L'ensemble du temps passé aux tâches cliniques avec des patients en présentiel au cabinet. Cette catégorie exclue les visites à domicile qui seront enregistrées dans une catégorie à part. Les consultations menées sur les horaires de permanence des soins ambulatoires sont incluses ici.

1.2 Visites à domicile

Temps passé à se rendre au domicile d'un patient (EHPAD ou USLD inclus) en plus du temps passé à assurer la consultation médicale. Les visites à domicile menées sur les horaires de permanence des soins ambulatoires sont incluses ici.

2 LES TÂCHES POUR LE PATIENT EN SON ABSENCE :

2.1 Appels téléphoniques :

Le temps passé à répondre ou à appeler au téléphone des patients, d'autres professionnels de santé ou pour des motifs administratifs.

2.2 Prescriptions :

Temps occupé à remplir des prescriptions de renouvellement incluant le temps passé à revoir les dernières biologies du patient et examens récents dans ce contexte.

Merci de noter que les prescriptions complétées lors d'une consultation sont à compter comme partie intégrante de la consultation.

2.3 Écrits à caractère clinique :

Temps passé à prendre connaissance et à répondre aux résultats d'examen de patients, formulaires de patients, courriers d'hospitalisation, rapports médicaux, rapports d'assurance, etc.

3 LES TACHES SANS LIEN DIRECT AVEC LE PATIENT

3.1 Formation médicale continue / Recherche :

Temps passé à des FMC en groupe, entreprendre des activités de recherches personnelles ou en groupe ou revoir la littérature/recommandations à but clinique, temps de supervision du ou des étudiants dans le cas d'un maître de stage universitaire.

3.2 Activité administrative :

Temps passé à revoir et à gérer les problématiques liées aux aspects administratifs du cabinet.

3.3 Pause :

Temps personnel pris au sein d'une demi-journée de travail au cours de laquelle aucune tâche clinique ou non-clinique n'est assurée.

4 CARACTÉRISTIQUES DES MÉDECINS INTERROGÉS ET DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DU LIEU D'EXERCICE

4.1 Caractéristiques du médecin généraliste :

- Âge
- sexe
- Depuis quand êtes-vous installé ?
- Comment êtes-vous installé ?
- Patientèle AMELI
 - nombre de personnes < 18 ans
 - nombre de personnes >18 ans
 - nombre de personnes en ALD

4.2 Données socio-démographiques :

Parmi ces questions, les cases réponses remplies en gris sont à remplir par le doctorant et pas par le médecin interrogé.

- Commune d'exercice (code INSEE ou IRIS)
- EDI ou indice européen de défaveur, reflet du niveau de précarité socio-économique de la commune d'exercice
- Milieu géographique du cabinet : Urbain / semi-rural/ rural
- Quel temps de trajet vous sépare d'une structure d'urgence ?
- Avez-vous recours à un secrétariat ?

Démographie	N	Temps global, moyenne d'heures	Consultations H (%)	Visites à domicile H (%)	Prescriptions H (%)	Ecrits à caractère clinique H (%)	Appels téléphoniques H (%)	TAbs H (%)	Administratif H (%)	FMC H (%)
Total du panel	106	45,92	32,5 (70,78)	6,60 (14,37)	1,90 (4,14)	1,92 (4,18)	1,84 (4,01)	5,66 (12,32)	2,65 (5,77)	1,01 (2,20)
Localisation										
Urbain	25	46,86	34,30 (73,20)	6,58 (14,04)	1,88 (4,01)	1,93 (4,12)	1,94 (4,14)	5,75 (12,27)	2,87 (6,12)	0,97 (2,07)
Intermédiaire	35	45,11	33,86 (75,06)	4,24 (9,40)	2,28 (5,05)	1,83 (4,06)	2,09 (4,63)	6,20 (13,44)	2,30 (5,10)	1,02 (2,26)
Rural	46	46,03	30,49 (66,24)	8,41 (18,27)	1,63 (3,54)	1,99 (0,43)	1,60 (3,48)	5,22 (11,34)	2,80 (6,09)	1,02 (2,22)
Age en années										
<45	48	42,55	30,20 (70,98)	4,66 (10,95)	1,82 (4,28)	1,95 (4,58)	1,89 (4,44)	5,66 (13,30)	2,61 (6,13)	0,88 (2,07)
45-54	24	47,30	36,53 (77,23)	4,76 (10,06)	2,21 (4,67)	1,91 (4,04)	1,45 (3,07)	5,57 (11,78)	2,41 (5,10)	0,80 (1,69)
≥55	34	49,72	32,9 (66,17)	10,64 (21,40)	1,80 (3,62)	1,9 (3,82)	2,06 (4,14)	5,76 (11,58)	2,88 (5,88)	1,34 (2,70)
Sexe										
Masculin	46	47,58	32,98 (69,31)	8,27 (17,38)	2,03 (4,27)	1,62 (3,40)	1,80 (3,78)	5,45 (11,45)	2,35 (4,94)	0,87 (1,83)
Féminin	60	44,66	32,13 (71,94)	5,33 (11,93)	1,81 (4,05)	2,16 (4,84)	1,88 (4,21)	5,85 (13,10)	2,88 (6,45)	1,12 (2,51)
Secrétariat										
Aucun	14	47,00	31,57 (67,17)	10,86 (23,11)	1,79 (3,81)	1,33 (2,83)	1,84 (3,91)	4,96 (10,55)	2,64 (5,62)	1,10 (2,34)
Mixte	8	46,28	38,00 (82,11)	4,53 (9,79)	2,22 (4,80)	1,94 (4,19)	1,56 (3,37)	5,72 (12,36)	1,69 (3,65)	0,52 (1,12)
Présentiel	58	45,52	32,03 (70,36)	5,50 (12,08)	1,81 (3,98)	2,02 (4,04)	1,88 (4,13)	5,71 (12,54)	2,89 (6,35)	1,11 (2,44)
Téléphonique	26	46,15	32,35 (70,10)	7,41 (16,06)	2,06 (4,46)	2,02 (4,38)	1,86 (4,03)	5,94 (12,87)	2,44 (5,29)	0,90 (1,95)
Exercice										
Groupe	81	45,38	31,86 (70,21)	6,14 (13,53)	2,05 (4,52)	1,92 (4,23)	1,85 (4,08)	5,82 (12,83)	2,51 (5,53)	0,96 (2,12)
Seul	25	47,70	34,56 (72,45)	8,09 (16,96)	1,44 (3,02)	1,92 (4,03)	1,82 (3,82)	5,18 (10,86)	3,13 (6,56)	1,18 (2,47)
Quintile de défaveur										
1	13	46,69	35,00 (74,96)	6,15 (13,17)	2,38 (5,10)	1,94 (4,16)	1,85 (3,96)	6,17 (13,21)	2,13 (4,56)	0,81 (1,73)
2	26	42,75	31,38 (73,40)	4,22 (9,87)	1,94 (4,54)	2,14 (5,01)	1,85 (4,33)	5,93 (13,87)	2,08 (4,87)	0,91 (2,13)
3	34	47,40	32,73 (69,05)	6,04 (12,74)	1,62 (3,42)	2,02 (4,26)	1,87 (3,95)	5,51 (11,62)	3,67 (7,74)	1,00 (2,11)
4	20	47,72	33,48 (70,16)	8,79 (18,42)	2,32 (4,86)	1,13 (2,37)	2,13 (4,46)	5,58 (11,69)	2,44 (5,11)	1,13 (2,37)
5	13	44,88	30,12 (67,11)	9,92 (22,10)	1,46 (3,25)	2,44 (5,44)	1,33 (2,96)	5,23 (11,65)	1,99 (4,43)	1,24 (2,76)

Tableau 2 : Temps de travail des médecins par catégorie

(Conseil national de l'ordre des médecins)

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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

Nom, Prénom

Signature

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté et de mes chers Condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai des soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'Opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Nom, Prénom

Signature

Étude du temps dédié au patient en son absence par rapport au temps de travail global

Une étude observationnelle auprès de médecins généralistes du Puy-de-Dôme

Résumé

OBJECTIF. L'objectif principal est d'établir une description du temps de travail global (TG) et le temps dédié au patient en son absence (TABS) de médecins généralistes (MG) libéraux du Puy-de-Dôme. L'objectif secondaire est la recherche de variables augmentant le temps de travail.

MÉTHODE. Étude observationnelle, rétrospective, par questionnaire déclaratif, d'un échantillon de MG libéraux du département du Puy-de-Dôme, en France. Les critères d'inclusions sont les MG en exercice libéral, inscrits à l'Ordre des Médecins, conventionnés, en activité. Les données ont été recueillies par questionnaire, après contact individuel auprès de chaque participant.

RÉSULTATS. Du 30/06/22 au 30/08/22, 106 questionnaires ont été exploités. L'échantillon comportait 46 hommes (43,40%) et 60 femmes (56,60%). L'âge médian était de 47 ans (\pm 12,65). Le TG moyen hebdomadaire était de 45,92 h ; 32,50 h pour les consultations ; 6,60h pour les visites. Le TABS représentait 5,65h soit 12,35 % en moyenne. 6 variables étaient liées au TG : patientèle ; proportion de mineurs ; proportion d'ALD ; durée d'installation ; proportion de visites et FDEP (niveau de défaveur). La proportion de visites, la proportion d'ALD et FDEP étaient de forts prédicteurs du TABS.

CONCLUSION. Cette étude aborde le temps médical sous l'angle des activités habituelles du MG. Le temps de travail est surtout occupé par les consultations et visites, avec en moyenne 12,35% de TABS. TG et TABS sont corrélés à la proportion de visites, proportion d'ALD et FDEP. Ces résultats sont intéressants dans l'adaptation des pratiques quotidiennes à l'heure où la démographie médicale est un enjeu de santé publique.

Mots-Clés :

- General Practice
- Primary health care
- Workload
- Quality of life
- Administrative tasks
- Referral and consultations