

**ENQUÊTE DE PERCEPTION SUR LE RÔLE
DU MÉDECIN TRAITANT
ET
ÉTUDE D'OBSERVATION SUR LES
DIVERSES ACTIVITÉS DES MÉDECINS
GÉNÉRALISTES**



**RAPPORT N°661
Septembre 2010**

ENQUÊTE DE PERCEPTION SUR LE ROLE DU MEDECIN TRAITANT ET ETUDE D'OBSERVATION SUR LES DIVERSES ACTIVITES DES MEDECINS GENERALISTES

**Une étude de l'Union Régionale des Médecins Libéraux
de Rhône-Alpes**



GROUPE DE TRAVAIL

Docteur Nicole BEZ, Présidente du Collège des Généralistes

Docteur Jacques CARON, Docteur Jean-René CAUSSE, Docteur Olivier CRESPIY, Docteur Jean-Pierre ENRIONE-THORRAND, Docteur Pierre GROS, Docteur Sandra MOKOBODZKI, Docteur Gilles PERRIN, Docteur Marcelle RECHE, Docteur Jean-Pierre TELMON

Analyse : CAREPS

Sonia COURBIER VIERNE, Martine CHARREL, Eric DA SILVA

CAREPS

Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire
CHU Grenoble - BP 217 - 38043 GRENOBLE CEDEX 9
Tél. : 04 76 51 10 56 Fax : 04 76 51 03 06 e-mail : contact@careps.org

Sommaire



SYNTHESE	p. 1
INTRODUCTION	p. 7
OBJECTIFS	p. 8
METHODE	p. 9
RESULTATS	p. 11
Résultats de l'enquête de perception sur le rôle du médecin traitant auprès d'un échantillon de médecins généralistes de la région Rhône-Alpes	p. 12
Résultats de l'enquête d'observation sur l'activité des médecins généralistes à partir des consultations	p. 31
Résultats de l'étude de l'activité hebdomadaire des médecins généralistes	p. 38
CONCLUSIONS	p. 46

CAREPS

Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire
CHU Grenoble - BP 217 - 38043 GRENOBLE CEDEX 9
Tél. : 04 76 51 10 56 Fax : 04 76 51 03 06 e-mail : contact@careps.org

Synthèse



L'URML Rhône-Alpes a souhaité conduire une étude pour évaluer l'impact sur l'activité médicale et administrative des médecins généralistes de la mise en place du dispositif du médecin traitant, constituant un des éléments centraux de la réforme de l'Assurance maladie du 13 août 2004.

Une enquête de perception sur le rôle du médecin traitant a été menée via un questionnaire envoyé à un échantillon représentatif des médecins généralistes de Rhône-Alpes. En complément, une étude spécifique sur l'activité du médecin traitant et les transferts de charges consécutifs, a été réalisée en faisant appel au volontariat auprès des médecins répondants. Il s'agissait de compléter d'une part une fiche pour chaque patient pendant deux jours avec un nombre très limité de questions et d'autre part, de remplir une fiche synthétique d'activité pour la semaine concernée.

L'enquête de perception sur le rôle du médecin traitant a été réalisée auprès des 236 médecins répondants. Complétée par l'étude d'observation sur les activités des généralistes effectuée par 56 médecins volontaires, ces travaux apportent un certain nombre d'informations avec des différences significatives selon le profil socio-démographique des praticiens.

Pour rappel, les missions dévolues au médecin traitant sont au nombre de six :

- Assurer le premier niveau de soins ;
- Orienter le patient dans le parcours de soins coordonnés ;
- Assurer les soins de prévention ;
- Contribuer à la protocolisation des soins de longue durée ;
- Favoriser la coordination par la synthèse des informations et leur intégration dans le Dossier Médical Partagé ;
- Informer le patient pour assurer la permanence d'accès aux soins.

Concernant l'enquête de perception sur le rôle du médecin traitant

Profil des répondants

Les trois quarts des médecins participant à cette enquête sont des hommes. La moitié des généralistes sont âgés de 50 à 59 ans et près d'un quart ont entre 40 et 49 ans. Plus du tiers des praticiens sont installés en milieu urbain et un quart dans une petite ville ; moins souvent en milieu semi urbain ou rural. Plus du tiers des médecins sont installés depuis 20-29 ans et un quart depuis 30 ans et plus. La moitié des répondants exercent en cabinet individuel et l'autre moitié en cabinet de groupe. Ils sont 9 médecins sur 10 à exercer selon le mode libéral exclusif.

Les répondants sont installés majoritairement dans le Rhône (près d'un généraliste sur trois) et en Isère (un généraliste sur cinq). Un généraliste sur dix environ de cette enquête exerce en Haute Savoie, dans la Loire et dans la Drôme ; les autres travaillant plus marginalement dans les départements de la Savoie, de l'Ain et de l'Ardèche.

Niveau d'information sur les missions du médecin traitant

Un médecin sur deux estime être parfaitement informé des missions du médecin traitant ; deux sur cinq estiment être informés partiellement et moins d'un sur dix n'en a aucune idée.

Opinion générale sur le rôle du médecin traitant

Près de 50% des généralistes ont émis un avis général négatif de l'impact du dispositif du médecin traitant sur leurs pratiques professionnelles et moins de 30% a fait part de son avis positif. Il est à noter qu'un médecin sur cinq ne s'est pas prononcé sur cette question.

Impact sur les pratiques et activités professionnelles

Massivement, les médecins ont indiqué que la mise en place du dispositif du médecin traitant, avec la nécessité d'assurer les missions afférentes, n'avait occasionné aucun changement dans leurs pratiques professionnelles.

Les principaux effets positifs perçus concernent : le dépistage du cancer du sein et colon (pour près de deux médecins sur dix), l'orientation du patient dans le parcours de soins coordonnés, le suivi médical des patients et la coordination par la synthèse des informations et leur intégration dans le dossier patient.

Les impacts négatifs perçus sont principalement la gestion de la protocolisation des soins de longue durée et l'orientation des patients dans le parcours de soins coordonnés.

La mise en place du dispositif « médecin traitant » ne semble pas avoir fait évoluer globalement les activités des généralistes, à l'exception des tâches administratives dont l'augmentation est massivement perçue comme assez négative (neuf médecins sur dix).

Les principales évolutions positives recensées concernent la réduction des recours multiples pour un même problème de santé, la reconnaissance du rôle pivot du médecin généraliste, l'orientation du patient, le respect des protocoles de soins, les échanges avec les médecins correspondants et une plus grande efficacité lorsque le dispositif Médecin traitant est associé à des rémunérations spécifiques à l'instar du forfait ALD (respectivement, pour près d'un médecin sur quatre).

Difficultés liées à la mise en place du dispositif

Des difficultés ont été mises en exergue suite à la mise en place du dispositif du médecin traitant que les médecins qualifient d'importantes.

Près de neuf médecins sur dix ont indiqué : le surcroît de travail, l'encadrement administratif excessif, l'accroissement des transferts de charges, le problème de compréhension par les patients de la notion de parcours de soins coordonnés. Ils sont par ailleurs assez nombreux, soit sept médecins sur dix, à avoir mentionné un burn-out ou épuisement professionnel, le problème de l'inégalité tarifaire entre les généralistes et les spécialistes et le contrôle des pratiques. Par ailleurs, un médecin sur deux a pointé comme difficultés importantes, les relations avec les médecins conseils, le problème de la responsabilité médicale et l'effet de fixation de la patientèle auprès des médecins installés (correspondant au fait que la réforme, inscrivant dans la durée les patients dans la clientèle des médecins, apparaît avantager les généralistes déjà installés au détriment des jeunes médecins et ceux nouvellement installés).

Impact sur la charge de travail

Huit médecins sur dix font part de l'augmentation de leur charge de travail suite à la mise en place du dispositif du médecin traitant (avec une augmentation qualifiée d'importante pour la moitié d'entre eux).

Propositions pour améliorer les conditions d'exercice et de pratiques

Quatre propositions ont été soumises aux généralistes pour améliorer leurs conditions d'exercice et leurs pratiques professionnelles ; à classer par ordre d'importance et de priorité.

La proposition privilégiée par les généralistes est celle visant à « réduire les tâches administratives » ; les autres étant : « avoir une aide administrative (secrétariat) » (au rang n°2), « bénéficier d'une formation continue rémunérée » (au rang n°3), « déléguer certaines tâches à des professionnels paramédicaux » (au rang n°4).

Trois autres propositions ciblant des modes de rémunération spécifiques qui pourraient sembler plus appropriés étaient formulées. L'augmentation du montant de l'acte apparaît comme la solution la plus adaptée ; secondairement le forfait « secrétariat » et en troisième position, le fait d'étendre le forfait du médecin traitant à tous les patients.

Commentaires libres

Les commentaires librement formulés par les généralistes concernant l'impact du dispositif du médecin traitant sur leurs conditions d'exercice et leurs pratiques professionnelles sont plus fréquemment négatifs que positifs.

Les aspects négatifs ont trait à : la recrudescence des tâches administratives qui serait une des principales causes de la surcharge de travail ; la réduction des temps médicaux consacrés au contact des patients ; la complexité de la coordination entre les généralistes et les spécialistes ; la dégradation de la relation patient-médecin et les comportements particuliers des patients avec des demandes parfois qualifiées de non justifiées ; la non perception du généraliste comme pivot du système de soins ; la déficience du parcours de soins coordonnés et la lourdeur de la gestion du protocole de l'ALD ; l'absence d'une réelle amélioration de la démarche de prévention ; l'épuisement professionnel ; le regret de l'ancien dispositif « médecin référent », l'absence de réelles modifications des pratiques professionnelles et les modes de rémunérations inadaptés.

Les principaux commentaires sont : l'amélioration sensible de l'information, de la compréhension et de la responsabilisation du patient ; la limitation des recours abusifs aux médecins spécialistes et l'amélioration du suivi du patient.

Les médecins répondants à l'enquête ont par ailleurs émis des souhaits d'amélioration en faisant des propositions, dont les principales sont les suivantes : proposer des modes de rémunération adaptés ; alléger la charge de travail administrative ; mieux communiquer sur le dispositif du médecin traitant auprès de la population ; mettre en place un outil informatique permettant une meilleure traçabilité du parcours de soins du patient ; développer les bilans de santé et la prévention et supprimer le dispositif du médecin traitant.

Concernant l'étude d'observation sur l'activité des généralistes à partir de l'analyse des fiches « patients »

Au total, ce sont 2249 fiches-patients qui ont été recueillies auprès des 56 médecins volontaires qui les avaient complétées pour chaque patient pendant deux jours donnés.

Lors des consultations effectuées durant ces deux journées d'observation, les médecins généralistes étaient dans près de neuf cas sur dix, le médecin traitant déclaré du patient; les généralistes de 60 ans et plus étaient moins fréquemment les médecins traitants comparativement aux autres tranches d'âge.

Durée de la consultation

La durée moyenne de la consultation par patient est de 18 minutes (avec un maximum de 90 minutes et un minimum d'une minute). Des différences significatives sont constatées selon le sexe, l'âge, le lieu et le mode d'exercice du médecin.

Ainsi, la durée moyenne de la consultation est généralement plus longue pour les femmes médecins, les médecins les plus âgés, les généralistes exerçant en milieu urbain et dans les petites villes, et les praticiens travaillant dans un cabinet individuel.

Orientation dans le parcours de soins coordonnés

Près de huit patients sur dix n'ont pas fait l'objet d'une orientation au cours de la consultation par le médecin généraliste ; deux patients sur dix ont donc été orientés.

Il apparaît que les médecins les plus jeunes (de 30 à 49 ans) sont proportionnellement plus nombreux à orienter la patientèle ; c'est également le cas des médecins installés en milieu urbain et semi urbain et ceux ayant une double activité libérale et salariée. Parmi les généralistes qui ont effectué des orientations, ils sont neuf sur dix à avoir rédigé un courrier.

Tâches administratives

Pour deux consultations sur cinq, les médecins ont réalisé au moins une tâche administrative.

Les tâches administratives les plus fréquemment effectuées au cours de la consultation sont par ordre d'importance : certificat médical / dispense / déclaration de grossesse... ; documents constituant une modalité de prescription (bon de transport, etc.), arrêt de travail/certificat d'accident du travail.

Celles qui sont les moins fréquemment exécutées sont : l'élaboration de dossiers et les réponses aux demandes des organismes de protection sociale.

Pour sept patients sur dix, la tâche administrative réalisée dans le cadre de la consultation ne constituait pas le motif premier du recours au médecin généraliste. Elle a duré en moyenne 4,7 minutes (avec un maximum de 40 minutes et un minimum de moins d'une minute).

La tâche administrative représente environ 23,4% du temps total consacré à la consultation pour les consultations ayant généré des tâches administratives (9,9% pour l'ensemble des consultations).

Gestion des protocoles de soins ALD

La gestion du protocole de soins dans le cadre de l'ALD que ce soit pour son élaboration ou sa révision a concerné 7% du total des patients vus en consultation.

Informations sur la prévention

Pour deux patients sur cinq, au moins une démarche d'information relative à la prévention a été réalisée dans le cadre du suivi habituel. Elle a principalement concerné la consommation de produits psycho-actifs (tabac, alcool), les troubles musculo-squelettiques et la vaccination. Dans une moindre mesure, l'information préventive qui a été communiquée a ciblé les risques de iatrogénie médicamenteuse et le dépistage du cancer du sein et du colon.

Concernant l'étude d'observation de l'activité hebdomadaire des médecins généralistes

Les 56 médecins volontaires ont complété une fiche synthétique concernant leur activité hebdomadaire sur une semaine de référence.

Profil des médecins volontaires

Parmi ces 56 médecins volontaires, 71,4% sont des hommes. La moitié des généralistes sont âgés de 50 à 59 ans, et 19,6% de 60 ans et plus. Ce sont 35,7% des généralistes qui exercent en milieu urbain, 23,2% dans une petite ville, 19,6% en milieu rural et 17,9% en milieu semi urbain. Plus de la moitié travaillent dans un cabinet de groupe (51,8%) et 42,9% exercent seul dans leur cabinet. Les deux tiers ont une activité libérale exclusive (67,9%) et les autres ont une activité mixte (libérale et salariée).

Activité et conditions d'exercice des médecins généralistes

- Congés annuels

La description de l'activité des médecins généralistes met en exergue qu'au cours de l'année 2009, ils ont pris en moyenne six semaines de congés (avec un maximum de douze semaines et un minimum de deux semaines).

- Temps de travail hebdomadaire

Leur temps de travail hebdomadaire global (toutes activités confondues) pour une semaine ordinaire est en moyenne de 53 heures et 6 minutes (le maximum étant de 72 heures et le minimum de 30 heures).

- Nombre d'actes moyens

Le nombre moyen d'actes hebdomadaires réalisés (consultations et visites) pour une semaine ordinaire est de 101 par médecin (le maximum étant de 200 et le minimum de 30) ; les femmes effectuant en moyenne moins d'actes que les hommes.

Près de neuf médecins sur dix organisent leurs consultations sur la base de rendez-vous ; cela concerne le plus fréquemment les femmes, les médecins de 50 ans et plus et les praticiens qui ont une activité mixte (salariée et libérale).

Durant la semaine de référence, le nombre de patients vus en consultation et visites est en moyenne de 95 (le maximum étant de 205 et le minimum de 43). Ce sont au total 5214 patients qui ont consulté un médecin pendant cette semaine là.

Des patients ont également été reçus en dehors de la consultation ; le nombre moyen est de 5 (avec un maximum de 22 et un minimum de 0), soit un total de 245 patients reçus en dehors de la consultation par l'ensemble des 56 généralistes. Ces consultations sans rendez vous représentent en moyenne 5% du total des consultations.

- Secrétariat médical

Trois médecins sur cinq disposent d'un secrétariat médical ; les médecins exerçant en cabinet de groupe sont les plus concernés. C'est l'accueil physique qui est privilégié (pour sept médecins sur dix) plutôt que le secrétariat téléphonique (pour quatre généralistes sur dix).

Le nombre moyen d'heures de secrétariat par mois équivaut à 97 heures et 12 minutes (avec un maximum de 280 heures et un minimum de 6 heures). Il est plus important pour les médecins ayant une activité libérale seule (112 heures par mois) que pour les praticiens ayant une double activité (48 heures).

Répartition des temps d'activité durant la semaine de référence

Le temps de travail moyen pour l'ensemble des activités pour chaque médecin pour la semaine de référence est de 49 heures et 22 minutes. Il est sensiblement inférieur au temps moyen donné pour une semaine ordinaire (53 heures et 6 minutes).

Ce temps de travail se répartit inégalement selon la nature des activités ; 76,1% du temps de travail est consacré au contact des patients (en dehors des déplacements, des tâches administratives regroupées en fin de journée, pauses, repas, etc.). Les autres activités sont plus marginales, par ordre d'importance : les tâches administratives regroupées (effectuées en dehors de la consultation ; 6,4%), les astreintes et les gardes (6,3%), les conseils directs ou téléphoniques pour les patients (4,2%), les temps des déplacements (3,8%), les contacts des professionnels de santé correspondants dans le cadre du parcours de soins coordonnés (1,8%) et la régulation des urgences (1,5%).

Pour la semaine de référence, le temps moyen consacré aux tâches administratives regroupées générées par les patients (hors consultation, ne donnant pas lieu à une rémunération spécifique) est de 5 heures et une minute. Ce temps est réduit lorsque le médecin dispose d'un secrétariat médical (4 heures et 16 minutes versus 6 heures et 12 minutes pour le médecin n'ayant pas de secrétariat). Les diverses tâches administratives regroupées sont les suivantes, par ordre d'importance : la gestion du courrier et des résultats du jour (24,1%), la gestion des rendez-vous (15,9%), l'archivage du courrier (14,8%), la télétransmission des feuilles de soins électroniques (14,6%), les dossiers lourds non traités durant la consultation (12,3%), les autres tâches administratives (7,1%), la gestion des tiers payants (5,7%) et les réponses aux demandes des organismes de protection sociale (5,6%).

Des activités plus occasionnelles réalisées par les généralistes, comptabilisées par mois, représentent en moyenne 21 heures et 33 minutes. Elles concernent la formation et l'auto-formation (39,4%), la gestion du cabinet (21,4%), les diverses activités (telles que réseau de santé, syndicat, recherche, expertise, etc.) (18,9%), l'accueil des professionnels en formation (11,9%), la vérification comptable des prestations de la Sécurité sociale (7,1%) et les entretiens confraternels avec un médecin conseil (0,8%).

Introduction



En 2003, une première étude dont l'objectif était l'analyse des transferts de charges des organismes tiers vers les médecins libéraux, avait été réalisée à la demande de l'Union Régionale des Médecins Libéraux Rhône-Alpes (URML-RA). Cette étude avait permis d'objectiver et de quantifier l'importance des différentes tâches administratives assurées par les libéraux, généralistes et spécialistes. Les résultats ont permis de décrire les différentes opérations incombant à l'exercice libéral notamment celles, plus particulièrement, considérées comme des transferts de charges par des organismes tiers (Etat, assurance maladie, voire patients, etc..) avec ou sans système de compensation (FSE, gestion des tiers payants, dossiers lourds, etc.).

Suite à ce premier état des lieux, l'URML Rhône-Alpes a souhaité conduire une autre étude pour évaluer l'impact sur l'activité médicale et administrative des médecins généralistes de la mise en place du dispositif du médecin traitant, constituant un des éléments centraux de la réforme de l'Assurance maladie du 13 août 2004. En effet, le cadre institutionnel, formalisé par les lois relatives à la réforme de l'Assurance Maladie et de la politique de santé publique, dans lequel s'inscrivent les conditions d'exercice et les pratiques des médecins généralistes, a beaucoup évolué. Les missions dévolues au médecin traitant, lequel est perçu comme le pivot du système de soins de proximité, sont au nombre de six :

- Assurer le premier niveau de soins ;
- Orienter le patient dans le parcours de soins coordonnés ;
- Assurer les soins de prévention ;
- Contribuer à la protocolisation des soins de longue durée ;
- Favoriser la coordination par la synthèse des informations et leur intégration dans le Dossier Médical Partagé ;
- Informer le patient pour assurer la permanence d'accès aux soins.

Objectifs

Les objectifs de l'enquête de perception et l'étude d'observation sont de connaître l'impact de la mise en place de la réforme du médecin traitant pour les médecins généralistes :

- Recenser les différentes tâches dévolues au médecin traitant : orientation des patients, coordination des soins, actes de prévention, protocolisation des soins de longue durée, coordination et synthèse des informations, etc.
- Analyser la fréquence avec laquelle les praticiens assurent ces différentes tâches pour les patients.
- Mesurer la charge de travail représentée par ces tâches et les effets d'amplification en lien avec le dispositif du médecin traitant.
- Analyser la manière dont les médecins généralistes perçoivent le rôle de "médecin traitant" et son impact sur leur activité médicale et administrative.

Méthode

Le processus méthodologique de l'enquête de perception sur le rôle du médecin traitant et de l'étude d'observation afférente sur les diverses activités des généralistes pour la région Rhône-Alpes était le suivant :

- **Rencontre du groupe de travail constitué par l'URML Rhône-Alpes** le 2 mars 2010 pour affiner la méthodologie et mettre au point les supports d'enquête.
- **Elaboration des supports d'enquête et validation par l'URML Rhône-Alpes.**
- **Constitution d'un échantillon représentatif de 750 médecins généralistes** (selon le département et la taille des communes d'installation) à partir de la base de données de l'URML-RA.
- **Premier envoi du questionnaire visant à collecter l'opinion sur le rôle du médecin traitant et les transferts de charges en découlant auprès de 750 généralistes.** Cette enquête, réalisée en mars 2010, a porté plus particulièrement sur l'opinion et le vécu des généralistes sur les différentes missions dévolues au médecin traitant, l'impact de ce dispositif sur leur pratique tant du point de vue des améliorations que des difficultés rencontrées. Le questionnaire a été adressé avec un courrier de l'URML Rhône-Alpes, une enveloppe pré-affranchie pour un retour direct vers le CAREPS et accompagné d'un coupon réponse dans le cadre d'un appel à volontariat pour l'étude d'observation sur les activités des généralistes programmée dans un deuxième temps.
Le taux de participation à l'enquête de perception a été estimé à environ 30% (sans relance), soit au final 225 médecins participants escomptés.
- **Recueil des questionnaires de perception** que les médecins généralistes ont adressés au CAREPS **et des coupons réponses pour la participation à l'étude d'observation.**
- **Constitution du fichier des médecins volontaires** pour participer à une étude spécifique sur l'activité du médecin traitant et les transferts de charges consécutifs, à partir des coupons réponses réceptionnés. 85 médecins ont donné leur accord. Une indemnisation de 3 C a été prévue pour la participation à la semaine d'enquête (directement versée par l'URML-RA).
- **Envoi du matériel d'enquête aux médecins volontaires sous forme d'un cahier de notification** comportant :
 - ✓ Le protocole de l'étude,
 - ✓ Des fiches à compléter pour tous les patients reçus durant 2 jours, avec un nombre très limité de questions,
 - ✓ Une fiche synthétique sur l'activité de chaque médecin généraliste pour une semaine donnée, à renseigner.

- **Deuxième envoi du questionnaire pour l'enquête de perception auprès de 240 médecins en avril 2010**, pour pallier à l'insuffisance du nombre de médecins répondants suite à la première vague d'envoi. De fait, ce sont au total 990 médecins qui ont été sollicités ; 236 médecins ont été répondants au final.
- **Retour des cahiers de notification par les médecins volontaires en fin d'enquête au CAREPS d'avril à juillet 2010.**
- **Organisation d'une relance par téléphone et par messagerie électronique auprès des médecins volontaires qui n'ont pas retourné leur cahier de notification.** L'URML-RA a également effectué une relance par messagerie électronique. Au total, ce sont 56 médecins qui ont participé à cette étude spécifique. Il est à souligner la présence probable de biais de sélection (comme dans toute enquête basée sur le volontariat) et d'un certain biais d'observation (classique dans les études de ce type là).
- **Saisie des données en interne au CAREPS.**
- **Traitement avec le logiciel SPSS et analyse des résultats de l'enquête de perception et de l'étude d'observation basée sur le volontariat.**

L'interprétation des résultats est faite sur la base du calcul des tests statistiques usuels au seuil de significativité de 5% :

- χ^2 de Pearson pour les comparaisons de pourcentages (correction de Yates et test exact de Fischer en cas de petits effectifs dans les tableaux 2x2), analyse de variances, test t de Student pour les comparaisons de moyennes (test non paramétrique U de Mann Whitney pour les petits effectifs ou lorsque les conditions d'application ne sont pas valides).

Résultats



Résultats de l'enquête de perception sur le rôle du médecin traitant auprès d'un échantillon de médecins généralistes de la région Rhône-Alpes

1. Représentativité et caractéristiques de l'échantillon de médecins répondants

A- Echantillonnage

Ce sont 990 médecins généralistes libéraux de la région Rhône-Alpes sur les 5583 recensés (soit, 18% de l'ensemble) qui ont été sollicités pour répondre à l'enquête de perception sur le rôle du médecin traitant. L'échantillon a été construit à partir d'un tirage au sort systématique (sans remise). Il tient compte de la distribution géographique (département, commune) des cabinets médicaux pour permettre une bonne représentativité des médecins à solliciter.

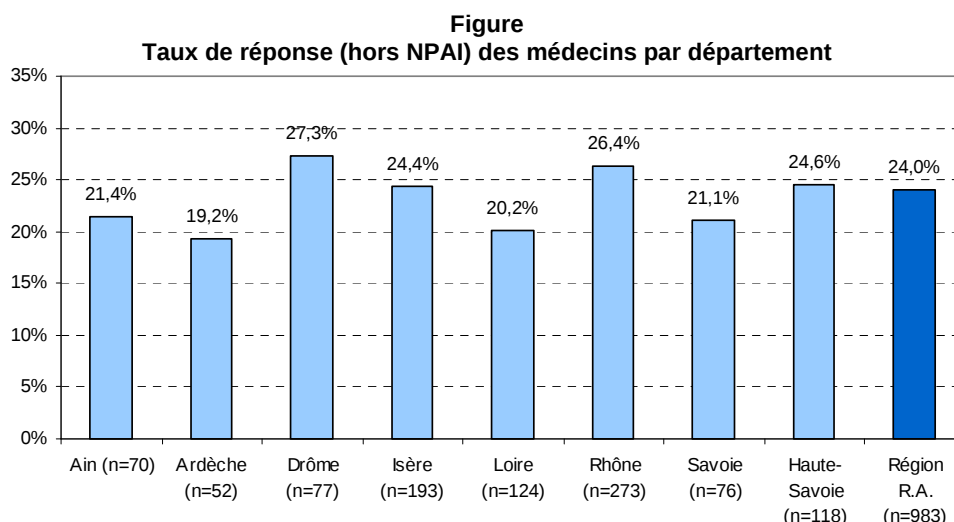
Tableau Sollicitation des médecins					
	Médecins généralistes libéraux				Taux de sollicitation
	Base URML		Echantillon sollicité		
	n	%	n	%	
Ain	391	7,0	70	7,1	17,9%
Ardèche	290	5,2	52	5,3	17,9%
Drôme	434	7,8	77	7,8	17,7%
Isère	1097	19,6	194	19,6	17,7%
Loire	708	12,7	125	12,6	17,7%
Rhône	1557	27,9	275	27,8	17,7%
Savoie	428	7,7	76	7,7	17,8%
Haute-Savoie	678	12,1	121	12,2	17,8%
Région Rhône-Alpes	5583	100,0	990	100,0	17,7%

On n'observe pas de différence significative entre les médecins répondants à l'enquête et ceux inclus dans la base de données de l'URML Rhône-Alpes. Par ailleurs, le test statistique ne met pas en exergue de différence concernant le taux de réponse par département.

B- Taux de réponse

Un premier envoi postal auprès de 750 médecins généralistes a été réalisé le 16 mars 2010, lequel a été suivi d'un autre le 19 avril auprès de 240 médecins. Aucune relance postale auprès des 2 groupes n'a été réalisée. Au total, 236 questionnaires ont été retournés au CAREPS, soit un taux de réponse global de 24% après envoi des deux vagues de questionnaires et déduction de sept questionnaires retournés « NPAI » (« n'habite pas à l'adresse indiquée »). Un meilleur taux de réponse est relevé pour la 2^{ème} vague (30,3% contre 22,0% au cours de la 1^{ère} vague). Il était escompté initialement 225 médecins répondants.

Les taux de réponse ont été sensiblement différents selon les départements. Les meilleurs taux de réponse obtenus sont ceux des départements de la Drôme (27,3%) et du Rhône (26,4%). Les taux de réponse observés qui se situent en deçà du taux global obtenu concernent les départements de l'Ain (21,4%), de la Savoie (21,1%), de la Loire (20,2%) et de l'Ardèche (19,2%). Les autres taux de réponse de l'Isère (24,4%) et de la Haute Savoie (24,6%) se situent autour du taux global pour l'ensemble des médecins.

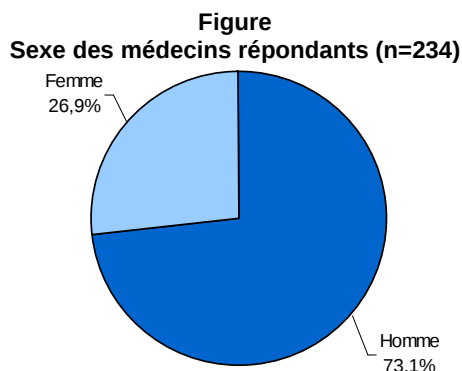


C- Caractéristiques des médecins répondants

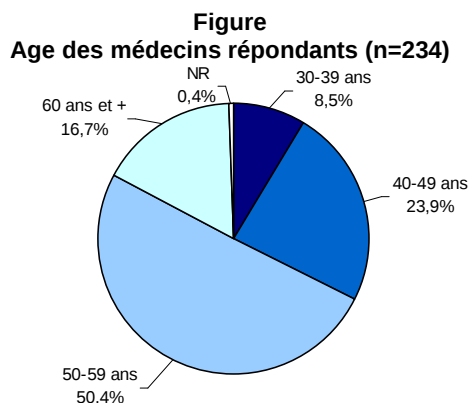
Il est à noter que deux questionnaires parmi les 236 collectés n'ont pu être exploités dans l'analyse.

Les caractéristiques des médecins participants à l'enquête sont analysées à partir du sexe, de l'âge, du lieu d'exercice, de l'ancienneté de l'installation en cabinet, du type d'installation, du mode d'exercice et du département d'exercice.

Il apparaît que les médecins répondants sont pour les trois quarts des hommes (73,1%) ; les femmes ne représentant approximativement que le quart (26,9%).

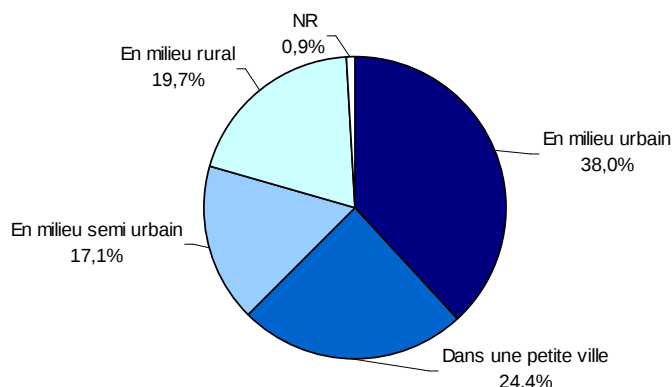


La moitié des généralistes sont âgés de 50 à 59 ans (50,4%) ; près du quart ont entre 40 et 49 ans. Les autres tranches d'âge les moins représentées sont les âges extrêmes de la profession : les médecins de 60 ans et plus (16,7%) et les plus jeunes médecins âgés de 30 à 39 ans (8,5%).



Une part assez importante de médecins est installée en milieu urbain (38%) ; moins souvent leur lieu d'exercice se situe dans une petite ville (24,4%), en milieu rural (19,7%) ou encore en milieu semi urbain (17,1%).

Figure
Lieu d'exercice des médecins répondants (n=234)

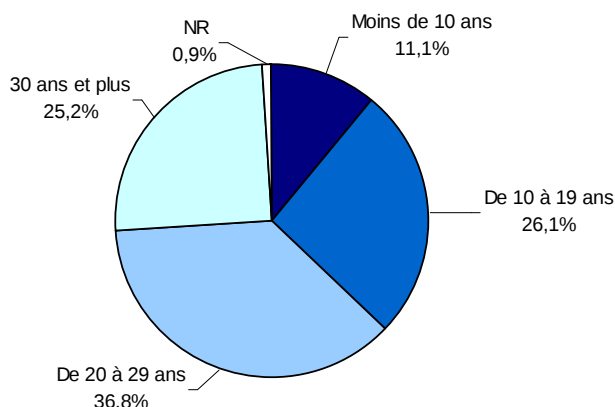


Plus du tiers des médecins sont installés en cabinet depuis assez longtemps : 36,8% entre 20 et 29 ans, 26,1% entre 10 et 19 ans et 25,2% depuis 30 ans voire davantage. L'ancienneté moyenne d'installation est de 22 ans, avec un minimum de 2 ans d'installation et un maximum de 39 ans.

Une différence significative concernant l'ancienneté de l'installation des médecins, d'après le test statistique du Chi Deux de Pearson, est relevée en fonction du sexe. Les femmes qui ont jusqu'à 19 ans d'ancienneté sont proportionnellement plus nombreuses (61,9%) que les hommes (28,0%). A l'inverse, les hommes se situant en milieu et fin de carrière sont proportionnellement plus nombreux (71,3%) que les femmes (36,5%). Ce constat traduit une forme de féminisation de la profession parmi les jeunes médecins.

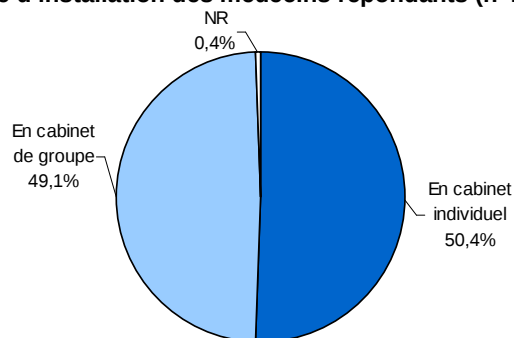
De manière logique, on remarque une corrélation entre l'ancienneté d'installation et les tranches d'âge des médecins.

Figure
Ancienneté de l'installation des médecins répondants (n=234)



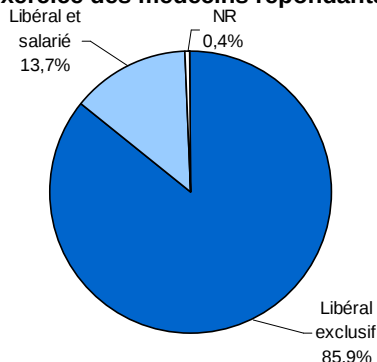
On observe que les médecins participant à l'enquête se répartissent de manière quasi égale entre ceux qui exercent en cabinet seul (50,4%) et ceux pratiquant en cabinet de groupe (49,1%). Proportionnellement, les femmes sont plus nombreuses à s'installer en cabinet de groupe (61,9%) que les hommes (44,4%). Par ailleurs, les plus jeunes (médecins âgés de 30 à 39 ans) privilégient l'exercice en cabinet de groupe (75%), y compris ceux âgés entre 40 et 49 ans (62,5%). Par contre, les médecins les plus âgés exercent majoritairement en cabinet individuel : c'est le cas de la tranche d'âge de 50-59 ans (54,2%) et celle de 60 ans et plus (71,8%).

Figure
Type d'installation des médecins répondants (n=234)



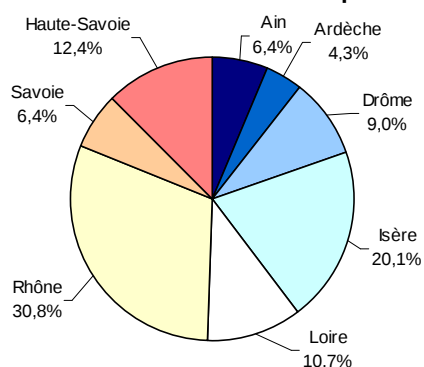
La très grande majorité des médecins exerce leur activité selon le mode libéral de manière exclusive (85,9%) ; ils sont peu nombreux à cumuler une activité libérale et salariée (13,7%). Les femmes médecins sont proportionnellement plus nombreuses à pratiquer la seule activité libérale (93,7%), comparativement aux hommes (83,0%).

Figure
Mode d'exercice des médecins répondants (n=234)



La répartition des lieux d'exercice des médecins répondants dans les huit départements rhônalpins est la suivante : principalement dans les départements du Rhône (30,8%) et de l'Isère (20,1%), moins souvent dans les départements de la Haute Savoie (12,4%), de la Loire (10,7%), de la Drôme (9,0%), de la Savoie (6,4%), de l'Ain (6,4%) et de l'Ardèche (4,3%).

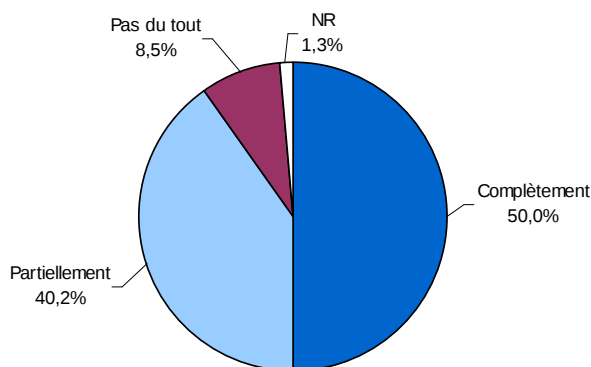
Figure
Département d'exercice des médecins répondants (n=234)



2. Niveau d'informations sur les missions du médecin traitant

La moitié des médecins interrogés (50%) par le biais de cette enquête indiquent qu'ils s'estiment complètement informés sur les différentes missions du médecin traitant. 42,0% des généralistes ne le sont que partiellement et 8,5% pas du tout.

Figure
Niveau d'informations dont disposent les médecins sur les différentes missions du médecin traitant : (n=234)

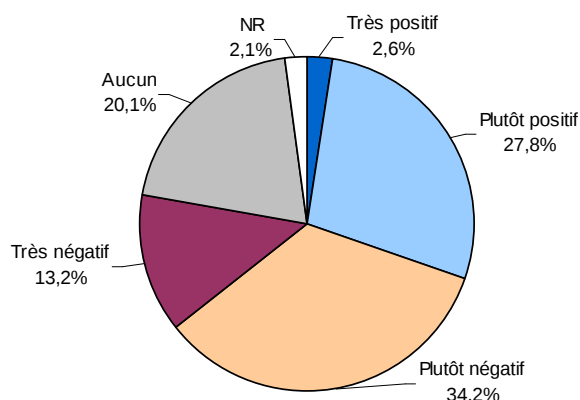


On constate une différence significative selon le sexe puisque les hommes sont proportionnellement plus nombreux à avoir une information complète sur les missions du médecin traitant (54,4%) que les femmes (38,1%).

3. Avis général sur l'impact de la mise en place du dispositif du médecin traitant sur la pratique

Les médecins font part de leur avis sur l'impact de la mise en place de la mesure du médecin traitant sur leur pratique et ils sont 47,4% à le considérer comme négatif (34,2% le perçoivent comme plutôt négatif et 13,2%, de manière très négative). 30,6% des médecins ont des avis positifs à ce sujet (pour 27,8% d'entre eux, ils sont plutôt positifs et pour 2,6% très positifs). Il est à souligner que 20,1% des médecins n'ont pas donné leur opinion sur cette question.

Figure
Avis sur l'impact de la mise en place du dispositif de médecin traitant sur la pratique (n=234)



Opinion sur le rôle de médecin traitant

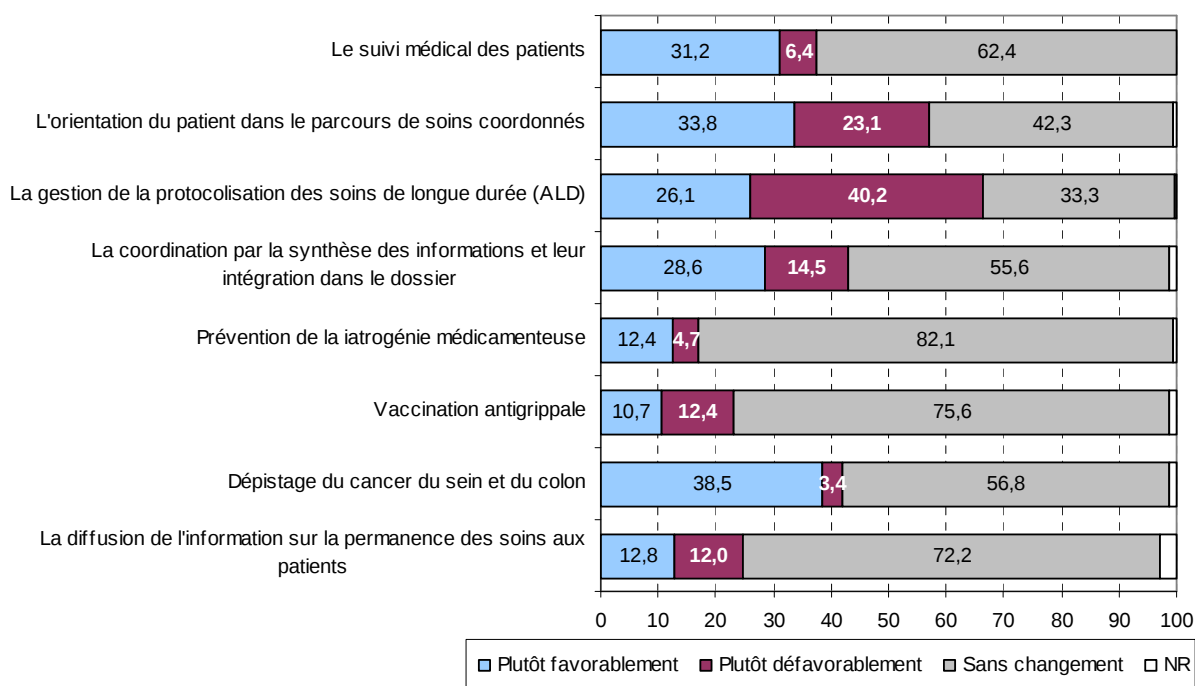
Suite à la mise en place du dispositif « médecin traitant » en 2005, les médecins généralistes étaient invités à se prononcer sur l'impact de cette mesure sur leurs pratiques professionnelles de manière détaillée.

Les médecins généralistes qui ont répondu à l'enquête ont massivement indiqué que le dispositif du médecin traitant n'avait globalement pas fait évoluer leurs pratiques au quotidien.

Cependant, on observe que certains généralistes considèrent qu'il a eu un effet positif, plus particulièrement pour : le dépistage du cancer du sein et du colon (38,5% des médecins percevant cet impact comme plutôt favorable), l'orientation du patient dans le parcours de soins coordonnés (33,8%), le suivi médical des patients (31,2%), la coordination par la synthèse des informations et leur intégration dans le dossier (28,6%).

Par contre, 40,2% des médecins invoquent un impact négatif du dispositif du médecin traitant concernant la gestion de la protocolisation des soins de longue durée (ALD). Par ailleurs, ils sont 23,1% à formuler le même avis pour l'orientation du patient dans le parcours de soins coordonnés.

Figure
Evolution des pratiques professionnelles depuis la mise en place du dispositif médecin traitant en 2005 (n=234)



NB : Il est à noter que les valeurs des non réponses, inférieures à 5%, n'ont pas été indiquées dans le graphique suivant.

On n'observe pas de différence significative selon l'âge, le sexe et le lieu d'exercice.

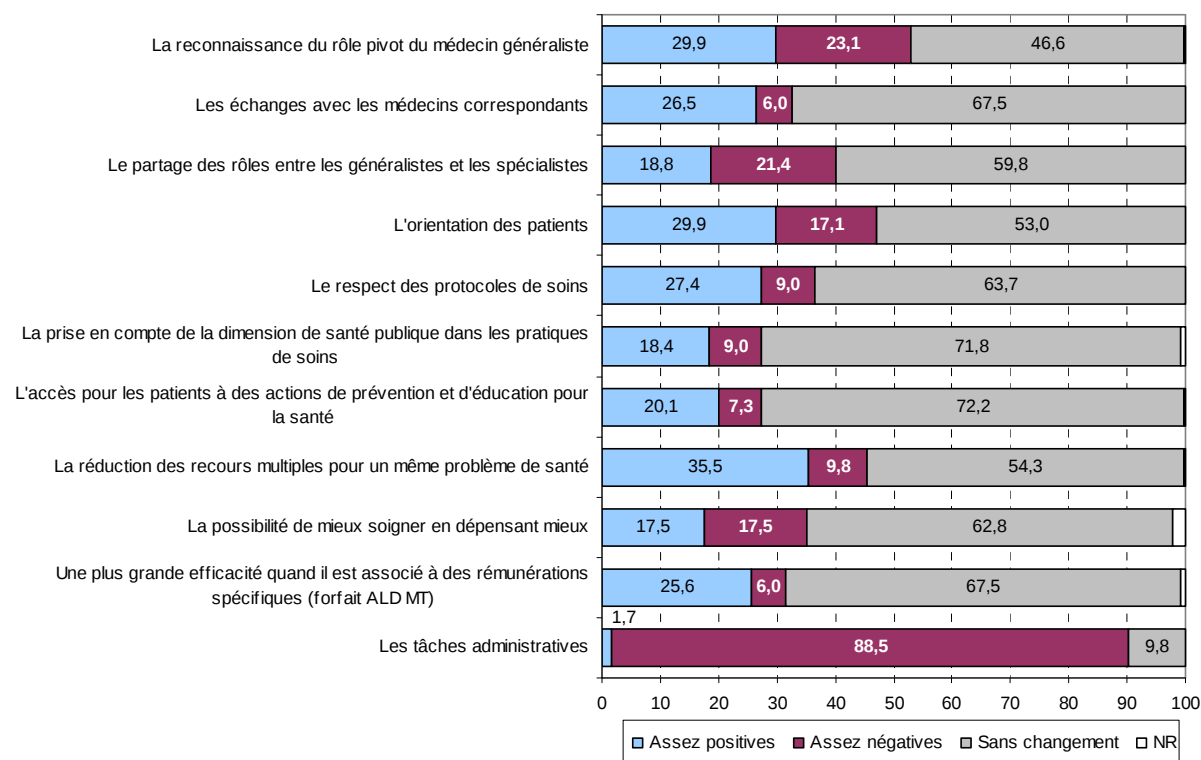
4. Evolution de l'activité professionnelle en lien avec la mise en place du dispositif du médecin traitant

Dans l'analyse de l'évolution de l'activité professionnelle découlant du dispositif du médecin traitant, les données relatives aux non réponses n'ont pas été intégrées dans la figure ci-dessous car elles ont une valeur particulièrement faible.

La plus grande partie des médecins font part de l'absence de réels changements concernant leur activité professionnelle, excepté pour les tâches administratives dont la lourdeur grandissante semble peser assez fortement sur l'activité des médecins ; ils sont 88,5% à le mentionner.

Les évolutions positives perçues par les généralistes concernent par ordre d'importance : la réduction des recours multiples pour un même problème de santé (35,5%), la reconnaissance du rôle pivot du médecin généraliste (29,9%), l'orientation du patient (29,9%), le respect des protocoles de soins (27,4%), les échanges avec les médecins correspondants (26,5%) et une plus grande efficacité quand il existe des rémunérations spécifiques (à l'instar du forfait ALD) (25,6%).

Figure 15
Evolutions constatées dans l'activité professionnelle des médecins suite à la mise en place du dispositif du médecin traitant (n=234)



La seule différence significative repérée est celle ayant trait à l'orientation des patients selon l'âge des praticiens. En effet, les jeunes médecins perçoivent de manière plus négative l'évolution de l'orientation des patients (25,0% pour les 30-39 ans et 26,8% pour les 40-49 ans) comparativement aux médecins plus âgés (13,6% pour les 50-59 ans et 10,3% pour les 60 et plus).

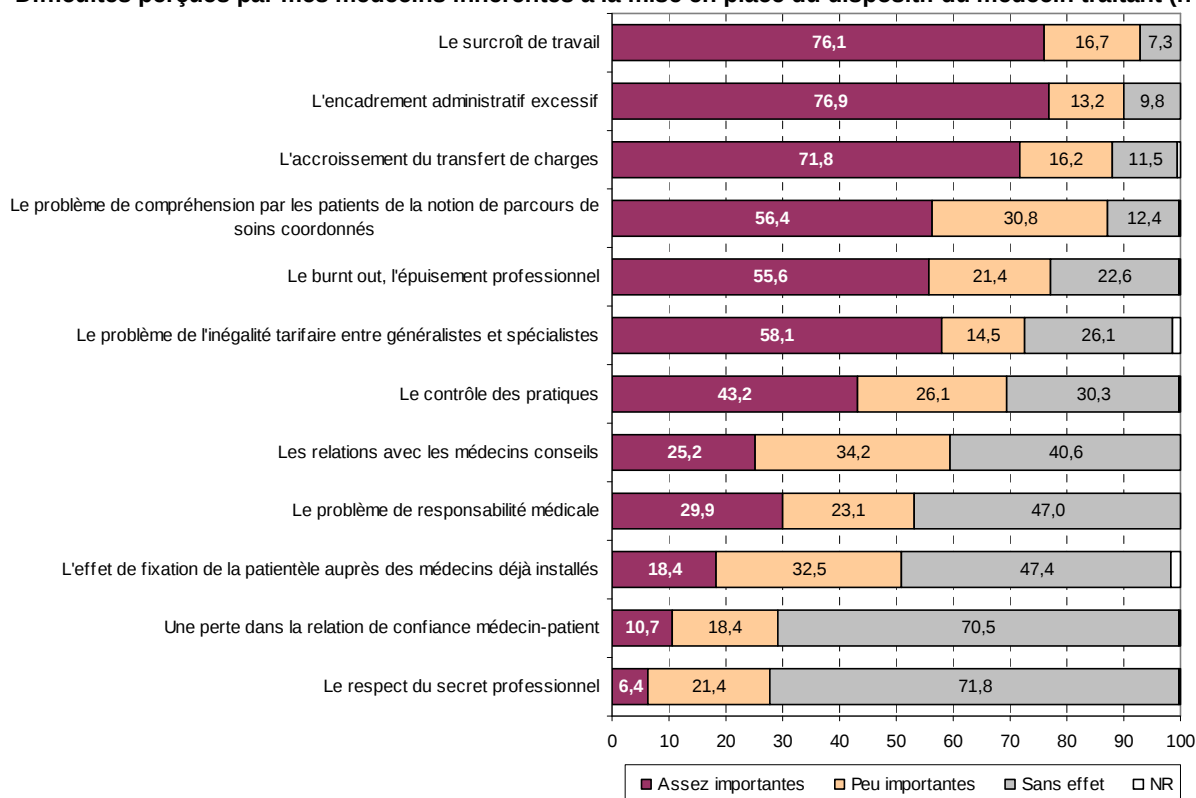
5. Difficultés relatives à la mise en place du dispositif du médecin traitant

Particulièrement nombreux ont été les médecins à faire part d'importantes difficultés dans le cadre de leur activité professionnelle en lien avec la mise en place de la mesure relative au médecin traitant. Les problèmes les plus prégnants sont proportionnellement les suivants :

- Le surcroît de travail (92,8% des médecins ont rencontré des difficultés importantes à ce sujet),
- L'encadrement administratif jugé excessif (90,1%),
- L'accroissement du transfert des charges (88,0%),
- Le problème de compréhension par les patients de la notion de parcours de soins coordonnés (87,2%),
- Le burn-out ou l'épuisement professionnel (77,0%),
- Le problème de l'inégalité tarifaire entre les médecins généralistes et spécialistes (72,6%),
- Le contrôle des pratiques (69,3%),
- Les relations avec les médecins conseils (59,4%),
- Le problème de la responsabilité médicale (53,0%),
- L'effet de fixation de la patientèle auprès des médecins installés (50,9%).

Par contre, l'absence d'effet est observée concernant la perte de relation de confiance médecin-patient puisque 70,5% des médecins l'ont mentionné en tant que tel. C'est aussi le cas du respect du secret professionnel pour 71,8% des généralistes répondants.

Figure
Difficultés perçues par mes médecins inhérentes à la mise en place du dispositif du médecin traitant (n=234)



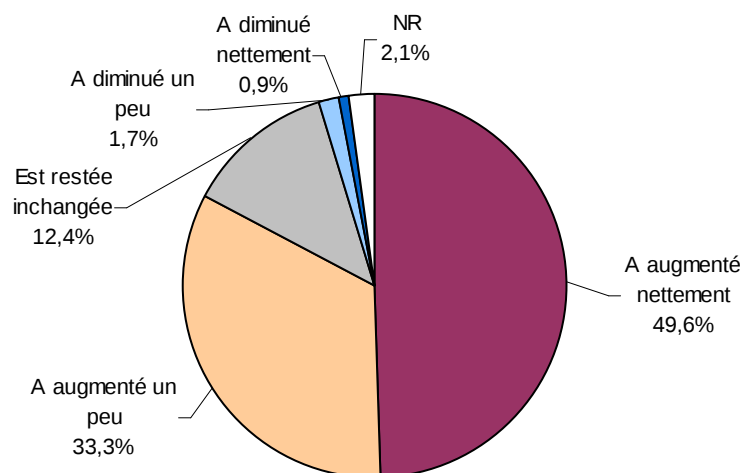
Parmi l'ensemble des difficultés pointées, c'est pour l'encadrement administratif qualifié d'excessif qu'il existe une différence significative selon le sexe des médecins. Les femmes médecins sont proportionnellement plus nombreuses à qualifier d'assez important cet encadrement administratif (88,9%) que les hommes (72,5%).

6. Niveau de la charge de travail relative à la mise en place du dispositif du médecin traitant

Il apparaît que la charge de travail des médecins a augmenté de manière consécutive à la mise en place du dispositif du médecin : 82,9% des médecins répondants l'indiquent. Elle aurait nettement augmentée pour 49,6% des médecins et un peu augmentée pour 33,3% des médecins.

Rares sont les généralistes à faire part d'une baisse de leur charge de travail depuis 2005 (2,6%). Pour 12,4% des médecins, la charge de travail est demeurée inchangée.

Figure
Niveau de la charge de travail relative à la mise en place du dispositif du médecin traitant (n=234)



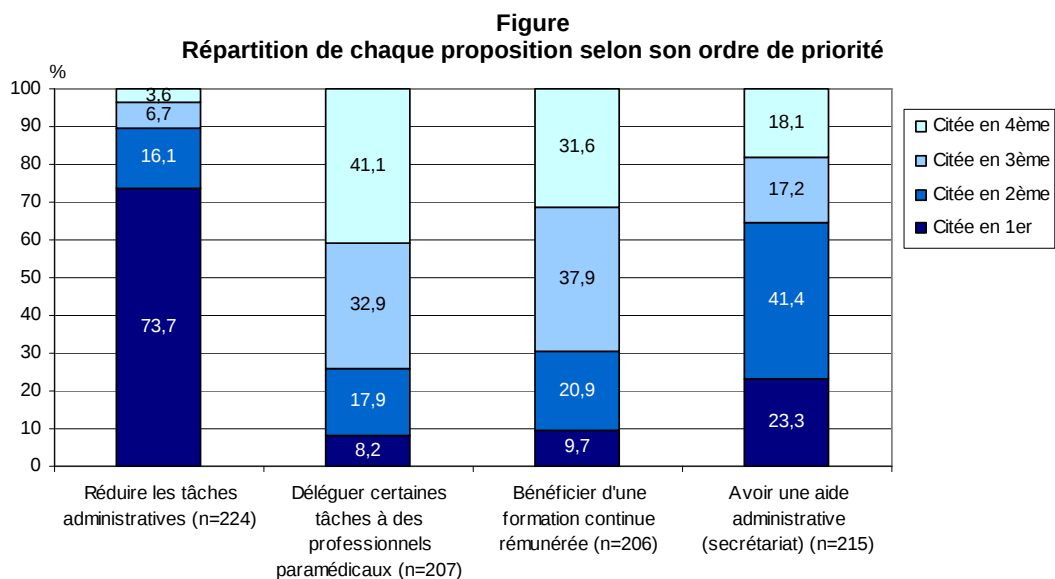
7. Propositions pour améliorer les conditions d'exercice et les pratiques des médecins généralistes

194 médecins (soit 82,9%) ont respecté la consigne de remplissage de la variable et ont classé 4 propositions d'amélioration des conditions d'exercice et des pratiques de 1 à 4. Il a été choisi de conserver l'ensemble de l'information qui a été renseigné, même si dans certains cas les médecins n'ont pas su départager ou n'ont pas cité certaines propositions. De ce fait, le taux de réponse de chacune des propositions varie de 88,0% à 95,7%. Plusieurs propositions ont pu être citées à la même position, ce qui rend l'effectif d'une position supérieure au nombre de répondants.

Après le bilan des différents impacts du dispositif du médecin traitant sur l'activité et la pratique des généralistes, il leur a été demandé de se prononcer sur ce qu'il serait souhaitable de mettre en place afin que les conditions d'exercice et les pratiques s'améliorent. Des propositions ont été formulées dans l'enquête ; les médecins répondants devaient les prioriser.

L'analyse des propositions met en exergue que "réduire les tâches administratives" a été le plus souvent citée au rang n°1 des priorités (par 73,7% des médecins), "avoir une aide administrative (secrétariat)" au rang n°2 (par 41,4% des médecins), "bénéficier d'une formation continue rémunérée" au rang n°3 (par 37,9% des

médecins) et, enfin, "déléguer certaines tâches à des professionnels paramédicaux" au rang n°4 (par 41,1% des médecins).



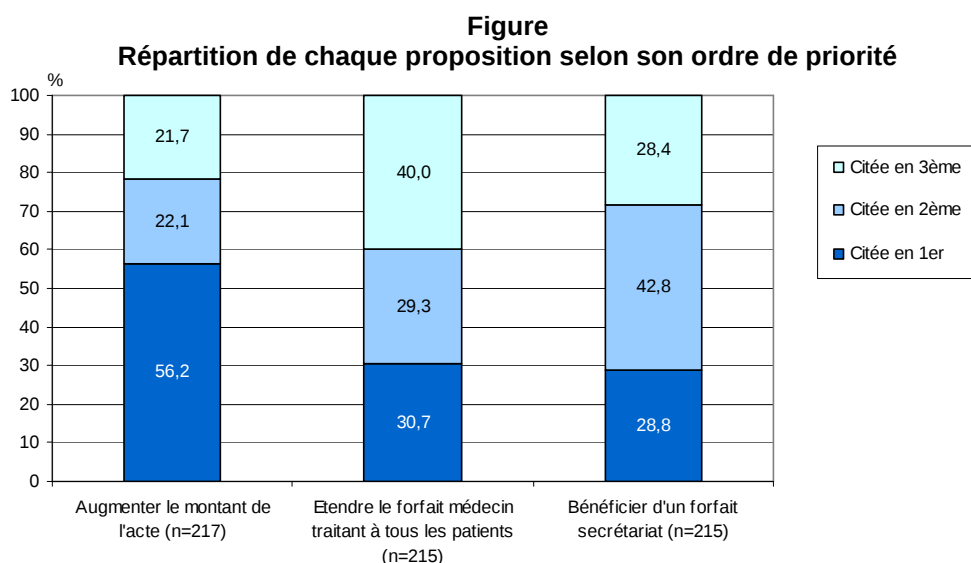
8. Propositions de modes de rémunération les plus appropriés pour améliorer les conditions d'exercice des médecins

193 médecins (soit, 82,5% des répondants) ont respecté la consigne de remplissage de la variable (classement des 3 propositions, de la plus intéressante à la moins intéressante de 1 à 3). Comme pour la question précédente, il a été choisi de conserver toute l'information qui a été renseignée, même si certains médecins n'ont pas su départager ou n'ont pas mentionné certaines propositions.

Ainsi, le taux de réponse de chacune des propositions oscille entre 91,9% à 92,7%. Plusieurs propositions ont pu être citées à la même position, ce qui rend l'effectif d'une position supérieure au nombre de répondants.

Les propositions des modes de rémunération les plus appropriés pour améliorer les conditions d'exercice sont présentées et analysées.

L'étude des propositions de trois modalités de rémunération envisageables met en évidence que le choix d'augmenter le montant de l'acte a été cité en premier (par 56,2% des médecins), la solution de bénéficier d'un forfait secrétariat au rang n°2 (par 42,8% des médecins) et la proposition d'étendre le forfait du médecin traitant à tous les patients au rang n°3 (par 40% des médecins).



9. Commentaires sur l'impact du dispositif du médecin traitant sur les conditions d'exercice et les pratiques des médecins et souhaits

Tous les commentaires formulés par les médecins généralistes lors de cette enquête sont présentés ci-dessous. Ils ont été classés selon que les impacts perçus apparaissent comme plutôt positifs ou plutôt négatifs. Les souhaits sont par ailleurs distingués.

A- Impacts positifs perçus du dispositif du médecin traitant

- **Repositionnement jugé intéressant du médecin généraliste, mais avec des moyens adéquats pour que les missions soient assurées pleinement**
 - « A permis de mieux cadrer la médecine générale. Permet d'octroyer à chaque médecin (MG ou spé.) plus précisément ses missions. Permet d'avoir un docteur de référence ».
 - « J'étais plutôt contre au départ car moins intéressant que le dispositif médecin référent. La généralisation du dispositif MT permet de replacer le MG en rôle pivot mais il faut les moyens de forfaitiser l'accroissement de travail et valoriser l'accompagnement, le suivi et la prévention ».
- **Amélioration sensible de l'information, de la compréhension et de la responsabilisation du patient**
 - « Responsabilise un peu plus le patient ».
 - « Des droits, des devoirs pour le médecin mais aussi pour le patient à mieux informer et à faire appliquer après adhésion ».
 - « Qui m'a permis de faire comprendre aux patients dont je ne suis pas le médecin traitant que je ne traitais que les pathologies ponctuelles aiguës et que le médecin traitant devait gérer le problème chronique ALD -> éducation des patients ».
 - « Cela ne change rien dans notre pratique; par contre le travail en binôme - "patient-médecin"- est plus investi de la part du patient du fait du "contrat" car il a fait un "choix"!... ».
- **Limitation des recours abusifs aux médecins spécialistes et meilleure coordination interprofessionnelle**
 - « A permis de supprimer les suivis "spé" abusifs" ("revenez me voir dans 6 mois") ».
 - « L'idée du MT est très bonne car elle permet un bien meilleur suivi du patient et une nettement meilleure communication entre généralistes et spécialistes. Il n'en reste pas moins que cela augmente la durée des consultations (courriers...), nous rajoute du travail en dehors des consultations et nous n'avons plus de forfait médecin traitant, nous n'avons aucunement été augmentés quand les spécialistes comptent 2C pour chaque patient adressé ».
 - « Un seul impact : on est plus au "courant" des autres consultations pratiquées ».
- **Des recours plus appropriés à certains spécialistes**
 - « Aucun apport, sinon plus de consultations de dermato ».
 - « L'accès libre aux dermatologues serait mieux ».
 - « Etendre l'accès direct aux dermatologues, aux psychiatres quel que soit l'âge ».
 - « La dispersion des soins qui semble mieux contenue ».

▪ **Divers commentaires positifs**

- « Impact globalement positif et logique respectée. Mais charge de travail supplémentaire : administrative (y compris courrier à ranger...), explications données aux patients, justification... envers : demandes actes gratuits... ».

B- Impacts relatifs, voire négatifs perçus du dispositif du médecin traitant

▪ **Recrudescence des tâches administratives, une des principales causes de la surcharge de travail**

- « Net alourdissement de la charge administrative ».
- « Paperasserie encore augmentée ».
- « Augmentation dérapante des tâches administratives sur des formulaires désuets et inadaptés, répétitifs lorsque les patients changent de caisse ».
- « Beaucoup de paperasse en plus ».
- « Beaucoup de travail administratif, heureusement fait par la secrétaire (mais cela a un coût) ».
- « Depuis la mise en place du dispositif, le temps passé à la paperasserie et aux courriers s'est accru de manière exponentielle et est devenu difficilement supportable ».
- « Encore plus de paperasserie administrative ».
- « Inutile et coûteux en paperasserie ».
- « La surcharge administrative est importante ».
- « Le médecin traitant est devenu une auxiliaire administrative au regard des patients, des services hospitaliers, des spécialistes libéraux et des caisses. Environ 2 heures par jour de formalités administratives et de gestion des dossiers (courriers multiples) ».
- « Effets négatifs : surcharge de certificats et lettres pour les spécialistes pour des consultations demandées par les patients; surcharge des courriers des CPAM pour des arrêts dont les motifs sont déjà inscrits sur les imprimés et pour des protocoles de soins ALD accordés pour des durées trop courtes. Les patients de couches sociales aisées n'ont rien à faire des pénalités en cas de non respect du parcours de soins ».
- « Multiplication des lettres pour les spécialistes ».
- « La surcharge de travail est liée à : aux nombres de courriers nécessaires pour les patients souhaitant aller consulter un spécialiste, aux nombres de dossiers à remplir (COTOREP, ALD, assurances...), aux nombres de coups de téléphone des patients (une secrétaire temps complet nous y aide sans que cela grève notre budget de fonctionnement ».
- « Médecin traitant, je l'ai toujours été. Les contrôles et nécessités administratives, la paperasserie sont énervants ».
- « On passe beaucoup de temps à faire des lettres (dermato...) et à en recevoir (lecture, rangement, tri...). C'est aberrant de re-signer des déclarations de choix de médecin traitant lorsque les patients changent de caisse (changement de travail par exemple) : cela devrait suivre... ».
- « Paperasserie en plus, tentatives des professionnels de la sécu à nous apporter "la bonne parole", augmentation du coût et de la responsabilité et du perte de temps pour télétransmission ».
- « Plus de charges administratives mais pas plus de moyens pour le faire ».
- « Trop de travail administratif, trop de demande d'examen, de bon de transfert, de courrier pour parcours de soins... ».

- « Tâches administratives en augmentation. Certificats médicaux demandés en excès ».
 - « Aggravation des contraintes ».
 - « Cela n'a été que du travail en plus. De toute façon la mort de la médecine générale est programmée. Nous en revenions aux "offices de santé" de la fin du XIX e siècle!!! ».
 - « C'est lourd, très lourd! ».
 - « Chronophagie ».
- **Réduction des temps médicaux**
- « Augmentation des tâches administratives au dépend des tâches médicales ».
 - « Connerie administrative coûteuse (pour le généraliste puis le dermato, gynéco, ophtalmo) gaspilleuse du temps médical (faire des "lois pour...") sans aucun intérêt pour la santé des patients ».
 - « Le temps "médical" est réduit au profit de l'administratif NON REMUNERE ».
 - « Délégation de pratiquement toutes les tâches administratives au médecin traitant. Il serait souhaitable de recentrer le temps de consultation sur la relation, l'examen clinique plutôt que de remplir des papiers (souvent d'intérêt limité) ».
 - « Impact sur l'exercice : augmentation des tâches administratives au détriment du temps consacré à soigner les patients, malgré 40 euros donnés pour chaque ALD ».
- **Absence de simplification de certaines procédures**
- « M'a apporté rien du tout sur ma pratique auprès des patients : essentiellement charge administrative et papier. - Pourquoi obligation d'envoyer une feuille papier médecin traitant alors qu'on peut y passer avec la carte vitale ?? Merci pour la simplification ».
 - « La délégation de tâches devait également se faire vers une simplification ».
 - « Sauf avis contraire de l'assuré, le médecin traitant devrait être automatiquement reconduit quand l'assuré change de caisse ».
- **Surcharge de travail sans contre partie financière**
- « Aggravation du burn-out et une multitude de tâches et responsabilités sans aucune reconnaissance financière du travail, une diminution nette des revenus (disparition médecin référent, non paiement du remplissage des formulaires ALD) ».
 - « C'est le BURN-OUT, on travaille plus pour gagner moins. Les charges augmentent, les revenus baissent ».
- **Coordination jugée plus complexe entre médecins généralistes et spécialistes et des relations interprofessionnelles parfois compliquées**
- « Creuser le fossé entre généralistes et spécialistes. Entraîner des situations compliquées entre patient et médecin et entre confrères d'un même cabinet de groupe ».
 - « Certains spécialistes pourront se décharger sur le MG ».
 - « On devient les secrétaires des spécialistes : le MT vous prescrira votre AJ, l'IRM, les bons de transport...pour des prestations que nous n'avons pas décidé (si on refuse, le patient fait ping-pong entre les médecins...) ».

- « Fossé énorme qui se creuse avec les spécialistes qui ont peu de contraintes et la possibilité d'honoraires plus élevés, le plus souvent injustifiés ».
 - « Efficace pour diviser le monde médical (généralistes contre spécialistes) comme la création des syndicats de "plateau technique lourds" pour diviser les spécialistes entre cliniciens et techniciens ».
 - « Contraintes administratives supplémentaires qui ont bien dû soulager les spécialistes qui eux ont des honoraires plus élevés et des secrétaires... ».
 - « Les spécialistes profitent du système pour se décharger de ces problèmes sur nous... ».
 - « Excellent moyen d'augmenter les bénéfices des spécialistes ».
 - « Il serait souhaitable voire fortement souhaitable que certains spécialistes ne nous prennent pas pour des paillassons (structure devant les portes d'entrée que l'on utilise pour soustraire le caca sous les souliers) ».
 - « Dispositif "bancal" : pas une vraie filière au sens coordonnée ».
 - « On est devenu le régulateur et son secrétariat réuni. Le retour d'information de l'hôpital est toujours aussi lent. Impossibilité de coordonner les traitements des différents spécialistes ».
 - « Problèmes ++ administratifs avec certains spécialistes. En effet certains d'entre eux exigent de leur patient un courrier du médecin traitant avant chaque consultation, même s'ils connaissent déjà le patient. Certains patients prennent rendez-vous avec le spécialiste de leur choix puis viennent nous demander un courrier! Bref nous sommes devenus de véritables secrétaires! ».
 - « Plutôt négatif. Dans certains cas le médecin traitant est considéré comme l'orientateur vers le spécialiste lorsque le patient l'a décidé. Délégation de nombreuses tâches administratives au médecin traitant (lettre arrêt de travail, ALD, etc...). Certains spécialistes abusent et considèrent le médecin traitant comme leur "sous-fifre" et le traite comme un interne sans expérience (désagréable!) ».
 - « Serait en principe favorable sur le suivi, mais l'encadrement est trop laxiste. L'hôpital et de nombreux spécialistes ne jouent pas le jeu, cela nécessite un travail supplémentaire (appel téléphonique, pêche aux infos) pour tenir un dossier à jour ».
- Seul médecin sur la commune - milieu semi-rural. Aucun impact ressenti sauf la demande d'une lettre pour accès remboursé au médecin spécialiste.

▪ **Comportements complexes des patients, altération de la relation médecin-patient et sanctions des médecins**

- « Les patients viennent en consultation pour obtenir "la lettre" et pas un avis ».
- « Côté pervers inévitable : demandes des patients injustifiées de "bons de consultations spécialisées" juste pour être remboursés... ».
- « Le problème du médecin traitant ajoute des contraintes et peu d'avantages dont une augmentation des exigences du patient par rapport à la disponibilité ».
- « Pas de changement sur le comportement des patients (et le mien) m'ayant choisi. Cependant, ceux qui ne m'ont pas choisi, ont "déserté" mon cabinet (dont l'activité a certainement baissé en partie pour ce "problème") ».

- « Quand un CMU ne respecte pas le parcours de soins, 90% des cas, c'est nous qui sommes sanctionnés en étant rémunéré 12€ la consultation!! ».
 - « L'annulation du contrat pour les patients peut stigmatiser de manière négative la fin de la relation médecin-patient ».
 - « La relation de confiance médecin /patient pour la meilleure prise en charge ne dépend pas de la paperasserie ».
- **Non perception du véritable rôle pivot du médecin généraliste**
- « Le généraliste est devenu la "bonne à tout faire". Bientôt la retraite! OUF!!!! (Et bon courage pour les nouveaux installés!) ».
 - « Ce dispositif m'a fait perdre plus de 10% de ma clientèle qui n'a pas compris que je pouvais devenir médecin traitant en raison de mon MEP ».
 - « Etant MEP, impact négatif du dispositif. Nécessité de respecter davantage nos spécificités ».
 - « La facilité de changement de médecin traitant ; la multiplicité de cotation des actes lors de la consultation d'un patient (hors résidence; médecin remplacé...) ne valorisaient pas le choix de médecin traitant ».
 - « Mal compris par les patients et les spécialistes qui sont même pas au courant de ce que vit le généraliste (ils n'ont rien à faire, eux, que de la médecine (pas globale et bien rémunérée!) ».
 - « On nous a attribué une fonction (que les patients revendiquent) et que l'on exerçait auparavant à la demande sans rémunération correspondante. Quant à la reconnaissance (autre que pour le médecin qui fait les papiers) on attend encore ».
 - « Perte de patientèle par les MEP dont je suis, car des confrères, refusent les courriers de coordination. Non prise en compte des MEP ».
 - « Surcharge administrative et le médecin traitant devenu "pivot du système de santé" se voit aussi occuper la place de "bouche trou", chaque échelon du système démissionnant du travail "embêtant" à faire pour le donner au médecin traitant qui se voit ainsi pointé du doigt et accusé de tout dysfonctionnement observé. Pivot = CIBLE dans un système non contrôlé! J'aimerais SOIGNER et non être un secrétaire informaticien ».
- **Déficience concernant le parcours de soins et lourdeur de la gestion du protocole de l'ALD**
- « Grand flou sur le parcours de soins coordonnés : courrier pour le spécialiste quand ? Dans quelles circonstances ? Lesquels ? + Aberrations : le dentiste ne coordonne pas les soins quand il adresse un patient à un stomato pour avulsion dentaire -> il faudrait repasser par le généraliste!!! Pour être remboursé correctement ».
 - « Une façon déguisée pour moins rembourser les patients, une usine à gaz pour les patients. Des heures d'explication et de papiers pour le médecin qui doit aussi gérer le "parcours de soins financier" de nos patients afin que ces derniers ne se retrouvent pas en situation "hors parcours de soins" ».
 - « Protocole ALD fréquence de renouvellement trop élevée ».
 - « ALD : ne pas avoir à tout refaire à chaque changement de caisse (ex. CPAM -> MSA ou RSI); possibilité d'établir des ALD de façon plus rapide (protocoles à valider) ».
 - « Débilité des ALD à renouveler systématiquement tous les 5 ans ».
 - « Alléger les formalités administratives / ALD (périodicité) et ajout d'ALD nouvelles (refaire les protocoles) ».

- **Absence d'une réelle amélioration de la médecine préventive**
 - « Pas de véritable amélioration pour la médecine préventive ».
 - « Peu de temps pour la prévention ».
 - « Le travail de prévention n'est pas pris en compte comme il pouvait l'être avec l'option médecin référent. Nous faisons beaucoup de travail gratuit comme conseils téléphoniques, équilibrage des traitements entre consultants au téléphone (selon résultats TP-INR), de plus en plus de consultations lourdes et prolongées avec rémunération insuffisante ».

- **Epuisement professionnel du médecin généraliste**
 - « Burn-out journalier (ou presque) => incitation à temps partiel, voire changement de mode de pratique et disparition quasi complète des jeunes installés ».

- **Regret de l'ancien dispositif « médecin référent » jugé plus efficace**
 - « Dispositif incomplet, on reste "au milieu du gué". Nous regrettons l'option médecin référent! ».
 - « HONNEUR -> Le dispositif option "médecin référent" (centré sur le patient et le travail global du MG) était vraiment positif pour notre exercice. Il nous a aidé à l'informatisation - à la carte vitale - et financé en partie le secrétariat. Nous avons une bonne relation collective avec le CPAM. HONTE -> Le dispositif "médecin traitant" nous a retiré tous ces avantages et gardé que les contraintes. Je garde une grande COLERE contre ceux qui ont fait mourir l'option médecin référent et signé l'obligation médecin traitant qui ne profite qu'aux SPECIALISTES et individualise notre pratique dans le sens de la rentabilité financière (cf. CAPI) uniquement et non avec le patient comme centre du dispositif et le MG comme acteur de santé pivot ».
 - « Le dispositif "médecin traitant" est une régression par rapport au "médecin référent" notamment pour le tiers payant, l'accès aux soins et le parcours de soins ».
 - « Le dispositif du médecin traitant a consacré la médecine à deux vitesses et la notion d'un médecin spécialiste des tâches ingrates, mal rémunérées. Redonnons-nous le médecin référent ».
 - « Le dispositif du MT, qui a suppléé l'option MR (médecin référent) a installé le doute dans l'esprit de beaucoup de patients par le manque d'information et a réactivé les tensions entre MG et spé ».
 - « Le dispositif obligatoire de médecin traitant est venu remplacer le dispositif du médecin référent, qui lui avait fait ses preuves d'efficacité et a été bien mal défendu, que ce soit par l'URML ou par la caisse de SS ».
 - « Le système de "contrat référent" rémunéré était autrement plus incitatif et engageant que "cette mascarade médico-administrative" obligatoire et non opposable... mais plus économique à court terme pour les tutelles ».
 - « Arrêter d'être pris pour des larbins, avoir une rémunération descente en regard à nos années d'études, nos responsabilités et notre disponibilité ».
 - « Disparition médecin référent. Explosion tarifs des spé. Globalement effets négatifs et dévalorise la notion de parcours de soins, de médecin généraliste ».
 - « Médecin traitant est une régression nette par rapport à l'option médecin référent ».
 - « On avait le médecin référent rémunéré 45€ pour tous les patients signataires. On a maintenant le médecin traitant rémunéré 40€ seulement pour les ALD. Merci la CSMF !».

- **Absence de modifications des pratiques professionnelles**
 - « Dispositif médecin traitant : pas de modification dans ma pratique médicale, surcroît administratif ».
- **Modes de rémunération inadaptés**
 - « Ce n'est pas une question financière. Le problème est le vieillissement du corps médical : trop de travail, trop de patient, trop de charges administratives de tous ordres (certificats courriers...) et en plus trop de charges Urssaf... Donc même pas une récompense financière : travailler toujours plus pour gagner toujours moins!! Les solutions précitées sont inefficaces car ce que l'on va donner d'une main, l'état va le reprendre de l'autre main! ».
 - « Le paiement à l'acte est une énormité. Le problème n'est pas la revalorisation (problèmes de différence entre MG et spécialité) mais le manque de MG. (Commentaire sur le dispositif) On ne peut pas dire que le MG est le pivot du système de santé et ne pas lui donner les moyens de l'être. Nous ne pouvons plus faire correctement notre travail car trop de contraintes administratives et pas assez de temps à consacrer au patient. Le problème de la démographie médicale ne va pas arranger les choses ».
 - « Augmenter le nombre d'associés ! Commentaires : Tout ceci est du bla bla pour les généralistes ruraux!
 - « Il ne suffit pas d'être mieux rémunéré pour se sentir mieux ».
- **Divers commentaires globaux sur les impacts relatifs, voire négatifs**
 - « A chaque changement, à chaque nouveauté, c'est pire... ».
 - « Aucun commentaire, vivement la retraite ».
 - « Aucune utilité ».
 - « "Dispositif" inutilement contraignant avec des exceptions - privilèges discutables, sans les menus appropriés pour le rendre utile et contrôlable, comme par exemple l'existence d'un "formulaire d'adressage" ».
 - « Arrêt de la médecine libérale sans les intérêts ni vacances ni montant de salaire. Voire la diminution d'intérêt d'installation des jeunes médecins : pas fous ».
 - « C'est du vent! ».
 - « Dispositif inutile ».
 - « Désertification du monde médical libéral => Trop de boulot, administratif + agressivité du patient "impatient" et surinformé par Internet! ».
 - « Inutile, ne répond pas aux préoccupations quotidiennes. Sinon un surcroît de travail. Bureaucratie ».
 - « En plus de la perte de notre statut social et financier, nous voilà dorénavant les larbins des caisses... ».

"Beaucoup de bruits pour rien". Difficulté pour les règlements des patients en précarité à qui on ne demande que le ticket modérateur+++.

 - « M'a surtout permis de refuser les patients qui vont de l'un à l'autre ou les patients qui me quittent et veulent revenir! ».
 - « Ne pas "taxer" les patients d'un cabinet de groupe quand leur médecin est absent et qu'ils consultent un associé ».
 - « Peu de changement. On est un peu plus soumis à des tâches administratives et des pertes de temps, sans plus de reconnaissance. Tout ce qui était pénible pour les spécialistes nous retombe dessus ».
 - « Peu d'intérêt à ce dispositif ».
 - « Ras le bol de l'administration tatillonne et omniprésente ».

- « Quand on met au point une loi incitative, il faut mettre les moyens avec sinon elle ne va que dans le sens de celui qui la promotionne, pas dans le sens de celui qui l'utilise ».
- « Une catastrophe! ».
- « Un gadget administratif supplémentaire ».
- « Travailler moins et gagner plus. Le MG, c'est autre chose que la définition des syndicats exclusifs MG. MG = 1er recours essentiellement quelle médiocrité!!! ».
- « Une seule phrase, empruntée d'ailleurs à Jacques Chirac "ça a fait bouger l'une; sans faire bouger l'autre!" ».
- « Uniquement des tracasseries administratives, des explications à donner au patient, des demandes infinies de courriers. Nous avons dû embaucher une secrétaire en CDI. Pas un sou de plus alors que les spécialistes cotent 2C avec nos courriers. La qualité des soins n'est pas améliorée, le temps réel médical est réduit lors d'une consultation ».
- « Qu'ils arrêtent de se plaindre. PS : je ne suis pas communiste ni de gauche, simplement UMP et honnête vis-à-vis des plus démunis ».

C- Souhaits des médecins généralistes

- **Supprimer le dispositif « médecin traitant »**
 - « Il est urgent de supprimer ce dispositif !!! ».
 - « Suppression du dispositif entre médecin généraliste. Tout ceci s'inscrit dans une stratégie visant à faire disparaître l'exercice libéral en inscrivant et en noyant le médecin traitant dans une médecine à réseau où il ne sera qu'un figurant administratif ».
- **Proposer des modes de rémunération adaptés**
 - « Il faudrait arrêter la rémunération à l'acte. Quand on a fait des consultations de 25 à 30 min, on est moins rémunéré qu'un médecin qui voit 60 personnes par jour... ».
 - « Je souhaiterais ne plus être rémunérée à l'acte ».
 - « Il faut modifier le montant des actes : par exemple une consultation personne âgée dure 45 minutes, et n'est pas bien rémunérée, à côté d'une consultation pour une angine chez un enfant! ».
 - « Impact : nul car non financièrement accompagné d'une mesure forte. Souhait à court terme : augmenter le montant de l'acte à 35 € et/ou changer la nomenclature actuelle pour une nomenclature adaptée au type d'acte ou de consultation ou de pathologie ».
 - « Une reconnaissance financière pour pouvoir vivre de notre métier sans faire des horaires de forcenés sinon la médecine générale va disparaître. »
 - « Augmenter le prix de l'acte médical ou salaire de haut niveau. (Avec des points supplémentaires si formation continue validée, si évaluation et fonction de l'ancienneté de l'exercice) ».
 - « Absolument NUL, c'est du bidon! Le seul souhait, une rémunération permettant d'embaucher une secrétaire ».
 - « Besoin de déléguer les tâches médico-administratives ».
 - « Souhait : meilleure rémunération, en fonction du temps de la consultation. Par exemple : une personne âgée est plus longue à examiner. Plus d'aide pour le secrétariat, plus assistante sociale pour les personnes âgées ou dépendantes ou en difficulté ».
 - « Revalorisation des actes, rémunération spécifique médecin traitant (secrétariat administratif), simplification des charges administratives ».

- **Alléger la charge de travail administrative**
 - « *Alléger la charge administrative. Je suis médecin et non agent administratif (Sécu sociale, DDASS, services sociaux, COTOREP, etc.)* ».
 - « *Moins de pression administrative, plus de "liberté" avec les patients (dépassement honoraires du spécialiste trop lourds pour patients)* ».
- **Améliorer les compétences des médecins pour une prise en charge de meilleure qualité grâce à des formations et à l'évaluation des pratiques professionnelles**
 - « *FORMATION obligatoire, Evaluation des pratiques* ».
- **Mieux communiquer sur le dispositif « Médecin traitant » auprès de la population**
 - « *Il faudrait enfin expliquer clairement aux patients le dispositif, par ceux qui l'ont mis en place* ».
 - « *Informer correctement le patient sur le rôle du médecin traitant. Tordre le cou à l'équation MT= passage obligé pour consulter le "spécialiste" = frais supplémentaires* ».
 - « *Informer le public du rôle exact du MT / aux CS* ».
 - « *Je pense souhaitable une information grand public (type campagne antibiotiques) pour expliquer aux patients le rôle (le vrai, véritable!) du médecin traitant* ».
- **Mettre en place un outil informatique permettant une meilleure traçabilité du parcours du patient**
 - « *Dispositif mal respecté par les patients et les spécialistes (lettre à posteriori) car aucune réelle traçabilité. Besoin d'un support informatique* ».
 - « *Accélérer l'accès au DPP (ou équivalent). Manque les forfaits pour assurer les charges de travail supplémentaire* ».
- **Rendre possible la conciliation de la vie professionnelle et de la vie familiale**
 - « *Je ne veux plus de nouveaux patients. J'aimerais bien me "débarrasser" d'une dizaine de patients "chiants". Je voudrais avoir du temps pour moi et des vacances* ».
- **Améliorer les protocoles**
 - « *Meilleure collaboration avec les spécialistes (du nomadisme des patients). Il faut absolument améliorer les protocoles ALD (extrêmement chronophage!)* ».
- **Développer les bilans de santé et la prévention**
 - « *Peut être mieux utilisé. Une consultation annuelle dédiée à un bilan général et prévention, au moins à partir de 80 ans (en remplacement des pseudos bilan sécu par exemple)* ».
- **Divers souhaits**
 - « *Il faut supprimer les D.A.M. qui nous font perdre du temps cela pour des économies à la sécurité sociale. Les médecins conseils doivent respecter notre diagnostic - arrêter de critiquer nos arrêts de travail et la durée* ».
 - « *Mesure inappropriée pour 9 patients / 10 ; Agir directement à la source (patients abusifs, traçabilité par leurs actes répétés)* ».
 - « *Une compréhension plus grande des caisses qui nous prennent pour leurs larbins alors qu'il y a des foules d'employés dans les caisses qui ne "foutent" rien!* ».

Résultats de l'enquête d'observation sur l'activité des médecins généralistes à partir de l'analyse des consultations

1. Représentativité et caractéristiques de l'échantillon de médecins volontaires

A- Taux de participation

750 médecins généralistes libéraux de la région Rhône-Alpes (soit, 13% de l'ensemble) ont été sollicités pour une première enquête de perception sur le rôle du médecin traitant.

Lors de cette enquête, les médecins ont été sollicités pour participer à une étude d'observation se déroulant en deux phases : 1/ une collecte de données sur les consultations des patients vus pendant deux jours, 2/ une synthèse de l'activité hebdomadaire de chaque médecin volontaire.

Au total, ce sont 85 accords de participation qui ont été retournés au CAREPS (soit 11,4% des sollicités) par l'intermédiaire du coupon réponse. Un cahier de notification a été adressé à chaque médecin lui permettant de renseigner les consultations pendant les deux journées et également ses différentes activités pendant une semaine donnée.

Seuls 56 médecins (soit 7,5%) ont réellement participé à cette enquête d'observation. Plusieurs relances téléphoniques et par messagerie électronique ont été réalisées par le CAREPS et une par l'URML Rhône-Alpes afin de récupérer les cahiers de notification. Parmi les 85 médecins volontaires ayant donné leur accord par écrit, trois généralistes ont exprimé clairement leur refus de participer à l'enquête pour motif de non disponibilité ; pour les autres les raisons ne sont pas connues. Il avait été escompté initialement que 150 médecins seraient volontaires pour cette étude spécifique basée sur l'observation.

Tableau
Nombre de médecins recrutés pour l'étude d'observation

	Médecins sollicités*	Médecins ayant donné leur accord		Médecins ayant effectivement participé	
		n	%	n	%
Ain	53	6	11,3	6	11,3
Ardèche	39	2	5,1	2	5,1
Drôme	58	11	19,0	7	12,1
Isère	147	20	13,6	11	7,5
Loire	93	10	10,8	6	6,5
Rhône	208	18	8,7	14	6,7
Savoie	58	6	10,3	2	3,4
Haute-Savoie	89	12	13,5	8	9,0
Région Rhône-Alpes	745	85	11,4	56	7,5

*Hors NPAI (N'habite pas à l'adresse indiquée)

B- Analyse des fiches « patients »

Le protocole de l'étude prévoyait de remplir au cours de deux journées sur une semaine de travail des fiches patients pour l'ensemble des personnes vues en consultation ou en visite. Un seul médecin n'a pas suivi ce protocole, il a en effet réalisé son étude au cours d'une seule journée ce qui porte à 111 le nombre total de journées décrites par les 56 médecins participants.

La semaine de référence indiquée dans le protocole correspondait à la semaine du 19 au 25 avril 2010. Ce sont 66 journées d'observations (soit 59% de l'ensemble des

journées) qui ont été réalisées au cours de cette semaine de référence. Les autres journées d'observation se sont déroulées au mois d'avril (outre la semaine de référence précitée), de mai et de juin 2010.

Parmi les 111 journées d'observation, la répartition sur les jours de la semaine a été la suivante : 31,5% un lundi, 27,9% un mardi, 14,4% un vendredi, 12,6% un mercredi, 8,1% un jeudi, 2,7% un samedi ; les non réponses étant de 2,7%.

Le nombre moyen de fiches patients collectées par médecin pendant les deux journées d'observation est de 20, le minimum étant à 10 et le maximum à 47. Cela représente un total de 2249 fiches patients qui ont été renseignées pour 111 journées d'observation.

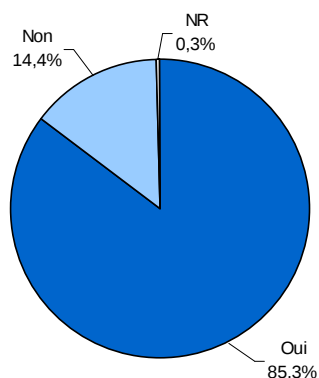
Tableau
Nombre total de fiches patients complétées au cours des 2 journées d'observations
(n=111 journées)

		Journée d'observation		
		J1	J2	J1 et J2
Fiche patients	Minimum par journée	10	10	10
	Maximum par journée	47	32	47
	Moyenne par journée	21,4	19,1	20,3
	Médiane par journée	21,0	18,0	20,0
	Nombre total de journée	56	55	111
	Nombre total de fiches	1199	1050	2249

2. Statut du médecin généraliste

85,3% des médecins volontaires étaient les médecins traitants des patients vus en consultation ou visite pendant les journées d'observation.

Figure
Vous êtes le médecin traitant ? (n=2249 fiches)

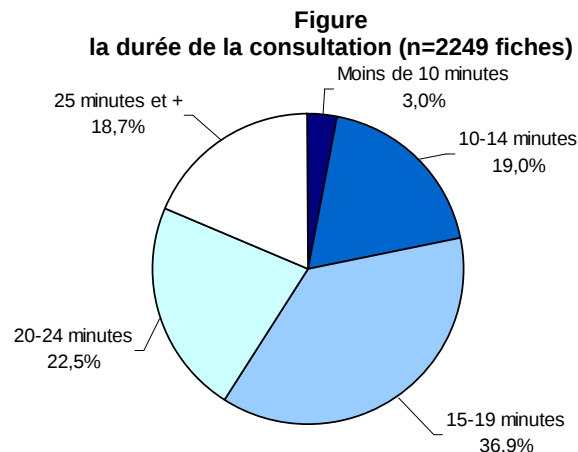


On observe une différence significative des éléments de réponse (à l'exclusion des non réponses) en fonction de l'âge et du lieu d'exercice du médecin. Les médecins âgés de 60 ans et plus sont proportionnellement moins nombreux à être médecin traitant (76,5%) que les généralistes des autres tranches d'âge (80% pour les 30-39 ans, 87,6% pour les 40-49 ans, 88,7% pour les 50-59 ans). En milieu urbain et dans les petites villes, les généralistes non médecins traitants représentent respectivement 15,2% et 17,5% alors qu'ils sont 13,6% en milieu semi urbain et 10,7% en milieu rural.

3. Durée de la consultation

La durée de consultation effectuée par le médecin généraliste est en moyenne de 18 minutes, avec un maximum de 90 minutes et un minimum d'une minute.

On constate que 36,9% des consultations durent entre 15 et 19 minutes, 22,5% entre 20 et 24 minutes, 19,0% entre 10 et 14 minutes, 18,7% 25 minutes et plus et enfin, 3,0% moins de 10 minutes.



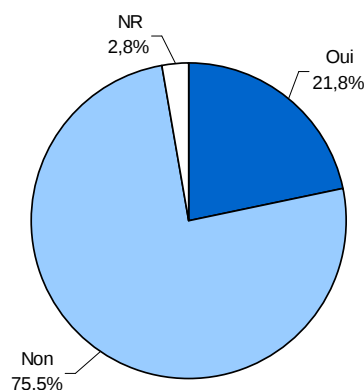
La comparaison de moyenne fait ressortir une différence significative de la durée de la consultation selon les variables d'influence :

- Le sexe : 21,1 minutes pour les femmes, 17,5 pour les hommes,
- L'âge : 16,7 minutes pour les 30-39 ans, 18,7 pour les 40-49 ans, 18,4 pour les 50-59 ans, 18,2 pour les 60 ans et plus,
- Le lieu d'exercice : 19,5 pour les médecins installés en milieu urbain, 20,2 pour ceux dans les petites villes, 18,3 pour ceux en milieu semi urbain et 15,3 minutes pour ceux en milieu rural,
- Le cabinet d'exercice : 18,5 minutes pour les médecins en cabinet individuel et 18,2 minutes pour ceux installés dans un cabinet de groupe,
- Le mode d'exercice : 18,5 minutes pour les médecins exerçant une activité libérale exclusive et 17,7 minutes pour ceux exerçant une double activité (libérale et salariée).

4. Orientation du patient dans le parcours de soins coordonnés

Il apparaît que 75,5% des patients n'ont pas été adressés au cours de la consultation dans le parcours de soins coordonnés ; 21,8% l'ont été effectivement.

Figure
Orientation du patient au cours de la consultation dans le parcours de soins coordonnés ? (n=2249 fiches)

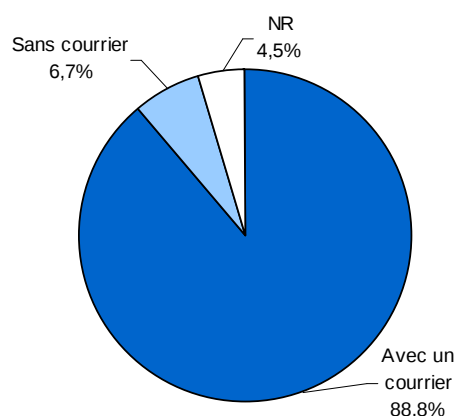


On constate des différences significatives concernant la part de l'orientation des patients effectuée dans le parcours de soins coordonnés (en prenant en compte les non réponses) en fonction de :

- l'âge du médecin : 21,5% pour les 30-39 ans, 23,6% pour les 40-49 ans, 19,6% pour les 50-59 ans, 19,8% pour les 60 ans et plus,
- du lieu d'exercice du généraliste : 24,7% des médecins installés en milieu urbain, 19,4% dans les petites villes, 21,5% en milieu semi urbain et 19,8% en milieu rural,
- du mode d'exercice du praticien : 19,9% pour les médecins exerçant en libéral de manière exclusive et 25,0% pour ceux ayant à la fois une activité libérale et une activité salariée.

Parmi les médecins qui ont adressé le patient au cours de la consultation dans le parcours de soins coordonnés, ils l'ont fait essentiellement par le biais d'un courrier (88,8%).

Figure
Modalités pour adresser un patient au cours de cette consultation dans le parcours de soins coordonnés (n=490 fiches)

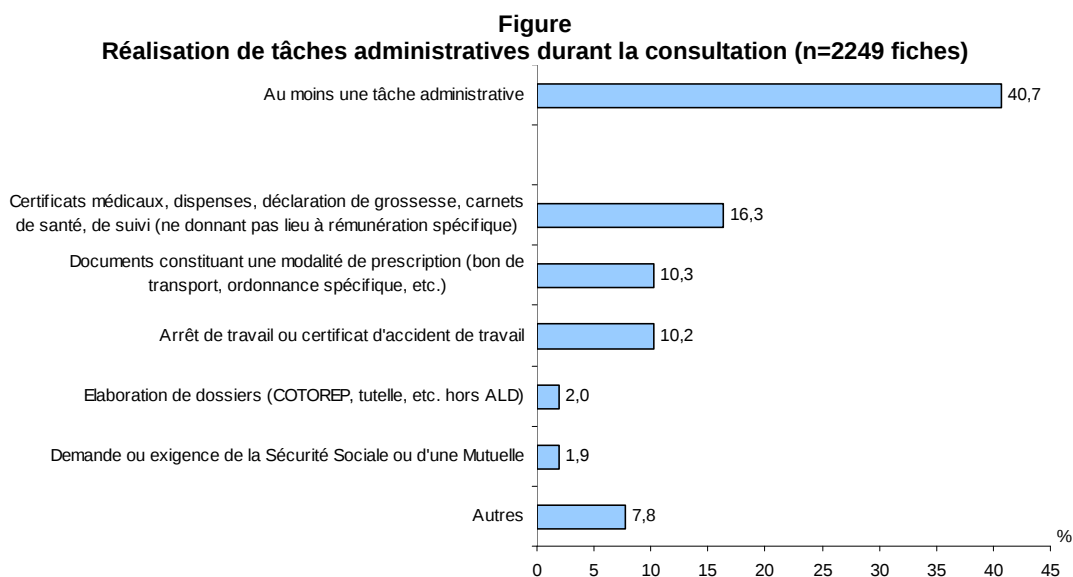


On ne note pas de différence significative selon le profil des médecins répondants.

5. Tâches administratives durant la consultation

On observe que pour 40,7% des consultations, les médecins ont réalisé au moins une tâche administrative. Les tâches administratives les plus fréquemment effectuées sont : les certificats médicaux, les dispenses, les déclarations de grossesse, les carnets de santé et les suivis qui ne donnent pas lieu à une rémunération spécifique (16,3%), les documents constituant une modalité de prescription (bon de transport, etc.) (10,3%) et les arrêts de travail ou certificat d'accident du travail (10,2%). Les tâches les moins fréquemment réalisées sont : l'élaboration de dossiers (2,0%) et les réponses aux demandes des organismes de protection sociale (1,9%). L'item « autres » (7,8%) concerne essentiellement les appels, les courriers, les feuilles de soins électroniques, la coordination avec d'autres professionnels de santé.

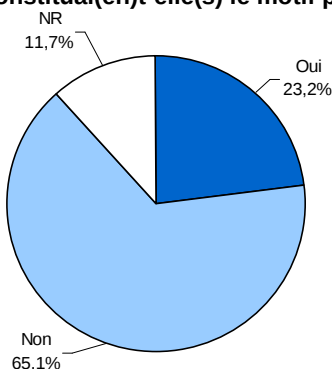
Types de tâches administratives réalisées



Tâches administratives comme motif de premier recours

Dans 65,1% des cas, la ou les tâche(s) administrative(s) effectuée(s) ne constituai(en)t pas le motif premier de la consultation ; pour 23,2% des situations, c'était le cas.

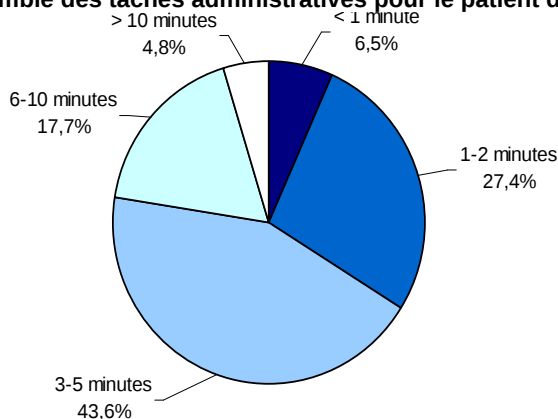
Figure
Cette(ces) tâche(s) administrative(s) constituai(en)t-elle(s) le motif premier de la consultation ? (n=915)



Durée de l'ensemble des tâches administratives pendant la consultation

La durée moyenne de l'ensemble des tâches administratives pour chaque patient durant la consultation est de 4,7 minutes, avec un maximum de 40,0 minutes et un minimum de moins d'1 minute. Pour 43,6% des consultations, la durée des tâches administratives est de 3 à 5 minutes ; 27,4% de 1 à 2 minutes, 17,7% de 6 à 10 minutes, 6,5% moins d'une minute et 4,8% plus de 10 minutes.

Figure
Durée approximative de l'ensemble des tâches administratives pour le patient durant la consultation (en minutes)

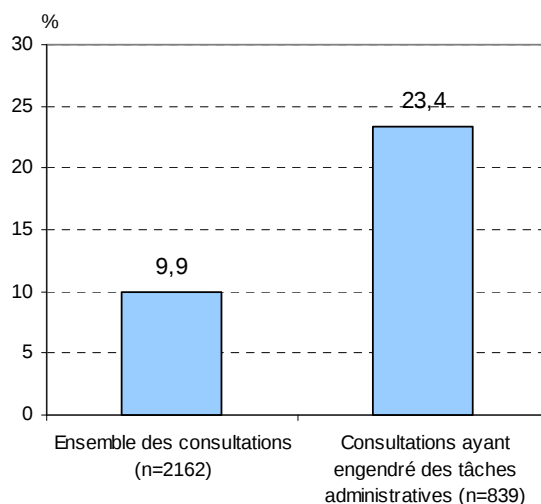


Part des tâches administratives durant la consultation

Globalement, la part du temps consacré aux tâches administratives dans la consultation est de 9,9% (pour l'ensemble des consultations). Elle est plus élevée et atteint 23,4% si on ne prend en compte que les consultations ayant engendré des tâches administratives.

Cette part varie selon certains items de croisement. Elle est plus importante pour les femmes médecins, les médecins âgés de 40 à 49 ans, ceux exerçant en milieu urbain et rural et ceux ayant une activité mixte libérale et salariée.

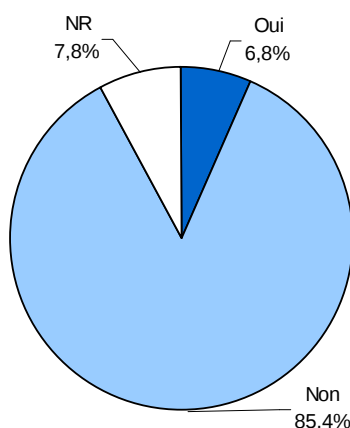
Figure
Part du temps consacré aux tâches administratives durant la consultation



6. Gestion du protocole de soins de l'ALD

La gestion du protocole de soins dans le cadre de l'ALD (pour son élaboration ou sa révision) est réalisée pour 6,8% des patients vus en consultation.

Figure
Avez-vous géré pour ce patient dans le cadre de son suivi habituel un protocole de soins dans le cadre de l'ALD (élaboration, révision) (n=2249 fiches)

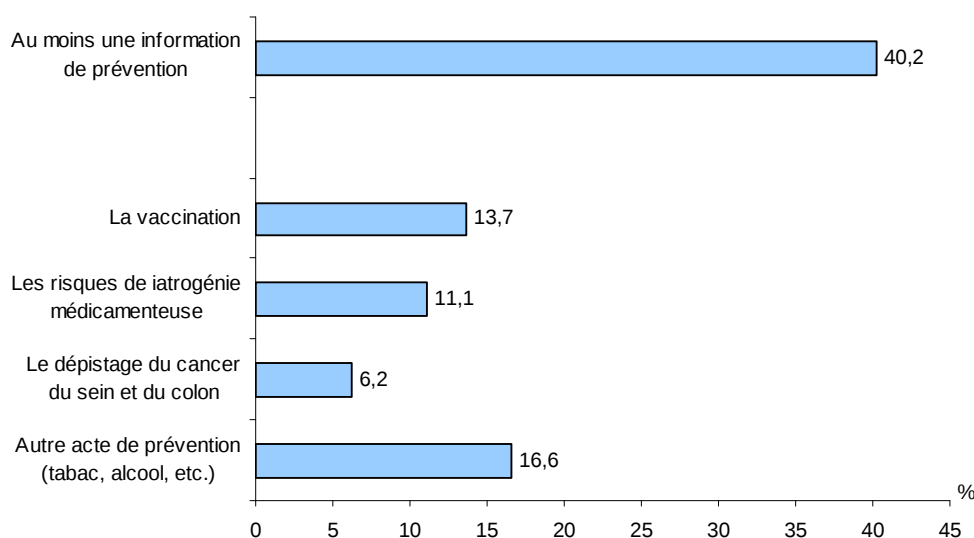


Cette proportion de la gestion des protocoles de soins diffère de manière significative selon le sexe, l'âge, le lieu, le cabinet et le mode d'exercice du médecin. Elle est la plus élevée pour les hommes médecins, les médecins âgés de 50 à 59 ans, ceux installés en milieu urbain, exerçant en cabinet de groupe et ayant une activité libérale exclusive.

7. Informations sur la prévention

Pour 40,2% des patients, au moins une information sur la prévention a été donnée dans le cadre de leur suivi habituel par le médecin généraliste. Il s'agit d'une information préventive relative au tabac, à l'alcool, aux troubles musculo-squelettiques, etc. (16,6%), à la vaccination (13,7%), aux risques de iatrogénie médicamenteuse (11,1%) et au dépistage du cancer du sein et du colon (6,2%). On note que dans 59,8% des cas, aucune information de prévention n'a été donnée.

Figure
Avez-vous fourni à ce patient dans le cadre de son suivi habituel des informations de prévention ?
(n=2249 fiches)



Parmi ces missions de prévention dévolues au médecin généraliste, on identifie des différences significatives selon certaines caractéristiques des médecins, sauf pour le dépistage du cancer du sein et du colon pour lequel aucune différence n'est constatée selon ces variables de croisement. La seule variable qui n'influe pas sur cette part des actes de prévention est le cabinet d'exercice du généraliste.

La part des informations diffusées aux patients sur la vaccination diffère selon l'âge du médecin (13,0% pour les 30-39 ans, 16,7% pour les 40-49 ans, 11,1% pour les 50-59 ans et 12,0% pour les 60 ans et plus). Celle concernant les risques de iatrogénie varie en fonction du sexe du généraliste (13,2% concernant les hommes et 13,3% pour les femmes), de l'âge (8,5% pour les 30-39 ans, 14,9% pour les 40-49 ans, 5,0% pour les 50-59 ans et 18,5% pour les 60 ans et plus), du lieu d'exercice (8,3% pour les médecins installés en milieu urbain, 9,6% dans une petite ville, 14,9% en milieu semi urbain et 9,3% en milieu rural) et du mode d'exercice (7,9% pour les médecins ayant uniquement une activité libérale et 15,1% pour ceux ayant une double activité : libérale et salariée). La part des autres actes de prévention oscille de manière significative selon le sexe du médecin (13,2% pour les hommes, 16,6% pour les femmes).

Résultats de l'étude de l'activité hebdomadaire des médecins généralistes

1. Participation et profil des médecins volontaires

Les médecins généralistes qui se sont portés volontaires pour participer à l'étude spécifique, (c'est-à-dire l'enquête d'observation à partir des consultations de patients pendant deux jours donnés et l'étude des activités hebdomadaires du médecin généraliste) sont au nombre de 56. Pour les données collectées dans cette étude, toutes les variables quantitatives sont traitées après exclusion des dossiers non renseignés.

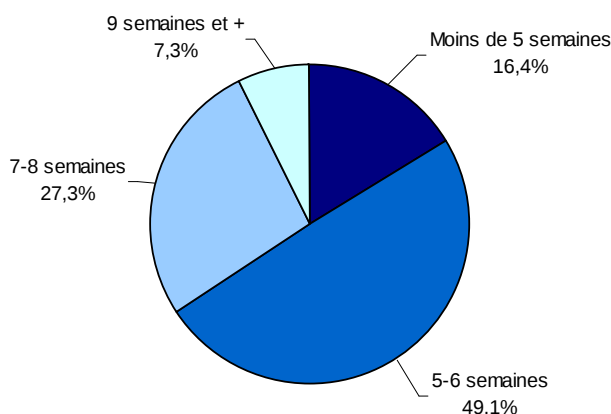
Parmi ces 56 médecins volontaires, 71,4% sont des hommes et 28,6% des femmes. La moitié des généralistes sont âgés de 50 à 59 ans, 19,6% de 40 à 49 ans, 19,6% de 60 ans et plus et 5,4% de 30 à 39 ans. 35,7% des généralistes exercent en milieu urbain, 23,2% dans une petite ville, 19,6% en milieu rural et 17,9% en milieu semi urbain. Plus de la moitié travaillent dans un cabinet de groupe (51,8%) et 42,9% exercent seul dans leur cabinet. Les deux tiers ont une activité libérale exclusive (67,9%) et les autres ont une activité mixte (libérale et salariée).

2. Activité et conditions d'exercice des médecins généralistes

Nombre annuel de semaines de congés

Le nombre moyen de congés annuels pris par les généralistes est de 6 semaines, avec un minimum de 2 et un maximum de 12 semaines. Près de la moitié des médecins (49,1%) ont pris entre 5 à 6 semaines de congés en 2009, 27,3% entre 7 et 8 semaines, 16,4% moins de 5 semaines et 7,3% 9 semaines voire plus.

Figure
Quel a été le nombre de semaines de congés prises pour l'année 2009 ?
- calcul réalisé sur 55 dossiers renseignés : 98% -



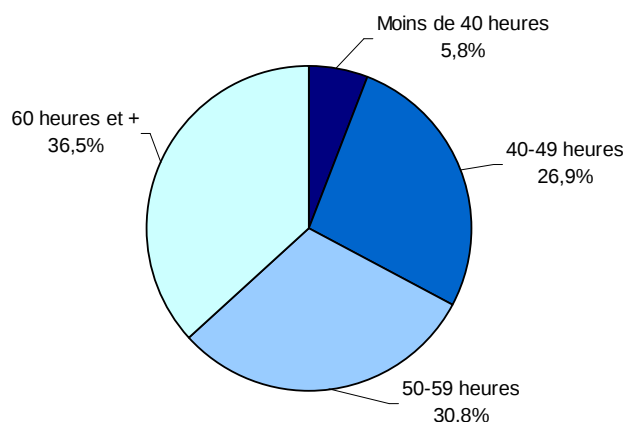
Temps de travail hebdomadaire global pour une semaine ordinaire

Le temps de travail hebdomadaire global (toutes activités confondues) pour une semaine ordinaire est en moyenne 53 heures et 6 minutes (avec un minimum de 30 heures et un maximum de 72 heures). 36,5% des médecins volontaires travaillent 60

heures et plus par semaine, 30,8% entre 50 et 59 heures, 26,9% entre 40 et 49 heures et 5,8% moins de 40 heures.

Figure
Quel est votre temps de travail global hebdomadaire en moyenne pour une semaine ordinaire (toutes activités confondues) ?

- calcul réalisé sur 52 dossiers renseignés : 93% -



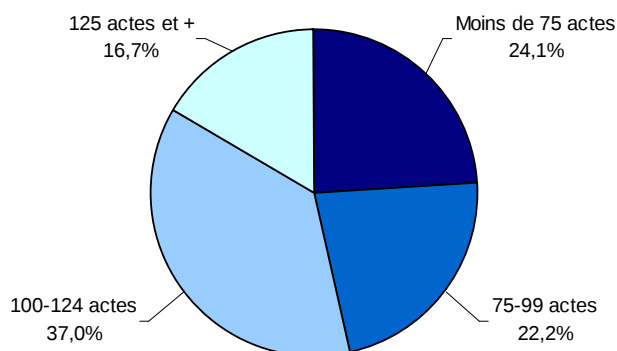
On constate une hétérogénéité des données en fonction du sexe et de l'âge ; toutefois elle ne peut être mise en exergue par le biais du test statistique car les effectifs sont trop faibles.

Nombre d'actes réalisés pour une semaine ordinaire, avec et sans rendez-vous

Les médecins réalisent habituellement en moyenne 101 actes (consultations et visites) par semaine (avec un minimum de 30 et un maximum de 200). 37,0% des généralistes effectuent entre 100 et 124 actes par semaine, 24,1% moins de 75 actes, 22,2% entre 75 et 99 actes, 16,7% 125 actes et plus.

Figure
Quel est le nombre moyen hebdomadaire d'actes (C + V) actuellement que vous réalisez pour une semaine ordinaire ?

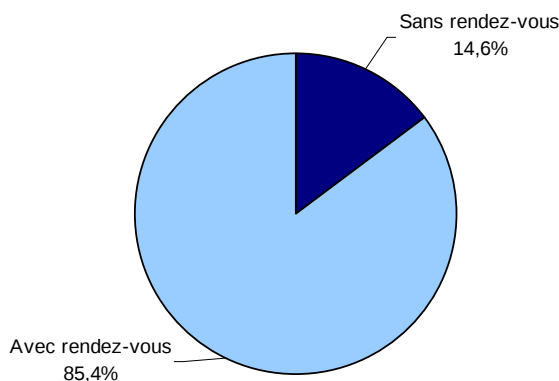
-calcul réalisé sur 54 dossiers renseignés : 96%-



Les femmes médecins réalisent en moyenne moins d'actes (79) que les hommes (109).

Parmi les actes réalisés (consultations et visites), 85,4% sont effectués avec un rendez-vous pris au préalable par le patient et 14,6% sans rendez-vous. On note que huit médecins (soit 14,3%) ne prennent aucun patient sans rendez-vous.

Figure
Le nombre hebdomadaire d'actes réalisés en cabinet avec ou sans rendez-vous ?
- calcul réalisé sur 56 dossiers renseignés : 100% -

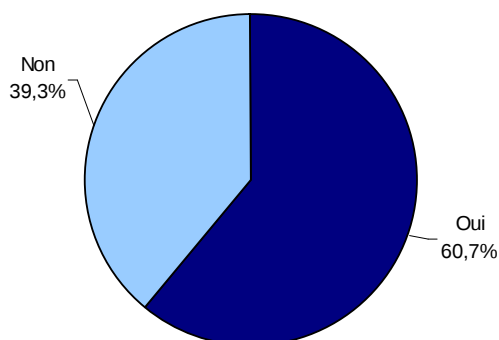


Des différences significatives concernant le nombre hebdomadaire moyen d'actes réalisés en cabinet avec ou sans rendez-vous sont relevées en fonction du sexe, de l'âge et du mode d'exercice. Ce sont les hommes généralistes qui sont proportionnellement les moins nombreux à organiser les consultations à partir de rendez-vous (82,1% en moyenne) en rapport aux femmes (93,4%). Les médecins de 50 ans et plus privilégient davantage les consultations avec rendez-vous (92,4%) comparativement aux médecins plus jeunes de moins de 50 ans (82,8%). Par ailleurs, les médecins qui ont une double activité (libérale et salariée) sont 92,4% à programmer des rendez-vous pour les consultations ; ceux exerçant uniquement en libéral sont 82,6%.

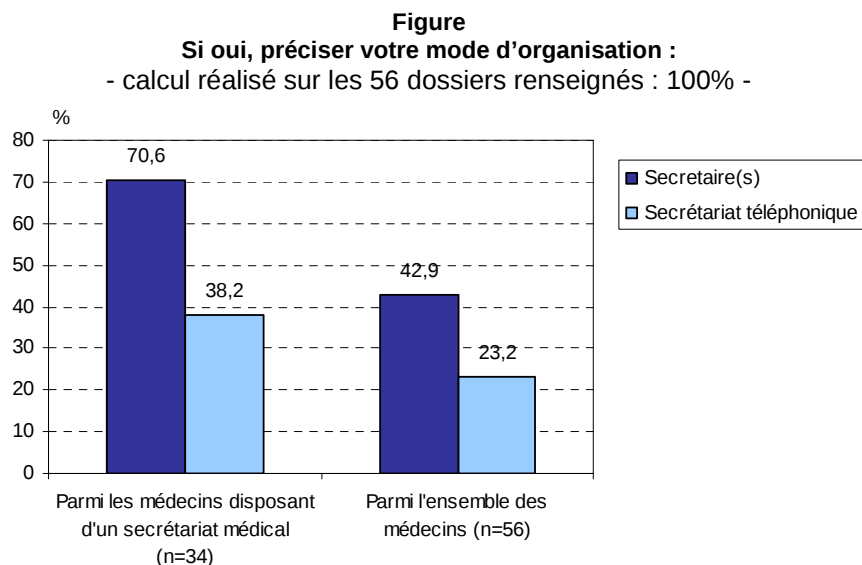
Organisation avec ou sans secrétariat médical

Sur les 56 médecins volontaires participant à cette étude, 60,7% disposent d'un secrétariat médical ; 39,3% n'en n'ont pas. Ce sont les médecins en cabinet de groupe qui sont les plus nombreux de manière proportionnelle et logique à disposer d'un secrétariat (72,4% contre 45,8% des médecins ayant un cabinet individuel).

Figure
Disposez-vous d'un secrétariat médical ?
-calcul réalisé sur 56 dossiers renseignés : 100%-



Parmi les 34 médecins ayant un secrétariat médical, ils sont 70,6% à disposer d'un accueil physique avec une voire plusieurs secrétaire(s) (représentant 42,9% de l'ensemble des médecins) et 38,2% à avoir mis en place un secrétariat téléphonique (correspondant à 23,2% de la totalité des 56 médecins).



Le nombre moyen d'heures de secrétariat par mois est équivalent à 97 heures et 12 minutes ; le maximum étant de 280 heures et le minimum de 6 heures. Il est différent selon le mode d'exercice du médecin ; il est plus important pour les médecins ayant une activité libérale exclusive (112 heures par mois) que pour ceux ayant une double activité (salariée et libérale) (48 minutes par mois).

Tableau
Si oui, indiquer le nombre d'heures de secrétariat par mois :
- calcul réalisé sur 31 dossiers renseignés : 91%-

		Total
Nombre d'heures de secrétariat par mois	Minimum	6
	Maximum	280
	Moyenne	97,2
	Médiane	80,0
	Somme	3012
	N valide.	31

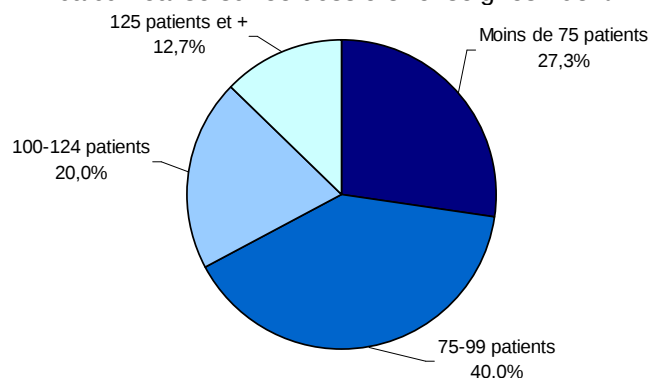
3. Répartition des différents temps des activités durant la semaine de référence

Nombre de patients vus pendant et en dehors de la consultation

Durant la semaine de référence, le nombre de patients vus en consultation et visites est en moyenne de 95 (pour un total de 5214 patients vus par l'ensemble des 56 médecins). Pour comparaison, on a relevé 101 actes en moyenne pour une semaine ordinaire. Une différence significative du nombre moyen de patients vus est observée selon le sexe : 102 pour les hommes et 76 pour les femmes (respectivement pour une semaine ordinaire : 109 et 79). Le nombre minimum de patients vus est de 43 et le maximum est de 205 pendant la semaine de référence.

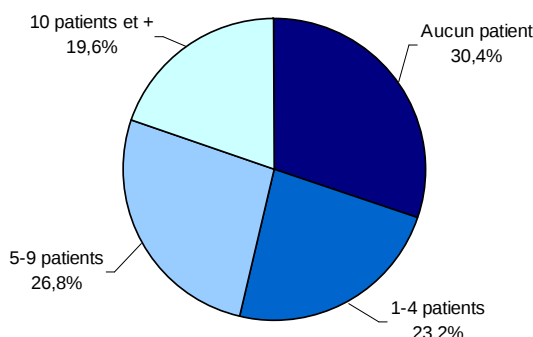
40,0% des médecins ont vu 75 à 99 patients pendant cette semaine de référence, 27,3% moins de 75 patients, 20,0% de 100 à 124 patients, 12,7% 125 patients et plus.

Figure
Nombre total de patients vus en consultation et/ou visite durant la semaine de référence
-calcul réalisé sur 55 dossiers renseignés : 98%-



Le nombre moyen de patients reçus en dehors des consultations durant la semaine de référence est de 5, avec un maximum de 22 et un minimum de 0. Au total, ce sont 275 patients qui ont été reçus en dehors de la consultation par les 56 médecins participant à l'étude. Des différences selon le lieu d'exercice et l'âge sont identifiées mais les résultats du test statistique risquent de ne pas être valides à cause de faibles effectifs.

Figure
Nombre total de patients reçus hors consultation durant la semaine de référence
-calcul réalisé sur 56 dossiers renseignés : 100%-



En ramenant le nombre de patients reçus hors consultation sur l'ensemble des patients vus et/ou reçus (réalisable pour 55 dossiers), on obtient une proportion moyenne de 5,0%, variant selon le sexe, l'âge, le lieu d'exercice, l'organisation du cabinet et le mode d'exercice du médecin.

Temps consacrés aux activités de la semaine de référence (lundi au vendredi)

Le temps de travail total des médecins généralistes se répartit selon différentes activités réalisées pendant la semaine de référence. Il est en moyenne de 49 heures et 22 minutes, avec une différence selon le sexe (42 heures et 18 minutes pour les femmes et 52 heures et 16 minutes pour les hommes) et l'âge (43 heures et 18 minutes pour les moins de 50 ans et 51 heures et 41 minutes pour les 50 ans et plus).

Les trois quarts du temps de travail hebdomadaire (76,1%) sont consacrés au contact des patients (hors déplacements, tâches administratives regroupées en fin de journée, pauses, repas, etc.), représentant 37 heures et 34 minutes. Une différence significative est observée selon le sexe du médecin, les femmes consacrent plus de temps à leurs patients (39 heures et 32 minutes) que les hommes (32 heures et 48 minutes).

Les autres temps d'activité concernent, par ordre d'importance :

- **les tâches administratives regroupées** (effectuées en dehors de la consultation) (6,4%, 3 heures et 9 minutes). Le temps consacré est différencié selon que le médecin dispose d'un secrétariat médical (2 heures et 36 minutes) ou non (4 heures et 1 minute).
- **les astreintes et les gardes** (6,3%, 3 heures et 5 minutes). Une hétérogénéité des valeurs est relevée selon le sexe [les hommes y consacrant un temps beaucoup plus important (4 heures et 12 minutes) que les femmes (23 minutes)] et l'âge (les médecins de moins de 50 ans y consacrent 56 minutes ; les 50 ans et plus 4 heures et une minute).
- **les conseils directs ou téléphoniques pour les patients**, n'ayant pas donné lieu à une consultation ou une visite (4,2%, 2 heures et 6 minutes),
- **les temps de déplacement**, s'agissant des visites, etc. (3,8%, 1 heure et 52 minutes),
- **les contacts des professionnels de santé correspondants dans le cadre du parcours de soins coordonnés** (1,8%, 52 minutes),
- **la régulation des urgences** (1,5%, 44 minutes). L'âge apparaît influencer sur le temps consacré à la régulation médicale ; les médecins de moins de 50 ans y consacrent en moyenne 2 minutes et les 50 ans et plus 1 heure et 3 minutes.

Tableau
Activité de la semaine de référence
-calcul réalisé sur 55 dossiers renseignés : 98%-

	Ensemble des 55 médecins	
	Temps	%
Temps de travail effectif passé au contact des patients (hors déplacements, tâches administratives regroupées en fin de journée, pauses, repas, etc.)	37H 34M	76,1%
Temps consacré aux astreintes et aux gardes	3H 5M	6,3%
Temps consacré à la régulation des urgences	44M	1,5%
Temps consacré aux contacts des professionnels de santé correspondants dans le cadre du parcours de soins coordonnés (en dehors de la consultation)	52M	1,8%
Temps consacré aux conseils directs ou téléphoniques pour les patients (n'ayant pas donné lieu à une consultation ou visite)	2H 6M	4,2%
Temps de déplacement (pour visites...)	1H 52M	3,8%
Temps consacré à des tâches administratives "regroupées" (effectuées en dehors de la consultation)	3H 9M	6,4%
Total Activité de la semaine	49H 22M	100%

NB : Afin de réaliser ce tableau, seuls les médecins ayant renseigné les 7 variables ont été intégrés, soit 55 médecins.

Temps consacrés aux tâches administratives régulières regroupées générées par les patients pour la semaine de référence

Le temps total moyen consacré aux tâches administratives regroupées générées par les patients (hors consultation, ne donnant pas lieu à une rémunération spécifique) est de 5 heures et une minute. Il est différencié en fonction que les médecins disposent d'un secrétariat médical (4 heures et 16 minutes) ou non (6 heures et 12 minutes).

Les diverses tâches administratives regroupées sont listées par ordre d'importance :

- **la gestion du courrier et des résultats du jour** (24,1%, 1 heure et 12 minutes). Le temps moyen qui y est consacré est significativement différent selon le sexe (1 heure et 24 minutes pour les hommes et 46 minutes pour les femmes) et l'existence ou non d'un secrétariat médical (4 heures et 16 minutes pour les médecins ayant un secrétariat médical et 6 heures et 12 minutes pour ceux qui n'en disposent pas).
- **La gestion des rendez-vous** (15,9%, 48 minutes). Le temps consacré à cette tâche varie selon que le médecin a un secrétariat médical (33 minutes) ou non (1 heure et 12 minutes).
- **L'archivage du courrier** (14,8%, 44 minutes). Ce temps moyen d'archivage est différent selon le mode de fonctionnement du cabinet (une heure et 3 minutes pour les médecins exerçant en cabinet individuel et 23 minutes pour ceux pratiquant en cabinet de groupe) et la présence d'un secrétariat médical (seulement 29 minutes pour les généralistes ayant un secrétariat et 1 heure et 9 minutes pour ceux n'en disposant pas).
- **La télétransmission des Feuilles de Soins Electroniques** (14,6%, 44 minutes).
- **Les dossiers lourds non traités durant la consultation** (12,3%, 37 minutes).
- **Les autres tâches administratives** (7,1%, 21 minutes).
- **La gestion des tiers payants** (5,7%, 17 minutes). Le temps moyen consacré à cette tâche est différent de manière significative en fonction de l'âge du médecin. Les médecins les plus jeunes, de moins de 50 ans, y consacrent en moyenne 8 minutes ; les médecins âgés de 50 ans et plus 21 minutes.
- **Les demandes ou exigences de la sécurité sociale ou d'une mutuelle** (5,6%, 17 minutes). Selon les lieux d'exercice des médecins, on observe une différence concernant le temps moyen dédié à traiter les demandes et exigences des organismes de protection sociale : 36 minutes pour les médecins installés en milieu rural, 16 minutes pour ceux en milieu semi urbain, 14 minutes pour ceux en milieu urbain et 7 minutes pour ceux installés dans une petite ville.

Tableau
Tâches administratives régulières regroupées de la semaine de référence
-calcul réalisé sur 50 dossiers renseignés : 89%-

	Ensemble des 50 médecins	
	Temps	%
Télétransmission des FSE	44M	14,6%
Gestion des tiers payants	17M	5,7%
Dossiers lourds non traités durant la consultation	37M	12,3%
Demandes ou exigences de la S.S. ou d'une mutuelle	17M	5,6%
Gestion des rendez-vous	48M	15,9%
Gestion du courrier et des résultats du jour	1H 12M	24,1%
Archivage des courriers	44M	14,8%
Autres tâches administratives	21M	7,1%
Total T.A régulières regroupées de la semaine	5H 1M	100%

NB : Afin de réaliser ce tableau, seuls les médecins ayant renseigné les 8 variables ont été intégrés, soit 50 médecins.

Temps consacrés aux autres activités plus occasionnelles

Outre les activités en lien direct avec l'exercice médical et les tâches administratives regroupées, d'autres activités sont considérées comme plus occasionnelles dont le temps est comptabilisé par mois : soit en moyenne 21 heures et 33 minutes.

Les temps moyens des différentes activités mensuelles sont détaillés ci-après par ordre d'importance :

- **La formation continue collective et l'auto-formation** (39,4%, 8 heures et 30 minutes)
- **La gestion du cabinet** (commande de matériels, entretien du cabinet, etc.). (21,4%, 4 heures et 42 minutes).
- **Les diverses activités** (hors soins telles que réseau de santé, syndicat, Conseil de l'Ordre des médecins, enseignement, recherche, association de formation, expertise, etc.) (18,9%, 4 heures et 5 minutes).
- **L'accueil des professionnels** (visiteurs médicaux, délégués de l'Assurance maladie, etc.) (11,9%, 2 heures et 33 minutes).
- **La vérification comptable des prestations de la Sécurité sociale** (7,1%, 1 heure et 32 minutes).
- **Des entretiens confraternels avec un médecin conseil** (0,8%, 11 minutes).

On ne constate pas de différence significative de la moyenne des temps listés ci-dessus.

Tableau
Autres activités occasionnelles mensuelles
-calcul réalisé sur 56 dossiers renseignés : 100%-

	Ensemble des 56 médecins	
	Temps	%
Temps consacré à la vérification comptable des prestations Sécurité Sociale	1H 32M	7,1%
Temps consacré aux entretiens confraternels avec un médecin conseil	11M	0,8%
Temps consacré à la formation collective ou l'auto-formation	8H 30M	39,4%
Temps d'accueil des professionnels (visiteurs médicaux, délégués de l'Assurance maladie, etc.)	2H 33M	11,9%
Temps pour d'autres activités (hors soins) : réseau de santé, syndicat, Conseil de l'ordre, enseignement, recherche, association de formation, expertise, etc.	4H 5M	18,9%
Temps dédié à la gestion du cabinet (commande de matériel, entretien du cabinet, etc.)	4H 42M	21,8%
Total autres tâches plus occasionnelles (par mois)	21H 33M	100,0%

NB : Afin de réaliser ce tableau, seuls les médecins ayant renseignés les 6 variables ont été intégrés, soit 56 médecins.

Conclusions

Les résultats de l'enquête de perception et de l'étude d'observation réalisées auprès de certains généralistes de la région Rhône-Alpes, malgré les faiblesses qu'elles peuvent présenter comme pour la plupart des études de ce type (biais de sélection et d'observation), apportent un certain nombre d'informations quantitatives et qualitatives à la fois sur la perception du rôle du médecin traitant et sur les diverses activités des médecins généralistes en lien avec les missions imparties au médecin traitant. Ils permettent d'objectiver une certaine réalité compte tenu du nombre de médecins rhônalpins participants à l'enquête de perception (236) et du nombre un peu plus faible qu'escompté des médecins effectivement volontaires concernés par l'étude d'observation (56).

L'intérêt que les médecins portent à cette enquête de perception sur le rôle du médecin traitant (sans relance) est manifeste puisque le quart des généralistes sollicités a répondu. L'étude d'observation n'a pas mobilisé le nombre de médecins qui avait été prévu malgré la rémunération proposée ; les raisons principales de leur non adhésion sont, semblerait-il, de manière corollaire la non disponibilité et la perception d'un travail conséquent à fournir pour cette étude.

A l'évidence, le dispositif du médecin traitant mis en place dans le cadre de la réforme de l'Assurance Maladie en 2004 semble avoir été faiblement approprié par les médecins généralistes. En effet, une part importante de généralistes ne connaît pas le dispositif dans son ensemble ; l'information détenue à ce sujet est souvent partielle, voire dans quelques rares cas non connue. Egalement, un nombre conséquent de médecins stipulent que cette mesure du médecin traitant a été sans effet sur leurs pratiques professionnelles.

Peu d'aspects positifs de ce dispositif du médecin traitant ont été indiqués par les médecins. Ceux qui ont été mentionnés, outre la reconnaissance du rôle pivot du médecin généraliste, concernent quatre des six principales fonctions imparties au médecin traitant à savoir : l'orientation du patient dans le parcours de soins coordonnés (notamment la réduction des recours multiples pour un même problème de santé), la contribution au protocole de soins pour les ALD (plus particulièrement le respect des protocoles de soins), la coordination par la synthèse des informations et leur intégration dans le dossier patient (dont les échanges avec les médecins correspondants) et la démarche de prévention (telle que le dépistage du cancer du sein et colon). Des informations sur la prévention sont effectivement données à deux patients sur cinq dans le cadre du suivi habituel (concernant surtout la consommation de produits psycho-actifs, les troubles musculo-squelettiques et la vaccination). Par contre, moins d'informations sur le dépistage des cancers (comme d'ailleurs pour les risques de iatrogénie médicamenteuse) ont été diffusées ; certainement que les quelques efforts consentis à ce sujet sont jugés positivement.

Les points négatifs évoqués par les médecins généralistes à ce sujet ont été proportionnellement plus nombreux que les points positifs. Ils concernent principalement deux des missions du médecin traitant, à savoir la gestion de la protocolisation des soins de longue durée et l'orientation des patients dans le

parcours de soins coordonnés. On constate que pour les deux missions précédemment citées, les avis des médecins généralistes sont partagés puisque certains les jugent plutôt positivement et d'autres plutôt négativement et dans la pratique l'orientation des patients (concernant deux patients sur dix) et la gestion du protocole de soins (moins d'un patient sur dix étant concernés) sont assez marginales dans l'activité médicale du généraliste.

Pour bon nombre de médecins, leurs conditions d'exercice sont ressenties comme dégradées depuis la mise en place du dispositif du médecin traitant. Une des principales raisons serait liée à l'augmentation de la charge de travail, notamment des tâches administratives toujours plus nombreuses qui auraient embolisé leur activité. En effet, les tâches administratives lors de la consultation sont assez fréquentes puisqu'elles concernent deux patients sur cinq. Cependant, elles ne constituent pas le motif premier de recours au généraliste pour sept patients sur dix. Le temps moyen consacré aux tâches administratives réalisées lors de la consultation représente 23,4% du temps total de la consultation et le temps moyen des tâches administratives regroupées générées par les patients (hors consultation, ne donnant pas lieu à une rémunération spécifique) représente 6,4% du temps de travail hebdomadaire. Le temps de travail dédié aux tâches administratives pendant et en dehors de la consultation est non négligeable. Toutefois, il est nettement réduit de manière évidente lorsque les médecins disposent d'un secrétariat ; c'est d'ailleurs le cas de trois généralistes sur cinq.

Les généralistes pointent d'autres difficultés citées par ordre d'importance : le surcroît de travail, l'encadrement administratif excessif, l'accroissement des transferts de charges, le problème de compréhension par les patients de la notion de parcours de soins coordonnés, le burn-out ou l'épuisement professionnel, le problème de l'inégalité tarifaire entre les généralistes et les spécialistes et le contrôle des pratiques.

Afin de pallier aux effets jugés défavorables du dispositif du médecin traitant, avec des conséquences directes sur les conditions d'exercice et les pratiques professionnelles, il importe prioritairement pour les généralistes de trouver les moyens de réduire les tâches administratives et, de manière corollaire, d'avoir une aide administrative par le biais d'un secrétariat. Toutefois, ce sont déjà trois médecins sur cinq qui disposent d'un secrétariat. Le fait de bénéficier d'une formation continue rémunérée ou encore de déléguer certaines tâches à des professionnels paramédicaux constituent des propositions moins intéressantes. La solution radicale émise par certains médecins serait de supprimer purement et simplement le dispositif du médecin traitant.

Par ailleurs, de nouveaux modes de rémunération pourraient être proposés afin d'améliorer les conditions d'exercice. La solution jugée la plus appropriée et pertinente est l'augmentation du montant de l'acte ; secondairement celle d'un forfait secrétariat. Par contre, la proposition suggérée d'étendre le forfait du médecin traitant à tous les patients apparaît moins réaliste que les deux premières.