

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2009

N° 36

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Médecine Générale

par

Ariane RICHARD

Née le 8 mai 1979 à Schiltigheim

**EVALUATION QUANTITATIVE ET QUALITATIVE DU
TRAVAIL ADMINISTRATIF DU MEDECIN GENERALISTE :
MESURES AUPRES DE TROIS MEDECINS GENERALISTES
DE LOIRE ATLANTIQUE**

Président : Monsieur le Professeur RODAT

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur CANEVET

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE : LE SURCROIT DE TRAVAIL, RECHERCHE DES CAUSES ET SOLUTIONS EXISTANTES

<u>I. LES CAUSES DU SURCROIT DE TRAVAIL</u>	p 11
<u>A. Une démographie médicale en chute libre</u>	p 11
<u>1. Renouveau des générations</u>	p 12
a) Mesures ayant conduit au sous effectif actuel	
(1) <i>La réduction du numerus clausus</i>	
(2) <i>Mécanismes d'incitation à la cessation d'activité</i>	
b) Désaffection des jeunes médecins : spécialisation et salariat	
<u>2. La féminisation de la profession</u>	p 14
<u>B. Contraintes inhérentes à la pratique</u>	p 16
<u>1. Garde et permanence des soins</u>	p 16
<u>2. La protocolisation des soins</u>	p 16
<u>3. Les contraintes administratives</u>	p 17
<u>4. La formation médicale continue</u>	p 17
<u>5. Exigence des patients</u>	p 18
a) Exigence de résultat	
b) Exigence de prise en charge	
c) Les dérives procédurières	

<u>C. Manque d'attractivité des campagnes et des zones défavorisées</u>	p 20
<u>1. Disparité nord-sud</u>	p 20
<u>2. Disparité ville – campagne</u>	p 21
<u>3. Cas des zones défavorisées</u>	p 21

II. MESURES PRISES POUR LUTTER CONTRE CETTE CRISE DEMOGRAPHIQUE ET POUR COMBLER LES DISPARITES..... p 22

A. Mesures prises pour lutter contre le déficit démographique..... p 22

<u>1. Augmentation du numerus clausus</u>	p 22
<u>2. Reprise d'une activité pour les médecins retraités</u>	p 23

B. Mesures d'incitation à l'installation dans les zones défavorisées médicalement..... p 23

<u>1. Mesures d'incitations financières</u>	p 23
<u>2. Mesures non financières</u>	p 25

C. Multiplicité des offres : quelle efficacité ?..... p 30

D. Les enseignements des pays étrangers..... p 31

DEUXIEME PARTIE : ETUDE PAR OBSERVATION DIRECTE DE LA QUANTITE DE TRAVAIL ADMINISTRATIF CHEZ TROIS GENERALISTES DE LOIRE-ATLANTIQUE

I. MATERIEL ET METHODE..... p 33

A. Portrait des trois médecins généralistes et de leurs conditions de travail..... p 33

1. Dr R...... p 33

2. Dr Pa...... p 34

3. Dr Pl...... p 35

B. Définition de la notion de « travail administratif », inclusions et exclusions..... p 35

1. Définition de la notion de « travail administratif »..... p 35

2. Inclusions et exclusions..... p 36

a) Tâches administratives obligatoires..... p 36

(1)Tâches liées à la prise en charge financière des soins

(2)Grossesse, maternité, protection infantile,

(3)Tâches administratives ne contribuant ni au soin, ni à la santé publique, ni à la prise en charge financière

(4)Cas particuliers des demandes d'hospitalisation à la demande d'un tiers et d'hospitalisation obligatoire

(5)Demande de tutelle et curatelle

b) Tâches administratives non obligatoires..... p 38

(1)Remplissage des grilles AGGIR et des dossiers d'entrée en maison de retraite

(2)Certificats d'aptitude au sport

(3)Certificats destinés à l'employeur

(4) <i>Certificats scolaires</i>	
(5) <i>Certificat d'impossibilité de se déplacer pour le vote par procuration</i>	
(6) <i>Certificats pour les assurances</i>	
c) Tâches liées au dysfonctionnement du système de soin.....	p 39
(1) <i>Appels pour des demandes d'examens ou de consultation</i>	
(2) <i>Temps d'organisation pour une hospitalisation, ou un retour d'hospitalisation</i>	
(3) <i>Appels de pharmacies</i>	
d) Tâches non prises en compte dans les calculs.....	p 40
(1) <i>Tâches relatives à l'activité libérale</i>	
(2) <i>Tâches liées au rôle propre du généraliste comme médecin coordonnateur des soins</i>	
<u>C. Méthode d'observation</u>.....	p 41
<u>D. Méthode statistique</u>.....	p 41
<u>1. Temps de référence</u>.....	p 41
<u>2. Les différents temps au cours de la journée de travail</u>.....	p 42
<u>3. Types de tâches : regroupement et simplification des données</u>	
<u>II. RESULTATS</u>.....	p 44
<u>A. Temps de travail global des généralistes observé pour 300 consultations</u>	p 44
<u>1. Calcul pour le Dr R.</u>	p 44
<u>2. Calcul pour le Dr Pa.</u>	p 45
<u>3. Calcul pour le Dr Pl.</u>	
<u>4. Temps total pour la réalisation de trois cents consultations</u>	p 45

<u>B. Résultats sur le temps de travail total des 300 consultations</u>	
<u>1. Eventail des différentes tâches administratives</u>	p 46
<u>2. Volume horaire de travail administratif</u>	p 47
<u>C. Résultats des interruptions</u>	p 50
<u>1. Les différents types d'interruptions</u>	p 50
a) Le temps hors consultation	
b) Les appels téléphoniques	
c) Les passages	
<u>2. Causes des interruptions</u>	p 51
a) De manière globale	
b) Le temps hors consultation	
c) Les appels téléphoniques	
d) Les passages	
<u>D. Résultats au cours des consultations et visites, sans tenir compte des différentes interruptions</u>	p 54
<u>1. Etude globale</u>	p 54
<u>2. Etude par type de tâches</u>	p 54
a) Les tâches administratives obligatoires	
b) Les tâches administratives non obligatoires	
c) Les tâches liées au dysfonctionnement du système de soin	

<u>E. Comparaison des résultats entre praticiens</u>	p 57
<u>1. Temps de consultation global</u>	p 58
<u>2. Tâches administratives obligatoires en fonction des praticiens</u>	p 61
<u>3. Tâches administratives non obligatoires en fonction des praticiens</u>	p 62
<u>4. Tâches liées au dysfonctionnement du système de soin en fonction des praticiens</u>	p 63

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION

<u>I. DISCUSSION DE LA METHODE</u>	p 64
<u>A. Avantages et inconvénients</u>	p 64
<u>B. Les biais</u>	p 65
<u>II. DISCUSSION DES RESULTATS – COMPARAISON AUX AUTRES ETUDES.</u>	p 66
<u>A. Réflexions sur la composition du temps de travail.</u>	p 66
<u>B. Réflexions sur le morcellement du temps de travail.</u>	p 66
<u>C. Réflexions sur la variabilité des tâches en fonction des médecins.</u>	p 67
<u>D. Place et intérêt de l'étude, comparaison aux autres études</u>	p 68

III. LES SOLUTIONS PROPOSEES POUR OPTIMISER LE TEMPS DE SOIN

..... p 69

A. Intérêt relatif des pratiques anglo-saxonnes p 69

1. Présentation du système de soin anglais p 69

- a) Un financement différent
- b) Une pratique médicale différente
- c) Horaires de travail et gestion du temps

2. Avantages et inconvénients du système anglo-saxon..... p 70

B. Solutions pour réduire le temps de travail administratif.... p 71

1. Solutions pour réduire les tâches administratives obligatoires p 71

- a) Délégation de certaines tâches à un secrétariat ?

(1)Améliorer les secrétariats

(2)Aide à la création de secrétariats

- b) Une amélioration de l'informatisation et des logiciels médicaux.

2. Solutions pour réduire les tâches administratives non obligatoires : p 72

- a) Halte à la rédaction de certificats médicaux !

- b) Création de nouveaux métiers

(1)Des médecins « spécialisés en certificats » ?

(2)Des « officiers de santé » ?

3. Solutions pour améliorer les dysfonctionnements du système de soin..... p 73

- a) Le dossier médical partagé

- b) La création de réseaux

- c) La création de plateformes téléphoniques pour l'accueil direct des patients dans les structures hospitalières

<u>C. Solutions pour pallier à une démographie en chute libre : réflexions sur l'avenir de notre profession</u>	p 76
<u>1. La tentation d'une médecine salariée</u>	p 76
<u>2. Une rémunération des médecins à la performance</u>	p 77
<u>3. Venue de médecins étrangers</u>	p 78
<u>4. Modification des modes d'exercice</u>	p 78
a) Regroupement des médecins	
b) L'activité sur différents sites	
c) L'avenir de la télémédecine	
(1) <i>Pour les consultations spécialisées</i>	
(2) <i>Pour des consultations simples de médecine générale</i>	
<u>5. Responsabilisation des patients</u>	p 79

CONCLUSION

LISTE DES GRAPHIQUES, CARTES ET TABLEAUX

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

L'amplification des déserts médicaux en France et les plaintes récurrentes des praticiens qui n'hésitent plus, parfois, à s'exprimer par le moyen de la grève mettent en exergue le profond malaise de la profession de médecin généraliste. Les revalorisations financières successives n'ont en rien diminué la grogne, prouvant que le problème n'était pas d'ordre pécuniaire, mais de nature plus profonde. De très nombreuses thèses et articles, ces dernières années, sont consacrés au temps de travail du généraliste, et notamment à son « burn-out ». La désaffection des internes pour la médecine générale et l'abandon de l'exercice libéral pour nombre d'entre eux montrent à quel point cette profession ne fait plus rêver. La cause la plus fréquemment évoquée : la surcharge de travail. Dans une société qui revendique le bien-être, la qualité de vie de famille, le loisir, il est en effet de plus en plus difficile de demander une vie sacerdotale pour un bénéfice humain et financier modeste.

Dans une première partie, on exposera une synthèse des causes du surcroît de travail des médecins. Ainsi le point sera fait sur la démographie médicale, les contraintes auxquelles sont soumis les médecins généralistes libéraux, et le manque d'attractivité des campagnes et zones défavorisées. Les différentes mesures déjà en place pour tenter d'améliorer la situation seront aussi détaillées. Ce surcroît de charges se traduit par une augmentation du temps de travail. Or celui-ci n'est pas indéfiniment extensible. Par conséquent, plutôt que d'augmenter le volume horaire de travail, la solution se trouve sans doute dans l'augmentation de la rentabilité du temps médical ainsi que dans la définition du périmètre de ses fonctions. Il faudrait pouvoir libérer le médecin de tout ce qui n'est pas du temps diagnostique ou thérapeutique.

Ainsi, quatre activités principales non directement liées au soin peuvent être identifiées:

- Le temps de travail lié à l'activité libérale : comptabilité, gestion informatique, gestion des secrétaires, commandes des imprimés médicaux, du matériel médical, des médicaments...
- Le temps de travail lié à la gestion des dossiers médicaux : classements des courriers et résultats d'examens.
- Le temps de travail lié à la coordination et à la continuité des soins : courriers aux spécialistes, courriers d'hospitalisation, rencontres avec les familles, les infirmières libérales...)
- Le temps de travail administratif.

Dans une deuxième partie, on s'intéressera au temps administratif et une tentative d'estimation en sera faite. L'objectif est donc à la fois d'identifier ce que sont les tâches administratives ainsi que de mesurer le temps qui leur est consacré. Pour cela, une méthode originale a été utilisée. Il s'agit d'une observation directe des médecins par un examinateur extérieur, avec un chronométrage de chaque activité administrative selon des critères prédéfinis. Le but est d'évaluer de manière exacte et non plus subjective le temps de travail dédié aux tâches administratives. Ensuite, les

résultats obtenus seront comparés avec les travaux réalisés à partir de sondages ou d'enquêtes d'opinion.

Dans un troisième temps, à partir des réalités constatées, quelques propositions pratiques seront exposées. Elles visent à optimiser le temps de soin, et à pallier, dans une certaine mesure, le déficit démographique. En effet, le fait d'identifier clairement les tâches chronophages permet pour chacune d'entre elles de trouver des solutions à leur diminution, voire à leur suppression.

PREMIERE PARTIE : LE SURCROIT DE TRAVAIL, RECHERCHE DES CAUSES ET SOLUTIONS EXISTANTES

Il a été souligné dans l'introduction que l'importance de la quantité de travail est la principale source de problèmes :

- Elle amène de nombreux médecins à l'exercice isolé (ou non) au « burn-out » : ils ne peuvent plus prendre de vacances faute de remplaçant, et sont débordés dans leur exercice médical.
- Elle détourne les jeunes de l'exercice libéral.

On peut identifier trois grandes causes responsables de ce surcroît de travail:

- Les médecins sont de moins en moins nombreux : la démographie médicale est extrêmement inquiétante sur ce point.
- Le métier s'est modifié : des contraintes inhérentes à la pratique surchargent inutilement le travail du médecin.
- La disparité des installations fait que certains médecins se retrouvent débordés.

Ces trois grandes causes, et leurs conséquences à plus ou moins long terme seront étudiées en détail, puis on verra ensuite quelles ont été les mesures prises afin de les corriger.

I. LES CAUSES DU SURCROIT DE TRAVAIL

A. Une démographie médicale en chute libre (25) (26) (40) (41) (42) (62)

La démographie médicale est devenue une préoccupation majeure. Ainsi, de nombreuses publications dans les revues médicales, et un suivi très pointu de la part du Conseil National de l'Ordre des Médecins montrent l'importance que les médecins y attachent. Les politiques tentent aussi d'inverser le processus. Depuis quelques années la mise en place de nombreuses mesures, et parfois de leurs échecs, attestent d'une prise de conscience de la part de nos dirigeants. Deux raisons peuvent expliquer la chute de la démographie médicale :

- La première, mécanique, concerne le non renouvellement des générations ;
- La deuxième concerne une modification profonde de la population des médecins : sa féminisation, souvent accusée : « deux femmes médecins pour l'emploi du temps d'un homme ».

1. Renouveau des générations

a) Mesures ayant conduit au sous-effectif actuel (26)

Au cours des années 80, on considère que le nombre de praticiens est trop élevé. C'est pourquoi, un certain nombre de mesures ont été prises pour les limiter. Dans cette logique économique, on a considéré que le nombre de prescriptions était lié au nombre de prescripteurs, et donc qu'en diminuant le nombre de praticiens, on limiterait les dépenses de santé. Le rapport de dépendance démographique (nombre de retraités / nombre d'actifs) est passé de 0,06 à 0,18 entre 1979 et 2005, grâce à l'action conjuguée de deux mesures politiques : la réduction du *numerus clausus* et la mise en place des Mécanismes d'Incitation à la Cessation d'Activité (MICA).

(1) La réduction du *numerus clausus* (9)

La réduction du *numerus clausus* fut la principale mesure prise. On est ainsi passé progressivement de 8588 places en 1971 à 3500 places en 1992, chiffre minimal qui va être maintenu à cette valeur jusqu'en 1998.

(2) Mécanismes d'incitation à la cessation d'activité (45)

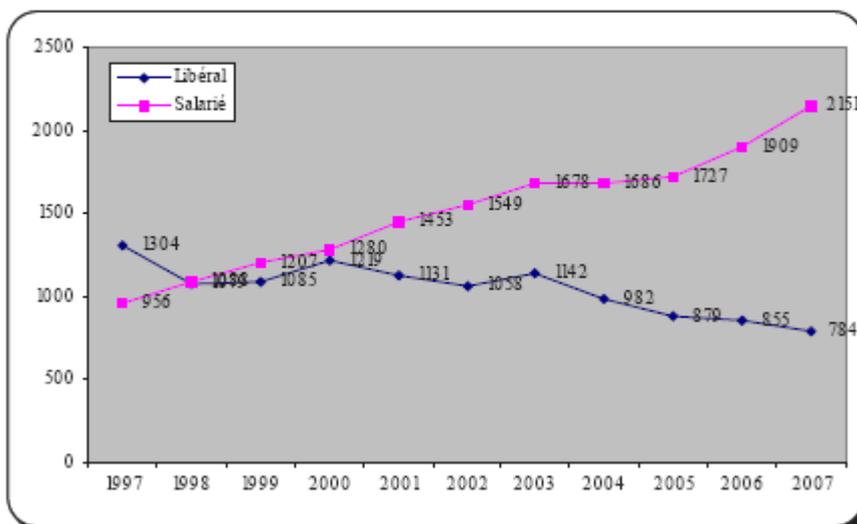
En 1988 sont mis en place des Mécanismes d'Incitation à la Cessation d'Activité (MICA) : grâce à ces mesures, les médecins généralistes les plus âgés (l'âge limite a varié de 60 à 56 ans) pouvaient partir de manière anticipée à la retraite en échange d'une allocation de cessation d'activité jusqu'à leur 65 ans (au prorata de leur activité libérale, sans perte de droits pour leur retraite). Ces MICA ont été maintenus jusqu'en 2003.

b) Désaffection des jeunes médecins : spécialisation et salariat. (5) (6) (17) (18) (26) (33) (34) (38) (46) (48) (55)

Trois constats sont à poser en ce qui concerne les jeunes et futurs généralistes :

- Ils ne s'orientent plus vers la médecine générale.
- Ils délaissent l'exercice libéral (voir graphique ci-dessous).

- Évolution du mode d'exercice en médecine générale entre 1997 et 2007



Graphique issu de l'Atlas de la démographie médicale 2008 (CNOM) ; mettant en évidence l'évolution du salariat aux dépens de la profession libérale.

Graphique 1

- Ils ne s'installent pas dans les zones dépourvues médicalement, même quand ils optent pour un exercice libéral.

Ces constats heurtent certains préjugés :

- De la part des médecins plus âgés, qui ont parfois dû travailler dur pour se faire une patientèle et qui ne comprennent pas leurs jeunes collègues,
- De la part des patients qui gardent l'image du médecin libéral aisé, voire notable.

Il existe pourtant plusieurs explications à cet état de fait :

- Les priorités de vie des jeunes médecins sont effectivement différentes de celles de leurs aînés. Selon un sondage BVA de mars 2007 réalisé auprès d'étudiants en médecine et de médecins installés depuis moins de 5 ans, trois attentes sont prioritaires :
 - L'épanouissement personnel et de la famille (81%),
 - Une localisation compatible avec la profession ou les attentes du conjoint (58%)
 - Enfin la possibilité d'y exercer le mieux possible sa discipline (55%) (ce qui sous-entend un accès facile aux services de soin).
- Les zones dépourvues médicalement ne sont pas attractives. Toujours selon le même sondage BVA, les zones démedicalisées offrent une mauvaise image :
 - En zone rurale : un épanouissement personnel grevé par une charge de travail surdimensionnée, des difficultés pour attirer son conjoint et un plateau technique insuffisant qui limite la possibilité d'exercer le mieux possible sa discipline,
 - En zone urbaine défavorisée : une barrière culturelle à surmonter, une population en grande difficulté sociale, et un environnement peu sécurisant.

- L'image du médecin s'est profondément modifiée: autrefois, le médecin était un personnage respecté, un notable. Maintenant, il s'est rapproché de la population qu'il soigne, et il n'a plus cette aura. Le spécialiste a encore préservé une partie de ce prestige.
- Il existe un problème de formation : si l'université semble avoir compris l'importance d'une « éducation » à la profession libérale et y prépare ses étudiants de troisième cycle, force est de constater qu'elle reste totalement insuffisante notamment dès le deuxième cycle. Nombreux sont les étudiants à être déroutés, voire effrayés par le système de santé libéral, d'autant plus que l'ensemble de nos études repose sur le salariat. La première approche réelle que nous en ayons eue est lors de notre 3^{ième} cycle, alors que les « jeux » des ENC sont faits ! Pas de cours de gestion, aucun apprentissage sur l'URSSAF, la CARMF ou la manière de tenir un livre de compte ! Ne parlons même pas des différents modes d'association et de la lourde administration fiscale qui en résulte : la seule formation réellement concrète est apportée par les laboratoires qui ont su comprendre l'opportunité d'un tel enseignement par la réalisation de séminaires avec des professionnels !

Ce n'est pas le désintéret du travail, ni la médecine générale qui rebutent particulièrement les jeunes et futurs médecins, mais bien la quantité de travail et la peur de l'isolement. Il paraît plus confortable d'être spécialiste dans un milieu urbain, avec moins de contraintes et de variabilité horaire, que généraliste de campagne.

Cela est d'autant plus vrai pour les femmes. En effet, l'épouse du médecin de campagne d'autrefois n'ayant pas d'emploi, s'acquittait avec plaisir d'une vie de femme au foyer à la haute reconnaissance sociale... Il paraît difficile de proposer ce choix aux époux des femmes médecins qui souhaiteraient s'installer dans un milieu rural isolé !

2. La féminisation de la profession (6) (8) (11) (19) (26) (28) (47)

Depuis 2003, le nombre de femmes s'inscrivant au conseil de l'ordre est plus élevé que celui des hommes (au premier janvier 2008, pour la première fois 54% des médecins en activité sont des femmes), tendance qui se confirmera au cours des années à venir, compte tenu que les femmes sont plus nombreuses à réussir le concours à l'issue de la première année de médecine.

Cette féminisation de la profession n'est pas sans poser problème, car les femmes vont s'orienter :

- Plus vers une spécialité que vers la médecine générale,
- Plus vers une activité à temps partiel (25% d'entre elles, contre 2 % des hommes) que vers un temps complet. De plus, lorsqu'elles travaillent à temps plein, leur temps de travail global est moindre. L'activité moyenne féminine est égale à 70% de celle de leurs homologues masculins.

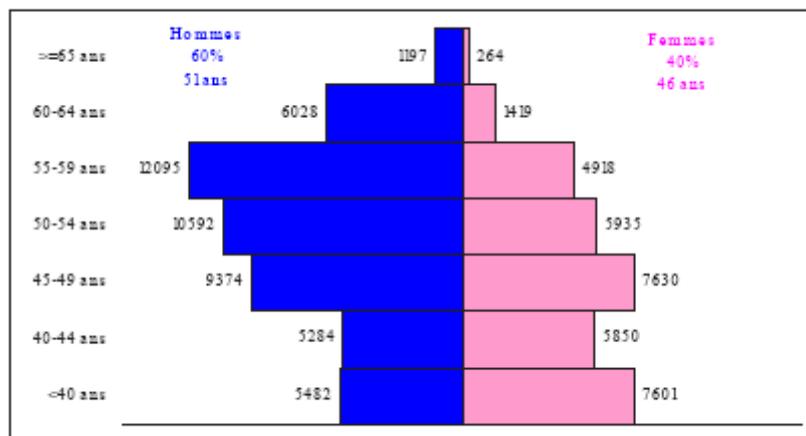
On considère souvent que les femmes préfèrent un exercice salarié car celui-ci offre des avantages sociaux. Cet argument semble de moins en moins valable. En effet, en

2005, parmi les mille premiers étudiants reçus aux épreuves nationales classantes, 6% des femmes ont choisi la médecine générale, contre seulement 2% des hommes. De plus, les récentes réformes accordant un congé de maternité aux femmes médecins libéraux vont sans doute permettre une arrivée des femmes en médecine générale libérale.

On ne peut nier que les femmes, notamment en début de carrière, ont un temps de travail moindre que leurs collègues masculins. Néanmoins, il ne faut pas pour autant accuser les femmes médecins de l'état actuel de la démographie, mais plutôt analyser les causes, qui sont le plus souvent familiales :

- Impossibilité de trouver du travail en milieu rural pour le conjoint.
- Absence de lieux de garde pour les jeunes enfants, et absence de structures scolaires pour les enfants plus âgés.
- En cas de possibilité de garde des enfants, il existe souvent des incompatibilités d'horaires (rares sont les crèches prenant en charge les enfants avec des horaires irréguliers et très souvent tardifs).
- Très grandes difficultés à trouver un remplaçant en milieu isolé et donc à pouvoir prendre des congés.
- Les avantages sociaux d'un travail salarié permettent une rémunération assurée sans souci de rentabilité du paiement à l'acte.

En outre, si les hommes travaillent plus que les femmes à l'heure actuelle, l'écart tendra probablement à se réduire. L'évolution des mœurs fait que les hommes souhaitent connaître un épanouissement familial, et leurs compagnes ne seront plus prêtes à abandonner leur emploi pour suivre leur conjoint. De plus, la féminisation est encore récente, et les études portant sur cette évolution concernent inévitablement des femmes jeunes avec des enfants en bas âge, c'est-à-dire au moment de leur vie où elles sont le moins disponibles. Au 1er janvier 2008, l'effectif total des médecins généralistes en activité régulière est de 83 669 ; (soit 13020 de moins que l'année précédente). Les femmes représentent 40% des effectifs et sont majoritaires dans les générations de généralistes de moins de 40 ans (cf. pyramide des âges).



Graphique2 : Pyramide des âges en médecine générale, Conseil National de l'Ordre, L'ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MEDICALE EN France, Situation au 1er janvier 2008

Le métier de médecin généraliste comporte des obligations qui augmentent le volume horaire de travail mais qui font partie à part entière de l'activité du médecin. Elles seront étudiées dans les paragraphes suivants. Certaines contraintes paraissent indispensables et nécessaires comme la permanence des soins ou la mise en place de protocoles ainsi que l'obligation de formation médicale continue. D'autres ne sont pas du tout en rapport avec l'activité médicale à proprement parler, comme les contraintes administratives. Enfin le problème des patients de plus en plus exigeants au niveau des « prestations » de soin sera aussi évoqué.

B. Contraintes inhérentes à la pratique (8) (50) (69)

Le temps de travail hebdomadaire des médecins généralistes n'a cessé d'augmenter. On est ainsi passé de 47 heures de travail en 1992 à 56 heures en 2003. Une thèse soutenue en 2006, ayant proposé une enquête auprès de 216 médecins généralistes de Midi-Pyrénées, montre même un temps de présence horaire de 11h43 par jour, sans compter une heure et demie quotidienne de travail administratif. Cette thèse s'était appuyée sur un questionnaire, avec une approche subjective du temps de travail.

1. Garde et permanence des soins

Au temps de travail de semaine, s'ajoute celui de la permanence des soins. Celui-ci va énormément varier en fonction du lieu de travail du médecin. En effet, dans certaines agglomérations de moyenne et grande importance, le service de nuit est assuré par SOS médecin. D'autres communes ont, quant à elles, mis en place différents moyens permettant d'alléger le système de garde standard. Ainsi on a vu naître au cours des dernières années des Centres d'Accueil et de Permanence des Soins (CAPS). Ces centres permettent aux médecins de garder des horaires d'ouverture et de fermeture définis. Très attractifs financièrement, ils séduisent les médecins remplaçants.

2. La « protocolisation » des soins

Notre métier est de plus en plus « protocolisé ». Ainsi, certaines pathologies doivent être suivies de manière bien précise. Il faut à chaque consultation revenir sur l'ensemble du suivi pour savoir si celui-ci répond bien aux critères de prise en charge en vigueur.

Nous prendrons comme exemple le diabète, avec la réalisation de bilans sanguins trimestriels, bilan urinaire annuel, vérification du suivi par ophtalmologiste, sans compter le suivi plus large et l'éducation nécessaire chez ces patients souvent poly-pathologiques.

3. Les contraintes administratives (18)

Selon l'étude BVA, la mise en place d'aides matérielles (et pas uniquement financières !) serait une mesure incitative à l'installation. Il pourrait tout simplement s'agir de la présence d'une secrétaire bien formée. Cela souligne bien combien la masse de travail administratif pèse sur l'image du médecin de famille. Nous le verrons en détail plus loin, mais sous le terme « contraintes administratives » se cache de multiples tâches. Il convient déjà de distinguer l'activité liée au statut libéral du médecin généraliste des autres contraintes.

4. La formation médicale continue (23) (29)

La formation médicale est devenue obligatoire depuis 1996, avec les « ordonnances Juppé ». Jusqu'à un passé récent, elle prenait place durant le temps de loisir des médecins, désormais, elle fait partie intégrante de leur temps de travail.

Nous rappelons ici brièvement son fonctionnement :

- Pour satisfaire l'obligation de FMC, il faut cumuler 250 crédits sur une période de cinq ans (cf barème FMC ci-dessous).
- A chaque action de formation de FMC un justificatif est remis et est à conserver pendant 5 ans. Simultanément, au fur et à mesure, il faut adresser une copie des justificatifs au Conseil Régional de Formation Médicale Continue (CRFMC).
- Ainsi au terme de cinq ans, si le dossier totalise 250 crédits, la CRFMC valide le parcours en délivrant une attestation et en informant le Conseil National de l'Ordre. En revanche, si les 250 crédits ne sont pas totalisés, le CRFMC arrête un plan de « rattrapage » permettant de compenser le retard pris sur la FMC.

Les actions de FMC sont classées en quatre catégories :

1) Formations présentiels

Cette catégorie regroupe les formations auxquelles le praticien assiste personnellement. Ces formations sont organisées obligatoirement par des organismes agréés. Chaque action de formation de la catégorie 1 donne lieu à l'attribution de huit crédits pour une journée de formation et quatre crédits pour une demi-journée ou une soirée.

2) Formations individuelles et formations à distance

Cette catégorie comprend les formations individuelles et les formations à distance utilisant tout support matériel ou électronique. Lorsqu'une action de formation de cette catégorie est organisée par un organisme de formation agréé, le nombre de crédits attribués est communiqué par celui-ci.

Le titulaire d'un abonnement à un périodique médical ou l'acquéreur d'un ouvrage médical bénéficie de deux crédits par an, dans la limite de dix crédits sur cinq ans. L'abonnement à des périodiques répondant aux critères de qualité définis par les CNFMC, donne droit à quatre crédits, dans la limite de quarante crédits sur cinq ans.

3) Situations professionnelles formatrices

Il s'agit de situations dans lesquelles le praticien accomplit un travail personnel, au sein ou en dehors de son exercice habituel. Les situations professionnelles formatrices se répartissent en 4 groupes :

- Le groupe 1 comprend la formation professionnelle des salariés hospitaliers et non hospitaliers et les staffs « protocolisés ».
- Le groupe 2 comprend l'accomplissement de missions d'intérêt général au service de la qualité et de l'organisation des soins et de la prévention, y compris les fonctions électives, dans le cadre de structures organisées.
- Le groupe 3 comprend les activités de formateur et la participation à des jurys, dans le champ de la santé.
- Le groupe 4 comprend la réalisation effective de travaux de recherche et de publications personnelles, dans le champ de la santé.

Les actions de chaque groupe donnent droit à l'attribution de crédits au prorata de l'activité effectuée dans la limite de 50 crédits par groupe pour chaque période de cinq ans. Le total des crédits pris en compte au titre de la catégorie 3 ne peut dépasser 100 crédits par période de cinq ans.

4) Evaluation des Pratiques Professionnelles

L'évaluation des pratiques professionnelles consiste en « l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration ». L'EPP est obligatoire pour tout médecin. Un forfait de 100 crédits est attribué à chaque médecin ayant satisfait à l'obligation d'évaluation dans les conditions fixées par la Haute Autorité de Santé.

Comme nous l'avons vu, le temps de formation exigé est important. Mais il est évident que les jours d'absence de nombreux médecins ne peuvent être remplacés. Les patients sont alors livrés à eux-mêmes... Sinon, le médecin ne peut effectuer ces « remises à niveau » indispensables.

5. Exigence des patients (28) (32)

Le médecin se sent de plus en plus sous la pression de ses patients. Un des effets de cette « exigence » des patients est l'augmentation des agressions dont les médecins sont victimes. Ainsi, l'Ordre National des Médecins, a créé en 2003 un observatoire pour la sécurité des médecins. Elle recense, sur une base uniquement déclarative, les agressions dont les médecins sont victimes. Cet observatoire pour la sécurité des médecins a recensé en 2007 837 incidents déclarés : les agressions verbales arrivent en tête (43 %), suivies par les vols et tentatives (29 %), puis par les agressions physiques (13 %), le vandalisme (11 %) et enfin les menaces et lettres anonymes (4%). Un reproche relatif à un traitement était invoqué dans 11 % des cas, le temps d'attente jugé excessif est le deuxième motif (8 %), suivi par le refus de prescription (7%), à égalité avec le vol (7 %). Viennent ensuite : le refus d'arrêt de maladie ou de

certificat médical (4 %), le refus de payer la consultation (3 %), et le fait d'être venu sans rendez-vous et voulant néanmoins une consultation (2 %). A signaler que 7 % des incidents ont donné lieu à une interruption temporaire de travail. Ces agressions dont sont victimes les médecins sont bien le reflet du comportement de certains patients qui exigent un « service » et qui n'hésitent pas parfois à passer à l'acte.

a) Exigence de résultat

Avec l'avancée des traitements et des techniques, le médecin est confronté à une obligation de résultat. Il a de plus en plus de mal à faire comprendre à ses patients l'impuissance, qui existe dans certains cas, face à la maladie, à la douleur, à la mort.

b) Exigence de prise en charge

De même les patients sont habitués à une société de services. Ils exigent d'être pris en charge rapidement, sans retard, et pour certains arrivent avec une « liste de courses ». Ils ne comprennent pas toujours les refus de prescription ou d'arrêt de travail.

Des demandes nouvelles apparaissent, ne semblant pas prioritaires. Comme exemples, nous pouvons citer les préoccupations de santé lors des voyages internationaux (surtout pour les patients âgés et malades), ainsi que la rédaction de certificats en tous genres.

Les médecins généralistes se retrouvent à gérer des situations conflictuelles auxquelles ils ne sont pas préparés.

c) Les dérives procédurières (56)

Cette crainte est relativement infondée : le nombre de mise en cause des médecins généralistes libéraux reste en dessous de celui des autres disciplines : soit une par an pour cent médecins généralistes. Le coût des accidents fautifs est par contre en augmentation, avec une indemnisation moyenne par sinistre corporel qui a doublé en 5 ans. Près de la moitié des plaintes portées devant les juridictions civiles ont donné lieu à une condamnation du généraliste.

Le fait de pouvoir être l'objet d'une plainte est très angoissant pour un jeune généraliste. Il pense être mieux protégé en milieu hospitalier, et ce pour plusieurs raisons :

- La réalisation quasi systématique d'examens complémentaires à l'hôpital, permettant une certaine « couverture »,
- Le fait que le patient dépose souvent une plainte contre un service et non pas contre une personne en particulier.

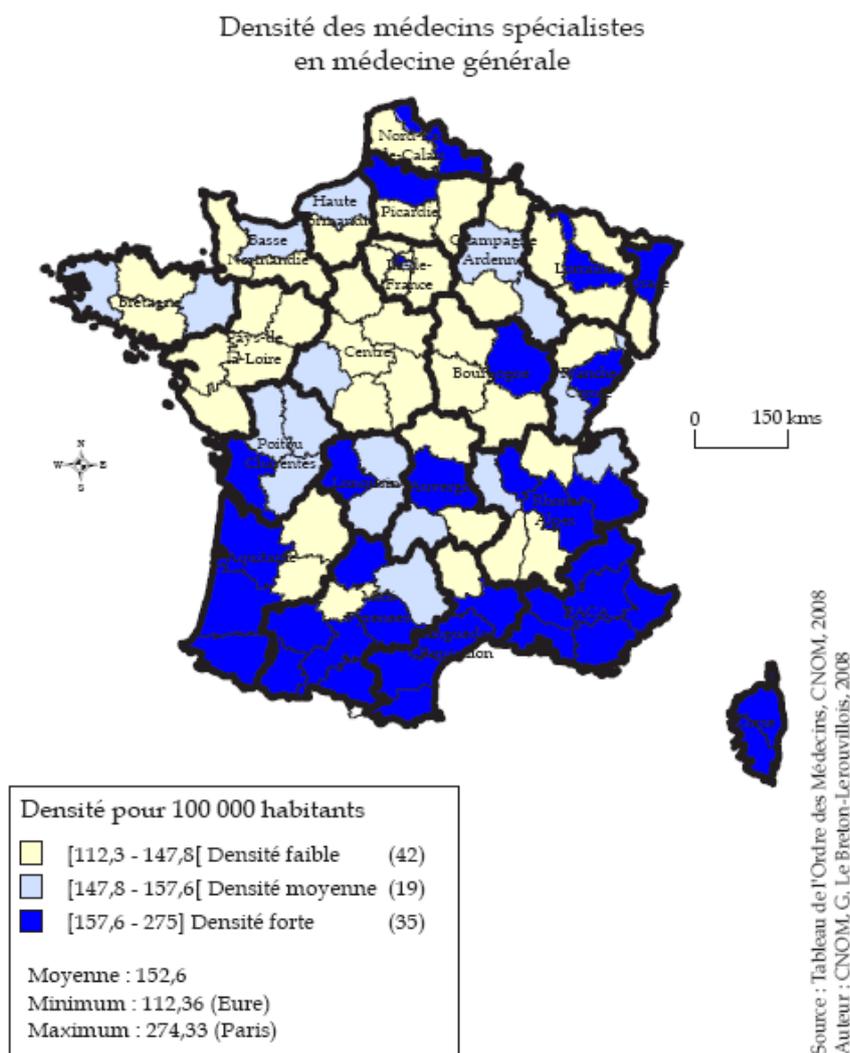
Au total, les études concernant la démographie médicale montrent toutes une forte baisse des effectifs, au moins jusqu'en 2017, et les contraintes inhérentes à la pratique sont pour la plupart en augmentation. Dans les paragraphes qui vont suivre, le problème de la localisation géographique de certains médecins (que ce soit en zone urbaine défavorisée ou en milieu rural), rendant leur exercice encore plus complexe sera exposé.

C. Manque d'attractivité des campagnes et des zones défavorisées (44)

On constate de grandes disparités de répartition sur le territoire français, avec une nette désertification des campagnes. La définition de « zone sous médicalisée » a été déterminée par les Missions Régionales de Santé, et obéit à des critères assez stricts : le déficit est caractérisé lorsque l'activité des médecins d'une zone dépasse d'au moins 30 % l'activité moyenne nationale et que la densité des praticiens est inférieure de 30 % à la moyenne. Ce qui représente, selon le ministère de la Santé, 1600 médecins généralistes dans 4 500 communes en 2006.

1. Disparité nord-sud (42)

Comme indiqué sur la carte ci-dessous, on constate une forte attractivité des omnipraticiens libéraux pour le sud de la France métropolitaine.



Carte 1

2. Disparité ville – campagne (6) (18) (49)

Au fur et à mesure des années, le déficit médical s'est creusé dans les zones rurales. Une étude BVA de mars 2007, montre que les attentes d'installation sont largement incompatibles avec les atouts supposés des zones rurales. Dans ce sondage, trois grandes qualités de la pratique en milieu rural sont néanmoins citées :

- Une relation particulière avec la patientèle
- Une pratique plus diversifiée de la médecine
- Un cadre de vie plaisant pour soi et sa famille.

Mais comme nous l'avons vu précédemment, les zones rurales ne répondent pas du tout aux trois attentes prioritaires des jeunes médecins. (Cf. p13)

3. Cas des zones défavorisées (18) (48)

Certes, elles aussi présentent trois grandes qualités, mises en exergue par les jeunes médecins eux-mêmes. En plus des relations particulièrement intéressantes avec les patients et de la pratique diversifiée de la médecine (ce qui est le cas pour les zones rurales également), il y est souligné une proximité avec la ville qui facilite l'organisation du travail.

Mais ces zones présentent aussi des inconvénients supérieurs à ces jugements positifs, à savoir :

- Une population en grande difficulté sociale
- Une barrière culturelle à surmonter
- Un environnement peu sécurisant.

Ces premiers paragraphes tentaient de déterminer les causes du surcroît de travail des médecins généralistes. Dans un deuxième temps, on procédera à une mise au point sur les mesures déjà prises pour combler le déficit démographique et les inégalités de répartition.

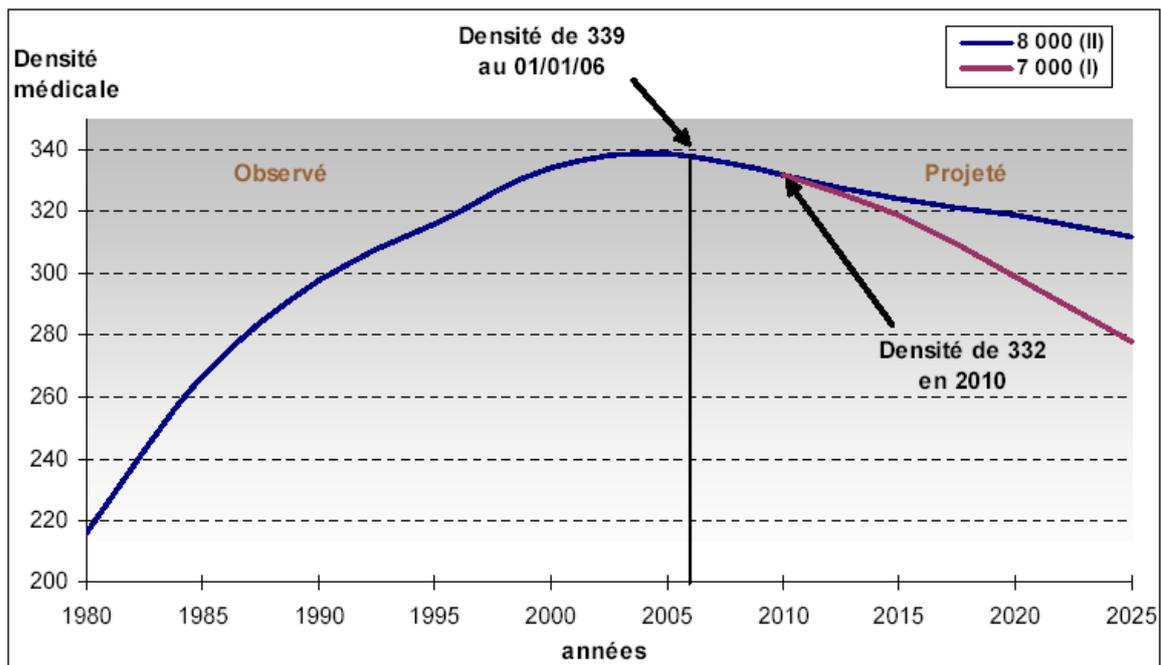
II- Mesures prises pour lutter contre cette crise démographique et pour combler les disparités

A. Mesures prise pour lutter contre le déficit démographique

1. Augmentation du numerus clausus (25) (26) (28)

Depuis l'année 1999 (en 1998, il est à son niveau le plus bas, soit 3500 places), le numerus clausus n'a cessé d'être augmenté, pour atteindre un niveau de 8000.

Évolution et projection de la densité médicale selon le *numerus clausus* (Métropole)
Effectifs globaux, toutes disciplines confondues.



Source: « Projection démographique de la profession médicale en France (2000-2050) », Quel numerus clausus pour quel avenir ?, Cahiers de sociologie et de démographie médicales, n°1, Janvier-Mars 2004.

Graphique 3

Quelle que soit l'augmentation du numerus clausus au cours des prochaines années (7000 ou 8000), le choc démographique aura lieu (ainsi que le montre le graphique ci-dessus). En effet, on ne pourra constater réellement les effets de cette hausse que dans 10 ans compte tenu de la durée des études de médecine.

Un effort particulier a été fait en ce qui concerne la médecine générale : sur les 338 nouveaux postes ouverts aux ENC de 2008, 334 étaient des postes de médecine générale.

2. Reprise d'une activité pour les médecins retraités (26) (27)

Il est possible pour les médecins retraités depuis 2003, de reprendre une activité médicale, quel que soit le mode d'exercice antérieur. Ainsi ; au 30 juin 2006, 1007 médecins retraités ont bénéficié de ces dispositions.

Néanmoins, ces médecins reprenant une activité ne s'installent pas dans une zone sinistrée mais autour du bassin méditerranéen et dans les grandes villes, ne contribuant pas, ainsi, à la diminution des disparités.

La politique de santé ne paraît pas avoir fait l'objet d'un réel projet à long terme, elle ne fait que combler les besoins au jour le jour sans perspective ambitieuse de réforme. On y observe un mouvement de yoyo tout à fait surprenant, au gré des prises de décisions successives.

B. Mesures d'incitation à l'installation dans les zones défavorisées médicalement (2) (12) (13) (52) (67)

Plusieurs politiques ont déjà été mises en place afin d'inciter les médecins généralistes libéraux à s'installer dans des zones moins bien pourvues médicalement. Le rapport d'information n° 14 du Sénat sur la démographie médicale apporte une information claire quant aux aides proposées afin d'inciter les médecins libéraux à s'installer dans les zones moins bien pourvues.

On va ainsi distinguer les mesures d'incitation financières, des mesures d'incitation non financières.

1. Mesures d'incitations financières (51) (53) (66) (67)

Elles peuvent consister en des aides financières proposées :

- aux étudiants pour leur permettre de connaître mieux l'exercice en milieu rural,
- à ceux qui s'installent,
- il peut s'agir encore d'exonérations fiscales selon les lieux d'implantation.

	Intitulé de l'aide	Territoire concerné	Nature de l'aide et montant	Financement Formalisation /Contact	Texte de référence
Aides aux étudiants	Indemnités de logement et de déplacement pour les étudiants de 3 ^{ème} cycle de médecine générale en stage dans les zones déficitaires	Zones déficitaires en offre de soins définies par la MRS	Déplacements et trajets résidence/stage : base kilométrique fixée par la collectivité locale Pour le logement : montant mensuel plafonné à 20% des émoluments forfaitaires de 3 ^e année d'internat Installation pour au moins 5 ans dans la zone déficitaire concernée	Collectivités locales ou leur regroupement Signature d'un contrat entre la collectivité locale et l'étudiant Information de la MRS	Art. 108 de la loi relative au développement des territoires ruraux (Loi 05-157 du 23/02/2005) Décret 2005-1728 du 30/12/2005 Art. L 1511-8 du Code des collectivités territoriales
	Indemnités d'étude et de projet professionnel pour les titulaires du concours de médecine, inscrit en faculté de médecine ou de chirurgie dentaire	Zones déficitaires en offre de soins définies par la MRS	Montant annuel plafonné à celui des émoluments annuels de 3 ^e année Engagement d'exercer au moins 5 années dans la zone déficitaire concernée en tant que médecin généraliste, spécialiste ou chirurgien-dentiste	Collectivités locales ou leur regroupement Signature d'un contrat entre la collectivité locale et l'étudiant Information de la MRS	Art. 108 de la loi relative au développement des territoires ruraux (Loi 05-157 du 23/02/2005) Décret 2005-1728 du 30/12/2005 Art. 80 Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2007 Art. L 1511-8 du Code des collectivités territoriales

Tableau 1

	Intitulé de l'aide	Territoire concerné	Nature de l'aide et montant	Financement Formalisation / Contact	Texte de référence
Aides à l'installation ou au maintien des professionnels de santé (1/2)	Aides à l'installation ou au maintien des professionnels de santé et des centres de santé	Zones déficitaires en offre de soins définies par la MRS	Peut prendre forme de : - prime d'exercice forfaitaire, - prime à l'installation, - mise à disposition d'un logement - prise en charge de tout ou partie des frais d'investissement ou de fonctionnement liés à l'activité de soins	Signature d'une convention tripartite entre la collectivité ou le groupement qui attribue l'aide, l'assurance maladie et le(s) professionnel(s) de santé Soumise à l'avis de la MRS	Art. 108 de la loi relative au développement des territoires ruraux (Loi 05-157 du 23/02/2005) Décret 2005-1724 du 30/12/2005
	Aides à l'installation ou au maintien des médecins généralistes	Zones déficitaires en offre de soins définies par la MRS	- Accompagnement individualisé et offre de service pour analyses - Aide forfaitaire annuelle représentant 20 % de l'activité (C+V) du médecin dans la zone Aide soumise à conditions dont : - l'exercice en groupe - l'exercice pendant 3 ans dans la zone	Adhésion à l'option conventionnelle auprès de la CPAM Adhésion et versement de l'aide soumises au respect de conditions vérifiées par la CPAM	Arrêté du 23 mars 2007 approuvant l'Avenant 20 à la Convention nationale avec les médecins

Tableau 2a

	Intitulé de l'aide	Territoire concerné	Nature de l'aide et montant	Financement Formalisation / Contact	Texte de référence
Aides à l'installation ou au maintien des professionnels de santé (2/2)	Dérogation au parcours de soins	<p>Première installation en exercice libéral : sur tout le territoire</p> <p>Installation ou exercice dans un centre de santé nouvellement agréé dans une zone déficitaire en offre de soins définies par la MRS</p>	Pendant 5 ans, les consultations réalisées par un médecin généraliste dans l'une des 2 situations ci-contre sont exonérées des pénalités financières qui s'appliquent au patient hors parcours de soins.	CPAM	<p>Art. L 162-5-4 du Code Sécurité Sociale</p> <p>Décret du 2 janv. 2006</p> <p>Article D 162-1-8 du Code Sécurité Sociale</p> <p>Art. 72 LFSS pour 2007</p>
	Contrat de bonnes pratiques relatif à l'exercice du médecin généraliste dans les stations de sports d'hiver (CBP)	<p>Cabinet situé dans une station de sports d'hiver située dans les départements :</p> <p>04 ;05 ;06 ;09 ;12 ;15 ;31 ;34 ;38 ;39 ;43 ;64 ;65 ;66 ;73 ;74 ;83 ;88</p>	<p>2 000 € / an sous réserve d'avoir respecté les conditions du contrat</p> <p>Engagement pour 3 ans</p>	Signature d'un contrat entre le professionnel et la CPAM	Annexe à la Convention nationale de janv. 2005

Tableau 2b

	Intitulé de l'aide	Territoire concerné	Nature de l'aide et montant	Financement Formalisation / Contact	Texte de référence
Aides au remplacement	Contrat de bonnes pratiques relatif aux spécificités de l'exercice de la médecine générale en milieu rural	Cabinet éloigné de + 20 minutes d'un service d'urgence et exercice dans un canton dont la densité de généralistes par habitant est inférieure à 3 pour 5000 (*)	<p>300€/ jour de remplacement dans la limite de 10 jours maximum/an</p> <p>Engagement pour 3 ans</p>	<p>Instruction de la demande et contrôle du respect des critères par URCAM</p> <p>Signature d'un contrat entre le professionnel et la CPAM</p>	Annexe à la Convention nationale de janv. 2005
	Contrat de bonnes pratiques relatif à l'exercice du médecin généraliste en zones franches urbaines	<p>Zones franches urbaines (ZFU)</p> <p>Liste fixée par la Loi</p>	<p>300€/ jour de remplacement dans la limite de 18 jours maximum/an</p> <p>+ 240€ /vacation d'une demi-journée de prévention et éducation à la santé et/ou de coordination médico-sociale dans la limite de 12 par an</p>	Signature d'un contrat entre le professionnel et la CPAM	Annexe à la Convention nationale de janv. 2005

Tableau 3

	Intitulé de l'aide	Territoire concerné	Nature de l'aide et montant	Financement Formalisation /Contact	Texte de référence
Modes d'exercice particuliers	Exercice sur lieux multiples	Sur tout le territoire où l'intérêt de la population le nécessite et notamment lorsqu'il existe dans le secteur géographique considéré une carence ou une insuffisance de l'offre de soins préjudiciable aux besoins des patients ou à la permanence des soins	Mesure non financière Possibilité d'exercer son activité sur un ou plusieurs sites distincts de sa résidence professionnelle habituelle	Autorisation délivrée par le Conseil départemental de l'Ordre des Médecins	Art. 85 du Code de Déontologie
	Contrat de collaboration libérale	Sur tout le territoire	Mesure non financière Possibilité de conclure un contrat de collaboration libérale entre praticiens de même discipline	Conseil départemental de l'Ordre des Médecins (un contrat type peut être fourni)	Art. 18 de la Loi du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises

Tableau 4

	Intitulé de l'aide	Territoire concerné	Nature de l'aide et montant	Financement Formalisation /Contact	Texte de référence
Exonérations fiscales	Exonération de l'impôt sur le revenu pour la rémunération au titre de la permanence des soins	Zones déficitaires en offre de soins définies par la MRS	Exonération fiscale qui concerne les médecins ou leur remplaçant Dans la limite de 60 jours par an	Administration fiscale	Art. 109 de la loi relative au développement des territoires ruraux (Loi 05-157 du 23/02/2005) Instruction fiscale 5G-2-07
	Exonération de l'impôt sur le revenu pour les professions libérales exerçant dans une zone de revitalisation rurale	Création d'un cabinet en zone de revitalisation rurale (ZRR) Liste fixée par Arrêté 13 596 communes au 30/12/05 Révision annuelle	Exonération totale de l'impôt sur les revenus pendant 5 ans puis dégressivité durant 9 ans (installation > 01/01/04)	Administration fiscale Vérifier si les conditions sont remplies auprès du correspondant «entreprises nouvelles »	Art. 7 de la loi relative au développement des territoires ruraux (Loi 05-157 du 23/02/2005) Circulaire DIACT du 02/05/06
	Exonération de la taxe professionnelle pour les professions libérales soumises à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéfices non commerciaux	Création d'un cabinet dans une commune de moins de 2000 habitants ou en zone de revitalisation rurale (ZRR)	Exonération de la taxe professionnelle à compter de l'année qui suit l'installation accordée pour 2 à 5 ans	Délibération de la Collectivité territoriale Demande auprès de l'Administration fiscale Vérifier si les conditions sont remplies auprès du correspondant «entreprises nouvelles »	Art. 114 de la loi relative au développement des territoires ruraux (loi 05-157 du 23/02/2005) Articles 1464D et 1465A du code général des impôts Instruction fiscale 6E-10-05

Tableau 5

	Intitulé de l'aide	Territoire concerné	Nature de l'aide et montant	Financement Formalisation /Contact	Texte de référence
Exonérations de charges sociales	Exonération des cotisations patronales	Embauche d'un salarié dans un cabinet installé en zone de revitalisation rurale Liste fixée par Arrêté 13 596 communes au 30/12/05 Révision annuelle	Sous conditions : Exonération <u>d'une partie</u> des cotisations patronales de Sécurité Sociale Durée 12 mois	Vérifier que les conditions sont remplies auprès de l'URSSAF du département Demande sur imprimé spécifique auprès de la DDTEFP (Direction Départementale du Travail et de l'Emploi)	
	Aide aux chômeurs créateurs d'entreprise (ACCRE)	Sur tout le territoire	Sous conditions : Exonération <u>d'une partie</u> des cotisations sociales personnelles Accompagnement administratif sous la forme de chèques-conseils	Vérifier que les conditions sont remplies auprès de la DDTEFP (Direction Départementale du Travail et de l'Emploi) Demande sur imprimé spécifique Cerfa n° 12254*02	Art. L351-24, R 351-41 et suivants du code du travail. Art. L161-1, L161-1-1, L161-24 et D.161-1, D.161-1-1, D.161-1-1-1 du code de la sécurité sociale.

Tableau 6

	Intitulé de l'aide	Territoire concerné	Nature de l'aide et montant	Financement Formalisation /Contact	Texte de référence
Cumul emploi/retraite	Permettre aux médecins libéraux de prolonger leur activité en cumulant retraite et activité	Sur tout le territoire	Revenus annuels < à 130 % du plafond SS (plafond SS annuel = 32 184 euros du 01/01 au 31/12/07)	Informar la Caisse autonome de retraite des médecins de France, CARMF, et la CPAM	D 2007-581 du 19/04/07 Art. L 643-6 et D 643-10 du code de la sécurité sociale

Tableau 7

Dès 1996, les médecins s'installant en Zone Franche Urbaine, ou dans les communes de moins de 10 000 habitants, peuvent prétendre à des exonérations fiscales partielles pendant deux ans (sur les bénéfiques ou les revenus) et de charges sociales pendant cinq ans.

Puis la loi n° 2005-157 du 23/02/2005, concernant le développement de territoires ruraux, ouvre trois nouvelles mesures financières, en fonction de trois échelons géographiques différents :

- dans les communes de moins de 2 000 habitants ou dans les Zones de Revitalisation Rurale : exonération de la taxe professionnelle, pour une période de deux à cinq ans, à compter de l'année suivant la première installation à titre libéral dans ces communes ou zones ;
- dans les Zones de Revitalisation Rurale : exonération totale de l'impôt sur le revenu pendant cinq ans, et dégressive durant les neuf ans qui suivent ;
- dans des zones définies comme prioritaires et arrêtées par les Missions Régionales de Santé : aides financières aux étudiants de 3e cycle de

médecine (indemnités de logement et d'études) ou à l'installation ou au maintien des médecins (exonérations d'impôts et prise en charge de frais d'investissement et de fonctionnement).

Face à ces tableaux, qui permettent une synthèse claire des différentes aides proposées, on ne peut qu'être très sceptique devant l'opacité du système. On constate ainsi pas moins de cinq appellations différentes de zones déficitaires en offre de soins définies par les Missions Régionales de Santé (MRS) :

- Les Zones de Revitalisation Rurale ou ZRR : correspondent en France à un ensemble de communes reconnues comme fragiles et bénéficiant à ce titre d'aides d'ordre fiscal. Les Zones de Revitalisation Rurale sont définies par l'article 1465 A du Code Général des Impôts (CGI), introduit par la loi d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire du 4 février 1995 et modifié par la loi relative au développement des territoires ruraux du 23 février 2005. Les communes sélectionnées doivent être situées dans un arrondissement ou un canton à faible densité de population et connaître soit un déclin de leur population totale ou de leur population active, soit une forte proportion d'emplois agricoles.
- Les communes de moins de 2000 habitants.
- Les Zones Franches Urbaines (ZFU): sont des quartiers de plus de dix mille habitants, qui ont été définis à partir des critères suivants : taux de chômage, proportion de personnes sorties du système scolaire sans diplôme, proportion de jeunes, potentiel fiscal par habitant.
- Les Zones Urbaines Sensibles (ZUS): sont des quartiers d'habitat dégradé ou de grands ensembles dans lesquels existe un déséquilibre important entre l'habitat et l'emploi.
- Les Zones de Revitalisation Urbaines (ZRU): sont des ZUS situées dans des communes éligibles à la dotation de solidarité urbaine (DSU). Le critère d'éligibilité à la DSU devrait être remplacé par une autre critère, établi à partir de la proportion de jeunes, du taux de chômage et de la proportion de personnes sans diplôme. Ce sous-ensemble des ZUS est défini par la loi du 4 février 1995 relative au développement et à l'aménagement du territoire.

Ces zones ont été définies par un certain nombre de lois successives et de nouveaux articles au sein du code du travail :

- Loi relative au développement des territoires ruraux (Loi n° 2005-157 du 23/02/2005),
- Loi de Réforme de l'assurance maladie du 13/08/2004,
- Loi n°2006-1640 de financement de la sécurité sociale pour 2007,
- Loi n°96-987 du 14/11/1996, relative à la mise en place du pacte de relance pour la ville,
- Convention nationale des médecins de janvier 2005,
- Loi n°2005-882 du 2 août 2005, en faveur des petites et moyennes entreprises.

Enfin les organismes de financement et les contacts sont eux aussi multiples :

- Les collectivités territoriales,

- L'administration fiscale,
- L'URSAFF,
- La CPAM avec notamment les Missions Régionales de Santé constituées entre l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie chargées de préparer et d'exercer les compétences conjointes à ces deux institutions.

A ces données on peut ajouter :

- Tout d'abord, les contrats de bonne pratique proposés par l'Assurance Maladie (relatifs à l'exercice de la médecine générale en milieu rural ou en Zone Franche Urbaine) qui prévoient une indemnité de remplacement de 300 euros par jour dans la limite de 10 jours par an en contrepartie d'un engagement de trois ans à l'exercice dans ces zones.
- Ensuite, en Zone Franche Urbaine, une prise en charge à hauteur de 240 euros par vacation d'une demi-journée, dans la limite de dix jours par an, consacrée à la prévention, l'éducation à la santé ou la coordination médico-sociale.
- Enfin, d'une toute autre nature, le contrat de bonne pratique relatif à l'exercice en zone de montagne prévoit l'octroi d'une majoration de 2 000 euros en contrepartie d'un engagement à l'exercice de trois ans dans cette zone.

2. Mesures non financières (18) (62)

Elles concernent les conditions d'exercice. Il s'agit essentiellement de la création de « maisons médicales », pouvant être ou non pluri professionnelles. Elles se font le plus souvent sous l'impulsion des communes, des communautés de communes, ou d'agglomération, voire des Conseils Généraux.

A l'origine, l'article 33 du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2008 (PLFSS) adopté le 30 octobre 2007 en première lecture à l'Assemblée Nationale prévoyait la possibilité de moduler le conventionnement des médecins qui s'installeraient dans des zones médicalement excédentaires. Devant le mouvement de grève des internes, la ministre de la santé Roselyne Bachelot est revenue sur cet article. Toute mesure coercitive dans une profession qui reste libérale paraît être vouée à l'échec. Plusieurs exemples étrangers, tels que l'Allemagne ou le Québec ont montré les effets pervers de ce genre de politique, et cela même à court terme :

- Crise des vocations dans les Facultés de Médecine.
- Crise des vocations en libéral : fuite des jeunes professionnels vers d'autres secteurs (hôpital, salariat, industrie) et même vers d'autres pays. Par ailleurs, certains jeunes médecins préféreront ne pas exercer plutôt que remettre en cause leur vie de famille en se pliant aux exigences des Caisses d'Assurance Maladie.
- Déconventionnements massifs.

On peut néanmoins raisonnablement penser que ces mesures coercitives seront reproposées au cours des années à venir si la situation d'inégalité démographique s'aggrave. Encore faudrait-il que les informations circulent comme nous l'avons suggéré ci-dessus.

Au total : dans les faits, on constate que les mesures qui ont été mises en place jusqu'à lors n'ont montré qu'une influence modérée sur la réduction des inégalités territoriales à court terme et très faible à long terme, il est donc important de se poser la question de leur utilité.

Il existe deux causes principales à leur échec:

- La complexité des dispositifs d'aide. Il n'existe aucune structure qui permette de centraliser les informations. Et jusqu'à lors, aucun cours en faculté n'était dispensé. On peut néanmoins applaudir la création d'inst@santé et de cartos@anté, deux sites d'aide à l'installation des professionnels de santé, qui montrent une volonté d'unification et apportent enfin une réponse synthétique.
- L'absence d'adéquation entre les souhaits des médecins et les mesures proposées. En effet, toujours selon l'étude BVA sur les attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel, seuls 16% des jeunes médecins et internes interrogés ont mentionné le revenu comme étant une attente prioritaire. On comprend dès lors, que les incitations financières n'aient eu aucun effet !

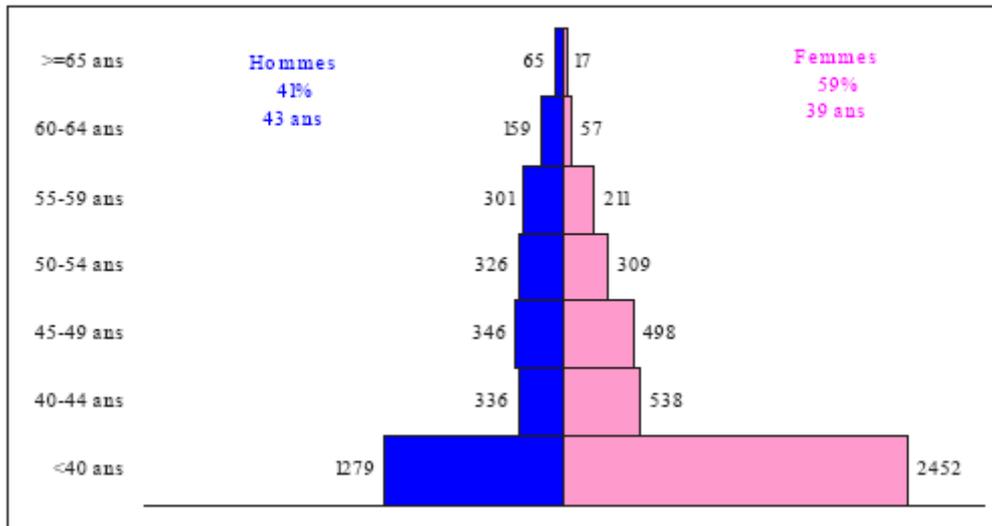
C. Multiplicité des offres : quelle efficacité ? (42) (51)

Nous sommes d'ores et déjà entrés dans un cercle vicieux. En effet, les jeunes médecins croulent sous les demandes d'emplois, que ce soit des offres salariées, de remplacement ou d'installation. Ils ne vont pas choisir volontairement un travail plus difficile et plus lointain alors qu'on se bouscule à leur porte. De plus, les mesures d'incitation purement financières ne sont pas assez attractives, car la qualité de vie reste l'objectif principal. Les différentes offres n'ont pas eu l'efficacité escomptée.

Faut-il dès lors imposer une installation forcée dans les zones dépourvues médicalement ? Cette mesure paraît extrêmement difficile à appliquer pour plusieurs raisons :

- Tout d'abord, on risque encore une chute des installations. En effet, beaucoup préféreront rester définitivement remplaçants, ou se tourneront vers un exercice salarié plutôt que d'aller vers une zone défavorisée. Ainsi en 2008, on constate une augmentation exponentielle du nombre de médecins remplaçants sur les deux dernières années, avec parmi eux 72% de médecins généralistes et une majorité de femmes.

Pyramide des âges des médecins remplaçants en médecine générale



Graphique 4

Sur le graphique ci-dessus extrait de l'Atlas de la Démographie Médicale Française en 2008, on constate que les femmes ont fait du remplacement un mode d'exercice à part entière, permettant de concilier vie familiale et statut libéral.

- Ensuite, il s'agit d'une véritable remise en cause de l'exercice libéral de la profession. On ne peut cumuler à la fois les inconvénients de l'exercice libéral et les contraintes du fonctionnariat.
- Enfin, faut-il que ce soit les jeunes générations qui payent de leur personne l'absence de prévoyance de la politique de santé ?

D. Les enseignements des pays étrangers (62)

Un certain nombre de mesures ont déjà été mises en place dans des pays étrangers. Ainsi, l'Allemagne (depuis les années 90), l'Autriche, l'Angleterre, la Suisse et le Québec restreignent la liberté d'installation des médecins conventionnés. Le Québec a, en plus, multiplié les mesures d'incitation financières et non financières à l'installation dans les régions sous-médicalisées.

Aucun de ces dispositifs n'a permis de résoudre les problèmes de démographie médicale, et notamment l'inégalité de répartition des médecins sur le territoire. La France n'a actuellement pas de nouvelles solutions à proposer que celles qui ont déjà été mises en place ailleurs. Peut-on espérer une réussite dans notre pays, alors que des politiques de santé étrangères menées sur plus de quinze ans se sont soldées par des échecs ?

Le temps médical est précieux. Il est nécessaire, compte tenu d'une démographie médicale en chute de jeter un regard critique sur la pratique de la médecine générale ainsi que sur la manière de l'améliorer aussi bien en qualité qu'en quantité. Peut-on se permettre de perdre du temps de présence du médecin à ce qui n'est pas du temps de soin effectif ? Tout médecin souhaiterait pouvoir se consacrer entièrement à son « art » sans avoir à se préoccuper d'autre chose que du soin de ses patients. L'optimisation du temps de soin est nécessaire. Le travail administratif apparaît comme du « temps de travail superflu ». Il n'apporte pas une amélioration de la santé des patients et morcelle les consultations et le temps de soin en général. Des enquêtes d'opinions auprès de praticiens ont révélé d'une part l'importance horaire dédiée au travail administratif, et d'autre part le ressenti négatif des médecins à son égard. Mais occupe-t-il réellement autant de temps que nous le supposons ? Son côté rébarbatif ne nous fait-il pas le surestimer ? Quelques éclaircissements vont être apportés à cette interrogation en tentant de déterminer quelle est la part du temps de travail consacrée par des médecins à des tâches qui ne sont pas des tâches immédiatement utiles au soin. (45) (54) (69)

DEUXIEME PARTIE : ETUDE PAR OBSERVATION DIRECTE DE LA QUANTITE DE TRAVAIL ADMINISTRATIF CHEZ TROIS GENERALISTES DE LOIRE-ATLANTIQUE

On présentera tout d'abord les trois généralistes qui ont participé à cette étude, puis la méthode de travail et de statistique, enfin, on détaillera les résultats obtenus.

I. MATERIEL ET METHODE

A. Portrait des trois médecins généralistes et de leurs conditions de travail

Les trois médecins n'ont pas été choisis par hasard : il s'agit de trois maîtres de stage accueillant des étudiants en « stage chez le praticien » et en SASPASS (Stage en Autonomie en Soins Primaires en Ambulatoire Sous Supervision). Cela présentait de multiples avantages :

- Il s'agit de praticiens habitués à la présence d'un étudiant au cours de leur consultation, et qui ainsi ne sont pas perturbés par la présence d'une tierce personne au cours de leur journée de travail.
- En outre, leur patientèle et leur secrétariat étaient familiers de l'observateur.

De plus, les pratiques présentaient des différences notables :

- Différence de lieux d'implantation : rural, semi rural et urbain,
- Différence de modalité d'accueil des patients : secrétariat téléphonique ou secrétariat sur place,
- Différence dans leur mode d'exercice : en cabinet de groupe avec secrétariat commun, ou avec un autre médecin généraliste avec seuls les locaux de commun.

1. Dr R.

- Lieu d'installation : Le Dr R est installé dans la ville de St.-Nazaire. Il a une activité urbaine en Zone Franche Urbaine.
- Mode d'exercice : Il exerce en cabinet de groupe, en association avec cinq autres médecins généralistes. Il bénéficie d'un secrétariat bien organisé sur place. Les secrétaires sont au nombre de quatre (deux mi-temps, un trois-quarts temps et un

plein temps). Elles assurent un secrétariat ouvert de 8h30 à 20h00. Les secrétaires ont de multiples fonctions :

- Accueil des patients au cabinet,
 - Accueil téléphonique,
 - Tri des courriers,
 - Mise à jour des dossiers informatiques,
 - Travail de rédaction de certificats, d'ordonnances ou de courriers signés secondairement par les médecins.
- Activités et horaires de travail :
 - Activité libérale au cabinet, du lundi au vendredi, de 9h à 12 h et de 15h à 19h, les visites s'effectuent entre 12h et 15h.
 - Rôle de médecin expert.
 - Rôle de médecin auprès du service de la sécurité routière pour délivrance des permis.
 - Matériel informatique au cabinet : L'ensemble des postes au cabinet (soit neuf : un pour chaque médecin, deux pour le secrétariat et un central) sont équipés du logiciel Axisanté et communiquent entre eux. Les dossiers de tous les patients du cabinet sont donc accessibles de n'importe quel poste. Les résultats biologiques sont directement incorporés au dossier du patient. Les courriers sont intégralement scannés par le secrétariat et incorporés dans les dossiers informatiques. Les dossiers papiers sont aussi conservés.

2. Dr Pa.

- Lieu d'installation : Le Dr Pa. a une activité rurale, il exerce à Herbignac, ville de 4350 habitants, à 26 Km du CH de Saint Nazaire, 75.5 Km du CHU de Nantes.
- Local : il partage un local dans le centre d'Herbignac avec un autre médecin généraliste, avec lequel il n'est pas associé. Il n'y a pas d'accueil, le secrétariat est uniquement téléphonique, de 9 heures à 19 heures.
- Activité et horaire de travail :
 - Activité libérale au cabinet le lundi, mardi, jeudi et vendredi, de 8h30 à 12h00, puis de 17h00 à 19h30, les visites sont effectuées entre 14h30 et 17h. En période épidémique, il peut reprendre le travail de 13h15 à 14h30. Le stagiaire SASPASS vient la journée du mercredi. Le Dr Pa. était souvent remplacé le jeudi ou le vendredi, car il suivait des cours pour obtenir un Diplôme Universitaire de médecine de soins palliatifs
 - Rôle de médecin coordinateur à la maison de retraite d'Herbignac pendant 4h, tous les mercredis matin.
 - Deux après midi par mois sont consacrés à la visite des malades à l'hôpital intercommunal de La Roche-Bernard.
- Matériel informatique au cabinet : le Dr Pa. travaille sur le logiciel Médigest Expert. Il reprend lui-même les courriers afin de les résumer et entre les conclusions lui-même dans son ordinateur. Il ne conserve aucun dossier papier. Il fait des feuilles de soin électronique et la télétransmission. Une partie des résultats biologiques est incorporée directement au dossier du patient.

3. Dr Pl.

- Lieu d'installation : le Dr Pl. est installé dans la ville de La Turballe (4350 habitants). Son activité est semi rurale, car il se déplace dans toutes les petites communes aux alentours jusqu'à 20 Km de sa commune d'installation. Cependant, l'habitat reste dense avec la proximité de Guérande et des spécialistes qui y sont installés. De plus, il est important de signaler le fait que la population varie énormément selon les saisons, en fonction des arrivées massives de touristes au moment des vacances (notamment pendant la période estivale).
- Mode d'exercice : Son cabinet est situé dans un local commun avec deux kinésithérapeutes et un autre médecin généraliste. Ils n'ont pas de secrétariat commun. Le secrétariat téléphonique est assuré par son épouse, qui effectue un transfert de ligne quand elle doit s'absenter, le Dr Pl. répondant alors lui-même aux appels.
- Activités et horaires de travail : Il est présent pour les consultations à partir de 8h00 le matin, jusqu'au soir, sans restriction horaire stricte. L'étudiant en stage SASPASS vient le vendredi. Il travaille par ailleurs du lundi au samedi (vendredi excepté) et exerce une fonction de médecin à l'IME de Pen Bron (un cinquième de temps)
- Matériel informatique au cabinet et dossier du patient : Le cabinet est informatisé avec le logiciel Axisanté. Un résumé des antécédents du patient est fait dans chaque dossier. Néanmoins, un dossier papier, classé par le Dr Pl. lui-même, avec tous les courriers originaux est conservé sur place.

B. Définition de la notion de « travail administratif », inclusions et exclusions.

1. Définition de la notion de « travail administratif ».

La notion de « travail administratif » est très large, et surtout n'est pas considérée de la même manière selon les médecins. C'est pourquoi il est difficile de quantifier de manière globale par un questionnaire le temps de « travail administratif » effectif réalisé par chaque médecin. Dans cette étude, ce temps sera quantifié de manière objective en chronométrant les différentes activités administratives au cabinet du médecin au cours de son temps de travail. Il a été retenu dans sa définition toutes les tâches qui ne concourent pas directement aux soins et qui ne font pas partie de l'activité liée au fonctionnement libéral. Une première liste des tâches administratives a été élaborée tout d'abord au cours des stages chez les praticiens et SASPASS. Ensuite, une recherche des différents documents Cerfa à partir du site de l'assurance maladie (<http://www.amélie.fr>) a permis d'affiner la recherche. Une réflexion sur les actes courants réalisés au cabinet a mis en évidence d'autres travaux administratifs, en dehors de ceux demandés par l'Assurance Maladie.

Un travail de synthèse secondaire a permis d'en identifier 3 grands types :

- Les tâches administratives obligatoires.
- Les tâches administratives non obligatoires.
- Les tâches administratives liées au dysfonctionnement du système de soin.

Il est important de signaler que cette liste déjà exhaustive, a bénéficié de modifications au cours de l'observation par de nouveaux items qui n'avaient alors pas été listés.

Dans les paragraphes qui vont suivre, nous allons détailler les inclusions et exclusions et argumenter les choix que nous avons faits.

Un paragraphe indépendant est consacré aux cas litigieux qui ne semblaient pas pouvoir être comptabilisés.

2. Inclusions et exclusions.

a) Tâches administratives obligatoires

Dans cette première partie, nous retrouverons les tâches administratives obligatoires, c'est-à-dire, celles où le médecin généraliste est contraint de réaliser de part sa fonction. Nous y retrouverons la rédaction de tous les documents liés à la prise en charge financière des soins tout au long de la vie, ainsi que tous les certificats médicaux obligatoires.

On comptabilise aussi les erreurs dans le cas de ces tâches administratives : par exemple les cartes vitales qu'il faut repasser trois fois par défaut électronique, les protocoles à recommencer...

(1)Tâches liées à la prise en charge financière des soins

Le généraliste est dans l'obligation de se soumettre à la réalisation de toute tâche permettant une prise en charge financière optimale du patient.

(a) Cas général :

- i. Déclaration du choix de médecin traitant (*annexe 1*).
- ii. Réalisation des feuilles de soin :
 - Electronique et télétransmission.
 - Papier, et envoi des feuilles quand nécessaire (*annexe 2*).
- iii. Prescription médicale de transport (*annexe 3*).
- iv. Feuille de prise en charge de vaccin anti-grippal.
- v. Demande d'entente préalable :
 - Document général (*annexe 5*).
 - Prescription médicale de transport (*annexe 4*).
 - Acte de biologie médicale (*annexe 6*).
 - Cure thermique (*annexe 10*).
 - Traitement d'assistance respiratoire de longue durée à domicile (*annexe 8*).

(b) Cas de la prise en charge en Affection Longue Durée, avec la rédaction du protocole de soin ALD (*annexe 11*).

(c) Demande d'une personne adulte handicapée à la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) (annexe 9).

(d) Cas des accidents de travail et des maladies du travail (annexe 13, 14).

Les accidents de travail ont volontairement été inclus dans notre étude, car on peut considérer qu'un patient venu strictement pour la même pathologie, ne nécessite pas tout le travail administratif lié à la prise en charge en accident de travail. Il a alors seulement été comptabilisé le temps nécessaire à la rédaction des certificats (initiaux, de prolongation et finaux), ainsi que le remplissage des formulaires.

- i. Accident du travail
 - Certificat initial,
 - Certificat de prolongation,
 - Certificat final,
 - Protocole de soin de concertation médecin traitant médecin conseil pour les arrêts de travail de plus de 6 mois.
- ii. Maladie du travail.

(e) Cas de personnes étrangères : demande d'aide médicale d'état (annexe 15).

(2)Grossesse, maternité, protection infantile,

- i. Certificat prévu dans la procédure d'IVG,
- ii. Déclaration de grossesse (annexe 16),
- iii. Certificats de santé obligatoires pour l'enfant (annexe 17-18-19).

(3)Tâches administratives ne contribuant ni au soin, ni à la santé publique, ni à la prise en charge financière

(a) Certificat de coups et blessures,

(b) Certificat d'aggravation des pensionnés militaires,

(c) Certificat attestant de la capacité mentale du patient pour une rédaction testamentaire,

(d) Certificat de décès,

(e) Réquisitions médicales.

Il a été comptabilisé tout le temps où les tâches devaient être répétées à cause d'erreurs.

(4) Cas particuliers des demandes d'hospitalisation à la demande d'un tiers et d'hospitalisation obligatoire

Il nous a paru intéressant de les mentionner ici. On ne comptabilisera pas le temps mis en œuvre au soin du patient et à son « conditionnement », mais le temps de rédaction des certificats et d'appels à la mairie.

(5) Demande de tutelle et curatelle.

b) Tâches administratives non obligatoires

Il s'agit ici des multiples demandes faites au médecin qu'il serait en droit de refuser : toutes les rédactions de certificats médicaux divers et variés demandées par les structures scolaires, les employeurs, les assurances, les institutions etc. Quand la consultation était uniquement faite pour le certificat sans aucune autre raison, on comptabilise l'ensemble de la consultation. Si la consultation est dédiée à autre chose et que le certificat est une demande secondaire, on ne comptabilise que la rédaction du certificat et l'examen clinique qui est fait en plus (complément seulement du premier).

(1) Remplissage des grilles AGGIR et des dossiers d'entrée en maison de retraite (annexe 21).

(2) Certificats d'aptitude au sport ou activités en centre.

(3) Certificats destinés à l'employeur.

(a) Certificat enfant malade,

(b) Certificat de grossesse,

(c) Certificat de réserve d'aptitude professionnelle

(d) Certificat de bonne santé exigé pour certains emplois dans la fonction publique,

(e) Autres.

(4) Certificats scolaires ou de lieu de garde:

(a) Certificats de vaccination,

- (b) Certificat d'aptitude au sport scolaire,**
- (c) Certificat d'absence scolaire (plus de 3 jours et moins de 3 jours), ou absence de crèche,**
- (d) Certificat de dispense sportive,**
- (e) Certificat de protocole de soin,** (par exemple pour enfant asthmatique pour la prise de bêta-2-mimétiques à courte durée d'action, certificat d'autorisation pour les assistantes maternelles à donner du paracétamol en cas de fièvre).
- (f) Certificat de non contagion.**
- (g) Autres.**

(5) Certificat d'impossibilité de se déplacer pour le vote par procuration.

(6) Certificats pour les assurances.

- (a) Certificat de santé, de vaccination.**
- (b) Certificat pour annulation de voyage,**
- (c) Certificat de santé (par exemple pour des demandes de prêts),**
- (d) Certificat de mort naturelle,**
- (e) Autres.**

c) Tâches liées au dysfonctionnement du système de soin (57)

Il ne s'agit pas ici de tâches administratives à proprement parler, mais du temps qu'il est parfois nécessaire afin de placer un patient dans une structure de soin, ou pour lui obtenir un examen médical particulier. Le système de soin est devenu si compliqué et surtout si embouteillé qu'il faut parfois des heures pour hospitaliser un patient. Ce travail ne devait pas être dévolu au généraliste. En effet, dans un système de soin idéal, un aiguillage optimal devrait être possible en dehors des urgences.

(1) Appels pour des demandes d'examens ou de consultations.

(2) Temps d'organisation pour une hospitalisation, ou un retour d'hospitalisation.

- (a) Temps d'organisation pour une hospitalisation :**
- (b) Appel du transporteur,**

(c) Appel du/des services de soin,

(d) Réalisation des ordonnances non réalisées par les services de soin au retour du patient,

- i. Ordonnances de soins paramédicaux.
- ii. Ordonnances complémentaires (antalgiques, matériel infirmier).

(3) Appels de pharmacies :

(a) Précision sur l'ordonnance.

(b) Appels passés à la pharmacie pour rechercher la disponibilité pour un médicament.

(c) Ordonnances itératives et ordonnances de rattrapage.

Il s'agit ici de comptabiliser le temps passé à faire des ordonnances de rattrapage (médicaments avec 28 comprimés au lieu de 30), ou des ordonnances itératives (lit médicalisé pour un grabataire, fauteuil roulant pour un paraplégique, hypnotiques pris au long court non renouvelables...)

d) Tâches non prises en compte dans les calculs

Certaines tâches considérées comme administratives de la part des médecins n'ont pas été prises en compte.

(1) Tâches relatives à l'activité libérale

L'activité du médecin généraliste est libérale, avec ce que cela comporte comme avantages et inconvénients. Ces tâches sont donc liées au statut du médecin et non pas à la situation du patient. Tout ce qui est relatif à cette situation n'a pas été comptabilisé, soit :

- i. La gestion comptable,
- ii. Le temps passé pour l'URSSAF ou la CARMF,
- iii. La gestion des secrétaires et de leur rémunération.

(2) Tâches liées au rôle propre du généraliste comme médecin coordonnateur des soins. (3)

La nouvelle convention, a attribué un rôle à part au médecin généraliste en tant que médecin traitant déclaré. Il est dans ses obligations d'écrire des courriers qui justifient l'orientation du patient au spécialiste. Leur temps de rédaction n'a volontairement pas été pris en compte. En effet, il est nécessaire d'expliquer aux confrères spécialistes de manière précise l'état du patient et ce qui est attendu de leur examen. C'est donc un acte qui concourt directement au soin.

C. Méthode d'observation

Une interne de médecine générale est venue assister aux consultations et visites à domicile de chacun des trois médecins par demi-journée ou journée complète et sur différentes périodes. Le temps passé au travail purement administratif de chaque médecin a été chronométré. Le nombre de consultations total s'est élevé à trois cents soit cent par médecin. Les données comme définies ci-dessus ont été strictement prises en compte. Elles ont été reportées dans une grille Excel qui a permis d'effectuer les statistiques. Le rôle de l'interne était uniquement d'observation, il n'y a pas eu d'intervention au cours des consultations sur le travail du médecin.

D. Méthode statistique

1. Temps de référence

Le temps de travail global du médecin généraliste à son cabinet au cours de la journée de présence a aussi été mesuré. Certaines tâches (reportées au week-end par exemple) n'ont pas pu être prises en compte. Néanmoins, les médecins ont un peu modifié leur manière de travailler en remplissant aussitôt les formulaires et les documents apportés par les patients sur leur temps de présence au cabinet au lieu de le reporter à un moment ultérieur. La base des calculs s'est faite sur le chronométrage du temps de soin.

Pour calculer le temps de travail total, nous n'avons pas pris en compte :

- Les pauses déjeuner et autre,
- Le temps de lecture de revues médicales,
- Le temps mise à jour des dossiers médicaux,
- Le temps lié à la comptabilité,
- Le temps médical lié à des activités annexes, soit :
 - Pour le Dr Pa. son activité de coordonnateur de soins à la maison de retraite,
 - Pour le Dr Pl. son activité de médecin au centre de rééducation fonctionnel de Pen Bron,
 - Pour le Dr R. son activité de médecin expert.

Nous avons mesuré :

- Le temps de soin,
- Le travail administratif défini selon nos critères,
- Les temps de déplacements lors des visites.

2. Les différents temps au cours de la journée de travail.

Nous avons défini différents « temps » au cours de la journée de consultation pour la réalisation des tâches administratives. En effet, il paraissait opportun de distinguer les actes administratifs qui se déroulent de manière « fluide » et habituelle au cours de la consultation et ceux qui hachent la journée de travail et interrompent le médecin au cours d'une consultation ou entre deux consultations pour un tout autre sujet. Ainsi nous retrouvons :

- Le **temps de travail global** au cours de la journée avec présence au cabinet et enchaînement des consultations et des visites.
- Les **interruptions** du temps de soin : c'est-à-dire le temps administratif qui interrompt le temps de soin, de manière brutale ou inopinée ; ou le temps reporté hors consultation pour des raisons pratiques. Nous avons ainsi identifié :
 - Les **appels** téléphoniques de raison administrative (en respectant nos conditions d'inclusion et d'exclusion),
 - Les **passages** de patients au cabinet sans rendez-vous,
 - Le **temps hors consultation**, que nous définissons comme le travail administratif qui aurait du être réalisé au cours d'une consultation mais qui a été reporté faute de temps.
- Le **temps de consultation simple** sans les interruptions, correspondant au travail administratif uniquement réalisé au cours d'une consultation et la concernant pleinement.

3. Types de tâches : regroupement et simplification des données.

Il était important de lister l'ensemble des items de manière exhaustive, car cela permet de mettre en évidence la diversité des tâches demandées. Mais, compte tenu du grand nombre d'items et du fait que chacun d'entre eux n'a pas toujours été utilisé, ils ont parfois été regroupés. Ainsi les études plus globales se font en fonction des trois grands types de tâches répertoriées :

- Les tâches administratives obligatoires,
- Les tâches administratives non obligatoires,
- Les tâches liées au dysfonctionnement du système de soin.

Ensuite l'analyse s'est faite sous-groupe par sous-groupe. Les items qui ont été regroupés présentaient des points communs. Ils sont ainsi détaillés :

- La réalisation des feuilles des soins papiers ou électroniques, la télétransmission et la déclaration de médecin traitant sont différents aspects d'une même prise en charge : le remboursement des consultations.
- Tout ce qui concernait la prise en charge ALD : les rédactions de protocoles, la signature du protocole avec le patient, les coups de téléphone au médecin-conseil si nécessaire.
- Les différents certificats concernant les accidents de travail.
- Les demandes d'APA et de COTOREP.
- Les demandes de tutelles et de curatelles.

La présentation des résultats se fait en deux temps. Un premier où il s'agit d'étudier de manière globale le temps administratif, sans tenir compte des particularités de chaque médecin. Ensuite, on tentera de mettre en évidence les différences entre chacun des praticiens.

II. RESULTATS

Les résultats ont été traités de manière globale sur les trois cents consultations, puis de manière comparative entre médecins.

A. Temps de travail global des généralistes observé pour 300 consultations.

Le volume horaire nécessaire pour la réalisation des trois cents consultations diffère selon les praticiens (voir définition de ce volume horaire Partie II – I – G – 1).

Les journées et les demi-journées de travail seront détaillées en fonction de chaque praticien afin de baser notre temps de référence.

1. Calcul pour le Dr R.

Journées et demi-journées d'observation :

- le 05/06 : 6h45 d'observation dont 25 minutes consacrées aux visites à domicile et 6h20 pour les consultations.
- le 03/09 : 5h35 d'observation dont 1h05 consacrée aux visites à domicile et 4h30 pour les consultations.
- Le 04/09 : 3h25 d'observation dont 1h20 consacrée aux visites à domicile.
- Le 10/09 : 7h20 d'observation consacrées aux consultations.
- Le 23/10 : 5h35 d'observation, dont 1h consacrée aux visites à domicile et 4h35 pour les consultations.

Le temps total de travail du Dr R. pour la réalisation de cent consultations a donc été de : $6h45 + 5h35 + 3h25 + 7h20 + 5h35 = 28h40mn.$

2. Calcul pour le Dr Pa. :

Journées et demi-journées d'observation :

- Le mardi 25/09 : 6h25 d'observation, dont 1h50 consacrée aux visites à domicile et 4h35 pour les consultations.
- Le mardi 9/10 : 4h35 d'observation, dont 50mn consacrées aux visites à domicile et 3h45 pour les consultations.
- le vendredi 12/10 : 7h30 d'observation, dont 1h05 consacrée aux visites à domicile et 6h25 pour les consultations.

- le lundi 15/10 : 9h55 d'observation, dont 2h05 consacrées aux visites à domicile et 7h50 pour les consultations.
- le vendredi 19/10 : 1h50 d'observation consacrée aux consultations.

Le temps total de travail du Dr Pa. pour la réalisation de cent consultations a donc été de : $6h25+4h35+7h30+9h55+1h50 = 30h15mn.$

3. Calcul pour le Dr Pl. :

Journées et demi-journées d'observation :

- le 20/05 : 7h55 d'observation, dont 1h45 consacrée aux visites à domicile et 6h10 pour les consultations.
- le 21/05 : 5h10 d'observation consacrées aux consultations.
- le 22/05 : 4h35 d'observation, dont 40 mn consacrées aux visites à domicile et 3h55 pour les consultations.
- le 23/05 : 9h10 d'observation, dont 3h35 consacrées aux visites à domicile et 5h35 pour les consultations.
- le 26/05 : 1h25 d'observation, consacrée aux consultations.

Le temps total de travail du Dr Pl. pour la réalisation de cent consultations a donc été de : $7h55 + 5h10 + 4h35 + 9h10 + 1h25$ soit 28h15.

4. Temps total pour la réalisation de trois cents consultations :

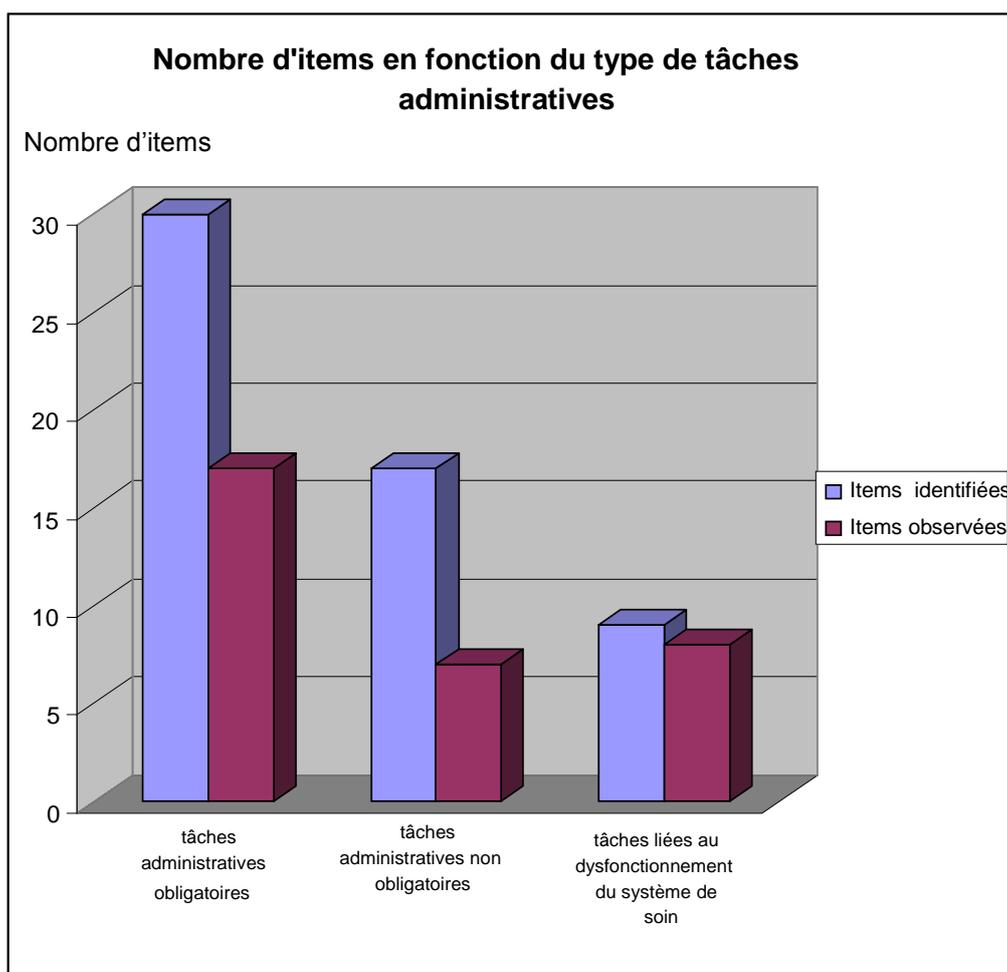
Temps du Dr R. (28h40mn) + temps du Dr Pa. (30h15mn) + temps du Dr Pl. (28h15) = 87h10. Ce temps servira de référence lors de l'expression des pourcentages ou des proportions de temps administratif. Le temps moyen de consultation peut donc être calculé : $87h10/300$ consultations, soit 17mn26sec. par consultation.

B. Résultats sur le temps de travail total des 300 consultations

1. Eventail des différentes tâches administratives.

Dans notre grille de référence :

- Dans les tâches administratives obligatoires :
 - o Nous avons prévu 28 items + 2 ajoutés « autre sur remboursement » et « autre sur ALD », soit 30 au total.
 - o Nous avons utilisé 17 de ces items.
- Dans les tâches administratives non obligatoires :
 - o Nous avons prévu 16 items + 1 ajouté « autre »
 - o Nous avons utilisé 7 de ces items.
- Dans les tâches liées au dysfonctionnement du système de soin :
 - o Nous avons prévu 8 items + 1 ajouté « autre »
 - o Nous avons utilisé 8 de ces items.



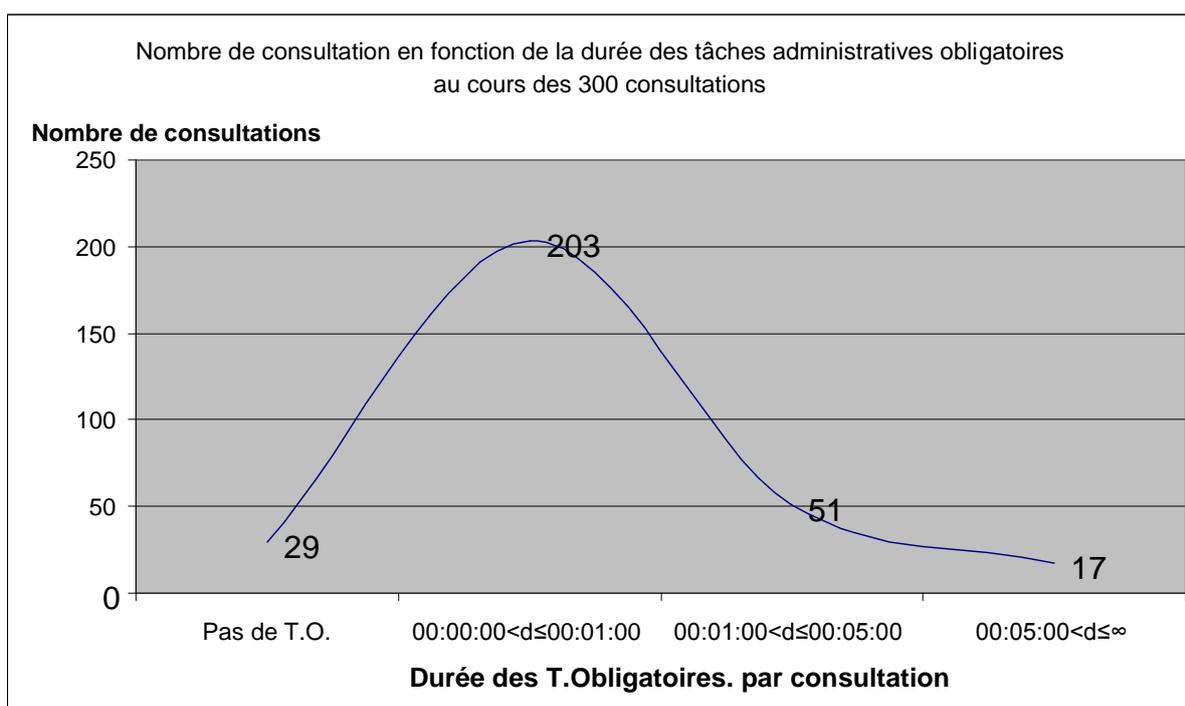
Graphique 5

Au total, cinquante-six tâches différentes peuvent être identifiées et trente deux ont effectivement été observées au cabinet. Nous pouvons néanmoins remarquer sur le graphique ci-dessus, que de nombreux items n'ont pas été utilisés. Le plus souvent, il s'agit de tâches trop rares pour avoir été prises en compte au cours de ces trois cents consultations. Mais parfois il s'agit simplement d'une probabilité simple de non réalisation. Ainsi les certificats de grossesse sont souvent réalisés au cabinet, pour autant on ne les retrouve pas dans ce temps de travail. Cette constatation met néanmoins en évidence la diversité des demandes pouvant être faites au médecin. Il existe toujours de nouveaux imprimés, de nouvelles demandes, de nouvelles obligations.

2. Volume horaire de travail administratif

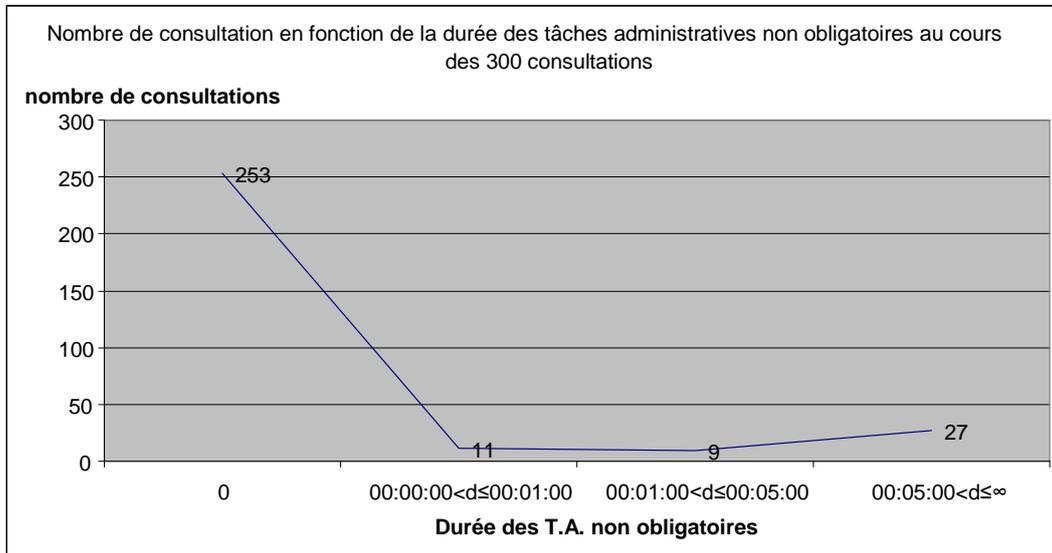
Le volume horaire global de travail administratif a été calculé en fonction des trois grands types de tâches prédéfinies :

- Temps pour la réalisation des tâches administratives obligatoires :
 - o Temps total : 06h 46mn 37 sec dont 02h 50mn 10sec pour les réalisations des feuilles de soin et les télétransmissions.
 - o Temps moyen : une minute et vingt et une seconde par consultation.
 - o Temps minimal : 0 secondes
 - o Temps maximal : 32 minutes 23 secondes.
 - o Distribution :



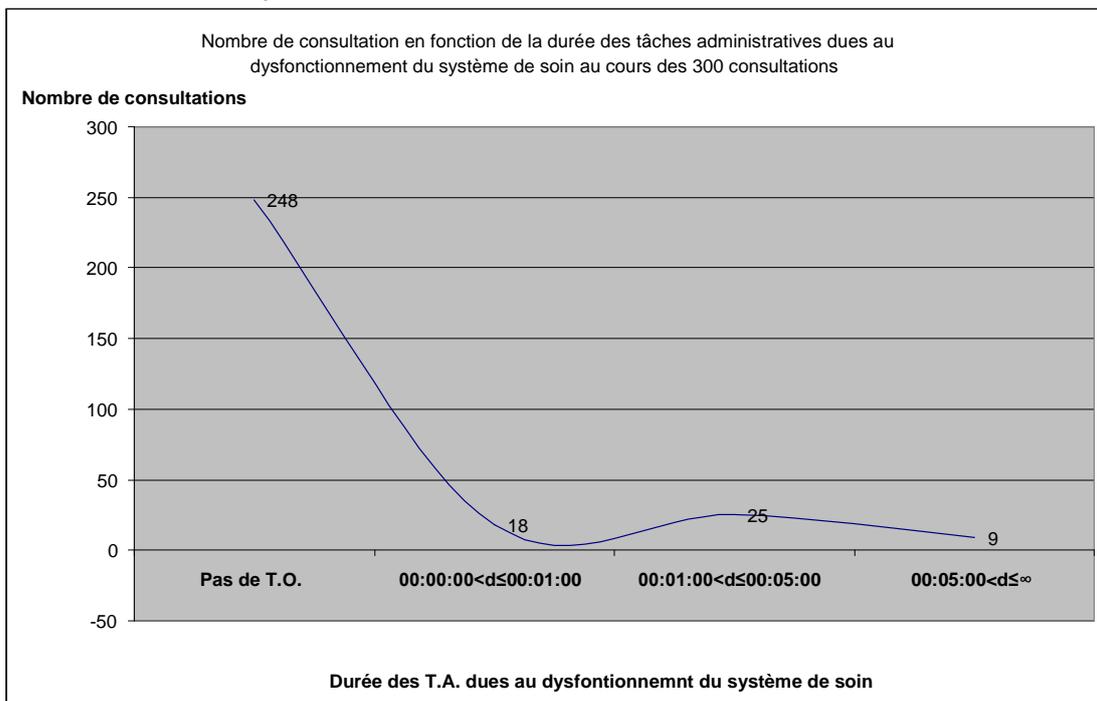
Graphique 6

- Temps pour la réalisation des tâches administratives non obligatoires :
 - o Temps total : 05h 22mn, sachant que la très large majorité (04 h07 mn) est consacrée aux certificats d'aptitude sportive !
 - o Temps moyen : une minute et quatre secondes.
 - o Temps minimal : 0 secondes.
 - o Temps maximal : 20 minutes.
 - o Distribution :



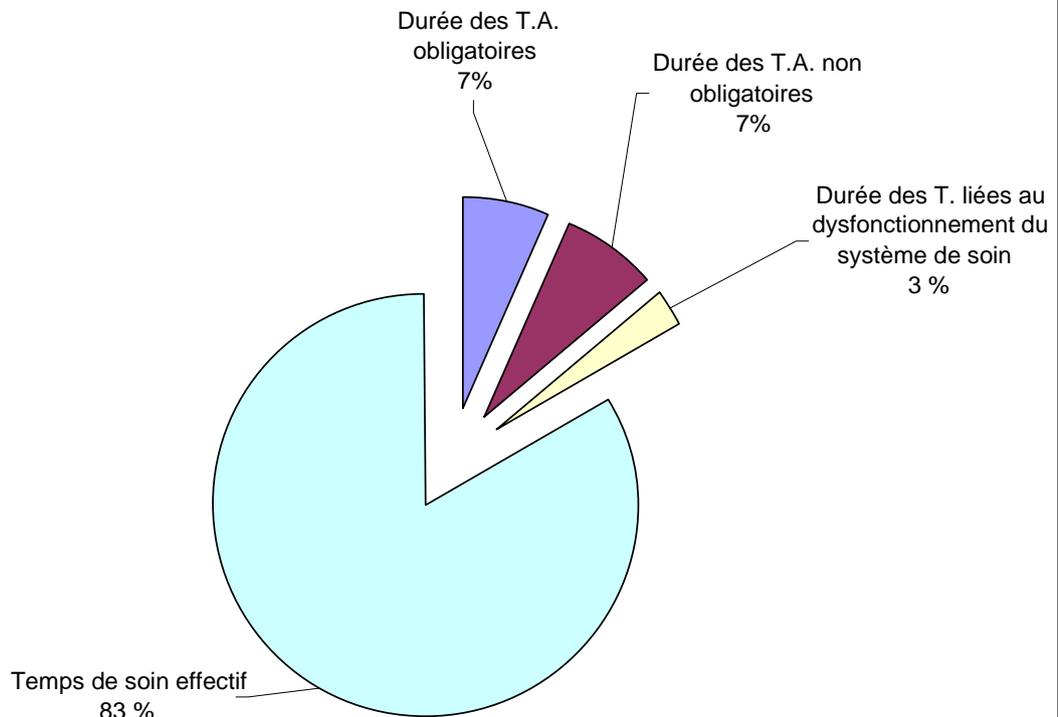
Graphique 7

- Temps pour les tâches liées au dysfonctionnement du système de soin :
 - o Temps total : 02h26mn23sec.
 - o Temps moyen : 19 sec.
 - o Temps minimal : 0 secondes.
 - o Temps maximal : 15 minutes.
 - o Dispersion :



Graphique 8

Partage du temps de travail global



Graphique 9

De manière générale, sur l'ensemble du temps de soin, plus d'un sixième est dédié aux tâches administratives. Le camembert ci-dessus met bien en évidence les 17 % du temps de travail dévolu au travail administratif, et sa composition.

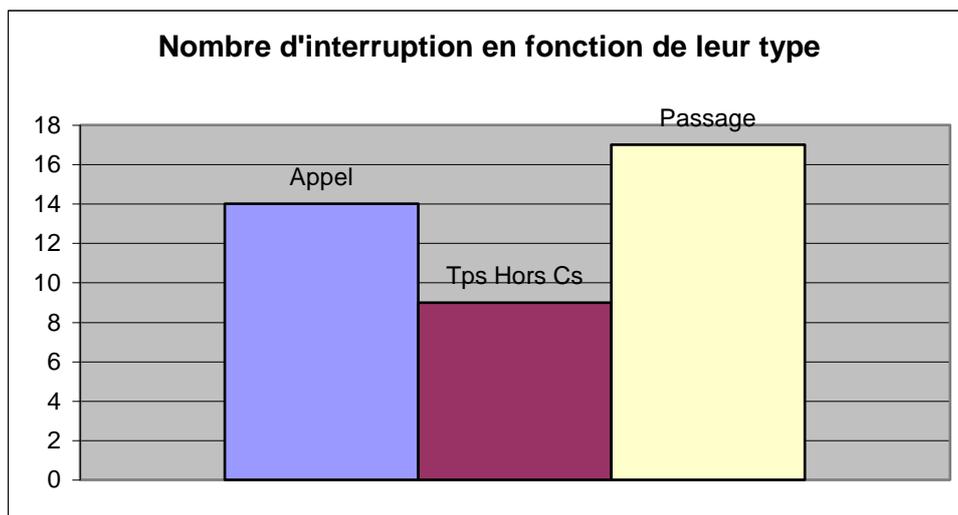
Il paraît important de souligner qu'il y a eu 40 interruptions au cours de ces 300 consultations, soit une interruption toutes les sept consultations et demi avec :

- Neuf temps pris hors consultation,
- Quatorze appels téléphoniques,
- Dix-sept passages.

C. Résultats des interruptions

Cf. définition deuxième partie, § I, D, 2

1. Les différents types d'interruption



Graphique 10

a) Le temps hors consultation :

- Défini par le temps que le généraliste va prendre entre deux consultations ou à la fin de sa journée de consultation pour réaliser certaines tâches qu'il n'a pas eu le temps de réaliser au cours de son temps de travail.
- Au nombre de neuf au total.
- Temps total : 1h02mn04sec.
- De durée moyenne : 6mn 58 sec.

b) Les appels téléphoniques :

- Définis par les appels directs passés par le médecin ou reçus directement au cabinet après passage ou non par le secrétariat.
- Au nombre de quatorze au total.
- Temps total : 39mn09sec.
- De durée moyenne : 2mn 48 sec

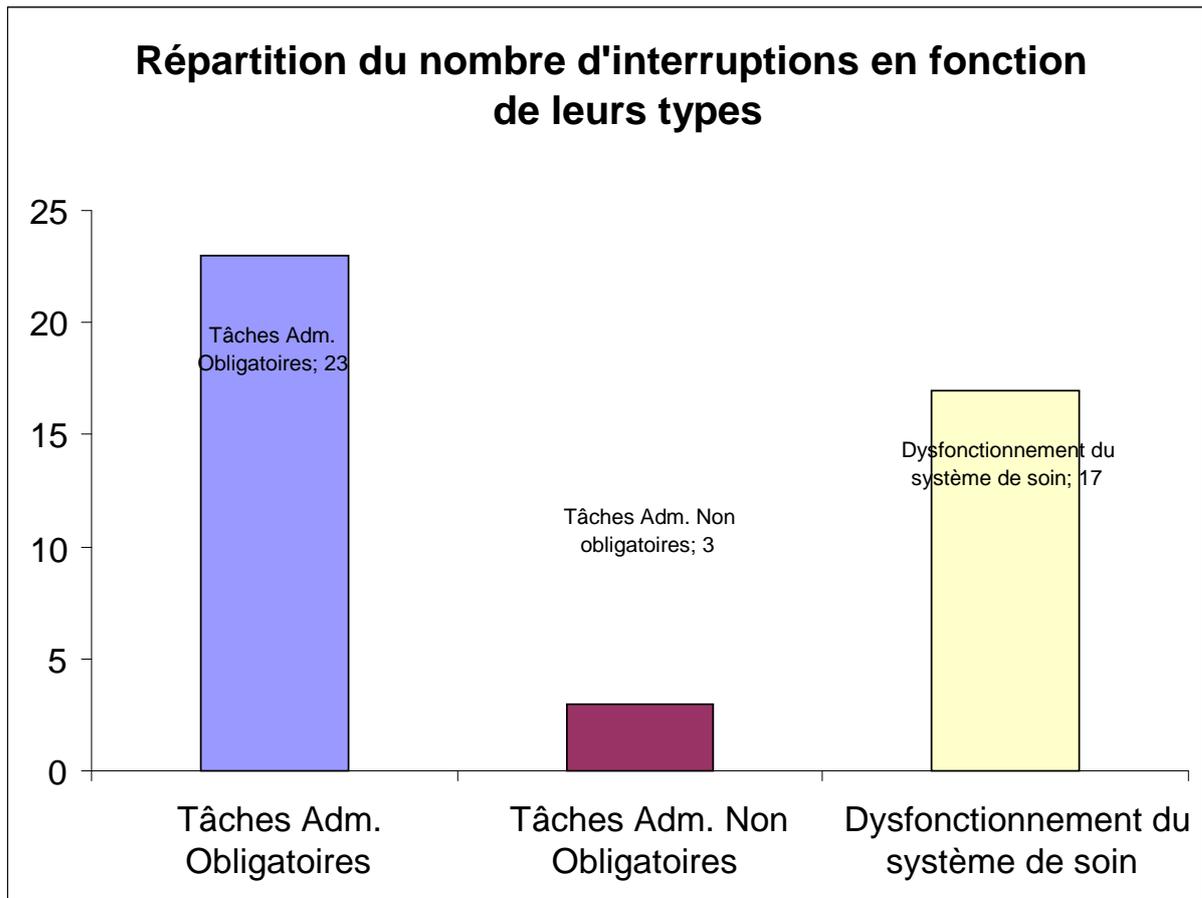
c) Les passages :

- Définis par l'arrivée impromptue de patients au cours de la journée de consultation pour des problèmes n'étant pas des problèmes de soin.
- Au nombre de 17 au total.

- Temps total : 43mn 04sec.
- De durée moyenne : 2mn 32 sec

2. Causes des interruptions.

a) De manière globale :

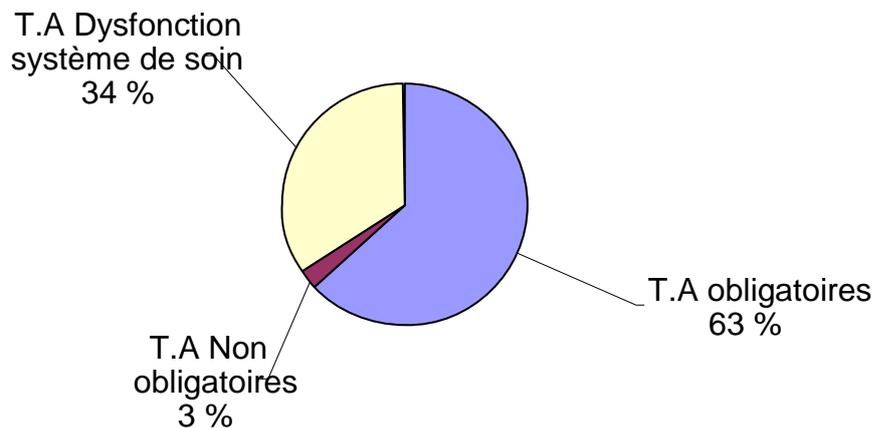


Graphique 11

Sur cet histogramme nous retrouvons le nombre d'interruptions réparties selon leurs types. Ainsi, on constate que les causes des interruptions sont essentiellement les tâches administratives obligatoires et les problèmes de fonctionnement du système de soin.

En ce qui concerne les tâches administratives obligatoires, les problèmes soumis sont très divers. Néanmoins, les rédactions de protocole et les problèmes qui y sont liés concernent 26 % des cas (6 cas). Les tâches concernant les dysfonctionnements du système de soin sont essentiellement des réalisations d'ordonnances itératives (67 %). Les autres causes sont plus anecdotiques.

Types de tâches responsables des interruptions selon leur volume horaire



Graphique 12

Sur ce second camembert, on se rend compte qu'au niveau du volume horaire occupé lors des interruptions, les tâches administratives obligatoires sont toujours largement majoritaires.

b) Le temps hors consultation :

Le temps hors consultation est dédié à :

- La rédaction de protocole de soin ALD (3),
- La télétransmission (4),
- La réalisation d'ordonnances itératives (1), et la rédaction d'une demande de tutelle.

Ce temps hors consultation est donc utilisé par les médecins quand le temps d'une consultation est trop court pour la réalisation d'actes spécifiquement administratifs au cours de ce temps de soin.

c) Les appels téléphoniques :

Ils concernent :

- La réalisation d'ordonnances non réalisées en service hospitalier à la sortie (1), ou d'ordonnances itératives (3)

- Les problèmes de procédure pour des dossiers d'ALD (2) et d'accidents de travail (2)
- La récupération d'un compte-rendu hospitalier non communiqué au retour à domicile (2),
- La réalisation d'un certificat de sport (1),
- La réalisation d'un arrêt de travail (1)
- Une prise de rendez-vous de radiographie (1)
- Un appel double pour le non remboursement d'une FSE + rédaction d'un certificat final d'accident de travail (1).

Les patients appellent pour des motifs très divers, notamment quand ils ont besoin du médecin sans pour autant vouloir re-consulter pour cela.

d) Les passages :

Ils concernent :

- La réalisation d'ordonnances itératives (4),
- La signature de la feuille de vaccination anti-grippale (2),
- La réalisation d'un certificat d'aptitude sportive (1),
- La déclaration de médecin traitant (1),
- La réalisation d'un certificat de sport (1),
- La réalisation d'ordonnances non réalisées en service hospitalier à la sortie (1),
- La réalisation d'un bon de transport (1),
- La réalisation d'une FSP car non remboursement d'une FSE (1),
- La signature du médecin sur une démarche de soin (1),
- La non transmission de résultats de laboratoire (1)
- Le passage d'une déléguée de la sécurité sociale (1)
- Demandes multiples :
 - o La signature de la feuille de vaccination anti-grippale + la réalisation d'ordonnances itératives (1)
 - o La réalisation d'une demande d'entente préalable + la réalisation d'ordonnances itératives (1).

De même que pour les appels, les demandes sont multiples. Les patients interrompent le travail de soin du médecin pour des demandes administratives très diverses qui ne nécessitent pas, selon eux, une consultation.

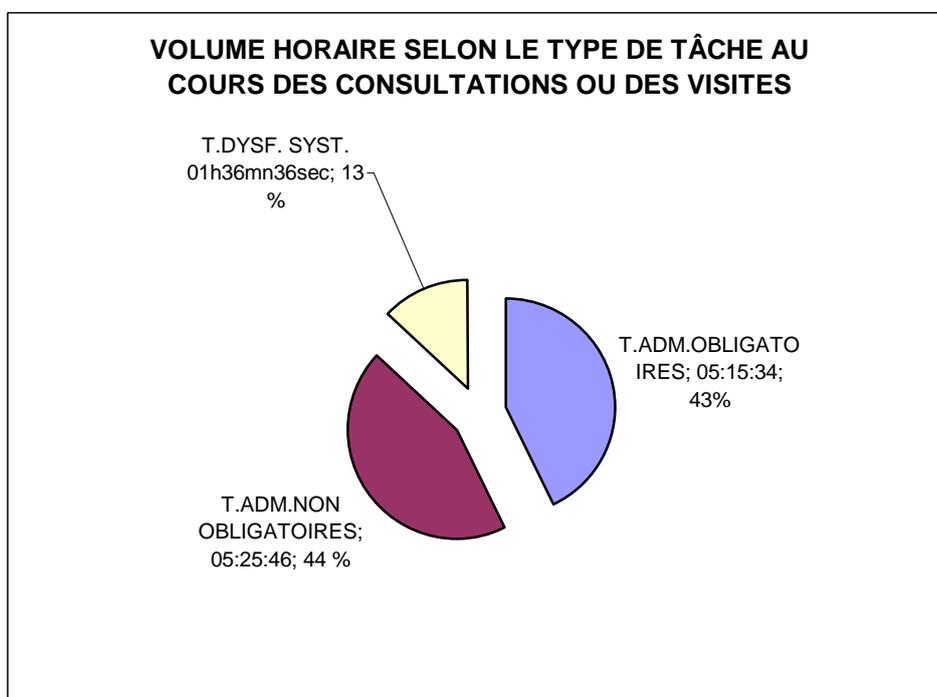
Le temps global de travail et les interruptions du temps de travail ayant été étudiés, maintenant il faut établir ce qui se passe au cours de la consultation elle-même.

D. Résultats au cours des consultations et visites, sans tenir compte des différentes interruptions.

Cf. définition deuxième partie, § I, D, 2

1. Etude globale.

Sur le graphique ci-dessous, on remarque que le temps de consultation est notamment pris par les tâches administratives obligatoires et non obligatoires. C'est un volume horaire assez conséquent : 12h17mn 56sec.

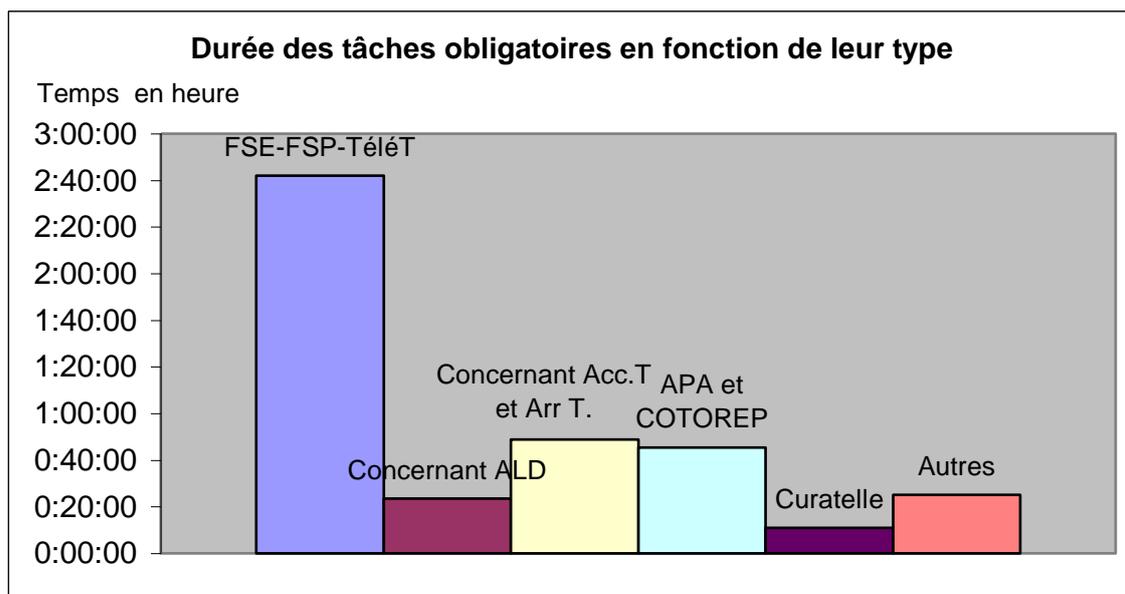


Graphique 13

2. Etude par type de tâche.

a) Les tâches administratives obligatoires

Ces tâches administratives auxquelles le médecin se doit de répondre concernent donc 43 % du volume horaire du travail administratif au cabinet, un peu plus de cinq heures et quart de travail.

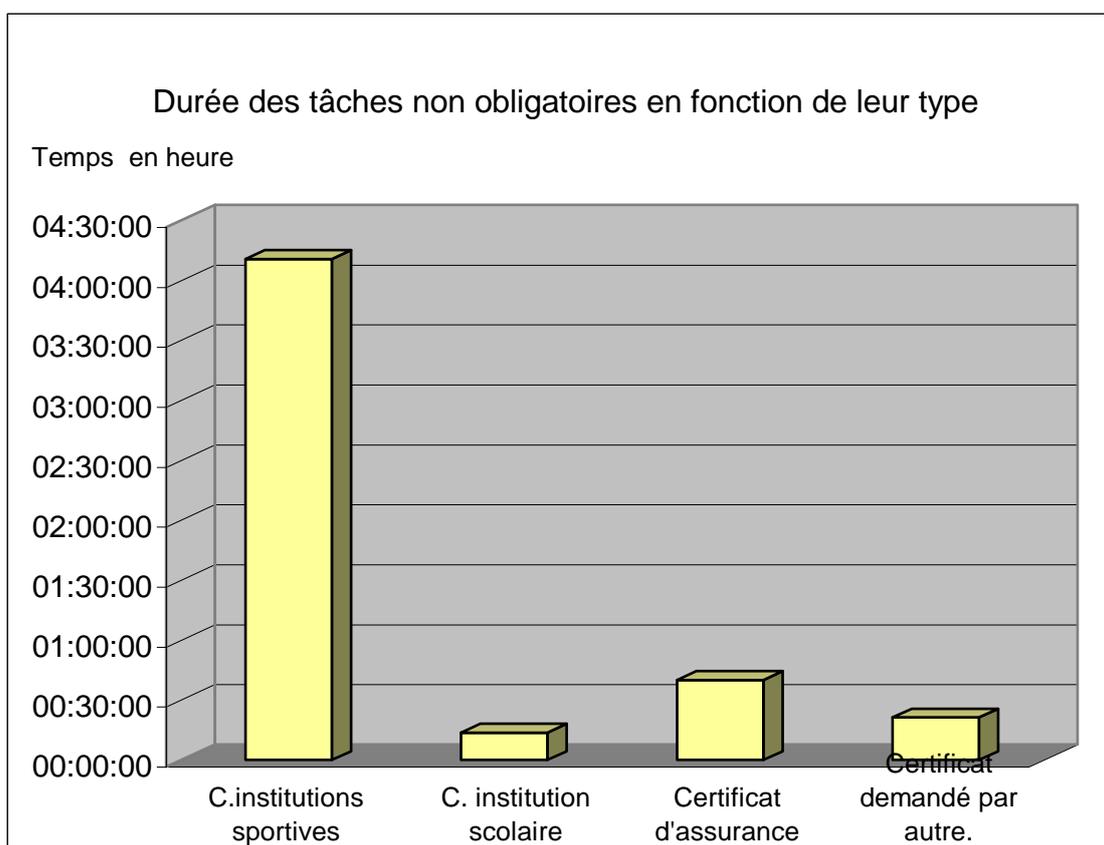


Graphique 14

Nous constatons que ce sont les réalisations des actes de remboursements médicaux qui prennent le plus de temps. Viennent ensuite, loin derrière, tout ce qui concerne les travaux de remplissage des formulaires des accidents de travail et arrêts de maladie, puis des imprimés d'APA et de COTOREP.

A signaler qu'au cours de ces consultations, il n'y a pas eu de rédaction de déclaration de grossesse, ni de rédaction de certificat à vocation judiciaire (coups et blessure, décès etc.).

b) Les tâches administratives non obligatoires

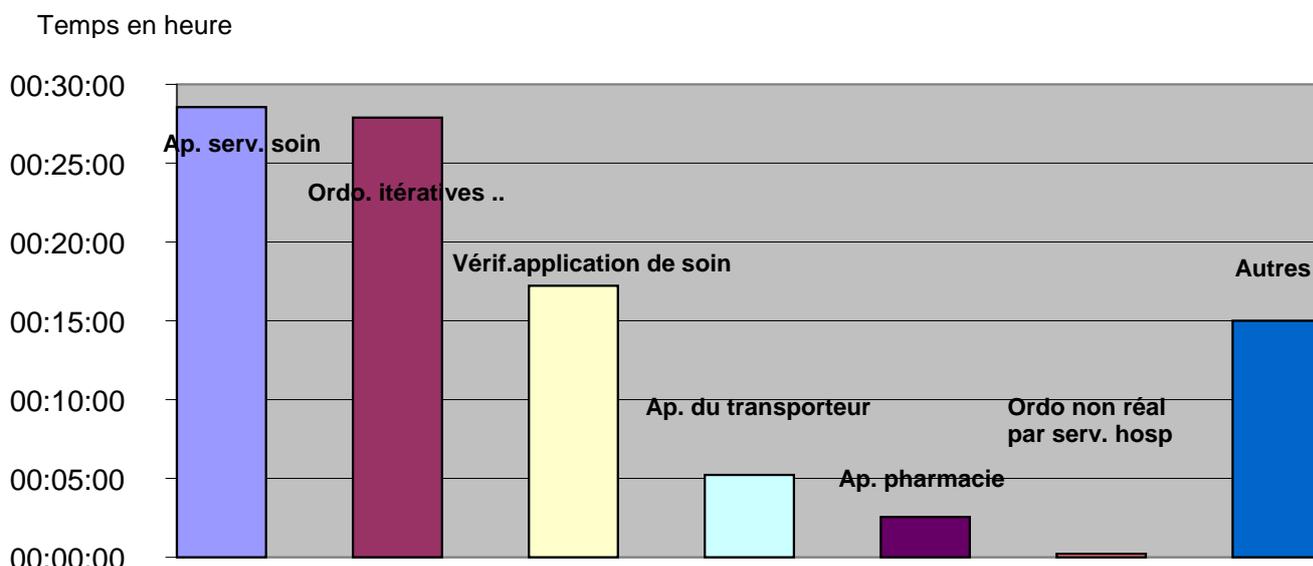


Graphique 15

Il est extrêmement frappant de constater le volume horaire très important des certificats d'aptitude sportive. En effet, si les patients consultent pour ce seul motif, la consultation entière y est dédiée et comptabilisée. Par ailleurs, il est important de rappeler que quand le certificat d'aptitude était considéré comme un motif secondaire de consultation (par exemple demande de certificat de gymnastique d'entretien suite à la prescription d'un renouvellement), nous n'avons comptabilisé que le temps de rédaction du certificat, sauf dans le cas où un supplément d'examen clinique était nécessaire.

c) Les tâches liées au dysfonctionnement du système de soin

Durée des différentes tâches liées au dysfonctionnement du système de soin en fonction de leur type



Graphique 16

Les appels passés aux services de soin ont occupé près de 30mn sur les trois cents consultations. Il s'agit aussi bien d'appels passés, par exemple, dans un service pour avoir le compte-rendu de sortie d'un patient qui est rentré à domicile, qu'un appel passé par les services pour connaître le traitement de fond du patient. Ces appels ont comme point commun le fait qu'ils pourraient être évités si la communication entre la ville et l'hôpital était optimisée

Il est aussi très intéressant de remarquer l'importance horaire de la réalisation des ordonnances itératives. Il s'agit très souvent :

- D'ordonnances de rattrapage de médicaments d'un conditionnement inadéquat,
- D'ordonnances concernant des prescriptions qui, en fait, sont constantes (par exemple un lit médicalisé pour une personne âgée.)
- Il peut s'agir aussi d'un mésusage du système, comme la réalisation d'une ordonnance de somnifère ou apparenté. La prescription étant limitée à 1 mois, certains patients reviennent pour un renouvellement sans consultation.

E. Comparaison des résultats entre praticiens

Comme nous l'avons souligné précédemment, les trois praticiens présentaient des différences notables. Il paraît intéressant de comparer les résultats afin de savoir si leurs différences de pratiques et leurs différentes personnalités ont une influence quant à leur temps de travail administratif.

Nous rappelons ces différences dans le tableau comparatif ci-dessous.

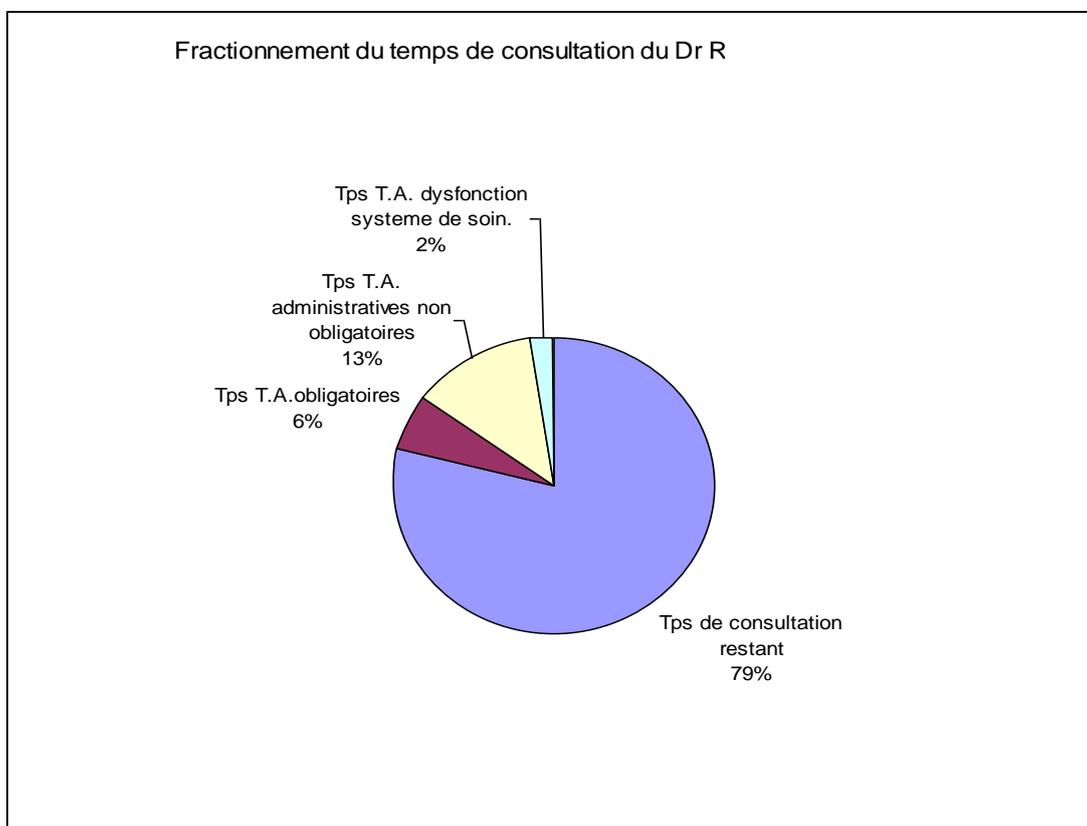
Tableau comparatif des modes d'exercice des trois médecins

	Dr R	Dr Pa.	Dr Pl.
Lieu de travail	St Nazaire	Herbignac	La Turballe
Densité médicale du canton pour 10 000 hab. en 2007	13,5	7,6	11,1
Localisation	Urbaine	Rurale	Semi Urbaine
Secrétariat téléphonique	Oui	Oui	Oui partiellement
Secrétariat sur place	Oui	Non	Non
Informatisation	Oui	Oui	Oui partiellement

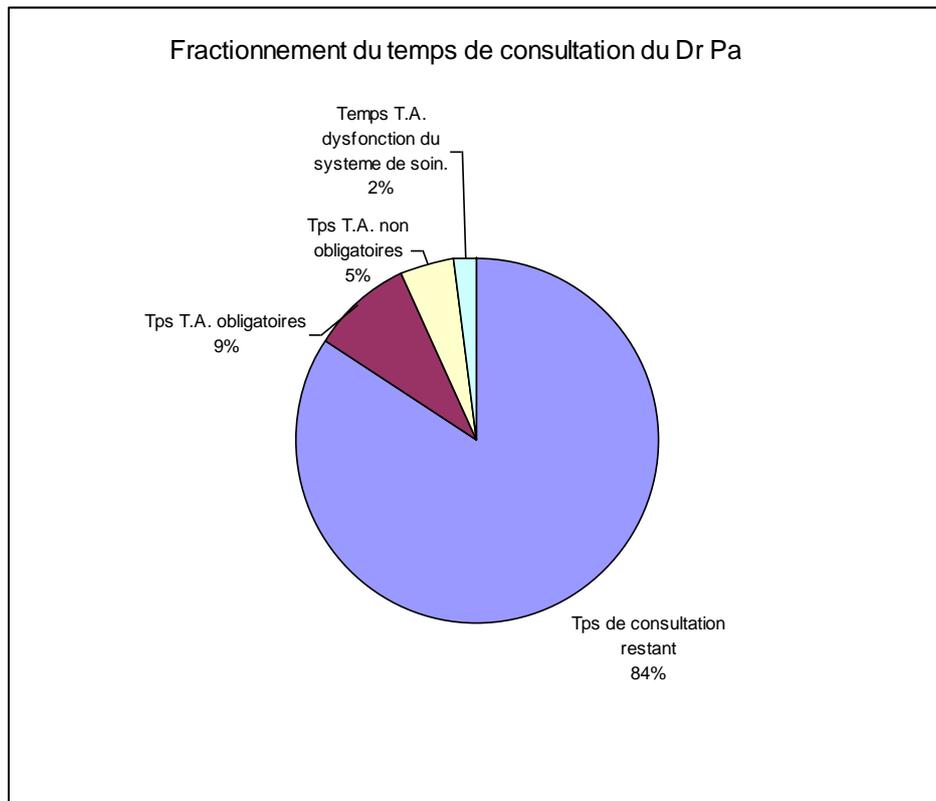
Tableau 8

1. Temps de consultation global.

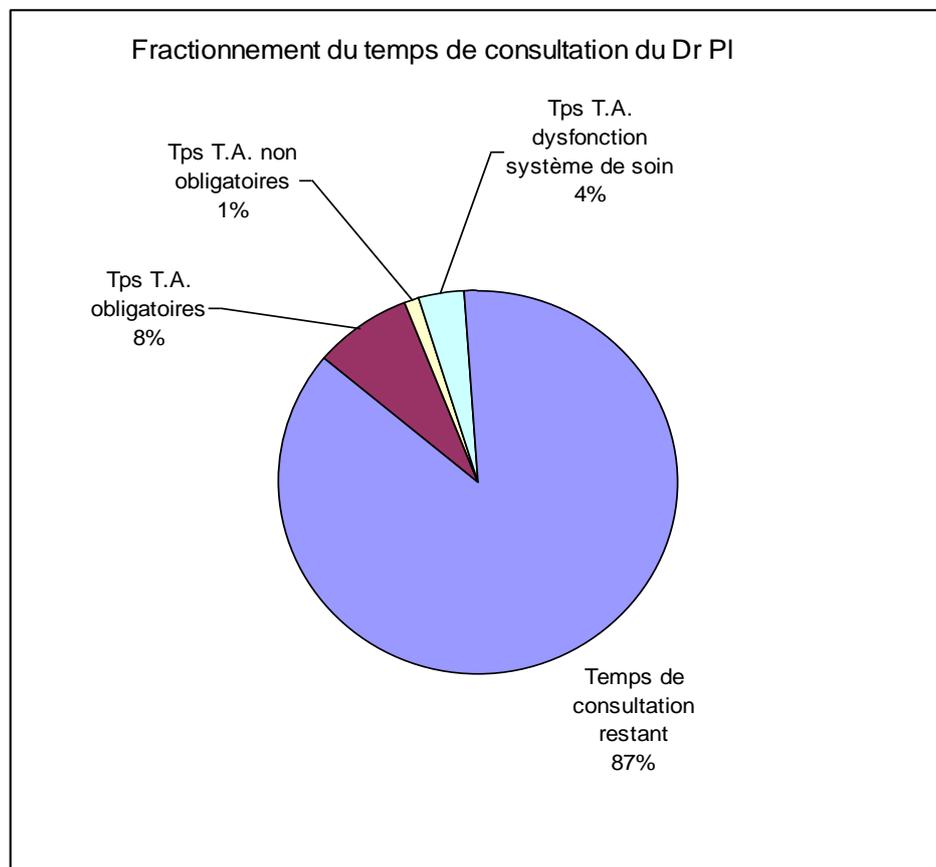
a) Durée globale



Graphique 17



Graphique 18



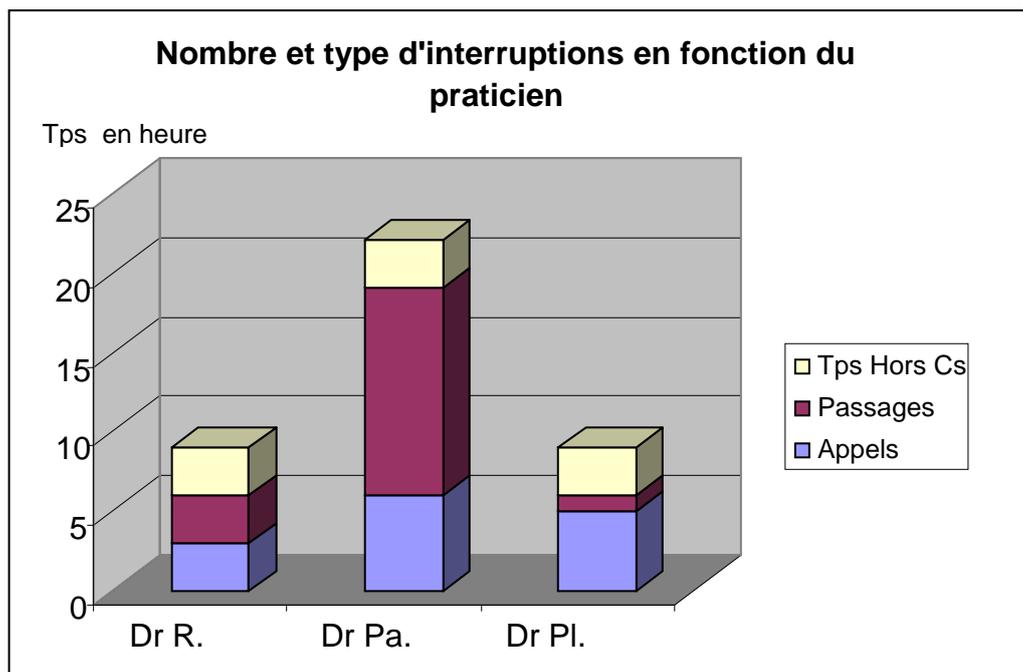
Graphique 19

On peut constater que le Dr R, praticien de ville, avec un secrétariat important sur place, est celui dont le temps de consultation est le plus amputé. La raison de cette différence sera explicitée plus loin.

Le temps de consultation du Dr Pl. est celui qui est le moins amputé. En effet, il fut très peu sollicité en ce qui concerne les tâches administratives non obligatoires.

Sur les autres items que sont les tâches administratives obligatoires, on retrouve : 2h45mn pour le Dr Pa., 1h47mn pour le Dr R., et 2h14 pour le Dr Pl.

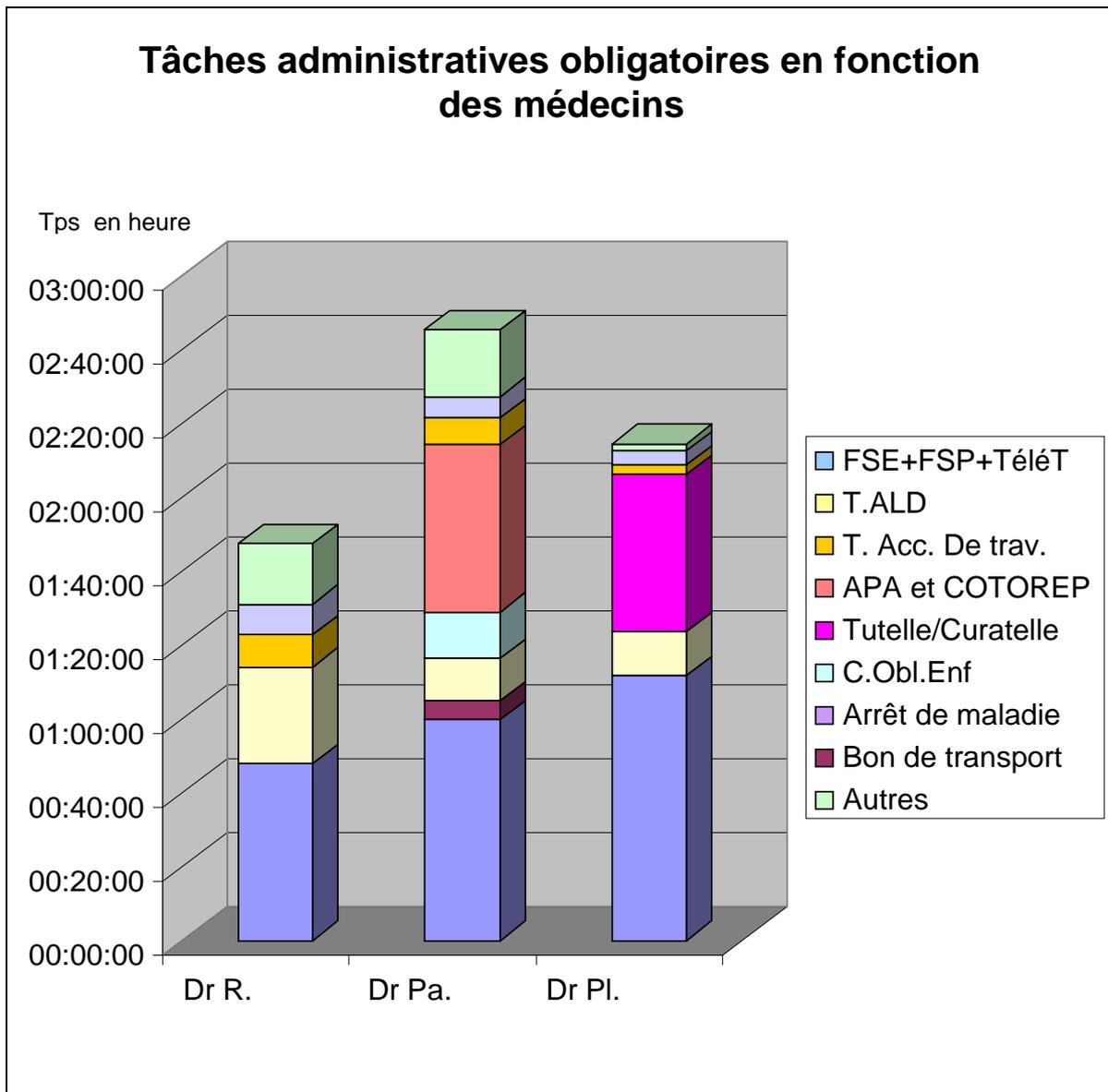
b) Nombre d'interruptions



Graphique 20

Le Dr Pl. et le Dr R. sont interrompus en quantité identique. Mais le Dr Pa. est dérangé plus du double, notamment par un nombre important de passages directs au cabinet.

2. Tâches administratives obligatoires en fonction des praticiens

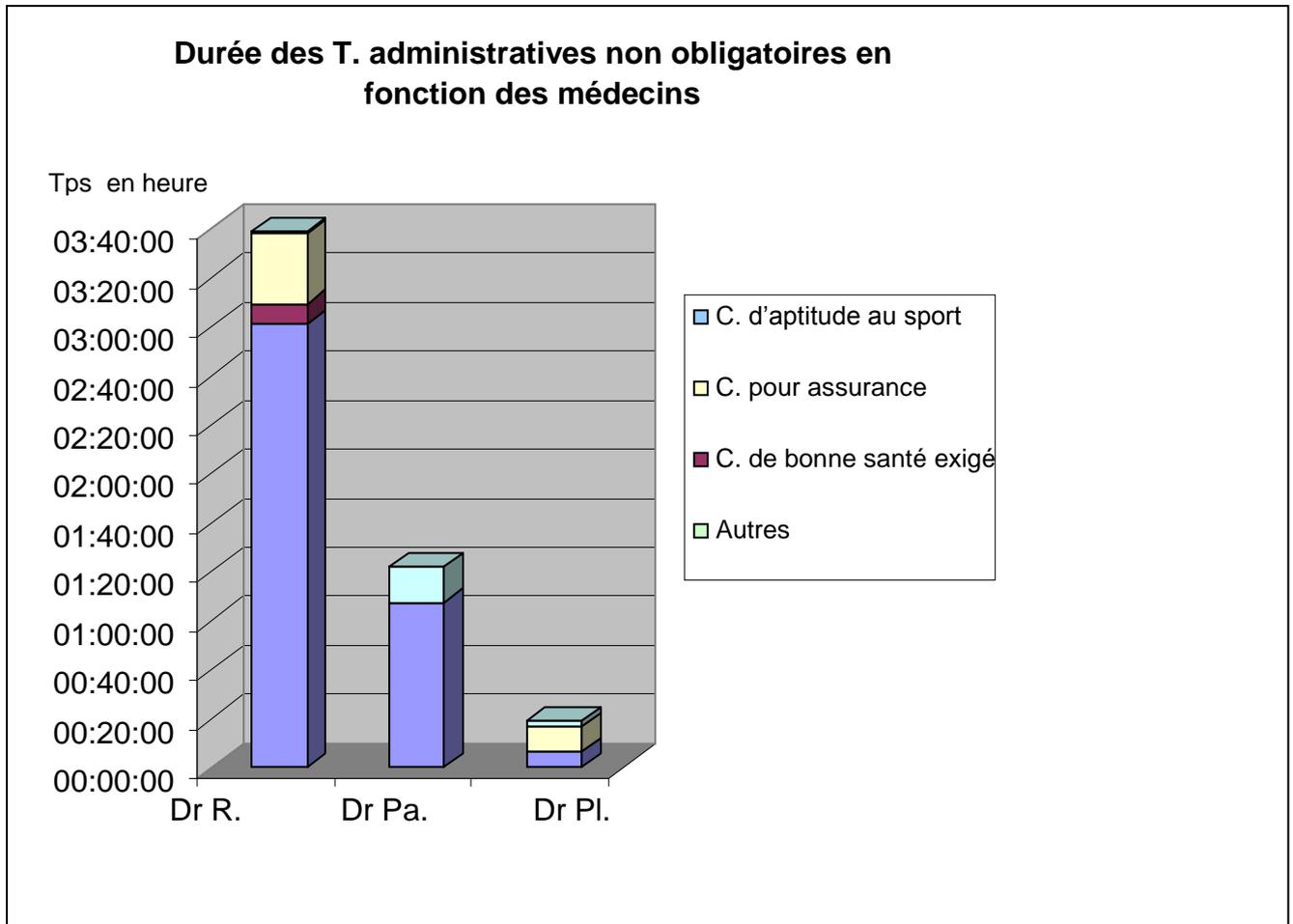


Graphique 21

Le graphique ci-dessus met clairement en évidence que le surcroît de travail du Dr Pl. et du Dr Pa. semble dû à des tâches chronophages qui n'ont pas eu lieu chez le Dr R., à savoir :

- L'examen et la rédaction pour des demandes d'APA et de COTOREP chez le Dr Pa. (plus de 45mn.),
- L'examen et la rédaction d'une demande de curatelle pour le Dr Pl. (plus de 42mn).

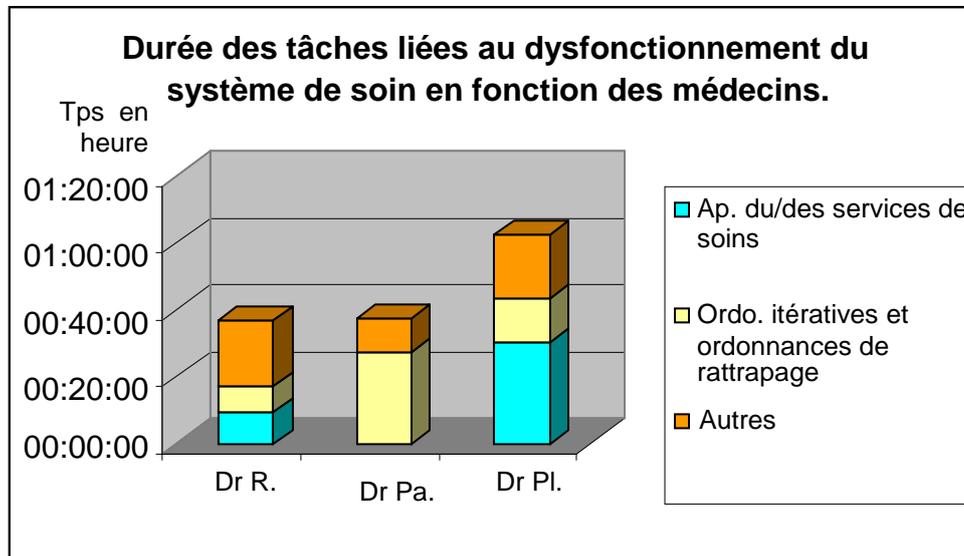
3. Tâches administratives non obligatoires en fonction des praticiens



Graphique 22

Plus haut, on constatait que le Dr R. accusait une part importante de travail administratif. Or, ce sont surtout les tâches administratives non obligatoires qui sont augmentées. Parmi celles-ci, le temps dédié à l'examen et à la rédaction de certificats médicaux pour le sport atteint presque trois heures.

4. Tâches liées au dysfonctionnement du système de soin en fonction des praticiens



Graphique 23

Le Dr R. a été peu dérangé par les tâches liées au dysfonctionnement du système de soin. Cela est dû en grande partie à l'efficacité de son secrétariat qui rédige lui-même les ordonnances itératives et les ordonnances de rattrapage.

Le Dr Pa., lui a souvent été contraint de réaliser ces ordonnances lors des nombreux passages de ses patients au cabinet.

Le Dr Pl. a, quant à lui, dû appeler de nombreuses fois les services hospitaliers, notamment à cause de deux patients, revenus d'hospitalisation chirurgicale et sortis sans lettre de sortie. Il est à signaler à ce sujet la grande difficulté par les médecins à joindre leurs collègues hospitaliers qui sont soit absents, soit occupés à d'autres tâches (visite, bloc opératoire...). Il faut ajouter que le personnel soignant et le secrétariat ne sont pas à même de répondre à des questions médicales, même si elles ne sont pas pointues.

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION

Le manque de temps est une plainte récurrente des généralistes. Il devrait être possible sur ce point d'améliorer et d'optimiser leur temps de travail en identifiant mieux les causes de cette « perte de temps ». Comme nous l'avons signalé dans notre introduction, l'originalité de cette étude réside surtout dans la méthode d'observation directe avec chronométrage.

I. DISCUSSION DE LA METHODE.

A. Avantages et inconvénients.

Il n'a jamais été réalisé jusqu'à lors de mesures directes au cabinet du médecin. La méthode que nous avons adoptée présente des avantages et des inconvénients.

Les avantages de cette méthode :

- Possibilité de s'affranchir du vécu subjectif du praticien :
 - Par la définition de critères stricts. Dans notre cas, chaque médecin a sa propre définition du « travail administratif » et y met des éléments très divers. Les inclusions et exclusions que nous avons définies ont donné lieu à des discussions avec chaque praticien. Le point le plus sensible restait la non comptabilisation du temps de rédaction de lettres aux confrères spécialistes. Ils estimaient, tous les trois que **certain**s de ces courriers n'apportaient en rien une information importante. Ils ne représentent pour eux qu'une formalité permettant au patient le remboursement de la consultation spécialisée.
 - Par la réalisation d'une mesure précise : dans notre cas, on peut estimer que le ressenti de la durée de travail est aussi fonction de la « pénibilité vécue » par la réalisation de ces tâches. Après une journée riche en interruptions en tout genre, le praticien a tendance à surestimer son temps de travail administratif, alors qu'en fait, il ne peut s'agir que de courtes interruptions.
- Possibilité de déterminer objectivement les variables comportementales. Notre travail est humain, et va donc varier en fonction de chaque médecin, de chaque patientèle. C'est pourquoi nous avons fait aussi une comparaison entre médecins. S'il existe indubitablement une variabilité liée aux circonstances, il en existe aussi une liée au comportement humain, comme nous en reparlerons dans la partie consacrée aux biais.

Les inconvénients sont les suivants :

- Difficultés liées à la modification de l'observé par l'observateur. En effet, il faut que les praticiens acceptent un observateur extérieur, sans pour autant modifier leur manière de travailler. Ce problème fut en grande partie dépassé car ces médecins maîtres de stage qui avaient l'habitude d'un observateur au

cours de leur consultation. De plus, ayant été leur stagiaire puis leur étudiante SASPASS, ils me connaissent bien et prétendent ne pas modifier leur manière de travailler du fait de ma présence.

- Difficultés liées à la fréquence de survenue du phénomène qui intéresse l'étude. Dans notre cas de figure ce souci se posait moins car le travail administratif occupe un temps très important du généraliste et est itératif à chaque consultation,
- Cette méthode de mesure est porteuse de nombreux biais que nous détaillerons ci-dessous.

B. Les biais.

Notre méthode est porteuse de biais dus à :

- Un nombre limité de consultations : pour réussir à avoir un nombre suffisamment significatif d'items et de temps, il faut assister à beaucoup consultations et chez de nombreux médecins. Le nombre de trois cents consultations reste faible.
- Des différences de périodes : on ne peut avoir à la fois une unité de temps et une unité de personne. Si l'observateur est toujours le même, il ne peut évidemment pas observer deux médecins en même temps. Les mesures se sont donc faites à des périodes très variables : début septembre pour le Dr R., fin octobre pour le Dr Pa. et au printemps pour le Dr Pl.. Il en ressort de grandes différences, notamment dans le cas des certificats médicaux d'aptitudes.
- Des différences géographiques : nos trois médecins ont l'avantage de présenter des localisations très différentes et donc d'être un assez bon reflet des différents types de médecine pouvant être pratiqués. Néanmoins, il nous manque le médecin en exercice très isolé. En effet, le Dr Pa., qui exerce plus en milieu rural n'est pas aussi isolé que certains de nos confrères, seuls dans de petites communes dispersées loin des structures de soin.
- Des facteurs humains : comme nous l'avons souligné précédemment, notre métier restant avant tout un métier humain, il ne peut se départir d'une certaine variabilité dans la manière de chacun de travailler. Notre étude ne portant que sur des facteurs extérieurs au soin, elle était idéale pour ce type de mesure.

Dans cette troisième partie, nous allons présenter différentes réflexions et proposer certaines interprétations des résultats de notre étude.

II. DISCUSSION DES RESULTATS – COMPARAISON AUX AUTRES ETUDES.

A. Réflexions sur la composition du temps de travail. (67)

Nous avons constaté au cours de notre étude la quantité importante de travail administratif demandé au médecin généraliste (17 % de son temps de soin). Nous avons volontairement écarté de nos mesures le temps lié à la comptabilité et à la gestion. Néanmoins pour un médecin, cela représente une quantité de travail importante, et pour le moins fastidieuse. A cela il faut ajouter le temps de tenue des dossiers, les lectures des différents courriers, et l'entretien cabinet. Notre travail est donc bien loin de se limiter au temps que nous avons mesuré en observation du « temps de soin ». Certes, il est possible de déléguer un certain nombre de tâches, mais cela reste toujours assez coûteux : comptable, secrétaire, femme de ménage... Le médecin ne peut pas se départir d'une certaine « rentabilité » !

B. Réflexions sur le morcellement du temps de travail.

Un élément est particulièrement frappant en ce qui concerne le nombre d'interruptions en fonction des praticiens : c'est le nombre de passages importants au cabinet du Dr Pa. (Graphique 17). La différence avec le Dr R. paraît presque logique, du fait de la présence d'un secrétariat qui filtre les passages. Pourtant, le Dr Pl. a un mode de fonctionnement sensiblement identique et est nettement moins interrompu. L'explication que l'on peut proposer est la pénurie importante de médecins à Herbignac. Quand les patients n'arrivent pas à avoir un rendez-vous, ils se présentent tout simplement au cabinet médical. On peut y voir la aussi une exigence quasiment insupportable des patients. Le secrétariat téléphonique essaye en effet de limiter au maximum ce type de comportement. Au lieu d'un effet dissuasif, les patients passent outre et prennent quasiment leur médecin en otage pour des motifs plus que discutables sur le plan de l'urgence... Ces interruptions sont très délétères au niveau de la qualité du travail du médecin.

En effet :

- Soit, elles se déroulent au milieu d'une consultation. Dans ce cas, le médecin doit passer d'un problème à l'autre (ce qui peut être gênant d'un point de vue intellectuel quand il est face à une consultation complexe). Il interrompt aussi l'échange avec le patient face à lui, lequel a l'impression de ne pas avoir une écoute de qualité.
- Soit, elles sont faites entre deux consultations. Il est facilement imaginable de comprendre le découragement, voire l'agacement du médecin, au cours d'une journée bien chargée, qui découvre quatre patients attendant devant la porte de sa salle de consultation, des documents divers pleins les mains...

Nous tenons à signaler par ailleurs que la situation dans la localité d'Herbignac est de plus en plus difficile à vivre, un médecin étant décédé brutalement alors qu'il était en exercice et n'a toujours pas été remplacé.

C. Réflexions sur la variabilité des tâches en fonction des médecins.

Nous avons consacré dans nos résultats, une partie sur les comparaisons entre médecins. Les trois médecins ayant des exercices différents, tant au niveau du secrétariat que de leur localisation, nous voulions savoir si leur travail administratif était marqué par ces différences.

Nous avons pu remarquer que le Dr R. est le médecin dont le temps de soin effectif est le plus court. Il s'agit en fait d'un biais lié au moment où le recueil de données s'est fait chez le Dr R. (septembre), alors que toutes les inscriptions sportives étaient en cours. Ceci explique la plus grande proportion de travail non obligatoire chez lui.

En ce qui concerne les tâches administratives obligatoires, il apparaît de même que les différences constatées sont dues simplement à des tâches relativement peu fréquentes, mais prenant beaucoup de temps. Elles ont eu lieu chez le Dr Pa. et le Dr Pl. simplement par hasard, et ne correspondent pas à une différence d'activité spécifique.

Nous ne pouvons pas nous baser sur nos données pour effectuer une réelle comparaison entre les médecins, le temps d'observation est resté trop court. Seule l'étude globale paraît pertinente. Le seul point pouvant être discuté, est celui que nous avons mis en évidence dans le paragraphe précédent, sur le nombre très important d'interruptions dont est victime le Dr Pa.

D. Place et intérêt de l'étude, comparaison aux autres études. (7) (31) (35) (50) (54) (65) (69)

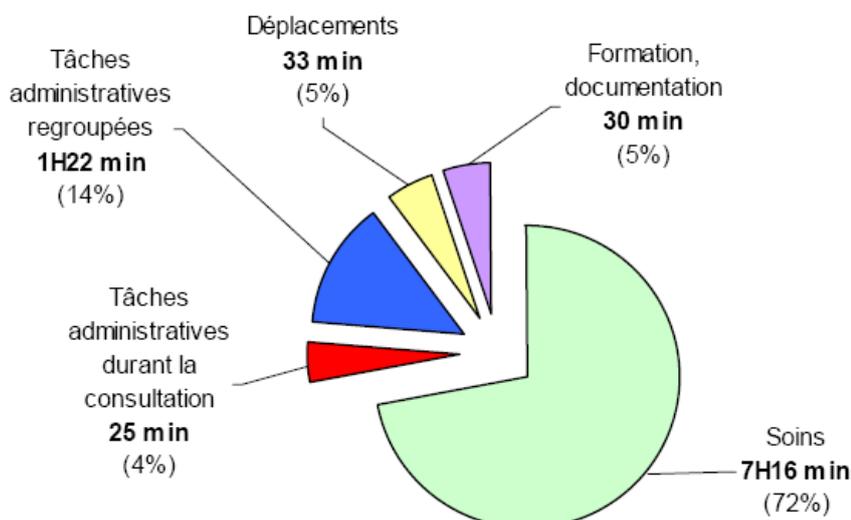
La plupart des études précédentes portant sur le « burn-out » des médecins, ou l'évaluation de temps de travail des médecins, n'évaluent pas de manière spécifique le temps de travail administratif. Elles proposent plutôt un « ressenti » du médecin à son propos : « trop de travail administratif ».

La thèse « *Le médecin généraliste et la gestion de son temps* », en 2006, concerne une enquête d'opinion auprès de 216 médecins de Midi-Pyrénées. Elle montre qu'il y a quinze ans, 62 % des médecins généralistes consacraient moins d'une heure par jour au travail administratif, alors qu'en 2006, 75 % y sacrifient une heure et plus quotidiennement.

Mais l'étude qui reste indubitablement la plus intéressante et la plus proche de la nôtre, est celle réalisée par l'URLM de Rhône-Alpes : *Etude des transferts de charges des organismes tiers vers les médecins libéraux*.

Elle a évalué le temps et les différents types de tâches qui entravent le quotidien des médecins. L'enquête s'est appuyée sur 240 médecins volontaires (123 généralistes et 117 spécialistes) qui, durant 2 jours donnés, ont rempli un dossier de notification pour chaque patient (8549), indiquant la nature de la tâche réalisée (durant la consultation ou à distance) et le temps passé. Elle a le mérite de donner des limites strictes à la notion de « travail administratif ».

**Poids des tâches administratives dans la journée d'un généraliste – N = 121
(durée totale de l'activité professionnelle quotidienne : 10H06 min)**



Graphique 24

L'ensemble des tâches administratives occupent 18 % du temps de travail du médecin, résultat assez proche du nôtre : 17 % du temps de travail.

Dans cette étude, l'activité la plus chronophage est la télétransmission des feuilles de soin qui occupe 23 mn par jour en moyenne.

La deuxième activité très prenante concerne la gestion des tiers payants (que nous n'avons pas dissocié dans notre étude de la gestion des feuilles de soin électroniques et des feuilles de soin papier).

Le troisième type de tâches administratives chronophages est constitué par les dossiers lourds, comme COTOREP et APA.

Enfin, les certificats médicaux et les arrêts de travail représentent les deux grands types de tâches les plus fréquemment réalisées **au cours** de la consultation, avec un intérêt particulier pour les certificats médicaux sportifs à l'origine de 4 % des consultations chez le médecin généraliste.

Ainsi il est intéressant de constater que malgré la différence de méthode, les résultats de cette étude sont sensiblement similaires à savoir :

- la lourdeur des tâches administratives obligatoires,
- le temps consacré à la rédaction des feuilles de COTOREP et d'APA,
- le nombre de certificats médicaux sportifs.

Le « Question d'économie de la santé » de juillet 2009, reprend cette étude de l'URML Rhône-Alpes pour estimer le temps de travail administratif du généraliste. Il souligne notamment le grand flou existant dans la définition du « travail administratif ».

Au niveau européen, il n'y a guère de comparaison possible sur le même thème, les systèmes de santé étant radicalement différents. Néanmoins, une étude réalisée par le Dr Rurik Imre (Hongrie) et présentée au congrès de l'EGPRN en mai 2008, met en exergue ces disparités : dans certains pays, une décharge complète du travail administratif, et dans d'autre une proportion de plus de 40 % du temps de travail du médecin généraliste.

Dans notre dernière partie, nous allons proposer différentes solutions possibles afin d'optimiser le temps de soin. Nous verrons d'abord comment l'Angleterre organise son système de soin et si ce système serait applicable en France. Ensuite, nous centrerons notre sujet sur les alternatives se présentant pour diminuer le travail administratif du médecin généraliste. Enfin, nous ouvrirons un débat plus large, en réfléchissant aux solutions palliant à une démographie en chute libre.

III. LES SOLUTIONS PROPOSEES POUR OPTIMISER LE TEMPS DE SOIN.

Un certain nombre de mesures sont déjà en place, nous reviendrons brièvement dessus, et surtout nous essaierons de réfléchir sur des idées alternatives à ces projets.

A. Intérêt relatif des pratiques anglo-saxonnes. (16) (39) (60) (61)

1. Présentation du système de soin anglais :

a) Un financement différent :

L'Angleterre présente un système de soin totalement différent du nôtre. Il ne s'agit pas d'une installation libérale, mais ce n'est pas non plus réellement un salariat. Chaque année, une « enveloppe » est dévolue à chaque « centre » de soin. Ce centre de soin doit avec cette enveloppe, payer son personnel et gérer les soins de ses patients. De plus, l'Angleterre a largement revalorisé la médecine générale depuis 2002, face à une crise des vocations sans précédent. Le budget octroyé à la médecine générale a augmenté de 63,3% entre 2002 et 2007 (soit 9,6 millions d'euros au total).

b) Une pratique médicale différente :

Le médecin n'a aucun travail administratif à faire au cours de son temps de soin, celui-ci étant dévolu à son secrétariat. Il est par ailleurs déchargé de nombreuses tâches. Les frottis, les prises de sang, la pesée, la prise de tension, les examens urinaires : tout est fait par des infirmières (statut différent du statut français : paramedics). Ces centres sont aussi le plus souvent dotés de psychologue. Le système de soin est entièrement gratuit. Il ne reste donc au médecin qu'à diagnostiquer et traiter.

La consultation se déroule très rapidement : le patient arrive déshabillé, avec l'ensemble de l'examen de l'infirmière déjà fait. Elle ne prend jamais plus de dix minutes. Le médecin n'est pas un confident privilégié des familles, mais un acteur au sommet du système de soin auquel il ne faut pas faire perdre du temps. Les Anglais consultent par ailleurs très peu pour des petits maux : les médicaments de base comme le paracétamol ne sont pas remboursés, et le médecin fait très peu d'arrêts de travail. Le salarié se met le plus souvent en accord avec son employeur.

c) Horaires de travail et gestion du temps

En Angleterre, un médecin à plein temps exerce en moyenne 44 heures par semaine. Il assure en moyenne :

- Deux cents consultations au cabinet (durée moyenne de 11mn),
- Dix-neuf consultations téléphoniques. Cette pratique n'existe pas en France, il s'agit de rendez-vous téléphoniques donnés à des patients, un mode de téléconsultation en somme
- Dix visites à l'extérieur.

Les infirmières prennent en charge des consultations, à peu près soixante par semaine, dont la durée est plus longue que celle des médecins (15,5mn). Ce système se traduit par une plus faible densité des généralistes (0.6 / 1000 hab. en Angleterre, et 1/1000 en France) et une revalorisation salariée des médecins (3.8 fois le PIB par tête au Royaume –Uni, contre 2.9 en France), d'autant plus flagrante que le temps de travail est moindre (44h contre 55 heures).

2. Avantages et inconvénients du système anglo-saxon.

Les avantages pour les médecins sont nombreux :

- Des horaires de travaux cadrés,
- Un salaire très confortable,
- Une structure de soin importante et rassurante,
- Pas de pression de la part des patients qui sont plus ou moins captifs. Ils peuvent changer de centre, mais il faut qu'ils soient accueillis dans un autre et qu'ils réalisent les nombreuses démarches et questionnaires à remplir pour une nouvelle inscription.

Les inconvénients pour les patients sont importants :

- Difficultés pour avoir un rendez-vous en urgence,
- Aucun lien privilégié avec le médecin, la gestion du patient ne se fait que de manière très désincarnée,
- Non remboursement des médicaments de base,
- Impossibilité pour les patients « lourds » de changer de médecin : ils sont en effet refusés par les autres centres de soin car il « grèvent » trop le budget du centre. Les jeunes patients en bonne santé sont privilégiés car ils ne coûtent rien au système de santé.

Bref, le système anglais paraît vraiment parfait pour les médecins, mais qu'en est-il des patients ? Le patient français n'est absolument pas prêt à accepter ce type de médecine, très éloigné de notre confortable système.

Qu'en est-il d'ailleurs vraiment de l'avis des médecins ? Le généraliste français à toujours à l'esprit, tout comme ses patients, l'image du « médecin de famille », qui soulage aussi bien le corps que l'esprit. Sommes nous prêts à cette médecine

technicienne qui ne laisse pas de place au ressenti et au vécu ? Voulons-nous garder la noblesse de notre art ou rentrer dans une médecine dépourvue de contacts humanisés (pour ne pas dire simplement humains) ? Non, décidément, nous ne sommes nous même pas prêts à un changement si radical. Il nous faut donc, soit optimiser notre temps de travail, sans changer en profondeur notre système de santé, soit faire une refonte complète du système grâce à une politique volontariste et contraignante.

B. Solutions pour réduire le temps de travail administratif

1. Solutions pour réduire la durée des tâches administratives obligatoires

Nous ne pouvons nous soustraire à la réalisation de ces actes pour différentes raisons :

- soit ils sont liés à la prise en charge financière des soins,
- soit ils ont un rôle de santé publique,
- soit ils s'inscrivent dans un cadre judiciaire.

Ces tâches ne peuvent pas, pour la plupart, être déléguées. Néanmoins, elles pourraient être allégées par l'emploi de secrétaire.

a) Délégation de certaines tâches à un secrétariat ? (31) (67)

(1) Améliorer les secrétariats.

Le secrétariat a un rôle déterminant dans le gain de temps au cabinet, notamment en ce qui concerne la gestion des dossiers médicaux. Les pratiques de nos trois médecins sont très différentes :

- Le secrétariat du Dr R. ouvre les courriers et résultats d'examen, les classe par médecin, et secondairement scanne tous les documents pour les inclure dans le dossier informatique
- Ce même travail est intégralement réalisé « à la main » par les Dr Pl. et Pa.

En formant le personnel à de nouvelles tâches du temps pourrait encore être gagné. Par exemple, tout ce qui concerne la rédaction des feuilles de soin (FSE ou FSP), pourrait être fait par un secrétariat entraîné en même temps que le paiement des actes.

(2) Aide à la création de secrétariats.

Il est intéressant d'essayer de comprendre pourquoi les Docteurs Pa. et Pl. n'ont pas de secrétariat sur place. Aux dires des praticiens, l'embauche d'une secrétaire est trop coûteuse pour être supportée par un médecin isolé. Cette impossibilité renforce sans

doute encore son isolement. L'ouverture de secrétariats téléphoniques a partiellement répondu à cette attente.

Une solution simple pourrait être l'exonération de charges sur le salaire d'une secrétaire pour les médecins isolés, qui ne peuvent se regrouper pour une question géographique. De plus, cette solution créerait des emplois dans des zones déjà sinistrées par le chômage.

b) Une amélioration de l'informatisation et des logiciels médicaux.

Il paraît nécessaire d'améliorer les logiciels médicaux. En effet, la plupart des logiciels ne permettent pas d'envoyer les arrêts de maladie, les déclarations d'accidents de travail, etc. Tous les formulaires Cerfa, devraient pouvoir être télétransmis. Cela permettrait d'une part de gagner du temps de rédaction (toutes les informations concernant le patient étant pré-remplies), et éviter les retours et les erreurs dus aussi bien au médecin, au patient ou encore à l'assurance maladie.

2. Solutions pour réduire la durée des tâches administratives non obligatoires :

a) Halte à la rédaction de certificats médicaux ! (1) (4) (24) (36) (56) (58) (59) (60) (61) (63)

Nous reviendrons dans le prochain paragraphe sur les certificats médicaux « nécessaires », et la manière d'alléger le travail du médecin généraliste à ce sujet. Mais ici, je souhaiterais aborder le problème de la multiplication des certificats médicaux inutiles :

- Pour les certificats médicaux d'absence scolaire, on constate systématiquement une demande de justification médicale d'absence. Or selon les arrêtés du 14 mars 1970 (B.O. n° 16 du 16 avril 1970) de tels certificats ne sont prévus que lors du retour en classe d'élèves ayant contracté une maladie contagieuse. Dans tous les autres cas (article 5 du décret n° 66-104 du 18 février 1966 (B.O. n° 9 du 3 mars 1966)), il est seulement demandé à la famille de signifier par écrit le motif de l'absence.
- Les chefs d'établissement et les directeurs d'école n'ont pas à réclamer, selon la loi, ces certificats. Ils entraînent à la fois des dépenses pour la sécurité sociale, et une perte de temps pour leur médecin généraliste. Il est difficile pour nous de refuser à une maman un certificat. Il faut donc rappeler aux chefs d'établissement et aux directeurs d'école que les seuls cas où un certificat médical pour absence est exigible sont ceux qui sont prévus par les arrêtés du 14 mars 1970 et qu'il leur appartient d'en informer les familles.
- Pour les certificats médicaux de sport, la loi est très stricte, selon le code du sport, Article L231-2, pour toute licence sportive un certificat médical de non contre indication est nécessaire. Un arrêté du 28 avril 2000 fixe la liste des disciplines sportives pour lesquelles un examen médical approfondi est

nécessaire : les sports de combat pour lesquels la mise « hors de combat » est autorisée, l'alpinisme de pointe, les sports utilisant des armes à feu, les sports mécaniques, les sports aériens et enfin les sports sous-marins. Pour ces activités sportives risquées, chaque fédération définit dans son règlement médical les examens approfondis à réaliser ainsi que la qualification des médecins qui doivent y procéder. Le conseil national en 2006, avait fait une requête contre un article de loi qui prévoyait un certificat de non contre indication à la pratique des activités physiques et sportives valables pour toutes les disciplines à l'exception de celles mentionnées par le médecin. Il faut donc faire un certificat pour chaque type de sport.

Pour ma part, je pense que si l'examen d'aptitude est fait de manière sérieuse, il est possible pourtant de rédiger ce type de certificat, avec une validité de un an. Faut-il vraiment faire un examen médical différent pour le tennis, le football ou la danse ? La question à mon avis, se pose plus pour les sports faits en compétition, mais en ce cas, il est d'ores et déjà nécessaire d'établir un certificat spécifique.

Nous allons aborder rapidement ici le cas des certificats médicaux en tout genre. Par exemple celui du bébé avec une rhinopharyngite, pour lequel la mère est obligée de consulter afin d'avoir le certificat nécessaire pour ne pas payer la journée de crèche ! Auquel il faut bien entendu ajouter à celui-ci le certificat enfant malade. L'exemple encore du « certificat de passage en consultation » pour que l'employé puisse justifier de son absence !

Notre société tend à déresponsabiliser totalement les patients et les institutions. Il sera peut-être nécessaire, au cours des années à venir, de refuser toute rédaction d'un certificat non exigé par la législation. En effet, ce comportement aura probablement tendance à s'aggraver au cours du temps. Cela est même important du point de vue de la revalorisation de notre métier : de nombreux patients considèrent ce travail comme un « service rendu » et non pas comme un acte médical. Il est même incompréhensible pour eux de subir un refus qu'ils considèrent comme un affront.

b) Création de nouveaux métiers. (8)(9)(10)(16)(24)(51)

(1)Des médecins « spécialisés en certificats » ?

Nous avons constaté le nombre effarant de certificats demandés, et parfois leur complexité, cela n'exige-t-il pas une compétence particulière notamment en matière juridique ?

- Pour les certificats d'assurances, il est important de rappeler, que selon les termes de l'article 105 du code de déontologie: « *Nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade. Un médecin ne doit pas accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu ses propres intérêts, ceux d'un de ses patients, d'un de ses proches, d'un de ses amis ou d'un groupement qui fait habituellement appel à ses services* ». Donc, selon notre

code de déontologie, quand un assureur demande, voire exige, que le souscripteur fasse remplir par son médecin traitant un questionnaire médical (qui ne se limite pas aux données d'un examen clinique à jour dit, mais fait référence à des antécédents ou traitements en cours), le médecin devrait refuser de le rédiger. *Un médecin ne doit pas accepter une mission d'expertise*, c'est un autre médecin choisi par le patient ou désigné par la compagnie qui doit examiner le contractant. Dans les faits, nous ne refusons pas de rédiger ces certificats à l'assurance car le plus souvent cela pénaliserait plus le patient que les assureurs.

- Pour les certificats de sport, et les certificats d'aptitudes à un emploi, pourquoi ne pas spécialiser certains médecins à la réalisation de ces certificats d'aptitudes et de non contre-indications ? Il pourrait bénéficier d'une formation plus pointue au niveau législatif sur ce sujet, et poser un œil neuf sur le patient. De manière plus générale, ne pourrait-on pas considérer que toute réalisation d'un certificat relève d'un acte médico-légal qui devrait être spécialisé ? Récemment, le Conseil de l'Ordre des Médecins de Loire-Atlantique a mis en garde les médecins sur le risque à rédiger des certificats médicaux de manière légère et les graves conséquences légales que cela pouvait avoir.

(2) Des « officiers de santé » ? (10)

Nous abordons ici le point délicat et ô combien controversé de la création d'un nouveau métier. L'apparition de ces professionnels de santé, ni infirmiers, ni médecins, poserait le problème de la responsabilité médicale et de la vérification des compétences. Un premier rapport Berland faisait un état des lieux de la démographie des professionnels de santé en novembre 2002. Dès octobre 2003, un deuxième rapport Berland avait traité au transfert de tâches et de compétences entre les professionnels de santé. Ce rapport fut complété en octobre 2003 par un autre rapport Berland qui proposait de créer le métier d'infirmière spécialisée en soins primaires.

En effet, est-il toujours nécessaire de consulter le médecin pour un renouvellement de traitement anti-hypertenseur simple traité par monothérapie ? Dans de nombreux cas, un examen clinique complet fait par un médecin une seule fois par an suffirait. Cela ne serait réalisable que si le patient pouvait par exemple consulter un « super-infirmier » qui contrôlerait les constantes de base. Dès lors, soit il orienterait le patient vers le médecin quand la symptomatologie est atypique ou l'examen anormal, soit il renouvellerait le traitement pour trois mois. Le patient pourrait par ailleurs être libre de consulter le médecin s'il le souhaite.

La thèse de PAUL Christophe, soutenue le 6 février 2006 et traitant de la délégation de tâche en médecine générale conclut, grâce à une enquête réalisée en Normandie et en Picardie, à une opinion favorable mais limitée des médecins à la délégation de tâche. Ainsi, ils acceptent que l'éducation à la santé, la gestion des vaccinations, les dépistages de masse (sein et colon), le suivi des pathologies chroniques stabilisées, la réception et l'analyse des appels téléphoniques soient réalisés par une infirmière à compétence étendue.

3. Solutions pour améliorer les dysfonctionnements du système de soin

a) Le dossier médical partagé (21)

Cette fabuleuse idée est actuellement au « point mort », dicit Madame la Ministre de la Santé et des Sports, Roselyne Bachelot.

Nous rappelons brièvement tous ses avantages :

- Un meilleur suivi du patient,
- Une meilleure communication entre les différents acteurs de santé. Il nous permettra notamment d'avoir une communication bien meilleure entre médecin généraliste et hôpital, évitant ainsi les appels téléphoniques nécessaires de l'un à l'autre pour avoir accès à une information juste.
- Un meilleur contrôle des dépenses de santé.

Le problème qui se pose actuellement et qui n'est pas des moindres est la sécurisation de ce dossier informatisé. La dernière évaluation de la CNIL sur ce point était alarmante :

- Insuffisance d'informations aux patients sur les modalités du DMP,
- Insuffisance des mesures d'identification - d'authentification,
- Insuffisance de sécurité pour les établissements de soins n'ayant pas équipé leurs professionnels de santé de CPS (carte de professionnel de santé). En effet, un accès aux DMP depuis leur site Internet se fait sur la base d'un simple identifiant et d'un mot de passe. Cette solution ne saurait être acceptée et est manifestement contraire aux décisions de la CNIL du 21 mars et du 30 mai 2006.
- Une importante faille de sécurité sur le site Internet d'un hébergeur, où l'accès au DMP par les patients reposait sur des identifiants et mots de passe identiques et facilement déductibles.

Il nous faudra donc attendre encore plusieurs années avant que le DMP ne fasse partie intégrante de notre quotidien.

b) La création de réseaux (15)

La création de réseaux (type réseau commission Soubie) a pour but d'harmoniser les activités de divers partenaires médecins et non médecins dans des actions spécifiques et communes. Dans ces réseaux, la présence de personnels non-médicaux, permettrait de diminuer la partie dédiée au « travail administratif ». Ce terme a ici une connotation plus restreinte que dans notre étude. En effet, le temps de rédaction des différents certificats médicaux resterait inchangé.

Les réseaux de santé, officiellement reconnus par l'ordonnance d'avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, constituent une forme institutionnelle de coopération interdisciplinaire ou entre professionnels de santé libéraux ou

hospitaliers, travailleurs sociaux... Il existe aujourd'hui plusieurs centaines de réseaux de santé au plan national, dont les modes d'organisation et les missions peuvent être cependant très différents. La plupart ont été créés autour d'une thématique de santé (oncologie, périnatalité, diabète, malvoyance...) ou d'un groupe de population (réseaux gérontologiques, réseaux santé précarité...). Leurs missions peuvent être directement tournées vers la coordination du parcours de soins du patient (réseau diabète par exemple), ou vers l'homogénéisation des pratiques en fonction des recommandations professionnelles.

Néanmoins, si la création de ces « réseaux » peut apparaître comme une manière de « gagner du temps » sur certains points, on peut se poser la question de savoir si d'une manière globale, cela ne va pas en perdre. La multiplication des intervenants, la nécessité d'une communication entre chacun, les réunions d'harmonisation nécessaires, cela ne peut-il pas être à l'origine d'une dispersion des compétences et d'une perte de temps conséquente ?

c) La création de plateforme téléphonique pour l'accueil direct des patients dans les structures hospitalières. (57)

Il nous faut parfois beaucoup de temps et d'énergie pour réussir à placer un patient dans une structure de soin approprié. Après appel du standard de l'hôpital, il faut expliquer la situation à l'infirmière ou à la secrétaire avant qu'elle ne trouve l'interne, qui lui-même doit d'abord en référer au médecin qui le supervise... Ceci dans le cas le plus simple ou l'appel se fait dans les horaires d'ouverture du secrétariat ! La solution de facilité reste celle du passage par les urgences. Outre le coût supplémentaire et la perte de temps pour les médecins urgentistes, c'est aussi un accueil moins confortable pour nos patients.

A l'instar des Consultations Gériatriques d'Orientation (CGO), ne serait-il pas possible de faciliter les entrées directes des patients avec un numéro de téléphone simple ?

Nous venons de voir les différentes solutions pouvant être proposées dans le cadre de la réduction du travail administratif. Dans les paragraphes qui vont suivre, nous avons voulu élargir le débat en présentant des propositions visant à trouver des solutions au problème démographique qui se pose à nous.

C. Solutions pour pallier à une démographie en chute libre : réflexions sur l'avenir de notre profession.

1. La tentation d'une médecine salariée. (6) (17) (18) (34) (38) (46) (47) (48) (54)

Nous avons vu dans notre première partie que le salariat répondrait à bien des attentes de la jeune génération. On mesure l'attractivité croissante de l'exercice salarié au détriment de l'exercice libéral exclusif : 66 % contre 10 % des nouveaux inscrits en 2008. L'exercice salarié pourrait être une solution pour plusieurs raisons :

- Des horaires de consultation plus stricts,

- Une souplesse dans le temps de travail sans souci de rentabilité, (mi-temps, ¾ temps pour les femmes notamment),
- Moins de stress à l'installation en libéral,
- Plus de cotation à l'acte, d'où possibilité de prendre plus de temps avec les patients qui en ont besoin,
- Plus de temps pour la formation médicale continue,
- Une meilleure permanence des soins.

La encore cette solution n'est pas exempte d'inconvénients pernicieux :

- Un moins grand nombre d'actes réalisés car il n'y aura pas de nécessité de rentabilité. Est-ce une solution dans ces temps de pénurie médicale ?
- La difficile négociation des salaires de médecins,
- La sectorisation nécessaire des patients,
- Une probable moins grande disponibilité du médecin «traitant » à l'égard des patients. En effet, dans ce système, il est facile d'imposer aux médecins une meilleure permanence de soin avec les astreintes et les gardes. On peut aussi penser qu'à partir de 18h, les médecins n'étant pas de garde quitteront le cabinet. Les patients aux horaires de travail lourds, seraient alors suivis au coup par coup par des médecins différents.

2. Une rémunération des médecins à la performance. (16)

L'Angleterre et les Etats Unis ont mis au point un dispositif de paiement à la performance. Celui-ci agit comme une incitation à investir. Le médecin, du fait de la perspective de gains pourrait soit travailler plus, soit investir dans sa pratique. (Recrutement de personnels auxiliaires, acquisition de matériel), pour améliorer ses résultats.

Ils sont « notés » sur 90 indicateurs, aussi bien portant sur des « maladies » que sur des problèmes de santé publique (comme le tabac par exemple). Le cabinet reçoit des points dès qu'un pourcentage minimum de patients bénéficie les soins adéquats. En pratiques, les objectifs demandés sont apparus peu exigeants, car 89.2 % des cabinets ont obtenus plus de 900 points sur 1000.

Les dépenses liées à cette rémunération à la performance ont été de 1.25 million d'euros. Les résultats de cette politique ont été un impact positif sur la qualité des pratiques cliniques et des résultats. Néanmoins, son efficacité est restée modeste. Ce système paraît donc peu efficace en regard de l'importance de son financement. Serait-il possible de l'améliorer en augmentant le niveau des exigences (et donc en diminuant les coûts)? Cela paraît difficile à l'heure actuelle ou la médecine générale commence à se redresser, de diminuer le budget des cabinets médicaux...

Le système tel qu'il existe en Angleterre apparaît inapplicable en France. Néanmoins la mise en place du Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI), s'en rapproche. Il est jusqu'à maintenant rejeté par les médecins généralistes en majorité.

Le paiement à la performance est une solution sérieusement envisagée. Il apparaît comme une incitation à investir adressée aux médecins.

3. Venue de médecins étrangers (2)

Actuellement, 39 % des médecins étrangers exercent en tant que généralistes, soit 3288 praticiens. Les hommes sont originaires en majorité d'Algérie (16 %), de Belgique (16 %), du Maroc (12 %) et d'Allemagne (9 %), tandis que leurs consœurs viennent d'abord de Belgique (18 %), d'Allemagne (15 %), d'Italie (11 %) puis d'Algérie (11 %).

Les modalités d'exercice en France sont très variables selon que le médecin étranger :

- Ait passé ou non le concours de première année,
- Ait passé ou non le concours de épreuves nationales classantes,
- Soit ressortissant ou non de l'Union Européenne.

Il apparaît que les médecins étrangers, ne restent pas plus en campagne que leurs homologues français. Rapidement après leur arrivée en France, ils s'installent dans les centres-villes, à la recherche de la même qualité de vie que leurs confrères autochtones, ne palliant ainsi pas le déficit rural.

4. Modification des modes d'exercice

La modification des modes d'exercice pourrait aussi faire partie des solutions d'avenir.

a) Regroupement des médecins (51) (68)

Nous avons vu dans notre première partie, que les jeunes médecins redoutaient l'exercice isolé. Cette solution, ne présente que des avantages :

- Un temps de présence important d'au moins un médecin au cabinet médical,
- Un partage des frais de fonctionnement, avec la possibilité d'acheter un matériel médical parfois trop onéreux pour un seul médecin (appareil ECG, saturomètre, nébuliseur etc.)
- Une moindre difficulté pour les médecins pour s'absenter (permanence assurée par ses collègues à tour de rôle).

Le seul inconvénient qui persiste pour le patient est de ne pas être toujours confronté au même interlocuteur.

b) L'activité sur différents sites

- Des médecins itinérants : dans les communes trop isolées, un mode de fonctionnement « itinérant » paraît intéressant : deux jours par semaine dans chaque commune afin d'assurer un minimum de présence médicale au sein de petites communes.
L'inconvénient de ce système est évidemment que certaines pathologies ne peuvent pas attendre 24 ou 48 heures l'arrivée du médecin. Il ne s'agit que de mesures de « dépannage » qu'il n'apparaît pas souhaitable de développer de manière trop importante.

- Aide des médecins urbains à l'activité médicale des campagnes : cette proposition de loi est étudiée très sérieusement. Il s'agit d'imposer aux médecins des villes des « vacations » obligatoires en campagne permettant d'éviter un isolement trop important. Cette solution paraît être une demi-mesure : après avoir imposé un médecin traitant dans les villes, on oblige les patients ruraux à consulter un médecin différent tous les jours. Qu'en sera-t-il vraiment du suivi du patient ? Peut-on vraiment suivre un patient de manière cohérente s'il n'y a pas un praticien « de référence » ?

c) L'avenir de la télémédecine

(1) Pour les consultations spécialisées

La télémédecine était alors réservée aux endroits difficiles d'accès et sans médecin à proximité (ou sans spécialiste). Ce mode de fonctionnement pourrait être, dans une certaine limite, tout à fait adaptable dans nos campagnes françaises. On pourrait très bien penser à un guidage du diagnostic du généraliste. Par exemple, en ce qui concerne la dermatologie avec des photographies transmises par internet. De même, dans certaines situations en cardiologie, le fait de pouvoir faire analyser l'ECG par un cardiologue entraîné et disponible serait tout à fait intéressant. Ce système permettrait de « casser » l'isolement de certains généralistes sur des problèmes complexes nécessitant l'avis d'un spécialiste.

(2) Pour des consultations simples de médecine générale

Quand nous avons présenté le système anglais, nous avons parlé de « consultations téléphoniques ». En effet, dans un certains nombres de cas, le médecin ne voit pas les patients mais a un rendez-vous avec une plage horaire bien définie de manière téléphonique et est payé pour cet acte. S'il paraît évident qu'un simple interrogatoire ne remplace évidemment pas l'observation et l'examen clinique, on peut néanmoins penser que dans un certains nombre de cas il serait suffisant. Par exemple : discuter de résultats d'examen, parler de l'évolution d'une pathologie connue, donner des conseils sur une prise de médicament, discuter de l'observance... Cette solution pourrait être satisfaisante pour les patients comme pour le médecin.

5. Responsabilisation des patients.

Notre métier souffre d'un cruel manque de reconnaissance. Nos patients ont souvent du mal à apprécier la bénignité de leurs maux et ne savent plus faire preuve d'un certain bon sens. En conséquence, ils alourdissent considérablement le nombre de consultations. Notre refus de prise en charge immédiate ou le temps d'attente jugé trop long sont à l'origine de tensions pouvant aller jusqu'à dégénérer en comportements violents.

Plusieurs facteurs sont responsables de cette surcharge de consultations :

- La nécessité de passer par le médecin pour avoir des médicaments remboursés,
- La nécessité de passer par le médecin pour avoir des justificatifs, aussi bien pour leur emploi que pour leurs enfants (voir paragraphe « halte aux certificats médicaux »).
- La déstabilisation de la famille dans la société. Les mères notamment n'ont pas de personne de confiance vers qui se tourner. La mamie aux bonnes « recettes de grand-mère » qui savait dédramatiser la rhinopharyngite, est souvent à plusieurs centaines de kilomètres. Plutôt que de subir le stress, ces jeunes femmes (et jeunes hommes aussi parfois !) viennent se rassurer auprès de leur médecin.
- Le comportement de certains médecins pendant les années de pléthore médicale. Les patients ne sont pas plus malades en ville qu'en campagne. Certains médecins ont parfois du, pour des raisons financières, multiplier les actes même pour des maux très bénins.

L'« éducation » de nos patients est donc à faire. Pour cela, plusieurs solutions peuvent être proposées :

- Les campagnes de prévention. Nous avons pu constater l'efficacité du slogan « les antibiotiques, c'est pas automatique ». On peut penser que d'autres campagnes au sujet de la surconsommation médicale pourraient avoir le même effet.
- La diminution de rédaction des certificats médicaux, par responsabilisation des employeurs, des patients et des établissements scolaires.
- Les conseils au jour le jour à nos patients, pour leur apprendre à faire une « petite pharmacie de base » et savoir distinguer des gênes passagères des symptômes nécessitant un avis médical.

CONCLUSION

En définitive, cette thèse a confirmé **la part** non négligeable du **travail administratif** du médecin généraliste sur son temps de soin : **17 %**, selon nos critères.

Ce résultat doit nous amener à une **réflexion sur les conséquences** de l'optimisation de notre temps de soin.

- Tout d'abord l'allègement du temps consacré aux tâches administratives permettrait au praticien de voir se renforcer en lui l'authentique satisfaction que procure la conscience d'avoir accompli la tâche pour laquelle il a une véritable compétence,
- Du point de vue socio-économique, cela contribuerait à résoudre le problème capital que constitue le déficit de la démographie médicale. En effet, le médecin pourrait dès lors augmenter le nombre de ses consultations ou (mieux encore ?), améliorer la prise en charge de ses patients.
- Enfin la simplification, la clarification et la limitation de la documentation administrative apporterait à nos patients une prise en charge optimale de leurs « besoins administratifs ». Ils seraient, de plus, en mesure de trouver une certaine autonomie au sein de ce maquis administratif.

Au terme de notre étude, nous avons proposé un certain nombre de solutions, en fonction des différentes tâches administratives.

- Il ne serait bien évidemment pas être question pour le médecin de se défaire des tâches administratives obligatoires. On ne conteste ni la légitimité de celles-ci, ni la nécessité de les assumer : elles sont au cœur de notre système de remboursement des soins. Pour les supprimer, il faudrait passer à un exercice salarié avec une cotation réalisée par un tiers (ex. du CHU de Lille, qui a ouvert des postes de salariés dans ce but unique).
- Par contre, les tâches administratives non obligatoires pourraient, quant à elles, être diminuées par une délégation de tâches à des personnels autres que les médecins généralistes. Cette procédure garantirait par ailleurs une indépendance complète des médecins par rapport aux organismes privés qui les sollicitent (assurances, employeurs...). Enfin, elle éviterait probablement à quelques uns d'entre nous de se retrouver devant un tribunal pour la rédaction d'un certificat dont la portée judiciaire était jugée, à tort, négligeable.
- En dernier lieu, les tâches administratives liées au dysfonctionnement du système de soin pourraient être fortement réduites par la mise en place du dossier médical partagé et d'une meilleure communication entre l'hôpital et la médecine de ville.

Avant de conclure définitivement ce travail, nous voudrions encore revenir sur **la méthode** adoptée au cours de notre étude, **son intérêt** mais aussi **ses limites**. Fondée sur l'observation directe de médecins généralistes au cours de leurs consultations par un observateur extérieur, elle semble être un moyen d'évaluation fiable et utile. **En effet, elle donne des résultats sensiblement semblables aux enquêtes d'opinions sur ce sujet.**

Elle ne peut néanmoins être utilisée que pour l'étude de données strictement définies et de fréquence de survenue élevée au cours du temps de consultation.

C'est pourquoi il serait souhaitable qu'elle puisse être poursuivie par des travaux ultérieurs capables de définir de manière plus uniforme la notion de « travail administratif ». Les résultats entre les différentes études sont, en effet, difficilement comparables car ne portant pas sur les mêmes critères. Or cela est indispensable à l'avenir si l'on veut pouvoir montrer une progression ou une diminution de cette activité au sein du temps de travail du médecin généraliste. La réalisation d'une étude plus large du même type que la notre apporterait des résultats à grande échelle et permettrait de proposer des solutions plus précises. Il faudrait pour cela recruter plusieurs observateurs, formés à un recueil de données strictement définies, travaillant au cours d'une même période et avec un recrutement de médecins généralistes diversifié dans leur géographie et leur activité. Elle pourrait même avoir un impact politique, impact dont nous avons tellement besoin pour trouver des solutions inventives, efficaces et bien acceptées par notre profession.

LISTE DES GRAPHIQUES, CARTES ET TABLEAUX

Carte 1 : Densité des médecins spécialistes en médecine générale, CNOM, 2008. - p 20

Graphique 1 : Graphique issu de l'Atlas de la Démographie Médical 2008 (CNOM) ; mettant en évidence l'évolution du salariat au dépend de la profession libérale. - p 13

Graphique 2 : Pyramide des âges en médecine générale, Conseil National de l'Ordre, L'Atlas de la Démographie Médicale en France, Situation au 1er janvier 2008. p 15

Graphique 3 : Evolution et projection de la densité médicale selon le numéris clausus, effectifs globaux, toutes disciplines confondues, Cahiers de Sociologie et de démographie médicales, n°1, Janvier-Mars 2004. - p 22

Graphique 4 : Pyramide des âges des médecins remplaçants en 2007, l'Atlas de la Démographie Médicale Française en 2008. – p 31

Graphique 5 : Histogramme du nombre d'items en fonction du type de tâche administrative. – p 46

Graphique 6 : Nombre de consultations en fonction de la durée des tâches administratives obligatoires au cours des 300 consultations. – p 47

Graphique 7 : Nombre de consultations en fonction de la durée des tâches administratives non obligatoires au cours des 300 consultations. – p 48

Graphique 8 : Nombre de consultations en fonction de la durée des tâches administratives dues au dysfonctionnement du système de soin au cours des 300 consultations. – p 48

Graphique 9 : Camembert du partage du temps de travail global. – p 49

Graphique 10 : Histogramme du nombre d'interruptions en fonction de leur type.-p 50

Graphique 11 : Histogramme sur la répartition du nombre d'interruptions en fonction de leur type. – p 51

Graphique 12 : Types de tâches responsables des interruptions selon leur volume horaire. – p 52

Graphique 13 : Volume horaire selon le type de tâche au cours des consultations ou des visites. – p 54

Graphique 14 : Durée des tâches obligatoires en fonction de leur type. – p 55

Graphique 15 : Durée des tâches non obligatoires en fonction de leur type. – p 56

Graphique 16: Durée des différentes tâches liées au dysfonctionnement du système de soin en fonction de leur type. – p 57

Graphique 17: Fractionnement du temps de consultation du Dr R. – p 58

Graphique 18: Fractionnement du temps de consultation du Dr Pa. – p 59

Graphique 19 : Fractionnement du temps de consultation du Dr Pl. – p 59

Graphique 20: Nombre et type d'interruptions en fonction du praticien. – p 60

Graphique 21 : Tâches administratives obligatoires en fonction des médecins. – p 61

Graphique 22 : Durée des tâches administratives non obligatoire en fonction des médecins. – p 62

Graphique 23 : Durée des tâches administratives liées au dysfonctionnement du système de soin en fonction des médecins. – p 63

Graphique 24 : Poids des tâches administratives dans la journée d'un généraliste, issue de L'Etude du transfert de charges des organismes tiers vers les médecins libéraux, URML de Rhône-Alpes. – p 68

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des aides aux étudiants, inst@lsanté. – p 24

Tableau 2a et 2b: Tableaux récapitulatifs des aides à l'installation ou au maintien des professionnels de santé. – p 24-25

Tableau 3 : Tableau récapitulatif des aides au remplacement. – p 25

Tableau 4 : Tableau récapitulatif des aides en mode d'exercice particulier. – p 26

Tableau 5 : Tableau récapitulatif des exonérations fiscales. - p 26

Tableau 6 : Tableau récapitulatif des exonérations sociales. - p 27

Tableau 7 : Tableau récapitulatif des possibilités de cumul emploi-retraite. - p 27

Tableau 8 : Tableau comparatif des modes d'exercice des trois médecins. – p 58

ANNEXES

- Annexe 1 : Document Cerfa N° 12485*01- Déclaration de médecin traitant.
- Annexe 2 : Document Cerfa N° 12541*01 - Feuille de soin médecin.
- Annexe 3 : Document Cerfa N° 50742#03 - Prescription médicale de transport.
- Annexe 4 : Document Cerfa N° 11575*03 - Demande d'accord préalable Prescription médicale de transport.
- Annexe 5 : Document Cerfa N° 12040*01 - Demande d'entente préalable.
- Annexe 6 : Document Cerfa 10128*02 - Demande d'entente préalable Nomenclature des actes de biologie médicale.
- Annexe 7 : Document Cerfa 12041*01 - Demande d'entente préalable / maladie professionnelle.
- Annexe 8 : Demande d'entente préalable pour un traitement d'assistance respiratoire de longue durée à domicile.
- Annexe 9 : Document Cerfa N°61-2280 – Certificat Médical Personne Adulte Handicapée
- Annexe 10 : Document Cerfa N°11139*02 - Cure thermale, questionnaire de prise en charge.
- Annexe 11 : Document Cerfa 11626*03 - Protocole de soin.
- Annexe 12 : Document Cerfa 10170*04 – Avis d'arrêt de travail.
- Annexe 13 : Document Cerfa N°11138*02 - Certificat accident du travail Maladie professionnelle.
- Annexe 14 : Document Cerfa N°11383*02 - Feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle.
- Annexe 15 : Document Cerfa 50741#03 – Aide Médicale de l'Etat – Demande d'admission
- Annexe 16 : Document Cerfa N° 50040#04 – Premier examen médical prénatal.
- Annexe 17 : Document Cerfa N°12596*01 – Premier certificat de santé de l'enfant.

- Annexe 18 : Document Cerfa N°12597*02 – Deuxième certificat de santé de l'enfant.
- Annexe 19 : Document Cerfa N°12598*02 – Troisième certificat de santé de l'enfant.
- Annexe 20 : Document Cerfa N° 10402*01 – Demande d'information particulière en cas de coupure de courant électrique.
- Annexe 21 : Grille AGGIR.

Annexe 1



N° 12485*01

DÉCLARATION DE CHOIX DU MÉDECIN TRAITANT

(art. L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale)

IMPORTANT { inscrire les nom, prénom et adresse en majuscules
 { inscrire les chiffres lisiblement (un chiffre par case)

Identification de l'assuré(e) et du bénéficiaire

L'assuré(e) nom <i>(suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))</i>	<input type="text"/>
prénom	<input type="text"/>
n° d'immatriculation	<input type="text"/>
Le bénéficiaire nom <i>(suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))</i>	<input type="text"/>
prénom	<input type="text"/>
date de naissance	<input type="text"/>
adresse de l'assuré(e)	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

Identification du médecin traitant

cachet du médecin ou de l'établissement (*) <i>(ou nom, prénom et adresse en majuscules)</i>	nom et prénom du médecin salarié d'un établissement (*) <i>(en majuscules)</i>
	nom <input type="text"/>
	prénom <input type="text"/>
	n° d'identification du médecin à compléter dans tous les cas
	<input type="text"/>
(*) centre de santé, établissement ou service médico social	

Déclaration conjointe du bénéficiaire et du médecin traitant

Le bénéficiaire et le médecin traitant s'engagent conjointement à respecter les dispositions de l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale

Bénéficiaire <i>(et parent ou titulaire de l'autorité parentale pour les mineurs de +16 ans)</i>	Médecin traitant
Je soussigné(e), M., Mme, Melle	Je soussigné(e), Docteur
déclare choisir le médecin identifié ci-dessus, comme médecin traitant	déclare être le médecin traitant du bénéficiaire cité ci-dessus
Signature(s) <input type="text"/>	Signature <input type="text"/>

Déclaration signée le

Merci d'envoyer la déclaration complétée et signée à votre caisse d'assurance maladie.

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

S 3704



N° 11574*03

Volet I (médical) à adresser au
contrôle médical sous enveloppe, à
l'attention de « M. le Médecin conseil »

Prescription médicale de transport

(articles L.162-4-1-2°, L. 321-1-2°, L. 322-5, L. 432-1 et R. 322-10 et suivants du Code de la sécurité sociale)

La prescription médicale, à compléter par le médecin (pour plus d'information, se référer à la notice)

- **Le bénéficiaire (à compléter obligatoirement par le médecin)**
Nom (suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))
Prénom
- **Dans quelle situation permettant la prise en charge du transport se trouve votre patient ?**
(plusieurs choix possibles)

Hospitalisation (entrée-sortie)	<input type="checkbox"/>	Soins liés à une affection de longue durée	<input type="checkbox"/>
Nécessité d'être allongé ou sous surveillance	<input type="checkbox"/>	Soins liés à un AT/MP	<input type="checkbox"/>
		Date de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle	<input type="text"/>
- **Quel trajet doit effectuer le patient ? (précisez, l'adresse du lieu de départ et du lieu d'arrivée ainsi que le nom de la structure de soins)**

CE MODELE EST PRESENTE A TITE D'INFORMATION.
POUR VOTRE DEMARCHE, LE FORMULAIRE ORIGINAL DOIT ETRE UTILISE.

- Transport aller Transport retour Transport aller-retour
- Transport itératif nombre :
- **Ce transport est-il lié à une condition de prise en charge à 100% ?** oui non
(grossesse de plus de 6 mois, ALD exonérante, AT/MP, autre... Se référer à la notice)
- **Quel mode de transport prescrivez-vous, en vous reportant au référentiel médical détaillé dans la notice ?**
Ambulance
Transport assis professionnalisé (VSL, taxi)
Transport en commun (bus, train...) (complétez la ligne ci-dessous)
. Dans ce cas, l'état de santé du patient nécessite-t-il une personne accompagnante ? oui non
Moyen de transport individuel
- Conditions particulières : nécessité d'une asepsie rigoureuse appel du centre 15

- **Eléments d'ordre médical :**
Précisez la nature de l'examen ou des soins justifiant le déplacement :
.....
.....
.....
Commentaires éventuels :
.....
.....
.....

(si cachet, merci de le reporter sur les 2 volets)
Etablie le .../.../... à
Identification du médecin et, le cas échéant, de
l'établissement et signature du médecin

Les renseignements administratifs, à compléter par l'assuré(e) ou son représentant

- **Merci de compléter ces informations à l'aide de la carte vitale ou de l'attestation**
- . Le numéro d'immatriculation de l'assuré(e) :
- . Les nom et prénom de l'assuré(e) (à remplir si le bénéficiaire n'est pas l'assuré(e)) :
- et le code de son organisme de rattachement :
- . L'adresse du bénéficiaire du transport :

CE MODELE EST PRESENTE A TITE D'INFORMATION.
POUR VOTRE DEMARCHE, LE FORMULAIRE ORIGINAL DOIT ETRE UTILISE.

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude et de fausses déclarations (articles L. 114-13 du Code la sécurité sociale, 441.1 du Code pénal).



N° 11575*03

**Demande d'accord préalable
Prescription médicale de transport**

**Volet 1 (médical) à adresser au
contrôle médical sous enveloppe, à
l'attention de « M. le Médecin conseil »**

(articles L.162-4-1-2°, L. 321-1-2°, L. 322-5, L. 432-1 et R. 322-10 et suivants du Code de la sécurité sociale)

**La prescription médicale, à compléter par le médecin
(pour plus d'information, se référer à la notice)**

Vous utilisez ce formulaire dans les cas suivants (cochez la case correspondante à la situation de votre patient) :
Transport à plus de 150 km Transport en série (+ de 50 km, minimum 4, en 2 mois) Transport par avion ou bateau de ligne

• **Le bénéficiaire (à compléter obligatoirement par le médecin)**
Nom (suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux (se)) _____
Prénom _____

• **Si votre patient doit utiliser l'avion ou le bateau de ligne, dans quelle situation se trouve-t-il ? (plusieurs choix possibles)**

Hospitalisation (entrée-sortie) <input type="checkbox"/>	Soins liés à une affection de longue durée <input type="checkbox"/>
Nécessité d'être allongé ou sous surveillance <input type="checkbox"/>	Soins liés à un AT/MP <input type="checkbox"/>
	Date de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle _____

• **Quel trajet doit effectuer le patient ? (précisez l'adresse du lieu de départ et du lieu d'arrivée ainsi que le nom de la structure de soins)**

• Transport aller Transport retour Transport aller-retour
Si transport en série, indiquez le nombre :

• **Ce transport est-il lié à une condition de prise en charge à 100% ?** oui non
(grossesse de plus de 6 mois, ALD exonérante, AT/MP, autre... Se référer à la notice)

• **Si votre patient doit utiliser un autre mode de transport que l'avion ou le bateau, quel mode de transport prescrivez-vous en vous reportant au référentiel médical détaillé dans la notice ?**
Ambulance
Transport assis professionnalisé (VSL, taxi)
Transport en commun (bus, train...) *(complétez la ligne ci-dessous)*
Dans ce cas, l'état de santé du patient nécessite-t-il **une personne accompagnante** ? oui non
Moyen de transport individuel

• **Conditions particulières : nécessité d'une asepsie rigoureuse urgence attestée par le médecin prescripteur**
(si cachet, merci de le reporter sur les 3 volets)

• **Eléments d'ordre médical :**
Précisez la nature de l'examen ou des soins justifiant le déplacement : _____

Commentaires éventuels : _____

Etablie le.../.../... à
**Identification du médecin et, le cas échéant, de
l'établissement et signature du médecin**

Les renseignements administratifs, à compléter par l'assuré(e) ou son représentant

• **Merci de compléter ces informations à l'aide de la carte vitale ou de l'attestation**

. Le numéro d'immatriculation de l'assuré(e) : [_____]

. Les nom et prénom de l'assuré(e) (à remplir si le bénéficiaire n'est pas l'assuré(e)) : _____
et le code de son organisme de rattachement : [_____]

. L'adresse du bénéficiaire du transport : _____

Accord préalable

AVIS MEDICAL
maladie maternité AT/MP date : .../.../...
Défavorable total
Défavorable partiel
Mode de transport préconisé : _____
Fait le Cachet
Signature

**Ce modèle est présenté à titre
d'information.
Pour votre démarche, le
formulaire original doit être
utilisé.**

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude et de fausses déclarations (articles L. 114-13 du Code de la sécurité sociale, 441.1 du Code pénal).



n° 12041*01

demande d'entente préalable

accident du travail/maladie professionnelle

Nomenclature générale des actes professionnels

VOLET A
à conserver
au contrôle médical

date de réception :

à compléter et à envoyer par le praticien (voir notice au verso du volet C)

nom – prénom de l'assuré(e)

n° d'immatriculation

ou à défaut date de naissance de l'assuré(e)

nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés) :

adresse de l'assuré(e) :

code postal commune :

adresse où le patient peut être visité :

code postal commune :

nom et adresse de l'employeur de la victime :

date et lieu de l'accident :

à compléter par le praticien ou l'auxiliaire médical(e) qui dispense l'acte

• son identification

Je, soussigné(e), demande l'entente préalable en vue de dispenser (indiquer ci-après : lettre-clé, coefficient, nombre d'actes) :

nom du prescripteur :

(joindre la prescription médicale ou sa copie si la demande est établie par un auxiliaire médical(e))

identification du praticien ou de l'auxiliaire médical(e)

date :

signature :

• partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

nature et motif de l'acte :

IMPORTANT – La présente demande doit être envoyée immédiatement par le praticien ou l'auxiliaire médical(e) au médecin conseil de l'organisme d'assurance maladie dont dépend la victime (voir au verso du volet C les modalités de réponse des organismes)

Ce formulaire ne doit pas être utilisé pour les soins dentaires, les prothèses dentaires et l'orthopédie dento-faciale

S 6905 c



demande d'entente préalable

 VOLET 1
à adresser
au contrôle médical

Nomenclature des actes de biologie médicale

date de réception:

à compléter par l'assuré(e) (voir notice au verso du volet 2)

nom – prénom de l'assuré(e)	
n° d'immatriculation	
nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés) :	
adresse de l'assuré(e):	
code postal	commune :
nom – prénom du bénéficiaire des soins	
date de naissance du bénéficiaire des soins (s'il n'est pas l'assuré(e))	

à compléter par le prescripteur

nature de(s) acte(s) prescrit(s) :	
urgence	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
motif de(s) l'(e) acte(s) et indications cliniques :	
identification du prescripteur	date : signature :

à compléter par le directeur de laboratoire qui dispense l'(es) acte(s)

code(s) de(s) l'(e) acte(s) et cotation(s) :	
autorisation de pratiquer l'(es) acte(s) – n° et/ou date (à compléter si nécessaire)	
identification du directeur de laboratoire	date : signature :

S 3132a

Annexe 8

DATE DE RÉCEPTION

DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE POUR UN TRAITEMENT D'ASSISTANCE RESPIRATOIRE DE LONGUE DURÉE, A DOMICILE

(Art. R 165-23 du Code de la Sécurité Sociale - arrêté du 30.08.89)

Demande initiale pour 3 mois (1) Prolongation (1) Prescription modifiée (1)

VOLET 1
A CONSERVER
PAR LE
CONTRÔLE MÉDICAL

A COMPTER DU

A REMPLIR PAR L'ASSURÉ(E) (2)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E)

No D'IMMATRICULATION _____

NOM PATRONYMIQUE (usuel, s'il y a lieu, du nom d'usage) _____

PRÉNOM _____

ADRESSE _____

ORGANISME D'AFFILIATION _____

SITUATION DE L'ASSURÉ(E) A LA DATE DE LA DEMANDE

ACTIVITE SALARIEE OU ARRÊT DE TRAVAIL

ACTIVITE NON SALARIEE

SANS EMPLOI → Date de cessation d'activité _____

PENSIONNÉ(E)

AUTRE CAS, lequel _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE

S'agit-il d'un accident ? OUI NON Date de cet accident _____

Si le malade est PENSIONNÉ(E) DE GUERRE et si la demande concerne l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case

SI LE MALADE N'EST PAS L'ASSURÉ(E)

NOM _____

Prénom _____

Sexe M F Date de naissance _____

Lien avec l'assuré(e)

Conjoint Autre membre de la famille

Enfant Personne vivant maritalement avec l'assuré(e)

Exerce-t-il habituellement une activité professionnelle ou est-il titulaire d'une pension ? OUI NON

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L 377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 441-1 du Code Pénal).

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Signature de l'assuré(e) → _____

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT (2)

TRAITEMENT PRESCRIT

Est-il en rapport avec une affection de longue durée ?

reconnue sur liste OUI NON reconnue hors liste OUI NON

Posite (x)	Deambulation (h)	Durée (h/j)	Debit (l/mn)

Oxygénothérapie par concentrateur

Oxygénothérapie gazeuse par bouteille

Oxygénothérapie liquide

Ventilation mécanique à l'embout buccal

Ventilation mécanique par masque nasal

Ventilation mécanique par trachéotomie

Ventilation mécanique par prothèse extra-thoracique

Ventilation mécanique par pression positive continue

Aspiration sans ventilation sur trachéotomie

Autres : _____

APPAREILLAGE PRESCRIT

A l'acte (hors association)

Association : NOM _____

ADRESSE _____

FORFAIT SOINS No _____

MATERIEL	Concentrateur	Respirateur (1)	Mat. O2 liquide	Autres
MARQUE				
TYPE				

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

Date _____

Signature _____

Pneumologue Réanimateur Généraliste Autre _____

CONFIDENTIEL - Réserve à l'information du Contrôle Médical

ÉTILOGIE DE L'INSUFFISANCE RESPIRATOIRE (1)

Principale (1 choix possible) Secondaire (2 choix possibles)

Bronchite chronique (avec ou sans emphysème)

Lésions mutilantes, post-tuberculeuses et autres

Asthme à dyspnée continue

Fibroses et processus interstitiels

Cypho-scoliose

Emphysème primitif

Dilatations étendues des bronches

Myopathies

Autres atteintes neuro-musculaires

Pneumoconioses

Apnées du sommeil

Mucoviscidose

Dysplasie broncho-pulmonaire du nourrisson

Autre : _____

• TABAC N'a jamais fumé Ne fume plus Fume

• ÉTAT CLINIQUE Antécédent d'I.V.D. I.V.D. actuelle

• SPIROGRAPHIE (1) Date _____

Poids _____ kg Capacité vitale _____ ml VEMS _____ ml

Taille _____ cm Capacité totale _____ ml

• GAZ DU SANG ARTÉRIEL (1) (2) : kPa ou mmHg

DATES	pH	PaCO2	PaO2	SaO2
REPOS EN AIR (1re mesure)				
REPOS EN AIR (2e mesure)				
REPOS SOUS O2 ET/OU VENTILATION (1)				
A L'EFFORT EN AIR (1)				

• HEMATOCRITE : _____ %

• CAS PARTICULIERS (1) : _____

AVIS DU CONTRÔLE MÉDICAL

Avis favorable du _____ au _____

Forfait association Location Achat

Avis défavorable MOTIF _____

Date _____

Signature _____

DÉCISION DE L'ORGANISME

Accord jusqu'au _____

Forfait association Location Achat

Taux de remboursement _____ %

Refus → MOTIF (voir notification jointe)

Date _____

Signature _____

(1) Se reporter à la notice d'utilisation au verso du dernier volet
(2) Cocher la case de la réponse exacte.

Conséquences des déficiences

Autonomie

- A : Fait seul totalement, habituellement, correctement
 B : Fait partiellement, non habituellement, non correctement
 C : Ne fait pas

A, B ou C

CORHÉRENCE : converser et/ou se comporter de façon logique et sensée
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux
TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle
HABILITAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter + appareillage
ALIMENTATION : manger, les aliments préparés
ÉLIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale
TRANSFERTS : se lever, se coucher, s'asseoir
DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant
DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport
COMMUNICATION À DISTANCE : utiliser les moyens de communication : téléphone, sonnette, alarme...

ACTIVITÉS MÉNAGÈRES : ménage, préparation des repas...

Traitement médicamenteux

Nature : _____

Tolérance (préciser les effets indésirables notamment pour les psychotropes, la chimiothérapie, les immunosuppresseurs...) : _____

Fréquence des hospitalisations et/ou nécessité de rééducations spécialisées : _____

Retentissement du handicap sur l'aptitude au poste de travail actuel

Aménagement du poste, horaires, difficultés, déplacement, absentéisme... : _____

Nom du médecin du travail et joindre copie de la fiche d'aptitude : _____

A

le

Signature du médecin (cachet) :

Déficiences de la vision

Une amélioration est possible Impossible
 Médicalement Chirurgicalement Envisagée vers quelle date : _____
 Autres troubles neuro-ophtalmiques (ophtalmies, annexes de l'œil...) : _____

Déficiences de la fonction cardio-respiratoire

(Joindre les résultats des examens complémentaires : ECG, éprouve d'effort, EFR, gaz du sang...)
 Signes fonctionnels : _____
 Signes de décompensation cardiaque : _____
 Assistance respiratoire éventuelle : _____
 Greffe : _____ Date : _____ Tolérance : _____

Déficiences de la fonction et de la sphère digestive

(Joindre les résultats des examens complémentaires).
 Troubles de la déglutition, type d'alimentation, troubles du transit, stoma, troubles hépatiques, troubles pancréatiques... : _____

Déficiences de la fonction urinaire

Troubles de l'élimination (rétention, incontinence diurne et/ou nocturne, sonde, protection) : _____
 Dialyse : oui non Fréquence hebdomadaire : _____
 Greffe : oui non Date : _____ Tolérance : _____

Déficiences métaboliques, enzymatiques

(Joindre les résultats des examens complémentaires).
 Type de diabète, obésité, névrosisme, autres... : _____

Déficiences du système immunitaire et hématopoïétique

(Joindre les résultats des examens complémentaires).
 Répercussion sur l'état général et psychique : _____

Déficiences motrices et de l'appareil locomoteur

(Joindre les résultats des radios, scanners, etc.)
 Préciser la localisation, le type de troubles, l'existence de troubles sensitifs associés... : _____
 Préciser l'appareillage, l'aide technique, la tolérance : _____

Déficiences esthétiques

Séquelles de brûlures ou cicatrices ayant un retentissement sur la vie sociale et relationnelle, type, localisation : _____

cure thermale

questionnaire de prise en charge

à adresser à votre
organisme d'affiliation

l'assuré(e) et le bénéficiaire de la cure thermale

● l'assuré(e)

n° d'immatriculation

date de naissance

nom-prénom (suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

Ce modèle est communiqué à titre d'information afin que
vous puissiez en prendre connaissance.

adresse

Pour votre démarche, le formulaire original fourni par
l'organisme d'assurance maladie doit être utilisé.

code postal

s'agit-il d'un accident causé par un tiers ?

oui

date

non

● le bénéficiaire de la cure (s'il n'est pas l'assuré)

nom

prénom

date de naissance

● le nombre de cures déjà effectuées (facultatif - indiquer les 3 dernières)

année(s)

station(s)

orientations

le prescripteur

je, soussigné(e), certifie que

est atteint d'une affection justifiant une cure thermale dans l'orientation thérapeutique indiquée ci-dessous

station prescrite

un traitement thermal annexe est-il justifié dans une autre orientation de la station

oui

non

si oui, laquelle ?

● mentions spéciales

l'état du malade justifie-t-il médicalement l'hospitalisation ?

oui

non

s'il s'agit d'un enfant son placement en maison d'enfants est-il demandé ?

oui

non

la cure est-elle prescrite dans le cadre d'une affection de longue durée (art. L 324-1) ?

oui

non

dans l'affirmative, cette affection est-elle exonérante (liste ou hors liste) ?

oui

non

est-elle en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle ?

oui

non

si oui, numéro de l'AT/MP ou date

est-elle en rapport avec l'affection pour laquelle le patient est pensionné de guerre ?

oui

non

j'atteste l'absence de toute contre-indication liée à l'état général du malade connue à ce jour

signature de
l'assuré(e)signature du
médecin

date

cachet du médecin

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L 377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 441-1 du Code Pénal)

La loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

S 3185b



n°11626*03

protocole de soins

articles L. 324-1, L. 322-3-3° et 4° et D. 322-1 du Code de la sécurité sociale
articles 71-4 et 71-4 -1 du Règlement Intérieur des caisses primaires

volet médical 1
à conserver par
le médecin conseil

personne recevant les soins

• identification de la personne recevant les soins

nom et prénom (suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

adresse

numéro d'immatriculation

si ce numéro d'immatriculation n'est pas connu, remplissez la ligne suivante

date de naissance de la personne recevant les soins

• identification de l'assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom de l'assuré(e) (suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

numéro d'immatriculation de l'assuré(e)

information(s) concernant la maladie

• diagnostic(s) de l'(des) affection(s) de longue durée motivant la demande et sa (leurs) date(s) présumée(s) de début

1

2

3

• arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents (dans le cas de polypathologie invalidante décrire l'état invalidant)

actes et prestations concernant la maladie (à compléter par votre médecin traitant)

spécialités pharmaceutiques ou classes thérapeutiques ou dispositifs médicaux

(1)

suivi biologique prévu (type d'actes)

(1)

recours à des spécialistes (préciser la spécialité et le type d'acte spécialisé prévu)

(1)

recours à des professionnels de santé para-médicaux

(1)

(1) Sont exclus du bénéfice de l'exonération du ticket modérateur, les éléments cochés par le médecin conseil, qui seront pris en charge selon les conditions du droit commun.

durée prévisible des soins :

durée prévisible de l'arrêt de travail, s'il y a lieu :

reclassement professionnel envisagé :

oui

non

proposition du médecin traitant (cocher la(les) case(s) correspondante(s))

ALD non exonérante 1

ALD 30 (liste) 2

ALD hors liste 3

polypathologie invalidante 4

autre 5

décision du médecin conseil

accord au titre de (2) du au pour

accord au titre de (2) du au pour

accord au titre de (2) du au pour

(2) Le médecin conseil reporte le chiffre correspondant à la situation adéquate listée dans la rubrique précédente (1 pour ALD non exonérante, 2 pour ALD 30....)

refus nature et motif du refus

date

protocole valable jusqu'au

signature et cachet du médecin traitant

cachet de l'établissement ou du centre de référence

signature et cachet du médecin conseil



n°10170*04

avis d'arrêt de travail

 initial de prolongation (*)volet 1, à adresser
au service médical

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. le Médecin-Conseil
(art. L.162-4-1-1er al., L.162-4-4, L.315-2, L.321-1-5, L.323-6, R.321-2, R.323-11-1, D.323-2, L.376-1, D.615-23 et D.615-42 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)

numéro d'immatriculation **Ce modèle est présenté à titre d'information.**
Pour votre démarche, le formulaire original vous sera fourni par l'organisme d'assurance maladie.

nom (suivi, s'il y a lieu du nom d'époux(se))

prénom

code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier vitale)

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1)

code postal ville n° de téléphone :

bâtiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence :

(1) l'accord préalable de votre caisse est **OBLIGATOIRE** si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

activité salariée profession indépendante

sans emploi date de cessation d'activité précisez votre situation (voir notice 1)

l'arrêt prescrit fait suite à un accident causé par un tiers (voir notice 2) oui date non

l'arrêt prescrit fait suite à une cure thermale oui non

l'arrêt prescrit est en rapport avec l'affection pour laquelle vous êtes pensionné(e) de guerre oui non

(*) si la prolongation de l'arrêt est prescrite par un médecin autre que le médecin traitant ou le médecin qui a prescrit l'arrêt initial, cochez la case correspondante :

médecin remplaçant le médecin traitant ou le médecin prescripteur initial médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant à l'occasion d'une hospitalisation

autre cas précisez et indiquez le motif :

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale

adresse

n° téléphone :

e.mail :

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) :

et prescrit un arrêt de travail jusqu'au (en toutes lettres) : inclus

sans rapport* en rapport* avec une affection visée aux articles L.324-1 et R.613-69 du Code de la sécurité sociale (voir notice 3)

sans rapport* en rapport* avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 4)

* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées: oui à partir du non
(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice 5)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :
non oui à partir du (voir notice 5 bis)

reprise à temps partiel pour raison médicale à partir du (voir notice 6)
(art. L.323-3 du Code sécurité sociale)

éléments d'ordre médical (voir notice 7) :

date

signature du praticien

identification du praticien et le cas échéant de l'établissement

S 3116 f

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L.114-13 du Code de la sécurité sociale, 441-1 du Code pénal).

feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle

(Art. L. 441.5 et R. 441.8 du code de la sécurité sociale)

1/2

Lorsqu'un accident a eu lieu, la feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle est remise à la victime par l'employeur qui établit parallèlement la déclaration d'accident du travail (réf. S 6 200).

Cette feuille est remise à la victime par la caisse lorsqu'une maladie professionnelle est déclarée.

La feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle est conservée par la victime. Elle doit être présentée systématiquement au praticien qui dispense les soins, ou le cas échéant à l'hôpital, ainsi qu'à l'auxiliaire médical(e), au pharmacien ou au fournisseur et au biologiste chaque fois qu'une ordonnance est exécutée. Ces derniers doivent remplir la page 2/2 afin d'attester la prestation des actes et l'exécution des ordonnances. La facturation des actes est portée sur les feuilles de soins et les bordereaux de facturation utilisés également pour les risques maladie et maternité.

La page 1/2 permet à la victime de bénéficier du tiers payant et de la gratuité des soins, dans la limite des tarifs conventionnels.

En cas de rechute ou si nécessaire, en cas de poursuite des soins, l'organisme d'assurance maladie délivre à la victime, sur sa demande, une nouvelle feuille.

attestation d'accident ou de maladie autorisant le bénéfice du tiers payant

(à remplir obligatoirement lors de la délivrance)

l'organisme d'assurance maladie

- **identification** ● **numéro AT/MP** (à compléter par la caisse en cas de renouvellement) | | | | | | | | | |

Ce modèle est communiqué à titre d'information afin que vous puissiez en prendre connaissance. Pour votre démarche, le formulaire original est fourni par l'organisme d'assurance maladie, soit à l'employeur qui le remet à la victime d'un AT, soit à la victime pour une prolongation des soins en AT ou lorsqu'une MP est déclarée.

la victime

- **identification**

nom patronymique (insérer s'il y a lieu du nom d'usage)

prénom

date de naissance

adresse

code postal

numéro d'immatriculation

l'employeur

- **identification**

nom-prénom ou raison sociale

adresse

code postal

numéro SIRET de l'établissement d'attache permanent de la victime

êtes-vous autorisé à gérer le risque AT/MP ?

oui

non

l'accident du travail ou la maladie professionnelle

- **accident du travail**

date

rechute du

- **maladie professionnelle**

date de la constatation médicale

rechute du

- **lésions**

nature

siège

demande de renouvellement

à remplir par la victime, si la feuille est complètement remplie avant la fin des soins

adresse

code postal

je demande le renouvellement de cette feuille d'accident

date

signature

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L. 471-3 du Code de la Sécurité Sociale, 441-1 du Code Pénal). Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servis, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978, vous pouvez obtenir communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

S 6201 c



certificat médical

accident du travail

maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)

- initial de prolongation
 final de rechute

Volet 1, à adresser
par le praticien à
l'organisme dans
les 24 heures

(articles L. 441-6, L. 461-5, L. 433-1, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)

régime : général agricole autre lequel ? :

numéro d'immatriculation : _____ Ce modèle est présenté à titre d'information.
 Pour votre démarche, le formulaire original vous sera fourni par l'organisme d'assurance maladie.

nom (suivi s'il y a lieu du nom d'époux(se)) : _____
 prénom : _____

adresse où la victime peut être visitée (si différente de votre adresse habituelle) (1) :
 code postal : _____ ville : _____ n° téléphone : _____
 bâtiment : _____ escalier : _____ étage : _____ appartement : _____ code d'accès de la résidence : _____

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

s'agit-il d'un accident du travail ? d'une maladie professionnelle ?

date de l'accident ou de la 1^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle : _____ (voir notice ●)

présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle : oui non (2)

(2) en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale : _____
 adresse : _____ n° téléphone : _____
 courriel : _____

les renseignements médicaux

• constatations détaillées (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles) (voir notice ●)

• conséquences

soins sans arrêt de travail jusqu'au _____ inclus

arrêt de travail jusqu'au (en toutes lettres) _____ inclus

sorties autorisées : oui à partir du _____ non

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice ●)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :
 non oui à partir du _____ (voir notice ●)

reprise de travail le _____ (voir notice ●)

reprise d'un travail léger pour raison médicale à partir du _____
 (art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice ●)

éléments d'ordre médical justifiant, le cas échéant, les sorties sans restriction d'horaire ou la reprise d'un travail léger
 (voir notice ●)

• conclusions (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice ●)

guérison avec retour à l'état antérieur date _____

guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure date _____

consolidation avec séquelles date _____

certificat établi le _____ identification du praticien et, le cas échéant, de l'établissement
 à _____
 signature du praticien _____

S 6909b

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L.114-13 du Code de la sécurité sociale, 441-1 du Code pénal).



n° 11573*03

demande d'aide médicale de l'Etat

(art. L.251-1 à L.252-4 du Code de l'action sociale et des familles)

à transmettre, dans un délai de 8 jours, à la caisse d'assurance maladie par l'organisme auprès duquel la demande est déposée

volet destiné
à la caisse
d'assurance maladie

le demandeur			
nom (suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse)			
prénoms		date de naissance	
lieu de naissance			
nationalité		Espace Economique Européen <input type="checkbox"/>	autre <input type="checkbox"/>
adresse en France			
code postal		commune	
si vous n'avez pas de domicile fixe, précisez l'organisme auprès duquel vous avez élu domicile (Centre Communal d'Action Sociale, association, autre organisme agréé...) :			
avez-vous déjà demandé l'AME ?		si oui, année :	département :
avez-vous déjà bénéficié de l'AME ?		si oui, année :	département :
votre durée de résidence en France			
• vous résidez en France de façon stable et permanente depuis le :			
les personnes à votre charge résidant en France (conjoint, concubin, partenaire d'un PACS, enfants)			
NOM	prénom	lien de parenté	date de naissance
vos ressources et celles des personnes à votre charge			
nature des ressources		montant total perçu au cours des douze derniers mois	
<ul style="list-style-type: none"> si vous versez des pensions alimentaires cochez la case <input type="checkbox"/> et précisez depuis quelle date : Indiquez, dans ce cas, le montant total versé au cours des douze derniers mois : si vous êtes logé(e) à titre gratuit cochez la case <input type="checkbox"/> et précisez depuis quelle date : si vous percevez ou avez perçu des indemnités journalières cochez la case <input type="checkbox"/> si vous percevez ou avez perçu des allocations familiales cochez la case <input type="checkbox"/> n° d'allocataire <input type="text"/> si vous êtes au chômage total ou partiel lors de la demande cochez la case <input type="checkbox"/> si vous êtes en arrêt de travail ou l'avez été pour une maladie de longue durée cochez la case <input type="checkbox"/> 			
les membres de votre famille habitant en France à une adresse différente de la vôtre (père, mère, enfants)			
nom et prénom	adresse	lien de parenté	
vos droits			
<ul style="list-style-type: none"> si vous avez été assuré(e) social(e) : fournissez votre carte Vitale ou, à défaut, indiquez votre n° d'immatriculation <input type="text"/> si vous bénéficiez d'une couverture sociale dans votre pays cochez la case <input type="checkbox"/> si vous, ou l'une des personnes à votre charge, êtes atteint(e) d'une maladie de longue durée : joignez l'attestation correspondante. si vous, ou l'une des personnes à votre charge, attendez un enfant : joignez le certificat médical indiquant la date présumée du début de grossesse. si vous, ou l'une des personnes à votre charge, avez reçu des soins au cours du dernier mois cochez la case <input type="checkbox"/> 			
Fait à	, le	Signature du demandeur :	
ci-contre, cachet de l'organisme			
ainsi que les nom et coordonnées de la personne			
ayant aidé le demandeur à compléter le document			

En cas de déclaration incomplète ou erronée, la décision d'admission à l'aide médicale de l'Etat peut être retirée.

Vous devrez alors rembourser le montant des dépenses prises en charge par l'aide médicale de l'Etat.

La loi n° 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire.

S 3720 b

Premier examen médical prénatal

(à adresser à l'organisme chargé des prestations familiales)



n° 10112*04

	Madame	Monsieur
Votre nom	Ce document est mis en	
Nom d'époux(se) <i>si vous le portez</i>	ligne pour consultation	
Votre prénom	uniquement.	
Votre lieu de naissance	Pour votre démarche, un	
Votre date de naissance	formulaire original sera	
Votre adresse	utilisé	
	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
	Adresse, si elle est différente	

	Code postal _ _ _ _ _	Code postal _ _ _ _ _
Votre profession	<input type="checkbox"/> Agricole <input type="checkbox"/> Non agricole	<input type="checkbox"/> Agricole <input type="checkbox"/> Non agricole
Vous êtes :	<input type="checkbox"/> Salariée <input type="checkbox"/> Non salariée	<input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Non salarié
	<input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle	<input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle
	<input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____	<input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____

Recevez-vous des prestations familiales ? OUI NON

Sous quel numéro d'allocataire ? _____

Madame, êtes-vous assurée sociale ? OUI NON

Si OUI indiquez votre numéro d'immatriculation _____

Si NON à quel(le) assuré(e) êtes-vous rattaché(e) ?

Son nom et son prénom _____

Indiquez son numéro d'immatriculation _____

Madame, voulez-vous préciser ? (réponse facultative)

Nombre d'enfants à charge _____ Nombre de grossesses antérieures _____

Temps de transport quotidien (domicile, travail et retour) _____

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Art. L. 377-1 du Code de la Sécurité sociale. Art. L. 441-1 du Code pénal).

Signature Je soussigné(e) certifie exacts les renseignements fournis ci-dessus

Le _____ 20____ Signature(s) :

La loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du directeur de votre Caisse d'allocations familiales.

**Attestation du médecin
ou de la sage-femme**
Cachet

- Je soussigné(e), certifie que Madame _____ a subi le _____ l'examen médical général et obstétrical.
- J'atteste également que les examens obligatoires prévus par la réglementation ont été prescrits.

DATE PRESUMEE
DU DEBUT
DE LA GROSSESSE _____

Signature du médecin ou de la sage-femme :

S. 4110 e

Annexe 17

Afficher le certificat à 100 %

Consultez l'aide ?

PREMIER CERTIFICAT DE SANTÉ
 À ÉTABLIR OBLIGATOIREMENT DANS LES 8 JOURS SUIVANT LA NAISSANCE.
 Loi n° 86.1307 du 29 déc. 1986, Loi n° 89.899 du 18 déc. 1989.
 Ne pas remplir les zones bleu foncé

N°12590*01

Enfant

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance jour mois an _____ Sexe: Fém. Masc. Commune _____

Lieu de naissance (nom de l'établissement, adresse complète) _____ N° FINESS _____

Code postal _____ Commune _____

Adresse du domicile: _____

M. Mme Mlle Nom _____

Prénom _____ Tél. _____

Adresse _____

Code postal _____ Commune _____

Famille

Nom de naissance de la mère _____

Prénom _____ Date de naissance jour mois an _____

Nombre d'enfants vivant au foyer avant la nouvelle naissance _____

Niveau d'études de la mère: 1 École primaire - 2 Secondaire - 3 Niveau bac - 4 Enseignement supérieur (inscrivez 1, 2, 3 ou 4)

Profession: (inscrivez le numéro correspondant à votre réponse)

Mère	1 Agriculteur exploitant	4 Profession intermédiaire	Mère	1 Actif	5 Chômeur
Père	2 Artisan, commerçant ou chef d'entreprise	5 Employé	Père	2 Retraité	6 Élève, étudiant ou en formation
	3 Cadre ou profession intellectuelle supérieure	6 Ouvrier	Père	3 Au foyer	7 Autre inactif
				4 Congé parental	

Activité professionnelle: (pour la mère au cours de sa grossesse, pour le père au moment de la naissance)

PARTIE MÉDICALE

Antécédents

Nombre d'enfants: nés avant 37 semaines; pesant moins de 2500 g; mort-nés; nés vivants puis décédés avant 28 jours

Antécédents de césarienne: non oui

Grossesse

Césité: (nombre total grossesses y compris actuelles)

Parité: (nombre total d'accouchements y compris actuels)

Date de la première consultation (déclaration de grossesse): 1^{er} trimestre 2^e trimestre 3^e trimestre

Nombre total d'échographies:

Mesure de la clarté nucale: non oui

Échographie morphologique: non oui

Préparation à la naissance: non oui

Recherche anémie Hb: non oui

Si oui, résultat: positif négatif

Alcool consommé pendant grossesse (verres/semaine): _____

Tabac consommé (cigarettes/jour): _____

Pathologie en cours de grossesse: non oui

Si oui, Pré-éclampsie:

HTA, diabète:

Diabète gestationnel: non oui

Autre pathologie (préciser): _____

Hospitalisation (y compris au domicile) en nb de jours: _____

Motif de l'hospitalisation: HTA RCIU MAP

Autres motifs: _____

Transfert in utero: non oui

Accouchement

Nombre de fœtus: si > 1, rang de naissance: _____

Age gestationnel: (en semaines d'aménorrhée révisées) _____

Présentation: sommet siège autre

Début de travail: spontané déclenché césarienne avant travail

Rupture membranaire plus de 12 heures avant l'accouchement: non oui

Analgésie: aucune péridurale générale

rachi-anesthésie autre

Naissance par: voie basse non instrumentale

extraction voie basse instrumentale

césarienne programmée césarienne en urgence

En cas de naissance par césarienne, quelle est l'indication? Cause maternelle Cause fœtale

Etat de l'enfant à la naissance

Poids _____ Taille _____

Périmètre crânien _____

Appar à 1 min _____ Appar à 5 min _____

L'état de l'enfant à 1-5: il nécessite des gestes techniques spécialisés? non oui

préciser: _____

Transfert (ou mutation): non oui

Si oui: immédiat secondaire

Lieu du transfert (parce et adresse): _____

Pathologie de la première semaine

Oxygénothérapie: Non Oui

Intubation: Non Oui

Antibiothérapie (de plus de 48 heures): Non Oui

Pathologie neurologique: Non Oui

Urgence chirurgicale: Non Oui

Autres (préciser): _____

Anomalies congénitales

Si oui préciser: Non Oui

Syndrome polymalformatif: Non Oui

Anomalies du tube neural: Non Oui

Fente labio-palatine: Non Oui

Atresie de l'œsophage: Non Oui

Omphalocèle, gastroschisis: Non Oui

Réduction de membres ou absence d'éléments osseux: Non Oui

Malformation rénale: Non Oui

Hydrocéphalie: Non Oui

Malformation cardiaque: Non Oui

Trisomie 21: Non Oui

Autres (préciser): _____

Autres informations

Allaitement au sein: Non Oui

Vaccination par le BCG: Non Oui

Hépatite B: vaccination: Non Oui

injection d'immunoglobulines: Non Oui

Test de l'audition pratiqué: Non Oui

Résultat: normal à surveiller

Décès de l'enfant: Non Oui

Age au moment du décès en jours _____ ou heures _____

Cause du décès: _____

Examen médical: Examen effectué par: un omnipraticien un pédiatre un autre spécialiste

Médecin: cachet - téléphone _____

Conclusions, précisions et commentaires: _____

L'enfant nécessite une surveillance médicale particulière: non oui

Je demande une consultation médicale spécialisée: non oui

Je souhaite être contacté par le médecin de PMI: non oui

Je, soussigné(e) Dr: _____

atteste avoir examiné l'enfant le _____ à _____h _____

Nom et adresse du médecin qui suit l'enfant: _____

Signature _____

Effacer tout

Annexe 18

Afficher le certificat à 100 %

DEUXIÈME CERTIFICAT DE SANTÉ
 À ÉTABLIR OBLIGATOIREMENT AU COURS DU 9^e MOIS.
 Loi n° 86.1307 du 29 déc. 1986, Loi n° 89.899 du 18 déc. 1989.
 Ne pas remplir les cases traitées

N°12590*02

Enfant

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance jour mois an _____ Sexe: Fém. Masc. Commune _____

Lieu de naissance: _____

Code postal _____ Commune _____

Adresse du domicile: _____

M. Mme Mlle Nom _____

Prénom _____ Tél. _____

Adresse _____

Code postal _____ Commune _____

Famille

Nom de naissance de la mère _____

Prénom _____ Date de naissance jour mois an _____

Nombre d'enfants vivant au foyer: _____

Si vous faites actuellement garder votre enfant:

crèche collective Crèche parentale Halte-garderie structure multi-accueil Chez vous par un tiers

Assistante maternelle dans le cadre d'une crèche familiale Assistante maternelle indépendante Autre

Garde à temps complet, (jour ET nuit): Assistant(e) familial(e) Pouponnière

Profession: (inscrivez le numéro correspondant à votre réponse)

Mère	1 Agriculteur exploitant	4 Profession intermédiaire	Mère	1 Actif	5 Chômeur
Père	2 Artisan, commerçant ou chef d'entreprise	5 Employé	Père	2 Retraité	6 Élève, étudiant ou en formation
	3 Cadre ou profession intellectuelle supérieure	6 Ouvrier	Père	3 Au foyer	7 Autre inactif
				4 Congé parental	

Activité professionnelle: (pour la mère au cours de sa grossesse, pour le père au moment de la naissance)

PARTIE MÉDICALE

Vaccinations

Indiquer une réponse affirmative en cochant la case correspondante

DT	Coq.	H. Infl.	Hep. viralé B	Pneumo-
Polio				coque
1 ^{re} dose <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^e dose <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ^e dose <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BCG fait: Non Oui

Il existe une recommandation de vaccination antituberculeuse: Non Oui

Autres vaccins, (préciser): _____

Antécédents

Non Oui

- Prématurité < 33 sem

- Ombilic à répétition

- Affections broncho-pulmonaires à répétition

- Accident domestique

Si oui: Intoxication Brûlures Chute/traumatisme

Autres (préciser): _____

Nombre d'hospitalisations en période néonatale: _____

Préciser les causes: _____

Après la période néonatale: _____ (préciser): _____

Affections actuelles

Non Oui

Si oui: Anorexie et/ou troubles de l'alimentation

Troubles du sommeil

Système nerveux: Spina brida

Infirmité motrice cérébrale

Autre *

Appareil cardio-vasculaire: Cardiopathie congénitale

Autre *

Appareil respiratoire: Mucoviscidose

Autre *

Appareil digestif: Reflux gastro-œsophagien

Autre *

Maladie métabolique *

Maladie endocrinienne *

Développement psychomoteur

Tient assis sans appui Non Oui

Réagit à son prénom Non Oui

Répète une syllabe Non Oui

Se déplace Non Oui

Saisit un objet avec participation du pouce Non Oui

Pointe du doigt Non Oui

Joue à « cocou, le voilà » Non Oui

Motricité symétrique des 4 membres Non Oui

Mesures

Poids _____

Taille _____ Périmètre crânien _____

Examen de l'œil: Normal non oui

Exploration de l'audition: Normale non oui

Autres informations

Allaitement au sein: Non Oui

Si oui: durée de l'allaitement au sein en semaines: _____

dont allaitement exclusif: _____

Présence d'un risque de saturnisme: non oui

Appareil génito-urinaire

Malformation urinaire: Non Oui

Malformation génitale: Non Oui

Autre *

Appareil ostéo-articulaire et musculaire

Luxation de la hanche: Non Oui

Autre *

Affections dermatologiques

Éczéma: Non Oui

Autre *

Maladies hématologiques

Maladie de l'hémoglobine: Non Oui

Autre *

Fente labio-palatine

Syndrome polymalformatif: Non Oui

Aberrations chromosomiques: Non Oui

Trisomie 21: Non Oui

Autre *

Autre pathologie décelée *

* PRÉCISER: _____

Examen médical: Effectué par: un omnipraticien un pédiatre un autre spécialiste

Réalisé dans: un cabinet médical privé une consultation de P.M.I. une consultation hospitalière autre _____

Médecin: cachet - téléphone _____

Conclusions, précisions et commentaires: _____

L'enfant nécessite une surveillance médicale particulière: non oui

Je demande une consultation médicale spécialisée: non oui

Je souhaite être contacté par le médecin de PMI: non oui

Je, soussigné(e) Dr: _____

atteste avoir examiné l'enfant le _____ à _____h _____

Signature _____

Annexe 19

TROISIÈME CERTIFICAT DE SANTÉ

À ÉVALUER ORIGINAIRES ET AU COURS DU 24^e MOIS.
Loi n° 86.1307 du 29 déc. 1986, Loi n° 89.899 du 18 déc. 1989.
Ne pas remplir les cases tranchées



N°12596*02

Enfant

Nom _____
Prénom _____
Date de naissance : jour _____ mois _____ an _____ Sexe: Fem. Masc.
Lieu de naissance : _____ Commune _____
Code postal _____
Adresse du domicile : _____ Commune _____
M. Mme Mlle Nom _____ Prénom _____ Tél. _____
Adresse _____
Code postal _____ Commune _____

Famille

Nom de naissance de la mère _____
Prénom _____ Date de naissance : jour _____ mois _____ an _____
Nombre d'enfants vivant au foyer _____
Si vous faites actuellement garder votre enfant :
 Crèche collective Crèche parentale Halte-garderie Structure multi-accueils Chez vous par un tiers
 Assistante maternelle dans le cadre d'une crèche familiale Assistante maternelle indépendante Autre
Garde à temps complet, (jour ET nuit) : Assistant(e) familia(l)e Pouponnière
Profession : (inscrire le numéro correspondant à votre réponse)
Mère : 1 Agriculteur exploitant 4 Profession intermédiaire 5 Chômeur
Père : 2 Artisan, commerçant ou chef d'entreprise 5 Employé 6 Bénév. étudiant ou en formation
3 Cadre ou profession intellectuelle supérieure 6 Ouvrier 7 Autre inactif
Activité professionnelle :
Mère : 1 Actif 5 Chômeur
Père : 2 Retraité 6 Bénév. étudiant ou en formation
3 Au foyer 7 Autre inactif
4 Congé parental

Examen médical

Effectué par :
 un omnipraticien
 un pédiatre
 un autre spécialiste
Réalisé dans :
 un cabinet médical privé
 une consultation de P.M.I.
 une consultation hospitalière
 autre

Conclusions, précisions et commentaires : _____
L'enfant nécessite une surveillance médicale particulière non oui
Je demande une consultation médicale spécialisée non oui
Je souhaite être contacté par le médecin de P.M.I. non oui
Je, soussigné(e) Dr : _____
atteste avoir examiné l'enfant le : jour _____ mois _____ an _____
Médecin : cachet - téléphone _____
Signature _____

PARTIE MÉDICALE

Vaccinations Indique une réponse affirmative en cochant la case correspondante

	DT Polio	Coq.	H. Infl.	Hép. viral B	Pneumo-coque
1 ^e dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^e dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ^e dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rappel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ROR	1 dose <input type="checkbox"/>		2 doses <input type="checkbox"/>		
BCG fait	Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>		

Il existe une recommandation de vaccination antituberculeuse Non Oui
Autres vaccins, (préciser) : _____

Antécédents

- Prématurité < 33 sem Non Oui
- Otites à répétition
- Affections broncho-pulmonaires à répétition dont plus de 3 affections « similaires »
- Accident domestiques depuis le 9^e mois Si oui :
intoxication brûlures chute/traumatisme

Autres (préciser) : _____
Nombre d'hospitalisations depuis le 9^e mois _____
Précisez les causes : _____

Affections actuelles Non Oui

Si oui :
Alimentation Anorexie et/ou troubles de l'alimentation Allergie alimentaire Troubles du sommeil Système nerveux Spina bifida Infirmité motrice cérébrale Autre *
Appareil cardio-vasculaire Cardiopathie congénitale Autre *
Appareil respiratoire Asthme Mucoviscidose Autre *
Appareil digestif Reflux gastro-œsophagien Autre *
Maladie métabolique *
Maladie endocrinienne *

Développement psychomoteur

Comprend une consigne simple Non Oui
Nomme au moins une image
Superpose des objets
Associe deux mots
Motricité symétrique des 4 membres
Marche acquise Si oui à quel âge ? _____ mois

Mesures

Poids _____ Taille _____
IMC _____ Périmètre crânien _____
Examen de l'œil : Normal non oui
Exploration de l'audition : Normale non oui
Dents cariées / Nombre total de dents _____ / _____

Autres informations

Allaitement au sein non oui
Si oui :
durée de l'allaitement au sein en semaines _____
dont allaitement exclusif _____
Présence d'un risque de saturnisme non oui

Appareil génito-urinaire Malformation urinaire Malformation génitale Autre *
Appareil ostéo-articulaire et musculaire Luxation de la hanche Autre *
Affections dermatologiques Eczéma Autre *
Maladies hématologiques Maladie de l'hémoglobine Autre *
Fente labio-palatine Syndrome polymalformatif
Aberrations chromosomiques Trisomie 21 Autre *
Autre pathologie décelée *
* PRÉCISER : _____

DEMANDE D'INFORMATION PARTICULIÈRE EN CAS DE COUPURE DE COURANT ÉLECTRIQUE

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), Docteur

Nom

Prénom

certifie que :

- Monsieur
 Madame
 Mademoiselle

Nom

Prénom

relève d'une des deux catégories de patients à haut risque vital définies par la Direction Générale de la Santé.

Cochez ci-dessous la case correspondant au cas de votre patient



- Malade sous respirateur ayant une **autonomie respiratoire** égale ou inférieure à **quatre heures par jour**, c'est-à-dire malade sous respirateur au moins 20 heures par jour.
- Enfant bénéficiant de **nutrition parentérale**.

J'ai informé le malade ou son représentant légal que le service distributeur **ne s'engage pas** à maintenir la fourniture d'énergie **en cas d'incident** affectant le réseau électrique.

J'ai insisté sur la nécessité vitale pour le malade de se doter d'un appareil qui dispose d'une **source autonome** d'électricité assurant son fonctionnement en cas d'interruption de courant.

A
Le

Signature

Cachet (indispensable)

➔ Ce document est couvert par le secret médical et doit être conservé par le Médecin inspecteur de Santé publique.

Annexe 21

EVALUATION

- A** : fait seul(e), totalement, habituellement, correctement
B : fait partiellement, non habituellement, non correctement
C : ne fait pas

VARIABLES DISCRIMINANTES	
COHERENCE : Converser et/ou se comporter de façon sensée	
ORIENTATION : Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
TOILETTE DU HAUT DU CORPS : Concerne le visage (incluant le rasage et le coiffage), le tronc, les membres supérieurs et les mains	
TOILETTE DU BAS DU CORPS : Concerne les régions intimes, les membres inférieurs, les pieds	
HABILLAGE HAUT : Le fait de passer des vêtements par la tête et/ou les bras	
HABILLAGE MOYEN : Le fait de boutonner un vêtement, de mettre une fermeture éclair ou des pressions, une ceinture et des bretelles	
HABILLAGE BAS : Le fait de passer des vêtements par le bas du corps, y compris les chaussettes, les bas et les chaussures	
ALIMENTATION : SE SERVIR Couper la viande, ouvrir un pot de yaourt, peler un fruit, remplir un verre	
ALIMENTATION : MANGER Porter les aliments et les boissons à la bouche et les avaler	
ELIMINATION URINAIRE : Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire	
ELIMINATION FECALE : Assurer l'hygiène de l'élimination fécale	
TRANSFERTS : Se lever, se coucher, s'asseoir	
DEPLACEMENT A L'INTERIEUR : Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant	
DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR : A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
COMMUNICATION A DISTANCE : Utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme	

VARIABLES ILLUSTRATIVES	
GESTION : Gérer ses propres affaires, son budget, ses biens	
CUISINE : Préparer ses repas et les conditionner pour être servis	
MENAGE : Effectuer l'ensemble des travaux ménagers	
TRANSPORT : Prendre et/ou commander un moyen de transport	
ACHATS : Acquisition directe ou par correspondance	
SUIVI DU TRAITEMENT : Se conformer à l'ordonnance du médecin	
ACTIVITES DE TEMPS LIBRE : Activités sportives, culturelles, sociales, de loisir ou de passe-temps	

BIBLIOGRAPHIE

- 1- ALARCON, Céline,
De l'utilité du certificat de non contre-indication au sport,
Thèse, D. Med, Marseille, 2002.
- 2- ANDRE, Michèle, CHABROUX, Gilbert, PASTOR, Jean-Marc.
Proposition de loi tendant à assurer la présence de médecins généralistes dans les zones médicalement dépeuplées,
Proposition de loi du Sénat, session ordinaire de 2002-2003, Site du Sénat,
<http://www.senat.fr/leg/pp102-124.html>
- 3- *Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes*,
J.O du 11 février 2005.
- 4- *Arrêté du 14 mars 1970, sur les durées et conditions d'éviction et mesure de prophylaxie à prendre en cas de maladies contagieuses dans les établissements d'enseignement et d'éducation publics et privés de tous ordres à l'égard des élèves et des demi-pensionnaires*.
B.O. n° 16 du 16 avril 1970. In site de légifrance, en ligne,
http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19700407&numTexte=&pageDebut=03308&pageFin=.
- 5- BADARELLE, Yohan,
Profil, formation et devenir professionnel des internes de médecine générale de la faculté de médecine de Caen (1992-2002),
Thèse D. Med., Caen, 2007.
- 6- BAUDE, Nicolas, FLACHER, Alexandre.
Exercice médical des futurs médecins généralistes [Texte imprimé] : désirs et attentes des internes.
Thèse, D. Med., Grenoble, 2007.
- 7- BEGON-BELLET, Aurélie.
Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout des médecins généralistes de la Loire.
Thèse, D. Med., Saint Etienne, 2003.
- 8- BERNARD-CATINAT, Maurice, BOUET, Patrick, DELGA, Marie-Elisabeth, GRILLET, Gérard, MONIER, Bernard, POUILLARD, Jean.
Liberté d'installation, liberté d'exercice, quelle médecine pour quels médecins,
Rapport de la Commission nationale permanente du 14 juin 2003, Site de l'Académie Nationale de Médecine de France : http://www.academie-medecine.fr/UserFiles/File/rapports_thematiques/medecine_generale/Rapport_Libert_exercice_Bouet_juin_2003.pdf
- 9- BERLAND, Y., GAUSSERON T.
Mission « démographie des professions de santé »,
Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2002, 113p.

- 10-BERLAND Y.,
Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétence (rapport d'étape).
Ministère de la santé, de la famille, et des personnes handicapées ; 2003, 57p.
- 11- BERTERETCHE-PERNETTE, Stéphanie,
Féminisation de la médecine générale: apports et conséquences sur l'exercice pour les futures générations,
Thèse, D. Med., Versailles, 2003.
- 12-BOURGUEIL, Yann.
Améliorer la répartition géographique des médecins : les mesures adoptées en France.
Bulletin d'information en économie de la santé, n°122 - Mai 2007.
- 13- BOURGUEIL, Yann, MOUSQUES, Julien, TAJAHMADI, Ayden,
Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé?
Rapport du Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé, In site de l'IDRES,
<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2006/rap1635.pdf>.
- 14-BOURIAUX, William,
Enquête sur les difficultés et besoins ressentis par les médecins généralistes récemment installés en région PACA et Languedoc-Roussillon: contributions pour une amélioration de la formation initiale de la médecine générale,
Thèse D. Med., Marseille, 2001.
- 15-BOURNOT, Marie-Christine, Marie-Christine BOURNOT, GOUPIL Marie-Cécile, TUFFREAU François.
Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié.
Etudes et résultats, N° 649, août 2008.
- 16-BRAS Pierre-Louis, DUHAMEL Gilles.
Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères.
Rapport de l'inspection générale des affaires sociales, RM-2008-047P, de juin 2008.
- 17-BRAUN NEVES, Coralie,
Etre ou ne pas être médecin généraliste: enquête sur les déterminants du projet professionnel chez les internes en médecine générale de la faculté René Descartes.
Thèse D. Med., Paris, 2005.
- 18- BVA.
Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel.
Enquête de mars 2005 pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins.

- 19-CHESNEAU, Sabine,
La féminisation de la médecine générale : conséquences et apports,
Thèse Med générale, Rouen, 2005.
- 20-CIRCULAIRE N° DHOS/O1/2003/ du 12 décembre 2003 relative aux modalités
d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire.
In site de l'URCAM – En ligne: [http://www.urcam.assurance-
maladie.fr/fileadmin/FRANCHE-
COMTE/publications/docs/Circulaire12.12.03.pdf](http://www.urcam.assurance-maladie.fr/fileadmin/FRANCHE-COMTE/publications/docs/Circulaire12.12.03.pdf).
- 21-Centre National Informatique et Liberté
La CNIL contrôle le dossier médical personnel,
In site de la CNIL (en ligne) <http://www.cnil.fr/index.php?id=2212>.
- 22-Code de la Santé publique,
Article L. 3622-1. In site légifrance, en ligne,
[http://legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=9AFCF7B1EF862EE1C
DFC86EB3D055B47.tpdjo17v_3?cidTexte=LEGITEXT000006071318&idArticle
=LEGIARTI000006547612&dateTexte=20080924&categorieLien=cid](http://legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=9AFCF7B1EF862EE1CDFC86EB3D055B47.tpdjo17v_3?cidTexte=LEGITEXT000006071318&idArticle=LEGIARTI000006547612&dateTexte=20080924&categorieLien=cid)
- 23-Conseils Nationaux de la Formation médicale Continue,
FMC en pratique, Barème FMC,
In site des Conseils Nationaux de la Formation Médicale Continue, en ligne,
<http://www.cnfmc.fr/index.php>.
- 24-Conseil National de l'Ordre des Médecins,
Délégations d'actes : « Le médecin doit rester le premier recours du patient »
Le bulletin de l'Ordre des médecins, N°6, juin-juillet 2008.
- 25-Conseil National de l'Ordre des Médecins,
Démographie médicale française: situation au 1er janvier 2005,
Site du Conseil National de l'Ordre des Médecins, [http://www.conseil-
national.medecin.fr/?url=demographie/index.php](http://www.conseil-national.medecin.fr/?url=demographie/index.php)
- 26-Conseil National de l'Ordre des Médecins,
Démographie médicale française: situation au 1er janvier 2006,
Site du Conseil National de l'Ordre des Médecins,
<http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/etude39.pdf>.
- 27-Conseil National de l'Ordre des Médecins.
Cumul de la retraite avec une activité.
Note du CNOM d'Avril 2006, in site Internet du CNOM (en ligne) :
<http://www.conseil-national.medecin.fr> (accès médecin)
- 28-Conseil National de l'Ordre des Médecins,
Observatoire pour la sécurité des médecins, recensement national des incidents, année 2007.
In site du Conseil National de l'Ordre des Médecins, en ligne,
http://www.web.ordre.medecin.fr/obs_securite/observatoiresecurite2007.pdf.

- 29-Décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique.
Journal Officiel n°214 du 16 septembre 2003 page 15863, texte n° 14. In, site [legifrance.gouv](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=8F64F9734482BAC42199DC44204077A5.tpdjo16v_1?cidTexte=JORFTEXT000000796529&dateTexte=20080919), en ligne,
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=8F64F9734482BAC42199DC44204077A5.tpdjo16v_1?cidTexte=JORFTEXT000000796529&dateTexte=20080919.
- 30-Décret no 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles.
Journal Officiel du 15 avril 2005 page, Texte 4 sur 102. In, site CNFMC.fr, en ligne, http://www.cnfmc.fr/docs/joe_20050415_0088_0004.pdf.
- 31-EL OUALI, Samira.
Etude du burnout, ou syndrome d'épuisement professionnel, chez les médecins généralistes libéraux du Cher.
Thèse, D. Med., Tours, 2006.
- 32-FRASLIN, Jean-Jacques.
Observatoire pour a sécurité des médecins en 2007,
In site du CNOM (en ligne), <http://www.i-med.fr/spip.php?article189>.
- 33-FROU, Benjamin,
Devenir socioprofessionnel des médecins généralistes thésés à Lyon entre 2002 et 2004,
Thèse D. Med., Lyon, 2006.
- 34-GARNIER F., PARE, F., VIOT, M.
Pourquoi les résidents hésitent à s'installer en zone rurale ?
La revue du praticien – Médecine Générale - 27/05/2002 - No 577 p.0 / Rub. : Tribune Libre.
- 35-JARRY, Caroline.
Etude du burnout chez les médecins généralistes d'Indre et Loire.
Thèse, D. Med., Tours, 2005.
- 36-JOUSSELLIN, E.
Certificat de non-contre-indication au sport ;
La revue du praticien – Médecine Générale - 16/09/2002 - No 583 p.1185 / Rub. : Article.
- 37-JUILHARD, Jean-Marc,
Rapport d'information sur la démographie médicale,
Rapport n°14 du Sénat, Session Ordinaire 2007-2008.
- 38-LAFAYE-HUGE, Sandrine,
Les jeunes généralistes installés dans le Morbihan: trajectoire et opinions sur la profession,
Thèse D. Med., Angers, 2005.

- 39-LANGINIER, Frédéric,
Description de la médecine générale anglaise à travers l'expérience d'un cabinet médical de détenteurs de fonds à Londres en 1997,
Thèse, D. Med., Bordeaux, 1998.
- 40-LANGLOIS, J.
Prévenir la crise démographique qui s'annonce pour 2015..
Le Concours Médical - 07/12/2002 - No 38 p.2525-2527 / Rub. : Entretien, table ronde.
- 41-LE BRETON-LEROUVILLOIS, Gwenaëlle.
Atlas de la démographie 2007,
In site du Conseil National de l'Ordre des Médecins, <http://www.conseil-national.medecin.fr/?url=demographie/index.php&open=4#4>.
- 42-LE BRETON-LEROUVILLOIS, Gwenaëlle.
Atlas de la démographie 2008,
In site du Conseil National de l'Ordre des Médecins,
<http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/atlas2008.pdf>.
- 43-LE FUR, Philippe.
Le temps de travail des médecins généralistes,
Question d'économie de la Santé, n°144, juillet 2009.
- 44-LOI n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux. Journal Officiel 46 du 24 février 2005. In site du sénat, en ligne :
<http://www.senat.fr/dossierleg/pjl03-192.html>.
- 45-LUCAS-GABRIELLI V., SOURTY-LE GUELLEC M-J
Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur dote d'installation (1979-2001),
Question d'économie de la santé n°81, C.R.E.D.E.S, avril 2004.
- 46-MARCHAND, Olivier,
Enquête nationale sur les attentes des étudiants en troisième cycle de médecine générale en matière d'installation et de démographie médicale: synthèse et méthodologie,
Thèse, D. Med, Grenoble, 2006.
- 47-MARECHAUX, F.
Impact de la féminisation de la profession médicale.
La revue du praticien – Médecine Générale - 10/05/2004 - No 652 p.651 / Rub. : Article.
- 48-MARECHAUX, F.
Motifs d'installation des médecins libéraux,
La revue du praticien – Médecine Générale - 14/04/2003 - No 610 p.567 / Rub. : Article.

- 49-MOLARD, Fabienne,
Critères du choix du lieu d'installation des résidents: étude auprès de 119 résidents de Poitou-Charentes,
Thèse D. Med., Poitiers, 2005.
- 50-NIEL X.,
Le temps de travail des médecins : impact des évolutions socio-démographique.
DREES, Etudes et résultats, n° 114, mai 2001.
- 51-Ordonnance N° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé, ainsi que des procédures création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.
Journal officiel du 6 septembre 2003, page 15391. In Site admi.net, en ligne, <http://admi.net/jo/20030906/SANX0300081R.html>.
- 52-PAUL, Christophe,
La délégation de tâches en médecine générale: enquête auprès des médecins généralistes installés en groupe en Normandie et Picardie,
Thèse D. Med., Rouen, 2006.
- 53-PERRIN, C.
Démographie médicale : les aides à l'installation pour enrayer le déficit.
Le Concours Médical - 01/03/2006 - No 8 p.366-368 / Rub. : ARTICLE.
- 54-PHILIPPON, Claire.
Syndrome d'épuisement professionnel (burn-out) : étude descriptive et recherche de facteurs associés chez 189 médecins généralistes Rhône-Alpins.
Thèse D. Med., Lyon, 2004.
- 55-POISSON RUBI, Stéphanie,
Le devenir socioprofessionnel des jeunes médecins généralistes issus de la faculté de médecine de Poitiers entre 1999 et 2003,
Thèse D. Med., Poitiers, 2006.
- 56-POSTEL-VINAY N., SICOT C., WANNEPAIN H.
Responsabilité civile et pénale en cabinet de médecine générale.
La Revue du Praticien Médecine Générale, Tome 22, N°806, 30 septembre 2008, pages 725-726.
- 57-POTRON, Angéline, SEBAG, David.
Le point de vue des médecins généralistes sur leurs relations avec l'hôpital,
Thèse, D. Med., Grenoble 1, 2006.
- 58- RIAL-SEBBAG, Emmanuelle, THOMAS, Agnès,
Ethique et législation, pages 41 à 45.
Editions Estem, préparation aux Epreuves Nationales Classantes

- 59-ROUBERTIE, Emmanuel, JONAS, Carol, RUAUX, Bernard
Docteur, c'est juste pour un certificat,
Editions scientifiques L & C, 2001.
- 60- ROULLIERE-LE LIDEC, Christine,
Quel médecin généraliste pour quelle Europe ?
Thèse D. Med., Paris, 2003.
- 61-SAUVET-GOICHON, Bénédicte,
La visite médicale d'aptitude au sport en médecine générale,
Thèse D. Med, Paris, 2003.
- 62-SENAT.
La démographie médicale.
Étude de législation comparée n° 185 - mai 2008. In site du sénat, (En ligne),
<http://www.senat.fr/lc/lc185/lc185.html>.
- 63-STEFANI, Francois,
Formulaire médicaux et assurances.
In site du CNOM, en ligne,
<http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/formulairesetassurances.pdf>.
- 64-THOMAS, Joanna,
Conciliation de la vie professionnelle et de la vie personnelle et familiale des femmes médecins généralistes de la Somme en 2005,
Thèse D. Med., Amiens, 2006.
- 65-l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes,
Etude des transferts de charges des organismes tiers vers les médecins libéraux,
Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire, Grenoble ;
février 2004.
- 66-URCAM.
Les missions régionales de santé.
In site de l'URCAM, consultable en ligne : <http://www.urcam.assurance-maladie.fr/Les-missions.4603.0.html>
- 67-URCAM.
Les aides au maintien ou à l'installation des professionnels de santé libéraux.
In site de l'URCAM, en ligne http://www.urcam.assurance-maladie.fr/fileadmin/PORTAIL/telechargement/instalsante/national/tableau_d_aides_l_installation.pdf.
- 68-VAUTHIER, Jean-Charles,
L'exercice de la médecine générale en milieu rural en Lorraine [Texte imprimé] : état des lieux, enquête sur les modalités actuelles et les perspectives futures : proposition pour le développement des maisons de santé en milieu rural,
Thèse D. Med., Nancy, 2006.

69-VERCRUYSSSE-DREUX, Anne Gaëlle,

Le médecin généraliste et la gestion de son temps [Texte imprimé] : à propos d'une enquête auprès de 216 médecins généralistes de Midi-Pyrénées : aspects et changements

Thèse D. Med., Toulouse, 2006.

EVALUATION QUANTITATIVE ET QUALITATIVE DU TRAVAIL
ADMINISTRATIF DU MEDECIN GENERALISTE : MESURES AUPRES DE
TROIS MEDECINS GENERALISTES DE LOIRE ATLANTIQUE.

RESUME

La médecine générale subit depuis plusieurs années une crise profonde (notamment démographique) mettant les praticiens sous pression. Un élément de plainte est récurrent : la lourdeur du travail administratif. Quelles sont les tâches administratives qui ne concourent pas directement au soin et quelle est leur part dans le temps de travail des médecins généralistes ? Pour éclairer ces questions la présente enquête s'est proposée de compléter les données connues, toujours déclaratives, par une approche originale : une méthode d'observation directe de trois médecins au cours de leurs journées de consultation.

Une observatrice extérieure, interne de médecine générale, a assisté aux journées de consultation des médecins et chronométré leurs différentes tâches administratives. Ces derniers sont maîtres de stage, et exercent dans trois milieux différents : rural, semi-rural et urbain. La notion de « travail administratif » a été définie selon des critères stricts. Nous avons effectué l'étude de cent consultations par médecin.

Le travail administratif occupe en moyenne dix sept pour cent du temps de travail des médecins. Nous distinguons sept pour cent de travail administratif « obligatoire » (le travail auquel le médecin doit se soumettre de manière légale), sept pour cent de travail administratif « non obligatoire », et enfin trois pour cent de temps liés aux dysfonctionnements du système de soin. La différence de proportion entre médecins existe, mais elle n'est pas imputable au lieu ou au mode d'exercice (périodes d'activité saisonnière différentes chez chaque médecin).

Ce travail nous permet de faire une photographie de trois pratiques isolées. Les résultats obtenus sont proches des résultats des enquêtes déclaratives faites sur ce même sujet. Ces constats permettent de proposer différentes solutions pour réduire le travail administratif et améliorer l'offre de soin.

MOTS CLES

- Médecine générale
- Temps de travail
- Travail administratif
- Démographie médicale.