



HAL
open science

Accès aux soins des patients : élaboration d'une boîte à outils permettant de faciliter l'adhésion au dispositif médecin traitant, à destination des CPTS

Jean-François Vuillaume, Fabien Potier

► To cite this version:

Jean-François Vuillaume, Fabien Potier. Accès aux soins des patients : élaboration d'une boîte à outils permettant de faciliter l'adhésion au dispositif médecin traitant, à destination des CPTS. Médecine humaine et pathologie. 2023. hal-04517109

HAL Id: hal-04517109

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04517109v1>

Submitted on 22 Mar 2024

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

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



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**

**BIBLIOTHÈQUES
UNIVERSITAIRES**

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact bibliothèque : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par :

Jean-François VUILLAUME

Fabien POTIER

Le 13 novembre 2023

Accès aux soins des patients : élaboration d'une boîte à outils permettant de faciliter l'adhésion au dispositif médecin traitant, à destination des CPTS

MEMBRES DU JURY :

Monsieur le Professeur P. DI PATRIZIO

Président

Monsieur le Docteur B. GASS

Juge

Monsieur le Docteur J.-D. GRADELER

Juge et Directeur

Madame le Docteur E. ABRAHAM

Juge et Directeur

Faculté de Médecine, Maïeutique et Métiers de la Santé à Nancy
9 avenue de la Forêt de Haye
54500 Vandœuvre-lès-Nancy



Présidente de l'Université de Lorraine : Madame Hélène BOULANGER

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne : Pr Louise TYVAERT

Assesseurs :

- *Premier cycle* : Pr Thomas SCHWITZER et Dr Nicolas GAMBIER
- *Deuxième cycle* : Pr Antoine KIMMOUN
- *Troisième cycle hors MG* : Pr Marie-Reine LOSSER
- *Troisième cycle MG* : Pr Paolo DI PATRIZIO
- *Finances* : Prs Eliane ALBUISSON et Louise TYVAERT
- *Vie hospitalo-universitaire* : Pr Stéphane ZUILY
- *Relations avec la Grande Région* : Pr Thomas FUCHS-BUDER
- *Relations Internationales* : Pr Jacques HUBERT
- *Valorisation* : Pr Pascal ESCHWEGE
- *Interface avec les métiers de la santé* : Pr Céline HUSELSTEIN
- *Docimologie* : Pr Jacques JONAS
- *ECOS* : Pr Patrice GALLET, Dr Eva FEIGERLOVA
- *Service sanitaire* : Pr Nelly AGRINIER
- *Lecture critique d'articles* : Drs Jonathan EPSTEIN et Aurélie BANNAY
- *Interface HVL & Réseau Nasce* : Prs Nicla SETTEMBRE, Fabienne ROUYER-LIGIER et Pablo MAUREIRA
- *Etudiant* : Mehdi BELKHITER

Chargé de mission :

- *PASS Médecine* : Dr Nicolas GAMBIER

Présidente du Conseil Pédagogique : Pr Louise TYVAERT

Président du Conseil Scientifique : Pr Abderrahim OUSSALAH

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Serge BRACARD - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Gilles DAUTEL - Jean-Pierre DESCHAMPS - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Dominique HESTIN - Bruno HOEN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - François KOHLER - Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Bruno LEHEUP - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Thierry MAY - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - François PLENAT - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Jean-Luc SCHMUTZ - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Denis ZMIROU - Faïez ZANNAD

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Serge BRACARD - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE - Bruno HOEN - Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU - Bruno LEHEUP - Thierry MAY - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Michel SCHMITT - Jean-Luc SCHMUTZ - Faïez ZANNAD

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : Anatomie

Professeur Marc BRAUN - Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : Histologie, embryologie et cytogénétique

Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : Anatomie et cytologie pathologiques

Professeur Guillaume GAUCHOTTE – Professeur Hervé SARTELET

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : Biophysique et médecine nucléaire

Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER - Professeur Antoine VERGER

2^{ème} sous-section : Radiologie et imagerie médicale

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY - Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : Biochimie et biologie moléculaire

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur David MEYRE - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER - Professeur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : Physiologie

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur Mathias POUSSEL - Professeur Jacques JONAS

3^{ème} sous-section : Biologie cellulaire

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : Nutrition

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière

Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : Parasitologie et Mycologie

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : Maladies infectieuses ; maladies tropicales

Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : Épidémiologie, économie de la santé et prévention

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Cédric BAUMANN

4^{ème} sous-section : Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

Professeure Eliane ALBUSSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : Hématologie ; transfusion

Professeur Pierre FEUGIER – Professeur Thomas LECOMPTE - Professeur Julien BROSEUS

2^{ème} sous-section : Cancérologie ; radiothérapie

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : Immunologie

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : Génétique

Professeur Philippe JONVEAUX

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER - Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN - Professeur Philippe GUERCI

2^{ème} sous-section : Médecine intensive-réanimation

Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY - Professeur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^{ème} sous-section : Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie

Professeur Nicolas GIRERD

5^{ème} sous-section : Médecine d'urgence

Professeur Tahar CHOUIHED

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : Neurologie

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : Neurochirurgie

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : Psychiatrie d'adultes ; addictologie

Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN - Professeur Thomas SCHWITZER - Professeure Fabienne ROUYER-LIGIER

4^{ème} sous-section : Pédiopsychiatrie ; addictologie

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : Médecine physique et de réadaptation

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : Rhumatologie

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : Chirurgie orthopédique et traumatologique

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : Dermato-vénéréologie

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie

Professeur François DAP - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : Pneumologie ; addictologie

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : Cardiologie

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Olivier HUTTIN - Professeur Batric POPOVIC - Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

4^{ème} sous-section : Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL - Professeur Stéphane ZUILY - Professeure Nicla SETTEMBRE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^{ème} sous-section : Chirurgie viscérale et digestive

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRUNAUD - Professeure Adeline GERMAIN

3^{ème} sous-section : Néphrologie

Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : Urologie

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY - Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

3^{ème} sous-section : Médecine générale

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : Pédiatrie

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : Chirurgie infantile

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : Oto-rhino-laryngologie

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER - Professeure Cécile RUMEAU - Professeur Patrice GALLET

2^{ème} sous-section : Ophtalmologie

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Jean-Baptiste CONART

3^{ème} sous-section : Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Professeur Nguyen TRAN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53^{ème} Section, 3^{ème} sous-section : Médecine générale

Professeure associée Sophie SIEGRIST - Professeur associé Olivier BOUCHY

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : Anatomie

Docteur Bruno GRIGNON

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : Biochimie et biologie moléculaire

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN

2^{ème} sous-section : Physiologie

Docteure Iulia-Cristina IOAN

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : Parasitologie et mycologie

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : Epidémiologie, économie de la santé et prévention

Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Arnaud FLORENTIN - Docteur Jonathan EPSTEIN –
Docteur Abdou OMOROU

2^{ème} sous-section Médecine et Santé au Travail

Docteure Isabelle THAON

4^{ème} sous-section : Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

Docteure Aurélie BANNAY (stagiaire)

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : Hématologie ; transfusion

Docteure Maud D'AVENI

2^{ème} sous-section : Cancérologie ; radiothérapie

Docteure Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : Immunologie

Docteure Alice AARNINK

4^{ème} sous-section : Génétique

Docteure Céline BONNET - Docteure Mathilde RENAUD

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteur Julien SCALA-BERTOLA - Docteure Élise PAPE (stagiaire)

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

2^{ème} sous-section : Neurochirurgie

Docteur Fabien RECH

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

4^{ème} sous-section : Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

Docteur Fabrice VANHUYSE

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : Pédiatrie

Docteure Cécile POCHON – Docteur Amandine DIVARET-CHAUVEAU

3^{ème} sous-section : Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Docteur Charline BERTHOLD

4^{ème} sous-section : Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale

Docteure Eva FEIGERLOVA

5^{ème} sous-section : Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

Docteur Mikaël AGOPIANTZ

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

63^{ème} Section : GÉNIE ÉLECTRIQUE, ÉLECTRONIQUE, PHOTONIQUE ET SYSTÈMES

Madame Pauline SOULET LEFEBVRE

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET – Madame Rümeyza BASCETIN - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ – Monsieur Christophe NEMOS – Monsieur Simon TOUPANCE

69^{ème} Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

90^{ème} Section : MAÏEUTIQUE

Madame Gaëlle AMBROISE (stagiaire)

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53^{ème} Section, 3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Docteur Antoine CANTON - Docteur Jean-Charles VAUTHIER

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

**A notre président de thèse,
Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO**

Professeur des Universités de Médecine Générale
Docteur en sciences de la vie et de la santé de l'université de Lorraine
Directeur du Département de Médecine Générale de Nancy
Directeur du Département Grand Est de Recherche en soins primaires
Coordonnateur local et régional du DES de médecine générale
Coordonnateur du DIU de remise à niveau en vue de l'exercice de la médecine générale
Membre (Collège A) du conseil d'unité du Laboratoire INTERPSY EA 4432 et
membre unité PRISME

Merci de nous faire l'honneur de présider ce jury.

**A notre juge et directeur de thèse,
Monsieur le Docteur Jean-Daniel GRADELER**

Docteur en médecine générale de la faculté de Nancy
Leader de la société médicale Balint
Elu à l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecin du Grand Est

Merci pour votre accompagnement et votre confiance, ainsi que pour nous avoir
aidé à mener à terme un sujet aussi complexe.

**A notre juge et directeur de thèse,
Madame le Docteur Eliane ABRAHAM**

Docteur en médecine gériatrique de la faculté de Nancy
Directrice Stratégique et Opérationnelle du DAC 54
Responsable formation PACTE ANIME à l'EHSP
Présidente du Collectif des Dispositifs D'Appui en Grand Est

Merci pour nous avoir fait confiance pour ce projet, et ainsi permis de prendre
un nouveau départ.

**A notre Juge,
Monsieur le Docteur Boris GASS**

Docteur en médecine générale de la faculté de Strasbourg
Maitre de Conférence Associé au département de Médecine Générale de Nancy

Merci d'avoir accepté de participer à notre jury et ainsi nous permettre de
soutenir notre thèse.

Remerciements de Jean-François VUILLAUME :

A toutes les équipes médicales et paramédicales avec lesquelles j'ai eu la chance de travailler pendant mon externat et internat, et notamment aux équipes de médecine interne de l'hôpital de Sarrebourg dont je n'oublierais jamais la bienveillance, la bonne humeur, et toutes les compétences acquises grâce à vous, Dr Blanchot, Dr Assala, Dr Jouin, merci pour tout. J'espère que nos chemins se croiseront à nouveau.

A mon père Jean-Luc, je pense que tu as fait plusieurs fois le tour de la Terre si on met bout-à-bout les nombreux allers-retours que tu as faits pour moi ! Merci pour tous ces bons souvenirs que nous avons pu créer malgré le planning chargé, ces séances de natation qui venaient couper une journée de révision, et ta philosophie de vie ayant toujours été un modèle pour moi.

A ma mère, Laurence, m'ayant apporté son indéfectible soutien pendant toutes ces années. Ce fut un long chemin ponctué de remises en question, pourtant tu as toujours été présente pour y répondre et redonner du sens à mon quotidien. Ta conviction en ma réussite a été mon fil d'Ariane.

A ma sœur Hélène, pour ta bonne humeur revigorante, tes idées vacances revigorantes, et tes sapins magiques... revigorants ! Merci pour ta gentillesse et ta disponibilité de chaque instant en cas de coup dur, les moments simples que nous avons pu passer ensemble étaient de véritables bouffées d'oxygène.

A mon frère Vincent, toujours présent malgré la distance, même si nous n'avons pas passé beaucoup de moments ensemble ces dernières années, ils auront tous compté pour moi. Merci pour ton soutien et toutes ces parties endiablées ! Et merci à toi et **Julia** d'avoir supporté mes doléances !

A ma nièce Emilia, un vrai petit rayon de soleil, et mon neveu **Mathis**, futur champion olympique de natation !

A mon infatigable grand-mère Liliane m'ayant toujours soutenu avec énergie, et... abondamment, voire excessivement nourri !

A mon grand-père Georges, on s'est toujours souvenu du jour où tu m'as accompagné à la faculté la première fois, tu souhaitais être également présent le jour où je la quitterais, eh bien ça y est... nous y sommes enfin. Toutes nos discussions à refaire le monde, perdus dans un coin de nature, et tous ces superbes moments en montagne ont beaucoup compté pour moi. Merci pour tout.

A Philippe et Marie-Odile, dont les trop rares moments passés ensemble sont devenus de merveilleux souvenirs. Merci pour votre infinie bienveillance qui réchauffe le cœur.

A tous mes co-internes rencontrés pendant l'internat, nos chemins se sont séparés mais vous étiez absolument tous géniaux.

A mon regretté meilleur ami, Fiorenzo, je ne t'oublie pas. Même de là-haut, tu restes présent à mes côtés.

Et enfin à ma merveilleuse petite fille Milanna, qui s'est battue pendant des semaines pour rester parmi nous. Tu es un véritable miracle et tu rends ton papa immensément heureux.

Remerciements de Fabien POTIER :

A mes parents, qui m'ont toujours soutenu malgré toutes les difficultés et les disputes, que ce soit moralement, financièrement, ou par des bons petits plats. Sans vous il ne m'aurait jamais été possible d'arriver jusque-là.

A papi Pierrot, qui n'est plus là pour voir la fin de cette aventure, tu m'as hébergé pendant quatre ans, et m'a permis de trouver la motivation d'avancer.

A mamie A, la première à être partie, tu m'as toujours été de bons conseils dans les moments difficiles.

A papi Jean Claude, qui aurait grandement aimé être présent et voir la fin de ce projet. Tu m'as appris ta rigueur et ta détermination.

A mamie Titi, qui a toujours pris le temps d'écouter mes histoires, autour d'une boîte de gâteaux, et qui a toujours été généreuse, que ce soit en conseils ou en nourriture.

A mon meilleur ami, Valentin, qui me suit toujours dans toutes mes aventures, et qui trouve toujours comment me remonter le moral.

A mes deux frères, Anthony et Raphael,

A ma famille, Patricia, Monique, Raphael, et tous les autres qui seraient bien trop nombreux à nommer,

A mes amis, Lyse, Soraya, Kenza, Nesrine, Philippe, et les autres

Merci d'avoir été là quand j'en avais besoin, et pour tous les bons moments qu'on a passés et qu'on passera ensemble.

SERMENT

« **A**u moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

LISTE DES ABBREVIATIONS

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

ADRI : Acquisition des DRoits

ALD : Affection de Longue Durée

ANCT : Agence Nationale de la Cohésion des Territoires

ARS : Agence Régionale de Santé

ASALEE : Action de Santé Libérale en Equipe

CDR : Consultation des Droits du patient

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CMSI : Centre Médical de Soins Immédiats

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPS : Carte de Professionnel en Santé

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CSS : Complémentaire Santé Solidaire

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

DMP : Dossier Médical Partagé

DMTi : Déclaration Médecin Traitant

DNS : Délégué Numérique en Santé

ESP : Equipe de Soins Primaires

ETP : Education Thérapeutique du Patient

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IDSP : Infirmière Déléguée à la Santé Publique

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IMTi : module Information Médecin Traitant

INS : Identifiant National en Santé

IPA : Infirmière de Pratique Avancée

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MEP : Médecin à Expertise Particulière

MG : Médecin Généraliste

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

MT : Médecin Traitant

NIR : Numéro d'Inscription au Répertoire

NP : Nouveau(x) Patient(s)

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PEC : Prise En Charge

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

ROC : Référent des Organisation Coordonnées

ROSP : Rémunération sur les Objectifs de Santé Publique

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SCM : Société Civile de Moyens

SNP : Soins Non Programmés

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

TLSi : TélÉService

VAD : Visite A Domicile

VSM : Volet de Synthèse Médicale

ZAC : Zone d'Action Complémentaire

ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire

DEFINITIONS :

Acte AIS4 :

« Séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière et de prévention, AIS 4 pour une séance de 30 min. Cet acte comporte :

- *Le contrôle des principaux paramètres servant à la prévention et à la surveillance de l'état de santé du patient ;*
- *La vérification de l'observance du traitement et de sa planification ;*
- *Le contrôle des conditions de confort et de sécurité du patient ;*
- *Le contrôle de l'adaptation du programme éventuel d'aide personnalisée ;*
- *La tenue de la fiche de surveillance et la transmission des informations au médecin traitant ;*
- *La tenue de la fiche de liaison et la transmission des informations à l'entourage ou à la tierce personne qui s'y substitue.*

Cet acte ne peut être coté qu'une fois par semaine. Il ne peut l'être pendant la période durant laquelle sont dispensées des séances de soins infirmiers, ni pendant la mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée, ni avec des actes incluant une surveillance dans leur cotation. Le cumul avec un autre acte médico-infirmier inscrit au présent titre a lieu conformément à l'article 11 B des dispositions générales.

La cotation de séances de surveillance clinique infirmière et de prévention est subordonnée à l'élaboration préalable de la démarche de soins infirmiers. Ces séances ne peuvent être prescrites pour une durée supérieure à trois mois. Leur renouvellement nécessite la prescription et l'élaboration d'une nouvelle démarche de soins infirmiers. » (1)

Infirmière Asalée :

Asalée, ou Action de Santé Libérale en Equipe, est une association créée en 2004 permettant l'activité coordonnée entre un médecin généraliste et une infirmière déléguée à la santé publique. Elle propose une éducation thérapeutique personnalisée en équipe avec le médecin, d'autonomiser un patient au regard de ses pathologies chroniques, et une amélioration globale de la prise en charge grâce à un suivi régulier (2).

Médecins à Expertise Particulière :

Un MEP est un médecin ayant un mode diagnostic et/ou thérapeutique spécifique. Certaines expertises sont dites « proches de la médecine générale » : médecine gériatrique, médecine du sport, médecine d'urgence. D'autres sont dites « éloignées de la médecine générale » : allergologie, angiologie, diabétologie, médecine légale. Ils sont considérés par l'Assurance Maladie comme faisant partie des omnipraticiens et un des traits commun est la valeur des tarifs conventionnels des actes de consultation et de visite (3).

I. Table des matières

<i>II. Introduction</i>	26
<i>III. Mise au point sur la situation actuelle</i>	27
<i>A. Définitions</i>	27
1. <i>Le dispositif médecin traitant</i>	27
2. <i>La CPTS</i>	29
<i>B. Etats des lieux</i>	31
1. <i>La CPTS de Metz et Environs</i>	31
2. <i>La CPTS de la Métropole Nancéienne</i>	34
<i>C. Actions menées par les CPTS de France</i>	38
1. <i>CPTS Centre Haute Marne</i>	39
2. <i>CPTS Portes de Provence</i>	41
3. <i>CPTS Médoc Sud</i>	43
4. <i>CPTS Paris 13</i>	45
5. <i>CPTS Lien Santé 77</i>	48
6. <i>CPTS Est Orléanais</i>	51
7. <i>CPTS Hygie Nord-Essonne</i>	55
8. <i>CPTS Paris 10</i>	57
9. <i>CPTS Anonyme 1</i>	59
10. <i>CPTS anonyme 2</i>	60
<i>IV. Etude qualitative Grand Nancy</i>	61
<i>A. Introduction</i>	61
<i>B. Objectifs de l'étude</i>	62
<i>C. Méthodologie</i>	62
1. <i>Recherche qualitative, définitions</i>	62
2. <i>Choix de la méthode</i>	63
3. <i>Critères d'inclusion et d'exclusion</i>	63
4. <i>Questionnaire</i>	63
5. <i>Déroulement des entretiens et retranscription</i>	64
6. <i>Codage et saturation des données</i>	65
<i>D. Limites de l'étude</i>	65
1. <i>Répartition territoriale</i>	65
2. <i>Biais</i>	65
<i>E. Résultats</i>	67
1. <i>Connaissance du phénomène</i>	69

2.	<i>Critères déterminants l'acceptation de nouveaux patients</i>	70
3.	<i>Connaissance et place des aides à l'exercice</i>	78
4.	<i>Propositions d'actions de santé</i>	88
5.	<i>Adhésion à l'action de la CPTS 54</i>	93
6.	<i>Leviers d'action potentiels</i>	97
F.	<i>Discussion</i>	98
1.	<i>L'information, indispensable adjuvant des aides à l'exercice</i>	98
2.	<i>Les visites à domicile, au centre des difficultés</i>	105
3.	<i>La liste des médecins non saturés : une idée à adapter</i>	118
G.	<i>Conclusion</i>	122
V.	<i>Analyse des freins techniques</i>	123
A.	<i>Identification des patients sans médecin traitant via les logiciels métiers</i>	123
1.	<i>Généralités</i>	123
2.	<i>Etat des lieux des différents logiciels médicaux</i>	125
3.	<i>Les Ségur de la santé</i>	128
B.	<i>Identification via les dispositifs mis à disposition par la CPAM</i>	129
1.	<i>Du point de vue du médecin</i>	129
2.	<i>Du point de vue du patient</i>	131
C.	<i>Moyens actuellement utilisés par la CPAM</i>	133
VI.	<i>Conclusion</i>	134
VII.	<i>Bibliographie</i>	138
VIII.	<i>Annexes</i>	147
A.	<i>Partie état des lieux : Annexe 1 : Données Brutes CPAM Metz</i>	147
B.	<i>Partie étude qualitative</i>	148
1.	<i>Questionnaire</i>	148
2.	<i>Proposition de fiche de renseignements</i>	149
3.	<i>Retranscription des entretiens</i>	150
C.	<i>Partie analyse des freins</i>	204
1.	<i>Fiches informations praticiens</i>	204
2.	<i>Retranscription de l'entretien CPAM</i>	205

Répartition du travail :

Travail commun : (*Police Calibri*)

- Partie « action menée par les CPTS de France »

Travail de Jean-François VUILLAUME : (*Police Times New Roman*)

- Etat des lieux partie sur la CPTS de la métropole Nancéienne
- Partie « Etude qualitative sur le Grand Nancy »
- Conclusion et annexes en rapport

Travail de Fabien POTIER : (*Police Arial*)

- Introduction
- Etat des lieux définitions et CPTS de Metz et Environs
- Etude des freins techniques à l'identification du médecin traitant
- Conclusion et annexes en rapport

II. Introduction

Créées par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, les CPTS, ou Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, sont des instances territoriales visant à optimiser l'organisation de la santé sur un territoire, à travers des missions socles et complémentaires écrites dans un projet de santé. Portées par des professionnels de santé libéraux de premier ou second recours, et en lien étroit avec les acteurs sociaux et médicosociaux souhaitant travailler ensemble, les CPTS aident à répondre aux besoins en santé sur les territoires. Leurs missions ont été remises au centre des priorités nationales dans la loi de réforme de 2018 intitulée « Ma santé 2022 ».

La mission qui nous intéresse ici concerne l'amélioration de l'accès aux soins, et notamment la réduction du nombre de patients sans médecin traitant. **Nous aborderons cette problématique en étudiant les données disponibles sur le territoire de la CPTS de Metz et Environs.**

Par ailleurs, nous aborderons la problématique des difficultés pour des MT d'accepter des nouveaux patients. **Au regard d'un phénomène risquant de s'aggraver ces prochaines années et dans l'optique d'améliorer l'accès au médecin traitant, il semble intéressant d'interroger les médecins généralistes libéraux de la Métropole du Grand Nancy à la recherche de leviers pouvant répondre à leurs difficultés.**

Pour finir, nous allons nous baser sur un recueil des différentes actions menées par des CPTS de France afin d'élaborer **une « boîte à outils » qui pourrait être utilisée par les CPTS**

III. Mise au point sur la situation actuelle

A. Définitions

1. Le dispositif médecin traitant

a) Qui est le médecin traitant

Le médecin traitant est un médecin que le patient choisit. Patient et médecin signent un contrat l'un envers l'autre. Le patient demande au médecin s'il accepte d'être son médecin traitant. De son côté le médecin accepte d'être le médecin traitant du patient. Il peut être un médecin généraliste, mais peut aussi être un spécialiste, peu importe son mode d'exercice ou de conventionnement. La déclaration peut se faire soit de manière informatique sur le site « Ameli Pro », soit par signature conjointe du Cerfa N°12485*03. Cet engagement n'a pas de durée de fin et ne nécessite pas d'être renouvelé. Il peut de plus être rompu n'importe quand à la demande du médecin ou du patient. En cas de litige, un conciliateur existe à l'Assurance maladie qui peut être saisi (4–6).

Le rôle du médecin traitant est multiple. Il est tout d'abord le garant du suivi médical de son patient, en se positionnant au centre du parcours de soins coordonnés. Il est détenteur du dossier médical de son patient qu'il va enrichir dès que besoin avec les données cliniques, paracliniques, et les avis des autres soignants. Il va aussi jouer un rôle de prévention et de coordination des dépistages. Pour finir, c'est lui aussi qui va établir le protocole de soins en cas d'affection de longue durée (5).

Ce dispositif présente aussi des avantages pour le médecin lui-même qui va bénéficier de deux principales rémunérations spécifiques des médecins traitants. La première est le forfait patientèle médecin traitant, disponible pour tout médecin conventionné en secteur 1 ou en secteur 2 Optam : Chaque déclaration va déclencher un paiement annuel d'un montant variable selon le profil du patient, allant de 5€ pour un patient sans ALD entre 7 et 79 ans à 70€ pour un patient en ALD de plus de 80 ans. Ce forfait est payé en quatre échéances et peut être majoré pour un médecin ayant déclaré plus de patients bénéficiant de la CSS que la moyenne nationale (7).

La deuxième rémunération disponible pour le médecin traitant est la ROSP médecin traitant. Le calcul du montant de cette ROSP se fait par une attribution de points selon 29 indicateurs. Ces indicateurs englobent des objectifs divers couvrant le suivi de pathologies chroniques, la prévention ainsi que des calculs d'efficacités de prescriptions médicamenteuses.

b) Hors parcours médecin traitant

Il existe plusieurs types de consultations hors parcours médecin traitant et les implications seront différentes pour le patient.

La première situation notable est lorsque le patient n'a pas la possibilité de consulter son médecin traitant. Si la raison est une absence du médecin traitant, il est possible de consulter n'importe quel médecin et celui-ci doit cocher la case « médecin remplaçant ». Si le patient est à distance de son domicile, le médecin devra cocher la case « Hors résidence habituelle ». Pour finir, si le médecin traitant ne propose pas de rendez-vous rapide pour une situation urgente (nécessitant une prise en charge dans les huit heures) et mettant en jeu le pronostic vital du patient, il peut consulter n'importe quel médecin qui devra cocher la case « Urgence ». Dans tous les cas on considère que le parcours médecin est respecté à condition que le médecin traitant du patient soit informé de la consultation, et le patient sera donc remboursé selon les conditions habituelles de son régime (5,6).

Certains praticiens sont en accès direct et ne sont pas concernés par ce parcours. Ce sont les stomatologues, les gynécologues et les ophtalmologues. Pour le gynécologue cela s'applique quand il s'agit du suivi périodique, du suivi d'une contraception, d'une grossesse ou pour une IVG. Pour l'ophtalmologue, dans le cadre du suivi et de la prescription des lunettes ainsi que le dépistage et le suivi des glaucomes. Il est aussi possible pour les patients entre 16 et 25 ans de consulter un psychiatre ou un neuropsychiatre. Les enfants de moins de seize ans ne sont pas concernés par l'obligation d'orientation préalable (5,6).

Dans toutes les autres situations, le patient est considéré comme hors parcours coordonné et le remboursement sera limité. Il sera limité à 30% de la part obligatoire du tarif contre 70% (Régime général) ou 90% (Régime local) quand dans le parcours (6).

2. Les CPTS

a) Qu'est-ce qu'une CPTS

La Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) est une entité regroupant tous les acteurs de santé d'un territoire donné souhaitant travailler ensemble pour répondre à des besoins de santé identifiés (8,9). Contrairement aux autres structures de coordination, elle se concentre sur la prise en charge du territoire et non d'une patientèle (8).

Elle peut comprendre (10) :

- Les professionnels de santé libéraux et salariés
- Les structures de coordination
- Les établissements de soins
- Les structures médico-sociales
- Les dispositifs d'appui

La création de cette structure découle de la mise en lumière de deux difficultés du système de santé français : la première étant une organisation des soins de ville qui peut être améliorée en regard de la démographie des professionnels et de la population, l'accroissement des maladies chroniques ; la seconde est un fort sentiment d'isolement ressenti par les professionnels de santé et l'important cloisonnement entre la médecine hospitalière et la médecine de ville (9).

L'organisation de la CPTS se fait autour d'un projet de santé, qui est construit, validé, et appliqué par les professionnels de santé eux-mêmes. Il doit répondre aux principaux axes de travail de l'accord national mais par des moyens qui seront laissés à l'entière appréciation des acteurs locaux (9). La structure juridique portant cette organisation est obligatoirement une Association de loi 1901 (10).

La constitution d'une telle structure présente de nombreux avantages pour les professionnels et les patients qui sont mis en avant par les sites des organismes décideurs. Les plus notables sont (10) :

- Améliorer la qualité des prises en charge
- Recevoir du soutien dans son exercice, notamment dans le cadre des patients complexes
- Optimiser son temps médical et soignant
- Avoir une meilleure connaissance des acteurs du territoire
- Lutte contre les déserts médicaux
- Améliorer l'attractivité du territoire

b) L'ACI

Afin de bénéficier de financements versés par l'Assurance Maladie, les CPTS doivent signer un Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI), accord passé entre les professionnels du territoire, la CPAM et l'ARS (8). Il est validé par les syndicats représentant les différentes professions médicales le 20 juin 2019 et entrera en vigueur le 25 août 2019 (9). Il est de plus renégocié de façon périodique.

Cet accord comporte différents axes de travail, appelés « missions » qui sont au nombre de six, réparties en quatre missions socles et deux missions optionnelles (8,9) :

- Missions socles
 - 1) Faciliter l'accès aux soins du patient
 - Accès du patient au médecin traitant
 - Faciliter la prise en charge des soins non programmés
 - 2) Mise en place de parcours patients afin de faciliter les prises en charge et favoriser le maintien à domicile des patients complexes
 - 3) Mise en place d'actions de prévention, de dépistage et de promotion de la santé
 - 4) Répondre aux crises sanitaires par un plan d'action adapté
- Missions optionnelles
 - 5) Favoriser l'échange de bonnes pratiques médicales et soignantes
 - 6) Accompagner les professionnels de santé du territoire

Le montant du financement va donc dépendre de la mise en place totale ou partielle de ces actions, mais aussi de la taille de la population concernée par le territoire de la CPTS. Elle va de plus pouvoir être majorée de 10% si la structure compte plus de 100 adhérents (9).

B. Etats des lieux

1. La CPTS de Metz et Environs

a) Situation du territoire

Démographie territoire	Nombre de communes		68		
	Nombre d'habitants		263 000		
CPTS	Existe depuis		26 juin 2018		
	Nombre d'adhérents		750		
Indicateurs démographie sanitaire	Nombre de professionnels de santé libéraux		1696		
	Médecins généralistes	Nombre		281	
		Dont MEP			
		Dont + 55 ans		156	
	Nombre de patients par généraliste		922		
	Structures sanitaires	MSP conventionnées		2 2 en projet	
		CHR		1	
		Cliniques		1	
ESPIC		1			
			Valeur	Moyenne Nationale	
Indicateurs accès aux soins	Nombre total de bénéficiaires		203 000	69000000	
	Part des patients de 16 ans et + à la CSS				
	Part des patients de 16 ans et + sans MT (en %)		10,2 %	11 %	
	Part des patients consultation 3 fois par an le même médecin traitant (en %)		3,4 %		
	Part des patients de 16 ans et + en ALD et sans MT (en %)		6,5 %	9,4 %	
	Médecins généralistes installés pour 100 000 habitants		106 (11)	286 (12)	

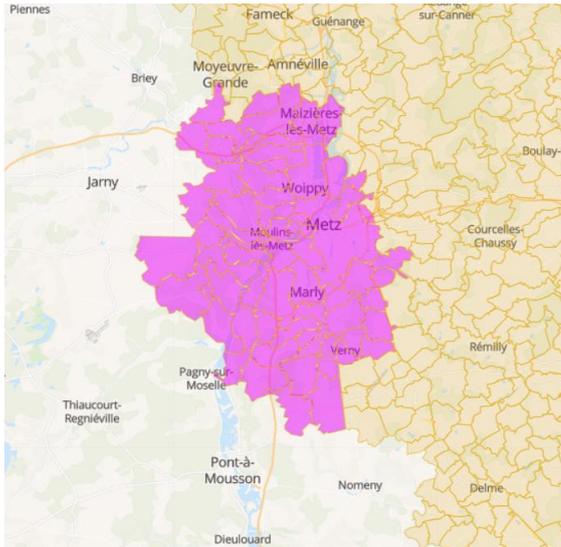


Figure 1 : Représentation du territoire de la CPTS de Metz et environs. Source : Fédération Nationale des CPTS - <https://www.fcpts.org/cartographies/cartographie-departementale-des-cpts/cartographie-moselle/> -Données Leaflet

Créée le 26 juin 2018 et inaugurée le 13 novembre 2018, la CPTS de Metz et Environs agit sur un territoire comportant 68 communes et 263 000 habitants. Elle touche une population médicale de 1696 professionnels de santé libéraux dont 281 médecins généralistes et 346 médecins spécialistes. On retrouve donc une moyenne de 106 médecins libéraux pour 100 000 habitants, ce qui ne représente même pas la moitié de la moyenne nationale.

Nous avons eu l'idée de demander les données de la CPAM concernant les patients sans médecin traitant du territoire. Les données brutes communiquées sont disponibles en Annexe 1. Nous avons ensuite cherché à comparer ces données aux moyennes nationales à la même période. Cependant aucun document ne mentionnait explicitement ces valeurs sur cette période, il a donc fallu extrapoler. Un rapport du sénat publié en mars 2022 mentionne que 11 % de la population n'aurait pas de médecin traitant de déclaré (13). Un rapport de séance du sénat mentionne la même valeur en mars 2023 (14). Nous pouvons donc considérer que cette valeur est comparable pour toute l'année 2022. Concernant le nombre de patient sans médecin traitant consultant le même médecin au moins trois fois dans l'année, nous n'avons pas trouvé de données comparables au niveau national, nous ne pourrions donc pas effectuer de comparaison, celle-ci sera donc faite par rapport à Nancy. Pour finir, un autre biais peut être retenu : les données utilisées proviennent uniquement de l'Assurance Maladie, et ne concernent pas les autres régimes.

La première analyse de ces données rapporte que la CPTS de Metz et Environs présente une démographie médicale inférieure à la moyenne nationale, certes potentiellement faussée par une démographie fortement augmentée sur les métropoles, mais il s'agit ici aussi d'une CPTS urbaine.

Nous pouvons ensuite noter que le taux de patients sans médecin traitant et de patients en ALD sans médecin traitant reste inférieur à la moyenne nationale. Le taux de patients consultant le même médecin généraliste au moins 3 fois dans l'année est seulement de 3,4 %.

L'intérêt maintenant sera de comparer les données que nous avons obtenu sur la CPTS de Metz et Environs à celles obtenues sur la CPTS du Grand Nancy

b) Mission accès aux soins

La première étape consiste à établir un lien avec la CPAM de Moselle afin de prévenir les patients consultant plusieurs fois le même médecin traitant dans l'année d'établir une déclaration.

La deuxième étape est plus longue. Tout d'abord un agent administratif a été engagé pour recenser tous les médecins traitants du secteur acceptant toujours des nouveaux patients. Cet agent a de plus eu comme mission de collecter les informations administratives de tous les patients souhaitant trouver un médecin. Pour cela, une campagne de publication a été réalisée auprès des pharmacies afin de diffuser le numéro de téléphone et l'adresse électronique auxquels les patients peuvent contacter la CPTS.

Le recueil de ces données a nécessité l'utilisation d'un logiciel de gestion de base de données (File maker), plus efficient qu'un tableau Excel.

Un processus de prise en charge a été établi qui permet de définir les rôles de chacun dans le traitement des demandes. Deux internes en MG ont une vacation hebdomadaire à la CPTS dans le cadre de leur SASPAS. Leur rôle est de rentrer en contact avec les patients dont le dossier est complexe et nécessite une expertise médicale.

Une collaboration a été récemment instaurée avec une infirmière libérale qui va assurer des vacations durant lesquelles elle pourra se rendre au domicile des patients ne pouvant pas se déplacer.

Le stockage des données médicales se fait de manière sécurisée. Il utilise le logiciel Medicall qui est hébergé en ligne et déjà utilisée par le cabinet médical de garde de Metz. L'idée est qu'un dossier ainsi créé puisse éventuellement bénéficier au patient concerné qui consulterait sur le cabinet de garde. L'utilisation du DMP est souhaitée mais se heurte à quelques problèmes techniques (impossibilité d'utiliser une CPE ou CPF pour alimenter un DMP)

2. La CPTS de la Métropole Nancéienne

a) Situation du territoire

Démographie territoire (2021)	Nombre de communes		20		
	Nombre d'habitants		257 915		
CPTS	Existe depuis		Juillet 2019		
	Nombre d'adhérents		69 MG		
Indicateurs démographie sanitaire (2022)	Nombre de professionnels de santé libéraux		2333		
	Médecins généralistes	Nombre		315	
		Dont MEP		47	
		Dont + 60 ans		88	
	Nombre de patients par généraliste		1510		
	Structures sanitaires	MSP conventionnées		2	
		CHRU		1	
		Cliniques		5	
Centres de santé médicaux		-			
			Valeur en %	Moyenne Nationale	
Indicateurs accès aux soins (2022)	Part des patients de 17 ans et + en ALD		22,1	23,4	
	Part des patients de 17 ans et + à la CSS		15,5	10,6	
	Part des patients de 17 ans et + sans MT		8,9	11,4	
	Part des patients de 70 ans et + sans MT		4	5,8	
	Part des patients de 17 ans et + en ALD et sans MT		0,7	1,2	
	Part des patients de 17 ans et + à la CSS et sans MT		1,8	1,5	

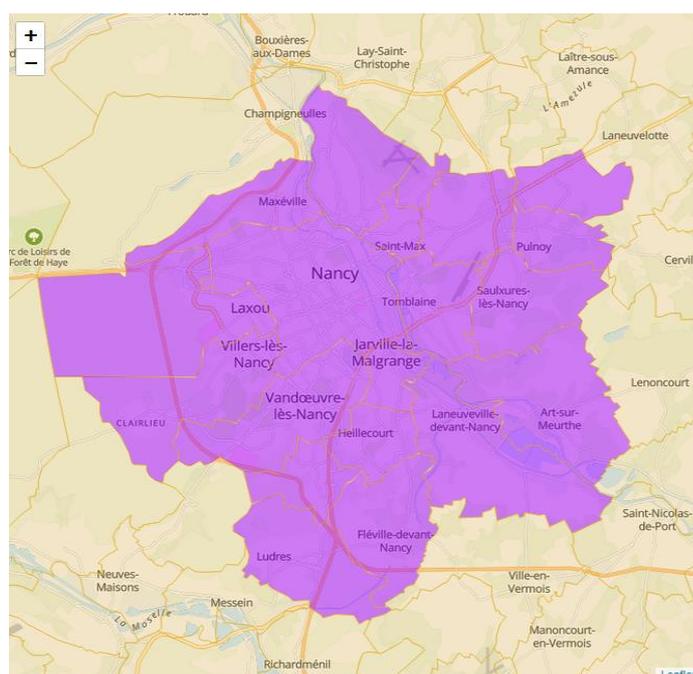


Figure 2 : Représentation du territoire de la CPTS de la Métropole Nancéienne. Source : Fédération Nationale des CPTS - <https://www.fcpts.org/cartographies/cartographie-departementale-des-cpts/cartographie-meurthe-et-moselle/> - Données Leaflet

La Métropole du Grand Nancy regroupe environ 257 000 habitants au sein de vingt communes, la ville de Nancy en comptant à elle seule environ 104 000. Ce vaste territoire est la quatrième intercommunalité de la région Grand Est, se situant derrière les métropoles de Strasbourg, Mulhouse, et la communauté urbaine de Reims. L'offre de soins de premier niveau de ce vaste territoire révèle des chiffres de prime abord satisfaisants : en effet on comptabilise au sein de ce territoire 315 médecins généralistes libéraux au 1^{er} janvier 2022 (dont 47 MEP, cf. glossaire), soit une très correcte densité de 122 pour 100 000 habitants, un chiffre légèrement supérieur à la moyenne nationale de 121 (ce dernier chiffre incluant cependant les médecins généralistes avec activité salariée). De plus, l'accessibilité est également satisfaisante avec 87 % de la population habitant à moins de dix minutes de marche d'un médecin généraliste. En renfort de ces effectifs, la métropole comporte également des dispositifs permettant d'optimiser les parcours de santé et leur accessibilité : une plateforme territoriale d'appui (PTA) et une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) (15–17).

La PTA du Grand Nancy, lancée en juillet 2019, est un dispositif issu de l'évolution du Réseau Gérard Cuny (RGC) préexistant. La PTA facilite l'accompagnement des parcours de santé complexes en assurant une mission d'information et d'orientation principalement destinée aux professionnels du territoire (secteurs social, médico-social et sanitaire), une mission d'évaluation médico-psycho-sociale, mais également d'accompagnement des situations individuelles avec l'accord du médecin traitant. A noter que ces missions respectent un principe de subsidiarité sur le territoire, et que les interventions de la PTA ne sont possibles qu'après accord du médecin traitant de la personne (18). Depuis le 1^{er} janvier 2023, la PTA a intégré le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) 54 : créés dans la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (19), les DAC regroupent les différents dispositifs d'appui d'un territoire (souvent un département) répondant à des problématiques différentes (PTA, réseaux de santé, MAIA (Méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie), CTA (Coordinations Territoriales d'Appui)), afin de gagner en lisibilité en tant qu'interlocuteur unique pour les professionnels ou toute personne nécessitant une orientation dans une situation médico-sociale complexe (20).

La CPTS de la Métropole Nancéienne, créée en juillet 2019, compte une centaine d'adhérents dont 69 médecins généralistes, et s'investit dans quatorze actions s'articulant autour des missions d'accès aux soins, de prévention, et de parcours de soins (21).

Malgré cet environnement a priori satisfaisant, une part non négligeable de la population de ce grand bassin de vie n'a pas déclaré de médecin traitant : 8,9 % des adultes de plus de 17 ans sont concernés, soit environ 17 700 patients. Véritable pilier de prévention et de coordination du parcours de soins, le médecin traitant occupe pourtant une place centrale dans le suivi du patient. L'offre de soins étant fragilisée par le vieillissement de ses professionnels de santé (27 % des généralistes sont âgés de plus de 60 ans) et par la tendance nationale depuis plusieurs années à la baisse de la densité médicale, on peut redouter une aggravation du phénomène à l'avenir. Avec 16 % de la population générale bénéficiant du régime d'ALD, les besoins de suivi et de coordination des soins sont bien réels, et il serait préjudiciable que des patients complexes soient en rupture de suivi à la suite du départ en

retraite de leur médecin, faute d'avoir pu trouver de praticien acceptant de les prendre en charge (12,22).

La mission d'accès aux soins des CPTS doit répondre à ces problématiques, dont nous allons détailler les actions envisagées sur la Métropole du Grand Nancy.

b) Mission accès aux soins

Cette mission doit répondre à deux objectifs : faciliter l'accès au MT, et améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville. Pour cela, deux actions sont en cours de déploiement par la CPTS (23) :

➤ **Action 1** : Appui à l'accès à un MT pour les patients qui le nécessitent

❖ Justification :

Les patients sans MT, s'ils sont dans cette situation par choix ou négligence pour une part d'entre eux, sont un véritable enjeu de santé publique en raison de l'absence de suivi et l'échappement aux moyens de prévention des maladies chroniques. Si la part de 8,9 % des adultes de 17 ans et plus sans MT déclaré est inférieure à la moyenne nationale, cela représente tout de même près de 20 000 personnes. Il est également à noter une part importante de l'absence de déclaration de MT dans les populations précaires bénéficiant de la CSS (environ 15 %), supérieure à la moyenne nationale.

❖ Modalités d'action :

1. Recensement exhaustif des MT via l'annuaire santé à disposition sur le site internet de l'Assurance Maladie, puis prise de contact pour déterminer ceux qui acceptent de recevoir des NP.

2. Elaboration d'une liste de médecins de la Métropole acceptant des NP à intégrer à leur patientèle, en indiquant les coordonnées du professionnel ainsi que ses possibilités à réaliser des VAD.

3. Elaboration d'une cartographie par la CPAM 54 des habitants de la Métropole n'ayant pas de MT (ceux qui n'en ont jamais déclaré, et ceux ayant un MT fictif ayant cessé son activité), ainsi que leur adresse et leur possibilité ou non de se déplacer en consultation. Il est également envisagé de faire état des freins administratifs éventuels rencontrés par ces patients à l'accès au MT, afin de déterminer des moyens d'y remédier.

4. Distribution de la liste de médecins sus-décrite aux habitants sans MT de la métropole, par l'ensemble des professionnels de santé membres de la CPTS, notamment les équipes de soins primaires, les MSP, les pharmacies, le CMSI, SOS Médecins, les SAU

hospitaliers, la PASS du CHRU, France Assos Santé, et la CPAM 54. Cette liste aurait pour vocation à être actualisée annuellement. Nous reviendrons sur son fonctionnement et sa perception au sein de la population de médecins généralistes adhérents à la CPTS dans le troisième chapitre.

➤ **Action 2** : Structuration de la prise en charge des soins non programmés

❖ **Justification** :

Garantir un accès aux soins non programmés constitue l'un des enjeux du plan national pour renforcer l'accès aux soins, présenté par le premier ministre et la ministre des Solidarités et de la Santé à Châlus le 13 octobre 2013. L'objectif est d'assurer une réponse aux SNP aux horaires d'ouverture des cabinets de ville, cette action vise donc à organiser la prise en charge de ces soins ainsi que des urgences ressenties et non vitales, afin de soulager les services d'urgences hospitaliers.

❖ **Modalités d'action** :

La procédure d'organisation des soins non programmés a été étudiée selon le déroulement suivant :

1. Régulation des demandes reçues par le SAMU qui déterminera si la situation relève de la médecine générale ou des urgences hospitalières.

2. Transfert des appels relevant de la médecine générale à un télésecrétariat par numéro dédié (ici « Stan Pro ») entre 8h et 20h.

3. Recherche par le télésecrétariat d'un médecin pouvant répondre à la demande en ville avec ordre de priorité :

- Médecin ou pédiatre traitant
- Médecin membre de la même ESP / MSP
- MG de la Métropole impliqué dans le projet, avec accès à un agenda à distance
- Médecin du CMSI / SOS Médecins
- Prise en charge effective avec rédaction par le médecin d'un compte rendu écrit adressé au SAMU.

Afin d'explorer d'autres types d'actions de cette mission accès aux soins, nous allons détailler les pistes envisagées par d'autres CPTS du territoire national.

C. *Actions menées par des CPTS de France*

Nous avons interrogé le forum des CPTS afin de recueillir des retours sur les actions en cours concernant la mission d'accès aux soins.

Au total une dizaine de CPTS auront répondu favorablement et auront accepté de nous parler de leur stratégie. Les échanges auront eu lieu principalement par téléphone avec une coordinatrice ou un des médecins adhérents, parfois par mail, les informations transmises étant ainsi plus ou moins détaillées en fonction des cas. Parfois, la mise en place de la CPTS était trop récente pour aborder de façon précise les actions envisagées, tandis que d'autres avaient de nombreux éléments à partager.

Il semblait important de contextualiser chaque réponse apportée, ainsi la CPAM de chaque territoire correspondant a été sollicitée afin de nous communiquer des chiffres de démographie médicale et autres indicateurs d'accès aux soins pertinents (datant de 2021), regroupés sous forme de tableaux.

Deux CPTS auront exigé l'anonymat, les éléments de contextualisation de la CPAM n'auront donc pas été détaillés dans leur cas pour ne pas les identifier, et seront évoquées uniquement les informations communiquées par la coordinatrice.

L'objectif de ce chapitre n'est pas d'étudier chaque situation, mais de faire une sorte d'inventaire d'actions envisageables pour que d'autres CPTS puissent éventuellement s'y inspirer dans un contexte démographique où le temps presse et chaque idée est « bonne à prendre ».

Les données présentées ici sont principalement issues des échanges avec les CPTS et CPAM concernées, à l'exception des données cartographiques, et quelques éléments de démographie médicale complétés via la base de données REZONE de la CNAM, permettant au final de disposer de tableaux exhaustifs et comparables (22).

1. CPTS Centre Haute Marne

Démographie territoire	Nombre de communes		151		
	Nombre d'habitants		62 675		
CPTS	Existe depuis		Novembre 2019		
	Nombre d'adhérents		Une centaine		
Indicateurs démographie sanitaire	Nombre de professionnels de santé libéraux		291		
	Médecins généralistes	Nombre		50	
		Dont MEP		5	
		Dont + 60 ans		18	
	Nombre de patients par généraliste		1366		
	Structures sanitaires	MSP conventionnées		2	
		CH		1	
		Cliniques		1	
Centres de santé médicaux		N/A			
			Valeur en %	Moyenne Nationale	
Indicateurs accès aux soins	Part des patients de 17 ans et + en ALD		28,5	23,4	
	Part des patients de 17 ans et + à la CSS		10,5	10,6	
	Part des patients de 17 ans et + sans MT		11,9	11,4	
	Part des patients de 70 ans et + sans MT		8,2	5,8	
	Part des patients de 17 ans et + en ALD et sans MT		2,2	1,2	
	Part des patients de 17 ans et + à la CSS et sans MT		2,7	1,5	

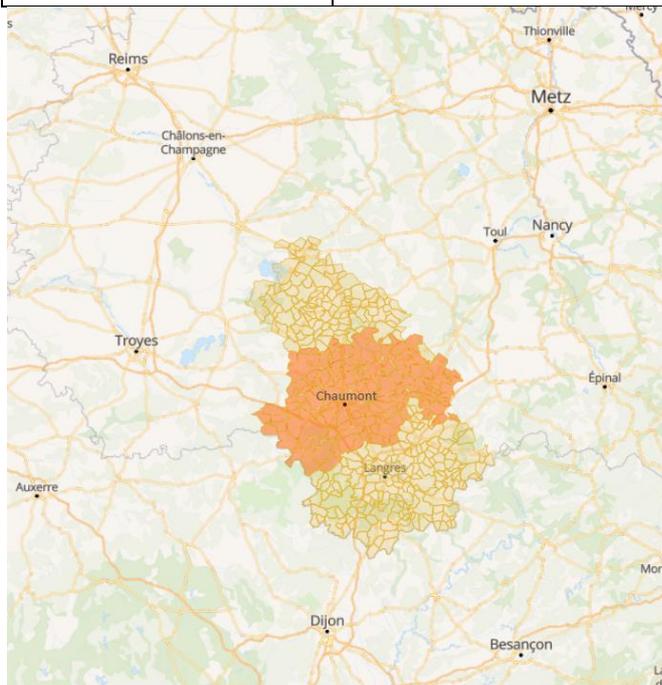


Figure 3 : Représentation du territoire de la CPTS Centre Haute Marne (ici en orange) au sein du département de la Haute-Marne.

Source : Fédération Nationale des CPTS - <https://www.fcpts.org/cartographies/cartographie-departementale-des-cpts/cartographie-haute-marne/> - Données Leaflet

➤ Actions envisagées :

○ Action 1 :

- **Identifier les patients sans MT et favoriser la déclaration, avec un ciblage particulier pour les cas les plus urgents.** Dans tous les cas il ne sera pas imposé aux médecins de prendre des NP, car cela limiterait le nombre d'adhérents.

○ Action 2 :

- **Organisation d'un système efficace de prise en charge des soins non programmés :**

→ Développement de solutions ambulatoires, deux axes de réflexion :

- Mise en place d'un site dédié permettant d'assurer des consultations en soirée entre 17 et 20 h.
- Dans les lieux périphériques, réflexion sur la possibilité de mise à disposition de plages de consultations non programmées chez les médecins adhérents.

→ Développement de la télémédecine

→ Limiter le recours aux services d'urgences

→ Favoriser les VAD des différents professionnels de santé

○ Action 3 :

- **Déployer la télémédecine :** fournir à tous les médecins du territoire un dispositif associé au DMP, simple d'utilisation.

2. CPTS Portes de Provence

Démographie territoire	Nombre de communes		58	
	Nombre d'habitants		85 849	
CPTS	Existe depuis		Décembre 2020	
	Nombre d'adhérents		N/A	
Indicateurs démographie sanitaire	Nombre de professionnels de santé libéraux		707	
	Médecins généralistes	Nombre	73	
		Dont MEP	6	
		Dont + 60 ans	24	
	Nombre de patients par généraliste		2006	
	Structures sanitaires	MSP conventionnées	2	
		CH	2	
		Cliniques	1	
Centres de santé médicaux		0		
			Valeur en %	Moyenne Nationale
Indicateurs accès aux soins	Part des patients de 17 ans et + en ALD		22,8	23,4
	Part des patients de 17 ans et + à la CSS		9,1	10,6
	Part des patients de 17 ans et + sans MT		10,5	11,4
	Part des patients de 70 ans et + sans MT		4,3	5,8
	Part des patients de 17 ans et + en ALD et sans MT		1	1,2
	Part des patients de 17 ans et + à la CSS et sans MT		1,9	1,5

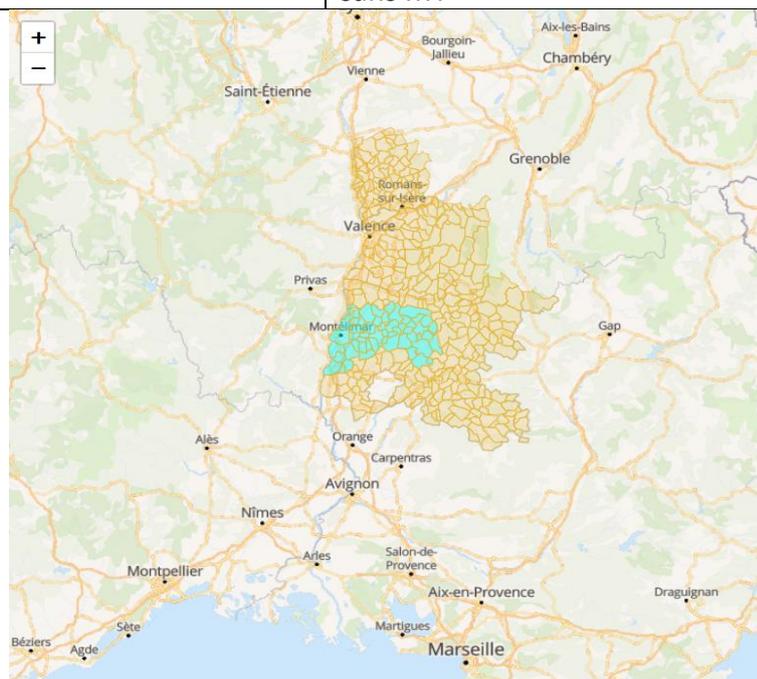


Figure 4 : Représentation du territoire de la CPTS Sud Angoumois (ici en bleu turquoise) au sein du département de la Drôme.

Source : Fédération Nationale des CPTS - <https://www.fcpts.org/cartographies/cartographie-departementale-des-cpts/cartographie-drome/> - Données Leaflet

➤ Mission accès aux soins :

- Les solutions pour l'accès au MT sont limitées, car il y a un problème de nombre de médecins généralistes, au maximum de leurs capacités.

➤ Actions envisagées :

➔ **Court terme :** Priorisation de l'accès au MT pour les plus fragiles (ALD, retour d'hospitalisation ou de pathologie aiguë nécessitant une surveillance à long terme, plus de 75 ans, précarité (CSS ou tutelle)).

Afin d'y parvenir, nécessité d'une coordination entre :

- Les MG qui accepteront de recevoir un peu plus de patients quand ils le peuvent
- Les professionnels de santé de ville ou d'hôpital qui pourront recenser les patients en situation prioritaire
- Et la coordinatrice de la CPTS qui fera le lien.

➔ **Moyen / long terme :** Travailler sur l'attractivité du territoire pour de nouveaux médecins, par exemple en organisant des rencontres à chaque changement d'internes, entre ces derniers et les membres de la CPTS pour présenter les différents projets, proposer des logements en partenariat avec la mairie... Créer des conditions propices aux futures installations.

3. CPTS Médoc Sud

Démographie territoire	Nombre de communes		16	
	Nombre d'habitants		51 899	
CPTS	Existe depuis		Octobre 2020	
	Nombre d'adhérents		94	
Indicateurs démographie sanitaire	Nombre de professionnels de santé		340	
	Médecins généralistes	Nombre	49	
		Dont MEP	1	
		Dont + 60 ans	15	
	Nombre de patients par généraliste		1859	
	Structures sanitaires	MSP conventionnées	2	
		CH	0	
		Cliniques	0	
Centres de santé médicaux		0		
			Valeur en %	Moyenne Nationale
Indicateurs accès aux soins	Part des patients de 17 ans et + en ALD		21,5	23,4
	Part des patients de 17 ans et + à la CSS		4,1	10,6
	Part des patients de 17 ans et + sans MT		15,8	11,4
	Part des patients de 70 ans et + sans MT		3,3	5,8
	Part des patients de 17 ans et + en ALD et sans MT		4	1,2
	Part des patients de 17 ans et + à la CSS et sans MT		0,6	1,5

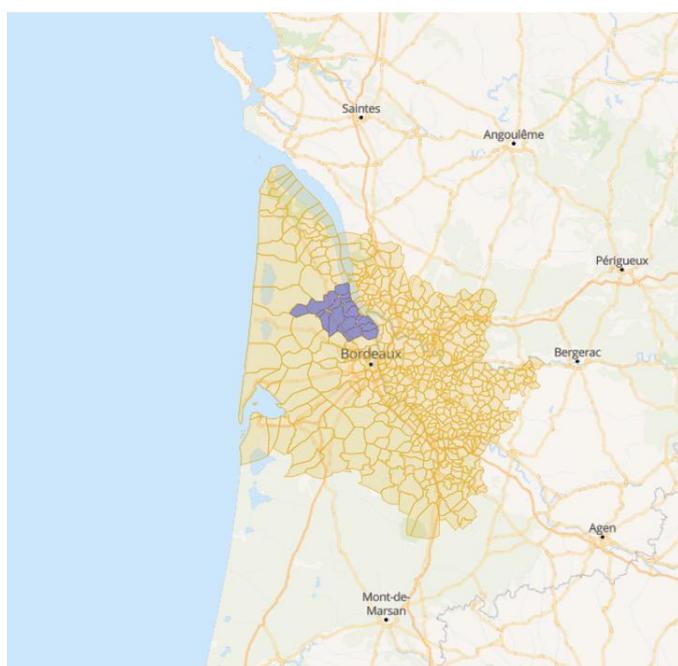


Figure 5 : Représentation du territoire de la CPTS Médoc-Sud (ici en violet) au sein du département de la Gironde.

Source : Fédération Nationale des CPTS - <https://www.fcpts.org/cartographies/cartographie-departementale-des-cpts/cartographie-gironde/> - Données Leaflet

➤ Mission accès aux soins :

- Consiste en premier lieu en un diagnostic territorial via un questionnaire distribué à tous les MG du territoire, articulé autour de trois items :

- **Accès médecin traitant** : recensement des médecins acceptant de prendre des NP (au moment de l'échange téléphonique, 13 médecins sur 18 répondants acceptaient les NP, parfois sous conditions).

- **Recensement des médecins envisageant d'arrêter leur activité sur le territoire d'ici moins de deux ans** (retraite, déménagement).

- **Recensement des médecins Praticien Agréés Maîtres de Stage des Universités.**

➤ Actions concernant le rattachement des patients sans MT :

→ Suggestion aux MG de faire le point sur les patients suivis en s'assurant sur le logiciel métier ou Ameli pro qu'ils ont bien déclaré un MT, faire une mise à jour le cas échéant.

→ Informations pratiques sur l'intérêt de la déclaration d'un MT et sur la démarche à effectuer, intégrées dans l'espace patient du site internet de la CPTS.

→ Développement de la carte des professionnels de santé (Figure 6) adhérents à la CPTS disponible sur l'espace patient du site internet de la CPTS. La publication des noms des médecins acceptant spécifiquement de prendre des NP est à l'étude et prévue.

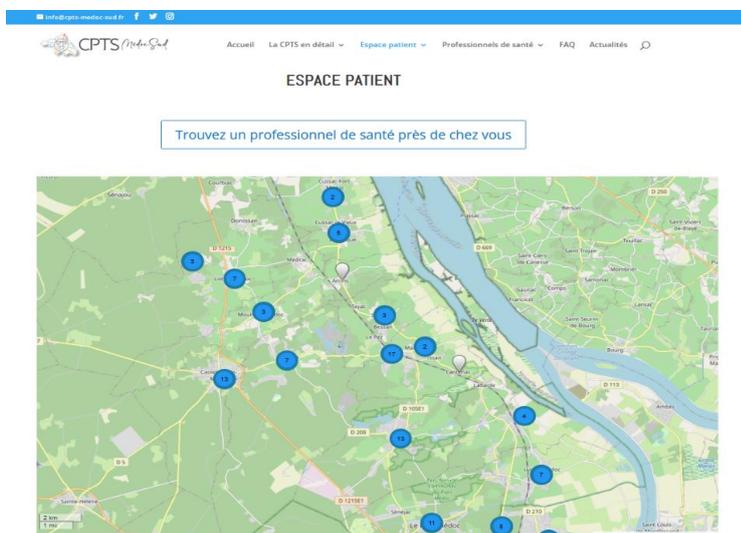


Figure 6 - Carte interactive des professionnels de santé - CPTS Médoc Sud - <https://cpts-medoc-sud.fr/outils-patient#medecin>

4. CPTS Paris 13

Démographie territoire	Nombre de communes		1		
	Nombre d'habitants		180 005		
CPTS	Existe depuis		2018		
	Nombre d'adhérents		200		
Indicateurs démographie sanitaire	Nombre de professionnels de santé libéraux		1415		
	Médecins généralistes	Nombre		289	
		Dont MEP		147	
		Dont + 60 ans		127	
	Nombre de patients par généraliste		1665		
	Structures sanitaires	MSP conventionnées		5	
		CH		2	
		Cliniques		11	
Centres de santé médicaux		3			
			Valeur en %	Moyenne Nationale	
Indicateurs accès aux soins	Part des patients de 17 ans et + en ALD		21,5	23,4	
	Part des patients de 17 ans et + à la CSS		11,6	10,6	
	Part des patients de 17 ans et + sans MT		16,2	11,4	
	Part des patients de 70 ans et + sans MT		8,5	5,8	
	Part des patients de 17 ans et + en ALD et sans MT		1,5	1,2	
	Part des patients de 17 ans et + à la CSS et sans MT		1,7	1,5	

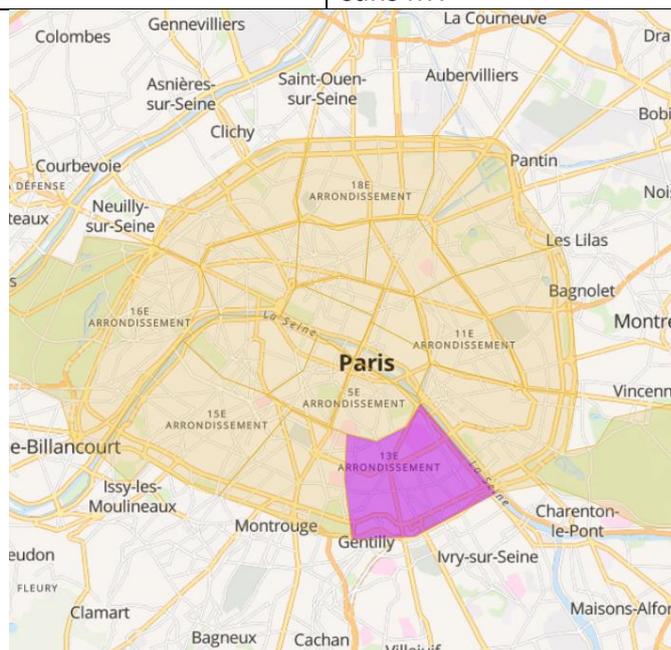


Figure 7 : Représentation du territoire de la CPTS Paris 13 (ici en violet) au sein de la ville de Paris.

Source : Fédération Nationale des CPTS - <https://www.fcpts.org/cartographies/cartographie-departementale-des-cpts/cartographie-paris/> - Données Leaflet

➤ Situation :

→ Problématique de pénurie de médecins, quelques causes identifiées :

- Des départs à la retraite sans successeur, précipités par la pandémie
- Problèmes de santé lourds concernant plusieurs médecins
- Moins de remplaçants sur la période COVID car orientés vers les centres de vaccination.

→ Solutions à cette pénurie s'orientant vers l'allègement des VAD :

- Recherche de dispositifs pour accompagner physiquement les personnes âgées dépendantes chez les médecins
- Difficultés pour cette population : une dimension psychiatrique pour une partie de ces patients, d'autres ne pouvant parfois pas accéder aux soins (chirurgie invalidante par exemple), des patients isolés et donc parfois non vaccinés, des aidants et un entourage familial souvent désespérés.

➤ Mission principale :

- **Diagnostic et réponse à une problématique précise sur les VAD : enquête réalisée auprès de 35 MG du 13^{ème} arrondissement en juin 2021.**

→ Obstacles retenus à la VAD :

- Mal rémunérées
- Nécessitent trop d'efforts de coordination et administratif
- Les patients âgés génèrent plus d'appels en urgence
- Moins de confort de travail, fatigantes

→ Pistes d'amélioration proposées par ordre d'occurrence décroissant :

- Suivi conjoint MG / IDE à domicile et espacement des VAD
- Téléconsultation avec IDE présente au domicile
- Débrouillage préalable par la CPTS des personnes orientées pour un suivi par VAD
- Accompagnement du patient en consultation par un bénévole, organisé par la CPTS

- Accompagnement en consultation par une ambulance, avec accord de la CPAM
- Aide d'un adjoint / assistant pour assurer plus de VAD

→ Discussion : Les répondants souhaitent une aide de la CPTS et lui font confiance pour alléger le travail.

➤ Actions menées :

○ Relatives aux VAD :

La CPTS dispose d'une organisation pour tenter de trouver un médecin généraliste à des patients nécessitant un suivi à domicile (ayant ou non un médecin traitant) : la coordinatrice réceptionne les demandes réalisées par téléphone ou mail sur une fiche détaillant la situation, et échange avec divers interlocuteurs (famille, médecins, service social, etc...) pour se faire une idée claire de la situation, et ainsi être présentée aux MG les plus proches du domicile par mail ou téléphone. Les demandes sont suivies dans un tableau détaillant le statut de la prise en charge. Sur les 92 demandes réalisées en 2021, 70 ont vu une solution trouvée par la CPTS.

○ Autres actions à l'étude :

- Améliorer la rétribution (mieux coter, honoraires pour les temps de coordination...)
- MG collaborateurs ne réalisant que des VAD
- Stages SASPAS incluant une demi-journée hebdomadaire de VAD
- Interne en médecine générale en stage à la CPTS pour aider au débrouillage initial
- Suivi conjoint MG / IDE

5. CPTS Lien Santé 77

Démographie territoire	Nombre de communes		20		
	Nombre d'habitants		107 949		
CPTS	Existe depuis		Août 2020		
	Nombre d'adhérents		180 (dont 24 MG)		
Indicateurs démographie sanitaire	Nombre de professionnels de santé libéraux		596		
	Médecins généralistes	Nombre		60	
		Dont MEP		5	
		Dont + 60 ans		20	
	Nombre de patients par généraliste		Env. 1800		
	Structures sanitaires	MSP conventionnées		2	
		CH		5	
Cliniques		0			
Centres de santé médicaux		0			
			Valeur en %	Moyenne Nationale	
Indicateurs accès aux soins	Part des patients de 17 ans et + en ALD		18	23,4	
	Part des patients de 17 ans et + à la CSS		6,7	10,6	
	Part des patients de 17 ans et + sans MT		13,4	11,4	
	Part des patients de 70 ans et + sans MT		6,5	5,8	
	Part des patients de 17 ans et + en ALD et sans MT		1,1	1,2	
	Part des patients de 17 ans et + à la CSS et sans MT		1,4	1,5	

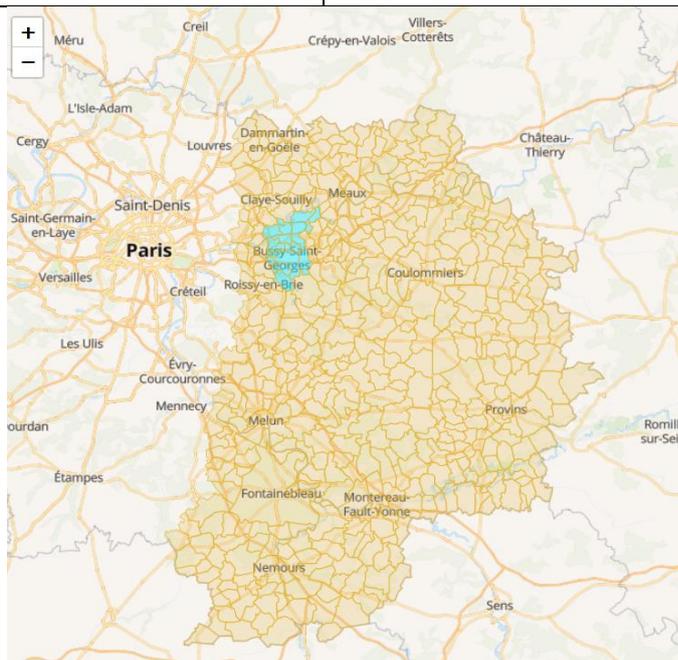


Figure 8 : Représentation du territoire de la CPTS Liens Santé 77 (ici en bleu turquoise) au sein du département de la Seine et Marne.

Source : Fédération Nationale des CPTS - <https://www.fcpts.org/cartographies/cartographie-departementale-des-cpts/cartographie-seine-et-marne/> - Données Leaflet

➤ Situation :

Il s'agit d'une CPTS de taille trois, au profil territorial mixte, rural et urbain.

➤ Mission principale :

- **Faciliter l'acceptation d'un nouveau patient, notamment ceux en ALD, en libérant le temps médical.**

➤ Actions menées :

○ Action 1 : Libérer le temps médical

→ Mise en place d'une campagne de communication permettant de mettre en avant les nouvelles pratiques telles que les IPA, assistants médicaux, infirmières Asalée...

→ Mise en lumière de l'acte infirmier AIS4 (cf. glossaire) : un acte de surveillance et de prévention, valable une fois par semaine, sur prescription médicale

→ Discussion sur l'allègement des certificats sportifs : mais il s'agit parfois du seul moyen de voir les enfants ou d'autres patients peu consommateurs de soins. Il a donc plutôt été mis en avant la pratique du questionnaire médical pour les clubs sportifs, permettant de mieux cibler les personnes nécessitant une consultation ou non.

→ Sensibiliser la population au bon usage des soins : campagne de communication permettant d'expliquer aux patients que dans certains cas, il n'est pas nécessaire de consulter immédiatement un médecin, comme en cas de fièvre chez un enfant depuis moins de 48h.

→ Questionnement vis-à-vis des certificats d'absence en crèche. Notamment sur la possibilité ou non de ne pas les demander, voir s'il y a un manque à gagner pour les communes en termes de repas perdus.

○ Action 2 : Faciliter l'acceptation d'un nouveau patient

→ **Postulat** : le plus compliqué au moment d'accepter un NP est que ceux-ci n'ont pas toujours un dossier complet, que cela nécessite d'effectuer des recherches et une saisie prenant du temps pour le médecin.

→ **Donc** : élaboration d'une fiche de poste pour une infirmière coordinatrice qui se déplacerait au domicile d'un patient compliqué en demande de MT pour prendre le temps de reconstituer son dossier médical complet et de pouvoir le réadresser ensuite vers un MT qui accepterait de NP.

➤ Résultats :

Il n'y a pas encore de résultats au moment de l'entretien en raison de la signature récente des ACI.

➤ Situation :

L'Est Orléanais est un territoire plutôt rural, mais présentant une croissance démographique continue en raison de l'attractivité de la métropole Orléanaise. Sa population est relativement jeune, les moins de 30 ans représentant environ 35 %, tandis que les plus de 75 ans représentent environ 8 % de la population (10,7 % dans la région). Cependant, malgré une proportion plus faible de personnes âgées que dans le reste de la région, on observe un problème d'isolement avec une part plus importante de personnes de plus de 75 ans vivant seules que dans le reste de la région (24).

➤ Mission « accès aux soins » :

La CPTS a élaboré neuf actions, dont trois autour de cette mission. Elles ont d'abord fait l'objet d'un diagnostic précis avant d'en déduire des modalités d'action.

➤ Actions menées :

○ Action 1 : Organisation des soins non programmés :

➔ **Diagnostic territorial :** Les demandes de RDV non programmés représentent 10 à 40 consultations par jour et par médecin sur l'Est Orléanais, une organisation est mise en place dans les MSP et cabinets de groupe, mais la situation tendue dans les zones à faible démographie médicale.

➔ **Modalités :**

- Questionnaire à l'intention des MG pour connaître leur organisation sur les soins non programmés ainsi que leurs besoins
- Participation à la régulation de la demande en soins non programmés en réservant des créneaux chez des MG volontaires, ou via un agenda partagé
- Formation des secrétaires médicales à la régulation des soins non programmés
- Communiquer auprès de la population sur le fonctionnement des permanences et des gardes
- Communiquer sur la permanence des soins auprès des professionnels de santé susceptibles d'orienter les patients (lieux et horaires...)

- Améliorer la prise en charge les week-ends et jours fériés en expérimentant la téléconsultation avec les IDE libérales.

- Action 2 : Faciliter l'accès au MT pour les populations prioritaires (ALD, patients de plus de 70 ans, CSS) :

→ **Diagnostic :** En 2019, environ 11000 patients sans MT (16,6%), dont 1766 (12,8%) de patients dits prioritaires, ce qui représenterait 39 patients par médecin. Démographie médicale décroissante, grande partie du territoire en ZIP. Freins identifiés par les médecins à l'acceptation de NP (24) :

- Exigences contradictoires entre besoin de prendre en charge davantage de personnes et consacrer un temps suffisant de soin,
- Surcharge administrative entraînant une surcharge de travail,
- Agressivité manifestée par certains patients.

→ **Modalités :**

- Enquête auprès de la population pour identifier les patients sans MT
- Identifier les médecins acceptant des NP
- Fiche d'identification des patients prioritaires sans MT envoyé à tous les professionnels de santé du territoire ainsi que les EHPAD et mairies
- Affiche de sensibilisation envoyée aux médecins du territoire
- Valoriser et accompagner l'engagement à prendre des NP
- Formation des secrétaires pour réguler les demandes
- Soutien aux cabinets dans le besoin pour rechercher/remplacer leur personnel administratif
- Renforcer la délégation des tâches par le biais des assistants médicaux (communiquer sur ce nouveau métier), IPA (accompagner leur projet professionnel et informer les IDE sur cette formation), IDE Asalée (informer sur leur champ de compétences).

→ **En pratique :** les professionnels de santé du territoire font le signalement d'un patient sans MT via une fiche renseignant sur le contexte du patient, si la téléconsultation est envisageable, quel est le motif de départ du MT... Puis cette fiche est diffusée aux MG de la commune du patient ou aux alentours. En cas d'absence de réponse, la demande est relayée à un groupe de travail constitué de médecins, qui

relancent. Sur la deuxième moitié de 2021, sur 26 fiches, plus de la moitié ont trouvé un MT.

○ **Action 3 : Développer la télémédecine :**

→ Diagnostics : Sont observés une difficulté à identifier les usages possibles des outils de téléconsultation, et une tendance à privilégier des modes de communication souvent non sécurisés (SMS ou mails) mais pratiques. Il y a donc un enjeu de basculer ces usages sur des outils sécurisés mais en conservant la fluidité des échanges. Des freins sont identifiés par les médecins à l'utilisation des outils numériques :

- Rapport changé au patient et à la consultation
- Couverture du réseau insuffisante
- Equipements parfois coûteux mais nécessaires pour utiliser certains outils
- Peu d'interfaçage avec les logiciels métiers ou de prise de RDV.

→ Modalités :

- Formation des professionnels de santé à la télémédecine et ses outils
- Prise en charge effectuée par l'IDE libérale du patient en cabinet ou à domicile, mais d'abord équiper un cabinet infirmier avec le matériel adapté.

7. CPTS Hygie Nord-Essonne

Démographie territoire	Nombre de communes		6		
	Nombre d'habitants		141 804		
CPTS	Existe depuis		2019		
	Nombre d'adhérents		N/A		
Indicateurs démographie sanitaire	Nombre de professionnels de santé libéraux		580		
	Médecins généralistes	Nombre		95	
		Dont MEP		10	
		Dont + 60 ans		38	
	Nombre de patients par généraliste		1885 (1275 contrats MT en moyenne)		
	Structures sanitaires	MSP conventionnées		7	
		CH		1	
		Cliniques		5	
Centres de santé médicaux		0			
			Valeur en %	Moyenne Nationale	
Indicateurs accès aux soins	Part des patients de 17 ans et + en ALD		21	23,4	
	Part des patients de 17 ans et + à la CSS		9,8	10,6	
	Part des patients de 17 ans et + sans MT		13,6	11,4	
	Part des patients de 70 ans et + sans MT		6	5,8	
	Part des patients de 17 ans et + en ALD et sans MT		1	1,2	
	Part des patients de 17 ans et + à la CSS et sans MT		1,5	1,5	



Figure 10 : Représentation du territoire de la CPTS Hygie Nord-Essonne (ici en bleu) au sein du département de l'Essonne.

Source : Fédération Nationale des CPTS - <https://www.fcpts.org/cartographies/cartographie-departementale-des-cpts/cartographie-essonne/> - Données Leaflet

➤ Situation :

En Essonne, on remarque depuis 2010 une baisse de 15 % des effectifs de MG, mais évolution à la hausse constatée pour la première fois en 2021 (+ 10 MG). Moyenne d'âge des praticiens de 55 ans. Part des patients tous âges confondus sans MT : 25 %. Répartition démographique médicale inégale sur le territoire, avec plus grande densité dans le Nord et proche des grands axes routiers.

Le territoire Nord-Essonne est densément peuplé, avec une densité six fois plus importante que le reste du département, et 40 fois plus que la moyenne nationale. La population est plutôt jeune avec une forte proportion de moins de 30 ans.

Le taux de mortalité général est élevé et témoigne d'un état de santé fragile. Causes de décès les plus fréquentes : cancers et maladies cardio-vasculaires. Importance du taux de mortalité lié à des causes évitables (tabac, alcool) et suicides, révélant des besoins en termes de prévention, accompagnement et recours aux soins de ville. Faible recours aux actes de prévention.

Les besoins de santé prioritaires sont donc axés sur : la prévention (alcool et tabac), la prise en charge des maladies chroniques, la santé mentale, et l'accès aux soins de premier recours. Les besoins en offre de soins sont axés sur l'attractivité d'un secteur en tension, avec une part importante de professionnels approchant de l'âge de la retraite, pour optimiser l'accès aux soins de premier recours.

➤ Mission « accès aux soins » :

Depuis octobre 2020, deux actions ont été pensées dans le cadre de la mission d'accès aux soins.

➤ Actions menées :

○ Action 1 : Faciliter l'accès au MT :

→ Recensement des patients à la recherche d'un MT

→ Analyser leur niveau de priorité (fragilité, précarité)

→ Mettre en œuvre une organisation pour proposer un MT parmi les volontaires

→ Nécessité d'échange d'informations avec la CPAM

○ Action 2 : Organiser la réponse aux soins non programmés :

→ Consistent souvent à une urgence non vitale mais dite ressentie, ne nécessitant pas systématiquement de PEC hospitalière.

→ Donc nécessité d'identifier les organisations déjà présentes et leurs carences pour proposer une organisation territoriale ayant pour but de répondre dans les 24 h à la demande de soins non programmés.

8. CPTS Paris 10

Démographie territoire	Nombre de communes		1		
	Nombre d'habitants		86 472		
CPTS	Existe depuis		Novembre 2019		
	Nombre d'adhérents		80		
Indicateurs démographie sanitaire	Nombre de professionnels de santé libéraux		654		
	Médecins généralistes	Nombre		57	
		Dont MEP		6	
		Dont + 60 ans		32	
	Nombre de patients par généraliste		1722		
	Structures sanitaires	MSP conventionnées		2	
		CH		2	
Cliniques		1			
Centres de santé médicaux		3			
			Valeur en %	Moyenne Nationale	
Indicateurs accès aux soins	Part des patients de 17 ans et + en ALD		16,9	23,4	
	Part des patients de 17 ans et + à la CSS		10,5	10,6	
	Part des patients de 17 ans et + sans MT		18,3	11,4	
	Part des patients de 70 ans et + sans MT		7,8	5,8	
	Part des patients de 17 ans et + en ALD et sans MT		1,1	1,2	
	Part des patients de 17 ans et + à la CSS et sans MT		1,8	1,5	

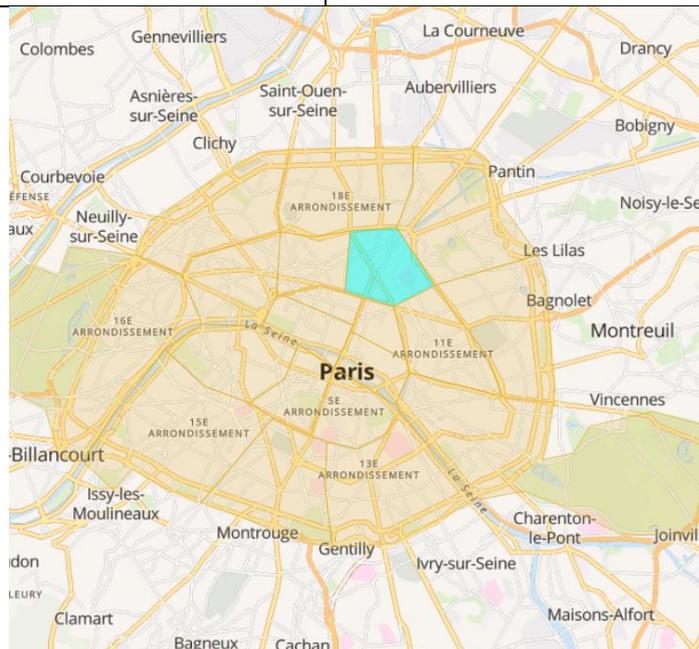


Figure 11 : Représentation du territoire de la CPTS Paris 10 (ici en bleu turquoise) au sein de la ville de Paris.

Source : Fédération Nationale des CPTS - <https://www.fcpts.org/cartographies/cartographie-departementale-des-cpts/cartographie-paris/> - Données Leaflet

➤ Situation :

Zone de sous densité médicale (6,5/10 000 habitants) avec grande mixité sociale, à la fois forte présence de cadres mais également de bénéficiaires de prestations sociales. Le taux de pauvreté est également supérieur aux moyennes locales et nationales.

Face à une offre de soins en tension, il y a un fort recours aux services d'urgences, avec peu de suivi médical notamment pour les plus précaires. Le cloisonnement entre la ville et l'hôpital exacerbe ce phénomène. D'où une nécessité : repérer ces patients pour les réintégrer dans un parcours de soin cohérent, et un suivi régulier.

Pour y remédier, il a été créé un statut de MG partagé, exerçant à la fois en milieu hospitalier et en ville à mi-temps (le temps hospitalier étant financé par la CPTS). Les services hospitaliers peuvent le solliciter dans une situation où un patient n'a pas de MT, il sera alors réalisé une évaluation (au lit du patient ou en consultation), et un RDV est fixé par la suite en cabinet ou centre de santé en ville pour mettre en place un parcours coordonné et trouver un MT. Cette nouvelle fonction permet ainsi de rediriger vers la ville une population de patients précaires consultant uniquement à l'hôpital (25).

➤ Mission « accès aux soins » :

Quatre actions s'articulant autour de deux axes : l'amélioration de l'accès aux soins, et l'optimisation du parcours de soins.

➤ Axe 1 : améliorer l'accès aux soins :

○ Action 1 :

→ **Cartographie du 10^{ème} arrondissement pour une connaissance précise du territoire et des ressources disponibles** : Constat initial d'une difficulté d'accès à une information globale regroupant les coordonnées et spécificités des cabinets du secteur (notamment sur l'information de l'acceptation de prise en charge de NP ou non). Création d'un outil cartographique à destination des adhérents de la CPTS, permettant de sélectionner plusieurs filtres répondant aux besoins d'orientation du patient, par exemple « prend des NP », « propose des consultations sans RDV », ou des critères de langue parlée, de suivi particulier, etc... Sera enrichi par la suite avec les spécialités médicales, et les professions paramédicales.

○ Action 2 :

→ **Déploiement du dispositif de médecins partagés** : Au moment de l'entretien il y a un médecin partagé entre l'hôpital Lariboisière et un centre de santé en ville. L'objectif est de proposer en tout trois postes, un sur chaque structure hospitalière de l'arrondissement.

- **Action 3 :**

→ **Organisation des soins non programmés** : l'objectif est d'éviter le recours aux services d'urgence pour des soins ne nécessitant pas de prise en charge hospitalière (les « urgences ressenties », non vitales), élaboration de solutions en cours avec les autres CPTS parisiennes.

➤ **Axe 2 : optimisation du parcours de soins :**

- **Action 4 :**

→ **Création du poste de facilitateur de parcours** : nouveau poste ayant pour vocation l'amélioration des parcours de soins. Il fait le lien entre les différentes structures de la ville ou de l'hôpital, qu'elles soient médicales, paramédicales ou médico-sociales, et permet d'accompagner le patient ou le professionnel dans le parcours de soins pour éviter toute rupture.

9. CPTS Anonyme 1

➤ **Situation :**

Le territoire de cette CPTS en milieu urbain présente des indicateurs difficiles, on retrouve notamment sans MT déclaré : 19 % de patients de 17 ans et plus, 28 % des plus de 17 ans et à la CSS, mais aussi 5,9 % des plus de 70 ans et en ALD.

➤ **Mission principale :**

Au regard des chiffres, priorité de l'affiliation à un MT pour les patients les plus fragiles (plus de 70 ans, ALD, CSS).

➤ Actions envisagées :

→ Recensement des patients sans MT sur ces populations cibles qui pourraient être contactés par la CPAM / MSA.

→ Elaboration d'une organisation proposant aux patients un MT parmi les médecins de la CPTS (fiche de procédure à destination de tous les médecins du territoire en cours d'élaboration).

→ Recenser et tracer toutes les demandes d'affiliation acceptées ou non via les secrétariats des MG.

→ Vérifier systématiquement lors d'une consultation si le patient a bien un MT déclaré sur Ameli Pro.

→ Déclarer un MT à la population des moins de seize ans.

10. CPTS anonyme 2

➤ Situation :

Là encore la situation du territoire de cette CPTS d'un milieu urbain est complexe, avec une part de patients de plus de 17 ans sans MT de 23 %. Il y a une problématique de patients n'ayant pas de MT et ne consultant pas du tout de généralistes, se rendant uniquement à l'hôpital pour le « suivi » (notamment VIH), ou à des consultations urgentes type Médigarde ou SOS médecin.

➤ Mission principale :

Objectif de passer sous la barre des 16 % de patients sans MT.

➤ Actions menées :

○ Action 1 : menée par la coordinatrice :

→ Interrogatoire des médecins généralistes du territoire pour savoir lesquels acceptent des NP, s'ils effectuent des VAD, et quels profils de patients ils acceptent.

→ Réception de demandes de recherche de MT par certains services hospitaliers du territoire, par les SSIAD, les IDE libéraux, les MT accueillant des patients hors de leur zone d'action, et par les MT surchargés

→ Rediriger ces patients vers d'autres médecins à même de pouvoir les accepter dans de bonnes conditions.

→ **En 2021, 60 patients ont pu obtenir un MT par le biais de cette action.**

○ Action 2, menée par le groupe de travail « accès aux soins » :

→ Rédaction de flyers afin d'expliquer aux médecins du territoire quels sont les moyens permettant de prendre en charge plus de patients sans augmenter leur charge de travail, notamment par le biais d'une IPA ou la mise en place de contrats d'adjoints (recours à un interne de médecine générale en cas d'afflux exceptionnel de population, sous certaines conditions) pour permettre de faire des VAD en simultanée. Action en cours de discussion au moment de l'échange.

IV. Etude qualitative Grand Nancy

A. Introduction

Dans notre première partie, nous avons analysé des statistiques d'accès au dispositif médecin traitant et la démographie médicale de la Métropole de Metz et du Grand Nancy, nous permettant d'objectiver ce phénomène grandissant de patients ne bénéficiant pas du dispositif médecin traitant. En réponse, comme nous l'avons vu, les CPTS concernées ont mis en œuvre des actions dans le cadre de leur projet de santé, et afin de les mettre en perspective, nous avons sollicité d'autres CPTS du territoire national pour nous informer sur leurs stratégies.

Pour compléter cet état des lieux, il nous semblait important de recueillir l'avis du terrain, en interrogeant les médecins généralistes sur leur situation et leurs éventuelles difficultés à accepter les nouveaux patients.

Ces difficultés sont souvent observées ou rapportées, mais ont rarement été étudiées en proximité. La littérature est peu fournie à ce sujet : deux thèses de médecine ont abordé cette problématique au travers d'études qualitatives avec entretiens semi-dirigés, cependant leur question de recherche ne portait pas uniquement sur la situation du nouveau patient. Brice Sulter en 2016 a étudié les grands facteurs de refus de soins sur l'ensemble du territoire Lorrain : le motif principal évoqué par la majorité des médecins ayant déjà refusé un nouveau patient est celui de la patientèle en excès (26). Le constat est similaire dans la thèse réalisée en 2020 par Sébastien Ditte, sur la gestion du refus de soins par le médecin généraliste en Picardie : les médecins ayant rapporté ne plus prendre de nouveau patient ont pour la plupart évoqué une saturation de patientèle (27). Des aides permettant d'alléger la pratique sont pourtant disponibles, et nous étudierons leur perception sur le territoire de la métropole, ainsi que leurs propositions d'actions à mettre en œuvre afin de décharger leur quotidien et améliorer l'accès aux soins.

Il nous semblait également intéressant de mesurer le degré d'adhésion des médecins généralistes à l'action de la CPTS qui consiste à la mise en place d'une liste de patients sans médecin traitant, et qu'ils puissent exprimer leur opinion à ce sujet.

L'étude de leurs réponses permettra d'extraire de grands thèmes ou sujets qui serviraient éventuellement de base de réflexion pour de futures actions de la CPTS.

B. Objectifs de l'étude

L'objectif principal est d'identifier des leviers d'actions pour réduire le nombre de patients sans médecin traitant.

L'objectif secondaire est l'analyse de l'adhésion des médecins généralistes à une action du projet de santé de la CPTS consistant à la mise en place d'une liste de médecins acceptant des nouveaux patients.

C. Méthodologie

Notre enquête est une étude qualitative réalisée par entretiens téléphoniques semi-dirigés, débutée le 17 novembre 2022 et achevée le 16 février 2023.

Elle a concerné seize médecins généralistes libéraux exerçant au sein de la Métropole du Grand Nancy, contactés en suivant aléatoirement une liste de coordonnées publiques disponibles sur l'annuaire santé Ameli, en alternant les villes afin de représenter un maximum de territoires de la Métropole. Deux des médecins interrogés étaient des connaissances de l'entourage et contactés directement sur leur téléphone personnel.

1. Recherche qualitative, définitions

Les soins primaires et leur complexité nécessitent de disposer de plusieurs techniques de recueil des données.

La méthode quantitative et les essais randomisés sont indispensables pour répondre à des questions plutôt biomédicales, quantifier, mesurer ou évaluer des relations causales entre des variables mesurables. Il s'agit d'une méthode déductive, qui teste des hypothèses, mais elle

est inadaptée pour investiguer les problématiques liées à l'exercice professionnel et au quotidien.

Souvent considérée comme opposée, la recherche qualitative est davantage adaptée aux phénomènes sociaux, la compréhension d'un contexte ou l'étude de sujets dans leur environnement, par le recueil de données le plus souvent verbales. Cette méthode est dite inductive, en cela qu'elle génère des hypothèses à partir d'observations (28,29).

2. *Choix de la méthode*

La recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont difficiles à mesurer objectivement. Les objectifs de notre étude s'appuyant sur des ressentis et des opinions, la méthode qualitative est donc la plus adaptée.

Afin de laisser les participants exprimer librement leurs idées, les entretiens sont semi-dirigés avec des questions ouvertes.

3. *Critères d'inclusion et d'exclusion*

Ont été inclus dans l'étude les médecins généralistes libéraux, en exercice individuel ou coordonné, installés sur l'une des 20 communes de la Métropole du Grand Nancy sans exigence d'ancienneté. Ont été exclus les médecins généralistes remplaçants ou à exercice hospitalier exclusif.

4. *Questionnaire*

Le questionnaire a été élaboré par nos soins, après avoir constaté sur le terrain la démographie médicale problématique, les patientèles saturées et l'aggravation ressentie du phénomène des patients sans médecin traitant déclaré, ces observations étant confirmées par l'analyse des chiffres de l'Assurance Maladie.

Il comprend sept questions articulées autour de cinq thèmes qui structureront notre analyse :

- La connaissance du phénomène,
- Les critères déterminant l'acceptation de nouveaux patients,
- La connaissance des aides à l'exercice et leur place dans la pratique,

- Les propositions d'action de santé pour réduire le nombre de patients sans médecin traitant,
- L'adhésion à l'action locale de la CPTS.

Le questionnaire a été retravaillé plusieurs fois sur le plan sémantique afin de ne pas insuffler de valeur morale à l'entretien. Par exemple, il a été rapporté par un médecin dans l'entourage que le terme « refus de nouveau patient » pouvait heurter ou porter une connotation accusatrice, il a donc été remplacé par « conditions dans lesquelles [vous ne pouvez pas] accepter de nouveau patient ». Le même soin sera apporté à l'entretien oral.

Enfin, le questionnaire a été testé avec un confrère médecin généraliste non inclus dans l'étude, pour avoir une idée plus précise de la durée de l'entretien, environ quinze minutes, et ainsi pouvoir informer au mieux les médecins généralistes sollicités de son déroulement.

Le questionnaire peut être consulté en annexe.

5. *Déroulement des entretiens et retranscription*

Les entretiens se sont tous déroulés par téléphone, à une date et heure selon la convenance des médecins généralistes ayant accepté de participer. Le recueil du consentement à l'enregistrement a lieu en début d'entretien, puis est effectué en utilisant le mode haut-parleur du smartphone, dont le son est réceptionné par un microphone fixe relié à un PC et au logiciel « Enregistreur vocal » d'un système d'exploitation Windows 10. Chaque fichier audio créé sera ensuite sauvegardé dans un Cloud (Google Drive) en prévention de la perte des données.

La retranscription des entretiens a ensuite été effectuée par mes soins, à l'aide d'un logiciel de traitement de texte (Microsoft Word), puis sera mis en forme pour faciliter les citations et références, ce qui constituera le verbatim final. Il reflète fidèlement au mot près l'intégralité des entretiens, et comporte les expressions, répétitions éventuelles, ou hésitations de chaque médecin interrogé, ainsi que de l'enquêteur.

L'anonymat a été garanti en identifiant chaque médecin par les lettres « MG » suivi d'un chiffre défini par l'ordre de réalisation des entretiens. Dans le corps de texte, les noms de lieux (villes ou rues) risquant d'identifier la localisation du participant ont été remplacés par des lettres, parfois suivies de chiffres afin d'indiquer que les lieux évoqués sont différents. Les noms de ville sont ainsi remplacés par un [V], et les noms de rue ou de quartier par un [L]. Enfin, les noms de médecins mentionnés par les participants ont également été anonymisés, par les lettres [Dr X], également parfois suivies de chiffres pour indiquer des noms différents.

L'intégralité du verbatim peut être consultée en annexe.

6. Codage et saturation des données

Le nombre de sujets nécessaires n'étant pas déterminable à l'avance, l'inclusion a pris fin à la saturation de données.

Le codage du verbatim a été réalisé par analyse thématique de contenu, consistant à repérer des noyaux de sens dans les données brutes du texte, appelés des occurrences, ou unités de signification. En fonction du sens de chacune de ces unités, un regroupement en sous-thèmes sera effectué, permettant un calcul de fréquence d'apparition, de présence ou absence, représentés sous forme de tableaux. Au fil des entretiens, l'apparition de nouvelles unités de signification diminue progressivement jusqu'au tarissement, ce point est alors défini comme la saturation de données (30).

Dans notre étude, la saturation a été observée au douzième entretien. Quatre médecins supplémentaires ont été interrogés, confirmant cette saturation.

D. Limites de l'étude

1. Répartition territoriale

Les médecins ayant participé à l'étude ont tous apprécié de pouvoir aborder le sujet de leur quotidien dans ce contexte sanitaire difficile. Cependant, trouver suffisamment de volontaires jusqu'à saturation de données ne fut pas chose aisée, la majorité refusant par manque de temps ou d'envie. L'étude s'étant partiellement déroulée en période hivernale marquée par une triple épidémie de grippe, SARS-Cov-2 et bronchiolite, cela explique probablement la faible disponibilité des médecins.

Ce faible taux de réponses positives associé à la faible densité médicale de certains territoires n'ont pas permis de représenter la région Sud / Sud-Est de la Métropole, par conséquent ce sont statistiquement les territoires les mieux dotés qui sont le plus représentés. Il aurait peut-être été intéressant d'interroger davantage de médecins issus de la grande périphérie, confrontés à des difficultés parfois différentes des milieux urbains.

2. Biais

Les enquêtes qualitatives par entretiens s'intéressent habituellement au recueil de données subjectives, extraites d'un substrat verbal et d'une discussion. Par essence, nos discours sont teintés de nos émotions, nos instincts, nos approximations et autres omissions,

pouvant être à l'origine de différents biais, et ainsi diluer la pertinence des résultats obtenus. Selon W.L. Neuman, un entretien peut faire l'objet de six types de biais (31) :

- **Les erreurs du répondant** : par oubli, gêne, malentendu ou mensonge à cause de la présence d'autrui.
- **Les erreurs involontaires ou négligences de l'enquêteur** : par la mauvaise lecture d'une question, omission d'une ou plusieurs questions, les lire dans le désordre, l'incompréhension de la réponse apportée ou la prise en compte d'une réponse inadaptée ou non pertinente.
- **Les modifications intentionnelles de l'enquêteur** en modifiant sciemment les réponses ou en reformulant des questions.
- **L'influence due aux attentes de l'enquêteur** sur les réponses en fonction de la situation du répondant, de son mode de vie ou d'exercice, ou de ses autres réponses.
- **L'influence de l'enquêteur sur le répondant et les réponses** : par son apparence, timbre de voix, attitude, réactions spontanées aux réponses, ou commentaires éventuels.
- **Les erreurs dans l'exploitation des données** : par l'utilisation d'une méthodologie approximative ou incorrecte

En nous appuyant sur ces différentes catégories, nous pouvons ainsi identifier plusieurs biais dans notre étude :

- **Les erreurs des répondants** : Le questionnaire comprenant surtout des questions ouvertes, il peut arriver de perdre le fil de sa pensée à l'occasion d'une réponse très développée, par exemple en raison d'une attention divisée sur une autre tâche, notamment administrative. Deux participants ayant oublié d'aborder un élément de réponse jugé important me l'ont fait savoir a posteriori, il n'était donc pas possible d'inclure ces précisions dans le verbatim. Heureusement, ces nouveaux éléments n'auraient pas modifié le nombre d'unités de signification, mais cela montre qu'il est probable que d'autres participants aient pu omettre d'aborder des éléments significatifs lors de certaines parties de l'entretien, ce qui aurait pu modifier, voire enrichir le recueil de données.
- **Les erreurs involontaires de l'enquêteur** : notre inexpérience initiale dans le domaine des entretiens semi-dirigés est probablement à l'origine d'une qualité inégale dans la manière de les mener, notamment au niveau des relances et parfois la difficulté à recentrer le sujet.
- **L'influence de l'enquêteur sur le répondant** : Des réactions verbales « réflexes », montrant l'approbation ou l'interrogation, ont peut-être pu influencer certaines réponses ou leur développement.
- **Les erreurs dans l'exploitation des données** : l'étude et ses résultats ont été relus par un confrère médecin généraliste indépendant afin de limiter ce biais.
- **Non spécifique aux entretiens** : le biais de sélection. Un tirage au sort dans le pool de volontaires était impossible au vu de leur faible nombre, ils ont tous été inclus dans l'étude.

E. Résultats

Notre étude compte au total seize entretiens semi-dirigés.

L'entretien le plus court a duré huit minutes, le plus long 34 minutes et 41 secondes, pour une moyenne de 16 minutes et 45 secondes, une durée conforme à l'essai à blanc.

La représentativité étant un critère non obligatoire en recherche qualitative (28), nous avons tout de même tenté de la respecter au moins sur les critères d'âge et géographique.

L'âge moyen des médecins généralistes répondants est de 48,7 ans, par rapport à une moyenne de 47,5 ans à l'échelle du département. Il y a autant d'hommes que de femmes, la répartition régionale étant respectivement de 71 % / 29 % en Lorraine (32).

Le mode d'exercice est représenté par dix médecins en exercice individuel (62,50 %), trois médecins exerçant en cabinet de groupe au sein d'une SCM (18,75 %), et trois médecins exerçant en MSP (18,75 %). La Métropole du Grand Nancy ne comprenant que quatre MSP, les proportions sont donc différentes.

La durée d'exercice est en moyenne de 18,7 ans.

Sur les 20 communes de la Métropole, neuf sont représentées. Comme détaillé dans les limites de l'étude, le faible taux de réponses positives associé à la démographie médicale plus faible, sous-représente la région Sud-Est de la Métropole (Fig. 12).

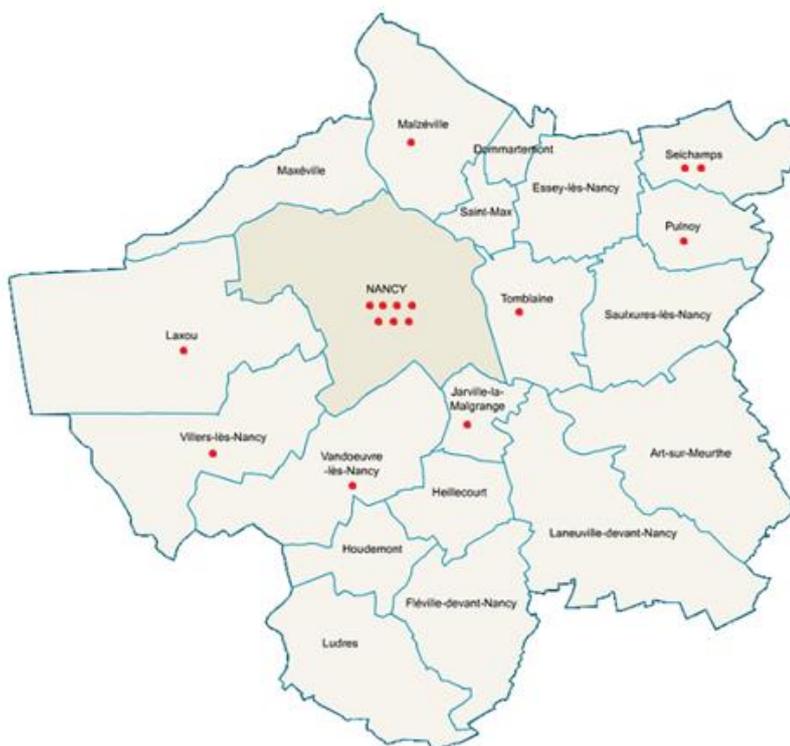


Figure 12 : Répartition géographique schématique des médecins interrogés, les points désignant la ville d'exercice et non la localisation exacte du praticien.

Les caractéristiques des médecins généralistes sont détaillées dans le tableau ci-dessous (tableau 1) :

Médecin	Sexe	Âge	Mode d'exercice	Installation
MG 1	H	39	Individuel	2013
MG 2	H	33	Groupe (SCM)	2018
MG 3	H	41	MSP	2010 (MSP 2019)
MG 4	F	58	MSP	2005 (MSP 2015)
MG 5	H	67	Groupe (SCM)	1982
MG 6	H	57	Individuel	1997
MG 7	F	40	Individuel	2012
MG 8	H	59	Individuel	1997
MG 9	F	40	MSP	2013
MG 10	F	38	Individuel	2016
MG 11	F	56	Individuel	1999
MG 12	F	69	Individuel	1984
MG 13	F	57	Individuel	1999
MG 14	H	63	Individuel	1987
MG 15	H	32	Individuel	2019
MG 16	F	30	Groupe (SCM)	2021

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins interrogés

Nous allons à présent détailler l'analyse thématique de contenu en abordant les cinq grands thèmes du questionnaire. Les résultats seront présentés sous forme de tableau à une ou deux entrées, répertoriant les unités de signification identifiées dans le verbatim, ainsi que le nombre d'occurrences. L'analyse précise de chacune de ces unités sera enrichie de citations dont seront extraites des **idées ou concepts pertinents**.

1. Connaissance du phénomène

L'entretien débute par une question générale ayant pour but de rechercher si la problématique des patients sans médecin traitant est une situation connue du plus grand nombre. S'agissant d'une question fermée, de nombreux médecins ont tout de même spontanément précisé qu'ils le ressentaient dans leur pratique, cette donnée intéressante a donc été considérée comme l'unité de signification « ressenti » dans l'analyse ci-dessous.

→ « Savez-vous (pensez-vous) que sur la métropole, il y a des patients qui ne trouvent pas de MT ? »

Réponse	Nombre d'occurrences
OUI	15
NON	1
« Ressenti »	12

La problématique des patients sans médecins traitant est connue de façon **presque unanime**, parfois vécue au quotidien, en tout cas **ressentie** par la majorité. « *Ouais complètement, oui j'en vois tous les jours* » MG6, l. 8, « *clairement on est confrontés à la problématique tous les jours* » MG15, l. 11, « *ah oui j'ai des demandes toutes les semaines quasiment* » MG7, l. 11.

Trois médecins sont **conscients du problème sans le ressentir** dans leur pratique, en raison d'une densité médicale localement moins problématique, ou par l'absence de difficultés à accepter des nouveaux patients. « *Je n'ai pas spécialement de ressenti car quand je vois des patients sans médecin traitant, je [le] deviens* » MG1, l. 6-7, « *[ici] la problématique est peut-être pas la même, on est relativement bien pourvus* » MG4, l. 13, « *je l'entends dire. [...] Après moi, comme on s'adresse à moi, forcément je ne dis pas non *rires** » MG5, l. 10.

Un seul médecin n'a **pas connaissance** de la situation, et affirme : « *Non, [...] je m'en suis pas rendu compte. [...] J'ai pas l'impression moi, personnellement, qu'il y ait des gens qui soient en carence* » MG14, l. 8.

Plusieurs médecins soulignent la problématique des **départs en retraite non remplacés** dans le quartier, à l'origine de ces flux de patients sans médecin traitant, mettant surtout en difficulté les médecins en exercice individuel : « *C'est ceux qui ont perdu leur médecin, ou est parti ou déménagé* » MG1, l. 8, « *j'ai essentiellement des patients qui m'appellent pour me dire « ben voilà mon médecin est parti en retraite, il est pas*

remplacé » » MG8, l. 14, « j'en reçois [...] parce qu'il y a beaucoup de médecins qui partent à la retraite » MG2, l. 7.

La part de **responsabilité du patient** a été soulignée deux fois, notamment par ce médecin soupçonnant une certaine paresse : « [ils] n'ont peut-être pas trop cherché non plus hein, après on est pas là pour vérifier ce qu'ils nous racontent aussi » MG6, l. 9, ou par son confrère évoquant une tendance à chercher un médecin proche de chez soi : « Quand ils disent que les médecins des alentours sont saturés, c'est les médecins à 500 mètres de chez eux. [...] ils en veulent un dans leur rue ou à deux pâtés de maison » MG 14, l. 60.

Un médecin sur quatre avait également une estimation plutôt correcte du **nombre de patients sans médecin traitant**, notamment ceux ayant déclaré adhérer à la CPTS et bénéficiant donc d'un canal d'information direct, et à jour. Comme nous l'avions vu en première partie, en 2022, le nombre de patients sans médecins traitant de plus de 17 ans sur la Métropole de Nancy était de 17 800 environ, soit 8,9 % de cette population. On a tout d'abord une réponse approximative mais pas si éloignée : « il y en a 26 000 sur la Métropole, quelque chose comme ça ? » MG1, l. 5, puis trois réponses visant presque juste : « à l'échelle du pays [...] à peu près 10 %, il me semble qu'on ne fasse pas beaucoup mieux sur la Métropole » MG3, l. 9, « j'ai 11 % en tête » MG4, l. 11, « je sais plus combien, 20 000 ? » MG9, l. 10.

2. Critères déterminants l'acceptation de nouveaux patients

a) Critères positifs

L'entretien se poursuit avec la deuxième thématique permettant de mieux comprendre les critères d'acceptation des nouveaux patients, au travers d'une question posée avec quatre exemples donnés en indigage. Les résultats sont classés dans un tableau selon la proportion décroissante des occurrences, une présentation similaire sera reprise pour les résultats suivants. La question permettait de répondre plusieurs critères, la moyenne exprimée par médecin est de 1,4. Ils seront en revanche plus inspirés pour les critères négatifs, et il était d'ailleurs fréquent que les médecins n'attendent pas la question suivante pour les aborder spontanément.

➔ « Dans quelles conditions acceptez-vous des nouveaux patients ? Avez-vous des critères qui vous font déclencher un « oui » ? Par exemple : un critère d'autonomie du patient, un parrainage par un confrère ou par un autre patient, ou un autre critère ?

Critères retenus	Nombre d'occurrences
Membre de la famille d'un patient	7
Prends tout le monde sans distinction particulière	6
Autonome dans les déplacements	2
Patients en EHPAD si présence de patients déjà suivis	2
Localisation proche du cabinet	2
Patients jeunes sans situations complexes	1
Parrainage par un autre confrère	1

→ **Le critère le plus souvent rapporté** comme favorisant l'acceptation d'un nouveau patient, est celui de **l'appartenance à la famille d'un patient déjà suivi** : « *quand effectivement c'est un patient de la même famille on va plus facilement accepter les nouveaux patients* » MG2, l. 15, « *parrainages *rires* c'est exactement ça, effectivement quand je suis déjà quelqu'un de la famille, et que c'est comme ça d'ailleurs souvent que j'ai des nouveaux patients* » MG7, l. 17.

Un médecin soulignera **la dimension familiale de la mission du médecin généraliste** : « *j'accepte [...] ceux dont je suis déjà un membre de la famille, car je trouve dans la médecine générale qu'il y a une dimension familiale, le « médecin de famille »* » MG3, l.52.

Pour deux des médecins ayant rapporté ce critère familial, il s'agit de la **seule situation pouvant leur faire accepter** des nouveaux patients : « *j'ai plutôt des critères « non » mais on va dire que les membres de la famille ça facilite* » MG13, l.21, « *en général je dis non, [...] si c'est quelqu'un qui connaît quelqu'un... [...] là je peux dire oui* » MG11, l. 14.

Enfin, parmi les médecins ne prenant plus de nouveau patients à domicile, dont nous étudierons le cas dans le prochain chapitre, deux ont affirmé pouvoir faire **exception pour les membres de la famille** de patients déjà suivis : « *sauf si c'est vraiment les parents de quelqu'un que je suis depuis toujours, voilà...* » MG5, l.27-28, « *[si] ce n'est que des VAD, 99 % je dis non, ça m'est arrivé de dire oui il y a pas longtemps parce que c'était la maman d'une patiente à moi, mais sinon, voilà.* » MG11, l.18.

→ **Le deuxième critère représenté** chez un peu plus d'un tiers des répondants n'est en rien restrictif, s'agissant de la prise en charge de tout nouveau patient **sans distinction**. Pour l'un des six médecins concernés, c'est une question d'éthique : « *non mais moi mon éthique c'est que je refuse personne pour l'instant, c'est contre mon éthique médicale en fait* » MG6, l.13, et montrera une certaine véhémence envers ses confrères refusant des nouveaux patients : « *c'est une grave erreur fondamentale [...]. Même s'ils sont à 2000 [patients] ou quoi, bon ils ont qu'à se démerder autrement et c'est tout hein, je pense que c'est faisable* » l.19. Pour d'autres, il s'agit de **ne pas scléroser sa patientèle** : « *je pense qu'il faut qu'il y ait un turn-over, et du coup moi je n'ai pas de critère* » MG5, l.21, ou d'être

stimulant intellectuellement : « tant qu'on est en activité, intellectuellement, c'est intéressant de prendre des nouveaux patients » MG12, 1.10. Enfin, on peut évoquer le contexte démographique médical local favorable de certains de ces répondants, aux patientèles non saturées : « je n'ai pas de nécessité à refuser. [...] Il n'y a pas de souci de notre côté, je suis en plein centre-ville » MG1, 1.24. Pourtant, ces médecins ont tous répondu avec des critères négatifs à la question suivante, entrant parfois en **contradiction avec leurs propos**.

→ Le critère suivant, **l'autonomie du patient**, est moins représenté, mais tout de même indispensable d'emblée pour deux médecins : « si les patients peuvent se déplacer, ils peuvent habiter où ils veulent, je suis leur médecin » MG1, 1.16, « autonomie clairement, j'ai quelques patients en VAD, j'en prends plus de nouveaux » MG16, 1.16. L'indiciage du critère de l'autonomie a inspiré deux médecins à préciser qu'ils continuent d'accepter des nouveaux patients dans **les EHPADs où ils se rendent déjà** : « j'ai très mal au cœur mais de temps en temps je refuse de prendre des personnes âgées [...] sauf s'ils sont dans des EHPAD [...] où je me rends habituellement » MG5, 1.29, « si je suis déjà des patients au sein de l'EHPAD, [...] je dis toujours oui » MG7, 1.20.

→ La **proximité géographique** est aussi retenue, tout d'abord pour une question d'optimisation de prise en charge : « mon critère principal pour l'instant, c'est le fait qu'ils résident sur ma commune, sur le territoire de mon ESP » MG8, 1.22, ou simplement pour des raisons pratiques : « j'accepte volontiers des patients proches du cabinet qui n'habitent pas loin, pour des questions pratiques pour tout le monde » MG2, 1.16.

→ Les deux derniers critères émanent enfin de deux situations particulières.

Un des médecins interrogés a rapporté comme son seul critère positif, celui de privilégier **les patients jeunes sans situations complexes** : « si c'est des patients jeunes, [...] c'est peut-être discriminant peut-être mais... [...] on sait qu'il n'y a pas un grand engagement derrière à dire oui, et que ça ne va pas nous coûter beaucoup de temps médical » MG9, 1.7-20, pouvant être expliqué par son mode d'exercice à mi-temps, et privilégiant donc les prises en charge les moins chronophages.

Un autre médecin en attente de reprise du cabinet de son père partant en retraite, affirme recevoir **uniquement des patients parrainés** par ce dernier, réalisant une sélection en amont afin de pouvoir « encaisser » le flux de nouveaux patients à venir : « j'attends la retraite de mon père, et je vais avoir une déferlante de nouveaux patients, [...] je pourrais pas tout absorber. [...] il fait un peu un tri sur ceux qu'il estime qu'ils seront bien pour moi et pas trop chronophages » MG10, 1.19.

b) Critères négatifs

Après avoir abordé les critères facilitant la prise en charge des nouveaux patients, les médecins sont à présent invités à s'exprimer sur ceux qu'ils jugent limitants. Là également, les quatre mêmes exemples seront donnés en indiçage, et la question permettait d'exprimer plusieurs critères. En moyenne, les médecins en auront répondu 2,45 chacun, les réponses étant également plus longues qu'à la précédente question.

➔ « Dans quelles conditions ne pouvez-vous pas accepter de nouveaux patients ? Avez-vous des critères qui vous font déclencher un « non » ? Par exemple : une patientèle saturée, un besoin de garder du temps pour votre famille, des engagements universitaires ou associatifs, ou un autre critère ?

Critères retenus		Nombre d'occurrences	
Visites à domicile	Tout patient non autonome nécessitant des VAD	8	16
	Localisation jugée lointaine	6	
	Impression d'être seul(e) à les faire dans le secteur	2	
Souhaite garder du temps pour sa famille		4	
Peut se permettre d'orienter vers un autre confrère		3	
Patientèle active trop importante		3	
EHPAD		3	
Pédiatrie		3	
Engagements autres	Faculté	1	2
	CPTS	1	
Localisation lointaine		2	
Souhaite conserver une pratique de qualité et rester disponible		2	
Traitement substitutif		1	

(1) Un thème unanime

Premier constat flagrant, le thème des **visites à domicile** (VAD) a été reconnu de façon unanime comme étant un frein à l'acceptation des nouveaux patients. **Trois critères précis** émergent de ce thème, classés en proportion décroissante.

➔ Le premier concerne l'impossibilité d'accepter **tout patient nécessitant une prise en charge à domicile** pour la moitié des médecins interrogés. Les visites sont d'abord estimées **chronophages, difficiles à intégrer dans un planning** déjà chargé : « moi quand je suis en visite pendant une heure [...], je me dis ben merde j'aurais pu en voir quatre ou cinq

au cabinet, quoi, j'aurais pu voir de la virose, voilà, facile, au lieu de galérer à essayer d'équilibrer un patient polypathologique » MG16, 1.123, et se déroulant dans des **conditions non optimales** : « je ne [les] prends plus, je n'ai matériellement plus le temps [...], [c'est] à la fois difficile à organiser d'un point de vue planning, difficile à organiser par l'importance de ce qui va en découler. [...] les VAD c'est pas gérable, en plus dans de très mauvaises conditions, donc moi maintenant je me refuse à bosser dans des mauvaises conditions » MG8, 1.32, 36.

Parmi ces médecins, les VAD sont également considérées **mal valorisées au regard du temps investi** : « ça prend énormément de temps, vraiment, et malheureusement pas valorisé, pas à la hauteur de l'acte et du temps passé » MG14, 1.68, un avis partagé en tout point par un confrère : « j'ai quelques patients en VAD, j'en prends plus des nouveaux [...] quand je suis en visite pendant une heure [pour] 35 euros, je me dis ben merde j'aurais pu en voir quatre ou cinq au cabinet quoi, j'aurais pu voir de la virose » MG16, 1.16, 123. Afin de motiver les troupes, cette dernière propose une solution : « si toutes les VAD pouvaient être cotées comme les visites longues à 70 euros, ben clairement c'est quand même plus attractif »

MG16, 1.120. Concernant les médecins ayant pourtant affirmé accepter tous les nouveaux patients, il s'agit là d'une **exception à leur règle** : « j'en prends plus de nouveaux, j'ai pas l'intention de faire l'essentiel de l'activité en visite à domicile » MG14, 1.25, « alors d'emblée, les patients pour qui il faut une prise en charge à domicile » MG5, 127, à noter son exception pour les membres de la famille, « s'il existe déjà un lien avec la personne » 1.28.

Il est enfin à noter que deux médecins n'acceptant plus de VAD, précisent tout de même **continuer de suivre leurs patients devenus dépendants** en cours de route : « j'ai des malades à Saulxures, ça me fait quand même une heure pour aller là-bas, ça me fout les boules, bon c'est deux anciens. Le problème c'est que c'est des gens qui viennent pendant 25 ans à votre cabinet... » MG6, 1.98, tandis que son confrère rajoute une condition de proximité, plutôt souple toutefois : « alors moi je gère ma merde, [...] je fais le service après-vente, donc quand j'ai un patient qui tombe en dépendance, je le suis [...], bien sûr dans un rayon acceptable de kilomètres autour de Nancy » MG15, 1.16, 18.

Comme nous l'avons étudié dans le chapitre précédent, une certaine tolérance dans leur prise en charge est possible s'il s'agit d'un **membre de la famille d'un patient** déjà suivi.

→ Le deuxième critère rapporté par plus d'un tiers des répondants, consiste à ne pas pouvoir accepter les prises en charge à domicile **éloignées géographiquement** : « si c'est VAD obligatoire pour un patient qui ne se situe pas dans notre domaine d'action, on va avoir du mal à dire oui, clairement » MG2, 1.19, « les VAD par contre, disons les visites aux alentours ça va, mais j'avoue que j'irais pas à l'autre bout de la ville » MG12, 1.20, « je prends maintenant les VAD autour du cabinet, mais je ne prends plus à distance » MG13, 1.27.

Dans un cas, ce critère existe par contrainte plutôt que par choix, n'étant **pas toujours motorisée** : « s'ils sont trop loin du cabinet ce sera pas possible, [...] on dit oui mais

seulement s'ils sont vraiment sur le quartier [...] il y a des fois je n'ai pas de voiture et là je suis en vélo ou en trottinette, donc c'est compliqué » MG9, 1.25, 49.

La notion d'éloignement géographique est donc plutôt **floue** et **propre à chacun**, avec une unité de mesure allant du quartier à la Métropole, voire la notion peu évocatrice de « proximité/autour du cabinet ».

→ Le troisième critère relatif aux VAD concerne deux médecins ayant le **sentiment d'être parmi les seuls** du secteur à accepter des nouveaux patients nécessitant une prise en charge à domicile, notamment pour ce médecin exerçant dans un secteur où la population est particulièrement âgée : « *j'avais l'impression parfois que des patients du secteur pouvaient pas être suivis par les autres médecins surtout à domicile, donc je continuais à les accepter jusqu'à un certain point...* » MG3, l. 41. Exerçant en MSP, il peut à présent se permettre de les orienter vers deux médecins fraîchement installés « *ravies d'avoir des patients « un peu chroniques », [changeant] un petit peu des soins non programmés* » l. 44. Son avis est partagé et plus détaillé par une consœur pointant le problème des **médecins traitants rompant le suivi de patients basculant dans la dépendance** : « *avant je disais oui, et maintenant je dis non. C'est-à-dire que le médecin c'est facile quoi, il avait la personne en consultation, il l'a vue pendant des années, et puis maintenant que ça passe en visite « ben non hein », donc c'est toujours les mêmes qui se récupèrent les visites, c'est pas possible quoi, je peux pas *rires** » MG4, 1.35, elle précisera ainsi ne pas vouloir cautionner un système où « *je prends les patients qui me plaisent* » l.44.

(2) *Les autres critères négatifs*

→ Un quart des médecins interrogés souhaitent **préserver le temps familial**. Il s'agira des plus jeunes, deux hommes et deux femmes allant de 30 à 41 ans, ayant tous des enfants en plus ou moins bas âge : « *si je veux m'occuper de ma femme et de mes trois enfants... *rires* à un moment je considère que je donne suffisamment de temps à mon travail d'une façon générale* » MG3, 1.65. Une situation partagée par ce médecin, ayant un enfant en bas âge : « *j'ai un bébé qui a deux mois... voilà le sens des priorités là...* » MG16, 1.37, dont on imagine aisément les difficultés organisationnelles surajoutées, et elle ira jusqu'à mettre en garde sa remplaçante : « *si tu veux faire un enfant, ne t'installes pas avant, c'est un enfer !* » l.109.

Il arrive également que **les enfants souffrent de l'absence de leurs parents**, pouvant être à l'origine d'un **sentiment de culpabilité** chez ces derniers : « *on a des enfants qui sont collégiens, mais je me dis que c'est maintenant qu'ils ont besoin de moi [...] la vie de famille est quand même un peu... voilà, moi mon petit il m'a déjà dit « pourquoi tu changes pas de métier maman ? », quand on entend ça on se dit « bon... » *silence* parce que je suis jamais là quoi* » MG7, 1.170.

Le mode d'exercice ou la présence d'aides à la pratique ne semble pas avoir d'influence sur ce temps familial, le premier médecin cité exerçant au sein d'une MSP dotée d'une assistante médicale et infirmière Asalée. Toutefois, il affirme que ces aides peuvent permettre « *de stabiliser, voire travailler un petit peu moins* » l.104, on peut donc supposer un souhait de **sauvegarder ce temps familial** supplémentaire, plutôt que d'en gagner.

→ Pour le troisième critère le plus fréquent, trois médecins ont rapporté se permettre de ne pas accepter de nouveaux patients en raison de la **possibilité de les adresser à un confrère** : « *c'est pour ça aussi que je me permets de renvoyer les patients, en leur proposant de voir un de mes confrères hein* » MG 11, l.50, « *j'ai un ou deux confrères qui sont pas sur la même localité que moi mais qui prennent des nouveaux patients, donc je leur donne les coordonnées, c'est arrangé avec eux* » MG7, l.30. Un des trois répondants exerce en MSP et adresse les nouveaux patients aux médecins récemment installés dans la structure : « *maintenant qu'on est en maison de santé j'ai pu attirer un nouveau médecin [...], je suis tout content de pouvoir dire à ces patients âgés qui nous contactent parce que leur médecin est parti en retraite par exemple, qu'on peut les prendre en charge à la MSP, mais que ce ne sera pas moi.* » MG3, l.43, 46.

→ Dans les mêmes proportions, une **patientèle saturée** est une cause principale pour trois répondants : « *c'est simple j'ai une file active qui est à saturation* » MG11, l.24, « *je vais pas pouvoir prendre tout le monde moi, j'ai déjà ma patientèle à moi qui est remplie* » MG10, l.12. Dans un autre cas riche en témoignage, **l'aggravation du problème est inexorable** : « *je sais pas comment je peux faire plus, [...] mais j'avais l'impression de dire ça déjà il y a un an, et qu'en fait là je suis plus qu'il y a un an, en fait je me dis jusqu'où ça va aller, et comment ça va s'arrêter...* » MG7, l.150, et précise également **une charge horaire inextensible** : « *là je suis au maximum [...], c'est difficile pour moi de prendre plus parce que voilà, déjà entre 12 et 14h par jour...* » l.56. Elle poursuivra son propos en évoquant un risque d'**épuisement** ou de **renoncement**, malgré son attachement au métier : « *il y a des fois on a envie de tout plaquer, on a envie que tout s'arrête [...], alors qu'on adore ce qu'on fait [...]* Beaucoup de satisfaction mais aussi énormément de stress et il y a des soirs où vraiment on en peut plus quoi, épuisement ou le "burn out" des fois » l.154. Elle précise toutefois, en présence des patients, avoir « *beaucoup de mal de dire non* » l.24.

→ Les **EHPADs** sont un critère retenu pour trois autres médecins : « *si derrière on me demande d'aller en EHPAD, je le fais pas* » MG13, l.30, « *si on me demande de prendre quelqu'un à domicile ou en EHPAD directement c'est vrai que je dis non* » MG. 15, l. 30. L'un évoque sa lassitude que ses **collègues n'y acceptent plus** de nouveaux patients et ne pas pouvoir pallier le problème : « *Donc je refuse les patients en EHPAD que je connais pas, [...] je peux pas en prendre plus. [...] par exemple [Dr X] lui sur l'EHPAD [L1] il a dit qu'il prenait plus de nouveaux patients, je vais pas aller faire le con en visite rue [R1] à côté de chez lui parce qu'il prend plus de nouveaux patients lui* » MG6, l.32, 34.

→ La **pédiatrie** est un critère d'exclusion, là encore pour trois médecins : « je suis pas une femme de pédiatrie je vous avoue *rires* » MG12, 1.12, mais pouvant inclure l'**exception familiale** : « *c'est pas vraiment de la discrimination, je n'accepte pas non plus les jeunes, j'accepte comme nouveaux patients ceux dont je suis déjà un membre de la famille* » MG3, 1.52. Il s'agira pour un autre médecin de ne plus vouloir s'exposer à **d'éventuels conflits avec les parents** de ces jeunes patients : « *je refuse la pédiatrie, moi j'ai des gamins, je dis aux parents « moi je soigne pas vos gamins c'est hors de question », je fais plus. [...] la plupart des médecins ont peur, [...] je veux pas avoir un procès c'est pour ça que je veux pas être MT de gamins quoi* » MG6, 1.85, 215. Afin d'illustrer son propos, il évoque l'**essor des ordonnances dématérialisées** pouvant être conservées aisément par les patients les plus procéduriers : « *les patients vont voir nos ordonnances depuis 10 ans donc je peux vous dire les procéduriers vont pouvoir aller gratter dans toutes les ordonnances hein* » 1.172.

→ Les **engagements dans d'autres structures** consomment également du temps médical, pouvant limiter les capacités d'acceptation des nouveaux patients selon deux médecins, l'un exerçant notamment à la faculté de médecine de Nancy : « *j'ai quasiment 1300 patients, ce qui est assez nettement au-delà de la moyenne des médecins de Nancy, [...], et je me suis retrouvé en plus avec un exercice mixte parce que je passe une à deux journées à la fac par semaine* » MG3, 1.62, tandis que l'autre réalise des permanences au CHU : « *je travaille une demi-journée par semaine au CHU en consultation à la PASS, et puis je ne souhaite pas augmenter mon temps de travail* » MG11, 1.24.

→ La **proximité géographique** est indispensable pour deux des médecins interrogés : « *on a du mal à absorber la patientèle locale autour du cabinet, alors s'il faut absorber la patientèle à l'autre bout de Nancy... Je pense que le critère géographique prime vraiment sur le "non" on va dire* » MG2, 1.40, à noter ici une situation de départs en retraite de médecins généralistes du quartier, pouvant être à l'origine de cette nécessité : « *deux, trois médecins aux alentours partis à la retraite donc on essaye de les absorber* » 1. 37. L'autre médecin concerné rapporte : « *si c'est des patients éloignés c'est sûr que je les prends pas* » MG11, 1.14. Comme nous l'avons vu pour les VAD, cette **notion de proximité est mal définie**, et dépend de la situation de chacun.

→ Il existe une inquiétude quant à **conserver une pratique de qualité**, et **rester disponible pour leurs autres patients**, notamment pour l'un des deux répondants qui ajoute la notion d'**engagement** : « *pour moi c'est un engagement d'accepter d'être le MT de quelqu'un [...] je peux dépanner un soin non programmé [...] mais je ne peux pas m'engager à les suivre de façon régulière et à être disponible comme je le suis pour les patients dont je suis le MT. C'est pour ma qualité de vie mais aussi pour être disponible pour ceux que je suis déjà en fait* » MG3, 1.66, 71. Dans le même ordre d'idée, une consœur affirme **privilégier la qualité sur la quantité** : « *Je veux pas en fait que ça altère ma manière de travailler, je veux pas changer ma façon de travailler pour faire plus de chiffre, c'est pas du tout mon objectif* » MG7, 1.42.

→ Enfin, un médecin rapporte refuser systématiquement **les patients toxicomanes** pour des **raisons de sécurité**, exerçant seule à son cabinet : « *je ne prends pas des gens qui sont sous méthadone ou subutex. Parce que je suis seule en cabinet, et tard le soir à 20h quand vous avez des gens qui arrivent pour avoir leur méthadone ou subutex et que vous êtes toute seule, ça le fait pas. [...] donc voilà, là je me préserve* » MG.13, 1.17.

3. *Connaissance et place des aides à l'exercice*

a) *Degré de connaissance et d'utilisation*

L'entretien se poursuit avec un nouveau chapitre, consistant en l'exploration du degré de connaissance des aides à l'exercice des médecins généralistes, dont le rôle est de dégager du temps médical afin d'alléger la pratique. Pour des raisons pratiques et faciliter la comparaison des réponses, quatre aides ont été systématiquement indicées : les trois types de dispositifs de coopération intégrée disponibles en France à savoir les IPA, assistants médicaux, infirmières déléguées à la santé publique de l'association Asalée, et la PTA dont le rôle a été abordé dans le premier chapitre. L'analyse du verbatim a permis de distinguer trois situations : les médecins connaissant ces aides de nom, ceux qui en connaissent le fonctionnement, et ceux qui en bénéficient à leur cabinet. Les résultats sont présentés dans un tableau à double entrée, les chiffres étant comme précédemment exprimés en nombre d'occurrences.

→ « **Connaissez-vous les aides à votre exercice, que ce soit humaines comme les IPA, ASALEE, assistants médicaux, ou les dispositifs d'appui comme la PTA ?** »

	Connaît « de nom »	Connaît le fonctionnement	Utilise
IPA	16	8	1
Assistants médicaux	16	8	1
Asalée	15	11	6
PTA	15	15	8

L'observation générale des réponses nous montre un degré de connaissance plutôt inégal en fonction de l'aide en question. Alors qu'elles sont connues de nom par l'écrasante majorité, voire l'unanimité, leur fonctionnement est moins clairement identifié. Il semble de prime abord que les dispositifs les plus anciens, comme la PTA et les infirmières Asalée, soient mieux maîtrisés que les IPA et assistants médicaux, faisant l'actualité et l'objet de débats parfois houleux. Ces deux aides étant en cours de mise en place avec des conditions

précises, leur recours relève de l'exception pour le moment. Afin de faire parler ces chiffres, étudions la perception de ces aides au travers du verbatim.

(1) *L'infirmière de pratique avancée*

La pratique infirmière avancée est connue de l'ensemble des médecins participants. Détaillons les trois cas de figure rencontrés au cours de l'étude :

→ La moitié des médecins déclarent **ne connaître que de nom**, ou maîtriser vaguement le sujet : « *l'IPA voilà je ne sais pas du tout quelle autonomie elle peut avoir donc je ne peux pas vous répondre* » MG1, 1.56, « *Les IPA je connais le mot, je connais en gros le principe, mais après je sais pas exactement comment ça fonctionne, si je peux prescrire ou des choses comme ça* » MG14, 1.29.

Cette connaissance limitée est parfois étendue **aux autres types d'aides** comme les assistants médicaux, notamment chez des **médecins en fin de carrière, ne se sentant plus concernés** par cette évolution : « *je vais travailler encore 3 ans, je ne suis pas sûr que ce sera pour moi* » MG5, 1.46., « *je connais juste de nom quoi mais c'est tout, pour tout vous dire ce sera sûrement pas pour moi* » MG12, 1.28.

En revanche, des **médecins plus jeunes n'excluent pas de s'y intéresser** plus tard, à l'occasion d'un **changement de situation** : « *peut-être que par la suite j'utiliserais ces aides-là, IPA ou assistants, si je m'installe dans une MSP* » MG11, 1.30, avis partagé par un confrère s'attendant à l'afflux de nouveaux patients suite au départ en retraite de son père : « *tout doucement je suis en train d'essayer de réfléchir à ça parce que de toute façon il va falloir que je modifie mon activité au vu des NP que je vais accueillir. Donc peut-être effectivement une infirmière... une IPA, mais voilà je me suis pas encore vraiment renseignée sur le sujet on va dire* » MG10, 1.40, il peut donc s'agir de se pencher sur ce nouveau métier **en dernier recours** et par la force des choses.

Deux médecins ne creusent pas le sujet car se demandent **comment intégrer cette aide dans leur activité** : « *j'ai du mal à voir comment ça pourrait s'intégrer dans mon activité. Peut-être que j'en aurais besoin, mais ne sachant pas trop comment cela fonctionne, je ne fais pas de recherches par rapport à ça. [...] c'est une méconnaissance du métier et je n'arrive pas à la visualiser dans mon organigramme* » MG1, 1.41,53, tout comme un autre confrère : « *je crois que je saurais pas trop comment introduire ça dans mon cabinet* » MG5, 1.40.

L'opinion générale de ces médecins envers cette aide est plutôt **neutre**, dont l'interrogation principale relève de l'intégration dans sa pratique.

→ L'autre moitié semble à la fois maîtriser le sujet de la pratique infirmière avancée, mais aussi **tous les autres**. Il s'agit de médecins de tout âge avec **une meilleure exposition à l'information**, ayant presque tous un lien avec la CPTS, la PTA, la faculté, ou exerçant en MSP, comme ce médecin réunissant tous ces critères et manifestement imbattable sur le sujet : « *je les connais bien oui, vous voulez que je rentre dans les détails ?* » MG3, 1.80, et développera effectivement plusieurs aspects et difficultés liées au métier, tout comme une consœur : « *Alors oui à tout ! *rires** » MG4, 1.76. Leur regard acéré permettra d'évoquer des problématiques plus précises et partagées par plusieurs d'entre eux.

Tout d'abord, **l'aspect financier incompatible en libéral**, comme rapporté ici par ce médecin qui estime que « *le modèle économique n'est pas solvable en libéral* » MG3, 1.92, mais évoque toutefois une solution : « *des IPA salariées de l'association Asalée, [...] elles ont quand même un lien financier qui est plus simple, et ça normalise la relation avec le médecin* » 1.92. Un avis en tout point partagé : « *je peux pas faire vivre une IPA rien qu'avec ma patientèle, [...] l'infirmière elle peut pas vivre d'amour et d'eau fraîche, alors si on la salarie au départ ?* » MG4, 1.112, soulignant également la **charge pour le médecin** et sa part de « *frais pour l'IPA* » 1.119. La solution proposée est identique : « *si c'était une IPA/Asalée après tout ? Mais une vraie formée IPA, ça pourrait être pas mal puisqu'elle serait salariée* » 1.120. Même son de cloche chez une consœur : « *on peut pas se permettre hein, d'un point de vue financier* » MG16, 1.51.

Puis il existe également une grande inquiétude concernant la **perte des consultations faciles**, un critère important pouvant faire pencher la balance lors d'un choix de personnel au sein d'une MSP : « *je préfère avoir un jeune médecin à mes côtés qu'une IPA qui va gérer les consultations faciles et qui va me laisser les résultats d'Apicrypt le soir, et les imprévus et compagnie* » MG3, 1. 97, et parfois jugé indispensable pour **équilibrer le quotidien sollicitant** du médecin : « *le peu de consultations non complexes c'est un pur bonheur pour l'esprit, ça soulage, [...] et si on se sent moins sur la lame du rasoir, moins tiraillé, moins stressé par le fait qu'il faut gérer des choses lourdes à chaque fois, hé bien il y aura beaucoup moins de burn-out* » MG8, 1.96.

Dans le même ordre d'idée, il existe une importante **réticence à la délégation de tâches**, rapportée plusieurs fois : « *moi je trouve que tout ce qui est délégation de tâche, etc... sur le fond j'y suis vraiment pas...* » MG7, 1. 131, un autre confrère souhaite plutôt parler de **transfert de tâches** : « *on fait une confusion entre délégation et transfert, on est en train de transférer les compétences et non de les déléguer. Déléguer c'est travailler ensemble, c'est pas donner mon boulot à quelqu'un que je ne connais même pas* » MG8, 1.103. Ce sujet peut opposer au point de résigner, comme ce médecin manifestement **agacé de l'évolution de la pratique** : « *je suis contre la délégation des tâches mais je le pratique je m'en fous, je suis passé à autre chose, les vaccins depuis 1 semaine je dis au pharmacien de les faire, ce serait l'IPA pareil. Moi je dis à mes patients je fais plus de vaccins, j'en ai plus rien à foutre, démerdez vous* » MG6, 1.149. Une délégation qui, dans le cas extrême, **pourrait modifier la position du médecin généraliste** dans le système de santé : « *on ne devient plus du premier recours, on devient un deuxième recours parce que c'est l'infirmière qui gère en premier lieu* » MG2, 1.80. La notion de **responsabilité médicale** pose également question : « *mettre sous couverture d'un médecin référent qui connaît pas l'IPA, [...] non, je trouve que mettre en cause notre responsabilité sur des ordonnances et sur des soins qu'on fait pas, non vraiment*

je trouve que c'est scandaleux. Je suis totalement opposée pour la mise en place des IPA en ville. [...] pour moi c'est pas du travail en collaboration » MG16, 1.80.

Un médecin regrette **l'absence de concertation avec les IPA hospitalières**, responsable d'un **sentiment intrusif dans sa pratique** : « *les IPA nous sont envoyées dans les pattes par l'hôpital sans aucune concertation, donc sans aucune efficacité, voire avec un certain énervement on va dire, par rapport à ces actions qui ne sont pas concertées et qui ressemblent plus à une espèce de jugement du travail qu'on fait tous les jours auprès de nos patients par des gens qui ne sont pas sur le terrain, c'est très désagréable » MG8, 1.50,*

Enfin, pour l'un des médecins, **les IPA n'ont pas la formation adéquate au droit de prescription** : « *ça va être un carnage parce que des IPA ont pas le niveau, pour moi, pour prescrire des trucs, enfin je vois pas ça comme ça » MG6, 1.152.*

L'opinion générale de ces médecins mieux informés semble **plus réservée**, polarisée principalement sur la délégation des tâches et les questions financières.

→ Le dernier cas concerne une situation unique dans l'étude : le recours à une IPA au sein d'une MSP, dont le retour d'expérience est très positif, l'avantage principalement abordé étant celui de **pouvoir effectuer des visites à domicile supplémentaires** : « *on a [une IPA] et ça c'est génial, ça nous permet surtout de prendre des VAD en plus, parce qu'elle [les] fait avec nous donc quand ils sont stabilisés elle les voit, et du coup ça nous permet de reprendre des visites un peu plus » MG9, 1.62.*

Le deuxième avantage selon elle, réside dans **la communication**, jugée plus efficace qu'avec son médecin remplaçant : « *j'ai ce retour qui se fait entre 30min et 1h tous les mois, et donc je sais exactement où en sont mes patients, [...] c'est même plus facile pour moi quand ils sont suivis entre moi et l'IPA, [...] que quand c'est par exemple avec mes remplaçants » 1.80.*

Enfin, en permettant de **dégager du temps médical**, la délégation de tâches est ici jugée utile, et la perte des consultations simples ne semble pas problématique : « *certes je perds des consultations qui sont plus faciles avec une charge mentale plus légère, mais par contre je gagne aussi du temps, en faisant plus les synthèses qui peuvent prendre un temps fou » 1.84.*

L'opinion émanant de cette expérience est donc **très positive**, pouvant répondre partiellement à certaines inquiétudes exprimées précédemment.

(2) *Les assistants médicaux*

Le sujet des assistants médicaux suit les mêmes proportions que celui des IPA : leur connaissance est unanime, la compréhension de leur fonction déclarée par la moitié des médecins, et un seul cas d'utilisation est rapporté. Analysons les grandes idées émergentes spécifiques à ce métier.

→ Les médecins ne connaissant que de nom sont donc ceux que nous avons étudié pour les IPA, ils comprennent **les médecins en fin de carrière** ne se sentant plus concernés par cette pratique, et des médecins **plutôt jeunes et prévoyant de s'y intéresser** par la suite probablement en raison de leurs difficultés à accepter les nouveaux patients. On observe aussi une **confusion entre IPA et assistant médical** : « *Les assistantes médicales je pense que ça ressemble un petit peu à l'IPA même si c'est un petit peu différent quand même* » MG2, 1.53.

→ Les médecins les mieux informés, dont nous avons décrit le profil au chapitre précédent, formuleront là aussi des réserves précises.

Plusieurs médecins souligneront les **difficultés immobilières**, la plupart des cabinets n'ayant probablement pas de bureau pour les accueillir : « *cela nécessite d'avoir un bureau ou une structure adaptée, du coup si les locaux ne sont pas faits pour les accueillir alors c'est impossible à mettre en place* » MG1, 1.55,56, une problématique **n'épargnant pas les MSP** : « *on est deux à vouloir une assistante médicale mais on a plus de place dans le bâtiment* » MG9, 1.59. Cependant, des **locaux dédiés relèvent de l'exception** selon les observations de ce médecin dirigeant un travail de thèse sur le sujet : « *un des principaux freins c'est le frein immobilier sur les locaux, et l'immense majorité des assistants médicaux travaille en fait à l'accueil médical [...] Ils peuvent aussi aller dans le bureau du médecin en son absence mais c'est rarissime que les assistants médicaux aient un bureau dédié à part entière* » MG3, 1.85.

La présence de locaux disponibles n'assure toutefois pas une mise en place sereine, il peut en effet exister une **appréhension liée aux indicateurs à atteindre** : « *on est obligés d'augmenter plus notre patientèle, [...] du coup, l'autre médecin dit « oh non, je veux pas prendre le risque », et du coup moi seule je peux pas. Et alors qu'on a la place hein [...] alors qu'on est une maison de santé, vous imaginez les autres !* » MG4, 1.103.

Ensuite, il est rapporté par plusieurs médecins un **frein lié au financement**, jugé insolvable notamment pour les médecins en exercice individuel : « *ça me semble compliqué de mettre en place un assistant, toute seule ça me fait quand même beaucoup de frais je pense. Alors je sais bien, on dit "mais il y a des aides" etc, oui d'accord mais bon euh... à la longue je pense quand même que ça me ferait un surcoût pas négligeable* » MG7, 1.65, mais aussi ceux en association financière : « *la question elle se pose même pas vu le coût que ça impliquerait aides comprises, [...] C'est un manque de moyens là, clairement, c'est une*

question d'argent » MG16, 1.98,104, on observe donc un certain degré de renoncement au dispositif **malgré l'existence d'aides financières**.

La dernière inquiétude soulevée plusieurs fois est relative à **l'altération du lien avec le patient, voire la robotisation** : « *il faut que ce soit rodé et puis que tout le monde y trouve sa place aussi, puisque certains médecins je pense aiment bien avoir ce contact et prendre le temps avec le patient aussi, c'est un échange donc... [...] ça va un peu robotiser la consultation quoi* » MG2, 1.75. Cette inquiétude s'observe notamment **chez les médecins opposés à la délégation des tâches** : « *si c'est pour nous enlever notre métier médical pour ne nous laisser que ce qui n'est pas notre métier, la partie administrative et gestion administrative du patient, je n'en vois aucun intérêt si ce n'est dégoûter définitivement les quelques personnes qui sont encore volontaires pour faire ce métier [...] C'est la perte du lien, et le sentiment d'être dépossédé de la tâche qu'on a voulu apprendre et qu'on a appris à faire* » MG8, 1.58. Cet **attachement aux gestes courants de l'examen clinique** et ce sentiment d'être dépossédé trouve un écho chez une consœur : « *tout l'examen clinique pour moi ça fait partie de mon métier quoi, c'est ce que j'aime faire aussi [...] ça m'embête de devoir [...] déléguer certaines choses, même sur des choses toutes simples de l'examen clinique. La relation avec le patient est modifiée je pense* » MG7, 1.136. Des gestes simples mais importants dans le repérage précoce de pathologies : « *quand je reçois un patient, j'ai besoin d'avoir tout sous la main, et quand je prends une tension, ben ça me permet d'entendre un cœur qui bat pas comme il faut* » MG13, 1. 43.

→ Un seul cas d'utilisation est rapporté dans notre étude par un médecin exerçant en MSP, et ce **malgré l'absence de disponibilité d'un local dédié** : « *j'ai décidé d'embaucher une assistante médicale avant d'emménager dans la MSP, mais le chantier était déjà commencé et je ne pouvais pas rajouter de locaux* » MG3, 1. 89, ses missions consistant principalement « *à l'accueil médical, où ils peuvent déjà donner quelques conseils, remplir des dossiers, vérifier que les vaccins sont à jour* » 1.86. Souhaitant avant tout **stabiliser sa charge de travail**, il s'affranchit des indicateurs : « *je laisse tomber les financements de l'assurance maladie parce que je ne serais pas dans les objectifs* » 1.108.

Les réserves exprimées sur les assistants médicaux concernent donc à la fois des thèmes comparables à ceux observés pour les IPA, comme la question du financement ou de la délégation de tâches, mais aussi des thèmes plus spécifiques comme le frein immobilier et surtout **l'appréhension de la modification de la relation médecin-malade**.

(3) *Les infirmières Asalée*

Les infirmières de l'association Asalée sont quasi-unanimement connues des médecins participants, leur rôle est compris par une proportion plus importante que pour les IPA ou assistants médicaux, et leur utilisation plus répandue. Trois groupes aux proportions similaires peuvent être décrits :

→ Environ un tiers des médecins répondants ne maîtrisent ou ne connaissent pas le sujet, il s'agit principalement des **médecins en fin de carrière exerçant seuls** et cumulant la méconnaissance des IPA et assistants médicaux : « à part le Réseau, entendu parler oui uniquement, et pratiqué encore moins » MG13, 1.35, « tout ça je connais juste de nom quoi mais c'est tout » MG12, 1.28. Dans un cas, le terme n'est pas du tout connu : « les infirmières Asalée alors ça je sais pas ce que c'est *rires* » MG14, 1. 31. Ces médecins ne présentent pas de grandes difficultés à accepter des nouveaux patients, on peut donc penser qu'ils ont trouvé un certain équilibre permettant de se tenir à l'écart de ces aides, comme le déclare ce dernier médecin cité, après l'avoir informé du rôle des infirmières Asalée : « je connaissais vraiment pas, bon en tout cas j'en ressens pas la nécessité » 1.37.

→ Un autre tiers représenté par des médecins de toutes générations et n'ayant pas recours aux infirmières Asalée, montre **un intérêt pour le sujet** : « les Asalée pareil je connais très bien mais n'en ait pas » MG8,1.47, « oui, oui je connais ça par cœur, je suis ça de très très près. [...] Asalée, l'ETP, oui très bien » MG6, 1.148, « oui moi je connais bien les Asalée et les IPA aussi mais j'en ai pas » MG15, 1.35.

Cependant les **conditions d'obtention ne semblent pas toujours claires** : « l'infirmière Asalée c'est de l'éducation thérapeutique [...] Je n'y ai pas recours car il faut une convention, je me suis un peu renseigné je crois qu'il faut forcément une capacité ou une MSP en zone déficitaire, je ne suis pas sûr qu'un médecin tout seul puisse travailler avec une infirmière Asalée » MG1, 1.58, une consœur semble également en difficulté sur ce point : « je connais bien surtout les Asalée, enfin après les conventions, autorisations... » MG11, 1.30.

→ Enfin, un peu plus d'un tiers des médecins de l'étude bénéficient d'une infirmière Asalée, il s'agit de ceux exerçant en MSP ou en association financière, dont **l'opinion est dithyrambique** : « infirmière ASALEE on en a une au cabinet, on s'en passerait plus franchement » MG2, 1.48, « j'ai donc une infirmière Asalée qui fait un travail formidable » MG5, 1.47.

Une consœur développera l'intérêt bienvenu de la réalisation d'**actes chronophages** dont les médecins ont parfois **perdu l'habitude** : « l'infirmière Asalée [...] ça fonctionne très bien et ça permet que chacun fasse son boulot [...] ça nous fait vraiment avoir une pratique complémentaire sur des choses qu'on a pas le temps de faire ou qu'on ne fait plus bien, moi

*faire un bilan cognitif chez la personne âgée je l'ai jamais trop pratiqué » MG15, 1.54, et ajoute une **dimension relationnelle positive** : « il y a un très bon contact avec les patients » 1.62. Pour elle, contrairement aux IPA dont elle s'oppose à la mise en place en libéral, le maître mot de cette fonction est **la complémentarité** : « chacun reste à sa place, [...] c'est pas son rôle de renouveler les traitements de mes médicaments. [...] Finalement l'éducation thérapeutique [...] c'est vraiment pas mon domaine de compétences [...]. C'est vraiment chacun sa part du travail, et ça fait une prise en charge globale qui est bien meilleure » 1.64.*

Cette **compétition avec l'IPA** n'est cependant pas partagée par ce médecin, considérant les deux fonctions comme **complémentaires** : « avec l'inf^o Azalée classique elles font les bilans de mémoire, elles posent les MAPA et puis elles font l'analyse des résultats et en fait nous à distance on refait le point avec elles [...], donc c'est vraiment confortable, les deux se complètent très bien » MG9, 1.91.

Malgré ces retours d'expérience très positifs, le recours à l'infirmière Asalée **relève de l'exception** selon ce médecin : « l'infirmière Azalée on n'est pas beaucoup à l'avoir à Nancy, c'est vraiment rare » MG3, 1.110, faisant probablement référence au caractère minoritaire de l'exercice coordonné sur l'ensemble de la Métropole de Nancy.

(4) **La plateforme territoriale d'appui**

Les résultats concernant la Plateforme Territoriale d'Appui sont sans équivoque : elle est **connue, utilisée et sa fonction comprise de quasiment tous**.

L'exception concerne ce médecin installé depuis 2016 : « la PTA je ne sais pas à quoi ça correspond » MG10, 1. 43, malgré avoir précisé l'ancienne appellation du réseau : « non ça ne me dit rien » 1.45. Dans la situation d'un départ en retraite de son père sous peu, on peut éventuellement imaginer que ce dernier apportait une assistance dans la gestion des cas complexes. La deuxième exception, portant cette fois uniquement sur son utilisation, concerne un médecin installé récemment en 2021, connaissant effectivement le dispositif, mais **n'ayant probablement pas encore eu de cas à lui soumettre** : « la PTA je connais oui, je connais parce que je sais qu'un de mes associés a déjà fait appel au réseau pour une patiente avec des troubles cognitifs, mais moi j'ai jamais eu à faire un travail avec le Réseau Gérard Cuny » MG16, 1.91.

Pour l'ensemble des médecins y recourant, le dispositif est **perçu très favorablement**, et **utilisé régulièrement** pour la gestion de cas complexes : « Gérard Cuny oui je les appelle, c'est très bien » MG6, 147, « la PTA qu'on utilise de temps en temps, très pratique » MG2, 1.58, « la PTA bien sûr puisque je travaille énormément avec, j'y fais souvent appel » MG5, 1.35, « la PTA, oui je connais aussi je fais parfois appel pour des cas compliqués, ça aide, ça aide bien oui » MG7, 1.73, « oui j'ai fait beaucoup appel au Réseau Gérard Cuny » MG15, 1.37.

Ce recours généralisé semble donc déjà **ancré dans les pratiques**, indépendamment de l'âge, du mode d'exercice, ou des difficultés à accepter des nouveaux patients.

b) Rôle dans l'acceptation des nouveaux patients

Après avoir analysé la perception de ces dispositifs, nous recentrons le sujet en interrogeant sur leur potentiel à aider les médecins généralistes à accepter des nouveaux patients. La question ne faisait pas référence à un type d'aide en particulier, mais les réponses souvent fournies étaient agrémentées d'exemples précis qui nous permettront d'illustrer les résultats obtenus.

→ « **Pensez-vous que ces aides peuvent aider à accepter des nouveaux patients ?** »

Réponse	Nombre d'occurrences
OUI	8
NON	6
Ne sait pas	2

Premier constat général, aucune tendance ne semble se démarquer, les médecins interrogés étant partagés sur cette question. Comme nous l'avons vu au chapitre précédent, la connaissance des aides à l'exercice manque parfois de précision, et a donc pu influencer sur les proportions observées.

→ Une courte majorité semble convenir de leur utilité pour accepter des nouveaux patients. Parmi ces médecins, **la plupart (six sur huit) font partie de ceux maîtrisant le mieux le sujet** des aides à l'exercice, et polarisent leurs réponses sur **les IPA et assistants médicaux** : « *oui clairement, clairement, effectivement avec des IPA des infirmières Asalée ou autres, ça va permettre de libérer du temps médical, c'est ce qu'on essaye de chercher et ce qu'on entend aussi* » MG2, 1.65, avis partagé par un confrère exerçant en MSP : « *Ah ben moi les assistants et les IPA, moi c'est sûr ça m'aiderait. Ça m'augmenterait le nombre de plages horaires, le temps médical ça c'est sûr, infirmières et assistant médical* » MG4, 1.85. Un des médecins bénéficiant d'une IPA **confirme ces propos** : « *oui, parce que ça permet... qu'il y ait des consults qu'on va plus faire par exemple, qu'on va déléguer mais en étant quand même informés* » MG9, 1. 69. Deux médecins, très réservés sur les IPA libérales, focalisent plutôt leur réflexion sur les assistants médicaux en les comparant avec ceux **d'autres spécialités ayant fait leurs preuves sur la libération de temps médical** : « *assistants*

médicaux peut-être... Peut-être que si on avait une assistante ou un assistant médical au cabinet qui nous faisait toute la partie prise de tension, enfin toutes les constantes, peut-être [...] j'ai une amie qui est ophtalmo, ça marche très bien et elle tourne sur quatre box [...] ça fonctionne très bien sur les autres spécialités donc oui je pense que si on avait quelqu'un qui faisait ce temps de travail là, ça pourrait nous libérer du temps pour les patients » MG16, 1.96, 100, avis partagé par un confrère : « à part les assistants médicaux, par analogie avec les assistants dentaires on pourrait voir l'intérêt sur notre temps médical réel, et réellement médical je dirais. Le reste je ne vois pas » MG8, 1. 56.

Deux médecins sont quant à eux **moins bien informés mais semblent toutefois optimistes** sur l'aide apportée à la prise en charge de nouveaux patients : « si ça nous permet de gagner du temps médical effectif, ouais pourquoi pas » MG10, 1.51, « je pense oui, ça devrait pouvoir, oui » MG12, 1.36

→ Les non convaincus n'ont pas de profil particulier, on retrouve donc à la fois des médecins maîtrisant le sujet, d'autres moins, et un cas d'utilisation pratique. Parmi les arguments évoqués, on retrouve une **amélioration de la qualité de la pratique sans impact sur le temps médical** : « non, ça libère pas de temps médical. Enfin j'ai pas d'IPA ou assistant donc je parle surtout de l'infirmière Asalée et du Réseau Gérard Cuny, ça libère pas du temps médical. C'est quelque chose qui vient en plus, qui améliore la prise en charge et l'optimise » MG15, 1.40, « l'infirmière Asalée c'est de l'éducation thérapeutique, c'est un plus pour le patient mais ça ne change pas du tout le nombre de patients qu'on peut voir ou pas, comme les autres [aides] à mon avis » MG1, 1.58. D'autres sont **plus catégoriques**, s'agissant principalement de **médecins moins informés** : « tel que ça nous est présenté, pour moi non » MG11, 1.35, « non, enfin pas pour moi en tout cas » MG13, 1.40.

Un cas unique de médecin exerçant en MSP et bénéficiant d'une assistante médicale, voit en ces aides un moyen de **stabiliser, voire diminuer le temps médical**, notamment en ce qui concerne les assistants : « les médecins ils voient plutôt l'assistant médical comme une façon de libérer du temps médical mais pas forcément de travailler plus en fait, la plupart ont plutôt envie de stabiliser, voire de travailler un petit peu moins » MG3, 1.102, il se base sur les observations du travail de thèse en cours dont il dirige le projet, mais aussi sur sa propre expérience : « sur le plan personnel, ce métier d'assistant médical il n'a pas vocation à ajouter des plages supplémentaires » 1.106, un objectif partagé par une consœur : « c'est pas le mode d'exercice que j'ai envie de faire, je chercherais plutôt à diminuer ce temps de travail » MG11, 1.39.

→ Les deux médecins n'ayant pas d'opinion sur le sujet font partie de ceux **proches de la retraite, moins bien informés et ne se sentant pas concernés** par ces dispositifs : « Franchement je n'ai pas réfléchi à la question. C'est une tout autre pratique de la médecine à laquelle je suis pas encore tout à fait prêt » MG5, 1.44. Son confrère se demande toutefois si de potentiels gains de temps médical ne seraient pas **contrebalancés par le temps consacré à la communication** avec l'intervenant : « Je sais pas non, j'ai pas trop d'opinion. Parce que au premier abord on peut se dire oui ça fera gagner du temps, après à chaque fois qu'on a un

intervenant, ça suppose de notre côté un temps de préparation, de débriefing, de vérification. Je suis pas sûr que, in fine, on gagne vraiment beaucoup de temps » MG14, 1.44.

On peut donc extraire deux observations principales :

1. Les médecins affirmant que les aides à l'exercice peuvent inciter à accepter des nouveaux patients sont principalement des médecins bien informés, focalisant leur argumentaire sur les IPA et assistants médicaux.

2. Les médecins affirmant le contraire n'ont pas de profil individualisable, et semblent voir en ces aides une optimisation de la pratique, voire un moyen de diminuer leur temps de travail.

Les résultats auraient probablement gagné en pertinence et les conclusions sans doute différentes si la question était adressée uniquement à des médecins bien avisés du sujet.

4. Propositions d'actions de santé

L'entretien se focalise à présent sur la recherche de solutions au problème des patients sans médecin traitant. Une question ouverte invite les médecins à proposer des mesures qui, selon eux, pourraient juguler cette situation. Ils pouvaient répondre plusieurs mesures, jusqu'à tarissement de l'inspiration. La plupart ont en effet évoqué plus d'une idée, en moyenne 1,7 par répondant.

→ « Qu'est-ce-qui, selon vous, permettrait à tous ceux qui le souhaitent de trouver un médecin traitant ? »

Mesures proposées	Nombre d'occurrences
Optimisation démographie, attractivité	7
Développer les regroupements	5
Valoriser ou modifier la tarification	4
Coercition	3
Accélérer mise en place IPA/AM	2
Supprimer le dispositif MT	2
Téléconsultation	1
Médiateur en santé dans les centres de santé / MSP	1

On remarque de prime abord que les mesures proposées ont des thématiques variées, comme la santé publique, le financement ou les infrastructures. Alors que la majorité semble privilégier des actions de développement démographique et d'exercice coordonné, une proportion notable souhaiterait des mesures plus contraignantes. Analysons les mesures proposées en détail.

→ **L'amélioration de la démographie médicale et l'attractivité du métier** est une mesure assez générale évoquée par un peu moins de la moitié des médecins interrogés, et **parfois évoquée de façon réflexe** : « *ben plus de médecins mais...*rires* oui c'est la première chose qui vient* » MG7, 1.91, « *il faut des médecins quoi ! *rires** » MG2, 1.98.

La nécessité d'une meilleure attractivité revient souvent : « *La solution miracle ce serait l'installation des jeunes en libéral, sachant que les conditions actuelles ne sont pas très très attractives on va dire [...] la population des médecins est insuffisante par manque d'attractivité en fait tout simplement, enfin simplement... vous aurez compris hein *rires** » MG10, 1.55, 68, avis en tout point partagé par une consœur décrivant **une situation auto-entretenu** : « *il y a un vrai problème de nombre pour moi, on est pas assez, si on était plus ça irait mieux, on est trop peu donc pas attractifs, donc encore moins nombreux, c'est un cercle vicieux* » MG7, 1.91,97.

Pour d'autres, il s'agit de la **seule solution** : « *on est de moins en moins, il faut inverser la tendance et redonner envie, à mon avis tant que c'est pas le cas on pourra faire ce qu'on veut, ça marchera pas spécialement* » MG15, 1.56, malgré **son caractère différé** : « *La solution c'est qu'il y ait plus de MG, sauf que voilà, le temps qu'il y ait plus de MG qui soient formés, enfin... c'est pas du tout vers quoi on s'oriente donc... je ne sais pas, à part ça pour moi c'est la seule solution* » MG11, 1.43, « *je ne sais pas trop comment formuler ça, il y a la démographie médicale qui fait que de toute façon on ne va pas pouvoir modifier les médecins généralistes comme ça* » MG1, 1.69. Un des médecins souligne également **le caractère central du problème démographique** : « *on a pas anticipé le vieillissement des médecins, on a pas anticipé le vieillissement de la population, donc on se retrouve à trouver des solutions intermédiaires pour combler ce manque de médecins traitants quoi, tout simplement* » MG2, 1.98.

→ Environ un tiers des médecins proposent la solution de **développer les regroupements** : « *je dirais peut-être se regrouper, dans une maison ou autre, pour disons... faciliter la façon de travailler, se partager la charge* » MG12, 1.40. « *Si on veut qu'on prenne plus de patients je pense qu'il faut vraiment plus de structures, de maisons de santé* » MG7, 1.160, « *il faut des structures de santé, déployer des centres et des MSP* » MG8, 1.86.

Un confrère considère ce mode d'exercice particulièrement **adapté aux flux de patients, et potentiellement attractif** : « *l'idée des cabinets de groupe, des MSP [...], je pense que ça peut être une bonne idée aussi, parce qu'en groupe on est toujours plus forts donc il y a aussi cette motivation de dire "bon allez il y a le collègue qui part à la retraite un*

peu plus loin, on absorbe sa patientèle", voilà il y a ce côté motivationnel de groupe et peut-être rassurant pour les jeunes médecins » MG2, 1.86.

Cette mesure aurait également l'avantage **d'améliorer l'accès aux soins au sens large** selon ce médecin : *« est-ce que l'ouverture de maisons médicales avec effectivement plusieurs praticiens dans la structure, ça peut être aussi la solution... ça permettra peut-être non seulement de faciliter l'accès au MT, mais peut-être aussi d'accéder aux soins de premier recours plus facilement » MG10, 1.64.*

Un autre médecin voit en cette mesure l'espoir de **diminuer le temps administratif** dont la lourdeur est problématique : *« je suis persuadé que ça passe par des regroupements, des centres de santé avec des moyens administratifs importants pour dégager le temps administratif des médecins, [...] quelle que soit la solution, le but c'est de dégager le temps administratif du médecin [...] si on veut que les médecins soignent plus de patients, ben il faut leur permettre d'avoir plus de temps médical que de temps administratif » MG8, 1.113.*

Cependant, il peut arriver qu'un médecin n'ayant pas d'opportunité de rejoindre une structure existante, pourtant intéressé par ce mode d'exercice, se sente **découragé par l'ampleur des démarches à réaliser**. L'un d'entre eux imagine alors un **dispositif administratif simplifié** : *« Moi j'ai réfléchi vraiment à voir comment intégrer quelque chose comme ça, mais après moi je suis pas dans une âme d'être un leader, ou moteur, j'aurais du mal de créer moi quelque chose ou de lancer un truc [...], à la limite un truc "clé en main" [...] moi je signe tout de suite hein » MG7, 1.161.*

→ Ensuite, un quart des médecins souhaitent **modifier ou valoriser la tarification** au regard des problématiques actuelles.

D'abord, deux médecins défendent la **rémunération au forfait**, s'appuyant sur le constat que le **paiement à l'acte est inadapté à l'activité d'un médecin traitant**, en raison des consultations de suivi parfois complexes et chronophages : *« le paiement à l'acte dans notre profession, il encourage finalement les médecins à faire un maximum de consultations, mais pas forcément à être le MT des gens, à s'engager pour eux » MG3, 1.125.* Il prend ensuite l'exemple des consultations non programmées *« relativement simples »* aux *« motifs uniques »* 1.130, pour les comparer à celles, plus complexes, d'un patient souffrant de pathologies chroniques et pouvant venir *« avec cinq motifs, c'est des consultations beaucoup plus chronophages pour 25 euros »* 1.135. Il conclut en soulignant **le caractère potentiellement attractif de cette mesure** : *« si on sort du paiement à l'acte et qu'on encourage par exemple des paiements au forfait [...] ça encouragera peut-être les MG à prendre davantage de patients comme MT »* 1.136. Point de vue partagé par un concœur, **regrettant que sa pratique holistique ne soit pas valorisée** : *« si on valorise nos actes autrement, c'est à dire si on nous reconnaît autrement, je pense qu'il y a un certain nombre de médecins qui arrêteront de faire des actes, pour des actes [...] Parce que moi en voyant les patients 20 minutes, en prenant le temps d'écouter et de les autonomiser, ben je gère » MG13, 1.78.*

La deuxième proposition concerne **la revalorisation tarifaire des visites à domicile**, un acte dont la rémunération n'est **pas à la hauteur du temps accordé**, parfois responsable d'un **effet dissuasif** : « *il faudrait améliorer, mieux rémunérer des actes qui nous prennent du temps aussi, je vois avec les VAD [...] ça prend énormément de temps, vraiment, et malheureusement pas valorisé, pas à la hauteur de l'acte et du temps passé en tout cas, et forcément on peut plus se permettre d'y consacrer une grande partie du planning* » MG14, 1.66. Un médecin propose une solution concrète afin de les rendre **plus attractives** : « *si toutes les VAD pouvaient être cotées comme les visites longues actuelles à 70 euros, ben clairement c'est quand même plus attractif que de se dire qu'on va se déplacer pendant 45 minutes et être payé 35 euros, c'est logique* » MG16, 1.120.

A noter qu'un médecin ne voit pas d'intérêt dans une revalorisation financière, **le temps passé en visite resterait le même** : « *[Si] on paye quatre fois la consultation, vu le temps que ça prend, quel que soit le revenu que ça induit, si en 1h30 j'ai vu un patient, je ne vais pas voir beaucoup de monde dans une journée, là j'aurais déjà le temps d'en voir quatre, cinq ou six. C'est ça le plus gros frein, c'est pas ce que ça rapporte, mais le temps que ça prend* » MG2, 1.94, par conséquent l'utilité de cette mesure **ne fait pas l'unanimité**.

→ Un médecin sur cinq environ souhaiterait une mesure coercitive : **l'obligation à accepter des nouveaux patients**, une idée qui semble se répandre au sein de la profession : « *j'ai entendu des confrères qui veulent qu'on oblige à prendre des nouveaux, ben franchement ce serait une bonne idée* » MG12, 1.56, il s'agit même de l'unique mesure à mettre en place selon ce médecin « *déjà qu'on oblige tout le monde à prendre un quota, tout simplement, voilà, ce serait déjà une bonne raison. C'est pas tolérable qu'il y ait des gens qui se retrouvent sans MT, donc je pense que si on se répartissait les nouveaux on y arriverait* » MG5, 1.52. Ce principe de **répartition de la charge** est surtout défendu par des médecins ayant le sentiment d'être les seuls à "jouer le jeu" : « *j'ai tellement pris les patients que personne ne voulait accepter, qu'au bout d'un moment on a l'impression de ramer tout seul et être le colibri qui éteint le feu, donc si vraiment tout le monde s'y mettait, pourquoi pas !* » MG3, 1. 120.

Cependant, certains médecins se déclarent spontanément **hostiles à toute coercition** : « *C'est pas en obligeant les médecins actuellement installés à aller faire des consultations dans des lieux où il y a un manque de médecins généralistes, ou en forçant les gens à prendre tant de patients, je pense que c'est pas du tout le but du libéral* » MG16, 1.111, « *on entend dire qu'il faudrait obliger mais ça marchera pas ça, non* » MG14, 1.55.

→ Puis viennent les mesures moins représentées. Pour deux médecins, **les IPA et assistants médicaux** permettent de faciliter la prise en charge de nouveaux patients en **libérant du temps médical** : « *Ah ben moi les assistants et les IPA, moi c'est sûr ça m'aiderait. Ça m'augmenterait le nombre de plages horaires, le temps médical ça c'est sûr, infirmière et assistant médical* » MG4, 1.85, « *les assistants ou IPA dont on vient de parler pourraient libérer du temps médical, [...] les médecins pourraient augmenter encore plus leur patientèle s'ils ont des créneaux qui se libèrent ou qui se créent grâce à ces postes-là* » MG2, 1.84.

→ Autre mesure évoquée deux fois, **la suppression du dispositif médecin traitant** : « *La fausse bonne idée de l'état ça a été de coincer les patients avec un MT [...] c'est ça qui a fait couler le truc hein. Je ne suis pas spécialement pour le MT, on devrait peut-être même songer à arrêter ça [...] autrefois on avait pas ça et tout fonctionnait très très bien, on avait pas des patients nomades* » MG13, 1.117, elle défend donc l'idée que **le patient puisse consulter où et quand il le souhaite, facilitant l'accès aux soins** : « *le patient autrefois il avait une autonomie, trouvait un médecin facilement* » 1.123. Elle poursuit en illustrant ses propos avec la notion de **fidélité au médecin traitant** : « *j'ai une patiente qui m'a dit "je vous ai fait une infidélité ce week-end...", ben non, pas une infidélité, vous aviez un besoin* » 1.125, ainsi elle préfère utiliser le terme de « **prise en soins** », plutôt que « **prise en charge** » 1.130. Un confrère partage son opinion, et élargit le sujet en regrettant de profonds changements dans la pratique avec le **rôle grandissant du patient** : « *faire disparaître le MT, [...] ça fait 20 ans le MT et c'est un carnage cette réforme [...]. De toute façon il n'y en aura plus, parce que tout va être sur mon espace santé, qu'on va faire les ordonnances numériques [...] il faut que le dossier médical appartienne au patient maintenant, on en est là de toute façon, c'est établi. Après c'est une autre médecine [...], moi je m'en fous je vais avoir 60 balais, je m'en fous moi, ouh là...* » MG6, 160. Affirmant que le rôle initial du dispositif était « **fait pour que les spécialistes soient remboursés** » 1.175, l'avenir est selon lui à **l'exercice coordonné** et aux « **équipe(s) de soins médecins-professionnels** » 1.166. Vivement opposé aux médecins ne prenant plus en charge de nouveaux patients, il estime que **le dispositif médecin traitant nuit à l'accès aux soins** : « *c'est débile parce qu'il y a plein de gens qui sont pas soignés à cause de ça* » 1.180, rejoignant ainsi les propos de sa consœur.

→ La téléconsultation est une mesure proposée par un médecin s'interrogeant sur son utilité **en milieu sous-doté**, notamment en **réponse aux difficultés à réaliser des prises en charge à domicile** : « *Est-ce que la téléconsultation pourrait libérer un petit peu de temps ? [...] cela pourrait être une piste à améliorer aussi, surtout pour les patients qui sont vraiment dans les déserts médicaux au fin fond des villages ou autres, [...], ça peut être une possibilité, pareil de créer de la patientèle médecin traitant je pense* » MG2, 1.93.

→ Enfin, un médecin propose le développement du métier de **médiateur en santé** qui consisterait en **l'information et l'orientation de patients en demande de soins** : « *des fois je me demande si le fait d'avoir un médiateur en santé ça ne pourrait pas être utile, quand les gens ils n'arrivent pas à trouver [un médecin traitant] et qui en veulent un, est-ce qu'il pourrait pas y avoir un endroit, un guichet, un appel à passer où ils pourraient être réorientés [...]* » MG9, 1.106, avec l'idée d'un **accès facile au plus proche des patients** : « *et pourquoi pas même dans les cabinets* » 1.112, et jouant le rôle **d'intermédiaire avec les dispositifs existants** : « *qu'il puisse informer et orienter les patients et les mettre en contact au besoin avec la PTA, avec la CPTS locale, s'ils ont pas de MT et qu'ils ont besoin de quelqu'un* » MG9, 1.106.

Afin de réduire le nombre de patients sans médecin traitant, l'idée principalement défendue consiste donc à **améliorer l'attractivité du métier selon deux axes de réflexion** :

1. Favoriser les regroupements pour améliorer les conditions de travail du médecin par effet de groupe, optimisation du temps administratif, bénéficier des avantages de l'exercice coordonné avec des IPA ou assistants médicaux

2. Modifier le modèle économique du médecin traitant, par la revalorisation d'actes problématiques comme les visites à domicile, ou la mise en place d'une tarification adaptée à la prise en charge de patients lourds générant des consultations chronophages, il persisterait cependant le frein du temps passé en visite mais solutionnable par la mesure précédente.

5. Adhésion à l'action de la CPTS 54

L'entretien s'achève avec une question double : mesurer l'adhésion des participants à la liste de médecins généralistes acceptant des nouveaux patients, mise en place par la CPTS 54, ainsi que leur opinion sur cette mesure. Il leur a été précisé que leur réponse ne les engageait pas à y apparaître, et qu'il s'agissait d'évaluer l'intérêt des médecins à une des solutions existantes au problème des patients sans médecin traitant.

→ « **Concernant une action du projet de santé de la CPTS, une liste de médecins généralistes acceptant des nouveaux patients a été mise en place. À titre informatif, accepteriez-vous d'y apparaître, et quelle est votre opinion sur cette mesure ?** »

Accepte l'adhésion à la liste :

Réponse	Nombre d'occurrences
OUI	7
NON	9

Opinion sur la mesure :

Réponse	Nombre d'occurrences
Positive	9
Négative	7

On remarque tout d'abord que ces deux tableaux ne sont pas superposables : la majorité ne souhaite pas adhérer à cette mesure, pourtant bien reçue par plus de la moitié des médecins. Analysons les différentes situations afin d'expliquer cette discordance.

→ Cas des médecins adhérents à la mesure :

Quatre médecins sur les sept acceptant d'apparaître sur cette liste ont également une opinion favorable à celle-ci, il s'agit principalement de médecins **n'ayant pas de grandes difficultés à accepter les nouveaux patients** : « *Ah oui oui, je trouve que c'est adapté. Moi je veux bien hein, tant que je travaille j'accepte des nouveaux, c'est mon crédo *rires** » MG12, 1.64, et dans la plupart des cas n'ayant **pas entendu parler de la mesure, notamment les médecins n'ayant pas de lien avec la CPTS ou la PTA** : « *je pense que ça fait partie des réponses adaptées [...]. Je n'en avais pas entendu parler mais si on m'avait proposé oui je pense que j'aurais dit oui* » MG9, 1.131, « *oui ça me paraît pas mal effectivement. Je suis pas complètement sûr d'avoir été sollicité, je crois mais... auquel cas j'ai dit oui, mais si ça fait plus de quelques mois je m'en souviens plus *rires** » MG14, 1.75.

Les trois autres médecins sont donc partants pour participer à cette action, mais se montrent sceptiques quant à son efficacité. L'un d'entre eux se montre d'abord **critique envers la CPTS** : « *oui moi ça me va, après l'idée en tant que tel je suis moins sûr... Je m'intéresse assez peu à la CPTS, sur Nancy en fait l'impression que j'ai c'est que la CPTS c'est beaucoup de la politique* » MG15, 1.62. Un autre médecin affirme que cette liste est **inadaptée pour les patients éloignés géographiquement**, son principal critère de difficulté pour accepter des nouveaux patients, notamment à domicile, et pour lesquels il a déjà été sollicité : « *Je vois bien l'idée mais il y a un obstacle géographique, je suis sur la liste de la Métropole, et j'ai le cas de temps en temps, il n'y a pas longtemps j'ai eu une personne en fauteuil qui habitait à Jarville, ce n'est pas la peine, je ne peux pas y aller [...] on est d'accord ce n'est pas très loin, en tout cas en pratique c'est juste impossible* » MG2, 1.88, il développera son propos en décrivant ses journées inextensibles et incompatibles avec des

déplacements chronophages. Le troisième médecin, ayant un lien avec la CPTS, déplore une mesure inefficace par **le faible taux de réponses positives**, probablement lié au **mode de sollicitation par courriel inadapté** : « *Alors ça, ça a fait un flop... il y en a très peu qui ont répondu aux mails, [...] faudrait les appeler un par un, il faut vraiment faire un travail de fourmi. Donc les peu qui ont répondu, ben il y en a même pas une dizaine quoi. [...] Moi j'aurais joué le jeu mais pour le moment c'est pas une liste qu'on peut envoyer...* » MG4, 1.204, 212.

Ces médecins acceptant l'idée d'apparaître sur la liste ont donc globalement une opinion positive de cette dernière, on retiendra toutefois une certaine méconnaissance de la mesure, et une crainte liée aux conditions d'acceptation des nouveaux patients, propre à chaque médecin.

→ Cas des médecins n'adhérant pas à la mesure :

Sur les neuf excluant d'apparaître sur cette liste, quatre d'entre eux présentent une opinion négative de celle-ci. Il s'agit principalement de **médecins en fin de carrière**, n'ayant pas exprimé de grandes difficultés à accepter les nouveaux patients, comme celui-ci affirmant que cette liste n'est **pas réalisable sur le plan pratique** : « *elle est pas réaliste *rires* ! Je pense qu'elle est pas réaliste, elle serait pas mise à jour, enfin bon, en pratique je vois pas comment c'est possible, moi en tout cas ce serait non je n'en vois pas l'intérêt* » MG5, 1.62. Pour un consœur, le risque est d'avoir des **relations médecin-patient dégradées** : « *nous on choisit pas toujours [...] il faut pas qu'il y ait une captation des patients qui sont en asphyxie parce qu'ils trouvent personne, et qu'ils s'accrochent à un médecin, et le médecin n'est plus en capacité de dire "non ça n'ira pas avec vous", alors là le patient va se rebiffer, il va dire "ben alors pourquoi est-ce que vous mettez votre nom ?" Je serais vraiment pas trop partante* » MG13, 1.103, le médecin pourrait donc **se sentir obligé d'accepter une demande d'un patient malgré une éventuelle « incompatibilité »**. Un confrère va dans ce sens, affirmant que cette liste est inadaptée à cette situation où **les médecins acceptent les nouveaux patients sous conditions** : « *Le problème de ce système-là, c'est que c'est sans condition, c'est à dire "oui ou non", [...] moi j'accepte sous conditions, et je pense qu'on est tous à accepter sous conditions, voire à ne plus accepter en bloc* » MG8, 1.128, selon lui il faut d'abord **permettre aux médecins généralistes d'augmenter leur patientèle**, ou cette liste sera vouée à une **obsolescence prématurée** : « *Il ne faut pas faire de liste avant de mettre les conditions en place, sinon ça va péter. Au mieux ils vont avoir aucun, ou très peu de médecins qui vont répondre positivement, au pire le peu de médecins qui ont répondu positivement vont être débordés en quelques semaines voire quelques mois* » 1.137. Enfin, un médecin s'est lancé dans une diatribe à destination de la CPTS dont il regrette **l'absence de développement du site internet pouvant jouer un rôle dans l'orientation des patients**, et compare à une CPTS voisine : « *là-bas il y a vraiment un super site où c'est marqué "MT à choisir" vous voyez, ils ont un truc, Nancy on l'a pas ça, nous le site de la CPTS il est zéro, il y a rien* » MG6, 186-187, et pointe une **communication défailante par e-mail** : « *la difficulté c'est des mails, et*

chaque médecin a un mail qui est complètement bidon enfin avec des noms différents, ils savent pas qui est qui » 1.210.

Enfin, les cinq médecins ne souhaitant pas apparaître sur la liste mais pourtant favorables à cette dernière, sont ceux **manifestant le plus de difficultés à accepter des nouveaux patients** : « *Alors... J'aurais pas pu apparaître dessus vu ma situation mais non je pense que c'est bien* » MG11, 1.50, « *Alors vu que je suis saturée non comme on a dit, mais ah bah c'est adapté bien sûr, recenser les médecins encore en capacité d'accueillir les NP bien sûr* » MG10, 1.74, et craignent parfois de **se retrouver dans un engrenage** : « *oui pourquoi pas c'est une bonne idée, à condition qu'il y ait suffisamment de médecins qui y répondent [...] je suis pas contre dans l'idée, mais en fait je vois pas comment je pourrais incorporer [...] ça fait peur parce qu'on sait pas au départ quand on s'engage combien... j'ai un peu peur d'être prise dans un engrenage et puis après de plus pouvoir* » MG7, 1.114, 122. Un autre confrère juge la mesure utile : « *À ce jour je ne pense pas pouvoir y apparaître mais je pense que c'est adapté en effet de pouvoir orienter des patients qui n'ont pas de MT et qui en cherchent* » MG3, 1.150, mais précise la nécessité d'une **mise à jour régulière** : « *faire une liste une fois c'est bien, mais la situation des uns et des autres elle change en fonction des départs en retraite et de l'arrivée de nouveaux médecins, donc à mon avis c'est important le suivi* » 1.148, et sa **diffusion aux médecins concernés par les difficultés de prise en charge de nouveaux patients** : « *Il faudrait que cette liste-là soit éventuellement à disposition des tous les médecins qui ne prennent pas de NP pour qu'ils puissent eux-mêmes dire "je ne prends pas de NP mais je vous invite à aller voir du côté de Bidule ou Bidule"* » 1.166. On notera que les médecins n'ayant pas de lien avec la CPTS étaient **peu avisés de l'existence de cette liste**, à l'instar du groupe précédent : « *j'étais pas au courant [...] Oui pourquoi pas, oui. Pour l'instant moi de toute façon je suis pas concernée, je me suis installée il y a trop peu de temps... enfin voilà c'est moi qui prends mes NP actuellement* » MG16, 1.132, 136.

Ces médecins refusant d'apparaître sur la liste ont donc des opinions très partagées, globalement plutôt positives chez ceux ayant des patientèles saturées, mais on observe là aussi une mesure majoritairement méconnue, et la crainte que les conditions d'acceptation des nouveaux patients ne soient pas respectées.

6. Leviers d'action potentiels

Après cette exploitation approfondie du verbatim, nous pouvons retenir trois grands thèmes pouvant faire l'objet d'actions potentielles visant à réduire le nombre de patients sans médecin traitant.

1. Multiplier les canaux d'information :

Nous avons vu que le degré d'information des médecins était perfectible, surtout en ce qui concerne les aides à l'exercice. Manifestement débattues, elles sont l'objet de questionnements précis, notamment concernant les IPA et assistants médicaux. L'action de la CPTS semble également mal connue, voire source d'opposition. Optimiser les canaux d'information pourrait donc être le terreau d'actions à venir.

2. Diminuer la charge des visites à domicile :

Véritable point noir pour l'ensemble des médecins interrogés, les visites à domicile polarisent les difficultés de prise en charge des patients non autonomes. Réalisées dans des conditions non optimales, difficiles à intégrer dans un planning chargé, chronophages, mal valorisées, sont autant de raisons que les médecins s'en détournent. Nous avons également remarqué un effet de groupe : moins les médecins d'un secteur acceptent de visites à domicile, moins leurs collègues semblent enclins à les réaliser. Faute de pouvoir solutionner simultanément l'ensemble de ces problématiques, de potentielles actions pourraient s'y intéresser individuellement.

3. Adapter l'action de la CPTS aux exigences des MT :

La liste de médecins acceptant des nouveaux patients, proposée par la CPTS et dont la plupart des médecins découvraient son existence lors de l'entretien, est une mesure dont l'opinion est partagée, mais tend toutefois vers le positif. La majorité ne souhaite pas adhérer en exprimant parfois la crainte que les exigences sur l'acceptation des nouveaux patients ne soient pas respectées. Par conséquent, il existe un certain potentiel d'optimisation de cette action.

F. Discussion

Nous allons articuler la discussion autour des trois grands thèmes sus-décrits afin de développer les leviers d'actions associés.

1. L'information, indispensable adjuvant des aides à l'exercice

Alors qu'il cherchait lui aussi des leviers, mais à une tout autre échelle, Victor Hugo finit par les trouver : « *Pouvoir, vouloir, savoir, trois mots qui mènent le monde* ». Il nous manque parfois l'un, parfois l'autre, les trois agissant à l'unisson pour nous guider dans nos décisions. À travers notre étude, nous avons remarqué que le savoir des médecins était perfectible, notamment au sujet des aides à la pratique ou des mesures mises en place par la CPTS. Cependant, ils ne sont qu'une partie de l'équation, l'information des patients étant également cruciale dans cette quête de recherche d'un médecin traitant. Nos résultats suggèrent quelques pistes de réflexion pour y remédier.

a) Coté médecin : informer pour aider

Confirmant notre ressenti de terrain, la situation de la Métropole de Nancy concernant le nombre de patients sans médecin traitant est bien connue, la plupart y étant confrontés au quotidien avec un degré variable de difficultés pour les accueillir, dépendant à la fois de la situation du médecin lui-même (mode d'exercice individuel, file active de patients saturée, densité médicale environnante faible, capacité à se déplacer, ou préférence de certains profils), mais aussi du patient (autonomie, âge, toxicomanie parfois). Pour que les médecins puissent tirer le meilleur parti des aides existantes, il semble pertinent de commencer à leur fournir une information détaillée concernant les plus récentes d'entre elles. Mais d'abord revenons sur la seule mesure ne faisant pas l'objet de vifs débats.

(1) Cas de la PTA

Pour les assister dans les cas les plus complexes, l'utilisation de la Plateforme Territoriale d'Appui semble bien ancrée dans les pratiques. À l'exception de deux jeunes médecins récemment installés, tous affirment utiliser au moins occasionnellement ce dispositif d'aide comptant parmi les plus anciens de la Métropole de Nancy. Mis en place en 2005, son ancienneté explique probablement ce recours massif, difficile en effet d'achever ses études de médecine à Nancy sans le connaître au moins de nom, voire d'expérience.

Nos résultats montrent une opinion unanimement positive, les avantages principalement exprimés sont une plus grande sérénité lors de problématiques médico-sociales complexes, nécessitant la prise en compte d'une situation globale au-delà des seuls aspects cliniques, et surtout un gain de temps médical. Ces observations sont confirmées par une étude qualitative réalisée à Bordeaux par Quentin Passerieux auprès de treize médecins généralistes, visant à recueillir leur ressenti et expériences avec la PTA locale (33). Il ajoute que le volet prise en charge sociale est particulièrement apprécié, probablement le plus chronophage en raison des multiples intervenants potentiels à prendre en compte.

Il est intéressant de s'attarder à la mise en place de cette PTA bordelaise remontant à 2015, un peu plus détaillée dans la thèse de son confrère Thomas Dachary étudiant plutôt une interface informatique en lien avec la plateforme (34). Afin d'accélérer le déploiement de la PTA sur le territoire bordelais, les médecins ont été avisés de son existence et des modalités de fonctionnement directement à leur cabinet par des équipes d'informateurs ayant préparé de courtes présentations, un moyen direct s'affranchissant des contraintes et incertitudes liées à la communication par courriel ou téléphone.

On pourrait imaginer une mesure similaire à l'attention des jeunes médecins installés, en leur fournissant une information directe et actualisée, avant qu'ils ne « s'engluent » dans leurs premières difficultés à prendre en charge des patients complexes, garantissant un meilleur contrôle de leur patientèle dès le départ, et donc potentiellement moins de difficultés sur le long terme.

(2) *Cas des infirmières Asalée*

Là aussi cette mesure est presque unanimement connue, cependant le degré de maîtrise du sujet est moins marqué, un tiers des médecins de notre étude n'ayant qu'une appréciation superficielle du métier (voire inconnu pour l'un d'entre eux), probablement en raison de leur exercice individuel strict peu enclins à modifier leur pratique et parfois dans un contexte de fin de carrière approchant.

Une étude qualitative menée dans les Landes en 2020 par Ida Etchegoyen, Laurie Pagadoy et Clément Schuck, sur le ressenti des médecins, infirmières et patients sur le protocole Asalée, confirme notre observation : les médecins sont peu formés ou sensibilisés à l'ETP et certains seraient réticents à changer leurs pratiques, engendrant de fait des difficultés de recrutement de ces infirmières spécialisées, ainsi ils estiment qu'il serait souhaitable d'optimiser la communication sur l'association Asalée de la part des instances officielles à destination des professionnels (35). Cette réticence et carence informationnelle est probablement responsable de la lenteur du déploiement de ce dispositif : créé en 2004 (mais véritablement étendu à l'échelle nationale en 2012 (2)), on dénombrait 550 infirmières Asalée travaillant avec 2000 médecins en France métropolitaine en 2018, dont 14 pour 60 médecins dans la Région Grand Est (36,37). La même année, une grande campagne informationnelle et

de promotion du dispositif en zones déficitaires a été mise en place dans le cadre du Plan National d'Accès aux Soins validé en octobre 2017 (38), et on compte à ce jour 1790 infirmières Asalée en association avec 7800 médecins à l'échelle nationale, dont 135 pour 560 dans le Grand Est (2), un chiffre ayant presque décuplé en cinq ans dans notre région. Cela s'observe indirectement dans notre étude : les médecins plus jeunes connaissent bien le sujet, s'y intéressent, voire envisagent d'y recourir à l'occasion d'un changement de cabinet ou de mode d'exercice, la seule notion encore peu claire concerne d'ailleurs les conditions précises d'obtention. À noter qu'à l'instar des PTA, certaines régions ont mis en place des stratégies d'information dans les cabinets médicaux

Les retours d'expérience très positifs ont probablement participé à l'intérêt développé ces dernières années pour l'association Asalée, le constat est sans appel pour les six médecins de notre étude en bénéficiant : ils gagnent du temps pour la réalisation d'actes ou consultations chronophages et apprécient les retours positifs des patients. Plusieurs travaux confirment ces observations, notamment l'étude qualitative de Lucie Piette auprès de onze médecins généralistes montpelliérains montrant d'une part un travail en équipe très apprécié car rompt la solitude parfois éprouvée face au patient, d'autre part la satisfaction d'une amélioration de la qualité des soins et la réception positive des patients (39). Il y a aussi la thèse Landaise sus-citée, élargissant l'étude du ressenti de ce dispositif aux différents protagonistes : l'infirmière se sent valorisée par cette mission de prévention en collaboration étroite avec le médecin et apprécie une relation privilégiée avec le patient, ce dernier se sent en confiance car entouré de professionnels de santé proches de son lieu de vie et est acteur dans la gestion de sa pathologie, et enfin le médecin se trouvant satisfait de cette collaboration vertueuse dont le gain de temps peut être à l'origine d'une augmentation de l'activité de prévention ou d'une augmentation de patients reçus. Ce dernier point nous intéresse particulièrement dans notre travail, car il confirme que le gain de temps médical obtenu par ce dispositif permet effectivement d'augmenter sa patientèle.

La thèse de Lucie Piette nous montre également que, à l'instar des PTA, plusieurs médecins ont connu le dispositif par le biais de campagnes d'information directement au cabinet, ou lors d'assemblées générales de leur MSP où une infirmière Asalée venait présenter son métier (39). Cette information de proximité semble donc essentielle au déploiement de nouveaux modes d'exercice. Concernant la Métropole de Nancy, le frein ne semble pas informationnel mais plutôt infrastructurel, l'exercice individuel étant le plus répandu, mais il pourrait être intéressant de proposer ce genre d'intervention dans les cabinets de groupe et MSP existantes n'étant pas sous contrat avec l'association.

(3) Cas des IPA et assistants médicaux

Ces deux dispositifs déchaînent les passions. Déployés depuis moins de cinq ans, leur rôle est encore flou dans la moitié des cas de notre étude, et peuvent faire l'objet d'une opposition systématique en raison du principe de délégation de tâches, mal accepté par les médecins généralistes qui restent attachés à leurs gestes du quotidien. Pourtant, l'évolution démographique médicale défavorable des médecins généralistes libéraux oblige à se tourner

vers des moyens d'alléger sa pratique. Parfois confondus, ces deux métiers en cours de déploiement se frottent à la méconnaissance de leur fonction, dont les premiers retours sont pourtant élogieux sur leur raison d'être principale : libérer du temps.

(a) *Les assistants médicaux*

Issus du plan Ma Santé 2022 et institutionnalisés en 2018 (40), les assistants médicaux sont encore peu nombreux sur le territoire : en octobre 2022 on comptait 3673 contrats signés, dont 2776 par des médecins généralistes, la Meurthe et Moselle faisant partie des départements ayant le moins de contrats (41). Après un délai inhérent à la formation des premiers concernés, le déploiement se heurte malheureusement à une méconnaissance persistante et source de méfiance, les craintes retenues dans nos résultats sont celles d'un risque d'altération du lien avec le patient, l'appréhension de déléguer des tâches, et les freins immobiliers / financiers. On retrouve toutes ces réticences dans une étude qualitative de 2022 par Margaux Vileno, étudiant l'opinion de 17 médecins généralistes Valenciennois (42), qui décrira en plus une appréhension sur le risque de rupture du secret médical, et un découragement sur l'aspect management d'un salarié. Elle constate également la différence entre les tâches médicales et administratives, seule la délégation de ces dernières est unanimement acceptée, tandis que pour les tâches médicales, la raison principalement évoquée est celle d'un manque de confiance dans les compétences de l'assistant au regard de sa courte formation. En effet en 2021, 80 % des assistants médicaux provenaient d'une reconversion de secrétaires médicales, tandis que les 20 % restant étaient issus de professions paramédicales incluant les IDE, dont les compétences seront peut-être mieux reconnues pour la réalisation de tâches non administratives (43). Concernant le frein financier, une étude Lilloise réalisée en 2019 par Sophie Pirer auprès de quinze médecins généralistes montre une réticence générale à financer l'emploi d'un assistant médical (44), cependant ces conclusions remontant à quelques années, il serait intéressant de réévaluer la question de nos jours.

Ces retenues sont d'autant plus dommageables que le dispositif est efficace : selon les chiffres de l'Assurance Maladie, les médecins généralistes augmentent leur patientèle de 10 % en moyenne (41). Afin de lever les doutes liés à l'exercice professionnel en lui-même, plusieurs études font état d'expériences positives et d'un fort taux de satisfaction, notamment sur le plan réduction effective du temps administratif et l'impression pour le médecin d'être replacé au cœur de l'acte médical (45–47). Une étude qualitative en Dordogne par Chloé Dunikowski ayant interrogé neuf médecins généralistes bénéficiant d'assistants médicaux dont ils sont tous satisfaits, conclut en observant un réel décalage entre les *a priori* des médecins et les faits décrits par ceux ayant franchi le cap (48). Il ressort enfin de ces études que les tâches déléguées à l'assistant médical diffèrent d'un cas à l'autre, pouvant relever du simple accueil, des tâches administratives répétitives ou des gestes d'assistance simples. Il appartiendra donc aux médecins généralistes de s'approprier ce nouveau métier, dont ils définiront eux-mêmes les missions les plus à même de les assister au quotidien.

Et qu'en est-il des patients ? Peut-on rassurer les médecins quant à leur adhésion ? Une étude réalisée en 2021 sur 180 patients d'un cabinet médical dans le Limousin montre

que neuf patients sur dix sont prêts à accepter la présence quotidienne d'un assistant médical, mais qu'un grand besoin d'information existe car trop peu sont avisés de l'existence même du métier (environ la moitié dans l'étude) (49).

Il existe donc là encore un cruel besoin d'information, dont nous pouvons élargir la cible potentielle : en effet les conditions d'obtention d'un assistant médical se sont assouplies, et les prérequis d'un exercice de manière regroupée, dans un cabinet d'au moins deux médecins et de manière coordonnée ont été supprimées par le règlement arbitral du 1er mai 2023 (50), il est donc pertinent d'envisager de cibler également les médecins en exercice individuel strict, surtout les plus jeunes qui manifestent un certain intérêt pour le sujet comme nous l'avons vu dans nos résultats.

(b) *L'infirmière de pratique avancée*

Parmi les dispositifs de coopération intégrée, la pratique infirmière avancée est celle qui semble attiser le plus de réactions épidermiques et d'incompréhension. Issu de la « loi de modernisation de notre système de santé » du 26 janvier 2016, le dispositif est lancé deux ans plus tard suite au décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 (51,52) et se concrétisera sur le terrain après quelques mois nécessaires à la formation. La mise en place dans la même période que celle des assistants médicaux a sans doute brouillé le message dès le départ, certains déclarant ne pas connaître la différence (44). Le Ségur de la Santé en juillet 2020 montre l'objectif du gouvernement d'accélérer le déploiement et d'arriver à 3000 IPA en 2022 (53), cependant le rapport de l'IGAS « Concertation sur la pratique avancée infirmière » observe que cette mise en place bat de l'aile, faisant état de 1700 contrats signés en juillet 2022 (54). Les chiffres locaux confirment cette faible démographie : on dénombre 231 IPA diplômés dans le Grand Est en 2023, soit environ 70 nouveaux professionnels par an depuis 2021. L'activité libérale est de loin la moins représentée : l'ensemble de la Métropole du Grand Nancy compte par exemple une seule IPA libérale (IPAL) conventionnée en 2023. Afin d'accélérer le processus, l'ARS Grand Est accompagne financièrement les IPAL dans leur installation, en plus d'avoir financé la formation deux premières promotions 2018 et 2019 (55).

Comme nos résultats le laissent présager, il persiste à ce jour un degré de connaissance et d'acceptation très hétérogène, certains se montrent presque hermétiques à la découverte du métier, notamment en raison d'une fin de carrière approchant ou ne se reconnaissant tout simplement pas dans ce mode d'exercice. Les principales réserves se cristallisent autour de la délégation des tâches, plus problématique encore que la situation concernant les assistants médicaux. N'étant plus question de petits gestes courants, le sujet concerne ici des consultations entières, comme des suivis de pathologies chroniques stabilisées ou la prise en charge d'affections aiguës simples et bénignes, pouvant aboutir à la prescription de traitements courants, examens complémentaires ou le renouvellement d'ordonnance de traitement de fond (56). Nous touchons donc là à une part non négligeable du quotidien d'un médecin généraliste, et on retrouve cette incompréhension dans la plupart des thèses étudiant leur ressenti (44,57,58) dont une revue de littérature étudiant les dispositifs similaires à l'international (59). On retient de ces travaux que cette question est rarement responsable

d'une opposition systématique aux IPA, mais plutôt source d'interrogation sur les actes à déléguer ou non : par exemple il a été décrit plusieurs fois que les médecins seraient davantage enclins à céder certaines visites à domicile (58), ou des consultations de prévention (44). Ils sont en revanche inquiets de la perte des consultations dites « faciles », importantes pour éviter la surcharge cognitive dans une journée bien remplie (44,57), entraînant un risque de devenir des experts en situations complexes, nécessitant sans doute une revalorisation selon certains (58). Il s'agit là du deuxième frein principalement identifié par les médecins, l'aspect financier, avec des interrogations portant non seulement sur l'accessibilité de l'embauche elle-même, mais surtout sur la valorisation suffisante des actes de coordination avec l'IPA (57,58). Il existe d'autres points débattus, comme la formation des IPA parfois jugée insuffisante au regard de ses missions (57), ou l'appréhension de perdre des patients de vue, de modifier le rapport avec ses patients (60) comme nous l'avons également constaté dans nos résultats.

Retenons de ces études qu'elles ne chiffrent pas précisément les proportions de médecins favorables ou non à la pratique infirmière avancée, mais renseignent sur les motifs de mécontentement et les attentes des principaux concernés. De par la multitude de nuances dans l'opinion, il n'émerge pas de tendance particulièrement négative ou positive envers le dispositif (61), toutefois il semble plutôt bien accueilli dans une population particulière : les médecins les plus jeunes.

Dans notre étude, ils connaissent le sujet de façon inégale mais n'excluent pas de s'y intéresser à l'occasion d'un changement de mode d'exercice compatible, ces observations font écho aux résultats d'une thèse de 2021 par Alexis Le Cann, ayant analysé l'opinion de 20 médecins généralistes par focus groups : il en ressort que les jeunes médecins sont plus enclins à accepter ce changement, il serait ainsi pertinent d'intervenir chez ces derniers récemment installés ou au cours des études de médecine afin de présenter les atouts de ce genre de collaboration (57). La revue de littérature internationale susmentionnée va en ce sens : les auteurs étudiés recommandent, pour une intégration réussie d'une IPA dans un cabinet médical, non seulement une bonne formation des médecins sur les bénéfices attendus du dispositif, mais aussi sur les compétences managériales et relationnelles nécessaires à la mise en place de bonnes conditions (59). Même si les retours semblent positifs sur l'amélioration de la qualité de la pratique, dont nous avons un bon exemple de collaboration vertueuse dans notre étude, il semble que d'autres expériences moins agréables existent, principalement en raison d'un manque de supervision, d'esprit d'équipe ou d'implication, d'où la nécessité d'une information pointue pour que les médecins sachent dans quoi ils s'engagent (60).

Concernant le ressenti des patients pouvant inquiéter certains médecins, leur acceptabilité n'a pas encore été étudiée en France. Cependant des études à l'international, notamment canadiennes, semblent montrer que le médecin joue un rôle clé dans l'adhésion du patient, et que la recommandation de l'IPA par le médecin de famille permet de faciliter la création de ce nouveau lien de confiance (62).

L'information semble être à nouveau la pierre angulaire de la levée des doutes, manifestement persistants d'après notre étude. D'autres travaux rapportent que des médecins expriment un flou autour de ce dispositif avec un accès inégal à l'information en fonction de

son emplacement ou mode d'exercice (61), tandis qu'une étude qualitative conclut que cette carence est l'élément le plus exprimé par les médecins interrogés (57). C'est dans ce contexte peu favorable que le Président de la République Emmanuel Macron affirme lors du discours à Evry le 6 janvier 2023, vouloir aller « plus vite et plus fort » sur la délégation d'actes, provoquant une levée de boucliers immédiate des praticiens libéraux se sentant dépossédés, rappelant ce besoin urgent de communiquer efficacement sur ce métier (63).

b) Côté patient : informer pour orienter

Lorsque l'on souhaite partager une information, deux solutions s'offrent à nous : la mise à disposition, ou la diffusion. Les canaux d'informations étant multiples (presse, internet, télévision...) ainsi que les sources, la portée du message peut s'atténuer et la cible non atteinte lors d'une diffusion non planifiée en amont. Ainsi, quand le message est important il peut être intéressant d'avoir une source centralisée, de référence.

C'est la proposition faite par l'un des médecins de notre étude : proposer dans les cabinets de groupe, les maisons ou les centres de santé, en tout cas au cœur des établissements de premier recours, des référents en accès libre et sans rendez-vous pour orienter les patients sans médecin traitant. Elle fait ainsi référence aux médiateurs en santé, un métier s'étant développé à partir des années 1980 d'abord dans le milieu associatif, avant d'être officiellement reconnu par la loi de modernisation du système de santé de 2016, son cadre étant précisé peu après en 2017 par la Haute Autorité de Santé qui a émis un référentiel de la pratique (64). À la différence de la mission proposée par notre médecin, le médiateur en santé est dynamique, et va lui-même à la rencontre des patients éloignés du système de santé afin de les rapprocher des soignants, et s'assure du bon déroulement des démarches qui en découlent. Il s'agit d'une fonction très peu développée, il n'y a pas de recensement à ce jour mais l'Université Paris 13 forme une vingtaine de professionnels par an (65). Plutôt destinée aux hôpitaux publics, le frein principal de la mise en place de ce métier en ville est financier, basé sur des appels de projets à l'initiative de la Ville, de collectivités territoriales ou d'associations, un mode de financement non pérenne et peu compatible avec une extension dans le secteur privé (64).

On devine alors les difficultés de développement de la fonction proposée par le médecin de notre étude. Il s'agirait d'abord d'un nouveau métier supplémentaire dans un contexte d'orage informationnel concernant les assistants médicaux et la pratique infirmière avancée. Les réticences exprimées pour ces derniers étant notamment d'ordre financier, on en déduit là aussi qu'un référent santé ferait face à des interrogations similaires, sauf en cas d'un financement public voire associatif comme Asalée par exemple. On peut alors compter sur le développement des médiateurs en santé et proposer cette nouvelle mission d'implantation en centres ou maisons pluriprofessionnelles, mais cela expose toujours aux deux problématiques précédentes que l'on peut toutefois éviter.

En effet, on peut imaginer déléguer une partie de cette mission à un autre acteur déjà présent dans ces établissements, comme la secrétaire ou éventuellement l'assistant médical.

S'ils ne pourront pas réaliser la mission de suivi ou d'aide dans les démarches que réaliserait un médiateur en santé, ils pourraient simplement orienter le patient en s'appuyant sur une initiative locale, par exemple une liste de médecins acceptant des nouveaux patients (sur laquelle nous reviendrons), donner l'adresse du site de la CPTS si celui-ci est doté d'une interface patient ou de recherche d'un professionnel de santé (comme le propose la CPTS de Metz par exemple), voire éventuellement celle de l'annuaire santé Ameli.fr.

L'objectif recherché serait donc que tout patient puisse être orienté directement sur les lieux où il se rend spontanément pour recevoir des soins, par un personnel dédié et doté des outils pour répondre efficacement. Il s'agit d'un besoin grandissant, dans un contexte où les médecins ont de plus en plus de difficultés à accepter les nouveaux patients, notamment une catégorie bien particulière.

2. *Les visites à domicile, au centre des difficultés*

Les médecins généralistes français ont toujours eu une bonne opinion de la visite à domicile (VAD), à la fois attachés à la relation de proximité avec leurs patients, au caractère instructif mais aussi préventif de l'acte : elle permet d'évaluer l'environnement du patient, apprécier son autonomie ou son observance médicamenteuse, afin d'anticiper d'éventuelles difficultés en raison de son état de santé (66,67).

En 2001, la France était le pays européen qui en réalisait le plus, et de loin : les VAD représentaient presque un acte sur quatre (23 %), très au-delà des 11 % observés à l'époque en Italie ou 9 % en Allemagne (68). Un an plus tard, l'accord de bon usage des soins (AcBUS) est signé entre les syndicats médicaux et l'Assurance Maladie, revalorisant l'acte mais limitant les indications remboursées. L'objectif était de réduire le nombre de VAD jugé trop important, de limiter les actes injustifiés pour focaliser l'activité sur les patients non autonomes. Et il sera atteint : elles ne représenteront plus que 16 % des actes réalisés dès 2003 (69), une revue de littérature de 2018 basée sur des études principalement postérieures à 2010 fait état de 10,6 % en moyenne (67).

Malheureusement, en 20 ans le vieillissement de la population s'est accéléré, et la démographie médicale diminue, certains territoires se désertifient. Là où l'offre de soins dépassait autrefois la demande de VAD, la tendance s'inverse progressivement. Aujourd'hui toujours considérées comme indispensables par la plupart des médecins interrogés dans les études (67,70), les conditions actuelles ne leur permettent plus de les exercer comme avant : nos résultats montrent des difficultés unanimes à augmenter leur nombre, voire une impossibilité.

a) Un quotidien saturé pour un acte chronophage

(1) Une situation quotidienne sous tension

Pour comprendre les problématiques liées aux VAD, il faut d'abord développer la situation dans laquelle elles doivent s'intégrer. Dans notre étude, plusieurs médecins nous ont fait part de leur fatigue liée à la charge de travail en constante augmentation, ainsi qu'à la lourdeur des tâches administratives.

Il est établi que les tâches non médicales, ou « hors des soins », sont perçues comme une entrave et source d'insatisfaction dans la journée d'un médecin généraliste (71). Citées presque systématiquement dans les études de ressenti des médecins généralistes, elles sont également à l'origine d'un stress au travail, voire d'une frustration de ne pas attribuer ce temps au soin (72). Mais de combien de temps parle-t-on exactement ? D'après une étude de l'INSEE de 2004, un médecin généraliste libéral français travaille 53 heures par semaine dont 6 heures et 20 minutes pour la charge administrative globale soit près de 12 % du temps travaillé (73). Une étude plus récente de 2018 fait état de 14 % d'un temps de travail hebdomadaire de 50 heures, tandis que 85 % des médecins interrogés estiment que cela pèse lourdement sur leur temps médical, et 63 % sur leur moral (74). Ces tâches administratives prennent du poids dans des journées inextensibles, et chaque nouveau patient accueilli dans la patientèle augmente un peu plus leur proportion.

Mais parfois ces patientèles sont saturées, il n'existe pas de chiffre officiel mais notre étude rapporte trois cas sur seize médecins interrogés, et deux autres s'en approchant. Deux d'entre eux nous ont même fait part d'un risque de burn-out, le premier en raison de la perte de contrôle de l'augmentation du nombre de patients (MG7), l'autre affirmant que la levée des critères stricts d'acceptation des nouveaux patients entraînerait un épuisement très rapide derrière (MG8). Pour mettre ces observations en perspective, une thèse réalisée par Julia Eismann en 2017 étudiant la prévalence du burn-out chez les médecins généralistes libéraux en France (étude BOUM : Burn-Out chez les Médecins), conclut qu'ils sont 4,8 % à souffrir d'une forme sévère, un chiffre toutefois comparable aux études datant de 2005. L'absence d'aggravation pouvant sembler encourageante, le chiffre inquiétant se trouve ici : elle évalue à 20 % le nombre de médecins généralistes ayant eu des idées suicidaires au cours de sa vie, soit cinq fois plus que dans la population générale, malheureusement sans pouvoir comparer aux études précédentes (72). Plusieurs facteurs de risque de développement d'un burn-out sont observés, on retrouve notamment un âge supérieur à 50 ans, des conditions de travail insatisfaisantes, un travail hebdomadaire de plus de 50 heures, un nombre de consultations quotidiennes supérieur à 30 et la surcharge administrative. L'augmentation parfois inexorable des patientèles agissant directement sur ces trois derniers facteurs, on peut s'inquiéter de l'évolution du problème à court ou moyen terme, le temps de travail hebdomadaire dépassant déjà ce seuil à risque. Fait intéressant, les visites à domicile apparaissent comme un facteur protecteur : 11 % de burn-out sévères dans le groupe n'en réalisant pas, versus 4 %. En effet, elles sont parfois décrites comme un moyen pour le médecin de sortir de la routine de son cabinet, de varier son activité et d'approfondir les rapports humains avec ses patients, mais ce

point de vue semble assez peu exprimé (72,75). Cela peut faire écho à l'attachement traditionnel des médecins français pour cet acte, toutefois pourvu d'inconvénients.

(2) *Inconvénients et difficultés de prise en charge*

→ Principales contraintes inhérentes à l'acte :

Il ressort de notre étude, et confirmé par de nombreuses autres, trois grandes causes d'insatisfaction liées aux VAD : son caractère chronophage, des conditions de réalisation non optimales, et un acte mal valorisé.

• Chronophages :

La VAD est avant toute chose un acte contraignant sur le plan organisationnel : elle nécessite d'être programmée dans un planning souvent chargé, de se coordonner parfois avec une infirmière ou un autre intervenant, un temps de trajet, un temps de préparation du dossier et sa retranscription au retour, sans oublier la complexité des cotations qui engendre un temps supplémentaire administratif. Toutes ces étapes supplémentaires orbitant autour de la consultation en elle-même sont source d'empressement voir de stress en fonction du déroulement de la journée (66). La DREES a réalisé une enquête en 2006 auprès de 922 médecins généralistes libéraux afin de quantifier précisément ce temps alloué, il en ressort que la durée moyenne de la consultation à domicile est de 18 minutes (25 pour une personne âgée dépendante), ce à quoi il faut rajouter le temps de trajet et administratif, soit au total 41 minutes en moyenne (76). Une revue de littérature réalisée en 2018 par Amandine Le Maner confirme ces chiffres (67). La durée moyenne d'une consultation en cabinet étant de quinze minutes, on comprend alors qu'une seule VAD se paye cher en temps médical (67,76). Ce point précis est d'ailleurs soulevé par plusieurs médecins dans notre étude, pouvant être un réel problème en période d'offensive hivernale par exemple, où plusieurs cas de virose courante pourraient être consultés le temps d'une visite. En termes d'actes quotidiens, la productivité du praticien est donc inversement proportionnelle au nombre de VAD. À l'heure actuelle où les médecins souhaitent libérer du temps médical en diminuant la charge administrative, la visite à domicile est un acte allant à l'exact opposé de ces objectifs.

- **Des mauvaises conditions de travail :**

Si le principal avantage aux VAD reconnu par les médecins est l'évaluation de l'environnement et de l'autonomie du patient, il suffit cependant d'une seule visite pour la réaliser, leur répétition dans le temps n'apportant pas plus de renseignements, et expose ainsi à des contraintes parfois source de frustration (77). L'un des médecins de notre étude parlait de « très mauvaises conditions », que d'autres travaux précisent, comme la thèse d'Elodie Tekaya explorant ces contraintes dans une étude qualitative de 2019, et celle d'Anne-Laure Dufour réalisée en 2017 s'attardant sur le ressenti envers les VAD : il y a d'abord un inconfort lié à l'environnement (espace, éclairage, parfois insalubrité), un manque de repères généraux rendant impossible l'exécution de ses habitudes, un inconfort matériel rendant les gestes techniques limités, et surtout des difficultés liées au dossier médical en général inaccessible (66,77). Ces mauvaises conditions entraînent parfois un sentiment de travail mal accompli, chez des médecins attachés à la qualité de leur pratique, une insatisfaction source de stress (72).

Il semblerait cependant que ces obstacles soient surtout évoqués par les médecins les plus jeunes. Elodie Tekaya observe dans son étude que les médecins plus expérimentés sont plus à l'aise en l'absence de confort matériel, certains estimant par exemple que l'examen clinique est plus facile à domicile au vu de l'adaptation du logement aux incapacités du patients (66). Cette différence transgénérationnelle mériterait toutefois davantage de travaux pour l'objectiver.

- **Mal valorisé :**

S'il est suspecté une participation générationnelle pour le ressenti des contraintes liées aux VAD, la question financière semble fédératrice. Dans notre étude, cet aspect a été évoqué par plusieurs médecins, regrettant que la rémunération ne soit pas à la hauteur du temps médical investi ou des inconvénients rencontrés. Certains parlent d'un manque de reconnaissance, parfois source de lassitude et de découragement à multiplier ces actes. Les travaux d'Anne-Laure Dufour et Elodie Tekaya confirment ces observations, et ajoutent une donnée chiffrée : la part de médecins estimant que les VAD ne sont pas assez rémunérées est considérable et varie de 63 à 84% selon les études, il y a donc là un vrai sujet de mécontentement. Quelles propositions et quelles conséquences sur la patientèle en cas de revalorisation ? Nous développerons ce point au chapitre suivant.

Des médecins pressés, entravés par des conditions matérielles non optimales, parfois source d'une insatisfaction exacerbée par un manque de valorisation : telles sont les difficultés ressenties inhérentes aux VAD. À ces contraintes s'ajoutent celles du quotidien dans lesquelles elles se déroulent : le temps médical manque, lesté par des tâches

administratives pesantes et une file active de patients importante, parfois trop. C'est dans ce contexte que certains médecins se voient contraints de renoncer à la prise en charge de certains patients, notamment à domicile.

→ **Conséquences sur la prise en charge de nouveaux patients :**

Il s'agit du constat principal émanant de nos résultats : l'ensemble des seize médecins interrogés rencontrent des difficultés à accepter des nouveaux patients nécessitant une prise en charge à domicile, mais pour des situations différentes. Peu d'études ayant à ce jour exploré ce sujet, nous ne pourrions pas comparer toutes les proportions observées, nous porterons donc surtout notre réflexion sur les situations en elles-mêmes.

→ La moitié des participants ferment donc la porte à toute nouvelle prise en charge à domicile d'un patient non autonome, sans autre distinction. Les motifs invoqués par les médecins concernés sont en tous points similaires avec ceux observés dans les autres études : le caractère chronophage, mal valorisé, les conditions non optimales et un planning débordant. Il ne semble pas y avoir de facteur générationnel, tous les âges étant représentés. Un fait intéressant cependant : un des médecins les plus jeunes précise qu'il continuera à suivre ses patients à domicile en cas de perte d'autonomie. On retrouve cette observation dans la thèse d'Anne-Laure Dufour : les jeunes médecins généralistes réalisent moins de VAD que leurs aînés en raison d'une patientèle globalement plus jeune, toutefois ils se montrent engagés dans la prise en charge et sont prêts à suivre leurs patients à domicile quand leur état le nécessitera, assurant ainsi la continuité des soins. Si cet engagement concerne également la plupart des médecins plus âgés, cela semble indiquer que les jeunes médecins n'ont pas d'opposition systématique à la VAD, comme il peut parfois être rapporté (77).

→ La deuxième situation relevée chez six médecins concerne l'impossibilité d'accepter les VAD éloignées du cabinet. Comme nous l'avons détaillé dans les résultats, cette distance est mal définie et dépend de la situation de chaque médecin et de ses capacités de déplacement. L'accessibilité potentielle localisée étant satisfaisante sur la Métropole de Nancy (87 % des patients sont à moins de dix minutes de marche d'un MG (32)), on peut d'abord imaginer que l'activité d'un médecin généraliste soit suffisante dans un champ d'action peu étendu. Mais cette part importante de médecins ayant évoqué cette situation semble logique, le caractère chronophage des VAD étant systématiquement en tête des contraintes exprimées. Car finalement plusieurs médecins acceptent tout de même des nouveaux patients distants, mais la VAD semble faire exception dans ce cas, comme le rapportait un médecin de notre étude (MG14) qui prévenait ses futurs patients éloignés qu'il ne pourrait pas se déplacer, situation ayant été rapportée dans d'autres études également (66,77).

→ Puis vient l'effet de groupe décrit par deux médecins, manifestement découragés d'accepter de nouvelles prises en charge à domicile en raison du renoncement de leurs confrères alentour. La littérature ne fait pas mention de ce phénomène, cependant il est raisonnable de penser qu'il puisse être présent de façon non négligeable sur le terrain, au vu des difficultés endémiques à accepter les prises en charge à domicile. Le problème de cette situation est que son évolution est certainement défavorable au sein d'un quartier, la lassitude risquant de s'étendre progressivement. Il serait intéressant de vérifier l'existence de cet effet dans de futurs travaux, ainsi que son corollaire : si la lassitude semble contagieuse, le dynamisme l'est-il également ? Ce genre d'information pourrait être utile pour l'élaboration d'actions de terrain.

→ Il est enfin établi que la réalisation de visites en EHPAD ne fait pas l'unanimité. Presque un patient sur cinq dans notre étude déclare ne plus s'y rendre, l'un d'entre eux en raison du même effet de groupe que précédemment, les autres n'ont pas précisé leurs raisons. Nous trouverons des réponses dans une étude quantitative comparative des médecins traitants intervenant ou non en EHPAD dans les Hauts-de-France, réalisée par Hélène Vilquin en 2019 auprès de 103 MG : la proportion observée est similaire, il apparaît que 19,4 % d'entre eux déclarent ne pas en réaliser, pour des raisons superposables aux VAD mais avec quelques subtilités. Le côté chronophage est ici encore plus problématique, le temps global d'une visite en EHPAD est estimé en moyenne à 32 minutes par résident, soit 1,8 fois plus longue qu'une VAD, et peut aller jusqu'à 57 minutes pour les patients les plus lourds. Ce temps considérable est alourdi par les contraintes organisationnelles et matérielles comparables aux VAD, mais ici est principalement due au dossier médical, difficilement accessible dans des logiciels informatiques peu ergonomiques et obsolètes, il peut même s'agir d'un élément décisif dans le choix d'intervenir ou non (78). Autre fait remarquable, les médecins intervenant en EHPAD sont installés depuis plus longtemps et ont davantage de formations en lien avec les patients âgés. Dernière spécificité à cette situation, la rémunération n'est pas spécialement considérée comme un frein à leur réalisation, les autres contraintes pesant beaucoup plus dans la balance (78). Il semblerait donc que les EHPAD accentuent les difficultés liées au VAD, et soient encore plus « menacées d'extinction » dans le planning chargé des médecins généralistes.

Représentant un dixième de l'activité d'un MG et critère principal de difficulté à accepter un nouveau patient, la VAD (ou en EHPAD) est l'acte qui se paye le plus cher en temps médical et administratif, responsable d'un renoncement progressif aggravé par l'effet de groupe, et ce malgré la reconnaissance persistante de l'importance de cet acte. Dans notre étude, MG8 les résumait ainsi : les « visites c'est pas gérable ». L'évolution à moyen terme s'annonçant pessimiste au regard de la démographie médicale, il semble important d'attribuer aux VAD une place centrale dans la réflexion sur les solutions au problème du nombre de patients sans médecin traitant.

b) Répartir, alléger, valoriser

- **Répartir la charge :**

Comme nous l'avons vu, certains médecins se sentent découragés d'être parmi les seuls d'un secteur à accepter les prises en charge de patients non autonomes à domicile, manifestant parfois leur incompréhension envers les générations plus jeunes, réalisant moins de VAD que leurs aînés en raison d'un effet d'âge (moins de patients âgés dans la patientèle d'un jeune médecin), et de la tendance à favoriser leurs propres patients (66,77).

La première action pertinente serait donc de répartir cette charge pour limiter la lassitude. Cinq pistes s'offrent à nous, concernant parfois également les patients autonomes en demande de médecin traitant :

- Proximité géographique :

Nous avons vu dans notre étude que les médecins acceptant de réaliser des prises en charge à domicile imposent une condition de proximité de leur cabinet. Cette notion mal définie mériterait d'être précisée, car elle diffère certainement de la notion de proximité que se représente un patient. En effet, une étude de l'IRDES en 2020 a montré que les patients en milieu urbain tolèrent un éloignement d'environ 2 km (versus 6 km en milieu rural ou semi-rural), en région parisienne par exemple 30 % des déplacements vers la médecine de ville ont été réalisés à moins de 500 m du lieu de résidence (79). Un des médecins de notre étude a également fait cette observation (MG14), regrettant que les patients n'élargissent pas davantage leurs recherches. On peut émettre l'hypothèse que l'éloignement toléré par les médecins soit plus important que ces 2 km, ainsi élargir le périmètre des recherches semble être une première option valable pour un patient, quitte à repousser légèrement la zone de confort.

- Médecin traitant de la famille :

Près de la moitié des médecins répondants à notre étude affirment prendre des nouveaux patients issus de la famille de ceux déjà suivis, étant parfois leur unique critère d'acceptation, même dans le cas d'une patientèle saturée. La plupart ont précisé que cela concerne également les VAD. Il semble que les médecins soient encore attachés à la notion de « médecin de famille », ayant été évoquée plusieurs fois dans les entretiens. Cela fait écho à l'aspect relationnel apprécié dans la réalisation des VAD. Il apparaît donc que s'adresser au

médecin traitant d'un membre proche de la famille d'un patient pourrait débloquer certaines situations, y compris pour des situations ne relevant pas de prise en charge à domicile.

- Médecins déjà présents dans un EHPAD :

Parmi les critères faisant déclencher un « oui » dans l'acceptation des nouveaux patients, deux médecins précisent privilégier les patients présents dans un EHPAD dans lequel ils se rendent déjà. Cela probablement pour lisser le temps non médical considérable en EHPAD, lié au trajet et à la gestion du dossier souvent compliquée, les médecins souhaitant d'ailleurs une uniformisation de ce dernier pour simplifier les interventions dans de multiples établissements (67). Une enquête menée en 2012 auprès des médecins généralistes libéraux des Pays de la Loire montre que 69 % de ceux exerçant en milieu urbains suivent plusieurs patients par EHPAD, contre 97 % en zone rurale, sans doute lié à la densité médicale inégale. Il semble également y avoir une certaine solidarité dans le milieu rural, où 59 % des médecins consultent le patient d'un autre confrère à l'occasion de leur déplacement, contre 21 % en milieu urbain (80). Depuis cette étude, un arrêté du 14 août 2019 institutionnalise l'avenant 7 de la convention médicale, autorisant les médecins généralistes à coter jusqu'à trois majorations de déplacement (MD) au sein d'un même établissement, une mesure accueillie favorablement, incitant à la prise en charge de plusieurs patients à la même adresse (78,81).

- Coercition :

C'est l'idée de trois médecins dans notre étude, une forme extrême de répartition de la charge en obligeant les médecins généralistes à accepter un certain nombre de patients supplémentaires. L'idée défendue est simple, diviser le nombre de patients sans médecin traitant par le nombre de praticiens libéraux en activité, pour estimer un nombre de patients supplémentaires que chaque médecin devra s'engager à suivre. Le profil des répondants est intéressant, on retrouve deux médecins proche de la retraite pour qui il s'agit d'une question d'éthique, manifestement agacés que certains confrères refusent des nouveaux patients (alors qu'ils ont également des critères d'exclusion comme les VAD ou la pédiatrie), mais également un médecin plus jeune, très restrictif sur ses critères d'acceptation, mais voyant en cette mesure un moyen d'en finir avec cette sensation d'être le seul à faire des efforts, misant donc sur l'effet de groupe.

Il ne faut pas chercher loin des avis opposés : des médecins de notre étude ayant entendu émaner ce genre de proposition ont spontanément fait part de leur opposition à une telle mesure, jugée liberticide. Une mesure qui fait parfois irruption dans l'actualité politique, brandie comme une réponse au problème des patients sans médecin traitant, mais révélant ainsi son caractère très impopulaire auprès d'eux, au bas mot. Le dernier exemple en date remonte à 2019 lorsqu'un amendement a été déposé dans le cadre de l'examen du projet de loi

de santé en commission des Affaires sociales, et ouvrant la porte à cette obligation : l'ensemble des syndicats a immédiatement fait front commun, défendus par la majorité parlementaire comme cela a toujours été le cas sur ce sujet jusqu'à présent (82), mais pour combien de temps ? On observe une aversion similaire chez nos voisins belges (83).

Que la raison soit éthique ou par recherche d'effet de groupe, il semblerait que cette mesure que l'on voit parfois circuler ne soit pas à l'ordre du jour.

- **Alléger l'organisation :**

Nous avons vu les difficultés médicales et non médicales qui incombent à la tâche des VAD ou en EHPAD, les plus représentées étant la triade « chronophage, conditions non optimales, mal valorisé », à la fois dans notre étude mais également les autres travaux. Afin d'alléger les deux premiers critères et améliorer l'acceptabilité de ces actes, deux pistes envisageables semblent se dessiner :

- Améliorer l'accès au dossier médical :

Contrainte à la fois chronophage et matérielle, le dossier médical occupe une place majeure dans les difficultés liées aux VAD et l'insatisfaction. Souvent consulté sur le logiciel métier avant le départ, puis rempli au retour (voire pas du tout), il s'agit d'un temps administratif supplémentaire problématique lorsqu'on le multiplie par le nombre de VAD réalisées, et sources d'omissions ou d'erreurs dans les comptes rendus. Certains médecins laissent le dossier sous forme papier au domicile du patient afin de le consulter et compléter sur place, mais cette pratique pose un problème de confidentialité et de perte des données (67), la solution la plus étudiée consiste à disposer du dossier informatisé à domicile. Une revue de littérature réalisée en 2018 par Hélène Taine sur l'impact du dossier informatique en VAD, détaille certains bienfaits de cette informatisation : des antécédents immédiatement disponibles, des oublis de prescription évités, un meilleur suivi des constantes telle la tension artérielle ou le poids, une prévention généralement meilleure. Il est observé que ce sont plutôt les jeunes médecins intéressés par cette pratique (moins de 40 ans surtout), la plupart utilisant déjà leurs smartphones équipés d'applications médicales. Il existe deux possibilités pour consulter et enrichir un dossier informatisé au domicile (84) :

1. Utilisation du logiciel métier via une fonction dédiée sur un ordinateur portable : plusieurs solutions existent déjà, mais le manque de formation sur le sujet est un problème freinant son développement,

2. Utilisation du dossier médical partagé (DMP) : accessible via l'interface de nombreux logiciels métiers, son développement s'accélère avec la mise en place en juillet

2021 de l'application MonEspaceSanté, facilitant l'ouverture et la consultation du dossier par le patient. Il reste peu utilisé par ces derniers, étant le frein principal de cette méthode. Cependant l'utilisation d'un logiciel compatible DMP est déjà valorisé dans le « forfait structure » concernant la modernisation du cabinet, dans le souci d'harmoniser les pratiques (85).

Il est à noter que ces deux méthodes ont été pensées pour ne pas nécessiter de connexion internet active, contrairement à une crainte souvent évoquée, et sauvegardent automatiquement les données dès rétablissement du réseau.

Certains médecins, plutôt jeunes donc, ont déjà tenté l'expérience de cette informatisation à domicile, et les retours confirment l'amélioration du suivi du patient. Ils précisent toutefois que cela nécessitent des compétences dépassant l'usage courant d'un logiciel, et qu'une formation est souhaitable sur le sujet (67,77,84).

Il pourrait donc être intéressant, au vu des retours positifs, d'informer les futurs et jeunes médecins généralistes sur les outils et formations existantes, afin qu'ils disposent d'outils efficaces pour aborder leurs premières VAD dont ils ressentiront probablement moins d'insatisfaction.

Le cas spécifique des EHPAD rend la question de l'harmonisation du dossier médical plus complexe, étant donné les multiples intervenants amenés à l'utiliser (infirmière, médecin coordonnateur, médecin traitant). Le recours à un unique logiciel faciliterait la tâche des médecins consultant dans plusieurs établissements, et faciliterait l'acceptation de ces visites complexes. La question de l'accès au dossier à distance semble également importante pour optimiser le temps de travail : en effet, lorsque le médecin traitant est sollicité pour un problème médical simple concernant un résident (comme la nécessité d'une prescription pour modifier un traitement, réaliser un examen complémentaire...), il serait intéressant de réaliser ces actes à distance directement dans le logiciel métier de l'établissement. Cela optimiserait non seulement le temps de travail du médecin, diminuerait le recours à des moyens de communication parfois non sécurisés, mais permettrait aussi de maintenir le dossier médical à jour plus aisément. Certaines solutions logicielles existent, comme NETSoins ou Osiris, tous deux bénéficiant du Référencement Ségur, garantissant notamment la sécurité des données et l'ergonomie d'utilisation de ces outils (86).

○ Poursuivre le développement de la téléconsultation :

Un seul des médecins de l'étude se demande si la téléconsultation n'aiderait pas à accepter les nouveaux patients, notamment à domicile. Un sujet d'actualité par son potentiel à libérer du temps médical, mais dont le développement bat de l'aile.

Ouvertes à tous les patients depuis septembre 2018 en respectant un parcours de soins coordonné, seules 3000 consultations à distance sont réalisées au cours de l'année 2019. La situation change radicalement avec la crise sanitaire liée au SARS-Cov2, et leur nombre

explosera (Fig.2) : 13,5 millions au cours de l'année 2020 soit 7,9 % de la part de l'activité des médecins généralistes libéraux de moins de 40 ans (4,2 % chez les + 60 ans), puis diminuera progressivement après assouplissement des restrictions sanitaires, pour s'installer comme une pratique pérenne mais relativement peu fréquente, avec en 2021 une part de consultations de 4,8 % pour les + 40 ans et 2,8 % pour les + 60 ans.

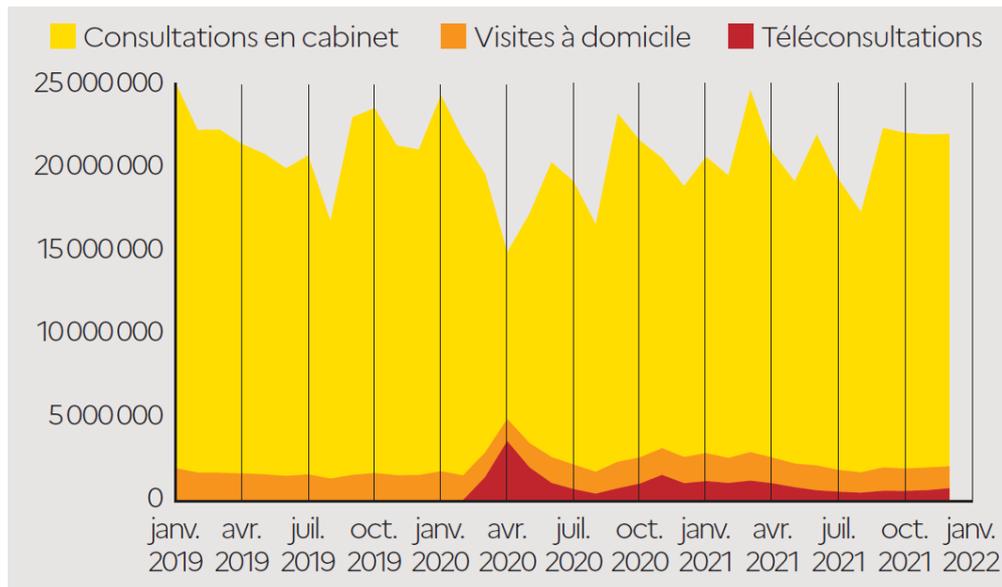


Figure 13. Activité des médecins généralistes libéraux par mois entre 2019 et 2021. Etudes et Résultats n°1249. DREES.

Outre ces facteurs sanitaires et générationnels, on retrouve un facteur géographique : 70 % des téléconsultations sont réalisées dans les grands pôles urbains, le développement en milieu rural étant ralenti par les contraintes matérielles. Ces dernières ne sont pas les seules exprimées car, selon la Drees, 16 % des médecins généralistes uniquement se déclarent satisfaits de cet acte, et seul un médecin sur trois estime que cela peut-être une solution aux déserts médicaux (87).

Les avis semblent encore moins positifs chez les médecins interrogés dans les études qualitatives. On retrouve notamment celle d'Anne-Laure Dufour étudiant en 2017 le ressenti des médecins généralistes concernant les visites à domicile : elle observe un avis défavorable général, selon eux cet acte n'a pas de place dans leur pratique car ils ressentent le besoin d'examiner leurs patients, surtout lors des VAD concernant des patients fragiles ou âgés nécessitant justement une attention particulière (77). Un autre travail plus récent réalisé par Alexandre le Pape en 2020 semble confirmer ce point, il a étudié l'opinion côté patient et médecin envers la télémédecine pendant un confinement, il apparaît que ces actes soient plus

adaptés à des patients de moins de 50 ans, et que la relation médecin/patient soit effectivement ressentie comme modifiée (88).

Il est intéressant de relever dans ces études que les médecins abordent peu le sujet des téléconsultations conjointes avec IDE à domicile. Pourtant cela permettrait sans doute de répondre en partie aux interrogations sur l'adaptabilité de cet acte chez la personne âgée, la présence de l'IDE permettant à la fois de lever l'obstacle des patients non équipés en nouvelles technologies, mais aussi de réaliser des gestes simples au moyen d'appareils connectés, tels qu'un stéthoscope, glucomètre, otoscope ou encore ECG par exemple. Ces outils font l'objet d'une aide à l'équipement de l'assurance maladie par le biais du forfait structure, permettant de recevoir une rémunération forfaitaire en fonction du nombre d'indicateurs atteints, dont deux concernent le matériel de télémédecine depuis 2019 : le premier permet une aide à l'obtention d'équipement de vidéo-transmission sécurisé, le second concerne l'acquisition d'appareils connectés dont la liste est disponible sur le site Ameli.fr (89,90). Ainsi, ces moyens humains et matériels sont susceptibles d'améliorer l'adhésion à la téléconsultation chez le patient plus âgé ou complexe, l'information sur ce sujet est-elle cependant suffisante ?

Dans l'étude comparative de Hélène Vilquin concernant les visites en EHPAD que nous avons déjà évoquée, aucun des 103 médecins interrogés n'a répondu la téléconsultation à la question des solutions d'avenir. L'auteur conclut toutefois que cela reste une alternative à ne pas négliger car des solutions concrètes existent avec des retours d'essais positifs, comme la Consult Station, une cabine composée de différents outils biométriques permettant de communiquer une panoplie de constantes cliniques (tension artérielle, poids, ECG, oxymètre...) voire d'ausculter grâce à l'assistance d'une infirmière réalisant le geste dont le son est transmis au médecin en direct (78). On imagine cependant le frein financier à ce genre d'équipement probablement onéreux.

Enfin, une étude rétrospective effectuée dans un EHPAD à Toulouse en 2014 conclut surtout à l'utilité des installations de télémédecine à des fins de télé-expertise, en relation donc avec un spécialiste (91).

Peu convaincus car attachés à l'examen clinique (faisant écho à l'opposition à la délégation des tâches...), les médecins sont encore majoritairement réticents à la télémédecine. Cependant depuis la crise sanitaire de 2019, elle semble s'être implantée durablement, aussi faiblement représentée soit-elle. Au vu du facteur générationnel, nous devrions en toute logique assister à une lente augmentation de la proportion de ces actes, même si l'opinion générale semble s'accorder sur son incompatibilité avec les patients âgés ou fragiles, les plus chronophages finalement, il est donc peu probable que la téléconsultation aide pour le moment à accepter cette catégorie de nouveaux patients.

- **Valoriser la contrainte :**

Nous avons évoqué dans le chapitre précédent la question de la valorisation des VAD, jugée insuffisante par une vaste majorité de médecins généralistes souhaitant une rémunération proportionnelle aux contraintes de temps, mais aussi pour redonner une certaine valeur au métier. Attardons-nous sur les propositions et leurs conséquences possibles sur l'admission de nouveaux patients.

Une idée revient régulièrement, et également constatée dans nos résultats : coter une VAD courante comme une visite longue actuelle, une rémunération à hauteur de 70 € (41). Cette cotation dite « VL » a vu ses indications étendues récemment à la suite de l'entrée en vigueur de l'avenant 9 à la convention médicale le 1er avril 2022 : elle concerne à présent les patients de plus de 80 ans et en affection de longue durée (ALD), la maladie neuro-dégénérative et les soins palliatifs, dans la limite d'une cotation par trimestre (53). Cette revalorisation concerne donc surtout les VAD dans le cadre du suivi, mais n'étant pas forcément les plus difficiles à intégrer dans le planning, certains médecins proposent alors de faire de ces 70 € une valeur seuil pour tout acte à domicile. Pour d'autres, la revalorisation serait surtout une question de reconnaissance envers la « pénibilité » organisationnelle de l'acte (41).

Une revalorisation permettrait-elle pour autant d'augmenter le nombre de VAD ? Les médecins sont partagés sur le sujet. S'ils ne l'ont pas abordé dans notre étude, les travaux concernés montrent des résultats ambivalents, certains médecins affirmant qu'une meilleure rémunération ne supprimerait pas le critère chronophage et ne seraient toujours pas en capacité d'en accepter davantage, tandis que d'autres affirment que cela pourrait avoir un effet persuasif (41,45,52). Des faits confirmés dans la thèse de Hélène Vilquin que nous avons déjà citée concernant les EHPAD : même si la rémunération pèse moins lourd dans la décision de se déplacer que pour les VAD (la caractéristique chronophage étant majeure), elle reste un critère d'insatisfaction et une revalorisation n'est pas apparue comme une solution pour les inciter à faire d'avantage d'actes, cependant cela pourrait contribuer à ce qu'ils se sentent mieux reconnus dans l'exercice de leur profession (78). Les données manquent pour conclure à une tendance particulière, cependant cela semble confirmer l'ambivalence de certains aspects de ce grand sujet des VAD.

Si nous élargissons la discussion aux actes réalisés au cabinet, un des médecins de notre étude souhaitait mettre fin à la tarification à l'activité, lassé qu'une consultation pour une virose soit autant rémunérée qu'une consultation dédiée au suivi d'un patient polypathologique, une notion également rapportée dans d'autres études (34,77). Pourtant, « le forfait patientèle » mis en place en janvier 2018 visait à valoriser la prise en charge de patients âgés et complexes, en versant annuellement un forfait en fonction de l'âge et des caractéristiques des patients (92), mais ne semble pas avoir pleinement convaincu. Dans l'actualité, le gouvernement d'Emmanuel Macron semble du côté des médecins réclamant la fin de la tarification à l'activité, et vouloir faire de la rémunération au forfait son cheval de bataille, décrivant le système actuel comme « défaillant, où le court terme l'emporte sur le long terme ». Cinq modes de rémunération sont ainsi étudiés à partir du rapport Aubert de 2019 :

- **Le paiement au suivi** : un forfait global pour la prise en charge d'une pathologie
- **Le paiement à la pertinence** : l'actuel système des ROSP consistant à une « juste prescription » en fonction des caractéristiques de sa patientèle, et serait enrichi de la prise en compte du ressenti des patients
- **Le paiement à la séquence de soins** : rémunération conjointe d'acteurs intervenant dans une séquence de soins (par exemple tous les intervenants d'une chirurgie de hanche, allant du chirurgien au masseur-kinésithérapeute), plutôt adaptée à l'hospitalier
- **Le paiement à la structuration** : rémunération via les CPTS qui aideront les professionnels à se coordonner à l'échelle du territoire ou financeront des actions en faveur de la qualité des pratiques
- **Le paiement à l'acte** : modification de la nomenclature des actes jugée trop dense, et mise à jour de cotations afin d'éviter certains abus (93).

Dans un avenir plus ou moins proche, la tarification sera probablement pensée pour valoriser les prises en charges lourdes et chronophages, sans pour autant abandonner le paiement à l'acte qui subira quelques modifications encore floues à ce jour. Cela sera-t-il suffisant pour que les médecins voient leur pratique reconnue comme ils le souhaitent ? Une meilleure reconnaissance conduit-elle à faciliter l'acceptation de nouveaux patients ?

3. La liste des médecins non saturés : une idée à adapter

Dans le cadre de l'action 1 du projet de santé de la CPTS 54, une liste de médecins traitants acceptant des nouveaux patients est à l'étude. Elle a pour objectif d'être diffusée aux professionnels de santé membres de la CPTS mais également ceux susceptibles d'être en contact avec des patients sans médecin traitant : les équipes de soins primaires, pharmaciens, le CMSI, SOS Médecins ou les SAU hospitaliers par exemple. Interrogés sur cette mesure, les médecins de notre étude sont partagés, et à une courte majorité défavorables à sa mise en place. Résumons les idées exprimées pour en déduire de potentielles solutions, nous terminerons par une proposition d'application pratique.

a) *Les craintes évoquées par les médecins*

« La liste ne respectera pas les critères d'acceptation des nouveaux patients »

Il s'agit du principal frein inquiétant les médecins, refusant d'y apparaître. En effet comme nous l'avons vu, ils présentent tous des conditions d'acceptation des nouveaux patients, parfois très différentes : l'un préférera les patients jeunes sans situations complexes, l'autre aura un critère géographique, tandis qu'un autre refusera les toxicomanes. Le constat est similaire pour les VAD : certains les préfèrent proches, d'autres n'en réalisent plus du tout, ou privilégient les EHPAD de patients déjà suivis.

« Il y a un risque d'être pris dans un engrenage »

Hésitants à accepter, ils appréhendent la perte de contrôle du flux de nouveaux patients, ou le fait de ne pas savoir combien ils seraient susceptibles d'en recevoir.

« La liste ne sera pas mise à jour »

Une inquiétude exprimée plusieurs fois, sous-entendant la crainte d'être toujours les mêmes à figurer dessus, et être les seuls à « jouer le jeu ». Une communication efficace et complète dès le début semblerait aisément lever cette crainte.

« Il y a un risque de modifier la relation au patient »

C'est un critère rapporté plusieurs fois également, surprenant de prime abord, il est toutefois très pertinent : certains médecins craignent de ne pas pouvoir dire « non » à certains patients dont ils sentent qu'une relation de confiance ne sera pas possible, ils ne pourraient pas justifier le fait d'apparaître sur cette liste et de les refuser malgré tout. Certains médecins apprécient en effet voir le patient une première fois avant d'accepter leur prise en charge en tant que médecin traitant.

« Peu de médecins vont répondre positivement »

Suspecté par certains médecins peu convaincus par la mesure, et confirmé par l'un d'entre eux ayant un lien avec la CPTS, la raison semblant principalement logistique par le canal de contact : le courriel, dont les réponses furent peu nombreuses.

b) Proposition de solutions

▪ Optimiser le canal d'information :

Il apparaît effectivement que le courriel ne soit pas le meilleur moyen d'atteindre un destinataire. Une étude Finlandaise de 2011 montre que les médecins généralistes sont très favorables à l'utilisation du courriel uniquement pour des questions simples à un interlocuteur unique. Les courriels à visée informative ont un fort risque de passer inaperçu au milieu de dizaines d'autres reçus dans la même journée. Si toutefois ces mails sont ouverts, il apparaît qu'un contenu chargé décourage à la lecture (94). Il semble donc pertinent d'envisager un contact direct, téléphonique ou physique au cabinet, préférentiellement au décours d'un RDV afin de capter efficacement l'attention. Ce serait par exemple l'occasion d'expliquer la méthode et la fréquence de mise à jour de la liste. Au vu des réticences précises exprimées par les médecins, il semble important de leur délivrer une information claire dès le début afin de lever leurs doutes.

▪ Associer une fiche de renseignements précise à chaque médecin :

Cela semble indispensable au vu du souhait de respecter les conditions de chacun. Il serait intéressant de renseigner, outre par exemple l'accord pour réaliser des visites à domicile, de préciser leurs conditions : existe-t-il une limite de distance ? Une préférence pour les EHPADs ? Si oui lesquelles ?

Une fiche aux critères précis serait probablement appréciée par les médecins qui se sentiraient écoutés. Une proposition d'exemple de fiche de renseignements a été réalisée et disponible en annexe, dont les items ont été pensés en fonction des résultats de notre étude : l'accent est donc porté sur les visites à domicile au vu des difficultés unanimes à les réaliser. Un court texte introductif vise à informer sur l'utilisation finale de la liste, mais aussi à rassurer sur sa mise à jour régulière ou la simplicité de la procédure de résiliation éventuellement. Cette fiche a été imaginée pour être adressée aux médecins ayant préalablement été contactés et donné leur accord pour participer (Annexe 3).

Il est important que les items de la fiche soient conçus dans le respect de l'éthique médicale, toute question portant sur une catégorie de patient à privilégier ou exclure est donc proscrite. En effet, si l'article 47 du Code de la Santé Publique autorise médecin à « *refuser des soins pour des raisons professionnelles ou personnelles* », l'article 7 l'oblige à « *soigner sans discrimination* » (95,96).

L'inconvénient de cette fiche de renseignements réside dans la lourdeur de présentation dans une liste se voulant avant tout fonctionnelle et utilisable également pour les patients (une version allégée à destination de ces derniers pourrait alors être proposée). Cela peut aussi freiner certains médecins qui ne souhaiteraient pas que ces informations soient affichées publiquement.

La question de la diffusion de cette liste est également essentielle. Si cette mesure est pensée pour qu'elle parvienne au patient par le biais des professionnels de santé, on peut

imaginer que les patients puissent également y parvenir eux-mêmes comme nous allons le voir.

c) *Proposition d'application*

Afin que les patients aient un accès libre à cette liste, il serait utile de s'inspirer des annuaires santé présents sur le site de certaines CPTS, répertoriant les professionnels de santé sur leur territoire au moyen d'une interface visuelle et interactive, comme c'est le cas du site de la CPTS de Metz et Environs présent sur l'illustration suivante.

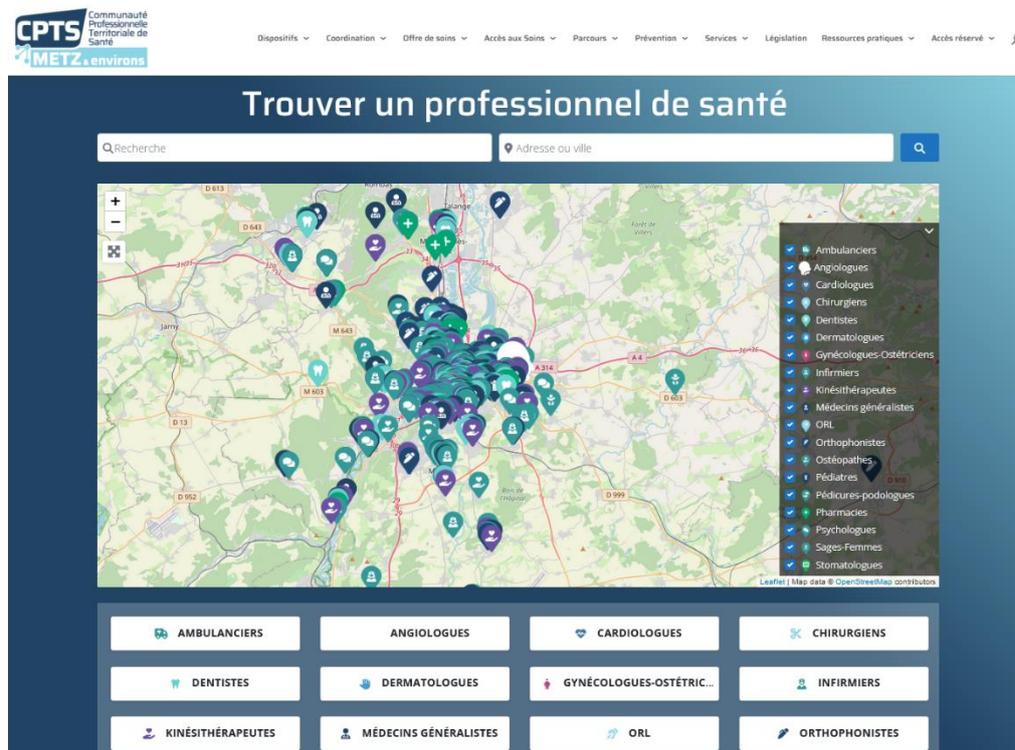


Figure 4. Capture d'écran de l'annuaire santé interactif de la CPTS de Metz et Environs.

Ces annuaires permettent de rechercher le nom d'un praticien particulier ou de parcourir une liste pour accéder à une fiche indiquant les coordonnées. C'est dans cette dernière qu'il serait intéressant d'inclure l'information concernant l'acceptation de nouveaux patients, après consentement du médecin concerné.

Il semble également indispensable que l'annuaire soit accessible directement sans création de compte pour le patient, simplifiant ainsi la démarche. En revanche, des comptes professionnels seraient intéressants car permettraient d'afficher une interface enrichie d'informations masquées pour les visiteurs. Il serait par exemple intéressant d'indiquer d'éventuelles coordonnées de contact directes pour simplifier la coordination, ou les

compétences particulières de certains médecins spécialistes et professionnels paramédicaux pour optimiser l'orientation.

À l'ère du numérique et de la prise de RDV médicaux en ligne sur des sites internet dédiés, il est raisonnable de penser que les patients dans le besoin d'un médecin traitant cherchent d'abord à se renseigner sur un moteur de recherche. Doter la CPTS d'une telle interface semble donc être une étape pertinente pour augmenter les chances d'atteindre les patients démunis.

G. Conclusion

La médecine générale en France subit des transformations importantes. Des conditions démographiques médicales défavorables, un vieillissement de la population dont les prises en charge se font plus longtemps à domicile, une pratique de plus en plus tournée vers la prévention, et une lourdeur administrative manifeste de la pratique : le temps médical vient à manquer, menaçant le nombre de patients sans médecin traitant. Quels sont les leviers d'actions pour le diminuer ?

Pour ne pas aggraver leur situation tendue et risquer de pratiquer une médecine dont ils ne sont pas satisfaits, les médecins généralistes n'ont d'autre choix que de poser des conditions à l'acceptation des nouveaux patients. Rarement absolues, souvent souples, elles concernent surtout les patients engendrant les actes les plus chronophages, comme les visites à domicile, source de difficultés pour l'ensemble des médecins interrogés, se sentant parfois découragés de réaliser celles des autres qui y renoncent. Il s'agit là d'un premier levier, répartir, alléger et valoriser ces actes.

Il devient ainsi urgent de libérer le temps médical pour éviter une saturation des patientèles, et pour cela plusieurs solutions existent. Si certaines sont bien connues et utilisées comme la PTA ou les infirmières Asalée, d'autres faisant l'actualité le sont moins, comme les assistants médicaux et les IPA, parfois source de préjugés et de confusion persistants. Si leur influence sur l'acceptation des nouveaux patients n'est pas encore clairement établie, les premiers retours semblent positifs. Un second levier se dessine : l'information des médecins potentiellement concernés par des moyens directs et efficaces, afin de miser sur le long terme.

D'autres actions plus locales sont à l'ordre du jour afin de guider ces patients « orphelins », comme la mise au point d'une liste de médecins traitants acceptant des nouveaux patients à l'initiative de la CPTS⁵⁴. Si la mesure semble débattue, les réserves exprimées par les médecins ont permis de mettre en lumière des pistes d'amélioration concrètes. Le troisième levier consistera à étudier ce potentiel.

Quelle que soit l'action envisagée, elle devra s'intégrer dans un contexte où les médecins souhaitent préserver leur façon d'exercer, diminuer leur temps administratif, voire parfois leur temps de travail pour se mettre à l'abri de l'épuisement.

V. Analyse des freins techniques

A. Identification des patients sans médecin traitant via les logiciels métiers

1. Généralités

L'une des évidences ressortant des études des chiffres communiqués par la CPAM était qu'un certain nombre de patients consultaient régulièrement un médecin traitant sans qu'aucune déclaration de médecin traitant ne les lient. Nous pouvons identifier plusieurs causes à cette problématique, un oubli, la perte de données au niveau de la CPAM, ou autre. Il semblerait par exemple que lors de la fermeture des sécurités sociales étudiantes, de nombreuses déclarations n'aient pas transité depuis celles-ci vers la CPAM.

L'une des solutions que nous avons évoquées était d'identifier ces patients lors des consultations à l'aide de nos logiciels métier et d'effectuer immédiatement une déclaration de médecin traitant lorsque celle-ci est manquante ou en contradiction avec l'information que nous avons. Nous avons donc cherché à savoir quels logiciels métiers permettent d'obtenir cette information, et de quelle manière. Au vu du grand nombre de solutions et d'éditeurs disponibles, il n'était pas dans nos moyens de contacter l'intégralité des éditeurs, et nous nous sommes donc concentrés sur les plus utilisés.

Ce faisant, nous avons utilisé le classement SESAM-Vitale des solutions effectuant le plus de télétransmission (97). Parmi les 47 disponibles au moment de la consultation du site, nous avons déjà éliminé celles ne servant qu'à effectuer des télétransmissions, telles que les solutions AFFID. Nous nous sommes ensuite concentrés sur les logiciels effectuant au moins 1 % du total de toutes les télétransmissions, constatant que ceux-ci englobent 78,56 % de toutes celles effectuées au cours du mois de décembre 2021. Il est aussi à noter qu'un grand nombre de solutions représentant moins que ce chiffre sont des solutions de télétransmission uniquement.

- Axis Santé
- HelloDoc
- Medistory 4
- Crossway
- Medicawin
- Mon Logiciel Médical
- Mediclick
- Medilink
- Med'OC SV
- Shaman

Ensuite, nous avons étudié chaque solution, tout d'abord en consultant SESAM-Vitale, afin de savoir si le module IMTi est inclus ou non. Il s'agit du module permettant de consulter en ligne l'information concernant la présence ou non d'un médecin traitant dans son dossier de Sécurité Sociale. Nous avons ensuite consulté l'évaluation du logiciel sur BUZZ médecin, un site spécialisé dans les tests de logiciels médicaux. Pour finir, nous avons regardé dans les documentations des logiciels si celles-ci sont disponibles, ou en contactant les éditeurs. Certains n'ont pas souhaité répondre à nos questions. Voici les informations tirées de ces études (fiches détaillées avec visuels disponibles en annexe).

Une problématique est aussi à noter : le module IMTi n'est pas non plus compatible avec tous les régimes de Sécurité Sociale. Si l'on en croit les données de SESAM-Vitale, quinze régimes permettraient l'accès à leurs données actuellement :

- Assurance Maladie
- Mutualité Sociale Agricole (MSA)
- Caisse d'Assurance Maladie des Industries Electriques et Gazières (CAMIEG)
- Caisse Autonome Nationale de Sécurité Sociale des Mines (CANSSM)
- Caisse d'Assurance Vieillesse, Invalidité et Maladie des Cultes (CAVIMAC)
- Caisse de Coordination aux Assurances Sociales de la RATP (CCAS RATP)
- Caisse nationale Militaire de Sécurité Sociale (CNMSS)
- Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel de la SCNF (CPRP SNCF)
- Caisse de Retraite et de Prévoyance des Clercs et employés de Notaires (CRPCEN)
- Etablissement National des Invalides de la Marine (ENIM)
- INTERIALE (mutuelle des agents du service public)
- Mutuelle des Affaires Etrangères et Européennes (MAEE)
- Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGEN)
- Mutuelle Générale de la Police (MGP)
- Mutuelle Nationale des Hospitaliers (MNH)

Cependant, lorsque nous tentons d'interroger le module IMTi chez des patients affiliés à certains régimes tels que la CNMSS, la recherche n'aboutit pas. Il semblerait donc que tous les régimes ne respectent pas leurs conventions. Lors d'un échange téléphonique avec une DNS à la CPAM de Longwy, nous avons pu faire remonter les informations à la CPAM, mais nous n'avons pas reçu de retour pour l'instant.

2. Etat des lieux des différents logiciels médicaux

Axis Santé : (97–99)

Selon SESAM-Vitale et BUZZ médecin, il n'y a pas d'interrogation de l'IMTi. A la lecture du manuel en ligne de la solution, cela n'est mentionné nulle part. Il est uniquement possible de renseigner un nom manuellement lorsque nous effectuons une déclaration papier ou via Ameli Pro, mais l'information ne sera jamais mise à jour automatiquement.

Hellodoc : (100–102)

Lorsque nous consultons la section « correspondant » située dans le dossier administratif du patient dans l'onglet « Etat-Civil », nous pouvons voir qui est le médecin traitant du patient. Il est possible de le renseigner manuellement, ou en cochant la case « vous êtes le médecin traitant ».

Il est possible aussi de cliquer sur « recherche en ligne », ce qui interrogera les serveurs SESAM-Vitale et affichera les informations du médecin traitant déclaré du patient. De fait les informations sont automatiquement mises à jour dans le dossier à la fermeture de cette fenêtre. De la même manière, il est possible d'effectuer une déclaration en ligne de médecin traitant.

Au moment de la facturation, l'information médecin traitant incluse dans la carte vitale sera automatiquement lue, mais si la carte vitale n'est pas à jour l'information peut être erronée.

L'éditeur du logiciel a produit un manuel entièrement dédié à l'utilisation du module IMTi, qui est bien rédigé et présentant des visuels du logiciel. Il ne nous a pas semblé utile de refaire le même travail et avons décidé de le fournir directement aux praticiens souhaitant l'information. Il est disponible en Annexe.

Medistory 4 :

Nous avons pu tester directement cette fonctionnalité sur le logiciel. Cette fonctionnalité est disponible depuis la version 3 du logiciel. Lorsque l'ouverture du dossier est faite à l'aide de la carte vitale, l'ADRI va interroger les serveurs Sesam-Vitale qui vont automatiquement renseigner le nom du médecin traitant déclaré à la caisse, ainsi que celui mentionné dans le dossier. Cette information est disponible en bas du menu de synthèse, mais aussi en haut du volet droit de l'écran. Cependant, si le dossier est ouvert sans la carte vitale, il y a possibilité de relancer la recherche afin d'avoir l'information la plus exacte qu'il soit.

Crossway : (103,104)

Dans le dossier du patient, il y a un menu déroulant situé dans la barre d'icône sur la partie supérieure de l'écran qui est nommé « TLSi ». Dans ce menu se trouve la fonction « IMTi : Qui est le médecin traitant déclaré ? ». Lors de l'interrogation, le logiciel va afficher soit « vous êtes le médecin traitant », soit « absence de médecin traitant », soit le nom du médecin traitant déclaré. D'un simple clic il est ensuite possible de mettre à jour les informations du dossier médical. Cela ne se fait pas automatiquement.

Dans le même menu déroulant se trouve une fonction « DMTi » permettant d'effectuer une déclaration de médecin traitant en ligne. L'information est à mettre à jour dans l'onglet « Médecin traitant » du dossier administratif du patient.

Concernant cette solution, les tutoriels vidéo mis en ligne directement par l'éditeur sur la plateforme YouTube étant suffisamment détaillés et explicites, aucune fiche information ne sera rédigée.

Medicawin :

Cette description provient de notre propre expérience sur le logiciel. Il est cependant à noter un détail important, le support de ce logiciel sera clôturé en 2023 et il sera nécessaire de changer pour la nouvelle version du logiciel pour lequel aucune documentation n'est disponible à ce jour. Au vu de la fermeture prochaine il ne nous semble pas nécessaire de réaliser une fiche information à l'attention des praticiens.

Dans ce logiciel, l'information présente dans le dossier médical est visible immédiatement dans un encart présent dans le coin supérieur gauche de l'écran. A l'origine il est noté « médecin traitant non trouvé ». Tout en bas du volet gris situé sous cet encart se trouve une fonction « Information Médecin traitant » qui si l'on clique dessus interroge les serveurs en ligne. Lorsque l'on ferme la fenêtre qui va s'ouvrir, l'information se met automatiquement à jour dans l'encart.

Juste au-dessus de la fonction « Information Médecin Traitant » se trouve la fonction « Déclaration Médecin Traitant » qui ouvre un menu permettant une déclaration en ligne avec enregistrement de la déclaration sous format PDF dans le dossier médical. Il faut ensuite refaire une recherche pour que l'information dans l'encart se mette à jour.

MonLogicielMédical : (105,106)

Dans ce logiciel, la recherche de médecin traitant ne peut être faite qu'au moment de la création d'une feuille de soins. Lorsque l'on ouvre le module « Gestion FSE », si l'utilisation du module IMTi est activée dans les options, il est possible de cliquer sur « Téléservices IMTi » dans la fenêtre de création d'une FSE. L'information est mise à jour immédiatement dans le dossier médical.

Pour effectuer une déclaration de médecin traitant, il y a possibilité d'appeler le module DMTi dans le volet « Assurance Maladie » du dossier administratif du patient.

Concernant cette solution, les tutoriels vidéo mis en ligne directement par l'éditeur sur la plateforme YouTube étant suffisamment détaillés et explicites, aucune fiche information ne sera rédigée.

Mediclick : (107,108)

Très similaire au fonctionnement de Crossway (même éditeur) : Présence à l'ouverture du dossier administratif du patient d'un menu déroulant nommé « TLSi » permettant l'interrogation du module « IMTi ». Le nom du médecin traitant va apparaître dans une fenêtre dans laquelle il sera possible de mettre à jour l'information contenue dans le dossier médical.

Dans le même menu déroulant se trouve la fonction « DMTi » permettant d'effectuer une déclaration de médecin traitant en ligne.

Concernant cette solution, les tutoriels vidéo mis en ligne directement par l'éditeur sur la plateforme YouTube étant suffisamment détaillés et explicites, aucune fiche information ne sera rédigée.

Medilink : (97,109)

Lors de la consultation de SESAM-Vitale et de BUZZ médecin, il apparaît que le logiciel permet l'utilisation du module IMTi, mais aucun manuel n'est disponible en ligne, le groupe n'a pas donné suite à nos appels et il n'y a pas de forum utilisateur, nous ne pouvons donc pas donner plus d'explications.

Med'oc SV :

Nous avons tenté de chercher une documentation sur le site de l'éditeur ou un forum utilisateur et nous avons de plus tenté de contacter celui-ci par mail et par téléphone, mais nous n'avons pas reçu la moindre réponse de leur part, nous ne sommes donc pas en capacité de fournir d'explications, ne connaissant personne utilisant ce logiciel.

Shaman (ouvrez la boîte) : (97,110,111)

Selon Sesam-Vitale et BUZZ médecin, il n'y a pas d'interrogation de l'IMTi. Après consultation de la documentation présente sur le site de l'éditeur, il ne semble pas y avoir plus de téléservices que la simple télétransmission des feuilles de soins.

3. Les Ségur de la santé

En mai 2020, un constat est fait par le gouvernement que le plan « Ma Santé 2022 » est insuffisant et n'est pas en adéquation avec les attentes des acteurs du système de santé français (112). Il est donc proposé de porter la réflexion dans un sens différent. Du 25 mai 2020 au 10 juillet 2020, de nombreux acteurs sont consultés afin de comprendre leurs attentes (112). Au cours des deux années suivantes, plusieurs axes de travail vont être étudiés, tels que la rémunération des professionnels.

L'axe qui nous intéresse ici concerne le « SEGUR du numérique », et notamment son impact sur la médecine de ville. Concernant le praticien, l'impact principal sera la modification du forfait structure permettant un déploiement massif du DMP et de la E-Santé. On retrouve principalement le rajout de plusieurs points qui sont actuellement dans le volet 2 (critères optionnels) mais qui en 2023 vont être rajoutés dans le volet 1 (critères socles). Ces critères sont : (113,114)

- Au moins 20 % des consultations donnant lieu à envoi d'un document dans le DMP des patients
- Au moins 5 % des consultations donnant lieu à un échange par mail sécurisé avec un patient via la messagerie de Mon espace santé
- Au moins 50 % des prescriptions de produits de santé réalisées via le service e-Prescription
- Au moins 5 % des FSE réalisées avec l'application carte vitale du patient
- 1500 € si au moins 50 % de votre patientèle en ALD dispose d'un VSM dans son DMP, 3000 € si cette part atteint 90 %.
- Des montants majorés de 20 % si au moins le tiers de ces VSM sont générés au format structuré défini par la HAS et intégrés au cadre d'interopérabilité des SI de santé (CI-SIS).

Ces critères sont néanmoins conditionnés par le respect d'un critère dit « principal » qui est l'utilisation d'un logiciel métier « référencé SEGUR ». Il existe donc quatre critères pour qu'un logiciel métier soit défini comme tel : (113)

- Accès au DMP via « Mon espace Santé ».
- Accès à la Messagerie Sécurisée en Santé (MSSanté).
- Utilisation de l'INS différente du NIR (aussi appelé Numéro de Sécurité Sociale).
- Connexion simplifiée via le système « Pro Santé Connect » compatible avec le système E-CPS

En résumé, on note plusieurs améliorations à la suite de la signature des SEGUR du numérique. Il est en revanche regrettable que le seul téléservice imposé aux éditeurs soit l'incorporation du DMP, mais on peut cependant espérer que cette ouverture obligatoire à la E-Santé puisse conduire à une ouverture plus large à l'intégralité des téléservices mis à disposition par SESAM-Vitale.

B. Identification via les dispositifs mis à disposition par la CPAM

1. Du point de vue du médecin

a) Généralités

Lorsqu'un médecin possède un logiciel métier ne permettant pas l'utilisation du module IMTi et donc la consultation de l'information médecin traitant disponible dans le dossier de Sécurité Sociale du patient, il a plusieurs méthodes à sa disposition. Tout d'abord il peut se connecter sur son compte Ameli Pro, mais il peut aussi consulter le CDR sur le site Sesam-Vitale.

b) Ameli Pro

Ce site est disponible à l'adresse suivante ; <https://espacepro.ameli.fr>

La connexion est simple et se fait soit via la Carte de Professionnel en Santé (CPS) si un lecteur de carte est connecté à l'ordinateur, soit par la saisie des identifiants du praticien. La première limite est que ce site n'est disponible que pour les praticiens installés. Il n'est donc pas possible d'utiliser ce site lorsque l'on est

médecin remplaçant, ou au niveau hospitalier, sauf si un médecin titulaire effectue une délégation de connexion.

La deuxième limite de ce site concerne le patient. Il s'agit d'un site géré par l'Assurance Maladie. Un certain nombre de caisses sont conventionnées pour que ce site soit utilisable pour les patients affiliés à celles-ci, mais peu le sont, et parmi celles-ci, certaines ne permettent pas l'affichage des informations. Ceci a été aussi remonté à la CPAM lors de la discussion avec la DNS.

Lorsque le professionnel est connecté sur le site, il peut donc soit lire la carte vitale du patient, soit se connecter à son compte en saisissant son NIR dans la barre de recherche. Lorsque le dossier du patient va s'afficher, l'information médecin traitant sera apparente. Cependant sur la page d'accueil il est juste noté si le patient a un médecin traitant déclaré ou non, et il sera précisé si ce médecin traitant est le médecin connecté ou non, s'il s'agit d'un autre praticien, il ne sera pas précisé. Pour obtenir l'information il faut cliquer sur « informations supplémentaires », ce qui n'est disponible qu'avec l'accord du patient. Sur cette page le nom du médecin traitant déclaré s'affiche.

Ce site est donc simple d'utilisation pour un praticien, qui en deux clics pourra accéder à l'information du patient. Mais cette information est incomplète voire absente selon le régime auquel le patient est affilié. Pour obtenir l'information complète il faut donc aller plus avant dans les menus. Pour cela, il faut cliquer sur « plus d'informations » situé en bas du volet « Informations patients » à droite de l'écran. La consultation de ces informations nécessite un consentement du patient (à valider lors de la consultation). Une fois sur cet écran, vous aurez accès au nom du médecin traitant du patient.

Sur le plan technique, ce site présente de nombreuses incompatibilités avec les navigateurs usuels. Un navigateur dédié est mis à disposition dans la section « aide » du site et à l'installation des pilotes SESAM-Vitale, sinon il est uniquement possible d'utiliser Mozilla Firefox, les autres navigateurs étant incompatibles avec les scripts nécessaires au bon fonctionnement de la page. De plus, le site semble procéder à une interrogation régulière du lecteur de carte vitale, ce qui peut provoquer des conflits avec d'autres logiciels tels que le logiciel métier.

c) Portail SESAM-Vitale

Le portail de Consultation des Droits du patient (CDR) est une section du portail SESAM-vitale disponible à l'adresse suivante (à saisir entièrement, non accessible depuis la racine du site) : <https://portail.sesam-vitale.fr/cdr/accueil>

La connexion se fait uniquement par lecture d'une CPS, il n'est pas possible de se connecter sur ce site via un identifiant E-CPS ou un compte Ameli Pro.

Ce site permet de retrouver les informations des patients affiliés à quinze régimes de sécurité sociale parmi les plus courants, mais aussi des plus rares. Cette liste est la même que celle des régimes permettant l'utilisation du module IMTi à une seule différence près, la MGEN n'est pas présente sur le site, mais nous retrouvons à la place la Mutuelle Complémentaire de la Ville de Paris et de l'Assistance Publique (MCVPAP).

De manière simple, lorsque nous nous connectons sur ce site, un écran apparaît avec plusieurs icônes réparties dans deux groupes correspondants chacune à l'un des régimes précédemment cités. Il faut sélectionner le régime auquel le patient est affilié puis de saisir soit son NIR, soit son nom, prénom et date de naissance. Une fois le patient trouvé, nous obtenons l'intégralité de ses informations, tout d'abord s'il y en a un le nom du médecin traitant, mais aussi la période d'ouverture de ses droits, le numéro de sa caisse de rattachement et aussi la présence ou non de motifs d'exonérations (ALD, CSS...)

Cette méthode n'est pas non plus parfaite, du fait qu'il n'est pas possible de se connecter sans lecteur de carte, et d'un autre côté qu'il n'est pas possible de lire la carte vitale du patient et donc de le retrouver de manière simplifiée, mais nous retrouvons l'information qui nous intéresse de manière complète. Nous n'avons en revanche pas réussi à obtenir plus d'information sur cette plateforme, car il s'agit normalement d'une interface réservée aux services administratifs des hôpitaux et la DNS que nous avons contacté ne maîtrisait pas suffisamment le sujet pour pouvoir nous en parler.

2. Du point de vue du patient

a) L'attestation de droits

Chaque patient peut obtenir son attestation de droits à la sécurité sociale, soit en se connectant sur Ameli pour les patients affiliés à l'Assurance Maladie ou les régimes associés, soit en contactant son régime par les manières à sa disposition. Pour les patients affiliés à l'Assurance Maladie, il est aussi possible de se rendre directement en agence, mais depuis la crise COVID, il est très difficile de s'y rendre, avec nécessité de prise de rendez-vous et il semble difficile d'en obtenir un en raison d'une forte demande. Il est donc préférable de réaliser l'opération en ligne.

Concernant le site Ameli, la démarche est simple, une fois sur l'écran d'accueil, il suffit de cliquer sur « Attestation de droits » et de choisir le bénéficiaire, une attestation sera immédiatement disponible au téléchargement. Cependant, de la même manière que la connexion sur Ameli Pro, l'attestation va préciser pour chaque bénéficiaire s'il a déclaré un médecin traitant, mais il ne précise pas le nom du médecin. Nous avons demandé à une ROC à la CPAM s'il était possible de

mentionner le nom du médecin traitant sur l'attestation, mais la réponse fut négative sans plus d'explications.

b) Le site Ameli

Disponible à l'adresse www.ameli.fr

Comme nous l'avons vu, il est plus simple de se connecter sur internet pour obtenir son attestation de droits, et dans ce cas, il serait peut-être plus judicieux de directement consulter les informations disponibles sur le site.

La démarche une fois connecté sur le site est assez simple, un onglet appelé « Mes informations » est disponible en haut à droite de la page, qui affiche le nom et la spécialité du médecin traitant du patient.

Cette méthode semble assez simple d'utilisation, mais pose un problème important, la fracture numérique, phénomène aggravé par l'illectronisme, mais nous allons voir cela plus avant.

c) La fracture numérique

Selon un rapport rendu au Sénat en mars 2022, malgré un plan de lutte contre l'illectronisme (manque de connaissances en informatique) initié en 2018, on retrouve actuellement 47 % de la population n'ayant que des connaissances de base en numérique, ne permettant pas la consultation de leurs droits en ligne, dont 17 % de la population générale n'ayant aucune compétence en numérique. De plus on retrouve plusieurs zones n'ayant pas d'accès internet, que ce soit filaire ou par le réseau portable (115).

Selon l'Agence Nationale de la Cohésion des Territoires (ANCT), treize millions de français se retrouvent éloignés du numérique, mais 76 % d'entre eux se disent prêts à adopter les nouvelles technologies. Des solutions ont donc été trouvées pour permettre à ceux-ci d'intégrer ces nouvelles connaissances (116).

Afin de lutter contre la fracture numérique, un plan de relance du numérique a été initié au niveau national. Ce plan comporte plusieurs échelles d'intervention. Tout d'abord on retrouve la mise en place de maisons France Services dans différents lieux publics tels que les postes, les mairies, les communautés de communes. On note la mise en place de presque 2500 lieux de ce type au cours de janvier 2022, avec une augmentation progressive de ces ouvertures pour obtenir l'objectif d'avoir un maillage complet permettant à chacun d'avoir un tel lieu à moins de 30 minutes de

chez soi (117). Ces maisons contiennent en général deux ou trois postes informatiques avec présence d'un conseiller numérique qui va aider les personnes dans leurs démarches si elles ne sont pas capables de le réaliser d'elles-mêmes (118).

Un autre versant de ce plan est l'inclusion numérique, qui consiste à former des Aidants Connect, et de s'appuyer sur les collectivités locales pour lancer des ateliers permettant de former ou renforcer les connaissances numériques des habitants. L'aidant connect est habilité par l'ANCT, ce qui lui permet d'avoir une légitimité dans ses actions et une couverture juridique lorsqu'il consulte des données sensibles avec ceux qui viennent le consulter (119).

On peut donc se dire qu'avec ce plan de relance, une grande majorité des patients devraient pouvoir avoir accès à leurs données afin de vérifier s'ils ont ou non déclaré un médecin traitant.

C. Moyens actuellement utilisés par la CPAM

Lors des discussions avec la ROC et la DNS, nous nous sommes renseignés sur les démarches effectuées par la CPAM pour trouver un nouveau médecin traitant aux patients n'en ayant pas.

Le service marketing est chargé de repérer les patients remplissant ces catégories et de les prévenir de la nécessité de trouver un médecin traitant. Mais tous les patients ne semblent pas recevoir de mail ou de courriers et les personnes que nous avons pu contacter ne savaient pas nous dire quels étaient les critères de sélection. Au-delà d'un certain délai les patients reçoivent même un courrier leur indiquant que la CPAM allait leur chercher un nouveau médecin traitant.

Différentes actions ont de plus été menées avec des CPTS locales afin de faciliter les actions, comme nous l'avons déjà évoqué. Par exemple la CPTS de la métropole de Nancy et la CPAM 54 ont envoyé un courrier ou un mail à tous les patients n'ayant pas de médecin traitant et consultant au moins trois fois le même dans l'année pour leur dire d'effectuer la déclaration.

VI. Conclusion

Nous concluons ce travail par un outil pratique à destination des CPTS, sous forme de synthèse des problématiques et de leurs solutions abordées dans nos travaux, relatives à la réduction du nombre de patients sans médecin traitant, avec mise en perspective des actions envisagées par les CPTS étudiées dans le chapitre III.

Problématique	Solutions proposées
<p align="center">Information, orientation et identification des patients sans médecin traitant</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Mise à disposition d'un interlocuteur au contact des patients :</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Là où se rendent spontanément les patients en ville : cabinets ou maisons médicales. ○ La piste d'un médiateur en santé est intéressante mais ne semble pas pertinente car les effectifs sont très faibles. ○ Proposition d'attribuer un rôle d'aiguillage aux secrétaires et assistants médicaux déjà sur place, en leur donnant des outils simples et rapides à communiquer : site de la CPTS, liste de médecins acceptant des nouveaux patients, etc...
<p align="center">Carence informationnelle des médecins sur les aides à l'exercice.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Campagne d'information par un canal direct :</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Prises de RDV dédiés en présentiel ou distanciel, courriels inefficaces dans la transmission de données complexes. ○ Idéalement en début d'exercice, jeunes médecins manifestant un intérêt pour l'exercice coordonné. ○ Besoin d'information sur deux points principaux : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conditions d'obtention des IPA, Asalée, assistants médicaux. ▪ Rôles, mais surtout différences entre ces nouveaux métiers. ○ Partage de témoignages et retours d'expériences de structures proches souhaitable pour réassurance et miser sur un effet de groupe.
<p align="center">Difficultés liées à la réalisation de visites à domicile</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Optimiser de la répartition des patients :</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Orienter d'abord vers un médecin prenant déjà en charge un membre de la famille ○ Elargir le périmètre de recherches car tendance des patients à choisir les plus proches : s'appuyer sur une fiche de renseignements des médecins pour connaître leur distance maximale de déplacement serait utile. ○ S'il s'agit d'une prise en charge en EHPAD, d'abord solliciter les médecins sur place. ○ L'obligation à prendre en charge des nouveaux patients est parfois évoquée mais très impopulaire,

	<p>et semble non pertinente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Alléger l'organisation d'une visite à domicile :</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Encourager l'informatisation de la visite, via utilisation de son logiciel métier ou le DMP sur ordinateur portable, informer sur les formations existantes pour maîtriser ces outils garants d'un gain de temps. ○ En parallèle à la première problématique abordée dans cette synthèse, informer sur la possibilité de déléguer certaines visites à une IPA, enrichir cette action de retours d'expériences. ○ La télémédecine souffre d'impopularité et souvent considérée inadaptée pour le suivi à domicile, notamment concernant des patients complexes de plus de 50 ans. Probable nécessité de sonder au préalable l'adhésion des MG du territoire à cette pratique avant mise en place d'actions. • <u>Valoriser financièrement la contrainte :</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Actuellement hors du champ d'action des CPTS. ○ Sujet d'avenir potentiel si développement du paiement à la structuration, détaillé dans le rapport Aubert 2019, permettant aux CPTS de rémunérer les actions de coordination ou de qualité des pratiques.
<p>Adapter l'action 1 de la CPTS 54 : la liste de médecins acceptant des nouveaux patients</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Effectuer le contact par un moyen de communication directe :</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Privilégier le téléphone ou prise de RDV dédié ○ Délivrer une information précise pour lever les doutes, dont quatre particulièrement cités : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le rythme de mise à jour de la liste (rassurer sur la crainte d'une saturation rapide des volontaires) ▪ Le nombre de répondants actuel ou estimé (écarter l'idée d'être le seul à participer) ▪ Le moyen simple de mettre fin à sa participation (lever l'appréhension d'être pris dans un engrenage). ▪ La prise en compte de la situation de chaque médecin via une fiche de renseignements (assurer que la mesure s'adapte au médecin, et non l'inverse). • <u>Proposer une fiche de renseignements où le médecin peut renseigner ses exigences (exemple en annexe) :</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Affiner particulièrement les critères de prise en charge à domicile, étant la difficulté la plus répandue

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Proposer une question à réponse ouverte sur d'éventuelles situations qui pourraient mettre le médecin répondant en difficulté ○ Attention à ne pas inclure d'item qui exclurait une catégorie de patient (respect de l'article 7 du code de déontologie médicale). • <u>Exploiter la liste pour élaborer un annuaire cartographique interactif sur le site internet de la CPTS :</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Outil supplémentaire permettant que les patients s'orientent eux-mêmes ○ Peut également être utile et facile à communiquer par les secrétaires médicales, affiches en salle d'attente ou tout professionnel de santé ○ Nécessité d'un accès libre sans création de compte pour le patient afin de simplifier le processus au maximum
<p style="text-align: center;">Faciliter l'identification de l'information médecin traitant</p>	<p>Diffuser aux médecins adhérents les différents moyens d'identification de l'information médecin traitant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La liste des logiciels utilisant le module IMTi - Les tutoriels des différents logiciels médicaux expliquant l'utilisation du module disponible en annexe. - Le chemin permettant d'accéder à l'information sur le site Ameli Pro - Le lien permettant d'accéder au CDR <p>Diffuser aux patients les structures disponibles permettant de lutter contre la fracture numérique afin de leur permettre de consulter en ligne leurs données de santé (Ameli, Mon Espace Santé)</p>

Nous avons aussi pu élaborer un certain nombre de propositions à visée de l'Assurance Maladie et de Sesam-Vitale afin de faciliter l'identification de l'information médecin traitant et l'adhésion au dispositif :

- Concernant le regard du médecin, l'objectif est de faciliter l'identification de l'information médecin traitant.
 - Forcer l'intégration du service IMTi dans tous les logiciels médicaux, par exemple avec l'intégration du téléservice dans les critères de référencement SEGUR.
 - Simplifier l'accès à l'information sur le site Ameli Pro, par exemple en l'affichant directement sur la page d'accueil et non dans les informations personnelles du patient nécessitant son accord préalable.
 - Vérifier que les régimes assurant le partage des informations le fassent effectivement, comme la CNMSS ou la MGEN.

- Concernant le regard du patient, l'objectif serait de faciliter l'accès à l'information pour les patients concernés par la fracture numérique, notamment en mentionnant l'information sur leur attestation de droit.
- La dernière solution, qui est déjà mise en place par des partenariats entre certaines CPTS et les CPAM locales serait d'obtenir la liste des patients sans médecin traitant consultant au moins trois fois par an le même médecin et de les prévenir de l'absence de contrat les liant au niveau administratif afin de pouvoir en établir un.

VII. Bibliographie

1. Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) - version du 5 septembre 2022 [Internet]. [cité 26 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/moselle/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/consultations-actes/nomenclatures-codage/ngap>
2. Asalée - Action de santé libérale en équipe. Implantations [Internet]. [cité 31 mai 2023]. Disponible sur: <http://www.asalee.org/>
3. Zoom sur les médecins à exercice particulier (MEP) libéraux | L'Assurance Maladie [Internet]. 2022 [cité 26 juin 2023]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/zoom-ps-medecins-exercice-particulier-mep-liberaux>
4. L'assurance maladie. Le rôle du médecin traitant et le parcours de soins coordonnés [Internet]. Ameli.fr. 2022 [cité 6 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/meurthe-et-moselle/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes>
5. L'assurance maladie. Le dispositif médecin traitant [Internet]. Ameli.fr. 2020 [cité 25 févr 2023]. Disponible sur: [amelif.fr/meurthe-et-moselle/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/dispositif-medecin-traitant/dispositif-medecin-traitant](https://www.ameli.fr/meurthe-et-moselle/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/dispositif-medecin-traitant/dispositif-medecin-traitant)
6. Direction de l'information légale et administrative. Médecin traitant et parcours de soins coordonnés [Internet]. Service-Public.fr. 2021 [cité 6 juin 2023]. Disponible sur: service-public.fr/particuliers/vosdroits/F163
7. L'assurance maladie. le forfait patientelle médecin traitant [Internet]. Ameli.fr. 2023 [cité 7 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/meurthe-et-moselle/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/dispositif-medecin-traitant/forfait-patientele>
8. Ministère de la santé et de la prévention. CPTS : s'organiser sur un territoire pour renforcer les soins aux patients [Internet]. sante.gouv.fr. 2022 [cité 25 févr 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts/article/cpts-s-organiser-sur-un-territoire-pour-renforcer-les-soins-aux-patients>
9. L'assurance maladie. Communautés professionnelles territoriales de santé : décryptage de l'accord signé et des 2 avenants [Internet]. Ameli.fr. 2022 [cité 22 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/meurthe-et-moselle/medecin/actualites/communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-decryptage-de-l-accord-signé-et-des-2-avenants>
10. L'assurance maladie. Constituer une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) : mode d'emploi [Internet]. Ameli.fr. 2022 [cité 25 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/meurthe-et-moselle/exercice-coordonne/exercice-professionnel/organisation-d-exercice-coordonne/constitution-d-une-cpts>
11. Territoire - Quelles communes ? [Internet]. CPTS Metz et environs. [cité 23 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.cpts-metz.fr/territoire/>
12. Arnault DF. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE. 1 janv 2022;

13. r21-5891.pdf [Internet]. [cité 23 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r21-589/r21-5891.pdf>
14. Sénat [Internet]. [cité 23 juin 2023]. Séance du 16 mars 2023. Disponible sur: <https://www.senat.fr/seances/s202303/s20230316/s20230316009.html>
15. Dossier complet – Intercommunalité-Métropole de Métropole du Grand Nancy (245400676) | Insee [Internet]. [cité 28 août 2022]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=EPCI-245400676#tableau-POP_G2
16. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. [cité 26 mai 2022]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
17. Santé - Agence Scalen [Internet]. [cité 16 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.agencescalen.fr/fr/sant%C3%A9.html>
18. download.pdf [Internet]. [cité 28 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/media/52572/download?inline>
19. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1) - Légifrance [Internet]. [cité 18 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000038821308>
20. Prévention M de la S et de la, Prévention M de la S et de la. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 18 oct 2023]. Tout comprendre des dispositifs d'appui à la coordination. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/les-dispositifs-d-appui-a-la-coordination-dac/article/tout-comprendre-des-dispositifs-d-appui-a-la-coordination>
21. CPTS Métropole Nancéienne - Communauté Professionnelle Territoriale de Santé [Internet]. 2021 [cité 26 mai 2022]. Disponible sur: <https://xn--cpts- mtropolenancienne-g8bl.fr/>
22. REZONE CPTS [Internet]. [cité 26 mai 2022]. Disponible sur: <http://rezone.ameli.fr/rezone/cartoCpts.html>
23. Actions CPTS Métropole Nancéienne - Communauté Professionnelle Territoriale de Santé [Internet]. 2021 [cité 26 mai 2022]. Disponible sur: <https://xn--cpts- mtropolenancienne-g8bl.fr/actions-cpts/>
24. CPTS Centre-Val de Loire [Internet]. 2019 [cité 26 juin 2023]. CPTS de l'Est Orléanais. Disponible sur: <https://www.cpts-centrevaldeloire.fr/les-cpts-de-la-region-cvdl/toutes-les-cpts/cpts-de-lest-orleanais-0>
25. Monnet MM. Profil socio-économique et médical des patients pris en charge à l'hôpital Lariboisière et n'ayant pas de médecin traitant, freins et leviers à leur suivi en médecine générale. [Thèse de doctorat non publiée]: Université Sorbonne; 2019.
26. Sulter B. Le refus de soin : étude exploratoire à la recherche des grands facteurs de refus de soins en médecine générale de ville [Internet] [other]. Université de Lorraine; 2016 [cité 20 août 2023]. p. Non renseigné. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01931891>
27. Ditte S. Le refus de prise en charge par le médecin généraliste picard : étude qualitative sur la gestion du refus de prise en charge par le médecin généraliste picard. 28 avr 2020;52.

28. Université de Lorraine FAD. Recherche qualitative et recherche quantitative en santé publique [Internet]. [cité 14 mai 2023]. Disponible sur: https://fad.univ-lorraine.fr/pluginfile.php/23858/mod_resource/content/1/co/Recherche_qual_quant_SP.html
29. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. *exercer, la revue française de médecine générale*. 19(84):142-5.
30. Investigation en santé publique : méthodes qualitatives - Principes et outils - L'analyse thématique de contenu [Internet]. [cité 15 mai 2023]. Disponible sur: https://fad.univ-lorraine.fr/pluginfile.php/23858/mod_resource/content/1/co/Analyse_them.html
31. Neuman WL. Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches. *Teaching Sociology*. juill 2002;30(3):355.
32. SCALEN - Agence de développement des territoires Nancy Sud Lorraine. ATLAS Santé Bien-Être de la Métropole du Grand Nancy [Internet]. [cité 16 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.agencescalen.fr/fr/sant%C3%A9.html>
33. Passerieux Q. Le ressenti des médecins généralistes utilisant une plateforme territoriale d'appui: l'exemple de la plateforme territoriale d'appui landaise Santé Landes. [Médecine humaine et pathologie]: Université de Bordeaux; 2020.
34. Dachary T. Les freins des médecins généralistes landais quant à l'utilisation de l'outil de communication PAACO/GLOBULE dans la prise en charge des situations dites complexes en soin primaire. [Médecine humaine et pathologie]: Université de Bordeaux; 2022.
35. Etchegoyen I, Pagadoy L, Schuck C. Ressenti des médecins généralistes, infirmières et patients sur le protocole ASALEE dans les Landes: évaluation qualitative croisée par méthode focus group. Université de Montpellier; 2020.
36. Agence Régionale de Santé - Séminaire Innovations et organisation en santé – Synthèse des interventions 26 mars 2018 [Internet]. [cité 14 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/media/26642/download>.
37. Agence Régionale de Santé - Impulsion du dispositif Asalée en région Grand Est – Communiqué de presse 4 décembre 2018 [Internet]. [cité 14 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/media/32844/download>.
38. Ministère des Solidarités et de la Santé. Renforcer l'accès territorial aux soins – Dossier de presse 13 octobre 2017 [Internet]. [cité 14 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/media/19406/download?inline>.
39. Piette L. Déterminants d'orientation vers le protocole de coopération ASALEE et appréciation d'usage par les médecins généralistes du dispositif en Languedoc-Roussillon. [Médecine humaine et pathologie]: Université de Montpellier; 2018.
40. Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. 2023 [cité 31 mai 2023]. Ma santé 2022 : un engagement collectif. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/masante2022/>
41. l'Assurance Maladie [Internet]. 2022 [cité 31 mai 2023]. Assistants médicaux : un levier pour renforcer l'accès aux soins dans les territoires. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/moselle/medecin/actualites/assistants-medicaux-un-levier-pour-renforcer-l-acces-aux-soins-dans-les-territoires>

42. Vileno, M. Opinion des médecins généralistes libéraux du Valenciennois sur la mise en place d'assistants médicaux. [Thèse de doctorat non publiée]. Université de Lille; 2022.
43. MACSF.fr [Internet]. [cité 31 mai 2023]. Assistant médical : une nouvelle aide pour les médecins. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/cadre-juridique/assistant-medical-une-nouvelle-aide-pour-les-medecins>
44. Pirer, S. Représentations et attentes des médecins généralistes concernant les assistants médicaux et les infirmiers de pratique avancée. [Thèse de doctorat non publiée]. Université de Lille; 2019.
45. Laura D. Le nouveau dispositif d'assistantat médical - Enquête qualitative auprès de douze médecins généralistes. [Thèse de doctorat non publiée]. Université Claude Bernard Lyon 1; 2021.
46. Trehou J. Le ressenti des médecins généralistes des Hauts-de-France ayant un(e) assistant(e) médical(e). [Médecine humaine et pathologie]: Université de Picardie Jules Verne; 2022.
47. Lebec, A. Représentation du nouveau métier d'assistant médical par les médecins généralistes, motivations et freins à leur embauche. [Thèse de doctorat non publiée]. Université de Lille; 2020.
48. Dunikowski, C. Ressenti des médecins généralistes sur la création du poste d'assistant médical. [Thèse de doctorat non publiée]. Université de Bordeaux; 2021.
49. Simonnet A. Le ressenti des patients à l'égard de l'assistant médical dans un cabinet de médecine générale en Limousin. Université de Limoges; 2021.
50. Aide à l'embauche d'assistants médicaux | ameli.fr | Médecin [Internet]. [cité 22 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/moselle/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/aide-emploi-assistants-medicaux>
51. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). 2016-41 janv 26, 2016.
52. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. 2018-629 juill 18, 2018.
53. Ségur De La Santé Les Conclusions. 2020; Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_conclusions_segur_de_la_sante.pdf
54. Debeaupuis J, Blemont P. Concertation sur la pratique avancée infirmière - Inspection Générale des Affaires Sociales. août 2022; Disponible sur: <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2022-010r-rapport.pdf>
55. Agence Régionale de Santé. Attractivité des Métiers de la Santé en Grand Est – Plan d'action professions non médicales 2020-2023 [Internet]. 2023 [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/media/91513/download?inline>.
56. Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. 2023 [cité 2 juin 2023]. L'infirmier en pratique avancée. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>
57. Cann AL. Collaboration médecin généraliste et infirmier en pratique avancée: les enjeux et les attentes d'une nouvelle forme de coopération interprofessionnelle en soins primaires. La vision des médecins. Université de Montpellier-Nîmes; 2021.

58. Noiroit C. Attentes des médecins généralistes vis à vis de la collaboration avec une infirmière de pratique avancée en soins primaires dans les Hauts-de-France. [Médecine humaine et pathologie]: Université de Lille; 2022.
59. Martin A. Infirmiers en Pratique Avancée: quel exercice coordonné avec les médecins généralistes? Revue de littérature systématique des dispositifs de coopération entre infirmiers en pratique avancée et médecins généralistes à l'international en soins primaires. [Médecine humaine et pathologie]: Université de Picardie Jules Verne; 2022.
60. Charles, N. Vécu des médecins généralistes de la collaboration avec un infirmier de pratique avancée en maison de santé pluriprofessionnelle. [Thèse de doctorat non publiée]. Université de Lille; 2022.
61. Aghnatiou M, Darloy T, Dictor J, Gasparovicova M, Drouot C, Gasperini F, et al. Soins infirmiers en pratique avancée : représentations des acteurs de ce nouveau dispositif: Santé Publique. 22 nov 2021;Vol. 33(4):547-58.
62. Sangster-Gormley E, Martin-Misener R, Burge F. A case study of nurse practitioner role implementation in primary care: what happens when new roles are introduced? BMC Nursing. 23 janv 2013;12(1):1.
63. Le Quotidien du Médecin [Internet]. [cité 1 juin 2023]. « Consternation », « insulte » : après l'offensive de Macron sur les délégations, les médecins libéraux affichent leur colère. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/consternation-insulte-apres-loffensive-de-macron-sur-les-delegations-et-la-veille-dune-ppl-sur>
64. Haute Autorité de santé - Médiation en santé - Référentiel de bonnes pratiques. oct 2017; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/la_mediation_en_sante_pour_les_personnes_eloignees_des_systemes_de_preve....pdf
65. What's Up Doc [Internet]. [cité 2 juin 2023]. Médiateur en santé : un métier pour aider les personnes « dont le parcours de soins et de prévention est en échec ». Disponible sur: <http://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/mediateur-en-sante-un-metier-pour-aider-les-personnes-dont-le-parcours-de-soins-et-de>
66. Tekaya É. Analyse des contraintes et des apports de la visite à domicile dans la prise en soins des patients à travers l'expérience vécue de médecins généralistes. Université de Montpellier-Nîmes; 2019.
67. Le Maner A. Le dossier médical libéral et la visite à domicile : quelles sont les problématiques persistantes pour le médecin généraliste ? Une revue de la littérature. Université de Lorraine; 2018.
68. Union Régionale des Médecins Libéraux. La visite à domicile chez les médecins franciliens - Enquête Commission Exercice à Domicile 2005 [Internet]. [cité 19 mai 2023]. Disponible sur: https://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_060206.pdf.
69. Arrêté du 26 août 2002 portant approbation d'un accord national de bon usage des soins.
70. Rogeau L. Critères qualités de la gestion des visites à domicile du médecin généraliste: revue systématique de la littérature. Université de Nice; 2019.
71. Bloy G, Schweyer FX, éditeurs. Singuliers généralistes: sociologie de la médecine générale. Rennes: Presses de l'École des hautes études en santé publique; 2010. 423 p. (Métiers santé social).

72. Eismann, J. Étude sur la prévalence, facteurs de risque et facteurs protecteurs du burn-out chez les médecins généralistes libéraux en France [Thèse de doctorat non publiée]. Université de Clermont Auvergne; 2017.
73. Fur PL, Bourgueil Y. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. 2009;
74. Les médecins généralistes inquiets face à la dérive des tâches administratives - Mutuelle-du-medecin.fr [Internet]. [cité 3 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.mutuelle-du-medecin.fr/presse/11-les-medecins-generalistes-inquiets-face-a-la-derive-des-taches-administratives.html>
75. Vialtel, S. La visite à domicile : perceptions des médecins généralistes sur son évolution passée et à venir [Thèse de doctorat non publiée]. Université de Lorraine; 2012.
76. DREES - La durée des séances des médecins généralistes – Etudes et Résultats avril 2006 [Internet]. [cité 14 mai 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er481.pdf>.
77. Dufour AL. La visite à domicile, encore d'actualité ? [Thèse de doctorat non publiée]. Université Claude Bernard Lyon 1; 2017.
78. Vilquin PH. Etude comparative des médecins traitants intervenant ou non en EHPAD dans les Hauts-de-France. 2019.
79. IRDES - Focus santé en île-de-France - Avril 2020 [Internet]. [cité 14 mai 2023]. Disponible sur: https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/2020/accessibilite/ORS_FOCUS_accesSoins_avril2020_VD.pdf.
80. La prise en charge des personnes âgées dépendantes vivant en institution par les médecins généralistes des Pays de la Loire. N° 8. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale [Internet]. [cité 5 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.orspaysdelaloire.com/publications/la-prise-en-charge-des-personnes-agees-dependantes-vivant-en-institution-par-les>
81. Arrêté du 14 août 2019 portant approbation de l'avenant n° 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.
82. Egora. ÇA VOUS A FAIT RÉAGIR - Obligation de prendre des nouveaux patients : les médecins crient aux « travaux forcés » [Internet]. Les Généralistes-CSMF. [cité 5 juin 2023]. Disponible sur: <https://lesgeneralistes-csmf.fr/2019/03/19/ca-vous-a-fait-reagir-obligation-de-prendre-des-nouveaux-patients-les-medecins-crient-aux-travaux-forces/>
83. « Contre le refus de nouveaux patients par une obligation d'accepter ces patients » (Jan De Maeseneer) [Internet]. [cité 5 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/socio-professionnel/laquo-nbsp-contre-le-refus-de-nouveaux-patients-par-une-obligation-d-rsquo-accepter-ces-patients-nbsp-raquo-jan-de-maeseneer.html>
84. Taine, H. Impact du dossier informatique en visite à domicile sur le suivi du patient - point de vue d médecins généralistes de la Côte d'Opale [Thèse de doctorat non publiée]. Université de Lille; 2018.

85. Modernisation du cabinet : forfait structure [Internet]. [cité 5 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/moselle/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/modernisation-cabinet>
86. Tout savoir sur le passage au logiciel métier version « Ségur » et la prise en charge de l'État [Internet]. 2022 [cité 18 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/moselle/medecin/actualites/tout-savoir-sur-le-passage-au-logiciel-metier-version-segur-et-la-prise-en-charge-de-l-etat>
87. Sept téléconsultations de médecine générale sur dix concernent en 2021 des patients des grands pôles urbains | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 30 mai 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communiquede-presse/etudes-et-resultats/sept-teleconsultations-de-medecine-generale>
88. Le Pape A, Brutus L, Gourraud PA, Jeanmougin P. Téléconsultation: description et opinions des patients et médecins généralistes de la maison de santé pluridisciplinaire de Luçon durant le premier confinement de la crise sanitaire de la Covid-19 : étude épidémiologique descriptive quantitative. Nantes, France; 2023.
89. Téléconsultation [Internet]. [cité 18 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/moselle/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleconsultation/teleconsultation>
90. Note-methodologique-forfait-structure-2022.pdf [Internet]. [cité 18 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.fmfpro.org/wp-content/uploads/2023/04/Note-methodologique-forfait-structure-2022.pdf>
91. Bismuth S, Remande A, Découard P, Boyer P, Chicoulaa B, Hein C, et al. Motifs de recours à la télémédecine en médecine générale à partir d'une expérimentation en EHPAD. European Research in Telemedicine / La Recherche Européenne en Télémédecine. 1 juin 2014;3(2):77-83.
92. Forfait patientèle médecin traitant [Internet]. [cité 6 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/moselle/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/dispositif-medecin-traitant/forfait-patientele>
93. egora.fr [Internet]. 2019 [cité 6 juin 2023]. 2022 : la fin du paiement à l'acte (ou presque). Disponible sur: <https://www.egora.fr/actus-pro/remuneration/46047-2022-la-fin-du-paiement-a-l-acte-ou-presque>
94. Karhula T, Kauppila T, Elonheimo O, Brommels M. Use of email in communication between the Finnish primaryhealthcare system and general practitioners. Journal of Innovation in Health Informatics. 1 mars 2011;19(1):25-32.
95. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 5 sept 2023]. Article 7 - Non discrimination. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-generaux-medecins-art-2-31/article-7-discrimination>
96. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 5 sept 2023]. Article 47 - Continuité des soins. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-47-continue-soins>
97. Sesam-Vitale. GIE SESAM-Vitale - Parts de télétransmission [Internet]. [cité 25 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.sesam-vitale.fr/web/sesam-vitale/parts-de-teletransmission>

98. BUZZ médecin [Internet]. 2012 [cité 25 févr 2023]. Axisanté. Disponible sur: <https://comparatif-logiciels-medicaux.fr/logiciels-bureau/a-e/test-axisante-5>
99. Client AxiSanté - Guide d'utilisation [Internet]. [cité 25 févr 2022]. Disponible sur: <https://client-fr.cgm.com/axisante/guide-utilisation.php#tabcontent-6-1>
100. manuelhellodoc.pdf [Internet]. [cité 25 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.pdfhello.fr/manuelhellodoc.pdf>
101. HelloDoc-Fiche-IMTi-V1_0.pdf [Internet]. [cité 25 févr 2022]. Disponible sur: https://client-fr.cgm.com/res/telechargement/hellodoc/HelloDoc-Fiche-IMTi-V1_0.pdf
102. BUZZ médecin [Internet]. 2022 [cité 25 févr 2023]. Hellodoc. Disponible sur: <https://comparatif-logiciels-medicaux.fr/logiciels-bureau/f-h/test-hellodoc>
103. TlSi : Crossway et le téléservice DMTi de l'Assurance Maladie [Internet]. 2020 [cité 25 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=JjNCnllb5XE>
104. TlSi : Crossway et le téléservice IMTi de l'Assurance Maladie [Internet]. 2020 [cité 25 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=jfsOBHxb40M>
105. NOUVEAU 📺 TlSi : MLM et le téléservice DMTi de l'Assurance Maladie [Internet]. 2021 [cité 24 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=lrk9ajVrxMg>
106. TlSi : MLM et le téléservice IMTi de l'Assurance Maladie [Internet]. 2020 [cité 24 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=BsyymrANoWY>
107. TlSi : Médiclick et le téléservice IMTi de l'Assurance Maladie [Internet]. 2020 [cité 25 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=vgy0bxcgbV0>
108. TlSi : Médiclick et le téléservice DMTi de l'Assurance Maladie [Internet]. 2020 [cité 25 févr 2022]. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=AlyAiXlSh_o
109. BUZZ médecin [Internet]. 2019 [cité 23 juin 2023]. Chorus-Medilink. Disponible sur: <https://comparatif-logiciels-medicaux.fr/logiciels-en-ligne/test-chorus>
110. BUZZ médecin [Internet]. 2012 [cité 23 juin 2023]. Shaman. Disponible sur: <https://comparatif-logiciels-medicaux.fr/logiciels-bureau/o-x/test-shaman>
111. Ouvrezlaboite.com [Internet]. 2016 [cité 25 févr 2022]. SHAMAN Guide de l'utilisateur. Disponible sur: <https://www.ouvrezlaboite.com/help/shaman.htm>
112. Ségur de la santé. In: Wikipédia [Internet]. 2023 [cité 26 févr 2023]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=S%C3%A9gur_de_la_sant%C3%A9&oldid=204527776
113. Agence du Numérique en Santé [Internet]. [cité 23 juin 2023]. Le Ségur du numérique en santé pour les médecins de ville. Disponible sur: <http://esante.gouv.fr/segur/medecin-de-ville>
114. Travers A. QU'EST-CE QUE LE SÉGUR DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ ? Disponible sur: https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/FICHE-PRATIQUE-SEGUR-NUMERIQUE-MEDECINS-DE-VILLE.pdf
115. Sénat [Internet]. 2023 [cité 24 juin 2023]. Renforcer la cohésion numérique dans les territoires : 20 mesures pragmatiques et de bon sens. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r21-588/r21-588.html>

116. Ministères Écologie Énergie Territoires [Internet]. [cité 24 juin 2023]. Territoires. Disponible sur: <https://www.ecologie.gouv.fr/territoires>
117. France services : les services publics près de chez vous ! [Internet]. [cité 24 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.economie.gouv.fr/particuliers/france-services>
118. Conseiller numérique France Services [Internet]. [cité 25 févr 2023]. Conseiller numérique France Services. Disponible sur: <https://www.conseiller-numerique.gouv.fr>
119. Aidants Connect [Internet]. [cité 25 févr 2023]. Aidants Connect. Disponible sur: <https://aidantsconnect.beta.gouv.fr>

VIII. Annexes

A. Partie état des lieux : Annexe 1 : Données Brutes CPAM Metz

(Données extraites le 08/11/2022 concernant le mois d'octobre 2022)

Champ : bénéficiaires de plus de seize ans. Régime général. Octobre 2022. SIAM CPAM 57

Champ absence MT : bénéficiaires ayant perdu leur médecin traitant ou n'ayant jamais eu de médecin traitant déclaré dans les bases de données de l'Assurance maladie

Nombre total de bénéficiaires	203 000
Nombre de bénéficiaires sans MT	20 768
Nombre de bénéficiaires sans MT ayant consulté au moins trois fois le même médecin généraliste dans les douze derniers mois	718
Nombre de bénéficiaires en ALD sans MT	1358

Répartition par âge des bénéficiaires sans MT	
16 - 24 ans	7 348
25 - 44 ans	7 706
45 - 64 ans	3 972
65 - 79 ans	1 343
80 ans et plus	399
Ensemble	20 768

Données communiquées par Mme Carine ARCELIN, Référente Organisations
Coordonnées CPAM 57

B. Partie étude qualitative

1. Questionnaire

I. Connaissance de la situation :

- Savez-vous, ou pensez-vous que sur la Métropole de Nancy, il y a des patients qui ne trouvent pas de MT ?

II. Critères déterminant l'acceptation des nouveaux patients :

- Dans quelles conditions acceptez-vous des nouveaux patients ? Quels sont les critères qui déclenchent un « oui » ? Quelques exemples : un critère d'âge, d'autonomie du patient, un parrainage par un confrère ou par un patient, ou un autre critère ?
- Dans quelles conditions ne pouvez-vous pas accepter de nouveaux patients ? Quels sont les critères qui déclenchent un « non » ? Quelques exemples : une patientèle saturée, un souhait de garder du temps pour votre famille, des engagements autres comme à la faculté par exemple, ou un autre critère ?

III. Connaissance des aides et place dans la pratique :

- Connaissez-vous les aides à votre exercice ? Quelques exemples : les aides humaines comme les IPA, Asalée, assistants médicaux, ou dispositifs d'appui comme la PTA (anciennement Réseau Gérard Cuny) ?
- Pensez-vous que ces aides peuvent inciter à accepter de nouveaux patients ?

IV. Proposition d'action de santé :

- Qu'est ce qui, selon vous, permettrait à tous ceux qui le souhaitent de trouver un MT ?

V. Adhésion à l'action de la CTPS 54 :

- Dans le cadre d'une action du projet de santé de la CPTS, accepteriez-vous d'être sur une liste de médecins pouvant accepter des nouveaux patients ? Quelle est votre opinion sur cette mesure ?

2. Proposition de fiche de renseignements

Fiche de renseignements

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____ Tel. : _____
Mail : _____

Vous avez accepté d'apparaître sur une liste de médecins traitants acceptant des nouveaux patients, un outil élaboré dans le cadre de l'action 1 du projet de santé de la CPTS 54 concernant l'appui à l'accès au médecin traitant pour les patients le nécessitant. Elle est destinée à être diffusée aux professionnels de santé membres de la CPTS, notamment les ESP, MSP, pharmacies, mais aussi les SAU et la PASS, très exposés à la population cible. Afin de vous adresser des patients adaptés à vos conditions d'exercice, nous vous proposons de renseigner quelques critères dans cette fiche. Nous vous inviterons chaque année à l'actualiser et ainsi maintenir la liste à jour. Vous pourrez mettre fin à votre participation à tout moment par courriel ou sur simple appel.

1. Acceptez-vous de faire apparaître votre possibilité de prise en charge de nouveaux patients sur l'annuaire santé de la CPTS ?

Oui Non Uniquement sur l'interface des professionnels de santé

2. Acceptez-vous les visites à domicile ?

Oui Non

3. Si oui, quelle distance ou secteur géographique maximal ?

Réponse : _____

4. Acceptez-vous les visites en EHPAD ?

Oui Non

5. Si oui, préférez-vous centraliser vos visites dans un établissement en particulier ?

Oui, nom de l'établissement : _____ Non

6. Est-il prévu une cessation d'activité sur le territoire dans les 5 prochaines années ? (Retraite, déménagement...)

Oui Non

3. *Retranscription des entretiens*

1 **Entretien MG 1 :**

2
3 *-Alors je vous propose une première question, très générale mais introductive, savez-vous, ou*
4 *pensez-vous que sur la métropole, il y a des patients qui ne trouvent pas de MT ?*

5 Alors je sais qu'il y en a, justement on a fait une réunion hier à ce sujet, il y en a 26000 sur la
6 métropole, quelque chose comme ça, après je n'ai pas spécialement de ressenti car quand je vois des
7 patients sans médecin traitant eh bien je deviens médecin traitant. Dans mes patients je n'en ai pas
8 qui n'ont pas de médecin traitant, après c'est ceux qui ont perdu leur médecin, ou est parti ou a
9 déménagé et qui du coup me reprennent en médecin traitant donc je n'ai pas de ressenti particulier
10 par rapport à ça.

11 *-D'accord. Alors on va revenir sur vos possibilités à accepter des nouveaux patients, on va passer à*
12 *une deuxième question, sur le plan pratique, dans quelles conditions acceptez-vous des nouveaux*
13 *patients ? Avez-vous des critères qui vont vous faire déclencher un « oui » ? Je vous donne quelques*
14 *exemples, un critère d'âge, d'autonomie du patient, un parrainage par un confrère ou par un autre*
15 *patient, ou un autre critère ?*

16 J'ai plutôt un critère d'exclusion, les patients qui ne peuvent pas se déplacer et trop loin de mon
17 cabinet, c'est tout, je n'ai pas d'autre critère. Si les patients peuvent se déplacer, ils peuvent habiter
18 où ils veulent je suis leur médecin. Après je les préviens que s'ils sont à l'autre bout de la ville, le jour
19 où ils auront besoin que je vienne eh bien je ne pourrais pas venir.

20 *-Alors maintenant à l'opposé de la question précédente, dans quelles conditions ne pouvez-vous*
21 *pas accepter de nouveaux patients ? Bon j'ai déjà un début de réponse avec ce que vous m'avez dit,*
22 *mais est-ce que vous avez d'autres cas qui peuvent vous faire déclencher un « non » ? Par exemple*
23 *une patientèle saturée, un besoin de garder du temps pour votre famille, des engagements*
24 *universitaires ou associatifs, ou un autre critère particulier ?*

25 Non je n'ai pas besoin de refuser, enfin je ne sais pas comment formuler ça mais je n'ai pas de
26 nécessité à refuser. Après on n'est pas submergés, malgré le fait qu'on dise qu'il y ait plein de
27 patients qui n'ont pas de médecin, il y a aussi la géographie qui est très disparate. Il y a pas de souci
28 de notre côté, je suis plein centre ville, là à côté il y a un médecin qui s'est arrêté brutalement il y a
29 quelques mois, certes on a des afflux de patients à ce moment-là, c'est un médecin qui était là depuis
30 plus de 30 ans qui avait un certain nombre de patients mais au final on n'est pas submergés. Alors je
31 pense que les patients se dispatchent naturellement, mais pour l'instant on n'est pas encore au
32 maximum.

33 *-D'accord, alors maintenant on va aborder les questions plutôt orientées sur la recherche de*
34 *solutions, même si pour vous ça ne semble pas être un problème majeur vous avez peut-être*
35 *certaines idées. Alors déjà, est-ce que vous connaissez les aides à votre exercice, que ce soit*
36 *humaines comme les IPA, ASALEE, assistants médicaux, ou les dispositifs d'appui comme la PTA ?*

37 Alors je connais, après de là à dire que je connais bien, non. La PTA je connais mais, je peux pas dire...
38 enfin je sais qu'ils peuvent aider à la recherche de médecin, ils m'ont appelé 2 ou 3 fois pour des
39 patients mais des patients qui de toute façon m'avaient déjà appelé avant pour ça donc ça se
40 recoupe un petit peu. Et après je crois qu'ils vont plus aider à trouver un médecin en fonction du
41 secteur géographique, on va quand même être limités géographiquement en fait, le gros point noir
42 c'est ça. Après les IPA et assistant tout ça, je connais mais je n'en ai pas, je n'en connais pas
43 personnellement, et j'ai du mal à voir comment ça pourrait s'intégrer dans mon activité. Peut-être
44 que j'en aurais besoin, mais ne sachant pas trop comment cela fonctionne, je ne fais pas de

45 recherches par rapport à ça. Je ne vois pas pourquoi ça aiderait dans la recherche de médecin
46 traitant.

47 *-L'idée c'est de dégager du temps médical afin peut-être de libérer de nouveaux créneaux de*
48 *consultation et ainsi faciliter la prise en charge de nouveaux patients, mais en pratique cela ne*
49 *semble pas toujours bien connu ou alors les opinions divergent à leur sujet... C'était justement*
50 *l'objet de la question suivante, vous, est-ce que vous pensez que ces aides peuvent inciter à*
51 *accepter de nouveaux patients ?*

52 C'est difficile à dire parce que moi j'accepte des nouveaux patients. Là dans notre quartier on est 4
53 médecins, moi ça fait 9 ans que je suis installé, ça fait 9 ans que j'ai une collègue installée qui ne
54 prend pas de nouveaux patients sauf si elle les connaît. Quand je vois l'organisation, et ma collègue
55 qui ne prend pas de nouveaux patients, j'ai quand même du mal à voir dans nos locaux, une IPA je
56 ne vois pas trop comment ça fonctionne en pratique avec un médecin, c'est une méconnaissance du
57 métier et je n'arrive pas à la visualiser dans mon organigramme, mais après un assistant je vois un
58 peu mieux comment cela peut fonctionner, mais cela nécessite d'avoir un bureau ou une structure
59 adaptée, du coup si les locaux ne sont pas faits pour les accueillir alors c'est impossible à mettre en
60 place. L'IPA voilà je ne sais pas du tout quelle autonomie elle peut avoir donc je ne peux pas vous
61 répondre.

62 Et pour l'infirmière Asalée c'est de l'éducation thérapeutique, c'est un plus pour le patient mais ça ne
63 change pas du tout le nombre de patients qu'on peut voir ou pas, comme les autres à mon avis. Je
64 n'y ai pas recours car il faut une convention, je me suis un peu renseigné je crois qu'il faut forcément
65 une capacité ou une MSP en zone déficitaire, je ne suis pas sûr qu'un médecin tout seul puisse
66 travailler avec une infirmière Asalée, ou alors difficilement accessible, mais là encore je ne connais
67 pas tout.

68 *-D'accord, alors maintenant la question importante... Qu'est ce qui, selon vous, permettrait à tous*
69 *ceux qui le souhaitent de trouver un MT, est ce que vous avez des idées particulières malgré le fait*
70 *de ne pas être confronté au problème ?*

71 Je pense que, pour moi, en voyant mes critères de refus à moi, le premier critère c'est la géographie,
72 et le nombre de médecins sur place. Je crois que dans les zones déficitaires, il me semble au Haut du
73 Lièvre et Jarville où ils sont énormément de patients sans médecin traitant, il faut voir le nombre de
74 médecin par rapport au nombre d'habitants, puisque c'est ça. Et après, je ne sais pas trop comment
75 formuler ça, il y a la démographie médicale qui fait que de toute façon on ne va pas pouvoir modifier
76 les médecins généralistes comme ça. Moi je vois dans mon quartier, en 9 ans on a perdu la moitié
77 des médecins, on était 8 on n'est plus que 4, et aucun médecin qui s'installe soit en cabinet ou soit
78 tout seul, ce sont des médecins qui sont là depuis 30-35 ans, quand ils ferment, ils ferment.

79 Ensuite les vieux patients avec un énorme handicap, la question est jouée d'avance. Après je pense
80 que c'est plus la façon de travailler, je vois ma collègue qui ne prend pas de nouveaux patients, elle
81 voit un patient tous les quarts d'heure, environ 30 par jour, vous pouvez faire ce que vous voulez elle
82 n'en verra pas plus dans une journée. Donc c'est ça aussi quoi, je ne sais pas combien elle a de
83 patients j'en ai aucune idée mais en tout cas elle chôme pas. Et après sinon c'est dire qu'un patient
84 que vous ne les voyez pas tous les 2 mois, pas tous les 3 mois, mais tous les 6 mois, ça je pense que
85 c'est avec les IPA que ça doit pouvoir se gérer, mais on ne devient plus du premier recours, on
86 devient un deuxième recours parce que c'est l'infirmière qui gère en premier lieu.

87 *-Bien, si vous voulez on peut passer à la dernière question, alors l'entretien étant anonymisé et à*
88 *titre informatif, au sujet d'une action du projet de santé de la CPTS, une liste de médecins*
89 *acceptant des nouveaux patients a été mise en place, accepteriez-vous d'y apparaître et quelle est*
90 *votre opinion sur cette mesure ?*

91 Oui, mais je crois que j'y suis déjà, je dois déjà être sur la liste de la PTA, je suis au conseil
92 d'administration des deux, je ne me tiens pas à jour sur quelle liste je suis, mais je sais que les deux

93 savent que je prends des patients. Je vois bien l'idée mais il y a un obstacle géographique, je suis sur
94 la liste de la Métropole, et j'ai le cas de temps en temps, il n'y a pas longtemps j'ai eu une personne
95 en fauteuil qui habitait à Jarville, ce n'est pas la peine, je ne peux pas y aller, c'est déjà très
96 compliqué de traverser Nancy, ce n'est pas loin on est d'accord ce n'est pas très loin, en tout cas en
97 pratique c'est juste impossible. Ça prend 1h pour aller avoir une personne, dans une activité libérale
98 ce n'est pas gérable, financièrement ce n'est pas gérable. Même si on met en retrait l'aspect
99 financier, en disant j'en sais rien, on paye 4 fois la consultation, vu le temps que ça prend, quel que
100 soit le revenu que ça induit, si en 1h30 j'ai vu un patient, je ne vais pas voir beaucoup de monde dans
101 une journée, là j'aurais déjà le temps d'en voir 4, 5 ou 6. C'est ça le plus gros frein, c'est pas ce que ça
102 rapporte, mais le temps que ça prend. Je vois je travaille en maison de retraite, au début quand on
103 s'installe on y va car on a un peu le temps, mais plus le temps passe plus le nombre de maison de
104 retraite se restreint, on va voir le maximum de nombre au même endroit pour limiter les
105 déplacements en fait.

106 Dans telle maison de retraite s'il y a 5, 6, 7 patients au même endroit, eh ben c'est un déplacement,
107 ensuite ce sont des consultations comme au cabinet, donc en nombre de patients on perd pas de
108 temps, en nombre de consultations en fait. Quand je vois passer de temps en temps, des
109 propositions à droite à gauche, d'augmenter les temps de consultations, de consulter plus en fait, je
110 pense que c'est des personnes qui se rendent pas compte du temps qu'on passe déjà en
111 consultation, le temps n'est pas extensible. Pour ma petite personne, une journée de boulot ça
112 commence à 9h moins le quart et ça s'arrête à 18h en non-stop. Nous dire qu'il faut rajouter 12h de
113 consultation pour voir plus de gens, ça commence une journée tellement longue que c'est limite
114 dangereux quoi. J'ai des vieux souvenirs de garde aux urgences, c'est le même principe quoi, au
115 début on est plus efficace qu'à la fin. Et puis à un moment c'est sûr que le nombre de médecins pose
116 un énorme problème, je ne suis pas sûr que ça soit en surchargeant ou en blindant les médecins de
117 patients de 16 ans que ça réglera le problème. Pour revenir sur les IPA, c'est vraiment une des
118 solutions, mais on devient du second recours, on remplace le médecin par quelqu'un d'autre, ce qui
119 se fait déjà puisqu'ils veulent mettre les pharmaciens sur le coup, je n'ai pas tous les détails en tête,
120 mais ils veulent adresser une partie de ce qu'on fait à d'autres métiers, après il y a quand même une
121 question de responsabilité, je pense que le premier infirmier qui va se prendre une plainte pour une
122 erreur de prescription, ça risque de réduire un peu les ardeurs des autres. Je ne le souhaite pas, mais
123 quand je vois toutes les plaintes qui peuvent tomber pour tout et n'importe quoi. Ça rentre quand
124 même en ligne de compte, c'est sûr que d'un point de vue comptable plus de patients c'est très bien,
125 plus de sous, mais c'est plus de risques de faire une connerie. Voilà, c'est un juste milieu à trouver,
126 mais je n'ai pas la solution pour le trouver.

127 *-Alors je me rends compte que je ne vous ai même pas demandé votre âge, et votre année*
128 *d'installation ? Pour mes statistiques...*

129 Ah oui pas de problème, l'âge 39, pour l'année d'installation euh 2013.

130 *-Super, merci beaucoup.*

131 Bon courage pour la suite alors.

Entretien MG 2 :

-Alors avant de commencer, est-ce que je peux vous demander votre âge et année d'installation ?

Oui donc j'ai 33 ans, et là je suis installé donc depuis 2018.

-Alors on peut commencer par une première question, introductive, alors savez-vous ou pensez-vous que sur la Métropole de Nancy il y a des patients qui ne trouvent pas de médecin traitant ?

Ah ben oui, oui oui il y en a plein effectivement, rien que moi là j'en reçois des nouveaux patients qui n'arrivent pas à trouver de MT parcequ'il y a beaucoup de médecins qui partent à la retraite. Donc oui sur le Grand Nancy je pense qu'il y en a franchement pas mal, je ne saurais pas dire un chiffre mais je pense qu'il y en a pas mal.

-D'accord, alors maintenant sur le plan pratique, vous, dans quelles conditions acceptez-vous des nouveaux patients ? Est-ce qu'il y a des critères qui vous font déclencher un "oui" ? Je vous donne quelques exemples, un critère d'âge, d'autonomie du patient, un parrainage par un confrère ou par un autre patient, ou un autre critère ?

Du coup oui il y a plusieurs critères, quand effectivement c'est un patient de la même famille entre guillemets on va plus facilement accepter les nouveaux patients. Moi j'accepte volontiers des patients proches du cabinet qui n'habitent pas loin, pour des questions pratiques pour tout le monde. Quoi d'autre encore, c'est vrai que les patients plus lourds on va dire, on est plus réticents, c'est-à-dire que si c'est visite à domicile obligatoire pour un patient qui ne se situe pas dans notre domaine d'action on va avoir du mal à dire oui, clairement. Qu'est-ce qu'on peut dire encore... l'âge, pas vraiment, sauf si comme je viens de le dire si vraiment il devient un patient très lourd, c'est sûr que le patient de 88 ans à 20 bornes du cabinet qui cherche un nouveau MT c'est sûr que ça va être plus compliqué. Après sur les ATCD ou autre on n'a même pas trop le temps de savoir donc ce n'est pas un souci ça, donc oui c'est vraiment une question pratico-pratique, surtout géographique je pense et puis après effectivement on fait quelques petites exceptions chez des patients qui ont de la famille dans la patientèle, ou effectivement des confrères qui partent à la retraite pas très loin de chez nous, oui le critère géographique ça reste majeur quand même.

-Oui, d'accord. Alors à l'opposé de la question précédente dans quelles conditions ne pouvez-vous pas accepter de nouveaux patients ? Avez-vous des critères qui vous font déclencher un « non » ? A nouveau je vous donne quelques exemples, alors une patientèle saturée, un besoin de garder du temps pour votre famille, des engagements universitaires ou associatifs, ou un autre critère particulier ?

Le temps pour la famille oui très important, donc c'est sûr que si ça « déborde », si je puis dire au niveau des consultations, des créneaux de consultations ça va être compliqué quoi. Après un non définitif... c'est difficile à dire, après moi je suis installé depuis 4 ans maintenant, je suis jeune médecin, j'ai rarement dit non à un patient, j'ai pas souvenir d'avoir dit non... Alors non définitif ...*soupir*. En fait ma patientèle commence à être saturée, parce que là on a 2, 3 médecins aux alentours partis à la retraite donc on essaye de les absorber puisqu'on est deux au cabinet avec mon collègue donc on essaye d'absorber, mais clairement on va arriver clairement à saturation... Non définitif, je dirais critère géographique, je veux dire on ne peut pas se permettre, déjà on a du mal à absorber la patientèle locale autour du cabinet, alors s'il faut absorber la patientèle à l'autre bout de Nancy... Je pense que le critère géographique prime vraiment sur le "non" on va dire.

-Très bien, à présent si vous voulez on va aborder la deuxième moitié de l'entretien, qui est orientée sur la recherche de solutions, premièrement est-ce que vous connaissez les aides à votre exercice, que ce soit humaines comme les IPA, ASALEE, assistants médicaux, ou les dispositifs d'appui comme la PTA ?

Oui oui, je connais un peu tout ça parce qu'effectivement je suis membre de la CPTS, bon je ne participe pas trop aux réunions mais je vois un petit peu les choses qui sont faites. Infirmière ASALEE

49 on en a une au cabinet, on s'en passerait plus franchement. Les IPA on en a entendu parler, c'est un
50 petit peu le sujet à la mode mais on en a pas nous, donc euh... à réfléchir par la suite mais c'est vrai
51 qu'on ne s'est pas encore posé la question avec mon collègue... On a une secrétaire sur place donc...
52 Trouver la place d'une IPA si on réfléchit un peu on devrait la trouver mais en tous les cas c'est vrai
53 qu'on s'est pas posé la question... Euh... qu'est-ce qu'il y a d'autre encore... Les assistantes médicales
54 je pense que ça ressemble un petit peu à l'IPA même si c'est un petit peu différent quand même,
55 mais pareil on en a pas. Et puis euh les autres dispositifs... La PTA effectivement on connaît aussi, on
56 travaille de temps en temps avec effectivement. Et puis voilà. Donc les dispositifs oui on les connaît à
57 peu près, de toute façon c'est vrai qu'on entend beaucoup parler ces derniers temps, mais voilà en
58 pratique nous on a l'infirmière Asalée, une secrétaire qui est sur place, et puis voilà en pratique c'est
59 ça, et puis la PTA qu'on utilise de temps en temps, très pratique. Après en pratique nous on a une ou
60 deux pièces qu'on pourrait possiblement utiliser, mais on ne s'est pas encore penchés sur la question
61 d'en prendre une ou pas. Mais la place peut être limitante dans un cabinet avec médecin seul, il peut
62 y avoir un problème d'organisation à l'intérieur du cabinet.

63 ***-D'accord, alors ensuite est-ce que vous pensez que ces aides peuvent inciter à accepter des***
64 ***nouveaux patients ?***

65 Oui clairement, clairement, effectivement avec des IPA des infirmières Azalée ou autres, ça va
66 permettre de libérer du temps médical, c'est ce qu'on essaye de chercher et ce qu'on entend aussi.
67 Et donc effectivement si on arrive à réduire la durée d'une consultation médicale à proprement
68 parler, donc la consultation avec le médecin, obligatoirement effectivement on va avoir des créneaux
69 de consultation supplémentaires. Si l'IPA ou l'assistant médical remplit déjà le motif de consultation,
70 prends les constantes ou autre, et que nous derrière on a juste à voir le souci, je ne sais pas s'il y a un
71 renouvellement de traitement ou des choses comme ça, et que finalement l'hémoglobine glyquée du
72 patient diabétique est impeccable, finalement on a juste à imprimer l'ordonnance, signer, terminé,
73 merci au revoir. Donc oui je pense qu'effectivement c'est des dispositifs qui indirectement vont
74 diminuer le temps de consultation, donc vont augmenter le nombre de créneaux de consultation,
75 c'est évident. Maintenant il faut que ce soit rodé et puis que tout le monde y trouve sa place aussi,
76 puisque certains médecins je pense aiment bien avoir ce contact et prendre le temps avec le patient
77 aussi, c'est un échange donc... c'est un dispositif qui va faire gagner du temps mais ça va un peu
78 robotiser la consultation quoi, ce qui peut être dommage aussi.

79 ***-Ok, c'est bien clair, alors maintenant question très importante, peut-être la plus importante,***
80 ***qu'est-ce qui selon vous, permettrait à tous ceux qui le souhaitent de trouver un médecin traitant ?***
81 ***Est-ce que vous avez des idées particulières ?***

82 Alors c'est une très bonne question *rires*

83 ***-Une question un peu idéaliste oui je l'admets *rires****

84 Ce qui pourrait... voilà les assistants ou IPA dont on vient de parler pourraient libérer du temps
85 médical, qui éventuellement... les médecins pourraient augmenter encore plus leur patientèle s'ils
86 ont des créneaux qui se libèrent ou qui se créent grâce à ces postes-là. Je pense que l'idée des
87 cabinets de groupe, des MSP qui sont aussi à la mode en ce moment, je pense que ça peut être une
88 bonne idée aussi, parce qu'en groupe on est toujours plus forts donc il y a aussi cette motivation de
89 dire "bon allez il y a le collègue qui part à la retraite un peu plus loin, on absorbe sa patientèle", voilà
90 il y a ce côté motivationnel de groupe et peut-être rassurant pour les jeunes médecins. Donc ces
91 maisons médicales je pense qu'ils peuvent plus absorber de patients parce que s'il y en a un qui part
92 en vacances, l'autre va prendre les patients de son collègue le temps des congés. Qu'est-ce qu'il y
93 aurait d'autre... On en a pas parlé mais la téléconsultation ? Est-ce que la téléconsultation pourrait
94 libérer un petit peu de temps ? Je n'en suis pas sûr mais bon, point d'interrogation, cela pourrait être
95 une piste à améliorer aussi, surtout pour les patients qui sont vraiment dans les déserts médicaux au

96 fin fond des villages ou autres, où les médecins veulent pas s'installer, ça peut être une possibilité,
97 pareil de créer de la patientèle médecin traitant je pense, donc ça aussi ça peut être une possibilité.
98 Après euh... Il faut des médecins quoi *rires* ! C'est ça le problème, on a pas anticipé le
99 vieillissement des médecins, on a pas anticipé le vieillissement de la population, donc on se retrouve
100 à trouver des solutions intermédiaires pour combler ce manque de médecins traitants quoi, tout
101 simplement.

102 *-D'accord, alors dernière question, plus rapide, sur votre opinion concernant une action locale, bon*
103 *si vous faites partie de la CPTS vous connaissez... La liste de médecins traitants qui acceptent de*
104 *nouveaux patients mise en place récemment, est-ce que vous acceptez d'en faire partie, et est-ce*
105 *que vous trouvez que c'est une bonne réponse au problème des patients sans médecin traitant ?*

106 Pour ma part oui pourquoi pas, je pense que c'est toujours bon à prendre, je pense que c'est une
107 bonne idée parce que effectivement, au lieu que les patients regardent sur Google et appellent les
108 médecins l'un après l'autre pour savoir s'ils prennent des patients, au moins là ils savent quel
109 médecin prend des nouveaux patients, donc non c'est une bonne idée, encore faut-il que les patients
110 sachent, enfin, connaissent ça. Bon après ça c'est une question de publicité et d'information, donc ça,
111 ça devrait le faire. Donc si, c'est une bonne idée. Ça permet qu'ils soient pas frustrés, pas énervés
112 parce qu'au bout de 4 appels on leur dit à chaque fois "non on ne prend pas de nouveaux patients",
113 donc au moins là ils appellent directement la bonne personne si je puis dire. Donc oui c'est une
114 bonne idée.

115 *-Bon, ça a duré un peu plus longtemps que prévu mais merci en tout cas.*

116 Non non c'est très bien. Parfait.

Entretien MG 3 :

-Si vous soulevez on peut commencer, alors juste avant pour les statistiques, est-ce que vous pourriez me donner votre âge et année d'installation ?

41, et l'année alors je me suis installé d'abord en... 2012 à [V1], puis là en MSP c'était en 2019 l'installation à [V2].

-Merci, alors première question très générale, introductive : savez-vous ou pensez-vous que sur la Métropole de Nancy il y a des patients qui ne trouvent pas de médecin traitant ?

Oui, oui je crois qu'à l'échelle du pays cela doit être à peu près 10%, et il me semble qu'on ne fasse pas beaucoup mieux sur le territoire de la métropole, mais je n'ai pas les chiffres. J'ai parfois des patients qui viennent me voir avec un MT qui est en retraite, je ne sais pas si ces patients-là sont comptabilisés comme sans MT car quand on lit leur carte vitale sur mon logiciel Medistory ça la lit automatiquement et ça note le MT, ça me donne un nom et les gens me disent "hé bien il n'exerce plus". Alors est-ce que pour la sécu c'est quand même quelqu'un qui a un médecin qui n'existe plus, ou est-ce que c'est quelqu'un qui n'a pas de médecin en fait, je ne sais pas dans quelle case il rentre, mais des gens qui n'ont aucun médecin, je n'ai pas l'impression d'en voir en fait des gens comme ça. Qui n'en ont jamais déclaré en fait, je ne les connais pas.

-Oui il y a en effet plusieurs catégories de patients sans médecin traitant, le chiffre regroupe à la fois les patients avec médecin traitant dit "fictif", parti en retraite, mais aussi ceux sans aucune déclaration pour raisons diverses, par difficulté ou choix parfois...

Ça voudrait dire peut-être des ados qui ont 16 ans mais qui n'ont pas encore fait de déclaration, ou par exemple des migrants, des gens qui ont l'AME, des gens comme ça, et qui éventuellement n'ont pas de médecin traitant. Parfois il y a aussi des gens qui ont changé de caisse, par exemple là récemment j'ai quelqu'un qui est devenu, qui est passé à la chambre d'agriculture et du coup elle est à la MSA ou quelque chose comme ça, et en passant à la MSA du coup elle se retrouve à devoir refaire sa déclaration, et il y a peut-être des gens qui n'en ont pas conscience et qui sont plutôt en fait dans une phase de transition. Autrement dit, ça veut dire que entre quelqu'un qui n'a pas du tout de suivi, pas de contact, et quelqu'un qui a juste une déclaration à faire et une problématique administrative de switch ou quelque chose, ça doit quand même baisser un petit peu les chiffres à mon avis mais c'est difficile d'évaluer ça.

-Oui c'est un sujet effectivement. A présent si vous voulez on va parler de vous, alors sur le plan pratique, dans quelles conditions acceptez-vous des nouveaux patients ? Est-ce qu'il y a des critères qui vous font déclencher un "oui" ? Donc juste quelques exemples, un critère d'âge, d'autonomie du patient, un parrainage par un confrère ou par un autre patient, ou un autre critère ?

Alors si cela est anonyme, ça me met plus à l'aise pour parler de ça. Moi je travaille dans un lotissement où il y a énormément de patients âgés, 40% de la population a +65 ans, là où le reste de la métropole est seulement à peu près aux alentours de 20%. Et j'ai moi dans mes patients, parmi les médecins du secteur, la patientèle la plus âgée alors qu'on a tous une patientèle âgée. Du coup, parfois j'ai l'impression d'être un petit peu gériatre libéral, et ça me mettait un peu mal à l'aise parce que les autres collègues du quartier qui ont quand même une patientèle globalement âgée, se disaient "moi j'ai des patients qui sont vraiment trop lourds avec des gros dossiers, et je n'accepte plus les patients âgés", et j'avais l'impression parfois que des patients du secteur pouvaient pas être suivis par les autres médecins surtout à domicile, donc je continuais à les accepter jusqu'à un certain point... Mais maintenant je peux en parler au passé car maintenant qu'on est en maison de santé j'ai pu attirer un nouveau médecin et il y a encore un médecin qui arrive dans 15 jours, et du coup elles sont ravies d'avoir des patients « un peu chroniques », ça change un petit peu des soins non programmés et des gens qui prennent RDV à la dernière minute sur Doctolib, donc maintenant je suis

48 tout content de pouvoir dire à ces patients âgés qui nous contactent parce que leur médecin est parti
49 en retraite par exemple, qu'on peut les prendre en charge à la MSP, mais que ce ne sera pas moi.
50 Donc j'ai toujours dit oui, enfin disons que je n'ai jamais laissé quelqu'un sans solution, et maintenant
51 que j'ai une super solution, c'est à dire proposer 2 jeunes médecins dynamiques à ces patients âgés,
52 eh bien c'est vrai que... Alors c'est pas vraiment de la discrimination, je n'accepte pas non plus les
53 jeunes, j'accepte comme nouveaux patients ceux dont je suis déjà un membre de la famille, car je
54 trouve dans la médecine générale qu'il y a une dimension familiale, "médecin de famille", donc
55 quand quelqu'un me dit "voilà j'emménage avec mon conjoint que vous suivez déjà, est ce que vous
56 accepteriez de me suivre", ou "mes enfants allaient chez le pédiatre, est ce que vous pouvez les
57 prendre en charge", hé bien évidemment, là je ne vais pas dire "non je ne prends plus de NP, allez
58 voir mes collègues", je crois qu'il faut quand même assumer un minimum, et je les prends en charge.
59 ***-D'accord, alors à présent est-ce que vous avez des critères qui vous font déclencher un « non » ?***
60 ***Alors encore quelques exemples, disons une patientèle saturée, un besoin de garder du temps pour***
61 ***votre famille, des engagements universitaires ou associatifs, ou un autre critère particulier ?***
62 Alors pas des critères intrinsèques liés aux patients, mais des critères extrinsèques liés à mon
63 organisation quoi. Donc moi ma situation elle est très simple, j'ai quasiment 1300 patients, ce qui est
64 assez nettement au-delà de la moyenne des médecins de Nancy, et en plus ils sont âgés, et je me suis
65 retrouvé en plus avec un exercice mixte parce que je passe une à deux journées à la fac par semaine,
66 donc si je veux m'occuper de ma femme et de mes 3 enfants...*rires* à un moment je considère que
67 je donne suffisamment de temps à mon travail d'une façon générale, et si je m'engage, pour moi
68 c'est un engagement d'accepter d'être le MT de quelqu'un, je ne signe pas un papier comme ça en
69 me disant qu'ensuite il va me contacter 48h après parce qu'il pourra pas aller au travail parce qu'il a
70 40 de fièvre ou une douleur abdominale et je lui dirais "ben non je ne suis pas dispo aujourd'hui,
71 prenez RDV dans 15 jours et appelez le 15 pour qu'on vous donne un RDV avec un autre médecin de
72 la CPTS". Comme pour moi être MT ça a plus de sens que ça, c'est vrai que je peux dépanner un soin
73 non programmé, même je le fais, tous les patients du territoire, soit de la MSP soit des gens qui
74 passent par l'intermédiaire de la CPTS, mais je ne peux pas m'engager à les suivre de façon régulière
75 et à être disponible comme je le suis pour les patients dont je suis le MT. C'est pour ma qualité de vie
76 mais aussi pour être disponible pour ceux que je suis déjà en fait.
77 ***-Oui, d'accord, c'est intéressant. Alors maintenant si vous voulez on va passer à la partie de***
78 ***l'entretien plutôt orientée sur la recherche de solutions, donc d'abord est-ce que vous connaissez***
79 ***les aides à votre exercice, que ce soit humaines comme les IPA, ASALEE, assistants médicaux, ou les***
80 ***dispositifs d'appui comme la PTA ?***
81 Je les connais bien oui, vous voulez que je rentre dans les détails ? En pratique j'ai une assistante
82 médicale, j'étais au conseil d'administration de la PTA pendant quelques années, maintenant je n'y
83 suis plus. Je connais bien tout ça, j'étais à la dernière AG ça va être converti en DAC au premier
84 janvier, j'ai tout ça en tête. J'ai une Asalée, je travaille avec une Asalée aussi pour l'ETP et toutes les
85 missions de l'Asalée. Aussi je suis en train de diriger une thèse là en ce moment sur les assistants
86 médicaux, et un des principaux freins c'est le frein immobilier sur les locaux, et l'immense majorité
87 des assistants médicaux travaille en fait à l'accueil médical, où ils peuvent déjà donner quelques
88 conseils, remplir des dossiers, vérifier que les vaccins sont à jour, des petites choses comme ça. Ils
89 peuvent aussi aller dans le bureau du médecin en son absence mais c'est rarissime que les assistants
90 médicaux aient un bureau dédié à part entière. Moi je le regrette car j'ai décidé d'embaucher une
91 assistante médicale avant d'emménager dans la MSP, mais le chantier était déjà commencé et je ne
92 pouvais pas rajouter de locaux, et c'est un peu pareil aussi pour les IPA, voilà je ne suis pas opposé
93 aux IPA, je pense que le modèle économique n'est pas solvable en libéral, mais après il y a des IPA
94 Asalée, c'est à dire des IPA salariées de l'association Asalée qui n'ont pas le même job que les
95 infirmières de santé publique Asalée qui font de l'ETP, elles restent dans le suivi des pathologies

96 chroniques stabilisées, et à mon avis, du coup elles ont quand même un lien financier qui est plus
97 simple, et ça normalise la relation avec le médecin, mais là il leur faut absolument un bureau, et moi
98 comme j'ai la chance d'être attractif pour les jeunes médecins, je préfère avoir un jeune médecin à
99 mes côtés qu'une IPA qui va gérer les consultations faciles et qui va me laisser les résultats d'Apicrypt
100 le soir, et les imprévus et compagnie si j'augmente encore la taille de ma patientèle.

101 *-Justement, c'est l'objet de la question suivante, pensez-vous que ces aides peuvent inciter à*
102 *prendre des nouveaux patients en libérant le temps médical ?*

103 Alors, on la pose cette question dans la thèse, les médecins ils voient plutôt l'assistant médical
104 comme une façon de libérer du temps médical mais pas forcément de travailler plus en fait, la
105 plupart ont plutôt envie de stabiliser, voire de travailler un petit peu moins. Alors moi en ce qui me
106 concerne, comme du coup j'ai modifié mon type d'exercice et que j'avais une patientèle trop grande
107 à mon goût, j'essaye plutôt de la diminuer un petit peu s'il y a des jeunes médecins qui viennent
108 m'aider, donc sur le plan personnel, ce métier d'assistant médical il n'a pas vocation à ajouter des
109 plages supplémentaires, c'est pour ça d'ailleurs que je laisse tomber les financements de l'assurance
110 maladie parce que je ne serais pas dans les objectifs, mais ça ne m'empêche de vouloir travailler avec
111 une assistante financement ou pas. Et puis l'infirmière Azalée on n'est pas beaucoup à l'avoir à
112 Nancy, c'est vraiment rare, si vous voulez rencontrer dans votre thèse des médecins qui ont une
113 Azalée, la seule situation que je connais est la MSP de Laxou Province.

114 *-Oui, nous avons d'ailleurs eu l'occasion d'en discuter. Maintenant si vous le voulez j'ai une*
115 *question importante... et question très ouverte, qu'est-ce qui selon vous, permettrait à tous ceux*
116 *qui le souhaitent de trouver un médecin traitant ?*

117 Alors moi j'aime bien cette question quand même, parce que je lisais un jour un article qui disait que
118 si on prenait tous je crois 5 à 10% de patients en plus, tout le monde aurait un médecin traitant en
119 France. Et donc en fait paradoxalement si j'avais vraiment l'impression que tout le monde se lançait
120 dans une dynamique comme ça, peut être que je serais prêt à faire encore l'effort d'en prendre plus
121 je crois. Parce que sinon on a toujours l'impression moi dans mon secteur j'ai tellement pris les
122 patients que personne ne voulait accepter, qu'au bout d'un moment on a l'impression de ramer tout
123 seul et être le colibri qui éteint le feu, donc si vraiment tout le monde s'y mettait, pourquoi pas !
124 Ensuite, peut être que, aujourd'hui est un jour de grève c'est marrant que vous me demandiez ça,
125 peut être que c'est aussi lié à une forme d'attractivité générale de notre profession, d'attractivité
126 financière. Moi je suis un peu blazé par le paiement à l'acte, alors je peux partir dessus si vous voulez.
127 C'est dire que le paiement à l'acte dans notre profession, il encourage finalement les médecins à faire
128 un maximum de consultations, mais pas forcément à être le MT des gens, à s'engager pour eux, et du
129 coup ça conduit à ce que certains syndicats appellent maintenant des "one shot" c'est à dire qu'on
130 peut laisser des créneaux libres avec Doctolib on est à peu près sûr qu'il y a quelqu'un qui va finir par
131 l'attraper, et c'est des consultations relativement simples, des gens qui viennent être dépannés pour
132 des motifs de dernière minute, ou on peut aussi s'engager au CMSI, à SOS Médecins, des gens qui
133 entre parenthèses sont comptés dans les MG de la métropole dans les statistiques alors qu'ils ne sont
134 pas MT, et ben on fait des consultations plus onéreuses sur des motifs uniques, alors que quand on
135 est MG et qu'on suit des pathologies chroniques, de gens de 90 ans avec des situations complexes,
136 des problèmes sociaux, et qui viennent avec 5 motifs, c'est des consultations beaucoup plus
137 chronophages pour 25 euros. Tout ça pour dire que si on sort du paiement à l'acte et qu'on
138 encourage par exemple des paiements au forfait qui sont beaucoup plus importants que les 5€ par
139 MT, ça encouragera peut-être les MG à prendre davantage de patients comme MT. Voilà le modèle
140 économique de la profession, on va dire comme ça, la rémunération.

141 *-D'accord, alors dernière question, il me semble que vous faites partie de la CPTS je crois, donc vous*
142 *en avez certainement entendu parler d'une de ses actions locales récemment mise en place, une*

143 *liste de médecins traitant acceptant des nouveaux patients, pensez-vous que la mesure est adaptée*
144 *à la situation et acceptez-vous d'y apparaître ?*

145 Alors j'ai cofondé la CPTS mais je n'y fais plus grand chose, je dirige l'action des maisons de santé
146 urbaine et je suis l'action aussi de l'ETP mais en deuxième ligne, alors oui j'ai été sollicité par
147 téléphone on parlait de beaucoup de choses, je ne suis pas sûr que cette liste a été mise à jour car ça
148 fait très longtemps qu'on ne m'a pas posé cette question-là, je ne me souviens plus si j'ai dit oui ou si
149 j'ai dit non... donc déjà s'assurer que cette liste... parce que faire une liste une fois c'est bien, mais la
150 situation des uns et des autres elle change en fonction des départs en retraite et de l'arrivée de
151 nouveaux médecins, donc à mon avis c'est important le suivi. À ce jour je ne pense pas pouvoir y
152 apparaître mais je pense que c'est adapté en effet de pouvoir orienter des patients qui n'ont pas de
153 MT et qui en cherchent, car il y a quand même beaucoup de patients qui n'ont pas de MT qui n'en
154 cherchent pas, et donc les patients qui n'ont pas de MT et qui en cherchent, et auxquels on dit
155 éventuellement non, c'est intéressant de leur dire vers qui ils peuvent aller. C'est ce que j'évoquais
156 tout à l'heure j'ai la chance d'avoir de jeunes associés qui constituent leur patientèle donc je n'ai pas
157 besoin d'une telle liste, ensuite je ne sais pas à qui vont s'adresser les patients qui n'ont pas de MT et
158 qui n'en trouvent pas, je ne suis pas sûr qu'ils contactent la PTA moi, donc à mon avis quelqu'un qui
159 n'a pas de MG ça m'étonnerait qu'il sache qu'une PTA ça existe, et du coup je ne pense pas que la
160 PTA ait souvent l'occasion de dire "dans votre secteur vous pouvez aller voir tel ou tel médecin".
161 Peut-être que cette liste là, vous savez il y a une autre action de la CPTS sur les soins non
162 programmés où les gens appellent le 15 et ils sont orientés vers un télésecrétariat qui s'appelle Stan
163 Pro et qui prend RDV avec un des médecins de la CPTS qui a donné son accord pour recevoir des
164 patients pour des consultations de SNP dont ils sont pas le MT, j'en fais partie, et donc peut être que
165 systématiquement, le télésecrétariat de Stan Pro devrait demander aux gens qui appellent, "quel est
166 votre MT ?", et s'ils n'en ont pas ou un MT dit fictif, leur proposer en même temps un MG qui pourra
167 éventuellement devenir leur MT.

168 Euh sinon comment faire pour que ça fonctionne... Il faudrait que cette liste-là soit éventuellement à
169 disposition des tous les médecins qui ne prennent pas de NP pour qu'ils puissent eux-mêmes dire "je
170 ne prends pas de NP mais je vous invite à aller voir du côté de Bidule ou Bidule" qui sont présents sur
171 une liste qui a été faite à l'échelle de la ville par la CPTS et la PTA. Je ne sais pas, voilà...Parce qu'avoir
172 une liste c'est bien mais il faut qu'il y ait une forme de mise en relation, et qui vont contacter ces
173 patients-là ? Moi je pense que l'idéal quand même ce serait que cette liste, pourquoi pas, parce que
174 la SS a la liste des patients sans MT, donc est-ce que la SS ne devrait pas envoyer un courrier à tous
175 ces gens pour leur dire "vous n'avez pas de MT, il existe une structure qui s'appelle PTA à Nancy qui
176 pourrait vous orienter vers un médecin proche de votre domicile qui vous accueillera comme MT",
177 quelque chose comme ça, pour qu'ils sollicitent éventuellement la PTA. Parce que pour moi très
178 clairement la SS est incontournable dans un projet comme celui-là, parce qu'en fait les patients sans
179 MT quand on en parle dans les médias, on imagine des pauvres patients qui passent des dizaines de
180 coups de fil à tous les cabinets du centre-ville en disant "est-ce que vous accepteriez de me prendre
181 comme patient", je pense que dans les Vosges ça se passe peut être comme ça notamment du côté
182 d'Epinal en ce moment où ils sont en grande difficulté et où ils nous appellent pour qu'on les suive
183 depuis Nancy, mais à Nancy c'est quand même assez rare qu'on ait des coups de fil de gens qui ne
184 trouvent pas, et à mon avis la plupart des gens qui ne trouvent pas à Nancy, c'est soit qu'ils sont
185 totalement exclus des soins pour des raisons sociales, des gens précaires des choses comme ça, qui
186 sont en dehors des clous, soit des gens qui ont un problème administratif et qui n'ont pas encore
187 déclaré quelqu'un mais qui ont quand même une adresse pour consulter si nécessaire. Il faudrait
188 réussir à qualifier les raisons du non-choix de MT des patients sans MT de la Métropole, et je ne sais
189 pas si la Sécurité Sociale accepterait d'envoyer un questionnaire ou quoi, mais ça m'étonnerait qu'en
190 fait ils cherchent pendant des heures.

- 191 *-Très bien, merci pour votre point de vue très développé ! On arrive au bout, merci beaucoup pour*
192 *vos réponses et de m'avoir accordé autant de temps !*
193 Ah ça oui je suis assez bavard ! Mais de rien, avec plaisir, merci à vous et bon courage.

Entretien MG 4

-Très bien alors commençons, alors tout d'abord, pour les chiffres, est-ce que vous pourriez me donner rapidement votre âge et votre année d'installation ?

Oui alors l'âge j'ai 58, voilà, et euh pour l'installation j'ai pas toujours été au même endroit, là depuis 2016 je suis installée en maison de santé à [X], mais avant ça j'exerçais en cabinet depuis euh... 2005 il me semble.

-D'accord, alors écoutez on peut commencer par une première question introductive : savez-vous ou pensez-vous que sur la Métropole de Nancy il y a des patients qui ne trouvent pas de médecin traitant ?

Oui oui, il y en a, j'ai 11% en tête. Alors moi je reçois des nouveaux patients, j'en ai environ 850 / 860 d'inscrits, et je n'ai jamais, je ne dis pas non à l'inscription de patients mais moi j'habite à Tomblaine, ce qu'il fait que la problématique est peut-être pas la même, on est relativement bien pourvu parce qu'il y a une maison de santé, on est 5 médecins qui travaillons 4 jours par semaine chacun, donc on est, c'est pas trop mal quoi au niveau couverture. Pour l'instant je refuse personne, sauf...

-Alors on va en discuter des critères si vous voulez, d'ailleurs c'est la prochaine question, dans quelles conditions acceptez-vous des nouveaux patients ? Est-ce qu'il y a des critères qui vous font déclencher un "oui" ? Je vous donne quelques exemples, un critère d'âge, d'autonomie du patient, un parrainage par un confrère ou par un autre patient, ou un autre critère ?

Alors mes critères c'est... Ceux que je ne prends pas, c'est ceux qui changent de médecin traitant en étant en visite à domicile, alors que leur médecin traitant est encore actif. C'est que si leur médecin traitant par en retraite, voilà on fait quelque chose, mais si leur médecin traitant est encore là mais qu'ils ont envie de changer de médecin traitant parce que celui-ci ne leur convient pas, et qu'ils sont en visite à domicile, là je vais dire non, parce que... il y a un moment donné, je me suis rendu compte que je prenais les visites à domicile de tout le monde et ça ne me convenait plus. Parce que les visites à domicile si vous voulez, vu que ça prend du temps et que c'est mal payé par rapport au temps que ça prend, comparativement à une consultation, hé bien on a tendance à avoir des médecins qui font des visites encore plus courtes que les consultations, et donc ils répondent pas à la problématique que les patients posent quoi, donc ils préfèrent un médecin qui prend son temps... ben oui mais le médecin qui prend son temps, vous êtes bien gentils mais... vous voyez pour vous donner un exemple, j'avais des patients dont les parents étaient pris en charge par un confrère, et puis une fois que ça passe en visite à domicile, le confrère dit "ah ben non, non, non, je fais pas les visites à domicile" par exemple, donc euh, ou alors "je les fais" mais de façon ultra rapide quoi, vous savez les personnes âgées le temps qu'ils ouvrent la porte, se déshabillent, voilà... hé ben donc les enfants de ces patients-là finissaient par me dire "vous ne voudriez pas prendre mes parents ?", et avant je disais oui, et maintenant je dis non. C'est à dire que le médecin c'est facile quoi, il avait la personne en consultation, il l'a vue pendant des années, et puis maintenant que ça passe en visite, "ben non hein", donc c'est toujours les mêmes qui se récupèrent les visites, c'est pas possible quoi, je peux pas *rires* c'est ma limite mentale, je suis pas là pour faire que de la visite à domicile, ça n'a pas de sens. Ah et pis en général, quand ils basculent du stade Consultation au stade Visite, c'est que ça s'est aggravé, donc c'est encore plus compliqué à prendre en charge, voilà donc ça... Je ne peux plus faire comme ça. Alors quand il y aura des IPA peut être un jour, euh pourquoi pas, mais là tout de suite je suis pas là pour récupérer les patients dont les autres ne veulent plus quoi, alors qu'ils étaient leur médecin traitant. J'ai l'impression de cautionner un système où "eh bien voilà, je prends les patients qui me plaisent, même si j'ai été en bonne entente avec le patient pendant des années, eh bien non je ne me sens pas l'obligation de poursuivre...", ben je ne peux pas cautionner ça.

-D'accord, alors j'avais une deuxième question sensée affiner les critères négatifs si je puis dire, la question c'était avez-vous des critères qui font que vous ne pouvez pas accepter un nouveau

49 *patient ? Des critères qui vous font déclencher un « non » ? J'avais quelques exemples, une*
50 *patientèle saturée, un besoin de garder du temps pour votre famille, des engagements*
51 *universitaires ou associatifs, ou un autre critère particulier ?*

52 Alors moi en patients je ne me sens pas encore surchargée, voilà, donc je pense que si j'avais un
53 assistant médical je pourrais en prendre plus, mais là je ne l'ai pas malheureusement, j'aimerais bien
54 mais la question ne dépend pas de moi malheureusement. Il faut que ce soit une décision collégiale
55 de la maison de santé et ce n'est pas le cas donc je suis coincée. Pour garder du temps pour les
56 enfants bon j'ai 58 ans ça va ils sont grands... Non mais c'est vrai que quand on a des enfants en bas
57 âge on réfléchit différemment. Les engagements à la CPTS me prennent du temps mais j'ai un
58 remplaçant qui me remplace 2 jours par semaine parce que sinon j'arriverais pas à tenir mes
59 engagements.

60 Il y a des fois, je finis par renoncer à certains patients, ça m'arrive, c'est exceptionnel, c'est quand je
61 considère que la personne est devenue trop toxique, je n'y arrive plus. Ça m'est arrivé 2 fois dans ma
62 vie mais je sens que je suis pas la bonne réponse, quoi. C'est pas la peine de continuer comme ça, je
63 l'aide pas, et moi ça me bouffe. Donc ça, ça m'est arrivé 2 fois, et puis... alors il y a les patients qui
64 sont des gens qui... régulièrement ne viennent pas aux RDV, mais alors vraiment très régulièrement,
65 et où là euh, je finis par leur mettre des limites pour prendre des RDV tellement compliquées qu'ils
66 finissent par partir d'eux-mêmes quoi si vous voulez *rires*. Je ne dis pas "non", mais ce sera entre
67 11h et 12h seulement, comme ça ils feront pas de trous dans planning... *rires*. Mais là il faut
68 vraiment qu'ils m'aient usée quoi hein. Parce que moi-même étant un médecin assez en retard, si je
69 condamne les autres je me condamne moi-même alors ça va pas le faire, donc euh... *rires* des fois
70 c'est vraiment, vraiment très très exagéré. Bon là c'est pareil c'est pas souvent mais ça peut
71 m'arriver. Une autre chose qui aurait pu m'arriver, c'est si le patient avait été violent, mais perso, une
72 violence vraiment que j'arrive vraiment pas à maîtriser, je n'ai pas encore eu.

73 *-D'accord. Alors maintenant si vous voulez on va passer à la partie orientée sur les solutions,*
74 *question assez générale, est-ce que vous connaissez les aides à votre exercice, que ce soit humaines*
75 *comme les IPA, ASALEE, assistants médicaux, ou les dispositifs d'appui comme la PTA, même si je*
76 *pense connaître la réponse *rires* ?*

77 Alors oui à tout *rires* ! On a même une infirmière Azalée qui va s'installer là, prochainement à la
78 maison de santé, j'espère que ça va nous apporter un petit plus à la prise en charge. Je ne suis pas
79 sûre que ça va nous aider à augmenter la patientèle, mais au moins sur le plan prévention, suivi des
80 dossiers / parcours de santé, ça améliore la prise en charge quoi. Augmenter le nombre de patients,
81 j'attends de voir. En fait c'est une ancienne infirmière libérale de la maison de santé, enfin elle y est
82 encore hein, infirmière libérale de la maison de santé, qui s'est formée, et qui va devenir infirmière
83 Azalée, elle est pas loin de la retraite donc c'est une façon de passer euh... de finir son activité un peu
84 plus dans le calme on va dire.

85 *-Alors après est-ce que vous pensez que ces aides peuvent inciter à prendre des nouveaux patients*
86 *?*

87 Ah ben moi les assistants et les IPA, moi c'est sûr ça m'aiderait. Ça m'augmenterait le nombre de
88 plages horaires, le temps médical ça c'est sûr, infirmières et assistant médical, parce que je perds
89 énormément de temps à essayer de récupérer les dossiers des patients, euh... oui l'assistant médical
90 par exemple, toutes ces questions que je me pose sur l'état de vaccination, les mammographies, les
91 hémocult, tout ce suivi, le dépistage de la bronchite chronique chez les tabagiques, enfin il y a des
92 tas de choses que je pourrais confier à un assistant médical, et puis je passe vraiment beaucoup de
93 temps à essayer de récupérer les dossiers des patients, voilà... Et l'IPA, si elle peut voir le patient 3
94 fois par an et moi une fois par an ben ce serait génial quoi. Ce serait pas pour tout le monde qu'il
95 faudrait euh, comment dire... soulager. L'assistant médical par exemple, on pourrait le mettre dans
96 notre cabinet, mais il faut que ce soit une décision collégiale. Il y a la place pour, hein je dis ça parce

97 qu'il y a certains cabinets médicaux, de toute façon ils voudraient une assistante médicale ils ne
98 sauraient pas où la mettre, ben ouais malheureusement il faudrait qu'ils déménagent pour avoir une
99 assistante médicale, on est mal barrés... *rires*. Chez nous il y en a qui disent "moi je veux pas
100 m'embêter avec ça", il y en a une autre qui dit "ben moi je viens de m'installer donc je rentre pas
101 dans les critères pour être accepté", parce qu'il y a des critères que je trouve un peu trop sévères
102 d'ailleurs... Un jeune médecin qui s'installe, il est obligé de prouver qu'il va... je sais pas quoi, tripler
103 sa patientèle, je ne sais plus combien mais... le jeune médecin dit "oh làaaa, je vais pas prendre ce
104 risque-là moi !", donc du coup on se retrouve plus que 2 sur 4 à accepter d'en prendre un, et ça suffit
105 pas... Parce que 2 sur 4 ça voudrait dire l'augmenter... attendez... si on prend un temps plein à 2
106 médecins, on est obligés d'augmenter plus notre patientèle que si on prend un temps plein à 3
107 médecins. Donc du coup, l'autre médecin dit "oh non, non, je veux pas prendre le risque", et du coup
108 moi toute seule je peux pas. Et alors qu'on aurait la place hein, on a une salle dédiée aux archives, on
109 pourrait très bien la transformer en bureau. Mais ça ne fonctionne pas pour nous, et alors qu'on est
110 une maison de santé, alors vous imaginez les autres !

111 ***-Oui en effet c'est sujet à discussion... alors maintenant avant-dernière question assez ouverte,***
112 ***qu'est-ce qui selon vous, permettrait à tous ceux qui le souhaitent de trouver un médecin traitant ?***

113 Alors là j'ai plusieurs niveaux de réponse, déjà il y a tout ce qu'on a dit hein, aider le médecin,
114 faciliter... je pense qu'on pourrait améliorer... par exemple les IPA, on pourrait très bien faire des IPA
115 salariées sur le territoire, comme ça moi par exemple je peux pas faire vivre une IPA rien qu'avec ma
116 patientèle, vous savez on démarre : un ou deux patients par ci ou par là, vous voyez, ça pourrait être
117 pas mal, et donc après les médecins voient que ça fonctionne alors ils en donnent un troisième, un
118 quatrième, mais l'infirmière elle peut pas vivre d'amour et d'eau fraîche, alors si on la salarie au
119 départ ? Et après on voit comment ça évolue, peut-être qu'elle pourrait passer en libéral, mais il y a
120 la phase d'accroche vous voyez qui est compliquée. Et puis aussi il faut que les médecins, quand un
121 médecin fait une synthèse du dossier avec une IPA, il faut qu'il puisse être payé pour la synthèse du
122 dossier aussi. Voilà donc il y a les frais pour l'IPA.

123 Pour l'Asalée, mais si c'était une IPA/Asalée après tout ? Mais une vraie formée IPA, une vraie hein,
124 ça pourrait être pas mal puisqu'elle serait salariée.

125 Les assistants médicaux, je pense qu'il faut pouvoir l'intégrer dans les nouvelles générations de
126 médecins, et dans les nouveaux bâtiments, mais tout ça à mon avis ça va prendre un certain temps,
127 et puis des blocages comme on rencontre à la maison de santé, franchement, il faut que ce soit plus
128 facile d'utilisation les assistants médicaux. Alors même qu'on était bien informés sur le sujet, la
129 maison de santé a dit non quoi, donc on met trop de limites, trop strictes. C'est dommage parce
130 qu'on a pas le temps quoi, le virage ambulatoire c'est main-tenant ! On a pas 5 ans devant nous pour
131 nous en sortir.

132 ***-En effet dans 5 ans il est difficile d'être optimiste sur la démographie médicale..***

133 Oui on voit que le nombre de médecins spécialistes augmente, le nombre de médecins traitants
134 diminue, donc on voit bien qu'à la sortie de la fac euh, ça tente pas quoi. Donc comment on va faire
135 plus de patients avec moins de médecins traitants quoi, à un moment donné... ? Oui c'est vraiment
136 urgent de faire ce tournant, vraiment très urgent. Donc augmenter le nombre de médecins, ça c'est
137 possible mais il faut rendre attractif le métier, et là j'espère que les syndicats nous défendent hein...
138 Et puis on a des vieux médecins qui avaient l'habitude de travailler tous seuls, qui ne faisaient que du
139 curatif, et on passe à des jeunes médecins qui ont intégré le curatif et le préventif, et qui veulent
140 travailler ensemble. Et puis on avait un ancien modèle où le médecin s'installait et puis c'était sa
141 femme qui faisait la secrétaire, à des couples où maintenant c'est les deux qui travaillent, si on en
142 déplace 1 il faut que les 2 puissent suivre, donc c'est aux 2 qu'il faut trouver un emploi... Donc c'est
143 pas du tout la même réflexion, je dis pas que ce soit impossible mais ça complexifie la chose. Et puis
144 les horaires de travail des médecins ne sont plus du tout les mêmes, la jeune génération ne veut plus

145 faire ce que les autres faisaient. Donc tout ça, ça fait diminuer drastiquement le nombre de médecins
146 traitants, et en plus c'est pas reconnu ! C'est à dire, il y a encore des gens pour dire qu'un médecin
147 traitant, ça sert à rien... Que pour régler le problème des médecins traitants, il suffirait d'effacer le
148 médecin traitant en fait. J'entends pas mal de médecins qui disent des choses comme ça, notamment
149 avec les grèves qui arrivent là, mais ça va pas résoudre le problème, la personne qui n'a pas de suivi
150 médical, elle a pas de suivi médical quoi... Bref.

151 Alors donc il y a les IPA, les assistants médicaux... ah oui augmenter le nombre de médecins : en fait,
152 si on arrivait vraiment avec les assistantes médicales et les IPA, à faire en sorte que les médecins qui
153 prennent les patients comme médecin traitant, pouvaient en prendre un peu plus, on aurait déjà
154 réglé le problème. Parce que 10-11%, déjà il y a des patients qui veulent pas de médecins traitants,
155 mais il y en a quand même qui veulent et qui ne trouvent pas, bon, on pourrait facilement absorber
156 le nombre là si on aidait les médecins à prendre de nouveaux patients. C'est pour ça que cette thèse
157 elle est intéressante, de comprendre dans le moteur ce qui ne fonctionne pas *rires*.

158 J'avais fait une petite recherche statistique avec la CPAM, en fait j'avais regardé au niveau CPTS, on
159 avait pris les médecins généralistes avec les chiffres de la CPAM donc inattaquables, le nombre de
160 MG sur la métropole, de ça on a défalqué tous ceux qui n'étaient pas MT ou qui étaient MT de leur
161 famille quoi. Il en restait 260 sur toute la Métropole. Et après on avait une perte de 30% de MG, dans
162 les statistiques qui sont appelés MG, il y en a 30% qui n'exercent pas en tant que MT. Alors que hors
163 Métropole, on arrivait à 10% qui ne sont pas MT. Et puis l'autre variation, c'est que les MT en
164 Métropole, ont en moyenne beaucoup moins de patients par MT que hors Métropole. On a
165 beaucoup de médecins sur la Métropole, qui vivent avec 200 patients, 400 patients... Et là vous vous
166 dites "mais c'est pas possible, ils peuvent pas payer leurs charges avec que ça ?", donc ils doivent
167 avoir une activité annexe, ou alors ils font que des soins non programmés, je sais pas, ils ont une
168 activité annexe, ces gens-là... Donc les médecins qui ont une activité annexe, sont beaucoup plus
169 nombreux en Métropole que hors Métropole. On a l'impression que oui, il y a pléthore de MG en
170 Métropole, ouais, mais les MT, il y en a combien ?

171 ***-On retrouve effectivement la notion de « médecin à expertise particulière », qui vient peut-être
172 diluer la réalité du terrain sur les statistiques concernant le médecin traitant...***

173 Ah absolument, et attendez, il y a aussi par exemple vous êtes médecins et vous faites un truc...
174 homéopathe, ostéopathe, et bien vous n'êtes pas déclaré comme MEP, mais sauf que vous absorbez
175 la patientèle d'autres. C'est très flou, et c'est ça qui est embêtant, parce qu'on parle de quoi, quand
176 on veut prendre une décision politique en disant que "là il n'y a pas assez de monde", euh on se base
177 sur quoi ? Par exemple à Vandoeuvre on leur a démontré que Vandoeuvre était une zone sous dotée,
178 alors on regarde les chiffres, il y a 54 MG à Vandoeuvre, ouaouh, pour 27.000 habitants, ouaouh,
179 bien ! Bien Vandoeuvre. Alors il y a SOS Médecins qui est installé à Vandoeuvre... ils sont
180 comptabilisés dans les MG. Donc il y en a 25 déjà, plus vous enlevez les phlébologues, les
181 machinologues et bidules, et donc vous arrivez à... 22 MT à Vandoeuvre, pour 27.000 habitants !
182 Aaah déjà c'est plus pareil hein ? Et à partir de là, vous regarder l'âge des médecins, et vous vous
183 apercevez que la moitié a plus de 60 ans. Donc là tout d'un coup vous montrez les chiffres là, et l'ARS
184 dit : "ah ben on va la mettre en zone sous dotée...". Moi j'essaye vraiment de leur dire tous, à chaque
185 fois que j'en parle, j'en parle à l'URPS, j'en parle à la CPAM, j'en parle dans mon syndicat, parce que si
186 on a pas le chiffre vrai des MT, on ne sait pas de quoi on parle quand on prend une décision politique
187 !

188 ***-Il faudrait distinguer clairement le médecin généraliste du médecin traitant finalement dans les
189 chiffres.***

190 Voilà, mais c'est encore pire, je pense qu'il faudrait pas seulement parler de MT plutôt que de MG,
191 mais parler en heure de MT, parce que quand un MT est en même temps homéopathe, il consacre
192 combien d'heure de MT finalement ? Et on est très loin de commencer à aborder le sujet. Je ne sais

193 pas comment les mecs prennent leurs décisions politiques... Je pense qu'on est pire que ce qu'on
194 croit. Alors donc moi j'y crois hein, je crois qu'on peut absorber les patients qui le demandent, parce
195 que je pense qu'il y a des patients qui le demandent pas, qui s'en foutent ou qui ne sont jamais
196 malades, c'est pas leur sujet, ou qui sont contre, moi j'en ai vu qui étaient contre, ah ouais... Bon,
197 ok... Je vois pas ce que ça leur coûte mais bon *rires*. Donc euh je pense que c'est faisable, mais il
198 faut vraiment qu'on ait une vision partagée du diagnostic quoi, déjà.

199 Alors moi j'ai pas beaucoup de patients, quand je vois qu'il y en a qui en ont 1500... moi j'en ai
200 environ 850, c'est pas... je croule pas mais par contre ma façon de prendre en charge les gens ben j'ai
201 beaucoup de personnes âgées, j'ai beaucoup de CMU, dans les ROSP là ça compte, c'est revalorisé, et
202 c'est revalorisé parce qu'on sait très bien que ça prend plus de temps quoi, c'est des sujets parce que
203 les CMU c'est du médico-social, les personnes âgées c'est du médical mais en même temps du
204 handicap donc ça prend plus de temps. Donc euh 850 ça m'occupe déjà pas mal, avec mes activités
205 annexes...

206 *-Alors si vous voulez on va passer à une dernière question, que je ne vous prenne pas plus de votre*
207 *temps... Je pense par avance que vous maîtrisez le sujet *rire* concernant votre opinion sur l'action*
208 *locale de la CPTS, la liste de médecins traitants acceptant de nouveaux patients, jugez-vous la*
209 *mesure efficace ?*

210 Alors ça, ça a fait un flop... il y en a très peu qui ont répondu aux mails, c'est à dire qu'il faudrait
211 qu'on prenne ça autrement... faudrait les appeler 1 par 1, il faut vraiment faire un travail de fourmi.
212 Donc le peu qui ont répondu, ben il y en a même pas une dizaine quoi... Mais on sait pas qui a lu le
213 mail, qui l'a reçu... Par contre, quand on a fait les soins non programmés, hé bien là on a fait une
214 technique, on a appelé les médecins 1 par 1. Et là on a eu 126 médecins qui ont accepté de prendre
215 des soins non programmés sur 260 quoi. Beau chiffre hein n'est-ce pas ?

216 Mais je pense qu'il faut qu'on revoie le truc, c'est pas en envoyant un mail qu'on va y arriver, je crois
217 qu'il faut carrément qu'on appelle les gens...

218 Donc cette liste, je suis même pas sûre qu'on a 10 médecins qui sont inscrits... Moi j'aurais joué le jeu
219 mais pour le moment c'est pas une liste qu'on peut envoyer quoi...

220 *-D'accord, bon en tout cas on a bien fait le tour des questions, merci pour votre participation.*

221 Mais je vous en prie.

1 **Entretien MG 5 :**

2

3 *-Alors tout d'abord pour les statistiques, est-ce que je peux connaître votre âge et année*
4 *d'installation ?*

5 L'âge oui 67 ça défile, en revanche l'année d'installation euh... précisément ça doit être 82 ou 83...
6 non plutôt 82.

7 *-Merci, alors tout d'abord une question assez générale, savez-vous ou pensez-vous que sur la*
8 *Métropole de Nancy il y a des patients qui ne trouvent pas de médecin traitant ?*

9 Alors c'est ce que j'entends dire, je sais pas si c'est réel sur la Métropole de Nancy mais en tous les
10 cas je l'entends dire. Je l'ai plus entendu dire par des amis ou de la famille en d'autres lieux de la
11 France. Après moi, comme on s'adresse à moi, forcément je ne dis pas non euh *rires*... je ne refuse
12 que des premières fois âgées d'emblée en visite à domicile parce que je n'ai vraiment plus le temps.

13 *-Dans votre pratique vous en voyez beaucoup des patients sans MT ?*

14 Disons que les gens me demandent pas toujours si je veux être le MT, et ils arrivent en disant "j'avais
15 personne", je sais pas s'ils ont cherché longtemps ou pas, je crois que je suis incapable de répondre.

16 *-Non pas de soucis, c'est tout de même une réponse. Alors à présent si vous voulez on va revenir sur*
17 *vos habitudes, vous m'avez déjà donné un petit aperçu de la réponse mais pour affiner les choses,*
18 *avez-vous des conditions particulières qui vous font accepter des nouveaux patients ? Quelques*
19 *exemples, un critère d'âge, d'autonomie du patient, un parrainage par un confrère ou par un autre*
20 *patient, ou un autre critère ?*

21 Je pense qu'il faut qu'il y ait un turn over, et du coup moi je n'ai pas de critère à accepter des
22 nouveaux patients.

23 *-Oui d'accord, bon je vous pose tout de même la question suivante qui était l'opposé, à savoir si*
24 *vous avez des critères d'exclusion éventuellement ? Par exemple une patientèle saturée, un besoin*
25 *de garder du temps pour la famille, des engagements universitaires ou associatifs, ou un autre*
26 *critère particulier ?*

27 Alors d'emblée, les patients pour qui il faut une prise en charge à domicile. Sauf si c'est vraiment les
28 parents de quelqu'un que je suis depuis toujours, voilà... sauf s'il y a déjà un lien qui existe avec la
29 personne, ou des proches de la personne. J'ai très mal au cœur mais de temps en temps je refuse de
30 prendre des gens âgés si je sais que c'est à domicile, sauf s'ils sont dans des EHPAD ou des résidences
31 où je vais habituellement.

32 *-D'accord. Alors si vous voulez on va passer à partie plutôt orientée sur les solutions, tout d'abord*
33 *connaissez-vous les aides à votre exercice ? Les aides humaines comme les IPA, Asalée, assistants*
34 *médicaux, ou les dispositifs d'appui comme la PTA ?*

35 Alors la PTA bien sûr puisque je travaille énormément avec, j'y fais souvent appel. J'ai une infirmière
36 Asalée au cabinet, qui travaille très très bien, d'ailleurs qui a pris en charge des personnes âgées
37 même sans que je lui demande, voilà je trouve ça très très bien. On est 3 généralistes, mais tout ça
38 c'est moi qui l'ai mis en place, c'est moi qui ai poussé un peu mes associés à le faire.

39 *-Et pour les IPA, assistants médicaux, ça vous parle un peu ?*

40 Je n'ai pas encore cette expérience-là. Je crois que je saurais pas trop comment introduire ça dans
41 mon cabinet pour l'instant.

42 *-Alors question qui en découle, pensez-vous que ces aides dont on vient de parler, peuvent aider à*
43 *accepter des nouveaux patients ?*

44 Franchement je n'ai pas réfléchi à la question. C'est une tout autre pratique de la médecine à laquelle
45 je suis pas encore tout à fait prêt. Et comme de toute façon je devrais déjà être en retraite et que je
46 vais travailler encore je pense 3 ans, je ne suis pas sûr que ce sera pour moi, pour être honnête. Je
47 saurais pas trop comment utiliser le système. J'ai des internes, j'ai donc une infirmière Asalée qui fait

48 un travail formidable, j'ai une microstructure avec une psychologue, voilà, donc je ne suis pas prêt
49 pour cet exercice-là, même si je crains qu'il soit indispensable par la suite.

50 *-Avant dernière question à présent, mais très importante, d'après vous, qu'est-ce qui permettrait à
51 tout le monde, ceux qui le souhaitent, de trouver un médecin traitant ?*

52 Déjà qu'on oblige tout le monde à prendre un quota, tout simplement, voilà, ce serait déjà une
53 bonne raison. C'est pas tolérable qu'il y ait des gens qui se retrouvent sans MT, donc je pense que si
54 on se répartissait les nouveaux on y arriverait. Parce que ce qui est très curieux, c'est que moi je
55 continue à prendre des gens, mais il y a des jeunes médecins qui ne prennent pas de nouveaux
56 patients. Donc ils vont scléroser leur patientèle, c'est même assez curieux... Tant pis si on voit les
57 gens tous les 4 mois au lieu de tous les 3 mois, je veux dire il faut quand même trouver des solutions
58 hein, et c'est pas la télé-médecine qui va régler le problème.

59 *-Dernière question, rapide, sur votre opinion concernant une action locale de la CPTS, vous êtes
60 peut-être au courant mais une liste de médecins acceptant des nouveaux patients a été mise en
61 place là dernièrement, est-ce que vous acceptez la mesure et la jugez-vous adaptée ?*

62 Elle est pas réaliste *rires* ! Je pense qu'elle est pas réaliste, elle serait pas mise à jour, enfin bon, en
63 pratique je vois pas comment c'est possible, moi en tout cas ce serait non je n'en vois pas l'intérêt.
64 Vous savez moi quand je me suis installé on disait que je gagnerais pas... que j'aurais pas à manger,
65 aujourd'hui n'importe quel médecin qui s'installe il va faire le plein en quelques semaines, surtout
66 avec Doctolib où les gens peuvent trouver des médecins n'importe où, sans chercher à se fidéliser.

67 *-Merci pour vos réponses et de m'avoir accordé un peu de votre temps précieux !*

68 C'était pas facile mais vous voyez on a réussi à le trouver ce temps *rires*

1 **Entretien MG 6**

2

3 *-Alors si vous voulez bien avant d'attaquer, est-ce que je peux connaître votre âge et année*
4 *d'installation, pour les statistiques ?*

5 Ouais je comprends pas de souci, alors l'âge 57, et pour l'année... j'ai commencé ça devait être en 97.

6 *-Merci, alors donc première question, est-ce que vous pensez, ou est-ce que vous savez que sur la*
7 *Métropole de Nancy il y a des patients qui ne trouvent pas de médecin traitant ?*

8 Ouais, ouais, complètement oui, j'en vois tous les jours, enfin toutes les semaines en tout cas. Après
9 c'est des gens qui n'ont peut-être pas trop cherché non plus hein, après on est pas là pour vérifier ce
10 qu'ils nous racontent aussi.

11 *-D'accord, alors vous, sur le plan pratique, dans quelles conditions acceptez-vous des nouveaux*
12 *patients ? Est-ce qu'il y a des critè-*coupé**

13 Non mais moi mon éthique c'est que je refuse personne pour l'instant, c'est contre mon éthique
14 médicale en fait, je suis pas d'accord avec mes confrères qui refusent des gens quoi qu'il arrive. Non
15 moi je suis entièrement contre. Après moi je refuse personne mais là je mets à renouveler 1 an quoi
16 pour des gens qui n'ont pas trop besoin.

17 *-D'accord, mais est-ce-que *coupé**

18 J'essaye d'étaler, puis mes visites j'essaye de les mettre tous les 3 mois, 6 mois, enfin voilà j'essaye de
19 m'organiser, bon c'est vrai que je sature mais je trouve que c'est une grave erreur fondamentale que
20 des médecins refusent des patients. Même s'ils sont à 2000 ou quoi, bon... ils ont qu'à se démerder
21 autrement et c'est tout hein, je pense que c'est faisable hein, je pense qu'il y a vraiment une
22 hypocrisie du système, c'est de la vengeance en fait peut-être. Il y a tout une génération qui se
23 venge, bon moi j'ai 57 donc euh, les générations se vengent si vous voulez. Après les jeunes je sais
24 pas, ils n'ont pas les mêmes optiques que nous les anciens.

25 En tout cas à [V1] ils prennent plus trop de nouveaux patients, là par exemple le problème des
26 EHPAD, moi par exemple j'ai une patiente qui va aller à l'EHPAD à côté du CHU, [Dr X1] qui est
27 médecin co', prends plus de nouveaux patients là-haut, et puis moi je veux plus y aller parce que c'est
28 un peu trop loin, et puis la cadre m'a dit qu'elle prendrait pas la malade si elle avait pas de MT
29 désigné avant quoi. Le problème c'est qu'en EHPAD on a pu de MT désigné, là ça craint un peu, en
30 EHPAD. Alors par contre moi en EHPAD je prends plus de nouveaux patients en EHPAD par contre,
31 qui sont pas les miens quoi.

32 *-Du coup -*coupé**

33 Donc je refuse les patients en EHPAD que je connais pas, bon il y a un médecin co, il veut absolument
34 que je vienne dans l'EHPAD, bon j'en ai déjà une dizaine dans les pattes, je peux pas en prendre plus.
35 C'est vrai que par exemple, [Dr X2] lui sur l'EHPAD [L1] il a dit qu'il prenait plus de NP, par exemple je
36 vais pas aller faire le con en visite rue [R1] à côté de chez lui parce qu'il prend pas de nouveaux
37 patients lui. Et puis il y a aussi des gens si vous voulez, Nancy le problème de l'urbain, c'est qu'il y a
38 aussi des gens qui ont gardé leur médecin à 30 bornes d'ici, et ils vieillissent ils ont 80 ans et puis ben
39 ils sont dans la merde parce qu'ils n'ont plus de MT alors j'en ai pris 2, 3 comme ça à domicile quoi.
40 Le médecin était dans le Saintois si vous voulez, le mec il a 88 ans, s'il a une espérance de vie d'un
41 an... je l'ai quand même pris quoi. Mais franchement ça craint Nancy parce qu'il y a plein de gens qui
42 n'ont pas de MT hein, il y a plein de jeunes qui arrivent qui n'ont pas de MT.

43 *-Oui effectivement, c'est -*coupé**

44 Après je connais pas les statistiques exactes mais il y a un turn over énorme dans la ville on se rends
45 pas compte mais il y a beaucoup de gens qui emménagent, qui repartent, enfin c'est, oula... Et il y a
46 tous les immigrés hein, il y a tous les étudiants étrangers qui n'ont pas de MT qui eux sont obligés
47 d'avoir un MT. Le problème du MT c'est aussi la carte vitale, s'ils ont pas de carte vitale, ils ont pas de
48 MT parce que nous on fait plus de feuilles papier, on fait ça en deux secondes sur internet quoi, le

49 gars montre sa carte vitale et je l'enregistre tout de suite. Il y a aussi cette informatique qui fait que...
50 parce qu'il y a des confrères qui n'ont pas d'informatique à fond, si vous avez pas un logiciel qui vous
51 rentre la carte vitale et qui vous déclare MT vous pouvez pas le faire quoi. Enfin voilà un peu les
52 données des MT je pense en ville et à Nancy en tous les cas.

53 *-D'accord alors vous... c'était l'objet de ma troisième question, je pense avoir déjà un début*
54 *réponse... à l'opposé de la question précédente, est-ce que vous avez des conditions qui font que*
55 *vous ne pouvez pas accepter de nouveaux patients ? Est-ce qu'il y a des critères qui vous font*
56 *déclencher un "non" ? Comme une patientèle saturée, avoir besoin du temps pour la famille, des*
57 *engagements ailleurs, ou autre...*

58 Ouais bien sûr, oui oui, il y a quand même euh... *soupir* Non j'ai pas réellement de critère mais par
59 contre, euh... là vous parlez d'être le nouveau MT hein c'est ça ? Moi par exemple je refuse du
60 monde si je suis pas le MT maintenant, je le fais des fois quand même. Enfin vous voyez c'est un truc
61 qui est nouveau quand même ça. Parce que je vois il y a une nana qui avait un MT à [V2], elle se fout
62 de ma gueule, elle m'appelle pour des AT à Nancy, au bout d'un moment j'en ai marre je l'ai pas prise
63 en urgence quoi, je refuse les urgences quand je suis pas le MT, chose que beaucoup de médecins
64 font en tous les cas. Moi le problème de Doctolib si vous voulez, c'est ouvert en plate-forme, moi le
65 problème de Doctolib c'est que je refuse personne, j'empêche pas les nouveaux, parce qu'il y a
66 Doctolib maintenant. Le problème c'est que nous il y a une révolution, c'est Doctolib / le covid, moi
67 j'étais sans RDV avant, donc moi comme c'était plein et puis que je voyais pas énormément de
68 monde en consultation parce que c'était plein, il y avait 1h d'attente, tandis qu'il y a 4 personnes
69 quoi. Et du fait qu'on ait été obligé de prendre sur RDV, normalement si on a tous joué le jeu on doit
70 tous prendre sur RDV, bon certains l'ont pas fait, j'ai des confrères qui ont fait sans RDV même avec
71 le COVID, et ils sont toujours sans RDV d'ailleurs. Mais à partir du moment qu'il y a eu Doctolib, ça a
72 augmenté les clientèles forcément parce qu'on voit plus de monde de façon régulée, et si vous ne dé-
73 configurez pas votre "Nouveaux patients", vous avez toujours des gens qui viennent pour vous choisir
74 comme nouveau MT. Et il y a quand même des confrères qui ont configuré "Pas de nouveaux
75 patients", et on peut pas se connecter chez eux, et c'est un problème quoi, parce qu'il y a des mecs
76 qui ne prennent pas de NP malgré qu'ils soient pas le MT, enfin on peut voir des gens en urgence,
77 voilà.

78 Moi par exemple, je vais vous dire un truc, moi je refuse vous pouvez noter, la pédiatrie, je veux plus
79 en entendre parler, reproches chez les parents, les moins de 10 ans c'est que l'horreur, et puis on
80 met l'antibiotique, elle veut pas l'antibio là... donc moi je sais que j'ai arrêté la pédiatrie depuis 1 an,
81 2 ans. Là par contre je prends plus de NP en pédiatrie. Il faut savoir que en dessous de 16 ans,
82 beaucoup ne l'ont pas compris, mais ils n'ont pas à avoir de MT en fait, ils sont dans le parcours de
83 soins. Mais comme vous avez des ROSP avec des gosses de moins de 10 ans, on touche du pognon
84 pour les critères là, je sais pas quoi, bon il y a des généralistes qui font de la pédiatrie, à [V3] là-bas ils
85 font beaucoup de pédiatrie, nous à Nancy on fait plus de pédiatrie, ils n'en ont plus rien à foutre la
86 plupart je crois. Mais beaucoup d'enfants que je vois moi, qui ont moins de 15 ans, qui ont pas été
87 vus par le pédiatre, n'ont pas de MT désigné et c'est un problème ça aussi. Donc moi par exemple je
88 refuse la pédiatrie, moi j'ai des gamins, je dis aux parents "moi je soigne pas vos gamins c'est hors de
89 question", je fais plus. J'ai beaucoup fait de pédiatrie il y a 20 ans, mais maintenant j'en fais plus.

90 *-D'accord vous n'avez pas de critère géographique en tout cas, ou par exemple les visites à domicile*
91 *?*

92 Si si si si, par exemple nous de ma génération, qui avons connu l'ancienne génération bon qui a
93 quand même 80 balais maintenant, mais allait partout à Nancy, la tradition de Nancy c'est que
94 comme il y avait beaucoup de concurrence dans les années 90, tout le monde se battait pour bosser,
95 il y avait pas trop de boulot quand même en 90-2000, du coup on allait en visite partout, on allait loin
96 quoi. Moi quand j'ai remplacé, j'ai commencé en 96 ici, 96 je suis carrément allé à 20 bornes d'ici en

97 visite hein... ouais mon prédécesseur il faisait des visites à 20 bornes, j'allais souvent à Heillecourt par
98 exemple, maintenant j'y vais plus. Il y a 20 ans j'allais à Ludres, maintenant je vais plus à Ludres. Moi
99 j'avais des malades à Seichamps que j'ai largués il y a 2 ans, j'ai demandé qu'ils changent de MT parce
100 que c'était que des visites ça faisait trop loin quoi. Le problème c'est que sur les domiciles, on essaye
101 d'aller moins loin, moi c'est vrai qu'à Clairlieu je vais bientôt plus y aller, parce que bon voilà, on
102 essaye de faire que des visites vite fait, enfin moi c'est que des 80-100 ans ou des invalides quoi. Par
103 exemple j'ai des malades à Saulxures, ça fait loin ça me fait quand même 1h pour aller là-bas, ça me
104 fout les boules, bon c'est deux anciens. Le problème c'est que c'est des gens qui viennent pendant 25
105 ans à votre cabinet... en fait ce qui est important c'est que le MT est lié à la pratique qu'il y avait, la
106 question c'est est-ce qu'il y avait un MT avant ? Enfin moi j'ai repris une clientèle si vous voulez en
107 97, donc c'est des gens qui sont là depuis 40 ans dans le cabinet médical quoi. Le problème c'est que
108 les gens ils habitent dans un quartier, ils déménagent tous les 5 à 8 ans, et les anciennes générations
109 ont gardé les MT d'origine du quartier quoi. Et c'est pour ça que quand les mecs sont à St-Max, les
110 mecs sont venus pendant 25 ans, et ça me paraît pas normal de pas aller chez eux. Là par exemple
111 nous on a un malade, sa généraliste l'a soignée pendant 15 ans mais elle veut pas aller chez lui à
112 domicile et on ait emmerdés les généralistes du quartier parce qu'elle l'a pas suivi, elle veut pas faire
113 de domiciles. Alors le problème c'est que les patients ils ont les boules parce qu'ils ont été chez des
114 médecins, et ils se rendent compte que quand ils vont mourir il seront pas là quoi. Alors moi je refuse
115 personne à ce niveau-là, moi je refuse personne.

116 *-D'accord *coupé**

117 Après ce qui est difficile, pourquoi beaucoup de médecins prennent pas de NP, moi je vois j'en ai pris
118 plein, j'en ai pris peut-être 400 en 2 ans apparemment hein, et le problème c'est que ça dure pas
119 longtemps, les gens changent tout le temps de MT maintenant donc on les a 2 ans, on fait les
120 dossiers médicaux, enfin surtout chez les moins de 60 ans c'est vraiment le bordel quoi. Et puis les
121 nouveaux qu'on prend âgés, ils ont une espérance de vie limitée quoi. Donc c'est pour ça que ça
122 tourne dans tous les sens, le problème du MT, de toute façon bon avec les réformes là ils vont faire
123 des nouvelles lois ça va peut-être changer hein, ils vont faire une équipe de soins traitant
124 apparemment là. Enfin c'est un autre domaine-là, faites attention parce que vous allez vous casser
125 les dents, c'est compliqué le MT, c'est très complexe... vous voyez les moins de 16 ans... bon on est
126 quand même payé 5 euros pour un MT enfin vous le savez ça, c'est hyper important on a quand
127 même du pognon sur la feuille du MT, donc plus vous avez de patients, et plus vous gagnez du
128 pognon en fait sur le 5 euros quoi. Après le problème c'est que vous avez 5 euros sur 1 an, quand les
129 gens changent... Le problème qu'on a, c'est que moi j'ai peut-être 300 patients dans toute la France
130 qui ont pas changé de MT quoi, parce qu'ils vérifient pas leur remboursement ils ont rien regardé
131 quoi. Il y en a un depuis 20 ans je suis MT, je sais même pas où il est passé je peux même pas le
132 prévenir quoi... Et des fois moi j'ai des gens décédés qui sont dans le listing de MT qui sont morts
133 depuis 10 ans, et je leur dis mais ils en ont rien à foutre... Et nous le problème c'est qu'il y a plein de
134 gens qui n'ont plus de MT, et apparemment on peut pas trop envoyer de courrier, on sait pas trop ça,
135 c'est ça le problème... Moi combien de fois le médecin de la sécu me téléphone ou nous envoie un
136 mail en disant "il est en AT le mec là" et puis c'est des mecs qu'on a pas vus depuis 5-6 ans mais qui
137 n'ont pas changé de MT quoi. Parce qu'il y a beaucoup de confrères qui n'ont pas mis leur logiciel à
138 jour, qui regarde pas quoi. Moi quand j'ai un mec qui vient je regarde tout de suite qui est le MT,
139 surtout les étudiants, surtout en ville, pour savoir s'ils sont à l'autre bout de la France c'est
140 important. Surtout pour le médico-légal quoi. Après moi je vais pas sur l'espace santé, apparemment
141 il y a plus d'information mais moi j'y vais pas encore. C'est important sur le plan médicolégal, si j'ai un
142 procès il faut que je sache, parce qu'en fait les procès on sait pas sur qui ça tombe, et le problème
143 c'est qu'il faut bien savoir qui était l'ancien MT s'il y a des expertises médicales ou s'il y a des merdes

144 quoi, c'est toujours bien de savoir. Ça c'est un truc que je fais, je regarde aussi s'ils ont rechangé
145 parce que les gens changent, me reprennent, enfin c'est un bordel pas possible...

146 *-D'accord. Alors si vous voulez on va passer à la deuxième moitié de l'entretien qui est orienté plus*
147 *sur la recherche de solutions, alors premièrement est ce que vous connaissez les aides à votre*
148 *exercice, les aides humaines comme les IPA, Asalée, assistants médicaux, ou les dispositifs d'appui*
149 *comme la PTA ?*

150 Oui, oui je connais ça par cœur, je suis ça de très très près. Gérard Cuny oui je les appelle, c'est très
151 bien. Asalée, l'ETP, oui très bien...IPA oui moi les IPA j'ai voulu en utiliser à [V1] quand il y en a une
152 qui s'est pointée, là elle est partie on l'a pas beaucoup vue, bon moi je suis contre la délégation des
153 tâches mais je le pratique je m'en fous, je suis passé à autre chose, moi les vaccins depuis 1 semaine
154 je dis au pharmacien de les faire, ce serait l'IPA pareil. Moi je dis à mes patients je fais plus de vaccins, j'en ai
155 plus rien à foutre, démerdez vous, nan c'est bon *ricanement*. Moi les IPA elles font le boulot, après
156 ça va être un carnage parce que des IPA ont pas le niveau, pour moi, pour prescrire des trucs, enfin je
157 vois pas ça comme ça.

158 *-C'est un débat qui fait couler de l'encre... Vous est-ce que vous pensez que ces aides peuvent*
159 *inciter à accepter des nouveaux patients en libérant du temps médical ?*

160 Pas du tout, pour moi non, personnellement non.

161 *-Euh maintenant question importante, qu'est-ce qui selon vous permettrait à tout le monde de*
162 *trouver un MT ? Qu'est-ce qui permettrait de régler ce problème de patients sans MT ?*

163 Faire disparaître le MT, ce qui est soulevé cette semaine, il y a quand même beaucoup de confrères,
164 moi je suis pour la disparition des MT en fait. Parce qu'on avait pas ça il y a 20 ans, ils ont créé ça, je
165 ne sais plus en quelle année... c'est en 2003 qu'ils ont créé ça. Je m'en souviens parce que mon
166 associé est parti en retraite et c'était en 2003 donc ça fait 20 ans le MT et c'est un carnage cette
167 réforme, c'est débile quoi. De toute façon il n'y en aura plus, parce que tout va être sur mon espace
168 santé, qu'on va faire les ordonnances numériques...Non mais MT faut quitter ce truc-là, enfin
169 d'ailleurs ils vont le gicler, forcément, là ils vont négocier je pense. Ce serait une équipe de soins
170 médecins-professionnels, bon, pff... Non il faut que le dossier médical appartienne au patient
171 maintenant, on en est là de toute façon, c'est établi. Après c'est une autre médecine, c'est un
172 nouveau monde, moi je m'en fous je vais avoir 60 balais, je m'en fous moi, ouh là... Mais je plains les
173 jeunes médecins parce que ça va être une autre problématique quand même. Oui là je vous le dis, j'ai
174 appris ça, mon espace santé, les patients m'ont dit "vous savez les ordonnances que vous faites elles
175 sont automatiquement sur mon espace santé", alors après c'est que nos ordonnances vont être
176 archivées en numérique sur les espaces santé, les patients vont voir nos ordonnances depuis 10 ans
177 donc je peux vous dire les procéduriers vont pouvoir aller gratter dans toutes les ordonnances hein.
178 Les MT au départ c'était un truc fait pour que les spécialistes soient remboursés, nous ils emmerdent
179 avec le dermatologue et une lettre à la con par rapport à la référence MT... Maintenant c'est
180 l'inverse, avant les médecins voulaient pas du MT il y a 20 ans, pis maintenant comme tout le monde
181 a la trouille, le gros du troupeau médical veut que ça continue le système de MT.

182 Alors moi je suis pour la disparition honnêtement, ça pourra pas continuer comme ça les médecins
183 traitants. C'est débile parce qu'il y a plein de gens qui sont pas soignés à cause de ça.

184 *-Alors si vous voulez dernière question, plus rapide, sur votre opinion concernant une action locale,*
185 *je pense que vous le savez dans le cadre du projet de santé de la CPTS il y a une liste de MT*
186 *acceptant des NP qui a été mise en place -*coupé**

187 Ça c'est zéro ce qu'ils ont fait à Nancy, vous allez sur le site de Metz... moi j'ai pas voulu m'engueuler
188 et dire ce que je pensais... Le problème c'est que, allez franchement sur le réseau de Metz, sur le site
189 de la CPTS de Metz, là-bas il y a vraiment un super site où c'est marqué "MT à choisir" vous voyez, ils
190 ont un truc, Nancy on l'a pas ça, nous le site de la CPTS il est zéro, il y a rien.

191 *-D'accord donc vous pensez que -*coupé**

192 Il y a rien, rien, c'est un désastre Nancy, on arrive pas... nous on comprends rien. Les gens ils savent
193 pas où aller pour un nouveau MT. Franchement à Nancy c'est obscur. Après moi j'en bénéficie hein,
194 c'est peut-être pour ça aussi que j'ai plein de NP parce que personne n'en prend des nouveaux quoi.
195 Donc la liste moi j'en ai pas besoin. Non Nancy c'est pas clair du tout, on comprends rien.
196 Franchement à Nancy, bon, ils ont travaillé hein, je ne veux pas critiquer, on sait que c'est une équipe
197 qui est dans le bénévolat, ils ont beaucoup de mérite, mais euh... il y a rien qui avance quoi... C'est
198 désastreux je trouve. Nancy c'est trop politisé, la CPTS bon ils ont voulu faire grand comme Metz,
199 mais euh... Moi j'ai voulu faire une équipe de soins mais on y est pas arrivés, bon euh on y arrive pas,
200 enfin ça sert à rien. A Nancy il y a pas de maisons médicales, il y a rien quoi, on y arrive pas. Ça fait 10
201 ans qu'il y a des projets, la CPTS ils envisageaient de faire un truc, une réunion là un samedi, pour les
202 assistants en médecine libérale ils l'ont annulée, il y avait personne en fait. Pis après il y avait le covid
203 ils ont fait des vidéos, mais le problème... non mais ils arrivent pas... Nancy c'est une ville
204 individualiste, on est tous individualistes, on arrive pas à se souder c'est pas possible ça.
205 Franchement regardez le site de Metz, vous verrez sur le site de la CPTS j'ai été voir j'étais scotché
206 quand même, là c'est un site il y a des trucs ! Attendez, le site de Nancy c'est toujours les mêmes
207 mecs qui sont trésoriers depuis 10 ans, ils ont même pas remis à jour leur nouveaux mecs quoi. On a
208 voté il y a 1 an, moi j'ai voté, je sais même pas qui c'est qui est passé finalement. Pour vous donner
209 un peu la CPTS, j'ai même pas donné ma cotisation cette année, ils ont même pas relancé quoi, suivi
210 zéro, c'est pathétique à Nancy en fait. Après moi c'est facile de critiquer, moi je suis rien... moi j'y
211 étais au début hein, je m'étais présenté, ensuite j'ai giclé euh... en fait quand ils ont fait la CPTS, ils
212 ont fait un vote de l'associatif et pis euh, bon la plupart des médecins ils étaient même pas prévenus
213 quoi, enfin personne n'est prévenu. Parce qu'en fait, ce qui fait la difficulté c'est des mails, et chaque
214 médecin a un mail qui est complètement bidon enfin avec des noms différents, ils savent pas qui est
215 qui, quoi. Et puis on est 1500 candidats possibles à la CPTS, je sais pas combien on est mais rien qu'en
216 MG on est 250-300 sur Nancy agglo donc euh... Enfin voilà un peu le topo sur votre truc... vous allez
217 faire une thèse, vous allez développer j'imagine ?

218 *-Oui avec ces entretiens on essaye de mettre en évidence des thèmes pour voir sur quoi on peut*
219 *jouer pour diminuer le nombre de patients sans MT, mais c'est intéressant de *coupé**

220 De toute façon il faut dire que la plupart des médecins ont peur, moi par exemple pourquoi je fais
221 pas de pédiatrie, je veux pas avoir un procès c'est pour ça que je veux pas être MT de gamins quoi. Le
222 problème c'est que maintenant il y a des dossiers médicaux hyper complexes à domicile, personne
223 veut les prendre en charge quoi. Le problème c'est qu'on a de la gériatrie qui est hyper
224 polypathologique, on a (peur ?) des dossiers, l'autre élément que vous pouvez dire, c'est qu'il y a tout
225 une génération, notre génération qui est pas très douée pour le numérique, moi je récupère des
226 dossiers de confrères qui sont en retraite, mais c'est à pleurer ils les ont suivis pendant 30 ans y'a pas
227 un papier médical dedans quoi. Ils ont tout paumé, on est en train de perdre toutes nos données
228 médicales à cause d'Apicrypt parce qu'on arrive pas à les archiver quoi. Par exemple sur internet, une
229 nana a dit qu'elle avait rentré des éléments médicaux sur Doctolib, il y a un logiciel apparemment de
230 soins, et ben elle a tout paumé quoi. Parce que parfois quand on rentre dans le logiciel on arrive pas
231 à ressortir les dossiers médicaux quoi. Donc le problème d'être MT c'est qu'il faut avoir le dossier,
232 moi je sais que maintenant quand je prends un NP j'essaie de dire "vous appelez votre médecin et
233 demandez à ce qu'il transfère votre dossier". Enfin voilà le problème du MT c'est extrêmement
234 tendu, extrêmement chaud depuis 1 an, bon là ils sont en train de signer la convention, on sait pas
235 où on va dans tous les cas.

236 *-En tout cas merci pour- *coupé**

237 Moi je vous dis je pense que la solution c'est d'enlever les MT et je pense qu'au gouvernement ils
238 l'ont compris d'ailleurs hein, eh ! Ils sont en plein dedans... Là Firmin aujourd'hui elle a fait une
239 déclaration politique parce que l'ordre des médecins il y a deux jours lui il a dit qu'il était pour le

240 transfert des tâches, bon ils se sont fait taper sur les doigts par les syndicats, et Firmin qui est la
241 Numéro 2 de Braun a dit publiquement aujourd'hui que le MT allait rester la pierre angulaire du
242 système de soins quoi. Parce que les autres les généralistes veulent rester MT, mais je pense que
243 bon... Et c'est pour ça qu'il y a plein de gens qui n'ont pas de MT parce que s'il y avait pas de MT ils
244 seraient obligés de les prendre les gens, ils se poseraient pas la question quoi. Moi je suis embêté,
245 moi j'ai des gens dans la Meuse que je soigne, qui ont déménagé, que je suis toujours MT j'ai les
246 boules, là-bas personne veut les soigner quoi... Alors du coup on fait des vidéos, enfin c'est le bordel
247 quoi. Moi j'ai des mecs dans les Vosges, j'en ai dans la Meuse, j'en ai une dizaine et ça me fout hors
248 de moi quoi. Moi le problème c'est que j'aimerais bien ne plus être leur MT, chaque moi je pète un
249 câble en me disant "je vais écrire à la sécu", qu'ils me virent de... je veux plus être MT désigné quoi.
250 Parce que le problème c'est que quand on est MT désigné c'est nous qu'on vient voir quand il y a un
251 problème quoi. Vous voyez pendant le Covid, ce qui était typique du Covid, c'est que quand les gens
252 avaient le Covid on se retrouvait avec des prélèvements Covid qui étaient couplés au MT désigné, des
253 gens qu'on avait pas vus depuis des années quoi... Et tous les médecins de France on est tombés car
254 chacun a vu des noms apparaître qu'on avait pas vus depuis des années, et on s'est rendu compte
255 que voilà... enfin voilà, le "MT" vous avez de quoi faire.

256 ***-Cela fait pas mal d'éléments à discuter en effet ! En tout cas merci pour votre témoignage.***

257 Ben voilà, écoutez, travaillez bien !

1 **Entretien MG 7 :**

2
3 *-On peut commencer alors, mais tout d'abord, est-ce que pour les statistiques je peux vous*
4 *demander votre année d'installation et votre âge s'il vous plaît ? Même si je sais que ça ne se fait*
5 *pas de demander ça à une femme *rires**

6 *rires* Alors oui y'a vraiment pas de souci pour l'âge c'est 40 ans, et pour l'installation, le tout début
7 c'était en 2012 même si j'ai changé de cabinet entre-temps, voilà.

8 *-Merci beaucoup, alors du coup on peut commencer, par une première question assez générale,*
9 *introductive : savez-vous ou pensez-vous que sur la Métropole de Nancy, il y a des patients qui ne*
10 *trouvent pas de NP ?*

11 Ah oui, j'ai des demandes toutes les semaines quasiment moi, je sais pas combien exactement ils
12 sont à Nancy mais j'en vois, ça oui.

13 *-D'accord, alors maintenant pour parler de vos habitudes, avez-vous des conditions particulières*
14 *qui vous font accepter des nouveaux patients ? Des critères qui vous font déclencher un "oui" ? Je*
15 *vous donne quelques exemples, avez-vous un critère d'âge, d'autonomie du patient, un parrainage*
16 *par un confrère ou par un autre patient, ou un autre critère ?*

17 Parrainages *rires* c'est exactement ça, effectivement quand je suis déjà quelqu'un de la famille, et
18 que c'est comme ça d'ailleurs souvent que j'ai des NP, après ça peut être vraiment dans la famille de
19 quelqu'un ou un ami... enfin voilà dans un entourage d'un de mes patients déjà que je suis, donc là
20 c'est souvent un oui. Par exemple dans un EHPAD si je suis déjà des patients au sein de l'EHPAD
21 parfois on me demande et bon, je dis toujours oui. Alors effectivement il m'est arrivée aussi d'avoir...
22 en fait j'ai un télésecrétariat, et souvent bon, c'est vrai qu'il filtre, donc je sais pas combien ils
23 refusent, mais moi c'est souvent quand les patients viennent à mon cabinet, donc je les ai en face à
24 face, j'avoue que j'ai beaucoup de mal de dire non... Quels que soient les patients, il m'est arrivé de
25 dire non quand je vois qu'ils sont jeunes, valides, etc... Par contre un patient âgé qui vient à mon
26 cabinet... j'en ai 2 en tête récents on va dire dans les 3 derniers mois, j'en ai 2 comme ça, les 2 plus
27 de 70 ans et ils viennent directement face à moi et j'ai dit oui.

28 Après j'ai des fois des demandes d'infirmiers pour des VAD, et là j'en ai déjà, je trouve moi beaucoup,
29 donc là c'est vrai que souvent je dis non, et je leur dis quand même, alors souvent ils ont déjà essayé
30 d'appeler d'autres, on leur fait toujours la même réponse... donc je leur dis bon... j'ai un ou deux
31 confrères qui sont pas forcément sur la même localité que moi mais qui prennent des NP donc je leur
32 donne les coordonnées, c'est arrangé avec eux. Et si vraiment ils peuvent pas, ou que c'est trop loin
33 pour les patients etc., ou pour le médecin c'est pas possible, à ce moment-là je leur dis "vous me
34 rappelez si vraiment ça va pas" mais bon, c'est jamais arrivé donc... *rires* je crois qu'ils ont trouvé
35 une solution.

36 *-*rires* Alors à présent à l'opposé de la question précédente, est-ce que vous avez des critères*
37 *particuliers d'exclusion ? Des critères qui vous font déclencher un "non" ? Par exemple une*
38 *patientèle saturée, un besoin de garder du temps pour la famille, des engagements universitaires*
39 *ou associatifs, ou un autre critère particulier ?*

40 Ah ben là moi après c'est mon planning, enfin... euh après je trouve que voilà, ça retentit sur ma
41 manière de travailler et pis mes délais qui s'allongent... et ça au bout d'un moment c'est compliqué
42 de dire oui... Je veux pas en fait que ça altère ma manière de travailler, je veux pas changer ma façon
43 de travailler pour faire plus de chiffre, c'est pas du tout mon objectif, bon de toute façon le chiffre il
44 augmente d'année en année donc... Surtout depuis 2021 quoi, donc euh... C'est même pas pour se
45 libérer plus de temps parce que de toute façon... voilà, mais c'est plus pour pas altérer la qualité, ou
46 en tout cas j'ai pas envie de changer ma manière de travailler. Bon, c'est un peu particulier moi,
47 parce que du coup je suis toute seule, pas par choix hein *rires*, on était 3 avant avec une secrétaire,
48 les autres médecins sont partis en retraite, et... on a cherché pendant plus de deux ans des

49 remplaçants, enfin quelqu'un qui voudrait bien s'installer pour reprendre les patientèles et... voilà on
50 a trouvé personne donc... j'ai dû déménager, je ne pouvais pas rester dans la structure où j'étais avec
51 mes deux autres collègues, et donc je suis actuellement toute seule et sans secrétaire, et donc
52 forcément j'ai eu toutes les visites, enfin pas toutes j'exagère, mais en tout cas celles où on pouvait
53 pas trouver d'autres médecins j'ai repris toutes les visites qui étaient pas possible de faire autrement,
54 donc ça m'en fait déjà quand même beaucoup plus que quand on était trois. Et pis ben pareil, pas
55 mal de patients du coup qui ont eu des difficultés à trouver un MT forcément, je les ai repris donc là
56 depuis 2021 c'est compliqué. Même si j'ai pas... voilà, je suis loin de voir 40 patients par jour mais
57 euh... là je suis au maximum, plus que maximum même je pense *rires*, c'est difficile pour moi de
58 prendre plus parce que voilà, déjà entre 12 et 14h par jour et... voilà.

59 *-Oui je comprends parfaitement... *rires* Alors si vous voulez on va passer à la deuxième partie,*
60 *plutôt orientée sur les solutions au problème, alors d'abord connaissez-vous les aides à votre*
61 *exercice, que ce soient les aides humaines comme les IPA, Asalée, assistants médicaux, ou les*
62 *dispositifs d'appui comme la PTA ?*

63 Oui, oui j'en ai entendu parler, après en étant toute seule c'est sûr que je pense que c'est très adapté
64 à une structure, MSP, quand il y a une activité de groupe, etc... je pense que c'est très bien, je vois
65 que ça se développe. Je dis pas que j'y viendrais pas mais là moi, toute seule comme ça...
66 franchement ça me semble compliqué de mettre en place un assistant, toute seule ça me fait quand
67 même beaucoup de frais je pense. Alors je sais bien, on dit "mais il y a des aides" etc., oui d'accord
68 mais bon euh... à la longue je pense quand même que ça me ferait un surcoût pas négligeable. Là je
69 suis dans des locaux il y a deux bureaux de vides en fait, c'est attenant à une pharmacie, c'est le
70 pharmacien en fait qui a fait des locaux médicaux, là je suis avec un cabinet infirmier, donc deux
71 infirmiers qui sont installés, mais voilà qui ont leur mode de pratique, ils font que des VAD. Donc il y a
72 deux bureaux vides en fait, on recherche, pour l'instant ça fait longtemps mais il y a personne pour
73 s'installer... Enfin voilà pour répondre, la question portait sur quoi aussi... ah oui la PTA, oui je connais
74 aussi je fais parfois appel pour des cas compliqués, ça aide, ça aide bien oui.

75 *-D'accord, alors question qui en découle, pensez-vous que ces aides peuvent aider à accepter des*
76 *nouveaux patients ?*

77 Je pense que pour des structures oui, ça peut, mais pas toute seule quoi. Mais je pense que oui, ça
78 peut libérer du temps, mais tout est relatif quand même, ça peut pas être non plus énorme mais oui,
79 je pense que oui, quand même, si ça peut décharger certaines tâches, oui pourquoi pas. Après moi je
80 suis convaincue quand même que ne serait-ce que prendre la TA pour moi ça fait partie de la
81 consultation, ça fait partie du soin, enfin on peut pas tout déléguer non plus quoi. Ça dépend
82 jusqu'où on va... Au départ je suis pas forcément pour, après je pense qu'il faut forcément y venir,
83 parce qu'il y a pas le choix de toute façon et que... oui, c'est sûr que je pense qu'un mode d'exercice
84 toute seule comme je suis là actuellement ça va se voir de moins en moins. Bon moi c'est vraiment
85 pas par choix encore une fois alors... je suis quand même attachée à ma patientèle, ça fait 10 ans que
86 je suis installée, je suis restée dans le quartier exprès, je dis pas que je vais rester encore là 30 ans,
87 mais c'est sûr que je préférerais être dans une structure pluridisciplinaire en étant plusieurs et en
88 pouvant bénéficier d'assistants ou d'IPA, je trouverais ça super oui, oui oui.

89 *-Avant dernière question à présent, très importante, qu'est-ce qui selon vous, permettrait à tous*
90 *ceux qui le souhaitent de trouver un MT ?*

91 Ben plus de médecins mais... *rires* oui c'est la première chose qui vient *rires* oui je pense qu'on
92 est pas assez, ceux qui partent ils sont pas remplacés, sur [V1] en tout cas, je parle de ce que je
93 connais, je sais pas trop ailleurs, et je pense qu'on est pas les plus à plaindre c'est ça le pire,
94 franchement voilà... Mais ceux qui partent, il y a pas de remplaçants en principe, c'est comme ça que
95 ça se passe depuis quelques années. Donc il y a un déficit quand même de nombre, et tous les
96 patients qui étaient en plus... je sais pas dans les autres villes, mais je vois bien sur [V1], les "anciens

97 médecins" qui partent ont une énorme patientèle, et donc après pour absorber... Donc il y a un vrai
98 problème de nombre pour moi, on est pas assez, si on était plus ça irait mieux, on est trop peu donc
99 pas attractifs, donc encore moins nombreux, c'est un cercle vicieux. Il y a aussi dans l'éducation des
100 patients mais bon franchement j'ai pas l'impression de faire de la bobologie ou que les patients
101 viennent pour rien, honnêtement. Les gens des fois ont l'impression euh... de dire "oui mais il y en a
102 qui viennent pour rien", non, jamais *rires*, je vois pas de patients qui viennent pour rien. Des fois
103 les gens ont cette impression là... Ou alors "oh je vous prendrais pas beaucoup de temps" mais au
104 final il y a toujours... voilà *rires*. Pis moi j'aimerais bien faire plus de prévention, c'est vrai que tout
105 est toujours un peu urgent quoi donc... voilà.

106 *-Maintenant si vous voulez question plus rapide, sur votre opinion concernant une action locale de*
107 *la CPTS, je ne sais pas si vous le savez mais une liste de médecins acceptant des nouveaux patients*
108 *a été mise en place ces derniers temps, est-ce que vous êtes d'accord avec la mesure et la trouvez-*
109 *vous adaptée ?*

110 Adaptée oui, et perfectible aussi parce que c'est toujours pareil, je pense que plus il y a de médecins
111 qui participent, mieux c'est pour tout le monde, vu que c'est réparti de manière un peu plus
112 homogène, mais je sais pas trop comment... Oui j'ai entendu c'est sur Neuves Maisons non, ou c'est
113 sur Nancy ?

114 *-En fait la mesure concerne l'ensemble de la Métropole et a été proposée pour le moment aux*
115 *médecins de la CPTS.*

116 Oui voilà, donc oui pourquoi pas c'est une bonne idée, à condition qu'il y ait suffisamment de
117 médecins qui y répondent. Je n'en fais pas partie, je crois que j'avais reçu la demande... c'était pas
118 par l'ordre des médecins ? Un mail cet été oui ça me parle, j'ai dû recevoir un mail.

119 Ça fait un peu peur en fait, vu qu'on est déjà... on se dit encore en plus quoi, c'est ça le problème,
120 moi je suis pas contre dans l'idée, mais en fait je vois pas comment je pourrais incorporer. Je me
121 laisse déjà des créneaux d'urgence qui sont, honnêtement à 9h30 / 10h déjà tous pris donc... En fait
122 c'est ça, ça fait peut en fait de se dire où ? Comment les intégrer dans le planning de la journée quoi.
123 Dans l'idée sur le papier oui je trouve ça bien, je serais même pas contre, mais après c'est vrai qu'il y
124 a cette appréhension de se dire... Après tout est possible c'est sûr, tout dépend après, ça fait peur
125 parce qu'on sait pas au départ quand on s'engage combien... j'ai un peu peur d'être prise dans un
126 engrenage et puis après de plus pouvoir... Enfin voilà si ça représente 1 par semaine c'est sûr c'est
127 absorbable, il n'y a pas de problème. Après si c'est tous les jours... C'est un peu... enfin c'est l'idée
128 aussi de prendre les urgences donc c'est... Mais bon, j'ai déjà du mal de prendre mes urgences en fait
129 c'est ça le problème. Après sur Vandoeuvre on a SOS Médecins, c'est vrai que ça nous aide beaucoup
130 beaucoup, bon eux aussi ils sont saturés malheureusement, mais c'est vrai qu'heureusement qu'ils
131 sont là malgré tout.

132 *-C'est vrai que les médecins en exercice individuel en souffrent particulièrement... en tout cas voilà*
133 *on est arrivés au bout, je vous remercie beaucoup pour vos réponses *coupé**

134 Après moi sur les assistants et tout ça... Moi je trouve que tout ce qui est délégation de tâche, etc...
135 Sur le fond j'y suis vraiment pas... j'adhère pas dans le principe parce que je trouve que c'est aussi
136 nous enlever un peu une part de... je sais pas comment le dire mais... Je suis pas tellement moi pour
137 une délégation. Par contre c'est sûr que ça libère du temps, c'est certain, mais après on arrive j'ai
138 l'impression qu'on est à un moment où en fait on a plus le choix que de devoir déléguer, mais encore
139 une fois pour moi, voilà moi j'aime bien prendre le temps avec mes patients, les écouter... Et même
140 tout l'examen clinique pour moi ça fait partie de mon métier quoi, c'est ce que j'aime faire aussi. De
141 trop déléguer, j'ai pas envie non plus de changer mon... même si on est un peu obligés c'est sûr, mais
142 ça m'embête de devoir comme ça, peut-être être obligée de déléguer certaines choses, même sur
143 des choses toutes simples de l'examen clinique. La relation avec le patient est modifiée je pense.

144 *-Votre lien avec le patient serait différent.*

145 Voilà c'est ça oui, et je trouve que c'est dommage mais bon on aura peut-être pas le choix d'en
146 arriver là, mais bon, hmm... Et moi j'ai réfléchi hein, de toute façon parce que là étant toute seule
147 enfin franchement je vais pas encore faire 10 ans comme ça, c'est un stress énorme, et le fait d'être
148 toute seule ben en fait forcément les patients ils se... quand on était plusieurs voilà, si j'allais un soir
149 récupérer mes enfants ou autre, ou mon mari était en déplacement, je pouvais m'organiser, là en fait
150 je peux compter, enfin les patients ils ont pas d'autre, euh... on était en réseau, voilà on avait tous les
151 dossiers de chacun, même si on avait tous notre patientèle attitrée mais voilà on se dépannait entre
152 guillemets, ou les samedis on tournait, là en fait je travaille tous les samedis et donc... il y a un
153 moment en fait où je me dis, je sais pas comment je peux faire plus, j'ai l'impression d'être au
154 maximum, mais j'avais l'impression de dire ça déjà il y a un an, et qu'en fait là je suis plus qu'il y a 1
155 an, en fait je me dis jusqu'où ça va aller, et comment ça va s'arrêter... Et je me dis je vais pas faire ça
156 10 ans parce que je pourrais pas, mais en même temps je me vois pas faire autre chose non plus, et
157 puis je attachée à ma patientèle quand même, mais c'est les conditions qui font qu'il y a des fois on a
158 envie de tout plaquer, on a envie que tout s'arrête, c'est un peu ça, alors qu'on adore ce qu'on fait,
159 donc je trouve que c'est quand même très ambivalent tout ça *rires*. Beaucoup de satisfaction mais
160 aussi énormément de stress et il y a des soirs où vraiment on en peut plus quoi, épuisement ou le
161 "burn out" des fois, heureusement qu'il y a la famille à côté pour tenir parce que des fois on a
162 vraiment envie de partir loin quoi *rires* laissez-moi tranquilles *rires*, toutes les sollicitations qu'on
163 peut avoir, 7 jours sur 7... Donc oui certainement qu'il faut déléguer, mais si on veut qu'on prenne
164 plus de patients je pense qu'il faut vraiment plus de structures, de maisons de santé... Moi j'ai
165 réfléchi vraiment à voir comment intégrer quelque chose comme ça, mais après moi je suis pas dans
166 une âme d'être un leader, ou moteur, j'aurais du mal de créer moi quelque chose ou de lancer un
167 truc, je pense que d'intégrer quelque chose qui existe déjà, oui, mais encore une fois dans le coin, en
168 tout cas sur Vandoeuvre il n'y en a pas, ou pas vraiment défini comme il peut y en avoir sur
169 Tomblaine ou Villers... Donc après je me dis bon, si moi je pars, après mes patients c'est pareil, c'est
170 vrai que j'ai du mal, j'ai vu avec mes collègues comment ça fait, c'est difficile quand même quand le
171 médecin part, prévient deux mois à l'avance, enfin... Donc je me vois pas non plus tout plaquer du
172 jour au lendemain et partir, pis les patients... on se sent aussi un peu responsables de tenir quoi.
173 Mais il faut voir les conditions, il faut que ça s'arrange d'ici 10 ans parce que... j'ai 40 ans mais je me
174 dis à 50 ans je me vois pas encore continuer... et pis bon on a des enfants qui sont collégiens, mais je
175 me dis que c'est maintenant qu'ils ont besoin de moi, dans 10 ans ils seront en étude et... c'est ça
176 aussi qui est paradoxal, la vie de famille est quand même un peu, voilà... moi mon petit il m'a déjà dit
177 "pourquoi tu changes pas de métier maman ?", quand on entend ça on se dit "bon..." *silence*,
178 parce que je suis jamais là quoi, ils ont l'impression que je suis jamais là, donc bon...

179 ***-Oui et quand on a uniquement le dimanche libre, on peut déjà avoir la tête au lendemain donc on***
180 ***n'est pas vraiment là non plus finalement.***

181 Ouais c'est ça oui oui, et il m'arrive quand même souvent de faire de l'administratif, même le
182 dimanche, donc... Donc je pense qu'il faut réfléchir au mode d'exercice effectivement, et que oui, il
183 faut des structures, il faut être plusieurs, il faut se relayer...

184 ***-C'est un vrai problème sur la Métropole, l'exercice individuel est la règle sur Nancy, les maisons de***
185 ***santé sont un axe de réflexion important oui.***

186 Il faut aller vers ça oui, après on a déjà beaucoup de choses à faire, alors il y a des gens qui dans leur
187 personnalité vont vraiment impulser les choses et faire que ça va démarrer et se construire autour
188 d'eux, mais bon on est déjà tellement pris, il faut du temps, de l'énergie, donc à la limite un truc "clé
189 en main" ce serait... là moi je signe tout de suite hein, mais voilà... Je sais pas comment qui peut
190 s'occuper de tout ça, moi je n'ai ni l'envie ni l'énergie d'impulser quelque chose en tout cas. Et puis
191 bon, voilà j'ai entendu 2, 3 expériences et on se dit "ouh là là...". Oui un truc "clé en main", oui, oui.
192 Moi je vois quand mes collègues sont partis on était 3 donc avait une secrétaire, j'ai dû la licencier, ça

193 aussi sur le plan humain ça a été très compliqué pour moi de... et donc là du coup aujourd'hui je me
194 dis plus jamais j'embaucherais moi à titre personnel une secrétaire, parce que c'était tellement
195 compliqué pour la rupture, etc.... que je me dis ben, plus jamais. Donc voilà après il y a salariat tout
196 ça, je suis pas forcément pour ce mode, mais au moins il y a cette entre guillemets "facilité" de se
197 dire bon, c'est pas nous qui licencions les gens... enfin ça a été dur aussi ça donc je veux plus revivre
198 ça en fait. Des fois par l'expérience... Le libéral on dit on est libres, etc, je trouve pas tant que ça, pas
199 du tout même, on est un peu pris dans le truc quand même, pris dans le système, et moi j'ai du mal
200 de me libérer même pour trouver des remplaçants, c'est pas évident, donc euh... Même si on veut se
201 libérer une demi-journée ou même une journée, on la paye le lendemain quoi entre guillemets... bon
202 ça peut arriver de se libérer un peu mais ça reste compliqué quand même à faire, on y réfléchit à
203 deux fois avant de se dire "je prendrais bien le jour-là" quoi. Enfin voilà je veux pas vous décourager,
204 surtout *rires* ! Mais ouais il faut pas être seul, il faut intégrer une structure, je pense que c'est
205 vraiment le mieux à faire aujourd'hui. Enfin moi je devrais m'installer là et commencer, c'est
206 vraiment vers ça que j'irais.
207 Enfin voilà je veux pas vous décourager hein surtout ! *rires*
208 *-*rires* malheureusement j'ai déjà pris la température sur le terrain...*
209 Ouais mais je pense qu'il faut pas être seul, il faut intégrer une structure, je pense que c'est vraiment
210 le mieux à faire aujourd'hui. Moi je devrais m'installer là, enfin commencer, c'est vraiment vers ça
211 que j'irais.
212 *-Merci d'avoir répondu en tout cas, c'était intéressant, je ne vous prends pas plus de votre temps,*
213 *on a déjà beaucoup dépassé.*
214 Mais je vous en prie, pas de soucis, bon courage à vous.

1 **Entretien MG 8 :**

2
3 *-Alors on peut commencer si vous le voulez bien, mais avant pour les statistiques est-ce que vous*
4 *pouvez me dire votre âge et année d'installation s'il vous plaît ?*

5 Oui pas de soucis j'ai 57 ans, et je suis installé depuis 25 ans, c'était en 97.

6 *-D'accord merci, alors entrons dans le vif du sujet, par une question introductive, savez-vous, ou*
7 *pensez-vous que sur la Métropole de Nancy il y a des patients qui ne trouvent pas de médecin*
8 *traitant ?*

9 Alors oui, je le sais, c'est 1700 quelque chose comme ça ? 1400, 1700 ? Je le ressens modérément on
10 va dire, on s'est engagés nous, enfin on s'est engagés... je ne dis pas on s'est engagés, je me suis
11 engagé moralement à prendre les patients qui sont sur ma commune et qui n'ont pas de MT. Donc
12 du coup oui on le sait parce qu'il y a des gens qui appellent, bon après c'est plus je dirais... j'ai pas
13 tant que ça, j'ai pas beaucoup de demandes parce que les gens me disent "j'ai essayé partout et
14 personne ne me veut", j'ai essentiellement des patients qui m'appellent pour me dire "ben voilà mon
15 médecin est parti en retraite il est pas remplacé, il était à l'autre bout de Nancy j'ai pas envie..." ou
16 s'il est remplacé "j'ai pas envie d'aller voir le nouveau vu la distance", c'est plus une relocalisation ou
17 une perte de MT pour départ en retraite ou départ pour d'autres raisons.

18 *-D'accord, alors maintenant sur le plan pratique, dans quelles conditions acceptez-vous des*
19 *nouveaux patients ? Est-ce qu'il y a des critères qui vous font déclencher un "oui" ? Je vous donne*
20 *quelques exemples : un critère d'âge, d'autonomie du patient, un parrainage par un confrère ou*
21 *par un autre patient, ou un autre critère ?*

22 Alors mon critère principal pour l'instant, c'est le fait qu'ils résident sur ma commune, sur le territoire
23 de mon ESP, puisque j'ai créé une ESP, pour être plus large et moins précis...

24 Et je dirais les critères... pour les oui c'est les résidents, après le reste c'est plutôt en fonction des
25 critères non, que des critères oui.

26 *-D'accord donc critère surtout géographique. Alors maintenant à l'opposé de la question*
27 *précédente, avez-vous des critères qui vous font déclencher un « non » ? Donc à nouveau quelques*
28 *exemples : une patientèle saturée, un besoin de garder du temps pour votre famille, des*
29 *engagements universitaires ou associatifs, ou un autre critère particulier ?*

30 Alors ça, un souhait de garder du temps pour la famille ça fait longtemps que c'est dépassé donc...
31 c'est plus le sujet *rires*. Je dirais que c'est la charge globale du patient, c'est à dire qu'un patient
32 exclusivement vu à domicile, je ne le prends plus, je n'ai matériellement plus le temps. Après des
33 critères d'âge non, je prends encore même des patients, enfin je gère... on a 2 EHPADs à proximité, je
34 prends des patients en EHPAD. Donc c'est essentiellement le patient lourd chez lui, qui ne peut pas
35 se déplacer au cabinet, c'est plutôt le critère, d'une façon générale le critère importance de la prise
36 en charge quoi. Qui va être à la fois difficile à organiser d'un point de vue planning, difficile à
37 organiser par l'importance de ce qui va en découler, autant au niveau pas forcément médical mais au
38 niveau tout ce qui va être gestion autour du patient : médico-social, social, etc... On est tous au
39 même point hein, c'est pas un scoop, les visites à domicile c'est pas gérable, en plus dans de très
40 mauvaises conditions, donc moi maintenant je me refuse à bosser dans des mauvaises conditions.

41 *-Effectivement cela revient souvent. Alors maintenant si vous voulez on va plutôt s'orienter sur les*
42 *solutions, déjà premièrement sans rentrer dans les détails, est-ce que vous connaissez les aides à*
43 *votre exercice, que ce soit humaines comme les IPA, ASALEE, assistants médicaux, ou les dispositifs*
44 *d'appui comme la PTA ?*

45 Oui très bien, la PTA je connais d'autant plus que j'en suis membre, et j'en suis membre du bureau
46 donc ce serait inquiétant que je ne connaisse pas...*rires* Pour les assistants médicaux c'est très joli
47 mais je ne suis pas éligible à l'obtention d'un assistant médical, donc on oublie, les Asalée pareil je
48 connais très bien mais n'en ai pas. Les IPA je n'ai toujours pas compris leur rôle et à l'heure actuelle il

49 n'y a aucune coordination entre les IPA existantes, en ville il n'y en a que 2 sur Nancy donc ça va vite,
50 mais c'est surtout que les IPA nous sont envoyées dans les pattes par l'hôpital sans aucune
51 concertation, donc sans aucune efficacité, voire avec un certain énervement on va dire, par rapport à
52 ces actions qui ne sont pas concertées et qui ressemblent plus à une espèce de jugement du travail
53 qu'on fait tous les jours auprès de nos patients par des gens qui ne sont pas sur le terrain, c'est très
54 désagréable.

55 ***-Sur le plan pratique, est-ce que vous pensez que ces aides peuvent aider à accepter des nouveaux***
56 ***patients ? En libérant le temps médical...***

57 Alors encore une fois à part les assistants médicaux, par analogie avec les assistants dentaires on
58 pourrait voir l'intérêt tout à fait sur notre temps médical réel, et réellement médical je dirais. Le reste
59 je ne vois pas, en fait c'est du transfert de charge et non de la délégation de tâche, et si c'est pour
60 nous enlever notre métier médical pour ne nous laisser que ce qui n'est pas notre métier, la partie
61 administrative et gestion administrative du patient, je n'en vois aucun intérêt si ce n'est dégoûter
62 définitivement les quelques personnes qui sont encore volontaires pour faire ce métier, voilà. C'est la
63 perte du lien, et le sentiment d'être dépossédé de la tâche qu'on a voulu apprendre et qu'on a appris
64 à faire. Moi j'ai passé des études de médecine, je les ait fait il y a quand même un certain temps
65 maintenant, et je comprends les internes que j'ai, qui sont un petit peu choqués voir dégoûtés par
66 l'exercice quand ils y sont confrontés, de se dire qu'ils sont rentrés dans une filière avec des
67 motivations d'apprendre à soigner les patients, à prendre en charge médicalement des patients, et
68 où on leur fait miroiter à terme que ce n'est pas ce qui va être leur travail, mais qu'on va les diriger
69 vers un travail de coordination d'une équipe médicale.

70 ***-C'est une inquiétude qui semble grandir en effet. Alors si vous voulez on va passer aux deux***
71 ***dernières questions, la suivante est très importante : qu'est-ce qui selon vous, permettrait à tous***
72 ***ceux qui le souhaitent de trouver un médecin traitant ?***

73 *rires* une baguette magique ? Non effectivement il faut libérer du temps médical pour que la prise
74 en charge des NP ne signifie pas d'une augmentation ou une surcharge de travail, c'est à dire que à
75 l'heure actuelle je pense que globalement on est tous dans une ambiance de ressenti de surcharge
76 de travail, si on veut soigner, enfin si on veut prendre en charge médicalement plus de patients, il
77 faut nous libérer, de tout ce qui est, et qui nous pollue, c'est à dire pour être large et peu précis, on
78 peut affiner les choses mais... c'est le temps administratif, c'est à dire que le temps administratif
79 nous bouffe le temps médical et donc nous permet pas de prendre plus de patients. Moi quand je
80 prends un patient en plus, je sais que globalement je vais avoir un tiers du temps consacré à ce
81 patient qui sera du temps administratif en plus. Donc c'est pas acceptable et ça limite le nombre de
82 patients pouvant être pris en charge. Y'a des études qui montrent que dans certains pays, là où un
83 médecin français prend en charge en moyenne 1000 à 1200 patients, un médecin dans d'autres pays
84 arrive à prendre 2000 voire 2400, mais parce qu'ils travaillent dans des conditions qui sont
85 absolument pas les mêmes que chez nous, et dans ces pays-là ils travaillent même moins en temps
86 horaire que nous. C'est juste une question d'organisation, on en revient aux assistants médicaux mais
87 pas seulement, à toute la filière, parce que les assistants médicaux ça fait pas tout il faut des
88 secrétaires, il faut des structures de santé, déployer des centres et des MSP, il faut une coordination
89 bien meilleure entre la ville et l'hôpital, et avec plutôt le versant hôpital-ville d'ailleurs que ville-
90 hôpital, enfin c'est un problème global qu'il faut régler de façon globale, un changement complet de
91 façon de voir les choses et de façon de voir le médecin et son rôle. A l'heure actuelle, à mon sens, on
92 se fourvoie complètement, c'est à dire que la seule solution qu'on apporte, c'est une solution qui est
93 basée sur l'économie, c'est à dire comment on peut faire en dépensant le moins possible, c'est à dire
94 en dépossédant les médecins de son rôle médical, y compris... enfin il n'y a pas de petits gestes, pas
95 de petites choses, les petits gestes et les petites consultations faciles et tout, c'est des consultations
96 indispensables parce que c'est pas parce que on va trouver des choses potentiellement

97 extraordinaires sur des symptômes mineurs, c'est simplement parce que ça repose aussi l'esprit, à
98 l'heure actuelle on ne fait que des complexes, le peu de consultations non complexes c'est un pur
99 bonheur pour l'esprit, ça soulage, et si ça soulage l'esprit et si on se sent moins sur la lame du rasoir,
100 moins tiraillé, moins stressé par le fait qu'il faut gérer des choses lourdes à chaque fois, hé bien il y
101 aura beaucoup moins de burn out, il y aura beaucoup moins de gens qui se barreront, il y aura
102 beaucoup moins de tout ça. Il faut nous laisser ce pourquoi on a été formés, c'est à dire examiner,
103 faire un diagnostic et traiter les patients. A l'heure actuelle la solution qu'on nous propose, c'est nous
104 enlever ce qu'on considérait les petits actes et en particulier un truc moi qui me révolte, c'est de
105 nous enlever les renouvellements, de les déléguer, plus exactement de les transférer, parce qu'on fait
106 une confusion entre délégation et transfert, on est en train de transférer les compétences et non de
107 les déléguer. Déléguer c'est travailler ensemble, c'est pas donner mon boulot à quelqu'un que je ne
108 connais même pas et avec qui on n'a pas échangé plus que les courriers qui, peut-être, vont nous
109 arriver, peut-être. Donc il faut changer complètement la façon de travailler si on veut absorber ce qui
110 va nous arriver parce qu'on va être de moins en moins en temps de présence, enfin en capacité de
111 présence, et en temps de présence certainement de moins en moins, et il va falloir absorber de plus
112 en plus parce que la population continue à vieillir, et la demande va s'accroître. Si on veut faire ça, si
113 on veut que ça se passe dans de bonnes conditions pour les médecins, comme pour les patients,
114 comme pour tout le monde, il faut changer complètement la façon de travailler. Il faut nous donner
115 les moyens, et pour ça, alors que j'y étais pas du tout chaud au départ, je suis persuadé que ça passe
116 par des regroupements, des centres de santé avec des moyens administratifs importants pour
117 dégager le temps administratif des médecins, enfin quoi qu'il en soit, quelle que soit la solution, le
118 but c'est de dégager le temps administratif du médecin. C'est la logique, je vois pas comment, si on
119 veut que les médecins soignent plus de patients, ben il faut leur permettre d'avoir du temps médical,
120 plus de temps médical que de temps administratif, quoi.

121 *-C'est une question incontournable c'est vrai. J'avais une toute dernière question, votre opinion sur*
122 *une action locale, vous êtes peut-être au courant mais dans le cadre du projet de santé de la CPTS,*
123 *une liste de médecins traitant acceptant des nouveaux patients, êtes-vous favorable à y apparaître*
124 *et jugez-vous la mesure adaptée ?*

125 Alors sans commentaire c'est pas très adapté, parce que c'est pas ça le problème. Parce que juste
126 proposer une liste de MT qui acceptent encore des NP, très très rapidement, si même il y a des gens
127 qui ont répondu positivement, très rapidement ça n'existera plus. Ça, c'est pas la solution, c'est la
128 finalité, c'est à dire il faut permettre au médecin de pouvoir accepter des NP parce que ils peuvent
129 décemment augmenter le nombre de patients pris en charge. Après il faut dire voilà, les médecins
130 acceptent. Le problème de ce système-là, c'est que c'est sans condition, c'est à dire "oui ou non", et
131 on en revient à ce que je vous disais à la première question, moi j'accepte sous conditions, et je
132 pense qu'on est tous à accepter sous conditions, voire à ne plus accepter en bloc, ce qui arrive
133 malheureusement, c'est malheureux hein, c'est malheureux qu'il y ait des médecins qui disent non
134 systématiquement, je pense que c'est pas une bonne chose. Mais on est à l'heure actuelle, je suis
135 obligé de mettre des conditions, moi si demain je mets pas de conditions... encore aujourd'hui j'ai eu
136 une proposition par un patient que j'ai, qui a un copain qui vient de s'installer sur Nancy, etc, etc... à
137 ce compte-là je ne sors plus de mon cabinet, je ne dors plus, j'ai plus de week-end, j'ai plus de
138 vacances, j'ai plus de vie.

139 La liste c'est bien, mais c'est bien le jour où il y a la capacité de le faire. Il ne faut pas faire de liste
140 avant de mettre les conditions en place, sinon ça va péter. Au mieux ils vont avoir aucun, ou très peu
141 de médecins qui vont répondre positivement, au pire le peu de médecins qui ont répondu
142 positivement vont être débordés en quelques semaines voire quelques mois, c'est juste euh... voilà
143 *rires*

- 144 *-*rires* le message est clair. Ben écoutez voilà on arrive au bout, merci beaucoup pour vos*
145 *réponses bien développées, et désolé pour le temps largement dépassé !*
146 Disons que je suis bavard *rires* mais pas de problème merci à vous, bon courage pour votre travail.

1 **Entretien MG 9 :**

2
3 *-Alors juste avant de commencer, pour les statistiques, est-ce que je peux vous demander votre âge*
4 *et depuis quand vous êtes installée ?*

5 Oui 40, enfin dans quelques jours mais allez, 40. Pour mon cabinet où je travaille actuellement on l'a
6 ouvert en avril 2016, mais avant j'étais collaboratrice depuis 2013, et depuis 2009 je suis
7 remplaçante.

8 *-Très bien merci, on peut entrer dans le vif du sujet, alors d'abord en guise de question introductive,*
9 *savez-vous ou pensez-vous que sur la Métropole de Nancy, il y a des patients qui ne trouvent pas de*
10 *médecin traitant ?*

11 Oui, je suis plus combien, 20.000 ? Ça dépend des stats, 20 ou 30.000 j'aurais dit non ? En tout cas
12 que ce soient des patients sans médecin traitant, ou qui en ont un et qui veulent changer, on en voit
13 toutes les semaines.

14 *-D'accord, alors maintenant vous, sur le plan pratique, dans quelles conditions vous acceptez des*
15 *nouveaux patients ? Est-ce que vous avez des critères qui vous font déclencher un "oui" ? Je vous*
16 *donne quelques exemples, est-ce que vous avez un critère d'âge, d'autonomie du patient, un*
17 *parrainage par un confrère ou par un autre patient, ou un autre critère ?*

18 Alors si c'est des patients jeunes et qui n'ont pas, alors c'est un peu discriminant peut être mais... on
19 va se dire que comme ils vont pas nous consommer beaucoup, on va dire oui systématiquement
20 surtout qu'on sait que souvent ils bougent derrière, donc on sait qu'il n'y a pas un grand engagement
21 derrière à dire oui et que ça ne va pas nous coûter beaucoup de temps médical. Donc là on dit oui
22 systématiquement parce que s'ils ont pas de MT ils vont être mal remboursés, etc. Donc là voilà je dis
23 oui systématiquement. Si c'est des patients qui sont plus âgés, et qui viennent au cabinet, je leur
24 dirais aussi oui, mais par contre je leur dis qu'il faut qu'ils acceptent d'être suivis par les différents
25 médecins du cabinet comme on travaille à temps partiel, et la condition que si un jour il y a besoin de
26 VAD, s'ils sont trop loin du cabinet ce sera pas possible et il faudra voilà, que dans ce cas là il vaut
27 mieux qu'ils trouvent un médecin sur leur territoire. Et si c'est des patients par exemple âgés,
28 dépendants, où il faut des VAD, on dit oui mais seulement s'ils sont vraiment sur le quartier. Voilà, il
29 faut qu'ils soient dans le quartier pour qu'on dise oui, et idéalement qu'ils n'aient plus de MT, là je dis
30 systématiquement oui, ou en tout cas un de nos médecins du cabinet va dire systématiquement oui,
31 mais vraiment voilà, ça c'est sur le quartier, un peu plus large que le quartier. Et s'ils ont encore un
32 MT, c'est là qu'on va des fois réfléchir à deux fois quoi.

33 *-D'accord, alors à présent à l'opposé de la question précédente, est-ce que vous avez des critères*
34 *qui vous font déclencher un « non » ? Encore quelques exemples, donc une patientèle saturée, un*
35 *besoin de garder du temps pour votre famille, des engagements universitaires ou associatifs, ou un*
36 *autre critère particulier ?*

37 Eh bien, pour le moment on prenait, parce que en fait à chaque fois que ça saturait, on trouvait des
38 solutions pour que ça sature plus, donc pour le moment, ça fait 7 ans qu'on a ouvert le cabinet, là
39 depuis 7 ans on a dit non presque à personne. Mais quand ça sature, et c'est arrivé plusieurs fois, on
40 fait venir des nouveaux médecins, donc au départ on était 2, et maintenant on est 6, plus
41 remplaçants, plus étudiants, donc on est 10 en fait en vrai en médecins qui exercent sur le cabinet,
42 mais ça fait à peu près 6 temps pleins. Et après l'autre solution pour gagner du temps, et accepter de
43 prendre des patients en plus, ça a été de faire l'inf Azalée, et puis de faire venir maintenant là une
44 IPA depuis septembre. Mais maintenant on a plus de place dans les locaux, donc du coup on aimerait
45 bien avoir un assistant médical pour faire gagner du temps médical et pouvoir encore continuer à
46 reprendre des patients même si on a plus de temps mais en déléguant, mais voilà on sature parce
47 qu'on a plus de place et donc là maintenant on va peut-être devoir dire non, je ne sais pas, on verra
48 comment on fait... Mais pour revenir à la question, le "non", c'est l'opposé de ce que j'ai dit avant, on

49 dit non quand il peut y avoir potentiellement besoin de VAD et qu'ils sont pas sur le territoire, parce
50 que le problème c'est que moi j'ai des fois la voiture, mais sinon il y a des fois je n'ai pas de voiture et
51 là je suis en vélo ou en trottinette, donc c'est compliqué s'il faut que je traverse toute la ville ou que
52 j'aïlle trop loin, voilà c'est compliqué. Et puis le problème c'est que comme je travaille à mi-temps, je
53 préfère pas que... même si c'est possible hein car notre organisation le permet, mais je préfère éviter
54 que mes collègues aient à faire mes visites en plus des leurs, et donc voilà j'essaye de les faire même
55 quand je travaille pas, mais du coup ça limite... voilà s'ils sont loin ou autre c'est compliqué.

56 *-Alors maintenant on va aborder la deuxième moitié de l'entretien, orientée sur les solutions, tout*
57 *d'abord connaissez-vous les aides à votre exercice, que ce soit humaines comme les IPA, ASALEE,*
58 *assistants médicaux, ou les dispositifs d'appui comme la PTA ?*

59 Euh oui, j'utilise, du coup on a une inf Asalée, on a une IPA, on aimerait, en tout cas sur les médecins
60 on est deux à vouloir prendre une assistante médicale mais on a plus de place dans le bâtiment, donc
61 on a pris tous les locaux de l'étage, il nous en reste plus qu'un qu'on loue pas, et on vient d'essayer
62 de contacter la personne qui a le dernier local, donc ce serait la possibilité d'avoir un assistant
63 médical. Mais sinon on est bloqués. Et l'IPA du coup on a et ça c'est génial, ça nous permet surtout de
64 prendre des VAD en plus, parce qu'elle fait aussi les VAD avec nous donc quand ils sont stabilisés elle
65 les voit, et du coup ça nous permet de reprendre des visites un peu plus. Et la PTA oui on connaît
66 aussi, on a des fois pour des patients complexes, du coup c'est plus facile pour mettre en place
67 certaines aides, donc moins de stress à prendre des patients vraiment complexes.

68 *-D'accord, alors j'ai déjà un petit aperçu de la réponse à la prochaine question, pensez-vous que ces*
69 *aides peuvent inciter à accepter des nouveaux patients ?*

70 Oui, parce que ça permet... qu'il y ait des consults qu'on va plus faire par exemple, qu'on va déléguer
71 mais en étant quand même informés. Pour le coup je trouve que c'est plus facile que quand c'est par
72 exemple, parce que moi les jours où je ne travaille pas, c'est pareil c'était une de nos solutions, c'est
73 qu'on avait décidé de chacun avoir notre bureau, et du coup on payait les mêmes charges que celui
74 qui travaillait à temps plein dans le bureau, mais ça permettait de se libérer, et donc nous
75 maintenant ça nous a permis de prendre des remplaçants, donc les jours où je ne travaille pas j'ai
76 quand même un remplaçant, ou mon interne en SASPAS. Mais par contre, en fait la communication
77 je trouve se fait moins bien, alors pas avec le SASPAS, mais avec le remplaçant, même si on en est
78 hyper contents, mais ça se fait quand même moins bien qu'avec l'IPA par exemple, où l'IPA on a un
79 temps de coordination obligatoire, qui en plus est financé et donc en fait on refait le point tous les
80 mois avec l'IPA et avec l'inf Azalée, sur tous les patients qu'on a en commun, que je leur adresse, et
81 donc du coup en plus d'avoir les informations dans le dossier, j'ai ce retour qui se fait entre 30min et
82 1h tous les mois, et donc je sais exactement où en sont mes patients, donc pour le coup c'est même
83 plus facile pour moi quand ils sont suivis entre moi et l'IPA, et moi et l'inf Azalée que quand c'est par
84 exemple avec mes remplaçants. Donc je trouve que c'est des solutions qui sont utiles, et puis en plus
85 souvent je leur délègue une partie de la prévention et de la synthèse du dossier qui peut prendre
86 beaucoup de temps. Et donc du coup moi ça me soulage et ça me permet, alors certes je perds des
87 consultations qui sont plus faciles avec une charge mentale plus légère, mais par contre je gagne
88 aussi du temps, en faisant plus les synthèses qui peuvent prendre un temps fou quoi.

89 *-C'est intéressant d'avoir ce retour d'expérience étant donné la rareté des IPA sur la Métropole.*

90 Oui l'IPA c'est un vrai bonus pour le coup, et vraiment pour les VAD c'est génial, parce du coup c'est
91 pareil, elles font les ECG à domicile, elles font la mesure des IPS, l'IPS par exemple ça prend du temps
92 à faire au cabinet, et donc là c'est elle qui va les faire au domicile, elle va faire... avec l'inf' Azalée
93 classique elles font les bilans de mémoire, elles posent les MAPA et puis elles font l'analyse des
94 résultats et en fait nous à distance on refait le point avec elles pour voir si on est OK sur la prise en
95 charge, pour être sur la même longueur d'ondes, donc c'est vraiment confortable, les deux se
96 complètent très bien.

97 *-Alors question importante à présent, qu'est-ce qui, selon vous, permettrait à tous ceux qui le*
98 *souhaitent de trouver un médecin traitant ?*

99 Je pense qu'il y a déjà des patients qui veulent pas avoir de MT, je pense qu'il y a plein de patients
100 jeunes qui en veulent pas, qui ont pas besoin parce qu'ils ont pas de maladie chronique et ils
101 estiment qu'ils ont pas besoin d'avoir un suivi et que faire un one-shot avec un médecin, comme
102 souvent Doctolib leur permet pour eux de trouver quelqu'un facilement ça leur suffit. Donc je pense
103 que c'est un mauvais objectif que tous les patients aient un MT, je pense que voilà l'évolution de la
104 société fait qu'il y en a plein qui en ont pas ce besoin. Après par contre ce qui est hyper important
105 c'est que tous les patients qui ont des soins réguliers, ou qui devraient en avoir en tout cas, aient un
106 MT, c'est là qu'ils ont besoin du rôle de coordonnateur, etc... Et là c'est sûr qu'il y en a un paquet qui
107 n'en ont pas. Et comment faire ? Eh bien euh... des fois je me demande si... nous au cabinet on a un
108 médiateur social avec un accès direct sans passer par le médecin ou quoi que ce soit, et des fois je
109 me demande si le fait d'avoir un médiateur en santé ça ne pourrait pas être utile, quand les gens ils
110 n'arrivent pas à trouver et qui en veulent un, est-ce qu'il pourrait pas y avoir un endroit, un guichet,
111 un appel à passer où ils pourraient être réorientés, un peu ce que la DAC fait par exemple, ce que la
112 PTA fait. Quand c'est des patients complexes, des patients âgés, c'est la DAC qui prend la PTA qui va
113 prendre son téléphone et qui va appeler les médecins pour les aider à trouver. Je pense que des fois
114 ça pourrait être quelque chose d'utile, et pourquoi pas même dans les cabinets on parle de
115 l'éducation des patients, etc... mais souvent quand les patients sont en demande de soins... mais
116 sans prendre RDV avec quelqu'un qui a un accès libre, quelqu'un qui soit pas professionnel de santé,
117 en tout cas que ce ne soit pas vraiment son rôle là-dedans, mais qu'il puisse informer et orienter les
118 patients et les mettre en contact au besoin avec la PTA, avec la CPTS locale, s'ils ont pas de MT et
119 qu'ils ont besoin de quelqu'un.

120 Et après sinon, c'est peut-être sur... après l'annuaire Améli je pense pas qu'il soit beaucoup utilisé par
121 les patients, mais par exemple Doctolib le fait, il propose l'option "Nouveau patient", donc euh peut
122 être que c'est quelque chose qui faut être pas que Doctolib, parce du coup c'est que les médecins qui
123 sont sur Doctolib, mais peut être que c'est quelque chose qu'il faut généraliser, avoir
124 systématiquement l'information, est-ce que tel médecin prend ou prend pas... Et s'il en prend,
125 combien il serait prêt à en prendre ? Alors peut être que c'est pas une information qu'il va afficher
126 parce qu'il sera limité s'il doit dire non, pourquoi il dit qu'il en prend et pourquoi il dirait non à telle
127 personne quand elle va l'appeler ça peut être délicat, mais peut être que c'est une information qu'il
128 est prêt à donner à une CPTS ou une PTA, en disant "moi même si je suis un peu saturé je veux bien
129 prendre... 50 NP tous les ans parce que je sais qu'il y a un turn over non négligeable", ou je sais pas
130 quoi...

131 *-Justement c'était l'objet de la dernière question, sur votre opinion concernant une action locale de*
132 *la CPTS, vous êtes peut-être au courant mais une liste de médecins traitants acceptant des*
133 *nouveaux patients a été mise en place et proposée aux médecins de la CPTS, est-ce que vous*
134 *acceptez la mesure et la trouvez adaptée à la situation ?*

135 Ben je pense que ça fait partie des réponses adaptées, oui, c'est une réponse parmi tant d'autres. Je
136 n'en avais pas entendu parler mais si on m'avait proposé oui je pense que j'aurais dit oui.

137 *-D'accord, bon alors on arrive à la fin, en tout cas je vous remercie de votre participation, qui*
138 *permet aussi de mettre en perspective le mode d'exercice en maison de santé, qui n'est pas la règle*
139 *sur la Métropole...*

140 Le fait d'exercer seul c'est un frein important, parce que le problème c'est que en maison de santé,
141 quand moi je suis pas là, je suis sûre qu'il y a quelqu'un, que je trouve ou que je trouve pas un
142 remplaçant, je suis sûre qu'il y a quelqu'un qui pourra prendre en charge mes patients, donc je sais
143 que d'un point de vue déontologique, d'un point de vue par sécurité pour mes patients, je sais que
144 quelqu'un qui aura accès à leur dossier les recevra, ou en tout cas leur posera des questions pour

145 savoir s'ils le reçoivent ou s'ils l'orientent, ou s'ils diffèrent le soin, mais qu'il y aura une réponse
146 adaptée qui sera fournie, et ça c'est ultra sécurisant. Quand on est tout seul c'est compliqué si on
147 peut pas dire oui si derrière on peut pas gérer, quoi...
148 *-C'est différent en effet. Bon en tout cas je ne prends pas plus de votre temps, merci encore à vous*
149 *pour vos réponses.*
150 De rien, et bon courage à toi.

1 **Entretien MG 10 :**

2
3 *-Donc avant de commencer, est-ce que je peux vous demander votre âge et votre installation s'il*
4 *vous plaît ?*

5 Ah oui moi j'ai 38 ans, et je suis installée depuis mai 2016.

6 *-D'accord merci, alors on peut commencer, donc d'abord une question très générale et*
7 *introductive, savez-vous ou pensez-vous que sur la Métropole de Nancy, il y a des patients qui ne*
8 *trouvent pas de médecin traitant ?*

9 Oui, de toute façon moi je vais avoir le cas bientôt, c'est mon père qui part en retraite, et donc du
10 coup je pense qu'il y a des patients qui vont avoir du mal à trouver un MT parce que sur le coup moi
11 je suis toute seule, je suis la dernière installée et je suis la plus jeune, donc je pense que ça va être un
12 peu compliqué parce que je vais pas pouvoir prendre tout le monde moi, j'ai déjà ma patientèle à
13 moi qui est remplie, et je pense qu'il y en a qui vont se retrouver avec des difficultés d'avoir un MT.
14 Ils en auront peut-être un un temps, mais ce sera un qui partira encore à nouveau en retraite, du
15 coup ça va être compliqué.

16 *-Oui en effet. Alors question suivante, on va aborder vos habitudes, dans quelles conditions*
17 *acceptez-vous des nouveaux patients ? Est-ce que vous avez des critères qui vous font déclencher*
18 *un "oui" ? Alors quelques exemples, avez-vous un critère d'âge, d'autonomie du patient, un*
19 *parrainage par un confrère ou par un autre patient, ou un autre critère ?*

20 Ben là, encore une fois je ne prends pas de nouveaux patients parce que j'attends la retraite de mon
21 père, et je vais avoir une déferlante de NP, du coup je vais prendre les patients qui viennent de chez
22 mon père, enfin une certaine partie, parce que bien sûr que je pourrais pas tout absorber, donc lui
23 ben il commence à m'adresser des patients, à dire aux gens de venir chez moi. Bon c'est vrai qu'il fait
24 un peu un tri sur ceux qu'il estime qu'ils seront bien pour moi et pas trop chronophages on va dire,
25 parce comme j'ai déjà une bonne activité, ça va être compliqué de prendre tout le monde. Voilà donc
26 moi pour l'instant je ne prends plus de NP du tout, en attendant la retraite de mon père.

27 *-C'est délicat effectivement. Bon je pense que vous avez déjà apporté la réponse à la question*
28 *suivante qui était l'opposée, je vous la pose tout de même pour la forme : est-ce que vous avez des*
29 *critères qui font que vous ne pouvez pas accepter un nouveau patient ? Juste quelques exemples*
30 *concrets, une patientèle saturée, un besoin de garder du temps pour votre famille, des*
31 *engagements universitaires ou associatifs, ou un autre critère particulier ?*

32 Alors du temps pour la famille non, parce que mon agenda je l'ai construit autour de mon temps
33 personnel donc ça c'est pas un souci, mais concrètement pour plus tard, une fois que j'aurais
34 récupéré les patients de mon père je pense surtout aux VAD, je pense que les gens extérieurs qui
35 vont me demander des VAD, je ne pourrais pas les prendre en plus, ça c'est sûr.

36 *-D'accord. Alors maintenant si vous voulez on va aborder la deuxième moitié de l'entretien, plutôt*
37 *orientée sur les solutions, alors tout d'abord connaissez-vous les aides à votre exercice, que ce soit*
38 *humaines comme les IPA, ASALEE, assistants médicaux, ou les dispositifs d'appui comme la PTA ?*

39 Euh non, alors assistants médicaux oui j'en ai entendu parler juste le nom, le principe en lui-même je
40 sais pas vraiment comment ça se passe, comment ça se mets en place, mais tout doucement je suis
41 en train d'essayer de réfléchir à ça parce que de toute façon il va falloir que je modifie mon activité
42 au vu des NP que je vais accueillir. Donc peut-être effectivement une infirmière... une IPA, mais voilà
43 je me suis pas encore vraiment renseignée sur le sujet on va dire. Je sais juste que ça existe, les
44 Asalée aussi, mais la PTA je ne sais pas à quoi ça correspond.

45 *-La PTA s'appelait avant le Réseau Gérard Cuny, ça vous parle peut-être plus ?*

46 Non ça me dit rien.

47 *-En un mot il s'agissait d'un réseau permettant de faciliter la prise en charge des patients*
48 *complexes, ou en perte d'autonomie, chronophages pour les médecins traitants.*

49 Ah d'accord.

50 *-Alors la question suivante était liée, est-ce que vous pensez que ces aides là, dont on vient de*
51 *parler, peuvent inciter à accepter des nouveaux patients ?*

52 Euh... si ça nous permet de gagner du temps médical effectif, ouais pourquoi pas.

53 *-D'accord, alors question importante à présent, qu'est ce qui, selon vous, permettrait à tous ceux*
54 *qui le souhaitent de trouver un médecin traitant ?*

55 La solution miracle ce serait l'installation des jeunes en libéral, sachant que les conditions actuelles
56 ne sont pas très très attractives on va dire. Après le problème c'est ça, c'est que tous les médecins
57 qui partent en retraite sont pas remplacés en fait, et qu'il y a des territoires surtout qui manquent,
58 alors moi c'est pas mon cas enfin bon, ça va bientôt peut être le devenir, mais il y a des territoires qui
59 manquent cruellement quand même de médecins quoi, quand je vois surtout le haut du
60 département où les gens euh... Moi je fais de la régulation médicale notamment le dimanche à
61 Médigarde, et ben les gens appellent le dimanche en fait pour se faire soigner parce qu'ils trouvent
62 pas de médecins la semaine, notamment dans le haut du département, parce que le médecin n'a pas
63 de place, ou parce que oui, parce qu'il y a pas assez de médecins, et que les médecins sont débordés.
64 Alors après comment faire pour les soulager... franchement je sais pas trop, est-ce que l'ouverture de
65 maisons médicales avec effectivement plusieurs praticiens dans la structure, ça peut être aussi la
66 solution... ça permettra peut-être non seulement de faciliter l'accès au MT, mais peut-être aussi
67 d'accéder aux soins de premier recours plus facilement peut être. Ouais nan, en fait je pense que
68 c'est vraiment la démographie médicale, ou la population des médecins qui est insuffisante par
69 manque d'attractivité en fait tout simplement, enfin simplement... vous aurez compris hein *rires*

70 *-*rires* c'est bien clair oui. Alors j'avais une dernière question, plus rapide concernant votre avis*
71 *concernant une action de la CPTS, dans le cadre du projet de santé, une liste de médecins traitants*
72 *acceptant des nouveaux patients a été mise en place, est-ce que vous trouvez la mesure adaptée,*
73 *et je vous le demande pour la forme tout de même, accepteriez-vous d'y apparaître ?*

74 Alors vu que je suis saturée non comme on a dit, mais ah bah c'est adapté bien sûr, recenser les
75 médecins encore en capacité d'accueillir les NP bien sûr.

76 *-D'accord, ben écoutez on est arrivés au bout, je vous remercie de m'avoir accordé de votre temps*
77 *précieux, entre deux visites...*

78 Oui pas de soucis c'était l'occasion, avec plaisir.

1 **Entretien MG 11 :**

2
3 *-Alors avant toute chose, pour les statistiques, est-ce que je peux vous demander votre âge et votre*
4 *année d'installation ?*

5 56 ans. Et l'installation 1999.

6 *-Merci. Donc on peut passer à la première question, très générale, savez-vous ou pensez-vous que*
7 *sur la Métropole de Nancy, il y a des patients qui ne trouvent pas de médecin traitant ?*

8 Oui, je pense qu'il y en a plein effectivement. Au moins toutes les semaines j'ai des demandes de NP,
9 enfin de choix de nouveau MT, et que je refuse la plupart du temps.

10 *-D'accord, alors maintenant parlons de vous, dans quelles conditions acceptez-vous des nouveaux*
11 *patients ? Avez-vous des critères qui vous font déclencher un "oui" ? Quelques exemples, comme un*
12 *critère d'âge, d'autonomie du patient, un parrainage par un confrère ou par un autre patient, ou*
13 *un autre critère ?*

14 Alors en général je dis non les trois quarts du temps, d'autant plus si c'est des patients éloignés c'est
15 sûr que je les prends pas, si c'est des patients qui ne sont pas autonomes, je ne les prends pas, parce
16 que j'ai pas le temps. Voilà... si c'est quelqu'un, qui connaît quelqu'un, qui connaît...*rire* là je peux
17 dire oui, mais voilà, je suis assez restrictive. En tout cas les patients qui ne se déplacent pas et pour
18 lesquels ce n'est que des VAD, 99% je dis non, ça m'est arrivé de dire oui il y a pas longtemps parce
19 que c'était la maman d'une patiente à moi, mais sinon, voilà.

20 *-D'accord, alors j'ai déjà un début de réponse pour la question suivante mais je vous la pose tout de*
21 *même, avez-vous des conditions qui font que vous ne pouvez pas accepter de nouveaux patients ?*
22 *Quelques exemples concrets, comme une patientèle saturée, un besoin de garder du temps pour*
23 *votre famille, des engagements universitaires ou associatifs, ou un autre critère particulier ?*

24 Déjà c'est simple j'ai une file active qui est à saturation, je travaille une demi-journée par semaine au
25 CHU en consultation à la PASS, et puis je ne souhaite pas augmenter mon temps de travail, j'aimerais
26 plutôt le diminuer.

27 *-D'accord, à présent on va passer à la deuxième moitié orientée sur les solutions, d'abord question*
28 *générale, connaissez-vous les aides à votre exercice, que ce soit humaines comme les IPA, ASALEE,*
29 *assistants médicaux, ou les dispositifs d'appui comme la PTA ?*

30 Alors je connais, j'utilise pas, ou peu. En tout cas je connais bien surtout les Asalée, enfin après les
31 conventions, autorisations... peut-être que par la suite j'utiliserais ces aides-là, IPA ou assistants, si je
32 m'installe dans une MSP, mais pour l'instant non. La PTA oui quand même, je fais appel à eux quand
33 j'ai besoin d'aide par rapport à certaines situations très particulières.

34 *-Et sur le plan pratique, est-ce que vous pensez que ces aides peuvent inciter à accepter de*
35 *nouveaux patients ?*

36 Tel que ça nous est présenté, pour moi non. L'objectif que j'ai compris, c'était que notre consultation
37 soit plus courte et se concentre sur le diagnostic et de façon à ce qu'on puisse voir plus de patients
38 dans une journée en n'augmentant pas le temps de travail, et moi ça ne me satisfait pas parce que...
39 c'est pas le mode d'exercice que j'ai envie de faire, je chercherais plutôt à diminuer ce temps de
40 travail. C'est d'ailleurs pour ça que j'étais en grève en fin de semaine.

41 *-Question très importante à présent, qu'est-ce qui selon vous, permettrait à tous ceux qui le*
42 *souhaitent de trouver un médecin traitant ?*

43 La solution c'est qu'il y ait plus de MG, sauf que voilà, le temps qu'il y ait plus de MG qui soient
44 formés, enfin... c'est pas du tout vers quoi on s'oriente donc, euh... je ne sais pas, à part ça pour moi
45 c'est la seule solution.

46 *-D'accord, alors à présent dernière question, sur votre opinion concernant une action locale, je ne*
47 *sais pas si vous êtes au courant mais la CPTS a mis en place une liste de médecins traitants*

48 *acceptant des nouveaux patients, dans le cadre de son projet de santé, est-ce que vous jugez la*
49 *mesure adaptée, et est-ce que vous l'accepteriez ?*
50 Alors... J'aurais pas pu apparaître dessus vu ma situation mais non je pense que c'est bien, d'ailleurs
51 les autres médecins du secteur prennent encore des NP, j'avoue que c'est aussi pour ça que je me
52 permets de renvoyer les patients, en leur proposant de voir un de mes confrères hein.
53 *-D'accord, bon nous voilà à la fin, merci beaucoup pour votre participation.*
54 Oui d'accord, de rien.

Entretien MG 12 :

-Alors on peut commencer, par une première question introductive, savez-vous, ou pensez-vous que sur la Métropole de Nancy il y a des patients qui ne trouvent pas de médecin traitant ?

Ben... je crois savoir, j'ai oui dire. J'en vois... régulièrement disons, c'est un grand mot mais j'en vois oui.

-D'accord, alors maintenant vous, dans quelles conditions acceptez-vous des nouveaux patients ? Quels sont les critères qui déclenchent un « oui » ? Je vous donne quelques exemples, un critère d'âge, d'autonomie du patient, un parrainage par un confrère ou par un autre patient, ou un autre critère ?

Non moi je pars du principe que tant qu'on est en activité, intellectuellement c'est intéressant de prendre des NP, ça nous remet en question... Peut-être critère d'âge, si vous aimez mieux je suis pas une femme de pédiatrie je vous avoue *rires*.

*-*rires* ça ne se discute pas en effet. Alors pour la question suivante j'ai déjà votre réponse je pense, mais je vous la pose tout de même, avez-vous des critères qui vous font déclencher un « non » ? Par exemple une patientèle saturée, un besoin de garder du temps pour votre famille, des engagements universitaires ou associatifs, ou un autre critère particulier ?*

Je vais un peu changer ma façon de pratiquer parce que je vais travailler essentiellement sur RDV donc c'est en fonction des RDV... Justement je voudrais garder une ou deux plages de consultations libres, parce qu'il y a des gens qui prévoient pas d'être malades. La CPTS par exemple en a déjà envoyé un ou deux, que j'avais accepté de prendre parce que j'étais là et je consultais. Il y a les VAD par contre, disons les visites qui sont alentour ça va, moi je suis à [L] je suis en banlieue, mais je veux dire j'avoue que j'irais pas à l'autre bout de la ville quoi.

-D'accord, alors à présent seconde moitié de l'entretien orientée sur les solutions, connaissez-vous les aides à votre exercice, que ce soit humaines comme les IPA, ASALEE, assistants médicaux, ou les dispositifs d'appui comme la PTA ?

La PTA attendez... c'est le Réseau Gérard Cuny c'est ça ?

-Oui tout à fait.

Alors ça oui j'utilise régulièrement, les autres... ben non, enfin tout ça je connais juste de nom quoi mais c'est tout, pour tout vous dire ce sera sûrement pas pour moi. Là j'exerce encore un mois en mode associée, et mon associé prend sa retraite, ses patients vont se retourner vers moi et d'autres médecins de [L], je vais pouvoir absorber un peu quoi, comme on s'est toujours remplacés, y'a pas mal de gens qui me connaissent et qui veulent venir chez moi, mais il faudra peut-être modifier la façon de travailler, je veux dire il y a des gens on a pas besoin de les voir tous les mois, on peut mettre des médicaments à renouveler, vous voyez...

-Alors question liée, pensez-vous que ces aides peuvent aider à accepter des nouveaux patients en libérant du temps médical ?

Ben je pense oui, ça devrait pouvoir oui.

-D'accord, alors question importante maintenant, qu'est-ce qui selon vous, permettrait à tous ceux qui le souhaitent de trouver un médecin traitant ?

Ben alors là... pas vraiment d'idée quoi... c'est dur à dire... Je dirais peut-être se regrouper, dans une maison ou autre, pour disons... faciliter la façon de travailler, se partager la charge... On en discutait cette après midi avec deux confrères du coin, les jeunes qui s'installent seuls travaillent exclusivement sur RDV, ils veulent plus de consultations libres et leurs plannings craquent. Je vois là, je vais pas être associée mais je vais être dans le même cabinet que la fille de mon associé, qui est déjà installée à [L], et qui ne travaille que sur RDV. Et je posais par exemple tout bêtement la question du samedi matin, que je trouve qui serait bien de laisser une consultation libre de 10h à 12h le samedi matin, comme nous on a toujours fait avec notre associé, mais on pourrait se regrouper

49 tous les médecins du coin, et par exemple si on fait un samedi sur 5 ça va pas nous tuer quoi. Mais
50 bon là j'ai pas encore trop posé les questions, j'ai posé les questions à deux médecins de [L] qui
51 seraient d'accord, mais euh... Si on arrive à être 5, je trouve que ça pourrait se faire quoi, mais est ce
52 que les autres seront d'accord j'en sais rien...

53 *-D'accord donc si je comprends bien l'idée, c'est de miser sur les regroupements pour diminuer ce
54 nombre de patients sans médecin traitant. Alors si vous voulez il me reste une dernière -*coupé**

55 Mais moi ça me paraît ahurissant, intellectuellement hein, je trouve que tant qu'on travaille on
56 accepte des nouveaux quoi, les gens qui viennent d'arriver ici d'une autre région, je trouve que c'est
57 quand même notre devoir de les prendre mais ça c'est ma philosophie personnelle hein, moi j'ai
58 entendu des confrères qui veulent qu'on oblige à prendre des nouveaux, ben franchement ça ce
59 serait une bonne idée.

60 *-Oui effectivement on m'a déjà proposé cette réponse. D'accord alors il me restait une dernière
61 question, sur votre opinion concernant une action de la CPTS dans le cadre de son projet de santé,
62 une liste de médecins acceptant des nouveaux patients a été mise en place récemment. Cela ne
63 vous engage pas mais est-ce que vous accepteriez d'y apparaître, et est-ce que vous trouvez cette
64 mesure adaptée ?*

65 Ah oui oui, je trouve que c'est adapté. Moi je veux bien hein, tant que je travaille j'accepte des
66 nouveaux, c'est mon crédo *rires*

67 *-*rires* c'est noté. Bon nous arrivons au bout, par contre je me rends compte que j'ai oublié un
68 détail avant de commencer, est-ce que je peux vous demander votre âge et votre année
69 d'installation s'il vous plaît ? Pour les chiffres...*

70 69 ! J'ai pas envie de m'arrêter tout de suite, j'ai dit au gens que tant que je suis présentable, je
71 continue à travailler *rires*. Non mais c'est vrai, en prenant de l'âge on est plus sûrs de soi, on fait
72 plus les boulettes du début, et puis c'est que du bonheur, en plus avec les gens on s'est quand même
73 un peu attachés à nos patients. Bien sûr il y a aussi les critères de santé qui rentrent en ligne de
74 compte, c'est évident...

75 *-Et du coup pour l'année d'installation ?*

76 Alors attendez voir... je crois que c'est 1984, vous voyez un peu je sais même plus, je crois que c'est
77 1984.

78 *-Super merci, cette fois nous sommes vraiment au bout *rires* je vous remercie en tout cas de
79 m'avoir accordé du temps.*

80 Mais je vous en prie, bonne chance pour la suite hein !

1 **Entretien MG 13 :**

2
3 *-Alors avant de commencer, pour les statistiques, est-ce que je peux connaître votre âge et année*
4 *d'installation ?*

5 Bien sûr j'ai 57 ans et je me suis installée en 1999.

6 *-Merci. Alors écoutez, on peut commencer, par une question introductive assez générale, savez-*
7 *vous ou pensez-vous que sur la Métropole de Nancy, il y a des patients qui ne trouvent pas de*
8 *médecin traitant ?*

9 Ah oui, j'ai des patients qui atterrissent ici en me disant que ben voilà ils trouvent pas, et moi je les
10 prends, ça commence à monter.

11 *-D'accord donc vous le ressentez. Alors sur le plan pratique, dans quelles conditions acceptez-vous*
12 *des nouveaux patients ? Avez-vous des critères qui vous font déclencher un « oui » ? Comme par*
13 *exemple un critère d'âge, d'autonomie du patient, un parrainage par un confrère ou par un autre*
14 *patient, ou un autre critère ?*

15 Alors déjà je pars du principe que c'est une rencontre. C'est à dire que je ne dis pas au patient "ben je
16 vais vous prendre" comme ça sans les voir, donc c'est d'abord les rencontrer. Après, là où je suis
17 attentive, c'est que je ne prends pas des gens qui sont sous méthadone ou subutex. Parce que je suis
18 seule en cabinet, et tard le soir à 20h quand vous avez des gens qui arrivent pour avoir leur
19 méthadone ou subutex et que vous êtes toute seule, ça le fait pas. Donc moi je suis une femme,
20 toute seule, et maintenant j'ai 57 ans donc voilà, là je me préserve. Ça c'est un critère d'exclusion.
21 Critère purement « oui » je dirais... j'ai plutôt des critères « non » mais on va dire que les membres
22 de la famille ça facilite aussi.

23 *-D'accord, alors maintenant question opposée, avez-vous des critères qui vous font déclencher un «*
24 *non » ? Par exemple une patientèle saturée, un besoin de garder du temps pour votre famille, des*
25 *engagements universitaires ou associatifs, ou un autre critère particulier ?*

26 Alors la deuxième chose, le critère qui me fait vraiment observer... je reviens toujours à mon âge
27 *rire* c'est que je prends maintenant les VAD autour du cabinet, mais je ne prends plus à distance. Et
28 du coup comme j'ai une patientèle qui augmente, ben les maisons de retraite je ne les fait plus. Voilà,
29 c'est les 3 éléments qui me font étudier éventuellement, c'est pas de traitement substitutif, des
30 visites autour du cabinet, et si derrière on me demande d'aller en EHPAD je le fais pas, le reste j'ai
31 pas de critère. J'arrive encore à pas être saturée.

32 *-Ah parfait. Alors on peut passer à la deuxième moitié de l'entretien, orientée plutôt sur les*
33 *solutions, tout d'abord connaissez-vous les aides à votre exercice, que ce soit humaines comme les*
34 *IPA, ASALEE, assistants médicaux, ou les dispositifs d'appui comme la PTA, anciennement Réseau*
35 *Gérard Cuny ?*

36 Non, à part le Réseau, entendu parler oui uniquement, et pratiqué encore moins. Sinon je passe par
37 le Réseau Gérard Cuny, je les connais bien, je ne savais pas qu'ils avaient modifié le nom comme ça,
38 pour moi c'est toujours Réseau Gérard Cuny et je travaille avec, quand il y a besoin.

39 *-Et pensez-vous que ces aides peuvent inciter à accepter des nouveaux patients, en libérant le*
40 *temps médical ?*

41 Non. Enfin pas pour moi en tout cas. Parce que comme moi j'ai besoin... alors la manière dont je
42 pratique déjà je prends 20 minutes par patient. Et je pratique quelque chose de... j'ai une vision
43 médicale holistique, c'est à dire que, alors j'aime pas du tout le terme parce que ça fait très
44 ésotérique, mais c'est une vision globale, c'est à dire que quand je reçois un patient, j'ai besoin
45 d'avoir tout sous la main, et quand je prends une tension, ben ça me permet d'entendre un cœur qui
46 bat pas comme il faut, ça me permet d'avoir une approche qui est... parce que je sais que les
47 assistants vont faire des choses comme ça, alors ça moi j'ai besoin de l'avoir dans mon oreille tout de
48 suite, voilà. Donc des assistants médicaux, en plus ici il y a une patiente l'autre jour qui m'a dit "vous

49 le mettriez où, vous le mettez dans les toilettes ?" et j'ai dit ben oui *rires* ce sera dans les toilettes
50 s'il y a pas la place. Et au niveau du temps non ça me fera pas gagner de temps du tout. Moi j'ai
51 besoin d'être en lien avec le patient... Alors dans ma conception, mais je suis une ancienne, une
52 consultation médicale c'est une rencontre. Partant de là, j'ai besoin d'avoir tous les éléments que je
53 vois, que je vois pas, enfin j'ai besoin de me nourrir de ce que m'apporte le patient. Donc s'il y a un
54 tiers qui fait des tâches comme ça, je vais perdre plein d'informations. On nous dit par exemple les
55 pharmacies vont faire les renouvellements d'ordonnances, ben c'est bien gentil cette histoire-là, mais
56 le patient quand il vient pour son renouvellement, il vient pas que pour son renouvellement, il vient
57 nous raconter une partie de sa vie, il nous rajoute des petites choses, et là on se dit "ah, tiens là ouh
58 il faut qu'on soit attentif, racontez-moi de nouveau ce que vous me dites là?", et donc ça va ouvrir
59 sur éventuellement un accompagnement, sur autre chose, à un petit problème qui arrive en plus et
60 des choses comme ça, la pharmacie ne pourra pas faire ça.

61 *-D'autres confrères m'ont rapporté ces craintes effectivement. Alors à présent question ouverte,*
62 *voire très ouverte en fonction de vos idées, qu'est-ce qui selon vous, permettrait à tous ceux qui le*
63 *souhaitent de trouver un médecin traitant ?*

64 La chose est simple, quand j'ai fait mes études de médecine, on nous disait 25 patients par jour c'est
65 suffisant, nous on se disait "25 ?", on pensait qu'il fallait en faire beaucoup plus. Quand j'ai remplacé,
66 j'ai remplacé un médecin qui en voyait 90... donc moi péniblement je dois dire, j'arrivais à en faire 55
67 par jour. J'ai fait ça pendant 5 ans, je l'ai remplacé pendant 5 ans, au bout de 5 ans j'ai dit stop. Il y a
68 une consœur qui s'est installée dans un petit endroit où elle devait remplacer un MT qui est parti à la
69 retraite, il y en a une autre qui est partie parce qu'elle était malade donc elle s'est retrouvée toute
70 seule avec une patientèle sur-augmentée, l'ARS lui a dit "c'est pas grave on vous met un assistant
71 médical et vous voyez 40 personnes par jour obligatoirement", elle a pas tenu.

72 Là quand ça monte en charge quand on a les épidémies, ben oui c'est sûr que moi je vais terminer
73 plus tard mais je ne raccourcis pas mon temps de consultation. Mais voilà je tiens 1 semaine, 15 jours
74 après j'ai quand même besoin aussi de respirer un petit peu. Mais voilà je sais que c'est des périodes
75 où c'est chargé, bon ben c'est tout on charge sur la période et c'est correct. Mais voilà assistant
76 médical non, moi c'est une fausse solution, c'est une fausse bonne solution.

77 *-C'est un sujet débattu effectivement... Et vous pensez à une mesure particulière pour diminuer le*
78 *nombre de patients sans médecin traitant ?*

79 Il y a une chose que le gouvernement arrive pas à entendre, si on valorise nos actes autrement, c'est
80 à dire si on nous reconnaît autrement, je pense qu'il y a un certain nombre de médecins qui
81 arrêteront de faire des actes, pour des actes, pour des actes, pour des actes... Parce que moi en
82 voyant les patients 20 minutes, en prenant le temps d'écouter et de les autonomiser, ben je gère,
83 c'est à dire que souvent le patient me dit "alors je sais la dernière fois vous m'avez dit par rapport à
84 ça, vous m'avez dit de faire ça, ça et ça, là j'ai fait ça, ça et ça, ben c'était passé donc je vous ai pas
85 consultée", ou alors on me téléphone simplement pour me dire "ben écoutez voilà j'ai ça, et ça, et ça,
86 vous m'avez dit ça, est-ce que je peux continuer comme ça ?" je dis "OK on valide", c'est bon,
87 autonome. Notre but, normalement, c'est de rendre le patient autonome dans sa prise en charge, et
88 non pas de les faire revenir régulièrement, en disant "ah ben non ben là vous avez un chiffre qui va
89 pas bien...", notre métier c'est pas de les inquiéter, c'est de les rassurer. Quand ils viennent avec
90 "internet m'a dit que..." *rires*, alors "racontez moi votre démarche" , plutôt que de m'opposer
91 "racontez -moi votre démarche, racontez-moi comment vous avez fait, comment est-ce que vous
92 avez lu, qu'est-ce qui vous a incité à faire ça", et ainsi de suite... après je reprends avec eux : "ben
93 écoutez là vous voyez vous avez pris cette route à droite en pensant que c'était la bonne, mais vous
94 ne saviez pas qu'il y avait ça qu'il fallait lire, là vous avez lu telle chose c'était bien mais là vous avez
95 pas vu qu'il y avait ça...", donc plutôt que de leur dire "mais n'importe quoi, arrêtez avec internet",
96 non, je leur dit "ok", parce que moi je sais que pour mes dents je suis capable d'aller voir sur internet,

97 si j'ai une gingivite ou je sais pas quoi ça m'est arrivé une fois, donc je l'ai faite la démarche, je suis
98 passée de l'autre côté, et j'ai eu une interaction après avec la dentiste, elle m'a dit des choses, du
99 coup j'ai repris ce qu'elle m'a dit... et du coup j'accompagne le patient dans sa démarche internet,
100 parce qu'il a besoin de son autonomie.

101 *-Internet a profondément modifié la relation médecin patient effectivement. Alors j'avais une*
102 *dernière question, concernant votre opinion sur une action locale de la CPTS, qui a mis récemment*
103 *en place une liste de médecins acceptant des nouveaux patients. Est-ce que vous auriez accepté d'y*
104 *apparaître, et trouvez cette mesure adaptée ?*

105 C'est une idée à défaut d'autre chose, parce qu'en fait, la chose à laquelle on est confrontés quand
106 même, c'est qu'un patient nous choisit, mais nous on choisit pas toujours, et en fait vous avez des
107 rencontres avec certains patients qui se font ou qui se font pas. Donc si vous avez des listes de MT et
108 que voilà, qui disent "ben moi je suis encore en capacité de prendre", il faut pas qu'il y ait une
109 captation des patients qui sont en asphyxie parce qu'ils trouvent personne, et qu'ils s'accrochent à un
110 médecin, et le médecin n'est plus en capacité de dire "non ça n'ira pas avec vous", alors là le patient
111 va se rebiffer, il va dire "ben alors pourquoi est-ce que vous mettez votre nom ?". Je serais vraiment
112 pas trop partante personnellement.

113 *-Bon et bien on a fait le tour, en tout cas je vous remercie -*coupé**

114 En tout cas moi voilà, parce que ça c'est une chose que je ne comprends pas, même si un patient
115 m'appelle parce que voilà, il a un souci et il trouve personne on va dire, je ne refuse jamais un patient
116 pour ne serait-ce que même une consultation, nous n'avons pas le droit. Alors j'entends souvent des
117 gens qui disent "ah ben oui mais le médecin m'a dit maintenant j'ai assez de patients", ben non, c'est
118 pas notre profession ça. "J'ai pris assez de patients", mais on est pas obligés de prendre le patient
119 systématiquement, le prendre en charge tout le temps. La fausse bonne idée de l'état ça a été de
120 coincer les patients avec un MT, ça c'est la fausse bonne idée hein. Ça, c'est ça qui a fait couler le truc
121 hein. Je ne suis pas spécialement pour le MT, on devrait peut-être même songer à arrêter ça. Je vais
122 vous dire, autre fois on avait pas ça et tout fonctionnait très très bien, on avait pas des patients
123 nomades, aujourd'hui les patients si vous êtes nomades ils continuent à être nomades hein. Donc ça
124 c'est une tentative de régulation, je ne connais pas le fond du fond de la réflexion, je pense qu'il y a
125 des choses qui sont très éloignées de moi que... je ne veux pas savoir hein, mais en fait le patient
126 autrefois il avait une autonomie, trouvait un médecin facilement, dans tous les remplacements que
127 j'ai faits, et j'ai travaillé plus de 12 ans en remplacement donc j'en ai vu, je n'ai jamais vu des choses
128 qui étaient dérégulées. Hier j'ai une patiente qui m'a dit "je vous ai fait une infidélité ce week-end...",
129 ben non, pas une infidélité, vous aviez un besoin, ce week-end on devait se voir c'est vrai mais le
130 besoin était plus urgent, vous avez consulté autrement. C'est pas une infidélité, il y avait un besoin,
131 j'étais pas là effectivement donc vous allez quelqu'un qui est là et qui vous soigne. Et je crois que
132 normalement le sens premier de notre métier c'est de prendre en soins, et j'ai bien dit de prendre en
133 soins, et pas en charge, parce qu'il faut soulager notre dos... Ma mission première c'est de prendre
134 en soins.

135 *-Prendre en soins, et pas en charge, je pense que cela résume bien votre pensée. Merci beaucoup*
136 *d'avoir participé et d'avoir pris le temps de développer, c'était intéressant.*

137 Mais avec plaisir.

1 **Entretien MG 14 :**

2
3 *-Avant d'entrer dans le vif du sujet, est-ce que je peux connaître votre âge et votre année*
4 *d'installation ? Pour les statistiques...*

5 Alors mon âge c'est 63, et mon année d'installation c'est 87.

6 *-Merci. Alors commençons, par une question introductive, savez-vous ou pensez-vous que sur la*
7 *Métropole de Nancy, il y a des patients qui ne trouvent pas de médecin traitant ?*

8 Non, je vais dire non, je m'en suis pas rendu compte. J'ai des patients qui appellent pour chercher un
9 MT et qui ont l'air content d'en trouver *rires*, mais j'ai pas l'impression moi, personnellement, qu'il
10 y ait des gens qui soient en carence, quoi. En tout cas je l'ai pas ressenti.

11 *-D'accord, alors maintenant sur le plan pratique, vous, dans quelles conditions acceptez-vous des*
12 *nouveaux patients ? Avez-vous des critères qui vous font déclencher un « oui » ? Je vous donne*
13 *quelques exemples : un critère d'âge, d'autonomie du patient, un parrainage par un confrère ou*
14 *par un autre patient, ou un autre critère ?*

15 J'ai jamais refusé personne, le seul critère c'est que je les préviens tout de suite que mes
16 consultations sont uniquement sur RDV, donc qu'ils viennent pas en dehors des moments où ils ont
17 RDV, et que les VAD c'est une pratique très exceptionnelle, si vraiment ils peuvent pas se déplacer. Si
18 les deux conditions là les satisfont, je les prends, il y a pas de soucis.

19 *-Alors maintenant la question opposée, avez-vous des critères qui vous font déclencher un « non » ?*
20 *Encore quelques exemples : une patientèle saturée, un besoin de garder du temps pour votre*
21 *famille, des engagements universitaires ou associatifs, ou un autre critère particulier ?*

22 Non, si je leur dis "écoutez les VAD ça se fera que en cas d'urgence" et qu'on me dit "ah ben on a
23 l'habitude de faire venir un médecin donc ça va pas", bon c'est eux qui vont refuser à ce moment-là,
24 c'est pas moi. La VAD je la réserve pour les patients qui vraiment peuvent pas se déplacer, et de
25 toute façon j'en prends plus de nouveaux, j'ai pas l'intention de faire l'essentiel de l'activité en VAD,
26 quoi.

27 *-D'accord, alors à présent on change un peu de sujet, est-ce que vous connaissez les aides à votre*
28 *exercice, que ce soit humaines comme les IPA, ASALEE, assistants médicaux, ou les dispositifs*
29 *d'appui comme la PTA, anciennement Réseau Gérard Cuny je précise ?*

30 Les IPA je connais le mot, je connais en gros le principe, mais après je sais pas exactement comment
31 ça fonctionne, si je peux prescrire ou des choses comme ça. Les assistants médicaux c'est pareil je
32 connais le nom mais je sais pas du tout ce que ça recouvre. Les infirmières Asalée alors ça je sais pas
33 ce que c'est *rires* et Réseau Gérard Cuny oui, je les appelle quand j'ai un problème de maintien à
34 domicile d'une personne âgée.

35 *-Les Asalée pour préciser en deux mots, ce sont des infirmières qui interviennent dans des cabinets*
36 *médicaux pour faire notamment de l'éducation et du suivi de situations de maladie chronique, de*
37 *tabagisme, obésité, etc...*

38 Ah ouais non je connaissais vraiment pas, bon en tout cas j'en ressens pas la nécessité.

39 *-Justement c'était en partie la question suivante, est-ce que vous pensez que ces aides peuvent*
40 *inciter les médecins traitants à accepter des nouveaux patients ?*

41 Euh, comment ça, je comprends pas bien ?

42 *-Est ce que vous pensez par exemple que les IPA ou les assistants médicaux peuvent faire gagner du*
43 *temps au médecin en remplissant certaines tâches, et ainsi permettre de recevoir des patients*
44 *supplémentaires ?*

45 Je sais pas non, j'ai pas trop d'opinion. Parce qu'au premier abord on peut se dire oui ça fera gagner
46 du temps, après à chaque fois qu'on a un intervenant, ça suppose de notre côté un temps de
47 préparation, de débriefing, de vérification. Je suis pas sûr que, in fine, on gagne vraiment beaucoup
48 de temps. Parce que si on rajoute le temps administratif que ça suppose pour mettre en place une

49 IPA, vérifier... moi je vois c'est pas une IPA mais j'ai les infirmières qui me communiquent
50 régulièrement parce qu'elles suivent une personne âgée, m'envoient des mails tous les deux jours, hé
51 bien c'est du temps. C'est du temps pour lire le mail, pour y répondre, pour aller rechercher les
52 arguments pour telle ou telle attitude, et bien sûr elle va gérer des tas de choses u domicile, mais ça
53 suppose un temps hebdomadaire qui n'est pas négligeable.

54 ***-Alors maintenant une question assez importante, qu'est-ce qui selon vous, permettrait à tous ceux
55 qui le souhaitent de trouver un médecin traitant ?***

56 Ben euh, non, comme ça je ne sais pas. Ce qu'il faudrait voir, c'est pourquoi ils n'ont pas de MT. On
57 entend dire qu'il faudrait obliger mais ça marchera pas ça, non. Après vous avez quand même des
58 patients qui sont peu compliants hein. Quand ils disent que les médecins des alentours sont saturés,
59 c'est les médecins à 500m de chez eux. S'ils vont chercher à quelques kilomètres ils en trouveront.
60 Parce que quand on regarde il y a 50 ou 60 ans, les gens faisaient parfois 10km pour aller chez leur
61 médecin, il y avait pas de saturation. Alors que maintenant les gens ils disent qu'ils ont pas de MT, je
62 parle pas des campagnes hein, mais en ville, c'est peut-être le cas à Nancy, ils vous disent qu'ils ont
63 pas de MT parce qu'ils en veulent un dans leur rue ou à 2 pâtés de maison, pas plus quoi. Si on leur
64 dit, "ben oui mais si vous sortez, si vous allez faire 10km vous en trouverez hein", " oh ben je vais pas
65 faire 10km pour avoir un médecin". Alors c'est un peu différent en campagne où là en campagne ils
66 font déjà les 10km *rires*. Mais sinon qu'est-ce qu'on pourrait trouver... je sais pas, enfin il y a
67 quelque chose qui pourrait répondre à votre question, il faudrait améliorer, mieux rémunérer des
68 actes qui nous prennent du temps aussi, je vois avec les VAD par exemple je vous disais je prends
69 plus que les urgences car ça prend énormément de temps, vraiment, et malheureusement pas
70 valorisé, pas à la hauteur de l'acte et du temps passé en tout cas, et forcément on peut plus se
71 permettre d'y consacrer une grande partie du planning.

72 ***-Les visites à domicile sont souvent au centre des difficultés en effet. Alors rapidement pour ne pas
73 abuser de votre temps j'avais une dernière question, concernant votre opinion sur une action locale
74 récente de la CPTS qui a mis en place une liste de médecins traitants acceptant des nouveaux
75 patients. Auriez-vous accepté d'y apparaître et est-ce que vous trouvez la mesure adaptée au
76 problème ?***

77 Ben oui ça me paraît pas mal effectivement. Je suis pas complètement sûr d'avoir été sollicité, je
78 crois mais... auquel cas j'ai dit oui, mais si ça fait plus de quelques mois je m'en souviens plus *rires*.

79 ***-*rires* après si vous ne faites pas partie de la CPTS on ne vous a pas sollicité normalement. Bon
80 nous voilà arrivés au bout, en tout cas je vous remercie de m'avoir accordé de votre temps.***

81 Oh ben pas de problème, merci à vous.

1 **Entretien MG 15 :**

2
3 *-Avant de rentrer dans le vif du sujet, pour les statistiques, pouvez-vous me donner votre âge et*
4 *année d'installation s'il vous plaît ?*

5 Alors moi j'ai 32 ans pour encore quelques jours, et je me suis installé il y a 3 ans [2019. N.D.L.R].

6 *-Merci. Alors première question très générale, savez-vous ou pensez-vous que sur la Métropole de*
7 *Nancy, il y a des patients qui ne trouvent pas de médecin traitant ?*

8 Oui j'en vois, alors moi j'accepte tout le monde donc du coup... moi j'accepte tout le monde, moi je
9 leur dis juste que je m'engage pas en fait à leur offrir effectivement un RDV dans la journée. Mais
10 effectivement moi je leur dis il y a pas de soucis, moi je veux bien suivre tout le monde de toute
11 façon, voilà.

12 *-D'accord, alors justement question suivante, dans quelles conditions acceptez-vous des nouveaux*
13 *patients ? Avez-vous des critères qui vous font déclencher un « oui » ? Je vous donne quelques*
14 *exemples, donc : un critère d'âge, d'autonomie du patient, un parrainage par un confrère ou par un*
15 *autre patient, ou un autre critère ?*

16 Alors moi je gère ma "merde", c'est à dire que moi quand j'ai un patient, où on me dit "oui alors son
17 MT n'a pas voulu le suivre à domicile", moi je dis "ben non je prends pas de gens à domicile". Par
18 contre, moi c'est clair que je fais le service après-vente, donc quand effectivement j'ai un patient qui
19 tombe en dépendance, je le suis peu importe la maison de retraite, bien sûr dans un rayon
20 acceptable de kilomètres autour de Nancy, et quand effectivement s'il reste à domicile et qu'il y a
21 besoin d'aller à domicile je le fais. Mais que pour des patients que je suis déjà.

22 *-D'accord. Alors à présent question opposée, même si j'ai déjà quelques éléments de réponse, dans*
23 *quelles conditions ne pouvez-vous pas accepter de nouveaux patients ? Avez-vous des critères qui*
24 *vous font déclencher « non » ? Quelques exemples à nouveau : une patientèle saturée, un besoin de*
25 *garder du temps pour votre famille, des engagements universitaires ou associatifs, ou un autre*
26 *critère particulier ?*

27 Alors moi non, moi je me forme énormément, je donne des cours à la fac en ostéo, j'ai souvent des
28 formations en ostéo ou en médecine du sport, mais non ça me freine pas effectivement pour
29 prendre des NP. La seule chose effectivement, c'est quelqu'un qui aurait déjà été suivi, si on me
30 demande de prendre de quelqu'un à domicile ou en EHPAD directement c'est vrai que je dis non,
31 c'est vraiment la seule chose.

32 *-Alors à présent on change un peu de sujet, connaissez-vous les aides à votre exercice, que ce soit*
33 *humaines comme les IPA, ASALEE, assistants médicaux, ou les dispositifs d'appui comme la PTA,*
34 *anciennement Réseau Gérard Cuny ?*

35 Alors oui moi je connais bien les Asalée et les IPA aussi mais j'en ai pas, mais de toute façon c'est...
36 normalement je suis pas dans l'esprit de me servir de l'IPA, à savoir que je suis dans Nancy centre
37 donc voilà. Les assistants médicaux je connais bien aussi mais pas franchement besoin. Et après il y
38 avait quoi, oui j'ai fait beaucoup appel au Réseau Gérard Cuny.

39 *-Et est-ce que vous pensez que ces aides peuvent inciter à accepter de nouveaux patients ?*

40 Non, ça libère pas de temps médical. Enfin j'ai pas d'IPA ou assistant donc je parle surtout de
41 l'infirmière Asalée et du Réseau Gérard Cuny, ça libère pas du temps médical. C'est quelque chose
42 qui vient en plus, qui améliore la prise en charge et l'optimise, mais pour moi c'est pas quelque chose
43 qui libère du temps. De toute façon libérer du temps pour moi c'est illusoire, honnêtement je ne fais
44 qu'en perdre franchement *rires*

45 *-*rires* oui inverser la tendance est un défi. Question plus ouverte à présent, qu'est-ce qui selon*
46 *vous, permettrait à tous ceux qui le souhaitent de trouver un médecin traitant ?*

47 Bonne question... alors effectivement je l'ai vu ce chiffre aussi de la CPTS qui disait 10.000 patients.
48 J'étais un peu surpris, je me suis demandé en fait si justement du coup ces 10.000 patients

49 cherchaient réellement un MT déjà. Pour moi dans ces 10.000 patients qui n'ont pas de MT, je pense
50 qu'il y a une paire de gens qui sont éloignés de la médecine d'une façon ou d'une autre, et du coup je
51 suis pas sûr qu'effectivement ce soit le premier critère sur ce problème-là. Je pense qu'il y a aussi pas
52 mal de social... je sais pas ce qu'ils sont autorisés à faire mais, si on faisait ça par CSP et pis par
53 quartier, je pense qu'on aurait vraiment des géographies qui... voilà des gens qui sont vraiment
54 éloignés de la médecine. Il faudrait donc préciser ces chiffres je pense, savoir d'où on part réellement
55 et effectivement à part ça pour le moment comme ça j'ai pas vraiment d'idée sinon, mais ça passera
56 sûrement aussi par le nombre de médecins, on est de moins en moins, il faut inverser la tendance et
57 redonner envie, à mon avis tant que c'est pas le cas on pourra faire ce qu'on veut, ça marchera pas
58 spécialement.

59 *-D'accord, alors j'avais une dernière question, sur votre avis concernant une action récente de la*
60 *CPTS qui a mis en place une liste de médecins acceptant des nouveaux patients. L'entretien est*
61 *anonymisé alors juste pour information, auriez-vous accepté d'y apparaître, et pensez-vous que la*
62 *mesure est adaptée ?*

63 Je sais pas du tout, je sais déjà pas si je suis dessus, sinon oui moi ça me va, après l'idée en tant que
64 tel je suis moins sûr... Je m'intéresse assez peu à la CPTS, sur Nancy en fait l'impression que j'ai c'est
65 que la CPTS c'est beaucoup de la politique, il y a des grands discours, machin, machin, mais en fait...
66 voilà je suis pas sûr qu'effectivement... moi je critique pas hein, moi je trouve qu'Asalée fait vraiment
67 un très bon programme, je trouve que le Réseau Gérard Cuny font vraiment beaucoup de taff,
68 surtout sur les patients qui sont très compliqués. Il y a plein d'autres choses comme ça mais pour
69 l'instant la CPTS l'impression que j'en ai c'est qu'effectivement il y a beaucoup de réunions, il y a
70 beaucoup de gens qui parlent de choses, mais leurs actions concrètes de toute façon voilà, j'ai pas
71 l'impression qu'il y en ait beaucoup pour l'instant.

72 *-D'accord, alors on arrive au bout, je vous remercie pour votre participation et de m'avoir consacré*
73 *du temps !*

74 Y'a pas de souci, bon courage pour la suite.

1

1 **Entretien MG 16 :**

2
3 *-Avant de commencer, pour les statistiques, est-ce que je peux connaître votre âge et année*
4 *d'installation s'il vous plaît ?*

5 Oui, 30 ans, installée en novembre 2021.

6 *-Merci. Alors on peut commencer, par une première question introductive, savez-vous ou pensez-*
7 *vous que sur la Métropole de Nancy, il y a des patients qui ne trouvent pas de médecin traitant ?*

8 Ah oui clairement, en plus le Dr [X1] de la rue [L] est partie en retraite donc... Moi je viens de rentrer
9 d'un congé maternité, ça fait 3 semaines que j'ai repris le boulot, toute sa patientèle vient au cabinet
10 parce que plus de MT, et pas de MT qui reprennent des NP, donc oui oui, j'ai pas le chiffre mais
11 clairement on est confrontés à la problématique tous les jours.

12 *-D'accord, alors maintenant sur le plan pratiques, dans quelles conditions acceptez-vous des*
13 *nouveaux patients ? Est-ce que vous avez des critères qui vous font déclencher un « oui » ? Je vous*
14 *donne quelques exemples : un critère d'âge, d'autonomie du patient, un parrainage par un*
15 *confrère ou par un autre patient, ou un autre critère ?*

16 Autonomie clairement, j'ai quelques patients en VAD, j'en prends plus des nouveaux. Typiquement
17 j'ai une dame hier de 70 ans qui vient me voir, qui me dit qu'elle avait son MT, donc le Dr [X1] partie
18 en retraite, elle est suivie pour une HTA, voilà elle est autonome, elle est retraitée mais elle a une
19 activité enfin voilà du bénévolat, etc, elle me dit que son conjoint est en centre de rééducation parce
20 qu'il a fait son 3ème AVC, quant à son autonomie il est en rééducation mais il a une vraie perte
21 d'autonomie depuis le dernier AVC. Moi je lui dis "écoutez je fais pas de déclaration pour l'instant,
22 parce que je ne le prendrais pas en VAD", donc à voir quand il sort de rééducation, dans quel état il
23 est en termes d'autonomie, mais clairement c'est un critère, parce que c'est les patients qui sont
24 lourds, on sait bien que les VAD on en a à chaque fois pour 30-40min et que c'est un temps médical
25 énorme, pas du tout assez bien rémunéré et... voilà. Donc autonomie oui, je pense qu'effectivement
26 quand je dis oui, très souvent, alors là c'est pas le bon exemple ce que je viens de vous dire mais,
27 quand je dis oui à un membre de la famille je vois les enfants également, voilà. Qu'est-ce que je peux
28 dire d'autre... bon ben le feeling hein, il y a des gens qui arrivent directement avec leurs demandes :
29 "ah ben j'ai toujours eu ce traitement là, ça fait 10 ans que je suis sous Zopiclone, ben il faut me le
30 renouveler, voilà", donc ça c'est directement des trucs qui m'arrêtent quand je sens qu'on va pas
31 avoir un contact... voilà. Quand je sens que je suis pas du tout en adéquation avec ce que l'ancien
32 médecin faisait, ça limite aussi la déclaration MT, voilà.

33 *-Justement on va passer à la question opposée, même si vous avez déjà en partie répondu, avez-*
34 *vous d'autres critères qui vous font déclencher un « non » ? Je vous donne encore quelques*
35 *exemples : une patientèle saturée, un besoin de garder du temps pour votre famille, des*
36 *engagements universitaires ou associatifs, ou un autre critère particulier ?*

37 Ben... ouais ce qu'il me fait dire non là maintenant c'est les VAD, parce que c'est soit sur du temps de
38 midi, soit sur le temps du soir, j'ai un bébé qui a deux mois... voilà le sens des priorités là... J'ai pas
39 vraiment adapté mes horaires parce qu'il y a quand même une grosse demande, après je bosse que 4
40 jours semaine, je bosse pas le jeudi. Je fais lundi 8h30-19h, et je fais ça le lundi, mardi, mercredi,
41 vendredi grosso modo, avec 30min de pause le midi. Voilà c'est des bonnes journées, mais je bosse
42 plus le samedi matin, et je bosse pas le jeudi quoi.

43 *-Alors pour parler d'autre chose on va aborder la deuxième moitié orientée sur les solutions, tout*
44 *d'abord connaissez les aides à votre exercice, que ce soit humaines comme les IPA, ASALEE,*
45 *assistants médicaux, ou les dispositifs d'appui comme la PTA ? Le Réseau Gérard Cuny, je précise.*

46 Alors on a une infirmière Asalée qui travaille avec nous depuis septembre 2022, qui vient travailler au
47 cabinet 3 jours par semaine si je ne dis pas de bêtise, et qui nous permet de prendre en charge,
48 enfin, qui nous aide à la prise en charge de nos patients polypathologiques, qui a mis en place un
49 groupe de marche, enfin voilà ça fonctionne super bien au sein du cabinet, donc ça je connais oui.
50 Alors Asalée pourquoi on a pu le faire, parce que finalement en termes d'investissement c'était
51 faisable, on avait déjà une salle de consultation supplémentaire, on a dû investir dans du matériel
52 informatique et Asalée a pris une partie de la facture d'ailleurs. Mais sinon assistants médicaux et
53 tout on peut pas se permettre hein, d'un point de vue financier. On a une secrétaire pour trois, des
54 locaux sur Nancy centre ça revient cher, donc des assistants médicaux on pourrait vraiment pas se le
55 permettre. Mais l'infirmière Asalée ça fonctionne très bien, ça fonctionne très bien et ça permet que
56 chacun fasse son boulot, contrairement à ce qu'on entend parler sur les IPA là, où moi
57 personnellement ce que j'entends ça me fait un peu tendre le dos. L'infirmière Asalée ça nous fait
58 vraiment avoir une pratique complémentaire sur des choses qu'on a pas le temps de faire ou qu'on
59 ne fait plus bien, moi faire un bilan cognitif chez la personne âgée je l'ai jamais trop pratiqué, et je
60 pense pas être assez conscienc... enfin voilà je pense pas prendre le temps pour le faire donc c'est
61 très bien qu'elle le fasse, les consultations de sevrage tabagique également, les consultations
62 nutrition surtout les patients qui ont des facteurs de risque cardiovasculaires, chez l'obésité de
63 l'enfant, enfin voilà c'est vraiment du temps dédié pour ça, où elle travaille très bien, il y a un très
64 bon contact avec les patients. Et puis c'est des choses que nous on pratique plus trop, ou plus bien,
65 en tout cas moi pour ma part, et je trouve que du coup chacun reste à sa place, c'est pas pour autant
66 qu'elle va... c'est pas son rôle de renouveler les traitements de mes médicaments, ni de faire la part
67 des choses quand il y a un déséquilibre sur quelque chose, enfin voilà c'est vraiment complémentaire
68 et ça, je trouve ça hyper intéressant. Parce que finalement l'éducation thérapeutique du diabétique
69 on le fait pas du tout au cabinet, alors s'ils ont la chance d'avoir vu un diabéto au CHU au début de
70 leur pathologie, bon ben voilà ils sont dans la boucle, mais sinon moi personnellement je prends
71 vraiment pas le temps de le faire. Je réexplique pas ce qui se passe dans un diabète de type 2,
72 comment enfin... et ça je pense que c'est vraiment une bonne chose. Pareil pour la partie
73 alimentation... moi c'est vraiment pas mon domaine de compétences hein, donc c'est vraiment super
74 d'avoir une personne complémentaire qui vienne travailler avec nous. C'est vraiment chacun sa part
75 du travail, et ça fait une prise en charge globale qui est bien meilleure.

76 ***-C'est intéressant effectivement, et les IPA finalement vous connaissez également ?***

77 Alors là en pratique avancée ce que je vois c'est que en hospitalier, j'ai des patients insuffisants
78 rénaux chroniques ou suivis en hémato qui voient une fois sur deux une IPA. OK pourquoi pas, voilà
79 là je pense que ça peut, sur des pathologies stabilisées, au sein du CHU, sous couverture d'un spé, oui
80 pourquoi. Mais si t'es en ville... non je trouve que c'est... enfin vu ce qu'on nous annonce sur des
81 renouvellements... alors en termes de prise en charge de cotation de ce qu'elle pourrait faire, en
82 termes de responsabilité, mettre sous couverture d'un médecin référent qui connaît pas l'IPA... euh
83 enfin c'est non, je trouve que mettre en cause notre responsabilité sur des ordonnances et sur des
84 soins qu'on fait pas, non vraiment je trouve que c'est scandaleux. Je suis totalement opposée pour la
85 mise en place des IPA en ville. Du coup pour moi c'est pas du travail en collaboration, peut être en
86 hospitalier, oui pourquoi pas parce que ça a l'air de fonctionner, mais c'est dans un domaine bien
87 précis du coup hein. Là quand je voyais le suivi pour de la néphro, voilà c'est très spécialisé, je pense
88 qu'elles ont été formées uniquement dans ce sens-là. Voir des consultations affichées sur Doctolib
89 pour des IPA qui font de la consultation cardio, qui font de l'évaluation des facteurs de risque
90 cardiovasculaires, qui font des renouvellements de traitement, machin, machin... non quoi.

91 *-D'autres confrères m'ont rapporté ces craintes en effet... et il nous restait la PTA ? Appelé*
92 *anciennement Réseau Gérard Cuny, ça vous parlait un peu ?*

93 Pour la PTA je connais oui, je connais parce que je sais qu'un de mes associés a déjà fait appel au
94 réseau pour une patiente avec des troubles cognitifs, mais moi j'ai jamais eu à faire un travail avec le
95 Réseau Gérard Cuny.

96 *-Alors question liée, pensez-vous que ces aides peuvent inciter à accepter de nouveaux patients ?*
97 *En libérant le temps médical...*

98 Assistants médicaux peut-être... Peut-être que si on avait une assistante ou un assistant médical au
99 cabinet qui nous faisait toute la partie prise de tension, enfin toutes les constantes, peut-être, peut-
100 être... mais là la question elle se pose même pas vu le coût que ça impliquerait aides comprises, et vu
101 qu'il n'y a pas de revalorisation de nos cotations, je pense que là c'est inenvisageable et donc on s'est
102 pas posés la question. Mais après ça marche très bien, j'ai une amie qui est ophtalmo, ça marche très
103 bien et elle tourne sur 4 box, il y a un orthoptiste qui fait toutes les mesures et tout, elle arrive à la fin
104 pour le domaine purement médical entre guillemets, et ça fonctionne très bien sur les autres
105 spécialités donc oui je pense que si on avait quelqu'un qui faisait ce temps de travail là, ça pourrait
106 nous libérer du temps pour les patients. C'est un manque de moyens là, clairement, c'est une
107 question d'argent.

108 *-D'accord, alors à présent question importante, qu'est-ce qui selon vous, permettrait à tous ceux*
109 *qui le souhaitent de trouver un médecin traitant ?*

110 Il faudrait... pareil ça c'est vraiment le sujet actuel, il faut que le métier devienne plus attractif, il faut
111 que les remplaçants puissent s'installer, et aient envie de s'installer. Moi j'ai une remplaçante qui m'a
112 fait mon congé maternité, je lui répète tout le temps : "si tu veux faire un enfant, ne t'installes pas
113 avant, c'est un enfer !", t'es obligée de rentrer avant la fin de ton congé maternité parce que les
114 charges continuent à tomber... enfin clairement il faut rendre le métier plus attractif. C'est pas en
115 obligeant les médecins actuellement installés à aller faire des consultations dans des lieux où il y a un
116 manque de médecins généralistes, ou en forçant les gens à prendre tant de patients, je pense que
117 c'est pas du tout le but du libéral... Un médecin généraliste qui s'installe en libéral, c'est qu'il a envie
118 de garder ce côté de liberté, sinon faire de la médecine hospitalière ou de la médecine salariale, on
119 est cantonnés à des horaires précis, on a un salaire qui tombe peu importe le nombre de patients
120 qu'on voit et pis basta. Là on perd tout le côté attractif du libéral qu'on a choisi en s'installant.

121 *-Pour vous donc la priorité est de rendre le métier plus attractif. Alors j'avais une dernière question-*
122 **coupé**

123 Rendre le métier plus attractif, oui clairement, revaloriser. Si les VAD étaient cotées, si toutes les VAD
124 pouvaient être cotées comme les visites longues actuelles à 70 euros, ben clairement c'est quand
125 même plus attractif que de se dire qu'on va se déplacer pendant 45minutes et être payé 35 euros,
126 c'est logique. Moi quand je suis en visite pendant 1h, que je gagne 35 euros, je me dis "ben merde
127 j'aurais pu en voir 4 ou 5 au cabinet, quoi", j'aurais pu voir de la virose, voilà, facile, au lieu de galérer
128 à essayer d'équilibrer un patient polypathologique avec tout le problème psychosocial,
129 l'accompagnement psychologique à l'aidant aussi, enfin on passe beaucoup de temps à discuter avec
130 la famille... c'est un métier de passion mais on fait pas ça bénévolement hein.

131 *-On me l'a également rapporté plusieurs fois effectivement... Alors je ne veux pas trop abuser de*
132 *votre temps mais j'avais une dernière question plus rapide, concernant votre opinion sur une action*
133 *de la CPTS qui a mis en place dernièrement une liste de médecins acceptant des nouveaux patients,*
134 *est-ce que juste pour information vous auriez accepté d'y apparaître, et jugez la mesure adaptée ?*

135 J'étais pas au courant, donc en fait les patients ils ont accès à une liste de médecins qui
136 potentiellement peuvent les prendre c'est ça ?
137 *-Alors c'est plutôt une liste à disposition des professionnels de santé de premier recours*
138 *susceptibles d'être en contact avec cette population, afin de les orienter...*
139 Oui pourquoi pas, oui. Pour l'instant moi de toute façon je suis pas concernée, je me suis installée il y
140 a trop peu de temps... enfin voilà c'est moi qui prends mes NP actuellement donc effectivement je
141 suis pas concernée par le sujet mais oui pourquoi pas.
142 *-D'accord, alors ça y est on a terminé, merci beaucoup d'avoir développé vos points de vue, et pour*
143 *votre participation.*
144 Pas de soucis avec plaisir, et bonne chance pour la fin de votre travail.

C. Partie analyse des freins

1. Fiches informations praticiens

Annexe : Information médecin traitant sur Medistory 4

Lorsque l'on ouvre le dossier du patient, le logiciel affiche la synthèse du dossier médical. Dans cette synthèse, le nom du médecin traitant s'affiche à l'écran.

Le nom du médecin indiqué dans le dossier est en noir, le nom du médecin déclaré à la CPAM est en gris clair. L'information se met à jour à chaque ouverture du dossier à l'aide de la carte vitale.

PETITJEAN PIERRE [M, 01/09/1953, 67 ans et 9 mois]

Identité

Mr PIERRE PETITJEAN
né le 01/09/1953, âgé de 67 ans et 9 mois
NIR : 1 53 09 57 012 010 50

Domicile : 98 bis rue St-Nicolas 54000 NANCY
Domicile : 03 83 17 77 00
Profession : Médecin
Coursier : 0

ALD1 : Diabète non insulino-dépendant 01/07/2005 30/09/2015
ALD2 : Artériopathie. chron. évolut. 01/07/2005 30/06/2015

Retraité(e) : Non
Mutuelle : CMU
Médecin traitant : DUVAL-FLAHAUT Philippe (déclaré : GENE ALAIN)

Antécédents [10/13] (Signifiants)

Allergies et intolérances

RHINITE ALLERGIQUE ? (# 09/06/2021, DFCC : 19690)

Allergies

AINS (BCB_SUBS : 30002)

Antécédents médicaux

ALD - DIABETE DE TYPE 2 (SFMG : 816)
depuis 1996 - insulino-requérant
HTA (DFCC : 4064)
depuis 1999
psoriasis, sans précision (CIM10 : L40.9)

PROBLÈMES DE SANTÉ ET SUIVI

3 problèmes de santé : - Dépistages [01/04/2015-] - Chirurgie [27/12/2013-] - Cardiovasculaire [31/10/2013-]
1 programme de suivi proposé : - Dépistage du cancer colorectal
3 tâches à suivre : - Rappel VAXIGRIPETRA - Rappel ZOSTAVAX - Rappel AVAXIM
1 tâche à prévoir : // rien avant 11 mois - Rappel Coqueluche
1 prescription hors cabinet : - XANAX

AUJOURD'HUI (MER. 16/08/2022)

COVID 19 : Covid-19
COVID 19
COVID 19 : - DOLIPRANE
- DUVAL-FLAHAUT PHILIPPE (GENERALISTE) : médecin traitant
- DOLIPRANE : 3h-7h - EXFORGE Amlozoline + valsartan 10 mg/160 mg comariné f EXFORGE-1

PETITJEAN PIERRE [M, 01/07/1957, 65 ans et 2 mois]

Problèmes de santé et suivi

5 problèmes de santé : - Imagerie [09/01/2021-] - Dépistages [04/01/2020-] - OPH & ORL [17/11/2019-] - Chirurgie [28/09/2018-] - Cardiovasculaire [06/08/2018-]
1 programme de suivi proposé : - Dépistage du cancer colorectal
6 tâches à prévoir : // maintenant - Rappel INELUVAC - Dosage trimestriel de HBATC - Surveillance ophtalmologique - Consultation trimestrielle // tous 3 mois - Consultation annuelle - Suivi biologique annuel

04/07/2022 : Suivi

- Dosage trimestriel de HBATC : replaifié au 04/11/2020
- Surveillance diabète de type 2 : adoption du programme

15/06/2022

SYNTHÈSE AU 06/09/2022
Mr PIERRE PETITJEAN, né le 01/07/1957, âgé de 65 ans et 2 mois, 98 rue St-Nicolas 54000 NANCY

ANTÉCÉDENTS

ALLERGIES : - AINS (BCB_SUBS : 30002)

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX : - ULCÈRE GASTRIQUE (SFMG : 613) : depuis 1995 - DIABETE DE TYPE 2 (ALD, SFMG : 818) : depuis 1998 - insulino-requérant - HTA (DFCC : 4064) : depuis 2001 - psoriasis, sans précision (CIM10 : L40.9)

Antécédents chirurgicaux

ALD - ARTERITE DES MEMBRES INFÉRIEURS
depuis 1997 - évêvre, pontages multiples

Habitus

Tabac - à surveiller 1 (cumul = 60 P.A.)
(# 28/03/2022) : depuis 2006, 14 années
: arrêt

Vaccins

DTP : 15/06/2017 : REVAXIS (à 59 ans 11 09/01/2021)

L'information est aussi disponible présentée de la même manière en haut du volet de synthèse située à droite de l'écran.

Annexe : Tableau récapitulatif des différents tutoriels vidéo susmentionnés

Logiciel médical	Lien de la vidéo
Hello Doc	https://client-fr.cgm.com/res/telechargement/hellodoc/HelloDoc-Fiche-IMTi-V1_0.pdf
Crossway	DMTi : https://www.youtube.com/watch?v=JJNCnIb5XE IMTi : https://www.youtube.com/watch?v=jfsOBHxb40M
MLM	DMTi : https://www.youtube.com/watch?v=lrk9ajVrxMg IMTi : https://www.youtube.com/watch?v=BsyymrANoWY
Médiclick	DMTi : https://www.youtube.com/watch?v=vgy0bxcgbV0 IMTi : https://www.youtube.com/watch?v=AlyAiXISh_o

2. Retranscription de l'entretien CPAM

1. *Lorsque je teste les données inscrites dans les dossiers d'Assurance Maladie des enfants, il semble que les informations ne soient pas les mêmes selon la carte du parent que j'utilise, comment cela fonctionne-t'il ? Ont-ils un dossier différent sur chaque parent ou est-ce le même qui est référencé sur chaque carte ? D'autant plus qu'il semble y en avoir deux sur CDR.*

Aujourd'hui il y a beaucoup de parents qui veulent que les enfants soient enregistrés sur les deux comptes. Prenons un cas particulier, le papa travaille en Moselle et la maman non. Déjà l'enfant sur le compte du père aura un remboursement à 90% car il travaille en Moselle, mais pas sur le compte de la mère. Le taux de PEC peut être différent. Il faut savoir aussi qu'on enregistre les enfants sur un code d'identification RNIAM (Répertoire National d'Identification de l'Assurance Maladie). Cet indicateur ne va pas être le même sur les deux comptes. Si l'on dit que le compte prioritaire est celui du père et qu'on le met sur celui de la mère, on va le créer ensuite « pour ordre ». Si jamais il y a une demande de CMU pour le père et non pour la mère, effectivement l'enfant va l'avoir sur l'un des deux comptes et pas l'autre, cela va poser problème car le dossier est fait sur un assuré particulier. Cette situation arrive notamment chez les parents séparés. Mais dans tous les cas on ne va pas avoir forcément les mêmes données sur les deux comptes.

Et donc quand l'enfant arrive à majorité, les données reprises seront uniquement celles du compte principal ?

Alors les enfants peuvent avoir une carte à 16 ans en principe. Une fois que les enfants ne sont plus scolarisés on doit les immatriculer, les autonomiser. On leur donne un régime gratuit et il faut qu'il y ait une mise à jour de la carte car l'enfant change de statut, d'ayant droit à assuré. Et là il va avoir sa carte sans être rattaché à un assuré qui sera le porteur, mais cela change quand il sera autonome.

Donc quand l'on fait une déclaration de médecin traitant sur la carte de l'un des parents, si l'on ouvre le dossier depuis l'autre carte, la déclaration ne sera pas reconnue et parfois on fait la déclaration et quand ils passent sur leur carte la déclaration disparaît aussi.

Normalement c'est une information qui est reportée.

Mais si la déclaration est faite sur la carte du deuxième parent, est-ce que l'information est reprise ou non ?

C'est-à-dire que l'enfant a un médecin traitant de déclaré, il va la garder par la suite. Quand il va être autonomisé, l'indicateur RNIAM va évoluer. Pour moi l'enfant du moment qu'il a un médecin traitant enregistré, peu importe le compte du parent, quand il devient assuré cette information-là est reportée. Maintenant si jamais vous deviez rencontrer le problème, cela m'intéresserait d'avoir un cas.

- 2. La liste des 15 régimes référencés sur Sesam-vitale comme conventionnés pour l'utilisation du module IMTi semble incorrecte, certains régimes comme la CNMSS ne permettent pas l'accès à leurs informations, y-a-t'il moyen de corriger cela ?*

L'IMTi est intégré dans vos logiciels. Si vous avez un cas où il est indiqué dans la matrice que c'est compatible et que cela ne marche pas, il faut me le transmettre mais avec une capture d'écran du dysfonctionnement pour pouvoir le faire remonter. Il est actuellement ouvert pour tous les régimes normalement.

- 3. Actuellement, Ameli Pro est uniquement compatible avec Mozilla Firefox et avec le navigateur fourni sur le site, est-il en projet de réadapter le site pour une consultation sur les autres ? Sachant que cela représente un frein pour les médecins peu enclins à l'utilisation de l'informatique.*

Déjà il n'y a pas que Firefox, il y a aussi Edge et Firefox. Il y a parfois des extensions à installer mais on a des procédures pour faire en sorte que cela marche. On privilégie normalement Firefox mais ce n'est pas le seul.

Depuis Edge ou chrome, lorsque l'on essaie de lire une carte cela affiche « le module CNAM n'est pas actif sur ce poste »

Nous avons été alertés de cette anomalie, on nous conseille donc de rediriger vers le navigateur CNAM.

- 4. Actuellement, le CDR nécessite une carte CPS et un lecteur de carte pour se connecter, ainsi que la saisie de l'adresse entière d'un coup, est-il envisagé, ou du moins possible de simplifier la connexion, par exemple en utilisant le Pro Connect Santé ?*

« Lecture du communiqué précédent sur les mises à jour de sécurité de CDR »

Ils ne parlent pas de pro connect santé, il est réservé aux téléservices Ameli pro. En fonction des navigateurs il y a des versions minimales pour pouvoir se connecter, à compter de décembre 2022.

- 5. Il est déjà arrivé qu'on ne puisse retrouver un patient sur CDR même lorsque l'on cherche dans le bon régime, est-ce qu'il y a déjà eu référence de problèmes à ce niveau-là ?*

De la même manière que précédemment, si vous avez des cas il ne faut pas éviter de les faire remonter.

- 6. Quelle est la différence sur CDR entre les régimes présents dans l'encart supérieur et ceux présents en inférieurs de la liste ?*

Les régimes présents dans l'encart supérieur sont interconnectés, si l'on recherche un patient dans un autre régime de la liste on va le retrouver, s'ils sont dans l'encart inférieur on est obligé de choisir le bon.

- 7. Est-il possible sur l'attestation de droits de faire apparaître le nom du médecin traitant pour les patients non informatisés ou n'ayant pas de compte Ameli ?*

Non, ce n'est pas possible.

8. *Quels sont les moyens mis en place actuellement (or CPTS) par l'Assurance Maladie pour identifier et prévenir les patients n'ayant pas de médecin traitant ?*

Service marketing qui se charge de faire des mailings et courriers

9. *Certains patients n'ayant pas de médecin traitant déclaré ont reçu un courrier leur demandant d'en trouver un, comment ces patients sont-ils choisis ?*

Dans le 54, nous avons fait une action en début d'année en collaboration avec la CPTS de la Métropole. Nous avons ciblé les personnes qui n'ont pas de médecin traitant déclaré mais ont consulté au moins 3 fois le même médecin sur l'année.

VU

NANCY, le **10 octobre 2023**
Le Président de Thèse

NANCY, le **11 octobre 2023**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Paolo DI PATRIZIO

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ **13247C**

NANCY, le **16 octobre 2023**

La Présidente de l'Université de Lorraine

Madame Hélène BOULANGER

RESUME DE LA THESE :

Le médecin traitant, en tant que garant du suivi médical de son patient, joue un rôle central de prévention et de coordination du parcours de soins. Cependant, en France Métropolitaine, plus de 11 % de la population de plus de dix-sept ans n'a pas de médecin traitant déclaré, en raison de difficultés techniques, d'une démographie médicale en déclin, ou parfois par choix. Réduire ce nombre relève de la mission d'accès aux soins des CPTS. Face aux multiples approches possibles, nous élaborerons un outil de synthèse après avoir étudié les leviers d'actions potentiels, ainsi que les freins techniques à la déclaration d'un médecin traitant.

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés de seize médecins généralistes de la Métropole du Grand-Nancy, interrogés sur leurs difficultés et solutions de prise en charge de nouveaux patients et leur opinion sur l'action 1 de la CPTS 54 (liste de médecins acceptant les nouveaux patients). Codage manuel du verbatim par analyse thématique du contenu.

Analyse des freins techniques via les logiciels métiers et les dispositifs mis à disposition par la Sécurité sociale.

L'étude Nancéienne permet d'identifier trois leviers d'action potentiels :

- Développer des campagnes informationnelles sur les nouveaux métiers d'exercice coordonné (IPA, Assistants médicaux, infirmières Asalée).
- Nécessité d'alléger l'organisation des visites à domicile étant unanimement source de difficultés logistiques et liées au planning, notamment par une informatisation du dossier médical, ou une optimisation de la répartition dans les EHPADs.
- Meilleure prise en compte des situations des médecins dans la rédaction de la liste émanant de l'action 1 de la CPTS ainsi qu'un accès interactif à celle-ci sur le site de la CPTS.

L'analyse des freins techniques montre une disparité de compatibilité des logiciels métiers (et certains régimes de sécurité sociale) avec le module d'identification du médecin traitant (IMTi), des tutoriels expliquant l'utilisation de ce module sont disponibles en annexe. Côté patient, il semble fortement nécessaire de lutter contre l'isolement des patients atteints d'illectronisme, soit par développement des aides à la connexion, soit par mise à disposition de méthodes alternatives.

TITRE EN ANGLAIS :

Access to patient care: development of a toolkit to facilitate enrolment in the referring physician system, for use by the CPTS

THESE : MEDECINE GENERALE ANNEE 2023

MOTS CLEFS :

Médecine Générale, CPTS, coordination, accès au médecin traitant, Infirmière de pratique avancée, Infirmière Asalée, Assistant médical

INTITULE ET ADRESSE :

UNIVERSITE DE LORRAINE

Faculté de Médecine, Maïeutique et Métiers de la Santé à Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54500 VANDOEUVRE LES NANCY
