



Organisation du Cabinet Médical ; optimisation du temps  
médical (infirmières Asalée, secrétaires, assistants médicaux,  
gestion des urgences, congés, ...)

---

## DOSSIER DOCUMENTAIRE

Groupes Qualité Pays de la Loire : Février 2023

**Écriture** : Drs François-Xavier DESCLEVES, Adriaan DETAVERNIER et Anne SURRAULT,  
Animateurs Groupe Qualité PDL

PROBLEMATIQUE
---------------

Les besoins de santé augmentent – variation en partie liée à l'accroissement et au vieillissement de la population.

La diminution, si ce n'est la raréfaction, du nombre de médecins généralistes (et pas seulement eux) a pour conséquence une majoration de travail considérable pour chacun d'eux. Une grande part est liée à des tâches administratives.

Une piste d'amélioration certaine est constituée par le regroupement des professionnels de santé en Équipe de Soins Primaire (ESP) – avec un de leur corollaire juridique la création de SISA (société interprofessionnelle de soins ambulatoires) – qui prennent en charge des **patientèles**.

Un pas de plus est fait lorsque l'état nous propose et nous demande de nous organiser en Communauté Professionnelle de Territoire de Santé ( CPTS) . Elles associent les habituels professionnels de santé, aux établissements de soins, au médico-social et même à des associations d'usagers.. . . Nous sommes passés à la dimension de la prise en charge de la **population d'un territoire défini**.

Nous prenons l'habitude de travailler ensemble de façon dynamique, le médecin est au **centre** du dispositif.

Tout ce changement a créé une majoration des tâches administratives qui s'ajoutent à celles déjà lourde de la patientèle.

Les médecins souffrent de plus en plus – la charge augmente - les jeunes diplômés ont du mal à s'installer dans ces conditions.

Mais le parcours de santé, pour ceux qui y ont accès, s'est quand même amélioré.

Pour redonner du « Soleil » sur la grisaille diffuse de la profession, une nouvelle voie est engagée :

- Faire appel à des aidants, collaborateurs directs des médecins, ce sont les nouveaux métiers du soin ambulatoire : des Assistants Médicaux, des infirmières Asalées, des Infirmières en Pratique Avancée

- Mener une réflexion concernant l'**optimisation du temps médical** – administratif et soin – rôle des secrétaires.

- S'informer sur les pratiques de nos confrères exerçant dans d'autres pays.

Ce changement doit-il être subi ?

Pouvons-nous être force de proposition : dans les Groupes Qualité **on échange, on invente, on innove et on le dit**.

Puisse ce dossier participer à cette ouverture et nous donner envie de **soigner** mieux ceux qui se confient à nous : c'est notre cœur de métier et c'est aussi là qu'on est bien.

Bonne lecture.

## PREMIÈRE PARTIE : LES AIDANTS DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET LES NOUVEAUX MÉTIERS DU SOIN DE VILLE AMBULATOIRE

**NOTE PRÉLIMINAIRE :** Les éléments proposés sont sujets à variations car les différentes professions ne sont pas encore bien définies. On imagine bien dans ce cadre l'intérêt de nos fiches RETEX.

### ASSISTANT MÉDICAL

L'ambition de la création de ce nouveau métier valorisé en 06/2019 est de permettre au médecin de libérer du temps pour se concentrer sur le soin - amélioration de l'accès au soin, des conditions d'exercice et de la qualité de la prise en charge des patients.

#### **I Qui peut être assistant médical ? :**

- venir du soin : Aide Soignante, Auxiliaire de Puériculture, IDE (certains médecins plébiscitent une IDE qui vient du salariat hospitalier ou d'une EHPAD pour son aptitude à gérer seule)

- ou non : secrétaire ou autres.....

- une formation minimum en fonction de l'origine professionnelle est nécessaire, d'une centaine d'heures si on vient du soin jusqu'à 384 heures si on ignore tout.

#### **II Combien ça coûte au médecin? :**

La formation est a priori prise en charge en totalité.

En équivalent temps plein (il y a des formules à temps partiel) et, selon l'origine professionnelle de l'assistant, de 36 000,00€ par an (salaire + charges) à ..... ?.....€ - plus lourd si IDE.

#### **III Quelle participation financière de la CPAM ?**

a) qui est éligible :

- le médecin à faible clientèle n'est pas concerné (un minimum de clientèle médecin traitant est requis, de l'ordre de 600 à 700 patients). En revanche, le médecin qui débute peut bénéficier de l'aide.

- le médecin doit exercer en groupe coordonné ou s'engager à le faire dans l'avenir (nombreuses dérogations possibles).

-chaque médecin peut vérifier son éligibilité sur le site : « [www.assistants-medicaux.org](http://www.assistants-medicaux.org) »

b) Pour quel montant ? :

-L'aide varie en fonction du niveau de patientèle ( patientèle médecin traitant MT et file active). Elle fait l'objet d'un contrat négocié entre la CPAM et le médecin.

-Elle est assortie d'un objectif de majoration de la patientèle MT et de la file active, qui est modulé en fonction de son niveau initial. Ensuite, il est très facile de suivre sa progression personnelle sur son compte Ameli pro. L'analyse des objectifs du contrat est faite à l'année 3.

-Elle est pérenne et dégressive ( de 36 000€ et jusqu'à 25 000€ à partir de l' année 3) . La majoration du revenu médical autofinance partiellement la dépense.

-Le contrat est signé pour 5 ans.

#### **IV Quelles tâches ? :**

Elles sont très médecin dépendant, et varient selon le niveau de recrutement. La liste proposée n'est, en aucun cas, une « fiche de poste » traçant des tâches obligatoires, elle n'est pas non plus exhaustive. Elle a pour but d'alimenter une réflexion .

Chaque médecin, bien sûr, a sa propre perception de ce partenariat ; le métier n'est pas fixé, il est ce que chaque binôme médecin/assistant en fait ( on voit des profils plus administratifs et des profils plus soignants) .

1) Aide à la consultation :

Accueil et installation du patient dans le bureau médical

Prise de données paracliniques

Aide au déshabillage

Préparation du matériel

Aide au soin

Réalisation d'examens (ECG, spirométrie, dépistages, TROD, ...).

.....

2) Tâches administratives :

Mise à jour du dossier médical, social, ... DMP.

Aide à la rédaction de documents administratifs.

Réception des examens biologiques, des courriers médicaux, des examens complémentaires, ...

Repérage des résultats contenant des anomalies dont le médecin doit prendre connaissance.

S'assurer qu'un médecin les a vus (en particulier lors d'une absence médicale).

Intégration des autres examens.

.....

3) Comptabilité :

Règlement de la consultation

Vérification de la comptabilité journalière

Envoi de documents comptables

.....

4) Logistique :

Vérification des stocks, commande, rangement du matériel  
Contrôle de la trousse d'urgence

.....

5) Coordination et éducation :

Explication de certains examens aux patients ( par ex. : automesure tensionnelle).  
Dépistage spécifique .

Prendre les appels téléphoniques reçus au cours de la consultation.

Organiser les RdV : avec les spécialistes, pour les hospitalisations programmées , pour certains examens complémentaires....

Suivi du parcours de soins.

.....

6) Tâches spécifiques :

Activité télémédecine ( cf dossier IPA à suivre)

Réalisation d'examens et ou de petits soins : ECG, bouchon de cérumen, vaccination, spirométrie, test de repérage des troubles cognitifs,....

.....

**V Questions et remarques :**

Quel niveau de formation doit avoir mon assistant ?

Au début de l'embauche mon assistant sera en formation à l'extérieur...

Quelles tâches je souhaite lui confier ?

Quel tracas administratif supplémentaire représente l'embauche d'un assistant ? (Le recours au système du « groupement d'employeurs » permet de s'affranchir de nombreuses tâches administratives -cf proposition de l'URML).

Difficultés posées par la relation : assistant médical salarié / son médecin employeur ? ( En particulier avec l'atteinte des objectif du contrat ?)

Comment partager l'assistant médical avec les confrères?

Quelle organisation matérielle des locaux – deux bureaux identiques ?

Ce partenariat génère-t-il un supplément de revenu et/ou un « bien-être » pour le médecin ? - diminution de la charge mentale ?

« Bien-être » aussi pour l'assistant ?

Comment résoudre les difficultés entre les médecins d'un même regroupement (SCM....) qui souhaitent mettre en commun du temps d'assistant médical. Les contrats avec la CPAM sont personnalisés en fonction des clientèles, ils génèrent des aides inégales. Quid des charges à partager ?

La durée de la consultation avec le malade est-elle allongée ? Ou plutôt est-ce la « disponibilité mentale » du médecin et la prise en charge qui s'en trouvent améliorées ?

La présence d'une tierce personne au milieu du colloque singulier est souvent considérée comme délétère par le médecin ; est-ce confirmé par ceux qui ont cette pratique ?

Comment les patients ressentent-ils ce nouveau mode de consultation ?

Quelle est la place respective des assistants, des IDE asalées, des IPA au sein de l'équipe de soins primaires (ESP) ?

Les textes lus lors de la recherche bibliographique font état d'études de cohorte dans d'autres pays qui sont réputés avoir la pratique des assistants médicaux depuis longtemps. Ces études sont souvent antérieures à l'année 2010 .

Ils concernent :

- l'amélioration de la qualité des soins.
- le ressenti du patient en terme d'acceptabilité et d'amélioration de la prise en charge.
- le ressenti du médecin en terme de « bien-être » et en terme d'amélioration de la prise en charge.

Les études proposées dans la littérature autochtone sur le même sujet sont récentes et reposent sur des échantillons restreints ; elles sont, malgré tout, très éclairantes. Plusieurs équipes font actuellement le point sur ces nouveaux modes d'exercice, on bénéficiera de leur expertise.

Dans l'ensemble, ces avis orientent nettement vers un ressenti **médecin** très positif : diminution de la charge mentale, plus de disponibilité, amélioration de la prise en charge des patients et ce, malgré une augmentation du nombre d'actes journaliers. Aucun médecin ne souhaite revenir en arrière.

Le refus des **patients** est noté comme rare et peu motivé, il est toujours respecté. On lit, a contrario, que de nombreuses personnes amenées à consulter sont ravies de l'intervention d'autres acteurs de santé au côté de leur médecin.

## VI Où trouver de l'aide ?

Quelques pistes :

- Prendre contact avec sa CPAM
- L'URML propose un Groupement de Médecins Libéraux Employeurs (GMLE)
- En Mayenne, des professionnels, travaillant en MSP, ont souhaité se décharger de l'analyse de ces nouveaux modes de travail. Ils ont une structure associative « MAY'SANTE LAB » qui peut assurer l'ingénierie de projet : Comment faire si je veux créer un poste d'assistant médical ? Si je veux recruter une IPA ? Etc....

## VII Bibliographie

[www.assistants-medicaux.org](http://www.assistants-medicaux.org)  
[Ameli pro](#)

Une thèse récente qui semble intéressante et éclairante  
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03676619/document>

Une autre rendant compte du ressenti des patients

<https://nantilus.univ-nantes.fr/vufind/Record/PPN257955402>

Sur le groupement d'employeur (de l'URML) :

le GMLE (Géraldine l'Honnen , <https://www.urml-paysdelaloire.org/nos-services/gmle/>

Il y a 2 groupements d'employeurs : un pour les structures coordonnées, un pour les médecins libéraux exclusivement .Tout type de salarié est possible : secr, assistant, IPA, autre...

MAY'SANTE LAB : Patricia Houdayer 02 43 56 12 12

Margaux Trohel 07 87 75 69 09

**INFIRMIÈRE ASALEE**

**I Le dispositif ASALEE** est lié à une association loi 1901.

Il s'agit de mettre à disposition de médecins des IDE spécifiquement formées par l'association .

Il repose sur un **Protocole de Coopération** dont l' objectif est d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques.

Ce protocole permet à l'IDE Asalée d'assurer le suivi, l'éducation et l'accompagnement du patient dans la connaissance de sa maladie.

Il concerne des patients diabétiques de type 2, des patients à risque cardiovasculaire élevé, des patients tabagiques à risque de BPCO, le repérage des troubles cognitifs, mais aussi des dépistages type : sein, colon,...

## **II Conditions requises :**

-Signature d'un protocole entre l'association ASALEE et des médecins généralistes : on estime qu'un généraliste peut bénéficier de 0,2 équivalent temps plein (ETP) d'IDE . Une IDE Asalée travaille auprès de 4 ou 5 généralistes.

-Accès de l'IDE Asalée à un bureau de consultation, à un poste informatique et aux données du patient.

- C'est le MEDECIN qui décide de la prise en charge par l'IDE Asalée et qui la propose au patient.

- C'est l'IDE Asalée qui convient avec le patient du suivi et des actes dérogatoires (prescription et examens complémentaires) elle alimente le dossier.

- Médecin et IDE Asalée se rencontrent régulièrement pour échanger sur la prise en charge du patient.

## **A savoir :**

- La mise en œuvre du protocole et la rémunération des infirmières sont prises en charge par l'association.

- L'IDE renseigne le logiciel spécifique ASALEE de son activité.

### III Questions/ remarques :

- Position de l'IDE Asalée, par rapport à l'assistant médical, par rapport à l'IPA ?
- Intérêt d'échanger en direct avec des confrères qui utilisent cette ressource (liste Apimed ?).

### IV Bibliographie :

- asalee.org
- qu'est-ce qu'une infirmière asalée - charlotte k
- www.charlottek.fr
- [https://www.google.com/url?q=https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-l-a-sante/232-action-de-sante-liberale-en-equipe-asalee.pdf&sa=D&source=docs&ust=1674754317684199&usg=AOvVaw2gwtW77R\\_9eQs5WuzGhWjV](https://www.google.com/url?q=https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-l-a-sante/232-action-de-sante-liberale-en-equipe-asalee.pdf&sa=D&source=docs&ust=1674754317684199&usg=AOvVaw2gwtW77R_9eQs5WuzGhWjV)

## INFIRMIÈRE EN PRATIQUE AVANCÉE IPA

### I De quoi parle-t-on ?

1/ Une IPA est une IDE qui au décours de son parcours professionnel a acquis un diplôme, de niveau master, en Pratique Avancée. Pour sa formation, elle bénéficie d'une aide pécunière importante de la part de l'ARS, des collectivités locales et autres .

2/ Une IPA travaille au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le **médecin** .

3/ L'IPA a un **contrat de collaboration** . Elle peut exercer avec un statut libéral ou comme salariée d'une structure.

### II Quel intérêt ?

Réduire la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées.  
Améliorer la prise en charge du **patient**.

### III Comment ?

En mettant en place :

- Des activités d'orientation, d'éducation, de prévention, de dépistage.
- Des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique .
- Des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale, des prescriptions d'examens complémentaires, du renouvellement ou de l' adaptation de prescriptions médicales.

### IV Pour quelles pathologies ?

- Accident vasculaire cérébral
- Artériopathie chronique



- Cardiopathies et maladies coronaires
- Diabète 1 et 2
- Insuffisance respiratoire chronique
- Maladie d'Alzheimer et autres démences
- Maladie de Parkinson
- Épilepsie

Les orientations spécifiques proposées dans la formation permettent d'élargir le champ des prises en charge ( psychiatrie et santé mentale – urgences - oncologie et hémato-oncologie – néphrologie, dialyse et transplantation).

### **V En pratique :**

- C'est **le médecin** qui propose au patient un suivi par l'IPA, **celle-ci** le prend en charge .
- Le médecin poursuit la prise en charge, au rythme convenu pour la pathologie chronique, et répond aux autres demandes du patient .

L'IPA peut suivre environ 400 patients pour leurs pathologies chroniques.

Elle a besoin d'un lieu de consultation équipé, secrétariat, ....

Sa rémunération en salariat : environ 2 000 à 3 000 € en fonction de l'ancienneté. (intérêt du groupement d'employeur).

Elle bénéficie pour son travail auprès de chaque patient suivi :

d'un forfait initial 1 fois chaque année (1h30 -- 58,9 €).....

d'un forfait de suivi par trimestre (50 mn -- 32,7 €)

Ces forfaits seront servis à la structure si elle est salariée.

- Il existe une aide matérielle importante à l'installation d'une IPA . Les conditions requises pour en bénéficier ont été très assouplies - En Pays de Loire de l'ordre de 27 000 € jusqu'à 40 000 € (30 000€ année 1, 10 000€ année 2) en zone déficitaire.

### **VI Questions / Remarques:**

- Bénéfice d'une consultation avancée d'IPA en milieu psychiatrique ?
- IPA dans le cadre du soin non-programmé ?
- Différences entre une IDE Asalée et IPA ?
- La présence de l'IPA va-t-elle faire « perdre » au médecin des consultations et donc être responsable d'une diminution de revenu ? Est-elle en concurrence avec le médecin ?
- Si je ne vois plus le patient, je perds de la « connaissance patient » ?
- Quel est le ressenti du patient chronique confronté à cette nouvelle approche ?

- Confier à l'IPA la première consultation de « débrouillage » pour le nouveau patient (temps dédié plus important, plus systématique, mise à jour du dossier médical) ?

- IPA et téléconsultation de spécialité ?

Le médecin de spécialité assure la formation spécifique de l'IPA.

Le médecin traitant confie à l'IPA le soin de mettre en place une télé-expertise pour un patient donné, par exemple : dermato (photos) – cardio (ECG) – ophtalmo (FO) – néphro

L'IPA échange avec le médecin traitant.

## **V Bibliographie :**

l'infirmier en pratique avancée- Ministère de la Santé : [solidarites-sante.gouv.fr>article>l-infir...](https://solidarites-sante.gouv.fr/article>l-infir...)  
L'IPA sur le site de APMSL ( association des pôles et maisons de santé, pays de Loire)

## SECRETAIRE MEDICALE

### **I- Etat des lieux :**

En France, l'utilisation d'un secrétariat médical par les médecins généralistes est de plus en plus prégnante d'où son importance dans l'optimisation du temps médical. En 2022, la grande majorité des médecins généralistes libéraux (84 %) déclarent disposer d'un secrétariat médical(1) .

Seul un médecin généraliste sur six effectue lui-même les tâches de secrétariat ; ils étaient 23 % en 2019 et 44 % en 2011(2) .

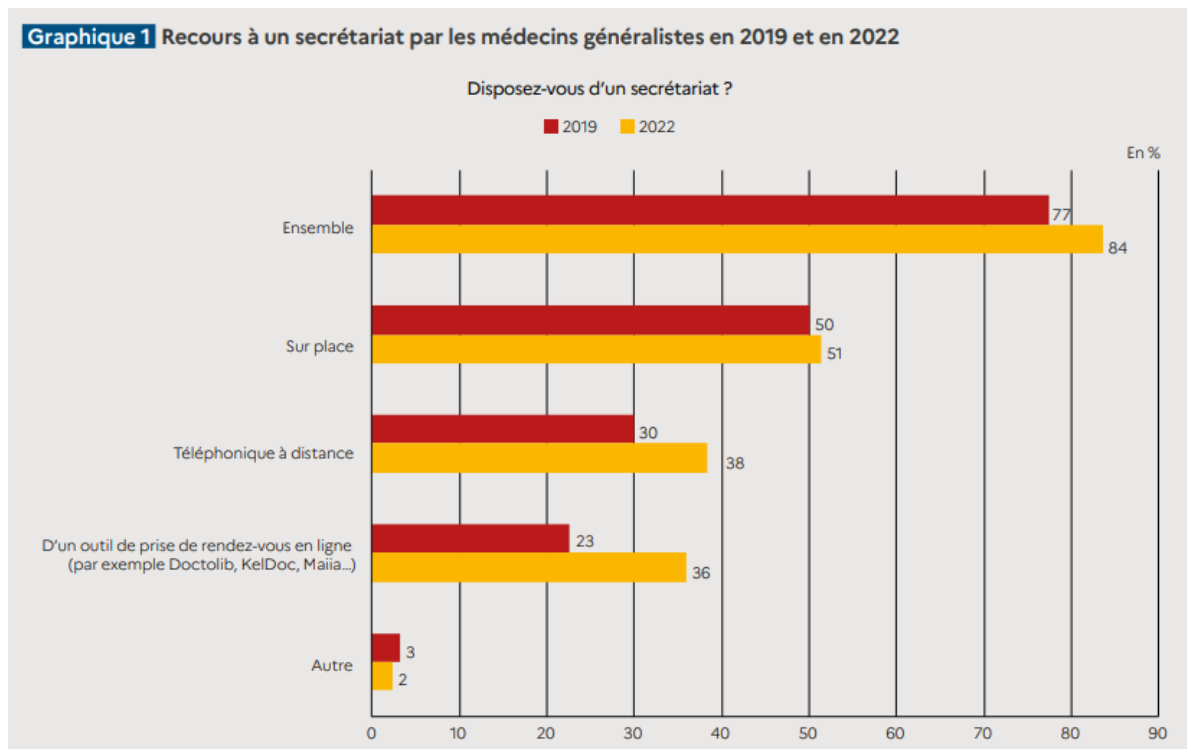
Parmi les médecins assurant eux-mêmes leur secrétariat en 2019, près d'un sur trois dispose d'une autre solution en 2022. Ils privilégient alors plus souvent un outil de prise de rendez-vous en ligne.

Les médecins plus jeunes sont plus nombreux à avoir un secrétariat : en 2022, 95 % des praticiens de moins de 50 ans indiquent en avoir un, contre 87 % des 50-59 ans et 73 % des 60 ans ou plus.

Les femmes médecins mentionnent plus souvent en disposer (92 %, contre 78 % pour leurs confrères). Par ailleurs, le recours à un secrétariat dépend des modalités d'exercice des médecins : ceux qui exercent en groupe sont plus nombreux à en avoir un (92 %) que ceux qui exercent seuls (64 %).

Le recours à un secrétariat est également différent selon le territoire d'exercice : 94 % des médecins des Pays de la Loire ( Cocorico ) déclarent en avoir un, quand ils sont 73 % en Provence-Alpes-Côte d'Azur et 84 % dans le reste de la France. Ces différences étaient déjà observées en 2007 (3)

Ce graphique résume l'évolution entre 2019 et 2022 et les différents outils de secrétariat utilisés

**Graphique 1** Recours à un secrétariat par les médecins généralistes en 2019 et en 2022

A noter que seulement 5 % utilisent l'outil de rendez-vous en ligne de façon isolée, le reste de l'échantillon le combine avec une autre forme de secrétariat (présentiel ou téléphonique).

## **II- Que fait un secrétariat médical ?**

Les tâches confiées au secrétariat médical, en plus de l'accueil des patients et de la prise de rendez-vous au cabinet, sont plus ou moins diversifiées.

Dans trois cas sur quatre, le secrétariat assure « la prise de rendez-vous d'examens vers les spécialistes pour les patients » (75 %) et « joint des professionnels ou des organismes à la demande des médecins » (72 %).

Lorsque le secrétariat est assuré par une personne présente physiquement au cabinet, celle-ci s'occupe également dans neuf cas sur dix de l'archivage des éléments de dossiers, ainsi que, dans huit cas sur dix, du suivi des consommables et du passage des commandes.

L'encaissement des règlements des consultations lui est assez peu souvent confié (14 %), notamment dans certaines régions comme les Pays de la Loire (6 %)

Tout ceci est résumé dans le tableau 2.

■ TABLEAU 2

## Tâches assurées par le secrétariat

Proportion de médecins, disposant d'un secrétariat, déclarant que celui-ci...	
Assure la prise de rendez-vous d'examens pour les patients	75%
Joint des professionnels ou organismes, à la demande d'un médecin du cabinet	72%
Délivre des conseils aux patients	40%
Frappe de courriers	36%
Assure la comptabilité de recettes et les écritures comptables	33%
Proportion de médecins, disposant d'un secrétariat au sein du cabinet, déclarant que celui-ci assure...	
L'archivage des éléments de dossiers	92%
Le suivi des quantités de consommables et passage des commandes	81%
L'encaissement des règlements des consultations	14%
Le pesage, toisage des patients	4%

Champ • Médecins généralistes de l'échantillon national, données pondérées.

Sources • DREES, URPS, ORS, Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine de ville (janvier-mars 2011).

### III- Formation

En France, il existe de nombreuses formations initiales possibles très disparates pour les secrétaires médicales, chacune ayant des caractéristiques différentes en termes de durée, de coût et de contenu, avec une absence fréquente de stage professionnalisant sur le terrain.

Il n'existe pas de diplôme d'Etat, ni de législation qui encadrent ces formations.

Moins de 10% des secrétaires en France ont une formation initiale de secrétaires médicales.

Au Québec, il est obligatoire de valider une Attestation de Spécialisation Professionnelle, l'ASP 5227. Le contenu est identique dans chaque école : 5-6 mois, 450 h de cours répartis en 11 modules concernant l'acquisition de savoirs médicaux, de connaissances administratives, comptables et sur les techniques de communication (relations interprofessionnelles, gestion du stress, relation avec les patients).

Une thèse publiée en 2010, mettait en évidence que l'une des missions principales était l'évaluation des urgences et la hiérarchisation des rendez-vous selon la pathologie. Elles sont amenées à prendre seules des responsabilités lors du tri des demandes de rendez-vous urgents, toujours dans 14% des cas et souvent dans 45% des cas.

En parallèle, la principale attente des médecins généralistes pour le secrétariat est la gestion du planning. Il existe donc un potentiel déséquilibre entre le faible pourcentage de formation initiale des secrétaires et le besoin réel et essentiel des médecins généralistes. Elle montrait surtout que 67 % des secrétaires étaient intéressées par une formation complémentaire dans ce domaine.(5)

Une formation continue d'aide à la réponse téléphonique d'appels d'urgence en cabinet de médecine générale a été créée par le Centre d'Enseignement et des Soins d'Urgence du SAMU 53 en 2013 pour les secrétaires médicales travaillant en Mayenne qui a objectivé une forte satisfaction des secrétaires rapportée par l'étude suscitée, avec un souhait d'approfondissement vers d'autres thèmes et de perpétuer cette formation.

Il semblerait que généraliser et uniformiser la formation des secrétariats pourrait améliorer la régulation du planning et des urgences, orienter au mieux les patients appelants selon la gravité et les délais possible de prise en charge, et in fine réduire la charge médicale et administrative du médecin en élargissant son champ de compétences.

Il existe des possibilités de formation des secrétaires et assistants médicaux proposés par l'URML Pays de la Loire en 2023 avec 3 ateliers proposés:

- Module 1 : Bien accueillir en cabinet médical – 2 jours consécutifs
- Module 2 : Communiquer efficacement dans les relations professionnelles et prévenir les conflits – 2 jours consécutifs
- Module 3 : Les gestes de premiers secours – 1 jour

Toutes ces formations sont prises en charge entièrement par l'organisme financeur des employés des cabinets médicaux : OPCO-EP

Petit flash code pour aller directement sur la page dédiée de l'URML :



#### **IV- QUESTIONS/REMARQUES**

- Quelles sont les tâches que vous confiez à vos secrétaires ? Y a t-il une fiche de poste?
- Est-ce que cela a été discuté en groupe ( si vous exercez en groupe) ?
- Quels sont les avantages ou les freins à recourir à plusieurs modalités de secretariat ( présentiel, à distance, outil en ligne)
- Ont-elles une formation particulière/ quel a été le parcours professionnel préalable ?  
Envisagez-vous de l'encourager à assister à des formations continues comme celles proposées par l'URML ?

#### **V- Bibliographie:**

- 1) Un médecin généraliste sur six assure lui-même son secrétariat en 2022. Drees, et al., Études et Résultats, n° 1245, octobre 2022, 4 p
- 2) Jakoubovitch S, Bournot M-C, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. DREES. mars 2012;(792).
- 3) AULAGNIER et al. L'exercice de la médecine générale libérale - Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. DREES, Études et résultats, Novembre 2007. 610.
- 4) CIDJ [En ligne]. Secrétaire médical / Secrétaire médicale ; [cité le 25 jan 2023]. Disponible : <https://www.cidj.com/metiers/secretaire-medical-secretaire-medicale#:~:text=Études%20/%20Formation%20pour%20devenir%20Secrétaire,après%20plusieurs%20années%20d'expérience.>

- 5) Lassalle-Gérard M, Canévet J-P. Les secrétaires médicales en médecine générale: leur rôle, leurs tâches, leurs projets. France: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2010.
- 6) URPS [En ligne]. Formation des secrétariats médicaux : le catalogue 2022-2023 - URPS ; [cité le 25 jan 2023]. Disponible : <https://www.urml-paysdelaloire.org/nos-services/formation-secretariats-medicaux-catalogue-2022-2023/>.

## **2eme PARTIE : OPTIMISATION DU TEMPS MÉDICAL**

### **I- L'emploi du Temps chargé des médecins généralistes et sa distribution**

#### a) Un volume horaire tres important :

Une étude de la DREES de mai 2019 (1) rapporte que les médecins généralistes libéraux déclarent travailler en moyenne 54 heures lors d'une semaine de travail ordinaire, réparties sur 9 journées et demi par semaine selon le Panel des médecins généralistes réalisé auprès de 3 300 praticiens.

60 % déclarent travailler plus de 50 heures/semaine.

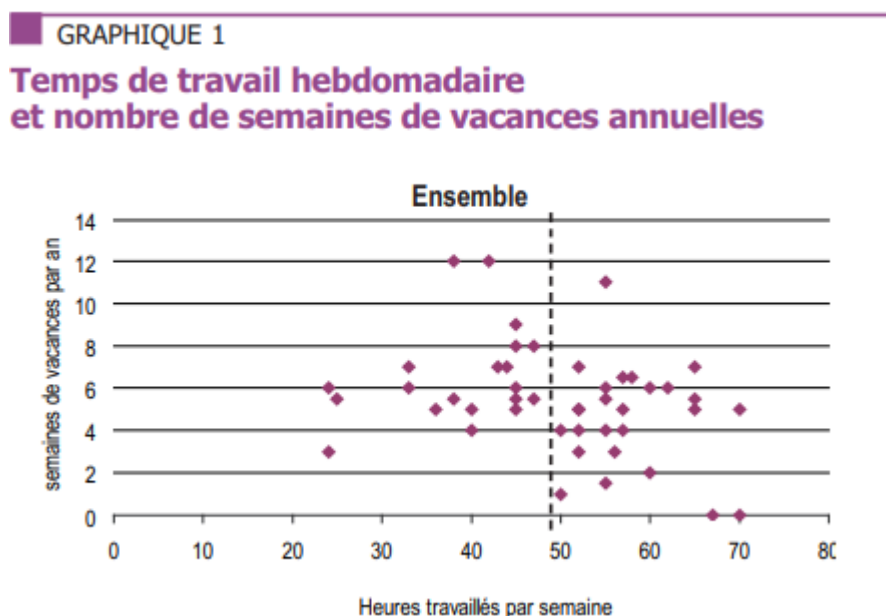
Selon les mêmes études de la DREES au fil du temps, le temps de travail évolue à la hausse , depuis les années 90, il est passé de 48 h en 1992 à 50h00 dans les années 2000, jusqu'à culminer à 57 heures en 2012 et depuis 2014 à 54 heures par semaine stable( 2,3)

L'enquête Emploi de l'Insee ( 4) est une autre source de référence pour mesurer le temps de travail : elle permet à la fois des comparaisons entre professions et une mesure de l'évolution dans le temps. Depuis 1990 le temps de travail libéral des médecins libéraux, mesuré par l'enquête Emploi, est resté très stable, autour de 53 heures pour les généralistes et d'un peu moins de 50 heures pour les spécialistes libéraux Cette profession n'a ainsi pas participé au mouvement de réduction du temps de travail observé pour la majorité des salariés.

L'enquête Emploi permet ainsi d'établir qu'en 2007 la durée hebdomadaire « normale » des médecins libéraux (hors congés et au titre de leur activité principale et régulière) est proche de 52 heures pour les généralistes et de 48 heures pour les spécialistes. Ces temps correspondent à une durée annuelle effective de travail des médecins libéraux « à temps complet » de 2 500 heures en moyenne pour les généralistes et de 2 300 heures pour les spécialistes, pour respectivement 251 et 232 jours de travail, avec une durée de 10 heures en moyenne par journée de travail (généralistes comme spécialistes)

En 2017, les médecins généralistes ont pris 6,2 semaines de vacances en moyenne ( contre 5 à 6 semaines rapportées en 2010 )

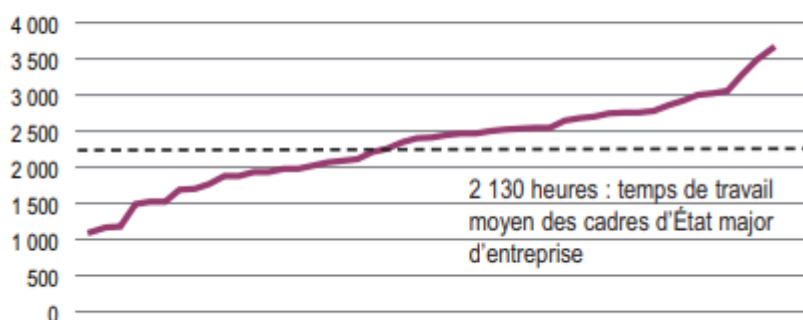
Ce graphique montre le temps de travail et le nombre de congés hebdomadaire en 2010 (4)



Une étude de Jeunes Médecins montre aussi que les médecins hospitaliers semblent travailler aussi un très grand nombre d'heures, avec 61.3 % des répondants déclarent travailler plus de 50 h/semaine (5)

Pour comparaison, 24 % seulement des cadres du privé déclarent travailler 45h et plus (6) Et si l'on compare à des cadres d'état major entreprise ( définition : Le cadre d'état major est un adjoint direct (salaire) du chef ou du directeur général d'une entreprise de 500 salariés et plus) , le temps de travail est globalement supérieur, comme le montre ce graphique 2 (4)

**GRAPHIQUE 2**  
**Répartition des volumes horaires annuels travaillés**



2130 heures en moyenne travaillées versus 2500 heures pour un médecin généraliste soit 370 heures de plus ( 17,4 % de temps de travail supplémentaire ) ,et ce qui équivaut en durée légale des 35 heures, à plus de 10 semaines de travail en plus. Si l'on prend une semaine classique de médecin, ça fait 6.8 semaines de travail en plus.

b) L'agenda hebdomadaire du médecin généraliste:

Pour la distribution du temps de travail des médecins généralistes libéraux, il est multiple. Ils passent 44 heures et 30 minutes ( soit 82 % de leur temps de travail) auprès des patients(1) A noter, qu'une étude hospitalière en médecine interne en Suisse a mesuré l'activité des médecins assistants sur sept cent heures d'activité. En moyenne pour chaque heure passée au chevet des patients, le médecin assistant consacre environ cinq heures à d'autres activités soit seulement 17 % de leur temps de travail(7)

La visite médicale au lit du malade diffère donc à priori grandement de la consultation médicale ambulatoire en terme de gestion du temps et de prise de décision.

Les médecins généralistes libéraux consacrent en moyenne par semaine 5 heures et 30 minutes aux tâches de gestion et de coordination et 2 heures à la mise à jour des connaissances.

De plus, 2 heures par semaine en moyenne sont dédiées à d'autres activités (vacations à l'hôpital, par exemple).

Ce temps de travail est encore plus détaillé dans la distribution entre le temps médical et le temps administratif selon une étude de l'IRDES( 8)



T1

## Estimation des temps de travail hebdomadaires des médecins généralistes par groupe d'activité

Groupes et nature de l'activité	Sources et méthodes de l'évaluation des temps d'activité	Temps hebdomadaire moyen estimé	Pourcentage
<b>Activité de diagnostic et de soins dans le cadre libéral</b>		<b>33,1 h</b>	<b>61 %</b>
Diagnostic et soins	Méthode « HCAAM » : [volume de consultations et visites remboursées par l'AM] x [temps moyen de l'acte*] sur une base de 46 semaines d'activité. * 16 mn par consultation (Drees) et 30 mn par visite.	33,1 h	
<b>Autres activités de diagnostic et de soins</b>		<b>10,5 h</b>	<b>19 %</b>
Consultations gratuites	Aucune source récente. Estimation à dire d'experts : minimum de deux consultations par semaine.	32 mn	
Activité salariée	Enquête Drees-Cnamts 2002 sur l'exercice en groupe des médecins libéraux. De 20 à 25 % des omnipraticiens ont une activité salariée en 2002 : 9 % à l'hôpital public, 12 % en centre de soins et 12 % en maisons de retraite, médecine scolaire...	120 mn	
Astreintes	Cnamts. Nombre de forfaits d'astreinte et de régulation payés par l'Assurance maladie au 1 <sup>er</sup> semestre 2006 pour des durées horaires répertoriées, duquel est déduit le temps passé à la réalisation des actes. S'ajoute une estimation du temps consacré à la permanence des soins non régulée (déduction faite de la durée des actes).	385 mn	
Conseils téléphoniques	Baromètre de l'URML Bretagne. 30 conseils téléphoniques/semaine, hypothèse de durée unitaire : 3 mn.	90 mn	
<b>Formation, visiteurs médicaux</b>		<b>4,6 h</b>	<b>8 %</b>
Formation continue	Baromètre de l'URML Bretagne. Environ 6 jours/an à des actions de formation médicale. Estimation réalisée sur la base de journées de 8 h et de 46 semaines d'activité.	63 mn	
Lecture	Enquête CSDM sur les médecins et la pratique médicale en France en 2007	156 mn	
Réception des représentants de l'Assurance maladie	Pour les délégués de l'Assurance maladie, sources Cégédim*. 3,4 visites par an en 2008 d'une durée de 17 mn en moyenne. Le temps consacré aux entretiens confraternels n'est pas connu mais est négligeable rapporté à une semaine d'activité. * Citées dans <i>L'information des médecins généralistes sur le médicament</i> , Rapport Igas, septembre 2007.	2 mn	
Réception des visiteurs médicaux	Sources Cégédim et Eurostaf*. 330 visiteurs médicaux par an, durée moyenne 7 à 8 mn. * Citées dans <i>L'information des médecins généralistes sur le médicament</i> , Rapport Igas, septembre 2007.	52 mn	
<b>Autres activités</b>		<b>6,4 h</b>	<b>12 %</b>
Activités administratives	URML Midi-Pyrénées 2002 (924 généralistes) et URML Centre 2004 (198 généralistes). Estimations concordantes réalisées à partir des distributions du temps consacré par les médecins aux tâches administratives (sans précision).	285 mn	
Tenue de l'agenda (prises de rendez-vous)	Hypothèse : 30 mn/jour pour les 45 % de généralistes sans secrétariat et 6 mn pour les autres.	84 mn	
Entretien du cabinet	URML Rhône-Alpes. 23 % des généralistes déclarent assurer eux-mêmes l'entretien du cabinet médical. Hypothèse de durée d'1 h/semaine pour les médecins concernés.	14 mn	
<b>ENSEMBLE DES TEMPS ESTIMÉS</b>		<b>54,6 h</b>	<b>100 %</b>
Temps de travail hebdomadaire déclarés	Enquête emploi Insee 2004.....	53 h	
	Panel Drees 2007 dans 5 régions.....	de 55,4 à 59,6 h	
	CSDM, 2007.....	52 h	

### c) La durée des consultations et leur déroulé

Les consultations en cabinet durent en moyenne 18 minutes. Ce temps est stable par rapport à une précédente étude de la DREES de 2012 sur l'emploi du temps des médecins généralistes.

Par rapport à une étude de 2002, il y a une augmentation de 2 minutes de la durée de consultation ( 9)

Une autre étude, l'étude ECOGEN (étude des éléments de la consultation en médecine générale) retrouvait une durée moyenne de 16,7 minutes sur la base de plus de 20 000 consultations réalisées en 2012

Toujours dans l'étude ECOGEN, les médecins généralistes prenaient en charge simultanément 2,2 problèmes de santé en moyenne au cours d'une consultation de 16,7 minutes. Ce nombre de problèmes semblait corrélé à la durée de consultation où chaque problème supplémentaire augmentait la durée de consultation de 2,5 minutes en moyenne(10)

Dans une thèse sur la durée de consultation en médecine générale : perception et ressenti de patients de la Haute-Vienne en 2020 (11) , une consultation en France se déroule en règle générale de la façon suivante :

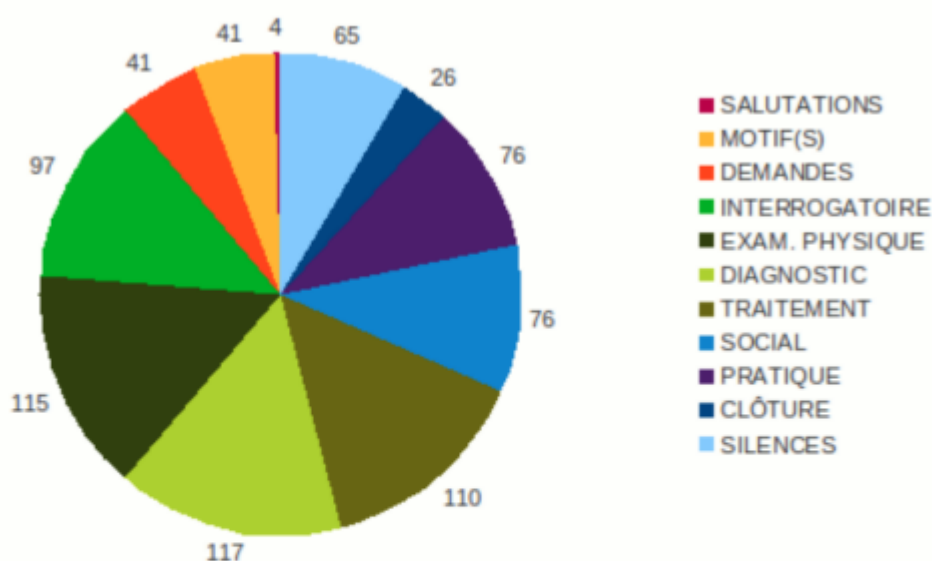


Figure 1 : Répartition des phases de la consultation (durée en secondes)

Les phases ont été regroupées en 3 temps :

- le « temps-patient » qui regroupait les phases des motifs de consultation et des demandes
- , le « temps-médecin » qui était la somme des phases d'interrogatoire, d'examen physique, de diagnostic et de traitement,
- le « temps-autre » qui représentait les salutations, les questions pratiques, les discussions sociales et les silences.
- La durée moyenne des 47 consultations dans cette thèse était de 12 minutes et 48 secondes et au final le « temps-médecin » ne représente qu'un peu plus de 7 minutes.

Les principaux résultats de ce travail montrent que le médecin était le principal facteur de variation.

Plusieurs études autres montrent que la durée réelle de consultation n'était pas toujours en corrélation avec la satisfaction du patient (12). Ce n'est pas tant la durée de consultation qui compte mais l'interaction entre le médecin et son patient, d'où découle directement la qualité des soins. Il semblerait finalement, que la satisfaction du patient soit le produit de l'empathie du médecin au travers de son écoute et de sa disponibilité. Ainsi, mieux utiliser le temps sans le réduire (déléguer, éduquer les patients, améliorer le réseau de soins ...) pour augmenter le nombre de consultations sans sacrifier qualité et empathie semble être le meilleur compromis. Dans une autre étude, seulement un tiers des patients environ avaient pu mesurer avec précision la durée de la consultation.

Le temps de consultation en France est un des plus élevés au Monde (13)

Pour comparaison avec nos pays voisins, la durée moyenne des consultations était de 7,6 minutes en Allemagne, 7,8 minutes en Espagne, 9,4 minutes au Royaume Uni, 10,2 minutes au Pays-bas, 15 minutes en Belgique, et 15,6 minutes en Suisse, avec une moyenne générale de 10,7 minutes.

Pour autant, la courbe d'efficacité de la consultation semble plutôt obéir à une courbe en U inversé. Trop court est clairement insuffisant, mais trop long n'est sans doute pas idéal. Il avait été élaboré un score d'efficacité de la consultation (réponse effective à la demande du patient et qualité de cette réponse). L'analyse de centaines de consultations montrait alors que les consultations les plus courtes (7,8 minutes) étaient peu performantes ; mais paradoxalement celles supérieures à 10 minutes n'amènent aucune amélioration. Les consultations de durée intermédiaire (8,5 minutes) étaient dans cette série les plus efficaces. Ce résultat a souvent été retrouvé depuis dans la littérature. La conclusion de l'étude est claire : le savoir-faire et l'efficacité dans une consultation ne sont que très partiellement liés à la durée réelle de cette consultation.

Pour ce qui est des différences femme homme, elles sont plus détaillées dans l'étude de 2012 de la DREES, les femmes effectuent en moyenne 4150 consultations et visites par an, soit 24 % de moins que leurs confrères (14). L'importance de l'écart de volume d'activité (-24 %) ne reflète pas les différences en termes de durée de travail hebdomadaire déclarée (-10 %). Cette situation s'explique en partie par une durée de consultation des femmes supérieure à celle des hommes (19 minutes contre 17 pour les hommes). Cela est également retrouvé à l'international avec une étude sur 24 millions de consultations aux USA en 2017 publiée dans le NEJM en octobre 2020. Les femmes médecins libérales passeraient également davantage de temps avec leurs patients en consultation, ce qui les obligerait à accepter moins de rendez-vous au quotidien et, par la force des choses, à générer moins de revenus que leurs confrères masculins. Il en est ressorti que les femmes médecins généralistes passent en moyenne 2,4 minutes de plus avec un patient que leurs homologues masculins, et génèrent 11% de revenus annuels de moins(15)

La qualité des soins dispensés est cependant indiscutablement en faveur des femmes médecins avec de multiples études ambulatoires et hospitalières. Pour exemple, une meilleure écoute, les médecins de famille féminins interrompaient le patient au bout de 3 minutes en moyenne versus 47 secondes pour leur collègues masculins (16). Une méta analyse de 2002 publiée dans le JAMA retrouvait déjà le même temps de 2 minutes de plus par rapport à leurs homologues masculins et rapportait que les femmes médecins sont plus ouvertes à la discussion, au partenariat docteur-patient, aux questions et conseils psychosociaux, sur la gestion des émotions et sur le renforcement positif. Il n'y avait pas de différence ni en quantité ni en qualité significative sur le côté biomédical entre les deux sexes(17).

Etre traité par une femme médecin [réduirait le risque de mortalité](#). Aux Etats-Unis, une vaste étude a été menée pendant trois ans, entre 2011 et 2014, sur plus de 1.5 million de patients.

Les chercheurs ont analysé les données cliniques de bénéficiaires du programme de couverture médicale des retraités -"Medicare" - et ont observé que les malades de plus de 65 ans hospitalisés ont moins de risques de décéder après leur admission si le médecin était une femme.

Ainsi, les patients soignés par une femme médecin ont 4% de risques en moins de décéder prématurément dans les 30 jours suivant leur sortie de l'hôpital que ceux traités par un médecin homme. Ces malades ont aussi 5% de risques en moins de devoir revenir à l'hôpital dans le mois qui suit leur sortie s'ils ont été traités par une femme(18).

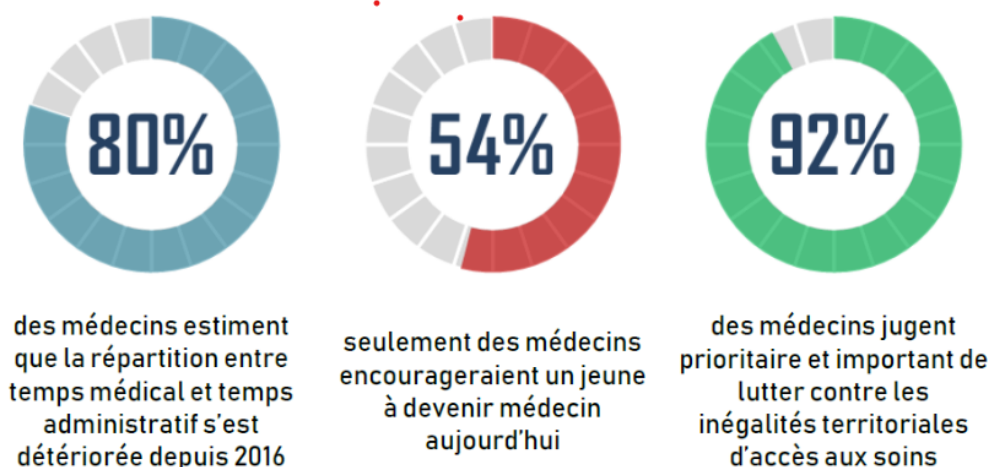
**Le temps et surtout l'écoute( qui n'est pas un acte technique cotable) auprès du malade, même 2 minutes en plus, semble donc être important et doit être valorisé et préservé au maximum**

d) Le constat d'un trop plein de travail :

« Le temps médical, sous toutes ses facettes, est cannibalisé par le poids du temps administratif ». La formule utilisée par le CNOM illustre bien l'impérieuse nécessité d'augmenter le temps médical en déchargeant le médecin de la gestion de la complexité administrative. Cette exigence est d'autant plus cruciale que les attentes sociales envers le médecin sont fortes, particulièrement dans les zones sous-denses

Selon l'enquête « Soigner demain » du CNOM (19) les médecins considèrent que le temps médical, sous toutes ses facettes, est cannibalisé par le poids du temps administratif ». Plus de 8 médecins sur 10 estiment que la répartition entre temps médical et temps administratif s'est détériorée ces dernières années et 2 médecins sur 3 jugent ne pas avoir assez de temps dans leur exercice professionnel pour suivre des actions de formation continue. 82 % des médecins estiment qu'il faut de manière prioritaire augmenter le temps médical en réduisant la complexité administrative.

**I. FAIRE FACE À L'URGENCE EN OPTIMISANT LE TEMPS MÉDICAL DISPONIBLE AU BÉNÉFICE DES PATIENTS**



Source : Enquête « Soigner demain » du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM).

L'étude menée en 2021 par l'institut BVA pour l'Assurance Maladie( 20 ) parvient aux mêmes constats : les médecins interrogés déplorent un « sentiment de surmenage », des « missions administratives omniprésentes » et le « sentiment de faire de la médecine au rabais ». La littérature scientifique corrobore les ressentis des médecins : d'après une étude récente de chercheurs et médecins du CHU de Clermont-Ferrand, près de 45 % des médecins généralistes sont en situation de burnout et près de 5 % en burnout sévère (principalement les praticiens hommes entre 50 et 60 ans) ; le principal facteur de risque est la forte charge de

travail, avec plus de 28 rendez-vous par jour ou plus de 50 heures par semaine( 21) , ce qui est le cas pour, je le rappelle, 60 % des médecins généralistes libéraux français(1) .

Il faut donc réduire la charge de travail en jouant sur le plan médical et administratif.

Voici 10 éléments de type réflexions - guidelines synthétisées pour ouvrir la discussion en groupes qualité sur les trucs et astuces supplémentaires pouvant aider chaque praticien à optimiser son temps médical en consultation et en dehors.

**LES DIX COMMANDEMENTS**  
**de l'optimisation du TEMPS d'un médecin heureux**  
**SUGGESTIONS OUVERTES À DISCUSSION**

**BASE DE CONSTRUCTION DE CES GUIDELINES**

- Crosby JW. Ten time-management tips for family physicians. CMAJ. 2004 Mar 16;170(6):949-50. doi: 10.1503/cmaj.1021781. PMID: 15023917; PMCID: PMC359424. (22)
- Jean-Baptiste Prunières. Évaluation des tâches non médicales des médecins généralistes en Occitanie : étude transversale par auto-questionnaire. Médecine humaine et pathologie. 2018 (23)
- Mobius MD [En ligne]. 7 habits of highly efficient physicians - Mobius MD ; [cité le 24 jan 2023]. Disponible : <https://mobius.md/2021/03/18/7-habits-of-highly-efficient-physicians/> (24)

**1) Bosser en équipe pluri pro et avec un réseau de correspondants identifiés**

- Les médecins exerçant seuls déclarent travailler 55,4 heures par semaine contre 53,1 heures pour ceux qui exercent en groupe pluriprofessionnel et 50,7 heures pour ceux qui travaillent en groupe monodisciplinaire. Ces écarts de volume horaire observés entre les modèles d'exercices sont similaires dans la plupart des territoires. Les médecins qui exercent seuls déclarent travailler plus que leurs confrères dans la plupart des territoires tandis que ceux exerçant avec d'autres médecins généralistes uniquement déclarent des volumes horaires presque toujours inférieurs à la moyenne. Pour les médecins en groupe pluriprofessionnel, le temps de travail varie selon le lieu d'installation : il est plus élevé dans les zones rurales et les zones urbaines défavorisées où il atteint 53,2 heures, soit 2 à 3 heures de plus que la moyenne( 25)
- Améliorer la communication et la coordination des soins, une thèse sur l'évaluation des tâches non médicales évalua à 1 heure et 13 minutes par semaine le temps consacré par les médecins généralistes à la gestion du parcours de soin de leur patient.
- Déléguer certaines tâches non médicales ( impliquer le patient pour la prise de ses rendez vous chez les spécialistes et en cas d'urgence, demander l'aide experte des secrétaires- renforcer le parcours de soins du patient par l'aide de l'IDE ASALEE - s'aider d'un assistant pour accueillir et débiter les consultations ).
- Communication en réseau avec les autres spécialistes en direct par numéro d'avis direct - messagerie sécurisée ou nouveaux réseaux de soins type OMNIDOC pour demande d'avis.

**2) Maîtriser son agenda des soins programmés et non programmés.**

- Mixer les consultations programmées et non programmées (quelqu'un reçu en non programmé aura moins d'exigence- d'attente, et sera plus malléable selon le temps à disposition du praticien (26) .

- Prévoir les périodes de plus forte demande en soins non programmés en réduisant le nombre de soins programmés ( le lundi et le vendredi sont les jours les plus concernés en amont et aval du week-end) .
- Informer les patients délicatement du temps dédié à leur consultation en début de consultation permettant une meilleure satisfaction du patient.
- Réduire la charge de certains soins programmés : trouver la période optimale de durée de renouvellement d'un traitement de fond par décision médicale partagée et dans le respect des règles de prescription imposées. En effet, dans le cas d'un patient bien stabilisé et ne nécessitant pas nécessairement d'être revu à intervalles rapprochés, une durée restreinte de délivrance d'un traitement entraîne le risque pour le médecin de ressentir une certaine lassitude lors du renouvellement d'un traitement, perdant de l'intérêt pour son travail

### 3) Etre à l'écoute des motifs et les hiérarchiser

- Faire noter systématiquement le motif de venue des patients ( faire travailler le patient en l'impliquant dans sa prise en charge future dès la prise de rendez-vous en énonçant clairement la motif de sa venue permettant de poser un premier cadre à la consultation). Des logiciels d'anamnèse- formulaire sécurisé sur smartphone à remplir en salle d'attente se développent petit à petit comme FOLLOW, uniquement pour les chirurgiens pour le moment (27).
- Être à l'écoute sans interrompre le patient au début si possible, prendre en compte la liste au début si elle est présente (28) .
- Hiérarchiser et prioriser les motifs de consultation dès le début de la consultation .
- Ne pas hésiter à reconvoquer le patient si trop de motifs.  
En effet, en France, les patients expriment en moyenne deux demandes par consultation à leur médecin traitant. Face à ces motifs multiples, notamment lorsque leur nombre est de trois ou plus, les généralistes se sentent parfois en difficulté. Une étude s'intéresse au comportement et aux attentes des malades énonçant trois demandes ou plus en consultation de Médecine Générale, afin de mieux les comprendre et mieux gérer ces entretiens. Les malades exprimant des motifs multiples se distinguent des autres par leur organisation en amont de la consultation et une volonté de rentabiliser la séance. Toutefois, ils attendent parfois plus une réassurance ou un tri de leurs symptômes plutôt qu'un traitement. Une formation des médecins généralistes en communication de la santé faciliterait la gestion des consultations à motifs multiples (29) .  
Certains médecins préféreraient limiter la consultation à un motif et demander de revenir, d'autres préfèrent gérer plusieurs choses et ne revoir les patients que plus tard. Ceci s'avère complexe et doit être individualisé. L'avis des premiers concorde avec une étude publiée dans le BMJ suggérant que le temps consacré à un des problèmes individuels est considérablement réduit lorsqu'il y en a plusieurs. Par conséquent, le patient se rappelle avec moins de précision du contenu de la consultation et il faut limiter le volume d'informations à donner au patient afin qu'il les retienne(30)
- 

### 4) Optimiser- dispatcher le temps administratif

- Constat : Le temps administratif par consultation est estimé à environ 5 minutes mais l'essentiel du temps consacré aux activités administratives se déroule en dehors des consultations (environ 80%).
- Alors quand réaliser ce travail non médical ?  
Ceux qui ont peu de temps pendant leur journée de consultations pour la réalisation de ce travail non médical voient les tâches administratives s'accumuler et représenter une activité à part entière. Les médecins qui effectuaient leurs tâches administratives au fur et à mesure de leur journée de travail avaient une perception des tâches administratives plutôt positive par rapport à ceux les effectuant en fin de journée après leurs consultations.  
D'où l'intérêt d'une communication en temps réel avec le secrétariat via l'informatique/messagerie interne afin d'être informé progressivement des différentes tâches à effectuer.  
Ce mode de communication permettait ainsi aux médecins d'effectuer au fur et à mesure ce travail non lié aux consultations et d'éviter qu'elles s'accumulent en le découvrant en fin de journée.

## **5) Traitement uniforme des demandes téléphoniques**

- Le conseil national de l'ordre s'est saisi de la question concernant les prescriptions liées aux coups de téléphone et estime que « le développement de l'activité médicale téléphonique ne saurait occulter le caractère irremplaçable de l'examen clinique et l'activité médicale à distance en constitue soit le préalable, soit le complément.
- Dans les cabinets de groupe et centres de santé le même constat s'impose : les médecins qui exercent au sein d'une même structure doivent se concerter sur la réponse à apporter au patient lorsqu'il formule des demandes téléphoniques de prescriptions médicales ou de remplissage de formulaires administratifs. Un médecin ne peut pas décider de façon isolée de refuser de répondre à ce type de demandes quand d'autres cèdent et acceptent de les faire. L'objectif est d'émettre une réponse unique aux patients formulant à la secrétaire ce type de requête. Ceci évite toute confusion pour la secrétaire et les patients, permet une réponse claire et participe à l'éducation du patient en fixant des limites à ses exigences.
- Ce refus éduquera le patient qui ne la postulera plus. Le nombre de papiers à rédiger en dehors des consultations à la demande des patients s'en trouvera par la suite fortement réduit.
- Par ailleurs, ces limites permettent également au médecin de se faire respecter du patient et de ne pas avoir le sentiment d'être déconsidéré en cédant à ses multiples requêtes téléphoniques. Le potentiel sentiment de frustration et d'exaspération lié à une charge de travail à faire en plus des consultations s'en trouve réduit.

## **6) Minimiser les interruptions de tâche**

- HAS Janvier 2016 « L'interruption de tâche est définie par l'arrêt inopiné, provisoire ou définitif d'une activité humaine. La raison est propre à l'opérateur, ou, au contraire, lui est externe. Elle induit une rupture dans le déroulement de l'activité, une perturbation de la concentration de l'opérateur et une altération de la performance de l'acte. La



réalisation éventuelle d'activités secondaires achève de contrarier la bonne marche de l'activité initiale »(31)

- Demander un filtrage systématique des demandes extérieures par le secrétariat.
- Utiliser les nouveaux outils de communication pour échanger avec les professionnels de santé ( messagerie sécurisée, OMNIDOC) de façon rapide , priorisée et sécurisée sans interruption de tâche inopinée pour le professionnel sollicité.
- Ne pas permettre de discussion médicale en dehors d'une période de consultation ou téléconsultation avec rendez-vous pour ne pas interrompre le fil des consultations déjà programmées.
- Petite pause BD sur l'interruption de tâches par OMEDIT PAYS DE LA LOIRE :



#### **7) Utiliser l'informatique à son avantage et paramétrer son logiciel médical/navigateur à sa pratique**

- Constat : 47 minutes par semaine consacrées en moyenne aux bugs de son logiciel médical ( et encore plus depuis les mises à jour SÉGUR... ) .
- Boîte à outils du médecin généraliste : site KITMEDICAL avec répertoire personnalisé possible des applis utilisées de l'aide à la décision avec des sites comme ANTIBIOCLIC à la cotation d'une consultation avec OMNIPRAT pour exemple.
- Avoir des Courriers modèles pré paramétrés.
- Avoir des ordonnances types pour les ordonnances récurrentes : possible utilisation du site ORDO TYPES.
- Posologies et mode d'administration pré rempli sur les médicaments les plus prescrits .

#### **8) Lire et traiter son courrier régulièrement**

- Concept anglo saxon d'efficience du "Touch It Once"
- Un courrier doit être lu une fois et entraîner une décision : tri simple, demande de convocation du patient en consultation- téléconsultation par la secrétaire si élément de courrier nécessitant un examen clinique ou si papier administratif chronophage ( TRAJECTOIRE - questionnaire ADPA- dossier MDPH... permettant de plus un meilleur remplissage du document en question - ne pas oublier la cotation MPH en cas de 1er remplissage d'un dossier MDPH).

- En effet, la programmation par les médecins généralistes de consultations dédiées pour remplir avec les patients les dossiers administratifs les plus lourds, permet ainsi aux médecins d'éviter d'avoir à remplir ce dossier en fin de journée après ses consultations. En effet, il ressort que les médecins supportent mal le fait de devoir remplir un dossier administratif en plus de leur journée de consultations, et ce, de manière non rémunérée. En effectuant une consultation dédiée, le médecin généraliste est payé pour s'occuper de ce dossier, le remplit pendant ses heures de consultation et prend le temps nécessaire pour se replonger dans le dossier du patient. Son vécu s'en trouve ainsi amélioré. La principale limite demeure la nécessité pour le médecin de disposer de créneaux de consultations dédiés au remplissage de ces dossiers.

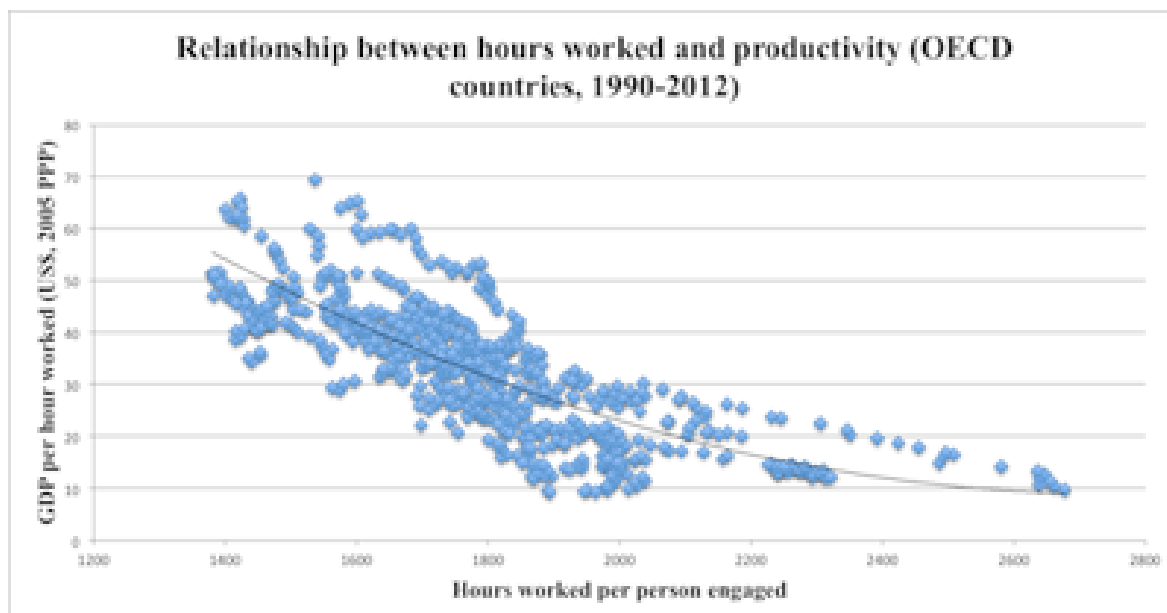
### 9) **Avoir des fiches consignes patient type pour les pathologies les plus courantes**

- Les fiches consignes peuvent être la prolongation de la consultation, elles permettent un renforcement de la communication en mixant l'information orale de la consultation et l'information écrite au discours et permettant une meilleure compréhension du patient du contenu de la consultation.
- Outils utilisables : FICHE INFO PATIENTS PRESCRIRE- ORDOS TYPES

### 10) **LAST BUT NOT LEAST : Ne pas oublier de prendre Soin de Soi et travailler moins avec tout le temps gagné avec les 9 autres commandements :-)**

- Nous ne sommes pas des surhommes, nous bossons en moyenne 1.5 à 2 fois la durée légale du temps de travail en France. Sachons nous préserver la santé pour celle des autres car un médecin en bonne santé soigne mieux.
- ILLUSTRATION : pour le compte de l'American Heart Association, un millier de médecins généralistes confrontés à des personnes hypertendues ont été interrogés. Les conseils habituels pour ce type de patients sont un régime alimentaire équilibré et pauvre en sel, perdre du poids, réduire la consommation d'alcool et faire du sport. Or les médecins non-fumeurs et/ou ceux qui faisaient du sport au moins une fois par semaine étaient deux fois plus susceptibles de mentionner ces recommandations que leurs autres confrères(32)

Plus l'on travaille, moins l'on est productif comme on peut le voir sur ce graphe et plus le bonheur au travail baisse(33)



Ce que l'on peut retenir de ce graphe, prenez aussi des vacances et du temps pour vous, vos patients ne seront que mieux écoutés et soignés

### **Pistes autres non étudiées**

Se former de façon continue mais APIMED est un outil sympathique pour cela déjà :- ) ( la possibilité de se former prévient également le risque de burn out )

On aurait aussi pu évoquer les outils de reconnaissance vocale...

Et certainement plein d'autres pistes , mais le dossier est déjà assez long et nous ne voudrions pas vous faire perdre plus de temps, vous qui avez pris le temps de nous lire jusque là, BRAVO. Les discussions sont donc ouvertes pour le groupe qualité.

### **Bibliographie:**

- 1) Hélène Chaput, Martin Monziols, Lisa Fressard, Pierre Verger (ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur), Bruno Ventelou, Anna Zaytseva (AMSE) (2019, mai). Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. *Études et résultats*, 1113.
- 2) Xavier NIEL et Annick VILAIN (2001, mai). Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions sociodémographiques. *Études et résultats*, 114.
- 3) Steve JAKOUBOVITCH (DREES) Marie-Christine BOURNOT, Elodie CERCIER, François TUFFREAU (Observatoire régional de la santé (ORS) Pays de la Loire (2012, mars). Les emplois du temps des médecins généralistes . *Études et résultats*, 797.
- 4) Julie MICHEAU et Éric MOLIÈRE (2020, octobre). L'emploi du temps des médecins libéraux : diversité objective et écarts de perception des temps de travail. *Dossiers solidarité et santé (1998-2016)*, 15.
- 5) Santé Mentale [En ligne]. 22% des médecins hospitaliers déclarent travailler entre 50 et 55 heures par semaine - Santé Mentale ; [cité le 23 jan 2023]. Disponible : <https://www.santementale.fr/2022/07/22-medecins-hospitaliers-declarent-travailler-entre-50-et-55-heures-semaine/>.
- 6) Les Echos [En ligne]. Malgré les 35 heures, les cadres travaillent presque autant que dans les années 1970 ; [cité le 23 jan 2023]. Disponible : <https://www.lesechos.fr/economie-france/social/malgre-les-35-heures-les-cadres-travaillent-presque-autant-que-dans-les-annees-1970-1149176>
- 7) Waeber, G., et al. Le défi organisationnel de la gestion du temps..., *Rev Med Suisse*, Vol. 3, no. 584, 2017, pp. 2019–2020.

- 8) Fur, P.L., Bourgueil, Y., & Cases, C. (2009). Le temps de travail des médecins généralistes: Une synthèse des données disponibles.
- 9) Pascale Breuil-Genier (2006, avril). La durée des séances des médecins généralistes. *Études et résultats*, 481.
- 10) Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, et al. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine générale. *Exercer* 2014;114:148-57.
- 11) Bearez Benjamin, *Durée de consultation en médecine générale : perception et ressenti de patients de la Haute-Vienne en 2020*, thèse d'exercice, Limoges, Université de Limoges, 2020. Disponible sur <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-113945/ori-oai-search/notice/view/>
- 12) Sophie Auge, Marine Gonsolin. *Durée de consultation et satisfaction en médecine générale : point de vue du médecin et du patient*. *Sciences du Vivant [q-bio]*. 2020.
- 13) Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open* 2017;7:e017902. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017902
- 14) Steve JAKOUBOVITCH (DREES) Marie-Christine BOURNOT, Elodie CERCIER, François TUFFREAU (Observatoire régional de la santé (ORS) Pays de la Loire (2012, mars). *Les emplois du temps des médecins généralistes*. *Études et résultats*, 797.
- 15) Ganguli I, Sheridan B, Gray J, Chernew M, Rosenthal MB, Neprash H. Physician Work Hours and the Gender Pay Gap — Evidence from Primary Care. *Vol. 383, New England Journal of Medicine*. 2020. p. 1349-57. .
- 16) Donald A. Barr. A Time To Listen. *Ann Intern Med*. 2004;140:144. [Epub 20 January 2004]. doi:10.7326/0003-4819-140-2-200401200-00017
- 17) Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA*. 2002 Aug 14;288(6):756-64. doi: 10.1001/jama.288.6.756. PMID: 12169083
- 18) Tsugawa Y, Jena AB, Figueroa JF, Orav EJ, Blumenthal DM, Jha AK. Comparison of Hospital Mortality and Readmission Rates for Medicare Patients Treated by Male vs Female Physicians. *JAMA Intern Med*. 2017;177(2):206–213. doi:10.1001/jamainternmed.2016.7875
- 19) Conseil national de l'ordre des médecins, « Soigner demain, la parole aux médecins », février 2022, enquête en ligne ayant recueilli les réponses de 16 800 médecins, dont 1 355 étudiants internes en médecine.
- 20) Le dispositif d'aide à l'embauche des assistants médicaux, étude réalisée par BVA pour l'Assurance maladie, mars 2021, transmise au rapporteur par la Caisse nationale d'assurance maladie
- 21) Burnout in French General Practitioners: A Nationwide Prospective Study, Dutheil F, Parreira LM, Eismann J, Lesage FX, Balayssac D, Lambert C, Clinchamps M, Pezet D, Pereira B, Le Roy B. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021 Nov 16;18(22):12044.
- 22) Crosby JW. Ten time-management tips for family physicians. *CMAJ*. 2004 Mar 16;170(6):949-50. doi: 10.1503/cmaj.1021781. PMID: 15023917; PMCID: PMC359424.
- 23) Jean-Baptiste Prunières. *Évaluation des tâches non médicales des médecins généralistes en Occitanie : étude transversale par auto-questionnaire*. Médecine humaine et pathologie. 2018.
- 24) Mobius MD [En ligne]. 7 habits of highly efficient physicians - Mobius MD ; [cité le 24 jan 2023]. Disponible : <https://mobius.md/2021/03/18/7-habits-of-highly-efficient-physicians>
- 25) Myriam Biais (Cesp), Matthieu Cassou (Irdes, DREES) et Carine Franc (Cesp, Irdes) (2022, avril). *Des conditions de travail plus satisfaisantes pour les médecins généralistes exerçant en groupe*. *Études et résultats*, 1229.

- 26) Marc COLLET, Marie GOUYON (2008, février). Recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville : satisfaction des patients et suites éventuelles. Études et résultats, 625.
- 27) Follow Health. Follow [En ligne]. Logiciel de suivi et dossier patient pour chirurgien • Follow ; [cité le 25 jan 2023]. Disponible : <https://www.follow.fr/>.
- 28) Gobin Maïwenn, et al. Rédaction D'une Liste De Motifs En Consultation De Médecine Générale: Motivations Et Ressentis Des Patients - étude Qualitative. Université de Nantes, 2020
- 29) Le Quintrec Bernard Frédérique et Dréno Brigitte. Motifs Multiples En Consultation De Médecine Générale: Comportement Et Attentes Des Patients. Université de Nantes, 2016
- 30) McKinstry B, Watson P, Elton RA, Pinnock H, Kidd G, Meyer B, et al. Comparison of the accuracy of patients' recall of the content of telephone and face-to-face consultations: an exploratory study. Postgrad Med J. 1 juin 2011;87(1028):394-9
- 31) Haute Autorité de Santé. Interruptions de tâche lors de l'administration des médicaments. Saint-Denis La Plaine: HAS;
- 32) Le Figaro Santé - Actualité santé - Fiches et conseils médicaux [En ligne]. Préférez un médecin en bonne santé, vous serez mieux soigné ; [cité le 24 jan 2023]. Disponible : <https://sante.lefigaro.fr/actualite/2012/03/23/17814-preferez-medecin-bonne-sante-vous-serez-mieux-soigne>
- 33) Economist. The Economist [En ligne]. Proof that you should get a life ; 9 déc 2014 [cité le 24 jan 2023]. Disponible : <https://www.economist.com/free-exchange/2014/12/09/proof-that-you-should-get-a-life>