

OCTOBRE 2019

L'exercice médical libéral

ÉTUDE ET ANALYSE DE L'IMPACT DES ÉVOLUTIONS DE L'EXERCICE SUR L'ART ET LA PRATIQUE MÉDICALE DU MÉDECIN LIBÉRAL



ÉTUDE RÉALISÉE À L'OCCASION D'UN STAGE, PAR Ludovic GAUCHER, étudiant en Master Gestion des Organismes de Protection et d'Assurance Sociale à l'IAE de Nantes

Sous la supervision de Mme Olivia BRIANTAIS, directrice de l'URPS MLB

Remerciements

Nos remerciements vont à l'ensemble des médecins interrogés pour cette étude, pour leur coopération et leur accueil bienveillant.

Table des matières

Introduction.....	4
Etat des lieux	6
Les principales évolutions du métier de médecin libéral et de son environnement.....	6
I- Des évolutions propres au comportement des médecins libéraux	6
II- L'évolution de l'environnement du médecin libéral	9
1- Le développement de l'exercice coordonné	9
2- La rémunération	11
3- La permanence des soins	13
4- La délégation et le transfert de tâches.....	15
5- La E-santé	17
La démographie médicale Bretonne	21
Résultats de l'étude.....	25
Méthodologie de l'étude.....	25
I- Type d'étude.....	25
II- Constitution de l'échantillon des médecins à interroger	25
Résultats	28
I- Réseau, coordination et partage de tâches, la place du médecin libéral dans son environnement.....	28
1- La communication entre les acteurs de santé autour du patient	28
2- Les nouvelles formes d'organisation	34
3- La délégation et le transfert des tâches	36
4- Conclusion	37
II- La gestion quotidienne de l'activité des médecins libéraux	39
1- La gestion du cabinet.....	39
2- La rémunération	41
3- Le rapport avec les institutions	42
4- L'installation en libéral	43
5- Conclusion	44
IV- Le Rapport au métier.....	46
1- La permanence des soins	46
2- La relation avec les patients	49
3- L'équilibre entre la vie personnelle et professionnelle.....	51
4- Le bien-être au travail	52
5- Le sens donné au métier	53

6-	Conclusion :	54
VI-	Les nouvelles technologies	55
1-	Le Dossier Médical Partagé	55
2-	La messagerie sécurisée	55
3-	La Télémedecine	56
4-	Conclusion	57
VII-	Et demain ?	59
	Conclusion	61
	<i>Les Conseils aux étudiants</i>	61
	ANNEXES	64

Introduction

Ils sont aujourd'hui 6010¹ médecins libéraux à exercer en Bretagne dont 3547 généralistes et 2463 spécialistes. Leur nombre a augmenté de 11.94 % depuis 2013 où ils étaient 5369², et leur environnement a beaucoup changé.

Qui sont aujourd'hui les médecins libéraux ? Quels sont les enjeux auxquels ils doivent répondre ? Comment perçoivent-ils leur métier et son évolution ? Les idées reçues sur l'exercice libéral sont-elles vérifiées ? Répondre à ces questions est le but de cette étude qualitative réalisée par l'URPS MLB.

En pratique, un médecin est aujourd'hui considéré comme libéral lorsque son activité obéit à quatre différents critères³ : il exerce sous sa propre responsabilité et assume seul les conséquences de son activité ; sa rémunération est directement liée avec son activité ; il décide seul de son lieu et son mode d'exercice et il existe un lien direct avec le patient. De plus, le médecin libéral assume la totalité des responsabilités pénales, civiles et ordinaires liées à son exercice, et son activité est soumise au contrôle de l'assurance maladie. Il assume également la totalité de l'investissement professionnel (cabinet, matériel). Le risque pris par le médecin est à la hauteur de son investissement.

L'environnement du métier de médecin libéral (généraliste, spécialiste et spécialiste d'établissement) a beaucoup évolué ces dernières années pour répondre à différents enjeux. La médecine de ville a été particulièrement impactée par les problématiques émergentes, les médecins libéraux étant directement exposés aux décisions politiques, économiques, sociales et aux évolutions législatives⁴ (entre autres les lois portant réforme de l'assurance maladie et du Code de la santé publique d'août 2004 ; la loi Hôpital,

¹ Chiffres clés ARS Bretagne 2018 https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2019-01/chiffres%20cles_2018.pdf

² Chiffres clés de l'ARS Bretagne édition 2013 <https://www.bretagne.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/Chiffres%20cl%C3%A9s%20de%20la%20sant%C3%A9%20en%20Bretagne%20-%20%C3%A9dition%202013.pdf>

³ Le médecin libéral en 2010 <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2010-3-page-55.htm>

⁴ La médecine générale vue par les médecins généralistes libéraux <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2011-2-page-29.htm>

patients, santé et territoires de juin 2009). Nous traiterons dans cette étude de l'impact des changements concernant les modes de rémunération, l'exercice coordonné, la permanence des soins, la délégation et le transfert de tâches et la e-santé.

Au-delà des changements impulsés par les politiques publiques, on observe des évolutions propres aux comportements des médecins, liées en partie de façon plus large aux évolutions sociétales.

Enfin, l'évolution du comportement des patients a également un impact sur l'exercice des médecins libéraux. On observe de nouvelles habitudes de consommation en santé, une plus grande implication dans leur état de santé. Mais aussi les nouveaux besoins en termes de soins qui ne sont plus uniquement ponctuels mais inscrits dans le temps (informations, éducation, prévention, dépistage).

L'objectif de notre étude est d'observer les évolutions de l'exercice des médecins libéraux et d'analyser leurs impacts sur l'« Art médical », la pratique du médecin libéral.

Nous entendons ici par « l'Art médical » un terme générique pour désigner la mise en œuvre de la science de la médecine. L'exercice de la médecine peut être considérée comme un art dans la mesure où il ne suffit pas de disposer d'un savoir-faire scientifique, technique et théorique. L'art médical relève également d'un savoir-être, d'un art relationnel, d'une manière d'être face à la personne malade, impliquant des savoirs subtils, des intuitions et des empathies. La dimension de l'art indique tout ce qu'il y a de complexe dans la pratique médicale, dans la perspective du rapport à l'homme malade et au souci concret de la santé.⁵

Pour ce faire, nous avons mené une étude qualitative à travers des entretiens auprès de médecins libéraux bretons. 24 médecins ont été interrogés entre avril et juin 2019, répartis par spécialité et département d'origine.

Dans une première partie consacrée à un état des lieux, nous observerons les principales évolutions du métier de médecin libéral et de son environnement. Puis, nous présenterons l'offre de soins libérale en Bretagne.

Nous présenterons et analyserons les résultats de l'enquête dans une seconde partie.

⁵ La médecine aujourd'hui : quelle place pour l'art médical – Julien Lamy <https://hal.archives-ouvertes.fr/cel-01818334/document>

Etat des lieux

Dans cette première partie consacrée à un état des lieux, nous observerons les principales évolutions du métier de médecin libéral et de son environnement. Puis, nous présenterons l'offre de soins libérale en Bretagne.

Les principales évolutions du métier de médecin libéral et de son environnement

Avant d'analyser l'impact qu'elles peuvent avoir sur la pratique des médecins libéraux, il convient de présenter dans un premier temps les évolutions de l'exercice libéral. Ces évolutions relèvent soit de changements propres au comportement même des médecins (I), soit de changements organisationnels et législatifs qui modifient l'environnement du médecin libéral (II).

L'évolution du comportement des patients et les nouveaux besoins en soin qui s'inscrivent plus dans la durée ont également un impact sur la pratique des médecins libéraux. Nous les étudierons dans un second temps lors de l'analyse de l'enquête auprès des médecins.

I- Des évolutions propres au comportement des médecins libéraux

La nouvelle génération de médecins est porteuse de changements⁶, souvent expliqué par la féminisation de la profession. (Chez les médecins généralistes, la part de femmes est passée de 39.9%⁷ à 48.2% entre 2010 et 2018. Chez les spécialistes médicaux, la part de femmes exerçant est de 51% en 2018, et de 30% chez les spécialistes chirurgicaux).

⁶ Etude des trajectoires professionnelles des médecins généralistes angevins, brestois, nantais et rennais ayant passé l'Examen Classant National (ECN) en 2004, 2005 et 2006. <https://www.urpsmlb.org/wp-content/uploads/2019/07/Th%C3%A8se-Laure-Le-Coadou.pdf?x37326>

⁷ Atlas de la démographie médicale en France, Docteur Patrick Bouet https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf

Cependant, on constate que ces changements concernent les deux genres, et résultent plutôt d'une transformation générationnelle, les jeunes médecins s'inscrivant dans l'évolution sociétale actuelle (partage des tâches familiales, éducation par les deux parents...). De plus, la nécessité de concilier les deux carrières d'un couple⁸a un impact sur les choix d'exercices des médecins.

On observe depuis plusieurs années une évolution de la profession⁹ : prise de distance par rapport aux patients, remise en cause du principe de disponibilité permanente¹⁰, aménagement des temps de travail différents, le rejet de la rigidité temporelle...

Il y a chez la jeune génération une préférence pour le travail en groupe. En 2009, 80% des médecins généralistes de moins de 40ans¹¹ ont déclaré travailler en groupe. En effet, le travail de groupe présente divers avantages : partage des charges, communication autour des patients, organisation de la permanence de soins facilitée, système d'information partagé, partage des tâches administratives...

Concernant le temps de travail, il n'a pas énormément changé ces dernières années. Les généralistes travaillaient 54h en 2019¹² soit une durée stable comparée à 2014¹³ et une baisse de deux heures comparée à 2012¹⁴. Ce qui a changé est la régulation du temps de travail de la nouvelle génération. Ceux-ci ont tendance à préférer les journées de travail

⁸Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes <https://www.cairn.info/revue-sociologies-pratiques-2007-1-page-19.htm>

⁹ Etude des trajectoires professionnelles des médecins généralistes angevins, brestois, nantais et rennais ayant passé l'Examen Classant National (ECN) en 2004, 2005et2006. <https://www.urpsmlb.org/wp-content/uploads/2019/07/Th%C3%A8se-Laure-Le-Coadou.pdf?x37326>

¹⁰ Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé, Nathalie Lapeyre et Nicky Le Feuvre <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rfas200501-art05.pdf>

¹¹ Le bulletin des jeunes Médecins Généralistes <https://reseauprosante.fr/files/revues/file-86.pdf>

¹²Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/deux-tiers-des-medecins-generalistes-liberaux-declarent-travailler-au-moins-50>

¹³ Le panel de médecins généralistes de ville : éclairages sur les enjeux de la médecine de premier recours d'aujourd'hui <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2017-3-page-213.htm>

¹⁴ La médecine générale vue par les médecins généralistes libéraux <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2011-2-page-29.htm>

très longues, leur permettant de se libérer des demi-journées consacrées à leur vie personnelle.

Il y a enfin une plus longue période avant l'installation (+8 % de remplaçants entre 2014 et 2015 pour les généralistes)¹⁵, et une plus forte attirance pour le salariat jugé moins contraignant (+9% entre 2012 et 2015 pour les généralistes).

La diminution de l'installation et la plus forte attirance par le salariat peuvent s'expliquer par de nombreux aprioris que peuvent avoir les étudiants sur la médecine libérale¹⁶ : nécessité d'une grande disponibilité et fort rythme de travail au vu du vieillissement de la population et de l'augmentation des maladies chroniques plus difficiles à traiter ; une couverture sociale peu protectrice, notamment pour les congés maternité ; une trop grande importance des tâches administratives (secrétariat, comptabilité, relations administratives, contacts et prises de rendez-vous pour les patients, rencontres professionnelles, formation...) ; la difficulté de lier vie professionnelle et personnelle, les vacances et les congés étant des périodes non rémunérées) et enfin pour toutes ces raisons, un risque de burn-out.

En comparaison, le salariat est souvent associé à une charge de travail administratif moindre, un temps de travail inférieur, des horaires et un revenu fixe, des congés payés, une meilleure protection sociale. La médecine en salariat est également associée au travail de groupe qui attire beaucoup les jeunes médecins.

Cependant, ce constat est à nuancer, car s'il est vrai qu'en début de carrière peu de jeunes médecins font le choix d'une installation libérale, la tendance s'inverse quelques années plus tard. Ainsi en 2008, lors de l'inscription à l'ordre, les médecins généralistes déclaraient à 35% une activité salariée, 40% une activité de remplaçant (médecins qui travaillent par intermittence, le plus souvent en libéral) et seulement 23% une activité

¹⁵Bilan de l'offre de santé en Bretagne, PRS 2019-2022
<https://www.bretagne.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/V2.3%20-%20Bilan%20de%20l'Offre.pdf>

¹⁶ Exercice libéral ou salarié : qu'est-ce qui détermine le choix des médecins généralistes ?, Gary Boukhors
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01095705/document>

libérale et 2% une activité mixte ; 8 ans plus tard, ils sont 44% de libéraux, 40 % de salariés, 5.2% de mixtes et seulement 7% de remplaçants.¹⁷

II- L'évolution de l'environnement du médecin libéral

Dans cette partie, nous nous attacherons à la description des évolutions organisationnelles et législatives qui impactent depuis plusieurs années la pratique du médecin libéral. Nous analyserons l'impact de ces évolutions sur la pratique du médecin libéral au regard des entretiens réalisés.

1- Le développement de l'exercice coordonné

L'exercice coordonné a toujours existé entre les professionnels de santé, de manière informelle et non valorisée. Néanmoins, les modes d'exercices évoluent depuis plusieurs années.

En 2007, la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2008, puis la loi Hôpital Patient Santé Territoire de 2009, ont favorisé le développement des Maisons de Santé Pluri-professionnelles pour améliorer la répartition de l'offre de soins sur le territoire et favoriser la coopération interprofessionnelle.

En 2016, la Loi de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS) a créé de nouvelles formes d'organisation favorisant l'exercice coordonné : les Equipes de Soins Primaires (ESP) et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS).

Le « Guide des aides d'accompagnement des exercices coordonnés¹⁸ » réalisé en Bretagne en 2019, définit l'exercice coordonné comme le travail en commun de plusieurs professionnels de santé, dont au moins deux professions différentes, qui organisent leur offre de soins autour d'une population ou d'une patientèle, sur un territoire.

¹⁷ Etude des trajectoires professionnelles des médecins généralistes angevins, brestois, nantais et rennais ayant passé l'Examen Classant National (ECN) en 2004, 2005 et 2006. <https://www.urpsmlb.org/wp-content/uploads/2019/07/Th%C3%A8se-Laure-Le-Coadou.pdf?x37326>

¹⁸ Guide des aides d'accompagnement des exercices coordonnés (ARS Bretagne, Inter URPS Bretagne, Assurance Maladie Région Bretagne, Préfet de la Région Bretagne, Région Bretagne)

L'exercice coordonné s'est beaucoup développé avec comme objectif d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients et d'assurer aux professionnels de santé des conditions d'exercice favorables. C'est un mode d'exercice constituant aujourd'hui un critère d'attractivité pour l'installation des professionnels. Il s'appuie sur des échanges, du partage de connaissances et la communication. En exercice libéral, il peut prendre plusieurs formes formelles :

Les Equipes de Soins Primaires (ESP)

Elles regroupent plusieurs professionnels de santé assurant des soins de premier recours, dont au moins un médecin généraliste. En intégrant une ESP, les professionnels font le choix de se mobiliser autour d'un projet d'exercice coordonné qui décrit la ou les thématiques (diabète, repérage des fragilités...) sur lesquelles ils veulent travailler en pluri-professionnalité et les modalités organisationnelles à mettre en place pour le faire.

Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP)

Elles regroupent plusieurs professionnels de santé assurant des soins de premier recours, dont au moins deux médecins généralistes et un professionnel paramédical. Les professionnels se mobilisent autour d'un projet de santé qui décrit :

- l'organisation de l'accès aux soins (horaires d'ouverture, consultations non programmées, continuité des soins, missions de santé publique, ...)
- l'organisation du travail en équipe pluri-professionnelle autour de thématiques centrées sur des pathologies et/ou de publics spécifiques (protocoles pluri-professionnels, réunions de concertation, formation, accueil de stagiaires)
- l'organisation du partage d'informations (messagerie sécurisée, système d'information partagé...).

C'est uniquement le projet de santé partagé par les professionnels qui assure la reconnaissance en qualité de Maison de Santé Pluri-professionnelle et non les locaux. Si les professionnels ont un projet de santé et qu'ils exercent dans les mêmes locaux, on

parlera de Maison de Santé Pluri-professionnelle mono-site. S'ils exercent dans des locaux différents, on parlera de Maison de Santé Pluriprofessionnelle multi-sites.

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) constituent un cadre de coopération des acteurs de santé à l'échelle d'un territoire. Mises en œuvre à l'initiative des professionnels de santé libéraux, elles organisent les liens entre les acteurs libéraux, hospitaliers, médico-sociaux et sociaux afin de mieux répondre aux besoins de santé d'un territoire et d'améliorer les prises en charge de la population. Deux principes de base sous-tendent la création d'une CPTS :

- Une approche populationnelle correspondant à des besoins de santé insuffisamment couverts, sur un territoire en cohérence avec les parcours de santé de la population ;
- Une association le plus large possible d'un ensemble d'acteurs de santé.

2- La rémunération

Aujourd'hui, la majorité du revenu des médecins libéraux provient du paiement à l'acte. Le paiement à l'acte est un mode de rémunération en fonction du nombre de consultations, de visites et des actes techniques réalisés par les médecins en ville ou en établissement privé.

Les médecins libéraux généralistes et spécialistes y sont très attachés étant le mode de rémunération traditionnel¹⁹. Aujourd'hui, ce mode de financement, adapté pour les pathologies aiguës, peut être questionné au vu de l'émergence des maladies chroniques et pluri pathologiques. En effet, celles-ci imposent des consultations plus longues, et parfois plus de travail pour le médecin (tâches administratives, prise de rendez-vous pour les patients...). Elles nécessitent également l'intervention de multiples acteurs (médecins

¹⁹ Les modèles de rémunération des médecins en France <https://medical-rh.com/les-modeles-de-remuneration-des-medecins-en-france/>

et autres professionnels de santé) qui, pour être efficaces et cohérents doivent être coordonnés, ce qui n'est pas favorisé par la rémunération à l'acte.

Depuis plusieurs années les rémunérations forfaitaires se sont développées venant se mixer à la rémunération à l'acte. Il s'agit de rémunérations individuelles comme la ROPS ou de rémunérations « collectives » pour l'activité coordonnée.

La ROPS, une rémunération forfaitaire individuelle

La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)²⁰ a été créée en 2011. Elle a pour but de faire évoluer les pratiques pour atteindre des objectifs de santé. Elle introduit une rémunération supplémentaire pour les médecins, en plus du paiement à l'acte. Il s'agit d'un paiement à la performance. La ROSP est calculée à partir d'indicateurs définis selon des objectifs de santé. Les objectifs sont définis nationalement comme pour les indicateurs de prévention (grippe, cancer du sein etc.) et au regard de la pratique des médecins.

Les rémunérations forfaitaires collectives

En 2008, le ministère de la santé a mené une expérimentation sur des Nouveaux Modes de Rémunération (NMR)²¹ pour moderniser l'organisation de l'offre de soins primaires et de l'activité coordonnée. Cette expérimentation a duré 5 ans et était menée et évaluée par l'ARS. Elle n'avait pas pour objet de supprimer la rémunération à l'acte mais de trouver une mixité entre celle-ci et le forfait. Cette expérimentation s'adressait aux maisons de santé, centres de santé et réseaux de santé. Les structures dans l'expérimentation recevaient un forfait en fonction de leur patientèle et du temps passé à l'exercice coordonné. Elles pouvaient répartir ce forfait librement selon un règlement intérieur.

²⁰ Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) 2019 MEDECIN TRAITANT DE L'ADULTE, CNAM https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/489903/document/rosp_2019_medecin_traitant_adulte_guide_methodologique_assurance_maladie.pdf

²¹ Les Nouveaux Modes de Rémunération (NMR) <https://solutionsmedicales.fr/gerer-un-cabinet/les-nouveaux-modes-de-remuneration-nmr>

Cette expérimentation proposait également un volet sur l'éducation thérapeutique et la prévention.

Suite à cette expérimentation, les nouveaux modes de rémunération sont entrés dans le régime conventionnel. Depuis 2017 l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) est ainsi accordé aux MSP ayant formalisé un projet de santé et qui sont constituées en Société Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires.

Depuis le 7 Avril 2019 un Accord Conventionnel Interprofessionnel est également en vigueur pour le financement des CPTS.

3- La permanence des soins

L'organisation de la Permanence Des Soins (PDS) est une des composantes de l'offre de soins. Elle se définit par la mise en œuvre d'une réponse aux demandes de soins non programmés, c'est-à-dire en dehors des heures d'ouverture habituelles des cabinets médicaux, sur l'ensemble du territoire et pour l'ensemble des spécialités médicales. A côté de l'offre des établissements publics, elle se décline pour la médecine libérale aussi bien en ambulatoire qu'en établissement.

La Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA)

Depuis 2003, les médecins libéraux hors établissement participent volontairement à la permanence ²². Conformément à l'article 77 du code de déontologie médicale et l'article R.4127-77 du code de la santé publique ²³ « La permanence des soins est une obligation collective fondée sur le volontariat individuel des médecins » Ceux-ci doivent être répertoriés dans un tableau nominatif pour une durée minimale de trois mois. Ce tableau est transmis, au plus tard 45 jours avant sa mise en œuvre, au conseil départemental de l'ordre des médecins qui vérifie que les intéressés sont en situation régulière d'exercice.

²² Les maisons médicales de garde en France, Stéphanie Gentile, Bernadette Devictor, E. Amadeï, J.Bouvenot, A.C. Durand, Roland Sambuc <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2005-2-page-233.htm>

²³ Article R.4127-77 du code de la santé publique <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/lexercice-profession-art-69-108/1-regles-communes-modes-dexercice-art-69-84-7>

La PDSA est actuellement organisée en Bretagne selon les directives d'un cahier des charges, publié par l'ARS en 2012. Celui-ci définit son organisation dans les 4 départements bretons et ses modalités de rémunération. Le 20 décembre 2018, le nouveau cahier des charges régional de la PDSA est paru. Il est entré en application au 1er janvier 2019.

Le cahier des charges définit ainsi trois modes de participation à la PDSA pour les médecins volontaires :

Le **médecin régulateur** qui reçoit les appels provenant du 15 et décide avec le patient de la meilleure réponse à y apporter,

Le **médecin consultant** qui assure en soirée (20h – minuit) et le week-end des consultations sur site dédié (Maison Médicale de Garde) ou dans son cabinet,

Le **médecin dit « mobile »** qui réalise au domicile du patient ou en institution les visites inévitables qui semblent préférables à une hospitalisation d'emblée.

En Bretagne :

120 médecins régulateurs libéraux interviennent au sein des 4 SAMU Centre 15 de Brest, St Briec, Vannes et Rennes

50 médecins mobiles libéraux se relaient tout au long de l'année pour réaliser les visites indispensables

60 % des médecins libéraux installés participent à la vie des sites de consultation, en MMG ou dans leurs cabinets

56 territoires de PDSA dont 9 îles

30 Maisons Médicales de Garde (MMG)

Les Maisons Médicales de Garde (MMG) se sont beaucoup développées ces dernières années. Ce sont des lieux fixes destinés aux soins non programmés, qui fonctionnent uniquement aux heures de permanence de soins. Les médecins volontaires pour pratiquer des gardes s'y rendent pour assurer la prise en charge des patients. Elles doivent répondre aux besoins de la population et fonctionner sur les bases du cahier des charges constitué

par l'ARS²⁴. Son accès doit être régulé par les médecins régulateurs du SAMU. On note cependant que de plus en plus de patients s'y rendent sans avoir été régulés.

La Permanence des soins en établissement de santé (PDSES)

Elle se définit comme l'accueil et la prise en charge des nouveaux patients dans la structure en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit à partir de 20h, le samedi après-midi, les dimanches et jours fériés de 8h à 20h.²⁵ Le financement de la permanence des soins est assuré par le Fond d'Investissement Régional (FIR).

Il y a également une continuité des soins des patients déjà présents ou arrivant en dehors des heures de PDSES.

En ce qui concerne la permanence des soins spécialisés en ville, celle-ci n'est pas encadrée et dépend donc de la volonté des médecins. De plus, elle ne concerne pas toutes les spécialités car certaines ne sont que très rarement confrontées à des urgences.

4- La délégation et le transfert de tâches

L'histoire de la médecine montre que le partage des tâches entre les différents professionnels de santé est en perpétuelle évolution. Les métiers se sont adaptés au cours du temps en fonction des problématiques de santé publique (par exemple la pneumo-phtisiologie avec la tuberculose, l'addictologie)²⁶, des évolutions techniques et des évolutions générales de la société. Le partage des tâches entre dans le domaine de la coopération et concerne tous les professionnels de santé, quel que soit le secteur et cadre d'exercice (salarié public ou privé, libéral, établissements de santé, centres de santé,

²⁴ PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES (PDSA)- CAHIER DES CHARGES 2019
https://www.urpsmlb.org/actualite_urps/permanence-des-soins-cahier-des-charges-2019/

²⁵ https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/agence_r_gionale_de_sant_pays_de_la_loire/L58_Evaluation_besoins_sanitaires_PDSES_version_web_pour_avis_20180202.pdf

²⁶ Délégation, transfert, nouveaux métiers... Comment favoriser les formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé, HAS
https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/rapport_etape_cooperation.pdf

cabinet libéral, maison de santé pluri professionnelle...)²⁷. La notion de coopération et de partage des tâches a émergé suite aux travaux du professeur Berland sur les transferts de compétences pouvant répondre à la problématique de démographie médicale²⁸.

Le partage des tâches est aujourd'hui un enjeu majeur pour plusieurs raisons :

- Le besoin croissant de prises en charge liées au développement des maladies chroniques et poly pathologiques dans un contexte de vieillissement de la population ;
- L'évolution défavorable de la démographie médicale et les disparités de répartitions territoriales ;
- L'aspiration des professionnels à collaborer et à faire évoluer leurs compétences au long de leur carrière.

Ainsi, face à ces constats, le partage de tâches permet à d'autres professionnels de santé de faire des actes initialement réalisés par les médecins. L'objectif étant, en libérant les médecins de certains actes, que ceux-ci soient plus efficaces et plus sereins au quotidien et que l'accès aux soins pour les patients soit également amélioré. *« Il s'agit d'exploiter au mieux les qualifications de chacun. C'est une question de logique et d'efficacité »²⁹ Yvon Berland.*

L'article 51 de la loi 2009-879 de la loi HPST 21 juillet 2009 est au cœur du partage des tâches et de la coopération des professionnels de santé. Cet article prévoit que les professionnels de santé puissent, à leur initiative, s'engager dans des démarches de coopération ayant pour objet le transfert d'actes, ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès des patients dans la limite de leurs compétences. Ces initiatives prennent la forme de protocoles de coopération transmis à l'ARS qui vérifient la cohérence du projet. L'HAS doit ensuite vérifier que le protocole apporte une meilleure

²⁷ Coopération entre professionnels de santé Ministère de la santé et des sports

²⁸« COOPERATION DES PROFESSIONS DE SANTE : LE TRANSFERT DE TÂCHES ET DE COMPETENCES »
Rapport d'étape présenté par Le Professeur Yvon BERLAND
<https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000619.pdf>

²⁹ La délégation des tâches médicales se met difficilement en place , Flore Thomasset <https://www.la-croix.com/Ethique/Medecine/La-delegation-des-taches-medicales-se-met-difficilement-en-place- NP - 2013-02-22-914063>

qualité et une sécurité des soins aux patients. Sur la base de cet avis, l'ARS autorise ou non, par arrêté, la mise en œuvre de ces protocoles.³⁰

Par ailleurs, depuis des années, différents décrets ont modifié les compétences de professionnels de santé autres que médecins, leur permettant de réaliser des actes jusqu'alors réservés aux médecins (contraception, vaccination ...)

5- La E-santé

La e-santé (ou santé numérique) fait référence à l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) dans les activités en rapport avec la santé. Dans un contexte où le système de santé s'oriente de plus en plus vers la coordination des professionnels, l'e-santé permet au médecin de faciliter ses échanges avec les autres professionnels de santé via des outils connectés ou des logiciels. Elle permet également aux patients d'obtenir un accès aux soins plus facile et de favoriser son maintien à domicile. Pour cela l'e-santé se compose de différents outils.

Parmi tous les outils de la e-santé, voici ceux qui sont les plus connus et qui ont mentionnés par les médecins interrogés en entretien.




La messagerie sécurisée

La messagerie sécurisée permet l'échange d'informations concernant les patients entre professionnels de santé de façon confidentielle. Elle dématérialise les échanges entre les acteurs du sanitaire, du social, du médico-social, médecine de ville et médecine d'établissement. Les informations échangées peuvent être des comptes rendus de biologie, des radios, des comptes rendus de consultations etc. Les médecins étant soumis au secret professionnel, la sécurisation des informations échangées représente donc un aspect majeur de leur préoccupation au sujet des outils numériques. Le RGPD (Règlement

³⁰ Coopération entre les professionnels de santé <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/cooperation-entre-professionnels-de-sante/article/la-cooperation-entre-les-professionnels-de-sante>

Général sur la Protection des Données personnelles) vient alors encadrer la mise en œuvre de la protection des données pour la profession.

Différents systèmes de messagerie sécurisée sont disponibles en Bretagne³¹ :

-  La **messagerie Apicrypt** est fournie par l'association APIcem, créée par des médecins. Elle a la particularité de s'intégrer aux logiciels métiers médicaux.
-  La **messagerie régionale du GCS e-Santé Bretagne** est quant à elle accessible sur Internet depuis la plate-forme Télésanté Bretagne depuis n'importe quel ordinateur. Elle est labélisée MSSanté et est interopérable avec la messagerie Apicrypt.
-  Le **système MSSanté** est développé au niveau national et porté par l'ASIP dans le but de regrouper la totalité des messageries des professionnels de santé dans un espace dit « de confiance » au sein duquel tous les échanges de mails sont sécurisés.
-  Mailiz, la messagerie sécurisée proposée par les Ordres de santé

Le Dossier Médical Partagé (DMP)

Le DMP est un carnet de santé numérique ouvrable par un assuré dès ses 16 ans conservant de manière sécurisée les informations de santé des patients. Il peut être ouvert en pharmacie ou auprès d'un professionnel de santé équipé d'outils informatiques adaptés ou encore auprès d'un conseiller de l'organisme d'assurance maladie. L'objectif est d'améliorer la qualité des soins et leur efficacité notamment en structurant l'ensemble des informations médicales du patient. De cette manière, les interactions médicamenteuses et la répétition d'examens inutiles et coûteux pourront être évitées. Le DMP permet une meilleure prise en charge en cas d'urgence. Par exemple, en cas d'appel au 15, le médecin régulateur pourra avoir un accès au dossier pour ainsi mieux rediriger le patient.

Le DMP peut contenir différentes informations³² :

³¹ <https://www.urpsmlb.org/sur-le-terrain/e-sante/messagerie-securisee/>

³² Dossier médical partagé : une mise en œuvre sur deux décennies <https://www.vie-publique.fr/actualite/dossier/dmp/dossier-medical-partage-mise-oeuvre-deux-decennies.html>

- L'historique des soins des 24 derniers mois ;
- Les résultats d'examens (Radios, analyses biologiques...) ;
- Les coordonnées des proches à prévenir en cas d'urgence ;
- Les antécédents médicaux (pathologies, allergies) ;
- Les comptes rendus d'hospitalisation ;
- Les directives anticipées de fin de vie.

Toute consultation du DMP est soumise à une autorisation de son détenteur. Le patient peut ajouter ou masquer des documents et peut gérer les accès. Le médecin généraliste est autorisé à voir tous les documents du DMP, ce qui n'est pas le cas des autres professionnels qui ont un accès partiel fixé par le ministère de la santé. Le DMP n'est pas obligatoire et n'a pas d'impact sur les remboursements.

La télémédecine

Selon la Loi HPST de 2009 « La télémédecine met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figurent nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état du patient. »³³ L'avenant 6 de la convention médicale a été signé le 14 juin 2018, il ouvre le droit à la rémunération pour les actes de télé expertise (entrée en vigueur le 10 février 2019) et de téléconsultation (entrée en vigueur le 15 septembre 2018).

La téléconsultation est un acte médical permettant de réaliser une consultation entre un médecin et son patient grâce aux nouvelles technologies de l'information et de la communication. De cette manière, une consultation est réalisée via un système de vidéo transmission sécurisée.

³³ GCS E-santé Soirée d'information télémédecine

La téléexpertise est une demande d'avis spécialisé d'un médecin à un ou plusieurs autres médecins grâce à un outil de communication sécurisé.

La télémédecine comporte également d'autres volets, télésurveillance, téléassistance et la régulation médicale mais nous ne les aborderons pas dans cette étude, ces dispositifs étant méconnus des médecins interrogés.

Depuis la fin de l'année 2016, l'URPS Médecins Libéraux de Bretagne, accompagnée par l'ensemble des URPS bretonnes, travaille sur le développement des outils en mobilité pour les professionnels de santé libéraux et sur le recensement des besoins des professionnels de santé à ce sujet. L'objectif de ce projet est de répondre aux besoins de fluidification et de rapidité des échanges, de sécurisation et de traçabilité des communications entre les professionnels de santé de proximité et fournir des outils en mobilité sécurisés répondant à leurs attentes en est la finalité.³⁴

³⁴ <https://www.urpsmlb.org/sur-le-terrain/e-sante/telemedecine-et-mobilite/>

La démographie médicale Bretonne

L'étude se concentrant sur les médecins libéraux de Bretagne, voici une mise en contexte de l'offre en médecine libérale en Bretagne :

La Bretagne est une région comportant 4 départements (Finistère, Morbihan, Ile et vilaine et côtes d'Armor) où résident plus de 3 millions d'habitants.

Il y avait en 2018, **3547 généralistes**³⁵ sur le territoire (107,7 pour 100 000 habitants) ce qui constitue une offre de soins légèrement supérieure à la moyenne française (102.4). Même si la densité de médecins généralistes est favorable comparée à la France, la situation reste inquiétante. En effet, il y a vieillissement de la population médicale entraînant un certain nombre de départs en retraite non compensés par de nouvelles installations. Ce phénomène risque de s'aggraver au vu du nombre élevé de généralistes de 55 ans et plus (41% en 2018), et du manque d'attractivité de l'exercice libéral pour les jeunes médecins.

En 2018, la Bretagne était dotée de spécialistes libéraux (74.8 professionnels pour 100 000 habitants), soit un ratio très inférieur à la moyenne nationale qui est de 93.6 pour 100 000 habitants. Les écarts les plus marqués avec la moyenne nationale concernent la pédiatrie (-6,2 pts), la gynécologie (-6 pts), la psychiatrie (-3,1 pts), la chirurgie (-2,7 pts) et la cardiologie (-1,8 pts). De plus, 47.3% des spécialistes ont plus de 55 ans, le même problème démographique que pour les généralistes va également se poser pour les spécialistes.

Selon l'ARS Bretagne :

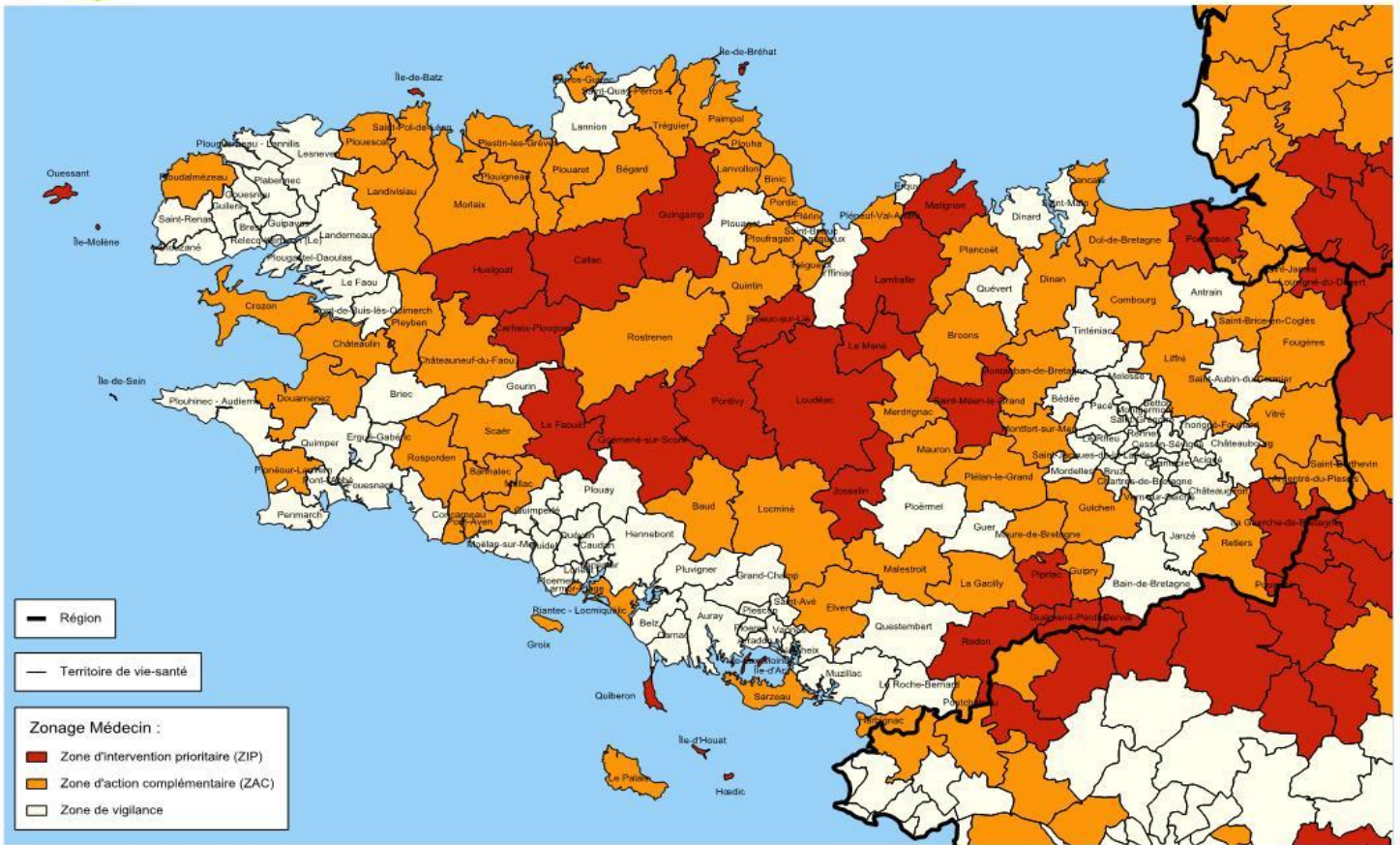
-32 territoires (10% de la population) sont en zones d'intervention prioritaire, c'est-à-dire des zones éligibles à l'ensemble des aides à l'installation (aides conventionnelles de l'assurance maladie, aides de l'ARS, aides fiscales et aides des collectivités territoriales).

-68 territoires (32% de la population) sont en zones d'action complémentaire, c'est-à-dire des zones éligibles aux aides de l'ARS et aux aides des collectivités territoriales).

³⁵ Chiffres clés ARS Bretagne 2018 https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2019-01/chiffres%20cles_2018.pdf

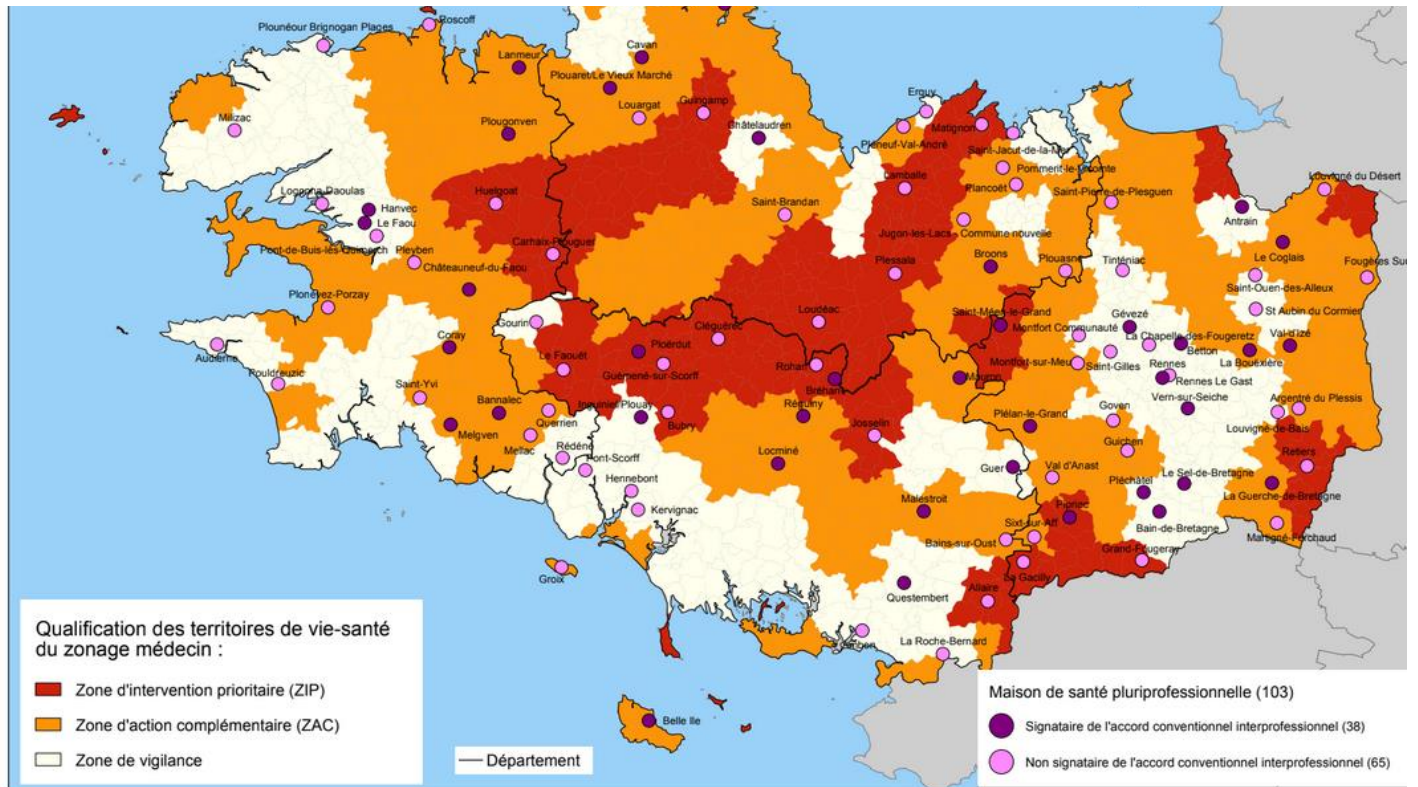
-83 territoires (58% de la population) sont en zones de vigilance, c'est-à-dire des zones non éligibles aux aides à l'installation, mais pouvant bénéficier d'un accompagnement dans la mise en place d'un exercice coordonné pluri-professionnel.

Pour pallier le problème du vieillissement des médecins et de la désertification des spécialistes, et maintenir une bonne qualité des soins en Bretagne, une des solutions serait d'optimiser l'offre de soins existante. L'optimisation pourrait être effectuée en mettant en œuvre les nouveaux outils disponibles et les évolutions du métier de médecin libéral (nouvelles technologies, nouvelles formes d'organisation...). L'objectif de cette étude sera donc de connaître l'avis des médecins sur ces nouveaux outils permettant l'optimisation de l'offre de soins et l'amélioration de la qualité de vie des médecins. Le deuxième objectif sera, à travers certaines questions, de vérifier si les aprioris sur la médecine libérale sont confirmés par les médecins ou non.



Source : Assurance maladie (SNDS), RPPS, Arrêté Pays de Loire, Arrêté Normandie
Réalisation ARS Bretagne, Juin 2018
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

0 30 60 km



Source : ARS Bretagne, Assurance maladie
Réalisation ARS Bretagne, Juillet 2019
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

0 30 60 km

Les Communautés Professionnelles Territoriales de santé – Juillet 2019



Présenté en commission



Ingénierie financée



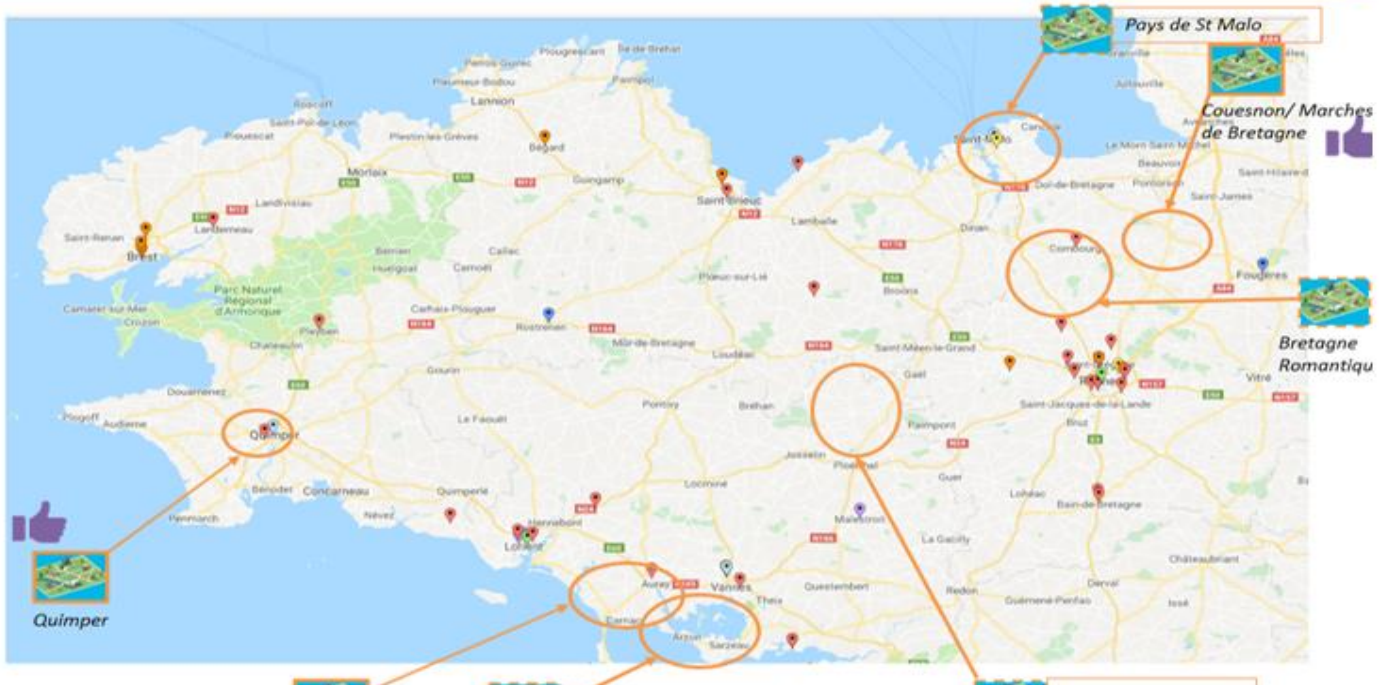
Réflexion en cours affichée



Contacts URPS / autres



1



Cartographie des lieux de consultations de garde médicale – Région Bretagne – Janvier 2019



Source : Cahier des charges régional de la PDSA
Réalisation ARS Bretagne, Janvier 2019
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

0 30 60 km

Résultats de l'étude

Méthodologie de l'étude

I- Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative, dont l'objectif est de recueillir le ressenti des médecins libéraux bretons sur l'exercice de leur profession et son évolution. L'étude a été réalisée par des entretiens auprès des médecins libéraux installés sur tout le territoire breton.

Le type d'entretien choisi a été l'entretien semi-directif. Il s'agit de laisser une liberté de parole aux interrogés, mais dans un cadre dirigé, de façon à pouvoir croiser les réponses de tous les interrogés par la suite. L'intérêt de l'entretien semi-directif est de préparer des questions assez larges à l'avance, mais de pouvoir également en poser de nouvelles au cours de l'entretien, afin d'approfondir le sujet et apporter davantage d'explications. De plus, la souplesse de l'entretien semi-directif permet d'avoir une réelle discussion, à l'inverse d'un interrogatoire impersonnel pouvant parfois brider l'interrogé.

II- Constitution de l'échantillon des médecins à interroger

L'objectif était de se rapprocher le plus possible des réalités d'installation sur le territoire breton. Au total 24 médecins ont été interrogés, répartis selon leur spécialité et département d'origine. Dans la mesure du possible, la répartition a été faite pour être la plus proche possible des taux de répartition de ces catégories par rapport à la population générale des médecins libéraux bretons. Ainsi, les médecins généralistes du département 35 représentent 19% de l'ensemble des médecins libéraux bretons. Nous avons fait le choix d'interroger 5 médecins généralistes du département 35, ce qui correspond à 20% de notre échantillon. L'échantillon a été réalisé à partir d'une base de données de l'URPS MLB.

Total de médecins libéraux généralistes et spécialistes en Bretagne recensés dans la base de l'URPS MLB : **5142**

Total de médecins libéraux généralistes et spécialistes en Bretagne interrogés : **24**

Généralistes	Nombre de médecins installés selon la base de données :	Interrogés :
Ille et vilaine (35)	969 (19%) (969/5142*100)	5(21%) (5/24*100)
Finistère (29)	872 (17%)	3(12.5%)
Côtes d'Armor (22)	678 (13%)	2(8%)
Morbihan (56)	506 (10%)	3(12.5%)
Total	3025 (59%)	13(54%)

Spécialistes	Nombre de médecins installés selon la base de données :*	Interrogés en ville :	Interrogés en établissement :**
Ille et vilaine (35)	712 (14%) (712/5142*100)	4 (17%)	1(4%)
Finistère (29)	627 (12%)	1 (4%)	1(4%)
Côtes d'Armor (22)	469 (9%)	1 (4%)	0(0%)
Morbihan (56)	309 (6%)	2 (8%)	1(4%)
Total	2117 (41%)	8 (33%)	3(12%)

*La base ne dissociait pas les spécialistes de ville et les spécialistes d'établissement.

**Les spécialistes d'établissement représentant 8% de la démographie médicale libérale, nous avons décidé d'en voir un par département.

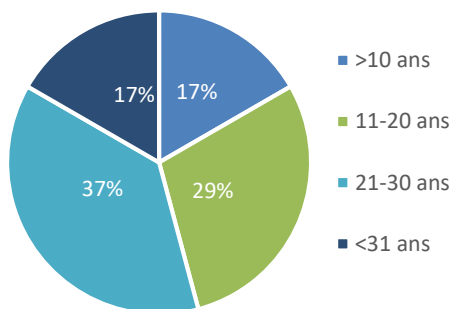
Les médecins libéraux bretons ont été sollicités par mail publiposté. Les médecins volontaires se sont manifestés en répondant à un formulaire en ligne. Ils ont ensuite été recontactés par mail ou par téléphone pour prendre rendez-vous.

Les entretiens se sont déroulés du 2 avril au 24 juin 2019, de préférence en présentiel, afin de faciliter l'échange, ou par téléphone si l'entretien physique n'était pas possible. Pour les médecins généralistes, les entretiens ont une durée moyenne de 48 min et pour les médecins spécialistes de 42 min. Pour chaque entretien, une retranscription a été

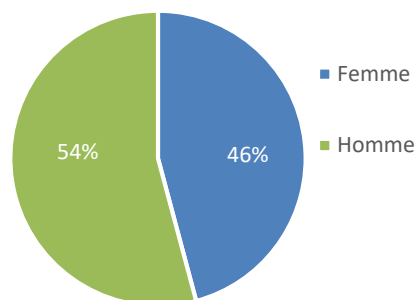
réalisée pour ensuite être analysée. Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord du médecin.

Voici quelques informations sur l'échantillon interrogé :

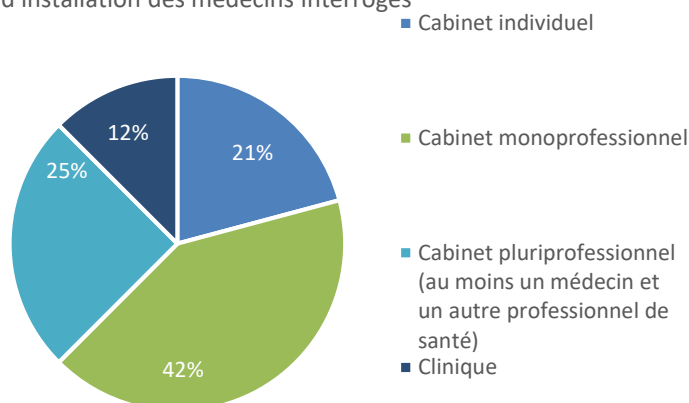
Durée d' exercice des médecins interrogés



Sexe des médecins interrogés



Type d'installation des médecins interrogés



Les données ont ensuite été analysées en les croisant et en les regroupant dans des thèmes communs qui constituent le plan de cette étude.

Résultats

I- Réseau, coordination et partage de tâches, la place du médecin libéral dans son environnement

L'objectif de cette première partie est d'analyser la façon dont les médecins interrogés interagissent et coopèrent avec les différents professionnels de santé qui interviennent dans le parcours de soins des patients (infirmiers, spécialistes de ville, hôpital et clinique...), et d'appréhender l'importance du réseau dans la coopération. Nous verrons également quel est le ressenti des médecins face à la délégation de tâches et aux nouvelles formes d'exercice coordonné formalisé (ESP, MSP, CPTS)

1- La communication entre les acteurs de santé autour du patient

La première question posée était :

Pratiquez-vous une forme de coopération ou d'échange avec d'autres professionnels ? (Personnels soignants, acteurs sociaux et médico-sociaux, CLIC (centres locaux d'information et de coordination), PTA (plateformes territoriales d'appui) ... Qu'est-ce que cela vous apporte ?

a- Les professionnels de santé autres que médecins

100% des médecins généralistes évoquent des échanges réguliers avec les infirmiers. Selon les discussions menées avec les médecins interrogés, ces échanges sont très importants pour eux dans leur pratique quotidienne. Ceux-ci leur permettent d'avoir une vision de l'évolution de la santé des patients plus précise et réaliste. Les infirmiers voyant plus régulièrement les patients et ayant une relation plus « personnelle » avec les patients, peuvent transmettre des informations importantes (évolution des plaies ou des douleurs, l'impact du traitement, situation sociale du patient...). La communication avec les infirmiers se fait majoritairement de manière informelle, plutôt par téléphone, mais également par des notes laissées au domicile des patients ou au cabinet médical. C'est un lien qui est « *facile, direct et convivial.* »

Il ressort des entretiens que le rapport a évolué entre les médecins et les infirmiers du fait de l'augmentation de compétences et de la prise d'autonomie des infirmiers. Parfois ce sont les médecins qui demandent conseil aux infirmiers, notamment pour la prescription de pansements, par exemple. Beaucoup de médecins interrogés apprécient l'évolution de ce lien. Tandis que d'autres pensent qu'il serait préférable de conserver une bonne communication tout en redéfinissant les limites entre les deux professions.

« Avec les infirmières, j'ai beaucoup de contacts car elles n'ont pas le pouvoir décisionnaire. Parfois nous leur demandons leur avis dans la prescription de pansements car elles s'y connaissent beaucoup mieux que nous » Médecin généraliste (56).

38% des généralistes entretiennent des rapports réguliers avec les kinésithérapeutes concernant le suivi des patients.

Enfin, 15% des généralistes évoquent des contacts difficiles avec les pharmaciens dû à leur droit de substituer les médicaments.

Les spécialistes n'ont pas, pour la plupart, évoqué de contacts avec des professionnels de santé autres que leurs confrères médecins.

b- Les acteurs sociaux et médico-sociaux

50% des généralistes interrogés, disent, dans leur rôle *« d'acteurs proches des patients »*, contacter ou orienter les patients vers des assistants sociaux ou les centres communaux d'action sociale en cas de situations difficiles, comme les exclusions socio-économiques, les maintiens à domicile compliqués, l'hospitalisation à domicile ou mise sous mesure de protection juridique. Néanmoins, certains ressentent un manque de retours des acteurs sociaux sur le suivi des patients, et aimeraient coopérer davantage avec eux. Par ailleurs, certains médecins interrogés font part de réticences au sujet des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) et des Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) avec lesquels le contact semble plus impersonnel qu'auparavant.

« Avec les CLIC, j'ai très peu de contacts par manque de temps et nous ne sommes pas souvent sollicités. Depuis que la PTA est arrivée, les relations sont devenues très faibles. Nous ne savons plus qui va être au bout du téléphone. » Médecin Généraliste (56).

Selon tous les généralistes interrogés, la régularité des échanges avec les acteurs sociaux a peu changé depuis leur installation, et dépend beaucoup de leur position géographique et du type de population suivie.

De leur côté, les spécialistes ont évoqué avoir peu de relation avec les acteurs sociaux, n'étant pas les acteurs les plus proches des patients et n'ayant pas autant d'informations sur les patients que les généralistes ou les infirmiers.

Aucun des médecins interrogés n'a évoqué de contact avec les acteurs médico-sociaux mais de manière générale l'amalgame était fait entre les acteurs sociaux et médico-sociaux.

c- La communication entre médecins

Nous nous sommes ensuite intéressés au rapport entre les médecins généralistes, spécialistes de ville, et spécialistes d'établissement public ou privé.

Les questions posées au généraliste étaient :

Quel est votre lien avec les spécialistes de ville ? Quel est votre lien avec les spécialistes d'établissement public ou privé ? Ce lien a-t-il changé depuis votre installation ?

Les questions posées au spécialiste étaient :

Quel est votre lien avec les généralistes ? Quel est votre lien avec les spécialistes d'établissement public ou privé ?

La communication entre généralistes et spécialistes

De manière générale, elle s'est développée durant les dernières années ; ceci est pour beaucoup d'interrogés dû à la diminution de leur nombre. En effet, les médecins sont de moins en moins nombreux sur certains territoires, et par conséquent ceux qui y sont installés sont davantage sollicités. De nombreux médecins généralistes et certains spécialistes passent beaucoup de temps par jour à rédiger des courriers et contacter d'autres professionnels pour des avis et des prises de rendez-vous. Ce temps est imputé sur le temps de soins ou sur leur vie personnelle. Il a souvent été précisé de manière plutôt

agacée que la prise de rendez-vous pour les patients, afin d'être sûr qu'ils s'inscrivent dans un parcours de soins, était de plus en plus courante. Ceci n'était pas aussi fréquent auparavant. Il a également été évoqué que la communication entre les différents acteurs du parcours de soins rassure les patients.

« Les patients apprécient qu'il y ait un lien entre leurs soignants. Cela a un côté rassurant quand ils se sentent dans un parcours de soins choisi et réfléchi. » Infectiologue (35).

La diminution des médecins sur le territoire conduit à plus de relations entre ceux qui sont en activité, mais entraîne également des difficultés de communication entre généralistes et spécialistes. La diminution du nombre de professionnels inquiète les médecins, problématique non identifiée au début de leur carrière.

« Il y a une pénurie de spécialistes, les délais de rendez-vous sont épouvantables, nous n'avons pas le temps de passer une journée à trouver des rendez-vous. Les délais peuvent aller jusqu'à 3 mois pour certains spécialistes ... où sont les dermatologues, les ophtalmos que l'on pouvait appeler avant en cas d'urgence ? » Médecin généraliste (22).

Cette difficulté pour les généralistes de contacter les spécialistes amène à une certaine frustration. Les médecins généralistes savent généralement vers qui rediriger leurs patients mais éprouvent une certaine difficulté.

La majeure partie des médecins évoquant une communication fluide et facile ont précisé bien connaître leur interlocuteur. Le réseau professionnel constitué au fil des années semble donc pallier la difficulté pour les généralistes de joindre les spécialistes.

« Avec les spécialistes la communication se fait très bien, je communique souvent avec le même réseau, généralement par téléphone. » Médecin généraliste (29).

« En ce qui concerne les spécialistes, j'ai repris le réseau de mon prédécesseur. J'ai toujours eu un bon accueil de leur part » Médecin généraliste (29).

La notion de réseau est également ressortie chez les spécialistes :

« Il y a un lien et un choix réciproque entre le généraliste et les spécialistes, à force certains deviennent des correspondants privilégiés à qui on accorde des rdv plus facilement. Cela fonctionne par affinité » Infectiologue (35).

« Par le passé, j'ai connu un très bon relationnel avec les praticiens, on avait un super réseau. Aujourd'hui, étant donné que mes collègues sont partis à la retraite, il faut que je me refasse un réseau et c'est très compliqué de communiquer » Dermatologue (56).

Ainsi pour avoir un contact fluide, il paraît inévitable de se créer un réseau. Or, jusqu'à présent beaucoup de médecins rencontraient leurs confrères lors des réunions de laboratoire mais elles se font de plus en plus rares et certains médecins sont « *rebutés* » par celles-ci en raison de leur aspect commercial. De plus, les médecins étant de plus en plus sollicités, ils ont moins de temps pour se rencontrer.

Certains médecins interrogés ont évoqué les Groupes Qualités auxquels ils participent. Les Groupes Qualité sont composés d'une **dizaine de médecins généralistes d'un même territoire**, qui se rencontrent mensuellement, accompagnés par un animateur, pour **échanger sur leur pratique professionnelle** autour de thèmes définis régionalement, ou au sein du groupe de manière formelle dans le cadre de la formation. Les médecins interrogés faisant partie d'un groupe qualité apprécient pouvoir se former et parler librement sur des thèmes variés (médicaux ou de gestion du cabinet) vers lesquels ils ne se dirigeraient pas naturellement. Il en est ressorti que ces rencontres permettent aux médecins de se motiver et de se rassurer entre eux. En effet les médecins ayant déjà été confrontés à des difficultés peuvent conseiller les autres lors des assemblées (ex : menace de plainte d'un patient).

« Je suis aujourd'hui dans une groupe qualité d'environ 15 médecins avec qui on discute de certains thèmes, de nos pratiques, de nos prescriptions... On se rend compte qu'on ne travaille pas tous de la même manière. Ces rencontres nous permettent de nous remettre dans la mouvance et les normes. » Médecin généraliste (35)

Le cabinet de groupe

En échangeant sur les thèmes de la communication et de la coopération avec les médecins interrogés, certains médecins installés en **cabinet de groupe** ont parlé de leur lien avec les autres médecins de leur cabinet sans que la question ne leur ait été posée.

Ce lien paraît très important pour eux au quotidien, notamment pour les jeunes médecins qui voient le groupe comme étant un fort appui au quotidien et qui a motivé leur installation. En effet, être installé avec des médecins plus expérimentés, leur permettent de pouvoir demander conseil dans le cadre de situations sociales, psychologiques compliquées ou pour des notions de gestion du cabinet. Le cabinet de groupe donne donc une certaine assurance pour les jeunes installés le temps qu'ils acquièrent de l'expérience. Cette notion est confirmée par les médecins plus expérimentés.

« J'ai tendance à moins communiquer avec les médecins du cabinet de groupe au vu de mon expérience, ce qui me paraît normal. Quand j'étais jeune médecin, j'allais très souvent consulter les autres pour avoir des avis. » Médecin généraliste (56).

Pour certains médecins, même si le cœur de leur métier est le diagnostic, il est tout de même agréable de savoir qu'ils peuvent compter sur les autres. Les médecins en cabinet pluri-professionnel trouvent également très enrichissant de discuter avec des spécialistes sur des dossiers compliqués. Ceci permet une meilleure qualité des soins apportés aux patients.

Le cabinet apporte également (en plus des avantages en gestion que nous verrons plus tard) de la convivialité, un confort et une ambiance de travail.

« J'ai eu des expériences en tant que remplaçante en cabinet individuel et ce qui était compliqué pour moi, était de ne voir que des patients dans la journée. Le cabinet de groupe apporte de la convivialité » Médecin généraliste (29).

Quelques médecins ont une vision plus négative du groupe. Pour certains, la communication entre les médecins en groupe est un temps perdu pour les consultations.

Enfin, il ressort que les médecins en groupe sont moins disposés aux rencontres avec les médecins extérieurs à leur cabinet, étant donné qu'ils côtoient déjà des confrères toute la journée.

d- La communication avec les établissements de santé

Sur ce sujet, les avis sont très divergents.

D'un côté, 45% des médecins interrogés éprouvent des difficultés pour entrer en contact avec le service ou la personne souhaitée. Ceci s'explique, selon les médecins interrogés, par la forte activité des hôpitaux, le manque de personnel et de matériel ainsi que la rotation des interlocuteurs qui n'aide pas à la création de liens durables et coopératifs.

« Malgré l'évolution des moyens de communication, je trouve que les échanges se sont dégradés au cours du temps car les professionnels sont très occupés et nous accordent moins de temps qu'auparavant » Cardiologue (35).

« La situation se dégrade à vue d'œil. Il y a des manques de moyens et le problème va grandir à l'avenir. » Médecin généraliste (56).

Quelques médecins généralistes et spécialistes parlent d'un manque de confiance venant de l'hôpital. Ils se sentent parfois « *pris de haut* ». Ce sentiment intervient notamment lorsque les patients qu'ils redirigent aux urgences retournent au début du processus alors qu'ils devraient être hospitalisés, ou lorsque des examens similaires à ceux qu'ils ont menés sont refaits en établissement.

« On a souvent l'impression d'être ignoré, ils refont faire en double des examens aux patients qui ont déjà été fait chez nous ; ils font comme si nous n'existions pas ou comme si nous n'étions pas capables de faire ce qu'ils font. Il y a une mauvaise transition entre la médecine de ville et l'hôpital. » Cardiologue (35).

D'un autre côté, 55% des interrogés témoignent d'une communication fluide avec les hôpitaux, facilitée par les lignes directes et les services spécialisés permettant d'avoir un interlocuteur facilement, apte à répondre à la demande.

« La communication avec l'hôpital s'est améliorée, avant il n'y avait pas de médecin sénior qui répondait pour chaque spécialité » Médecin généraliste (35).

Encore une fois la notion de réseau et de connaissance personnelle a été évoquée. Elle souligne le fait qu'il est important en tant que médecin de se créer des contacts dès le début de sa carrière.

« À l'hôpital j'ai des anciens collègues de promotion qui arrivent en poste, donc c'est facile de communiquer avec eux. » Médecin généraliste (29).

« Notre groupe est assez connu donc nous pouvons facilement communiquer avec l'hôpital public et privé. » Pédiatre (35).

Avec les cliniques, le lien est plutôt correct pour la majorité des médecins ; il est en général meilleur qu'avec l'hôpital.

2- Les nouvelles formes d'organisation

Nous avons souhaité connaître l'avis des médecins sur les nouvelles formes d'organisation et de coordination entre les professionnels de santé qui tendent à se développer et qui ont pour but de fluidifier le travail coordonné.

La question posée était :

**Participez-vous à une forme d'exercice coordonné formalisé (ESP, MSP, CPTS) ?
Qu'en pensez-vous ?**

Sur les 24 médecins interrogés, 2 sont en projet de Maison de Santé Pluri-professionnelle (MSP) appuyé par l'ARS. Les raisons de leur désir de constituer une MSP sont multiples :

-La mise en place de projets portant notamment sur l'alimentation ou l'activité physique mettant en lien plusieurs spécialistes.

-L'amélioration de la communication entre les soignants pour le bien-être des patients.

-La création d'une structure plus attractive pour la jeune génération *« réputée vouloir travailler en groupe. »*

« J'ai toujours essayé de mettre en place des projets communs mais c'était compliqué par le passé. Aujourd'hui il y a des opportunités de travail en coordination et une nouvelle dynamique avec les nouveaux médecins » Médecin généraliste (35).

Par ailleurs quelques médecins évoquent une certaine frilosité concernant les MSP. On remarque que ces médecins sont ceux installés en groupe. Dans l'ensemble, ils trouvent que le fonctionnement est similaire entre ces deux types d'installation, mais avec les contraintes administratives en plus. Il y a aussi la crainte que les MSP deviennent des lieux d'exercice impersonnels, non identifiés, appartenant à la communauté de commune, et qu'il y ait un côté *« dispensaire »* où les patients viendraient n'importe quand, même sans rendez-vous.

Concernant Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), il est important de noter que les médecins n'étaient pas tous au courant de leur existence. Beaucoup, de ceux connaissant la notion de CPTS, n'avaient pas forcément d'avis pour le moment. Le peu d'avis construits étaient mitigés par rapport à la lourdeur administrative et à l'investissement personnel que demande la participation de ces projets formels.

« Je sais que l'ARS veut nous mener vers des CPTS, soit, formaliser ce que nous faisons déjà. Cela m'inquiète car nous allons aller vers de la réunionite et une lourdeur administrative certaine » Médecin généraliste (29).

Certains médecins interrogés voient, tout de même, un intérêt aux CPTS qui permettent de constituer un réseau et ainsi offrir des délais de rendez-vous plus courts pour les patients.

3- La délégation et le transfert des tâches

La question posée était :

Aujourd'hui, l'ouverture de certains actes à d'autres professionnels de santé (ex, vaccination, ou alors délégation (protocole Asalée : action de santé libérale en équipe) impacte-t-elle l'exercice de votre métier ?

Il est intéressant de remarquer qu'en posant cette question, 50% des médecins interrogés ont répondu spontanément de façon négative sur ce thème. Par ailleurs, compte tenu de l'actualité au moment de l'enquête, il est à noter que la discussion sur ce sujet a essentiellement porté sur la délégation de la vaccination aux pharmaciens.

Les 50% de médecins ayant un avis négatif sur ce thème sont très réfractaires à la délégation de la vaccination aux pharmaciens. La raison la plus évoquée est que la vaccination est un acte « *facile* » qui prend peu de temps aux médecins. Cet acte « *facile* » et rapide leur permet de voir leurs patients lorsqu'ils sont en bonne santé et peuvent donc profiter de ce moment pour faire de la prévention (tabac, alcool, MST). De plus, cette consultation rapide leur permet de compenser avec les consultations plus compliquées qui leur font prendre du retard.

« Le rythme sera difficile à tenir s'il nous reste que des actes compliqués comme le suivi du diabète ou de l'hypertension qu'on ne peut pas faire en 15 min. Si on ne voit que des gens très malades, l'ambiance de travail sera moins bonne » médecin généraliste (35).

L'autre moitié des médecins généralistes est moins réticente à la vaccination par les pharmaciens. Pour eux, cette délégation permettrait de libérer du temps aux médecins installés dans les déserts médicaux et d'augmenter la couverture vaccinale du pays.

Néanmoins, la majorité des médecins, qu'ils soient pour ou contre la vaccination par les pharmaciens, seraient plus enclins à déléguer la vaccination ou d'autres tâches (suivi des plaies et pose de pansements) aux infirmières qui sont à leur avis mieux placées pour le faire.

4- Conclusion

La communication des médecins, entre eux ou avec les autres acteurs de santé, a pris de l'ampleur ces dernières années.

Entre médecins, cela s'explique d'une part par la diminution des professionnels sur certains territoires, ce qui resserre les liens entre ceux en place, et d'autre part, au fait que les médecins généralistes prennent beaucoup plus souvent des rendez-vous chez les spécialistes pour leurs patients.

L'exercice en groupe est également très important pour beaucoup de médecins qui ne se voient pas exercer sous une autre forme d'organisation.

Le Lien avec les infirmiers a été particulièrement identifié. Il semble être très important, et apprécié des médecins. C'est d'ailleurs vers les infirmiers qu'ils aimeraient que les tâches soient principalement déléguées.

En ce qui concerne les établissements, avec les cliniques le contact est globalement bon. Avec l'hôpital, les avis sont mitigés, certains éprouvent des difficultés à joindre les personnes souhaitées tandis que d'autres sont satisfaits des lignes directes mises à leur disposition.

Avec les acteurs sociaux et médicaux sociaux, le contact semble facile et évident notamment chez les généralistes mais certains médecins reprochent un manque de retour de ceux-ci.

Malgré cet essor de la communication avec tous les acteurs de santé intervenant autour du patient, beaucoup de médecins interrogés demeurent réticents aux nouvelles formes d'organisation et de coopération formalisées, qui représentent pour eux une lourdeur administrative. Ils restent plutôt attachés à leur exercice de groupe informel et leur réseau personnel.

La notion la plus importante à retenir de ce thème est le réseau. En effet, celui-ci simplifie grandement le quotidien des médecins en leur permettant de contacter facilement les interlocuteurs souhaités. Il intervient à la fois dans la communication vers la ville, vers les établissements de santé et également vers les acteurs sociaux. Les médecins à l'aise dans leur environnement semblent ceux ayant un réseau de connaissances bien établi sur leur territoire.

Nous pouvons donc nous demander comment inciter les médecins à prendre le temps de constituer un réseau. Une des solutions serait de simplifier la mise en place des nouvelles formes d'organisations (MSP, CPTS) pour que les médecins puissent s'y intéresser sans y voir une « [perte de temps](#) ». Les groupes qualité semblent également être un bon compromis entre la formation professionnelle et la constitution d'un réseau.

II- La gestion quotidienne de l'activité des médecins libéraux

Dans une deuxième partie, nous allons nous intéresser à la question de « l'entreprise libérale ». C'est un aspect très important de l'exercice du médecin libéral, qui concerne la gestion du cabinet, la rémunération et enfin le statut du médecin libéral.

1- La gestion du cabinet

L'exercice médical libéral comprenant forcément la question de la gestion du cabinet ou du cabinet de groupe, nous nous sommes interrogés sur le ressenti des médecins bretons concernant cette part de leur exercice.

La question posée était :

Qu'en est-il de la gestion de votre cabinet ? -> Y a-t-il eu une évolution des modalités de gestion depuis que vous avez commencé ? (Procédures administratives, le travail à plusieurs a-t-il changé quelque chose ? normes d'accessibilités, embauche de temps de secrétariat...)

En évoquant la gestion du cabinet, plusieurs médecins interrogés évoquent une lassitude par rapport à l'aspect administratif qu'ils doivent traiter, et qui empiète sur leur temps personnel ou leur temps soignant.

« On se perd dans les tâches administratives qui nous sont imposées. On a la même quantité de documents à remplir pour une légère intervention que pour une lourde. (Compte rendu d'hospitalisation, lettre de sortie...). C'est de pire en pire depuis le début de la carrière. Tout ce temps passé à faire des papiers est du temps qui n'est pas consacré aux patients » Chirurgien (56)

Il a tout de même été souligné que cet aspect a été facilité par l'informatique et devient moins lourd avec l'expérience.

« Sur mon bureau je n'ai aucun papier. L'ordinateur calcule ce que je gagne, j'ai un logiciel de comptabilité qui calcule mes recettes ; je sais exactement ce que je gagne en CB, en espèces, en chèques et ce que me vire la sécu. La mise en réseau avec les secrétaires et la messagerie sécurisée permettent de faciliter la gestion. » Médecin généraliste (56).

En ce qui concerne la différence de gestion entre le cabinet individuel et de groupe, les avis sont assez divisés. De manière générale, les médecins se plaisent dans le type de cabinet dans lequel ils se trouvent et la manière dont il faut le gérer. Des avantages ont été évoqués pour les deux différents types de cabinets.

En groupe, il est souvent apprécié de pouvoir mutualiser les charges et ainsi avoir une gestion plus sereine. Il est également apprécié de pouvoir partager le dossier des patients et de pouvoir prendre des congés pendant les périodes souhaitées, sachant qu'il y a toujours une autre personne au cabinet pour assurer la continuité des soins. Dans la plupart des cabinets de groupe des médecins interrogés, la gestion est divisée entre les médecins selon différents postes (comptabilité, informatique, gestion du personnel, gestion du matériel...). L'inconvénient évoqué des exercices en groupe est que le cabinet, s'il est trop important, peut devenir une « usine à gaz ».

D'un autre côté, pour les cabinets individuels, il a été évoqué une plus grande facilité à gérer les charges, notamment les énergies (électricité, chauffage). La gestion est facilitée par le fait d'être seul à prendre les décisions concernant les achats et l'orientation du cabinet.

« Étant seul, la gestion est plus facile, les décisions sont prises et appliquées rapidement. Je connais exactement les moyens financiers et ce que je peux faire. » Cardiologue (56).

La grande différence entre les deux types de cabinet est la possibilité de rémunérer une secrétaire qui représente pour beaucoup un grand intérêt. Celles-ci permettent de gagner du temps pour la prise de rendez-vous et la gestion des tâches administratives selon leur implication dans le cabinet. C'est aussi un bon intermédiaire pour absorber le stress, l'angoisse ou l'énervement des patients. Un secrétariat est très cher pour un cabinet et reviendrait à environ 1/3 des charges totales. D'où l'intérêt pour beaucoup de médecins de s'installer en groupe pour partager un secrétariat trop cher pour un cabinet individuel.

« Le cabinet de groupe est important pour ne pas se sentir seul, réduire le coût du cabinet, pouvoir avoir un secrétariat physique et non pas un secrétariat téléphonique qui est pour moi un non-sens médical (il vaut mieux avoir une secrétaire qui nous connaît et qui connaît les patients). C'est un confort. » Médecin généraliste (56).

2- La rémunération

Nous nous sommes ensuite intéressés à la rémunération des médecins.

La question posée était :

Que pensez-vous de l'évolution de votre rémunération ? Que pensez-vous de la ROSP

En ce qui concerne l'évolution de la rémunération, les médecins n'évoquent pas forcément d'évolution notable. Certains évoquent une augmentation de leur revenu liée à leur activité plus conséquente qu'au début de leur carrière. Néanmoins, il a plusieurs fois été évoqué que les charges augmentent (informatique, frais de structure, frais de personnel...) donc, même si la rémunération reste stable, les revenus diminuent. La situation paraît plus difficile chez les spécialistes. Ces derniers ont en effet de forts coûts en matériel et des actes, à leurs avis, trop peu cotés.

A propos de la ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique), les avis sont encore très mitigés. 40% des médecins généralistes sont plutôt pour et 60% plutôt contre. Les médecins favorables à la ROSP indiquent qu'elle est souvent en accord avec le bon sens et qu'ils avaient déjà une pratique en accord avec les objectifs. Ils indiquent également qu'elle permet de financer du matériel informatique, des logiciels et des formations ou compenser les heures passées au-delà de la pratique pour mettre en place des projets.

« En ce qui concerne les ROSP, elles m'interpellent même si j'ai tendance à les oublier au quotidien. Elles ont changé ma pratique au niveau des prescriptions car je trouve les ROSP tout à fait correctes c'est une incitation à la qualité du travail. On pourrait encore y intégrer l'arrêt de travail et les gardes » Médecin généraliste (35).

Les médecins opposés à la ROSP la perçoivent comme une manière déguisée d'augmenter leurs revenus sans augmenter leur retraite, ou encore qu'elles ont été mises en place de manière à ce que les médecins ne s'y conforment pas et soient donc moins bien rémunérés.

D'autres pensent que les ROSP ne tiennent pas la route médicalement, et que « remplir la ROSP ne veut pas dire être un bon médecin ». Ainsi, beaucoup considèrent la ROSP comme un bonus, un complément de revenu, mais n'y font pas forcément attention dans leur pratique quotidienne. Enfin cette part de revenu forfaitaire fait peur à certains médecins qui sont très attachés au paiement à l'acte.

« Je n'y fais pas attention, je ne pense pas que la technique du bâton et de la carotte soit vraiment la bonne méthode à adopter. Certains objectifs reposent également sur la bonne volonté des patients. Si je prescris des actes mais que le patient ne veut pas les faire, il ne les fera pas et nous n'y pouvons rien. » Médecin généraliste (56).

3- Le rapport avec les institutions

Nous nous sommes ensuite intéressés aux relations entre les médecins et les institutions dans leur quotidien. La question posée était :

**Quel sont vos liens avec les institutions (comme la CPAM, l'ARS, l'URSSAF) ?
Quels types de relations avez-vous (ils viennent vers vous ? vous allez vers eux ? pourquoi ?) (Irrégularité des patients, arrêts de travail trop longs)**

Pour environ 67% des interrogés, la communication est bonne et courtoise avec la CPAM et s'est améliorée durant les dernières années. Les contacts se font en cas d'arrêts de travail longs, lorsque la fiche de soins est mal remplie ou lorsqu'un patient n'est pas conforme d'un point de vue administratif. Certains évoquent tout de même de mauvais rapports suite à des réprimandes pour des arrêts de travail considérés comme trop longs ou des refus de prise en charge à 100%. Il est également reproché aux CPAM de devoir payer pour les joindre (numéro surtaxé), et qu'il est parfois difficile de contacter la personne voulue.

Avec l'URSSAF le contact est, de manière générale, flou et distant.

Concernant l'ARS, la majorité des médecins n'ont pas de contacts, excepté ceux qui mènent des projets comme la constitution de MSP.

« La sécurité sociale est indispensable pour notre travail. Je ne dis pas qu'ils ont toujours raison mais on se doit un respect mutuel. Le problème est que nous devons payer pour les appeler. » Médecin généraliste (56).

4- L'installation en libéral

Nous nous sommes ensuite intéressés au ressenti des libéraux par rapport à leur statut.

La question posée était :

Que représente pour vous le fait d'être installé en libéral ?

Les réponses à cette question ont été très diverses et opposées. Les médecins interrogés se sentaient soit satisfaits (70%) ou au contraire, insatisfaits (30%) dans leur pratique libérale ; seules quelques réponses étaient nuancées. À noter le ressenti de « liberté » chez tous les médecins satisfaits. En ce qui concerne les avantages du libéral, beaucoup ont évoqué le fait d'être « indépendants », de ne pas « être inclus dans une hiérarchie » et donc de n'avoir « aucun compte à rendre à un patron ». La gestion des horaires et périodes de repos est également un élément très apprécié par les médecins dans leur exercice libéral, tout comme la possibilité de travailler à leur rythme en faisant varier leur volume horaire selon les envies. Certains ont également évoqué la fierté d'avoir développé leur propre cabinet, de le gérer, de s'investir et de recevoir le retour de cet investissement à travers la sympathie des patients. Enfin un des avantages souvent évoqué par les médecins, propre à l'exercice libéral, est d'avoir une patientèle qui leur correspond et qui correspond à leur pratique. En effet, l'importance du lien entre un médecin et son patient est toujours primordiale ; si ce lien ne se crée pas, le patient changera de médecin naturellement pour le bien des deux parties.

« Le libéral c'est être son propre patron donc c'est la liberté, c'est être autonome, c'est de ne pas avoir quelqu'un au-dessus de soi et pouvoir gérer sa patientèle. C'est également des contraintes mais que nous arrivons à gérer avec les autres médecins du cabinet. Même si on travaille beaucoup, on le fait pour nous. On a sûrement plus de volumes horaires qu'un salarié mais on ne le ressent pas comme une contrainte car on décide pour nous-même. Cette liberté est la même depuis le début de notre exercice » Pédiatre (35).

« Je suis beaucoup plus heureux en libéral que je ne l'aurais été à l'hôpital mais cela dépend du caractère et de la vie de chacun » Chirurgien (56).

D'un autre côté, les médecins ayant un avis mitigé voire négatif de leur statut ont évoqué la perte de liberté du fait du contrôle et de l'influence des institutions et des objectifs imposés. La gestion de l'entreprise peut également être vue comme une contrainte, tout comme le volume horaire qui est plus important qu'en tant que salarié.

Beaucoup de ces médecins interrogés ont également évoqué la difficulté de restreindre leur activité pour plusieurs raisons :

- La peur de passer à côté de « *quelque chose de grave* ».
- La difficulté de refuser des rendez-vous aux patients de longue date.
- La difficulté pour les spécialistes de refuser des rendez-vous pris par des confrères qu'ils apprécient
- L'envie de rendre service.

« Etant jeune je ne comprenais pas les libéraux qui travaillaient trop et qui n'arrivaient pas à réduire, mais désormais je suis dans ce même cas. » Infectiologue (35)

Il a été plusieurs fois évoqué par les médecins interrogés qu'en tant que salariés ils n'auraient pas la pression les menant à devoir travailler plus.

5- Conclusion

La gestion de l'entreprise libérale est indissociable de l'activité du médecin libéral. Elle est souvent perçue de façon négative et comme un frein à l'installation du fait de la crainte de la lourdeur administrative, de la rémunération qui apparaît aux médecins comme stagnante, et du risque pris en investissant dans un cabinet.

Les entretiens montrent qu'effectivement beaucoup de médecins sont las de la gestion de l'administratif au quotidien. Néanmoins, les médecins interrogés notent que l'expérience facilite les choses, ainsi que l'informatisation des cabinets.

Nous avons noté en introduction que de plus en plus de médecins exercent en cabinet de groupe. Le cabinet de groupe peut permettre de réduire les charges du cabinet, de mutualiser du matériel et du temps de secrétariat, rassure sur le fait de ne pas être seul responsable de son cabinet. Néanmoins, ce mode d'organisation ne convient pas à tout le monde. C'est aussi le propre de l'exercice libéral de pouvoir choisir sa façon d'organiser son exercice professionnel.

Ainsi, malgré les contraintes liées à la gestion du cabinet, 70% des médecins interrogés sont satisfaits de leur statut de « libéral ». La première chose qui ressort est le sentiment de « liberté » : liberté de pouvoir choisir son mode d'exercice, ses horaires, sa patientèle.

Notons également la fierté du médecin libéral de développer son activité, de s'investir dans son cabinet et d'en recevoir un retour à travers la satisfaction des patients.

Enfin concernant la permanence des soins, beaucoup trouvent les maisons médicales de garde très pratiques malgré la dérive des patients venant consulter pour des actes non urgents. Pour lutter contre les consultations n'étant pas réellement urgentes, coûtant plus cher à l'assurance maladie, une régulation par téléphone pourrait être envisagée.

IV- Le Rapport au métier

Dans une troisième partie, nous allons nous intéresser au sens du métier de médecin libéral. Quel est le ressenti des médecins par rapport à leur travail, celui-ci a-t-il changé au cours des années ? Dans cette partie, nous nous intéresserons notamment au rapport des médecins avec leurs patients, au question de bien-être au travail, ainsi qu'au sens donné à leur métier.

1- La permanence des soins

La permanence des soins est un sujet plutôt représentatif de l'évolution du métier du médecin libéral, tant d'un point de vue organisationnel que de l'engagement et du sens donné au métier.

Pratiquez-vous des gardes ? Des astreintes ?

Si oui : quelle est votre motivation ? (-> plus ou moins qu'au début de votre installation ?)

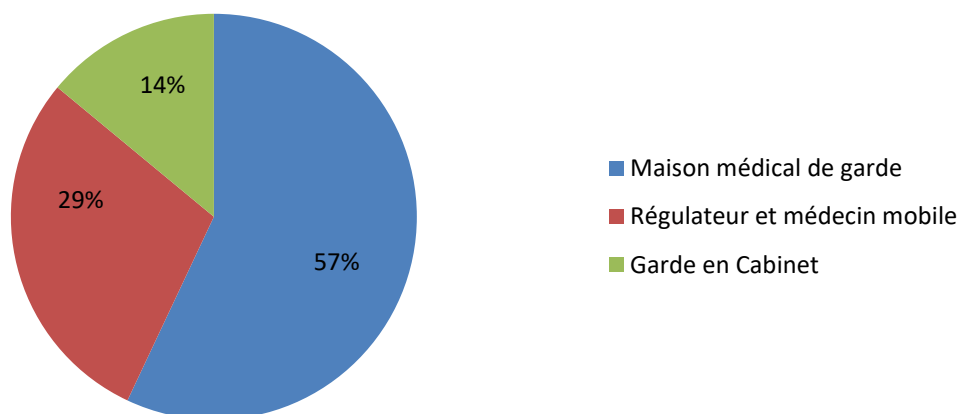
Si non : pouvez-vous m'en indiquer la raison ?

L'organisation est-elle plus ou moins difficile depuis votre installation ?

a- La permanence des soins en ambulatoire

75% des médecins généralistes interrogés pratiquent ou ont pratiqué des gardes durant leur carrière. 54% en pratiquent encore.

Répartition des modes de gardes pratiqués par les médecins interrogés



Remarque : Ces ratios ne sont pas représentatifs de la réalité. En effet, en Bretagne, les médecins régulateurs et/ou mobiles ne sont que 116 sur le territoire, soit 2% des médecins.

Concernant les motivations des médecins, celles-ci sont diverses. La moitié des médecins généralistes pratiquant des gardes les effectuent par réelle envie et plaisir ; ils évoquent un sentiment d'utilité. C'est également une activité qui change du quotidien, et qui est également mieux rémunérée. L'autre moitié des médecins généralistes qui pratiquent des gardes le font car ils les considèrent comme faisant partie du métier.

« J'ai toujours aimé les gardes, cela donne l'impression d'être utile, par exemple quand on nous envoie suturer quelqu'un la nuit. C'est également bien payé et défiscalisé selon les zones de désert médical. C'est évidemment fatigant car on a des troubles du sommeil lorsque qu'on est de garde et les appels peuvent être très urgents. Il ne faut pas en faire trop car c'est très fatigant, mais c'est gratifiant. On doit parfois faire 160 km dans la nuit, ce qui peut être dangereux pour nous. » Médecin généraliste (35).

Les médecins qui ont arrêté les gardes l'ont fait pour des raisons de santé et/ou de fatigue. Ceux qui n'en pratiquent pas évoquent pour la plupart un manque d'intérêt, ou leur choix de privilégier leur temps libre, notamment pour leur vie de famille.

« Les gardes m'angoissent terriblement et ne m'intéressent pas. Dans la médecine générale, ce qui m'intéresse c'est le suivi. D'autres médecins notamment les remplaçants sont friands de faire des gardes qui permettent d'arrondir les fins de mois. Personnellement je préfère avoir du temps libre plutôt que d'avoir davantage de revenus. Je pense qu'un bon médecin

doit être bien dans sa peau et avoir du temps libre. Le temps est un luxe. » Médecin généraliste (29).

Selon la plupart des médecins interrogés, la permanence des soins a beaucoup évolué par rapport au début de leur carrière. Depuis l'installation de SOS médecins, certains médecins ont réduit, voire arrêté de faire des gardes, notamment ceux installés en agglomération. Par ailleurs, plusieurs médecins ont remarqué que la mise en place des maisons médicales de garde a développé une forme de consumérisme de la part des patients qui, parce qu'il n'y a pas de régulation téléphonique, profitent de ce système pour venir consulter le week-end sans rendez-vous au lieu de consulter la semaine pour des actes non urgents (signatures de certificats, renouvellement d'ordonnances...). Ceci provoque de la frustration pour les médecins de garde.

En ce qui concerne l'organisation, certains généralistes apprécient le fait de ne plus avoir à se déplacer chez les patients mais que ce soit à eux de se déplacer au cabinet ou à la maison médicale de garde. D'autres trouvent qu'il n'y a pas assez de généralistes pratiquant des gardes, ce qui peut être source de frustration pour ceux qui en pratiquent. Ainsi, la question d'intégrer la permanence des soins dans la ROESP ou la rendre obligatoire a été posée au cours des entretiens.

b- La permanence des soins chez les médecins spécialistes

La grande majorité des médecins spécialistes interrogés pratique des astreintes. Les spécialistes de cliniques ou ceux de ville en lien avec les cliniques pratiquent des astreintes, en premier lieu par obligation. Malgré les difficultés évoquées, notamment la fatigue, ils considèrent que les astreintes font partie de leur travail et du bon suivi des patients et les pratiquent donc également par sens du métier.

« Je ne me plains pas des astreintes. En prenant de l'expérience, c'est de moins en moins difficile et cela fait également partie du métier. Les astreintes permettent de changer du quotidien et de rester habitué à gérer des cas d'urgence, être plus rapide et efficace au quotidien. Si on ne fait plus d'urgence, on ne saura plus quoi faire s'il y en a une qui se présente.

Les astreintes se passent mieux depuis le début de mon installation, les infirmières sont mieux rodées et n'appellent que s'il y a vraiment besoin sinon ça n'a pas beaucoup changé. »
Infectiologue (35)

Les spécialistes de ville pratiquent volontairement des astreintes pour s'inscrire dans une dynamique d'amélioration de la prise en charge des patients, pour éviter d'encombrer les urgences et également par sens du métier. Il a été évoqué que le cabinet de groupe est également très important pour organiser les astreintes entre les différents médecins le composant.

« Notre motivation est le luxe que nous pouvons apporter aux patients, nous n'en voyons pas forcément beaucoup pendant les astreintes, parfois 3 ou 4, mais au moins ceux-ci n'auront pas encombré les urgences. Les jeunes médecins ont sûrement moins l'envie de faire des gardes, je pense que l'ancienne génération a déteint sur nous, on a toujours envie que les patients puissent compter sur nous et surtout que les enfants aillent bien. » Pédiatre (35)

2- La relation avec les patients

La question posée était :

Le rapport avec les patients a-t-il changé depuis votre installation ?

La relation entre les médecins et leurs patients a indéniablement changé. Tous les médecins ont évoqué un changement dans leur relation avec leur patientèle. Plusieurs changements ont été évoqués, et sont revenus plusieurs fois dans le discours des médecins.

Le premier changement évoqué par les médecins, généralistes ou spécialistes, est l'augmentation de l'exigence de leurs patients. Cette exigence se traduit par le besoin des patients d'obtenir du médecin un diagnostic très rapide et précis. Certains médecins éprouvent le sentiment qu'une partie de leur patientèle tombe dans le consumérisme (exigence d'examens complémentaires ou de médicaments) et que le rôle du médecin est ainsi relégué à un rôle de prestataire, devant être à leur service 24h/24h. De plus, l'accessibilité de l'information sur Internet amène de plus en plus de patients à se renseigner en amont d'une consultation, et à avoir des aprioris sur leur problème de santé

et ce dont ils ont besoin pour guérir. Cela est quelque chose de difficile à gérer pour les médecins qui, dans certains cas, ont le sentiment de ne plus être la première référence pour leur patient. Ils expriment également une impression d'être considérés seulement comme prescripteur de médicaments, devenus un bien de consommation. Certains ont même déjà ressenti de l'angoisse à l'idée de recevoir une lettre de plainte venant de certains patients exigeant le risque zéro, ou de patients insatisfaits n'ayant pas eu la prescription attendue.

Les médecins interrogés exerçant en zones moins urbanisées, remarquent cependant que leur relation avec leurs patients n'a pas forcément changé depuis leur installation : il y a toujours une grande confiance et un respect venant de leur patientèle qui sont moins dans le consumérisme, étant plus « dur au mal ».

« Je trouve que les patients sont de plus en plus dans l'attente que le médecin les guérisse mais il faut également qu'ils fassent attention à leur santé pour faciliter leur guérison ou améliorer leurs conditions de vie. » Médecin généraliste (56).

« La judiciarisation est un problème. Nous sommes passés à une obligation de moyen à une obligation de résultat. C'est un fort stress au quotidien qui accompagne la nécessité de travailler plus. La fatigue et le stress ne sont plus compatibles avec une pratique de qualité. » Chirurgien (56).

Beaucoup ressentent une forte diminution du respect venant des patients. Ils perçoivent également plus d'agressivité au cabinet, ainsi que sur internet où les patients insatisfaits n'hésitent pas à donner leur opinion parfois de manière très virulente et blessante. La diminution du respect des médecins couplée avec la possibilité d'anonymat des commentaires internet ne fait qu'augmenter le problème.

« Nous pouvons avoir des remarques désagréables et déprimantes sur internet. On nous dit de faire attention à notre e-réputation mais nous n'avons pas que ça à faire. Nous sommes notés comme des hôtels par les patients. Je pense que nous ne sommes pas assez protégés par le conseil de l'ordre sur ce point. » Infectiologue (35).

A noter que beaucoup de médecins ont précisé que l'évolution de leur relation avec leurs patients ne se retrouve pas que dans leur cabinet mais dans toute la société de manière générale.

Malgré ces aspects négatifs de l'évolution de la relation avec les patients, 37% des médecins interrogés précisent qu'il est important de garder un bon lien. Pour eux, c'est un aspect primordial de leur exercice. Bien connaître les patients permet de repérer les

problèmes plus rapidement. Enfin certains précisent que les patients se sentent de plus en plus concernés par leur santé, posent plus de questions qu'avant, et qu'il faudrait rebondir sur l'intérêt qu'ils portent à leur santé pour mieux les prendre en charge.

« Avant on disait au patient qu'il ne faut pas fumer, qu'il ne faut pas boire, maintenant on va plutôt être dans l'échange et leur demander s'ils envisagent d'arrêter de fumer et de boire et les accompagner s'ils sont motivés. On est plus dans une démarche centrée sur le patient, ce n'est plus « il faut que » mais « que voulez-vous faire ? » Médecin généraliste (35).

3- L'équilibre entre la vie personnelle et professionnelle

Nous avons ensuite cherché à savoir si les médecins libéraux bretons arrivent à trouver un équilibre entre leur vie professionnelle et personnelle. La question posée était :

Arrivez-vous à trouver un bon équilibre entre votre vie professionnelle et personnelle ? (Évolution depuis votre installation) si oui quel est-il ? Si non pourquoi ?

56 % des médecins interrogés ont un équilibre de vie entre vie professionnelle et vie personnelle qui leur convient. Parmi ces médecins, la moitié nuance cependant ces propos en indiquant par exemple que leur conjoint leur reproche de trop travailler, qu'ils ne passent pas ou n'ont pas assez passé de temps avec leurs enfants, ou encore qu'ils travaillent beaucoup mais que cela leur convient. Beaucoup indiquent qu'il faut faire attention à ne pas se laisser déborder par les patients, et prendre du recul pour éviter le burn out, même si c'est parfois difficile de refuser des rendez-vous et de potentiellement passer à côté de quelque chose d'important.

« Je travaille beaucoup, je ne me plains pas car j'aime mon travail. C'est tous les jours des défis et ça m'anime » Cancérologue (29).

44% des médecins ne parviennent pas à trouver l'équilibre qu'ils souhaiteraient, ce qui n'est pas négligeable. Les raisons évoquées sont le volume trop important de travail, causé par la difficulté de refuser du temps aux patients et la difficulté de décompresser en rentrant chez soi. Les médecins ne trouvant pas leur équilibre ont l'impression de passer ou d'être passé à côté de leur vie privée. Certains indiquent qu'il est important d'avoir un conjoint compréhensif et prêt à faire des concessions.

*« Je suis divorcé et mon métier a sûrement influé là-dessus de par l'investissement personnel qu'il demande et la passion avec laquelle je le pratique. Je pense que les jeunes ont d'un côté raison de vouloir moins travailler et que l'idée du salariat est difficilement critiquable même si d'un autre côté il faudra savoir être là quand les patients en auront vraiment besoin ? »
Médecin généraliste (56).*

En ce qui concerne l'évolution de l'équilibre, cela dépend des individus. Certains trouvent plus facile de maintenir un équilibre avec l'expérience, d'autres témoignent du contraire. La notion de « l'envahissement » est tout de même souvent revenue, et cela risque de s'accroître au vu du nombre de médecins en diminution sur le territoire.

4- Le bien-être au travail

En complément de l'équilibre vie professionnelle et vie personnelle, nous avons posé la question :

Arrivez-vous à pratiquer votre métier sereinement ? (Évolution depuis votre installation)

Généralement, les médecins interrogés exercent sereinement leur métier, même si quelques-uns d'entre eux jugent parfois difficile de traiter certains patients sur des consultations courtes, et ont du mal à respecter leur emploi du temps.

Parmi ceux ne pratiquant pas leur métier sereinement, certains ont évoqué des inquiétudes concernant les notions administratives et les aléas liés à la structure ou au cabinet, voire sur la restriction de leur liberté venant des institutions (organisation de travail, liberté des horaires, liberté d'installation).

La question de la démographie médicale est également source de pression. En effet, si le nombre de médecins continue de diminuer dans certains territoires, il y aura un fort afflux chez les médecins restant, ce qui pourra être une forte source de pression, voire de menace pour leur équilibre de vie, comme vu précédemment.

*« C'est très difficile de refuser des gens et de se dire qu'on passe à côté de quelque chose d'important. Cela a commencé à se dégrader depuis 5 ans. Si cela continue, les spécialistes devront voir 80 patients par jour à la chaîne et cela ne sera humainement pas tenable. »
Cardiologue (35).*

5- Le sens donné au métier

Pour continuer à nous intéresser au ressenti des médecins par rapport à leur travail, nous leur avons posé la question :

Est-ce que votre exercice correspond à celui que vous attendiez en étant étudiant ?

Beaucoup de médecins interrogés n'ont pas su répondre à cette question, ne se l'étant pas forcément posée lors de leurs études. Parmi ceux qui ont répondu, 50 % ont évoqué le fait qu'ils ne s'attendaient pas à avoir autant d'administratif à régler au quotidien, au point que « cela en est devenu désabusant ». Ils précisent tous qu'ils n'ont pas été assez préparés à cet aspect du métier pendant leurs études.

« C'est difficile de faire cette analyse, mais je ne pense pas que ça corresponde complètement. On est noyé sous les papiers, on est constamment demandé par tout le monde (demande de justifications, comptes rendus etc...). On a toujours des courriers et des appels à faire, se pencher sur les impayés... » Médecin généraliste (22).

A cette question, certains médecins ont répondu ne pas exercer la spécialité qu'ils avaient souhaitée pendant leurs études, mais qu'ils sont tout de même plus que satisfaits. Ceci se vérifie notamment chez les généralistes.

« Je ne voulais pas faire généraliste. Au début j'avais peur d'avoir raté ma vocation, mais au final je ne regrette pas du tout, je me suis bien réalisée dans ce métier. Je fais encore plein de gestes techniques, je ne m'ennuie jamais. » Médecin Généraliste (22).

Pour finir nous avons demandé aux médecins interrogés :

Quel est le sens que vous donnez à votre métier ?

70 % des médecins interrogés disent aimer apporter leur aide aux autres pour améliorer leur qualité de vie. Ils se sentent investis d'une mission, ou ressentent une certaine valorisation à pratiquer la médecine. Le côté humain est plus qu'important pour beaucoup, notamment le fait de suivre des familles sur plusieurs générations et d'apporter du bien-être aux personnes qui leur font confiance. Malgré la difficulté du métier, la passion reste un moteur. *« C'est un métier qui permet d'aider les autres à vivre, on peut être fier et valorisé quand on aide les personnes, c'est pour moi un des plus beaux métiers du monde » Médecin généraliste (35).*

« Ce qui est bien dans notre métier, c'est que nous gagnons bien notre vie et que nous rendons service à la population. Ce n'est pas forcément le cas dans d'autres professions bien rémunérées comme les commerciaux. Quand nous rentrons chez nous le soir, nous sommes heureux d'avoir apporté notre aide ou sauvé une vie » Chirurgien (35).

D'un autre côté, 30% des médecins interrogés évoquent la médecine comme leur travail, et disent qu'ils ne souhaitent pas forcément « donner leur vie pour leur métier ». Ce type de discours est davantage présent chez les jeunes médecins qui, de manière générale, prennent plus de recul et se protègent davantage du surmenage. « Je n'ai pas forcément l'impression de faire un travail différent des autres, on a suivi des études comme tout le monde, on fait des choses qu'on a apprises. » Médecin généraliste (29).

6- Conclusion :

L'exercice de la médecine libérale est ressenti comme difficile par beaucoup de médecins interrogés. Cependant, ils sont très majoritairement satisfaits de leur exercice. Ils s'engagent profondément dans leur métier, le considèrent généralement avec passion, et trouvent une gratification dans l'aide apportée à la population.

Parce que leur investissement est fort dans leur métier, les difficultés pointées engendrent d'autant plus de frustrations pour les médecins, et peuvent devenir source de mal-être au travail.

Il est important pour les médecins d'être soutenus dans leur exercice, que ce soit au moment de leur installation, où dans leur quotidien.

VI- Les nouvelles technologies

Faisant pleinement partie de l'évolution du métier de médecin libéral, nous avons décidé de nous intéresser aux nouvelles technologies et à leur utilisation. Nous allons donc étudier dans cette dernière partie l'utilisation qu'ont les médecins libéraux bretons, des nouvelles technologies.

La question posée était :

Utilisez-vous des nouvelles technologies dans votre pratique quotidienne ?

(Télémédecine, DMP, applications mobiles sécurisées / non sécurisées, messagerie sécurisée...)

Oui : est-ce que cela a modifié votre pratique ? En quoi ? (Gain de temps, facilité, organisation...)

Non : pensez-vous que cela va la modifier ?

1- Le Dossier Médical Partagé

En ce qui concerne de Dossier Médical Partagé (DMP), beaucoup de médecins y voient un grand intérêt pour trouver des informations sans avoir à appeler leur confrère ou interroger leurs patients. Le DMP pourrait représenter un gain de temps pour eux, et améliorer la prise en charge des patients. Cependant, pour la majorité des intéressés, dans sa pratique, le DMP est encore très flou et trop compliqué à utiliser.

« Le DMP est très dur à utiliser, c'est très chronophage de mettre des documents. Cela ressemble à une grande boîte sans réelle organisation. Cela pourrait être très utile pour suivre les patients surtout dans les zones ayant beaucoup de touristes. » Médecin généraliste (56).

« Nous avons régulièrement des patients qui nous montrent leur prise de sang ou ordonnance sur leur téléphone, cela nous évite de nous embêter avec le DMP qui ne marche pas. » Cardiologue (35).

2- La messagerie sécurisée

La plupart des médecins interrogés ont un usage quotidien de la messagerie sécurisée. Elle est utilisée pour des demandes d'avis à des confrères, des demandes de consultations, voire des transmissions d'ordonnances aux infirmières. Elle leur permet une meilleure

organisation et limite le dossier papier. Certains problèmes ont tout de même été évoqués, comme le fait d'avoir des caractères aberrants à cause de logiciels non compatibles, ou encore le fait de recevoir à la fois des documents sur la messagerie sécurisée et en papier, ce qui prend beaucoup de temps à traiter et à organiser.

« J'utilise quotidiennement la messagerie sécurisée, néanmoins les généralistes passent encore trop souvent par le courrier écrit. » Chirurgien (35).

3- La Télé médecine

La téléconsultation

La question de la téléconsultation divise l'échantillon interrogé. 30% des médecins interrogés y voient un intérêt et souhaiteraient en pratiquer à l'avenir. Les raisons évoquées sont la possibilité de réaliser certains actes pouvant être faits à distance et ainsi de gagner du temps. Les médecins souhaitant pratiquer la téléconsultation précisent qu'ils auront besoin d'un accompagnement et d'un suivi pour pouvoir utiliser convenablement les outils dédiés, et surtout que cet outil ne leur fasse pas perdre de temps.

« Je pense que cela est très bien pour notre profession, mais il faut que nous soyons accompagnés, nous ne sommes pas experts en informatique ; il faut nous montrer comment ça marche. Nous avons besoin de formation et que quelqu'un organise le réseau de téléconsultation. Nous devons d'abord penser à nos patients et le reste nous le voyons si nous avons le temps. » Infectiologue (35).

70% des médecins interrogés ne souhaitent pas faire de téléconsultations. Il a été plusieurs fois évoqué que la téléconsultation risque de déshumaniser le soin, qu'elle n'a pas d'intérêt dans leur exercice quotidien, ou qu'elle risque de prendre plus de temps que des consultations classiques en raison d'éventuels problèmes techniques.

« Je suis réticent à la téléconsultation même si j'apprécie l'électronique. J'aime voir rentrer les gens, voir leur état, leur couleur, leur odeur qu'on ne perçoit pas sur les écrans. J'ai peur que ce ne soit pas moins chronophage qu'une consultation normale. Mon avis peut changer dans le temps. » Médecin généraliste (56).

« Je ne pense pas que ce serait rendre service aux patients, c'est très difficile de se faire un avis à distance et si cela tourne mal on va nous le reprocher » Chirurgien (35).

Néanmoins, certains de ces médecins réticents à pratiquer la téléconsultation y voient tout de même un intérêt pour pallier le manque de médecins dans les déserts médicaux, ou pour faciliter l'accès aux soins des patients ayant des difficultés à se déplacer.

La téléexpertise

La majorité des interrogés ne connaissait pas ou très peu la téléexpertise. En leur expliquant le principe, beaucoup disaient déjà pratiquer de la télé expertise depuis de nombreuses années, mais de façon informelle, en envoyant des SMS ou des MMS pour avoir des avis. Ils reconnaissent qu'un outil adapté et sécurisé pourrait leur être très utile. *« Cela m'arrive de temps en temps d'envoyer des photos pour avoir l'avis de dermatologues au CHU par sms et par mail. J'utilise énormément le téléphone pour avoir une réponse directe. »* Médecin généraliste (29).

« La télé expertise est bien dans l'idée de reconnaissance du temps utilisé à la discussion entre médecins mais je m'y intéresserai plus tard. » Médecin généraliste (29).

4- Conclusion

Les médecins voient de manière générale un intérêt pour les nouveaux outils, mais n'en ont pas encore une totale utilisation au quotidien. Malgré quelques soucis techniques, la messagerie sécurisée reste le seul outil bien intégré dans le quotidien des médecins.

Les médecins voient un intérêt réel au DMP, mais son utilisation difficile, même par des médecins habitués à l'informatique, le rend inopérable.

La téléconsultation est difficilement reçue par les médecins qui lui trouvent un côté déshumanisant même si elle a un intérêt dans les déserts médicaux. On remarque cependant que s'ils ne le font pas déjà, un certain nombre de médecins envisagent de l'utiliser à l'avenir.

Enfin la téléexpertise est, dans le principe, déjà pratiquée par les médecins mais de manière informelle, il y a donc un intérêt à ce qu'elle soit développée et davantage mise en avant.

A noter que les médecins interrogés, dans l'ensemble, se sont beaucoup moins exprimés sur le sujet des nouvelles technologies que sur les autres sujets. En effet, beaucoup

observent les évolutions technologiques de loin et souhaitent voir leur impact avant de les adopter dans leur quotidien.

VII- Et demain ?

En fin d'entretien, nous avons interrogé les médecins sur leur vision de l'exercice de la médecine libérale de demain.

Nous leur avons donc demandé :

Comment voyez-vous la pratique de votre métier dans cinq ou dix ans ?

La question étant très ouverte, les réponses ont été variées, mais quelques thèmes ont été abordés plusieurs fois.

Tout d'abord, les médecins interrogés espèrent que leur métier reste ce qu'il est dans les années à venir. Ils aspirent à une pratique variée et à continuer à suivre les patients sur le long terme.

La disparition des cabinets individuels a ensuite été évoquée, compte tenu du désir des jeunes médecins de travailler en groupe, ainsi que des politiques visant à réunir les médecins en maisons ou centres de santé.

Plusieurs médecins espèrent davantage de communication et de coopération à l'avenir.

« Je pense qu'il va falloir beaucoup décloisonner et beaucoup travailler avec les infirmiers qui ont un métier de terrain formidable. Les infirmiers peuvent pallier le manque de médecins, notamment dans les actes de routine. Il faut redistribuer le travail pour que nous puissions rester au diagnostic. L'avenir, c'est de travailler en partenariat. » Généraliste (22).

En ce qui concerne les nouvelles technologies, plusieurs médecins se voient davantage équipés, pour pratiquer la télémédecine par exemple. Mais ils espèrent que ces outils seront simples à utiliser.

« J'espère que plus tard nous pourrons avoir davantage d'informations sur les patients quand nous les verrons. On pourra connaître leur points faibles génétiques sans devoir aller à la pêche aux informations. Les infos nous seront données par les cartes vitales ou dans le DMP. La technologie va prendre de l'ampleur mais elle n'empêchera en rien le lien entre médecin et malade ; il faudra utiliser les outils à bon escient. » Infectiologue 35.

Enfin certains espèrent qu'il y aura davantage de médecins à l'avenir, grâce à l'ouverture du numéris clausus notamment, car le manque de médecins est aujourd'hui très inquiétant.

« Aujourd’hui il y a plus de barreaux que de rameurs. Pour un seul médecin, il y a des dizaines d’acteurs qui cadrent et contrôlent son activité. La barque ne peut plus avancer s’il n’y a que des barreaux. La question que je me pose c’est qui va nous soigner demain ? » Chirurgien (56).

Conclusion

Les Conseils aux étudiants

Confronté aux évolutions de la société et du système de santé, l'« Art médical » a beaucoup évolué depuis plusieurs années. Or, parce qu'il n'est pas seulement un savoir-faire mais bien un savoir-être, l'impact des évolutions de l'exercice libéral a une forte résonance sur l'art médical. En effet, ces changements amènent les médecins libéraux à s'interroger sur leurs pratiques, leur positionnement, le sens qu'ils donnent à leur métier. C'est une mutation profonde qui s'opère aujourd'hui, et qui peut parfois engendrer de l'inquiétude et du mal-être pour les médecins libéraux.

Pour autant, cette étude démontre qu'aux delà des difficultés, les médecins libéraux donnent un sens profond à leur métier et à la place qu'ils occupent au sein de la population qu'ils soignent. Ils sont passionnés, volontaires, investis, attachés à leur liberté et à la diversité de leur exercice.

La complexité de l'exercice libéral est réelle, mais derrière les peurs et les frustrations, les gratifications reçues et l'engagement démontré des médecins auprès de leurs patients et sur leur territoire nous permettent d'affirmer que oui, demain, la médecine libérale aura toujours de l'avenir.

Pour conclure, nous avons souhaité vous présenter les conseils que des médecins interrogés donnent aux étudiants, les futurs médecins de demain.

La question posée était :

Si je vous dis que je suis étudiant en médecine et que je souhaite m'installer en libéral, que me diriez-vous ? (Conseils, motivation...)

« Si c'est ce que vous voulez faire, allez-y à fond, même s'il y a des moments difficiles pendant vos études et votre carrière, il faut continuer, ce sont eux qui vous forgeront. La médecine générale est passionnante, très ouverte et diversifiée. Il faut surtout s'informer et ne pas hésiter à voir la réalité du terrain. » Médecin généraliste (29).

« Il faut continuer. Tout est possible, il faut le vouloir, on peut aussi façonner son exercice, c'est plus facile à dire quand on est proche de la retraite, mais c'est possible. Il ne faut pas se lancer seul, un jeune médecin s'installant seul va se retrouver rapidement en difficulté et enseveli sous les demandes. Il faut être plusieurs pour faire face à la vague de patients, être moins fatigué et pouvoir débriefer » Médecin généraliste (22).

« Je ne vous freinerais pas. Je vous dirais d'être attentif au moment de l'internat sur le fonctionnement de l'exercice libéral. Pour tout ce qui est organisationnel (URSSAF, CARMF) nous sommes très peu informés. Il faut apprendre à devenir chef d'entreprise et prendre les devants pour se former. » Médecin généraliste (56).

« Il ne faut pas avoir peur de s'installer pour toutes les histoires d'administratif ; il faut savoir prendre des décisions seul. Je conseille de ne pas se donner corps et âme aux patients et savoir garder ses distances. En début de carrière, on peut avoir tendance à beaucoup donner de son temps aux patients mais ils ne le méritent pas tous » Médecin généraliste (56).

« Il faut qu'il choisisse bien ses associés et essayer d'être en monopole, seul sur la ville sans concurrence. Tout ce qui est machines et locaux, c'est facile mais les relations humaines sont primordiales. Il y a le risque de se retrouver coincé dans une société dans laquelle vous avez des parts et que personne ne veut les racheter. » Radiologue (29).

« Je conseille fortement de s'installer en groupe, car c'est quand même un grand confort pour l'organisation de la vie personnelle. De plus, en début de carrière c'est très rassurant de pouvoir poser des questions et apprendre des autres. C'est un confort et une force malgré les lourdes charges. » Pédiatre (35).

« Il faut se créer rapidement un bon réseau pour avoir de bons collaborateurs, c'est précieux. En ville il faut savoir créer du lien, un radiologue qu'on connaît nous fera une radio plus vite par exemple. Il faut faire un effort, ne pas hésiter à passer par le téléphone pour créer un meilleur lien par la voix. Il faut également un bon comptable pour bien surveiller l'aspect financier. Il faut faire attention à l'aspect procédural, nous sommes dans une aire où les patients deviennent des consommateurs, il faut donc mettre un peu de miel dans sa voix pour ne pas s'exposer à la hargne des personnes qui abusent. » Infectiologie (35).

« Il faut surtout venir voir comment cela se passe en libéral, aller à la rencontre des professionnels. Il faut prendre les devants. Il faut en discuter. En libéral, il faut avoir un esprit d'entrepreneur (construction de projet, gestion de son temps, salaire plus élevé). » Dermatologue (56).

« Il faut s'investir auprès de ses patients et les accompagner. Rien à voir avec le profil de l'hospitalier. Aussi, il faut travailler en groupe, c'est important et bien s'organiser pour gagner du temps et de la réactivité. » Cardiologue (29).

« Il faut choisir la spécialité qui vous plaît. Le métier est prenant, il faut donc choisir ce qui vous intéresse vraiment. Le libéral permet d'être libre et de ne pas subir les contraintes de l'administration. » Chirurgien (35).

ANNEXES

Date :

Durée :

Annexe 1 Guide d'entretien

Guide d'entretien semi-directif

Objet : Etude qualitative sur l'évolution de la pratique des médecins libéraux.

Introduction

Remerciements + demande d'enregistrement + rappel de l'anonymat et de la confidentialité

Présentation personnelle (master + stage)

Dans le contexte de réalisation d'un rapport pour l'URPS MLB, nous allons discuter pendant 1h de différents thèmes concernant **l'évolution de la pratique du métier de médecin libéraux**. Ce qui m'importe, c'est de bien comprendre votre point de vue sur le sujet, comment vous voyez les choses de par vos propres expériences. Exprimez-vous le plus librement possible en vous appuyant sur vos expériences et votre ressenti.

(Relance : Cela vous motive ? Cela correspond à vos attentes, vous êtes satisfait/ convaincu ?)

Présentation de l'enquêté

Nom :

Prénom :

Âge :

Spécialité :

Lieu de profession :

Début de l'exercice :

Type d'exercice (cabinet de groupe (combien), individuel, MSP, établissement...) :

1 La coordination

-A. Exercice coordonné-

Pratiquez-vous une forme de coopération ou d'échange avec d'autres professionnels ? (Personnels soignants autour des patients, acteurs sociaux et médico-sociaux, CLIC (centres locaux d'information et de coordination), MAIA (Méthode d'Action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie), PTA (plateformes territoriales d'appui...) Qu'est-ce que cela vous apporte ?

Participez-vous à une forme d'exercice coordonné formalisé (ESP, MSP, CPTS) ?

Qu'est-ce que cela a changé en comparaison à votre type d'exercice précédent ?

(Ces liens ont-ils modifié la pratique de votre métier comparé au début de votre profession ?)

Quelle en est la raison (manque d'intérêt, manque de temps pour vous en occuper, méconnaissance des projets...) ?

-B. Transfert des actes médicaux / Délégation des tâches-

Aujourd'hui, l'ouverture de certains actes à d'autres professionnels de santé (ex vaccination, ou alors délégation -> ex (protocole asalee : Action de santé libérale en équipe) impacte-t-elle l'exercice de votre métier ?

Pratiquez-vous la délégation des tâches et qu'en pensez-vous, depuis votre installation ?

-C. Lien ville/Etablissement-

Généralistes : Quel est votre lien avec les spécialistes de ville ? Quel est votre lien avec les spécialistes d'établissement public ou privé ?

Spécialistes : Quel est votre lien avec les généralistes ? Quel est votre lien avec les spécialistes d'établissement public ou privé ?

Spécialistes d'établissements : Quel est votre lien avec les généralistes ? Quel est votre lien avec les spécialistes de ville

(Quels moyens : messagerie, courrier, téléphone, réunions...)

Le lien a-t-il évolué depuis le début de votre installation ?

-D. Organisation de la permanence des soins en ambulatoire (PDSA)-

Pratiquez-vous des gardes ? Des astreintes ?

➡ **Oui**: Quelle est votre motivation ? (-> plus ou moins qu'au début de votre installation ?)

➡ **Non** : Pouvez-vous m'en indiquer la raison ?

L'organisation est-elle plus ou moins difficile depuis votre installation ?

2 Le cabinet

-A. Entreprise libérale (clinique ou ville)-

Que représente pour vous le fait d'être installé en libéral ?

Qu'en est-il de la gestion de votre cabinet ? -> Y a-t-il eu une évolution des modalités de gestion depuis que vous avez commencé ? (Procédures administratives, le travail à plusieurs a-t-il changé quelque chose, normes d'accessibilités, embauche de temps de secrétariat...)

Quel sont vos liens avec les institutions (comme la CPAM, ARS, URSSAF) ?

Quels types de relations avez-vous (ils viennent vers vous ? vous allez vers eux ? pourquoi ?) (Irrégularité des patients, arrêts de travail trop longs)

-B. La rémunération-

Que pensez-vous de l'évolution de votre rémunération ?

Est-ce que cela a changé votre pratique (ex : incitations financières pour de la prévention)

-C. Santé des soignants-

Arrivez-vous à trouver un bon équilibre entre votre vie professionnelle et personnelle ? (Evolution depuis votre installation) Si oui quel est-il ? Si non pourquoi ?

Sentez-vous de l'agressivité de la part des patients ? (Evolution depuis votre installation)

Arrivez-vous à pratiquer votre métier sereinement ? (Évolution depuis votre installation)

➔ **(Oui/Non -> pourquoi)**

3 Le sens du métier

Le rapport avec les patients a-t-il changé ? (Évolution depuis votre installation)

Est-ce que votre exercice correspond à celui que vous attendiez en étant étudiant ?

Quel est le sens que vous donnez à votre métier

Si je vous dis que je suis étudiant en médecine et que je souhaite m'installer en libéral, que me diriez-vous ? (Conseils, motivation...)

4 Les nouvelles technologies

Utilisez-vous des nouvelles technologies dans votre pratique quotidienne ? (Télémédecine, télé expertise, DMP, applications mobile sécurisées / non sécurisées, messagerie sécurisée....)

+ (Logiciels d'aide à la décision)

➔ **Oui** : est-ce que cela a modifié votre pratique ? En quoi ? (Gain de temps, facilité, organisation...)

➔ **Non** : pensez-vous que cela va la modifier ?

(Si non, avez-vous été informé ou alors vous n'êtes pas intéressé ?)

(Logiciels d'aide à la décision)

Ouverture : Comment voyez-vous la pratique de votre métier dans cinq ou dix ans ?

Annexe 2 Calendrier de la mission

-Realisation des entretiens physiques et téléphoniques

-Retranscription des entretiens

-Prise de contact avec les médecins via publipostage et téléphone

-Analyse des entretiens

-Rédaction du rapport

