Besoins Des Médecins Généralistes Libéraux Du 13ème Arrondissement De Paris Concernant L'Offre De Soins Et La Coopération Professionnelle

Philippe Cohen

▶ **To cite this version:**

Philippe Cohen. Besoins Des Médecins Généralistes Libéraux Du 13ème Arrondissement De Paris Concernant L'Offre De Soins Et La Coopération Professionnelle. Santé. Université Paris Descartes 2017. Français. NNT : . tel-01568173

HAL Id: tel-01568173

https://theses.hal.science/tel-01568173

Submitted on 24 Jul 2017

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.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2016 N°

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

BESOINS DES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX
DU 13ème ARRONDISSEMENT DE PARIS CONCERNANT
L'OFFRE DE SOINS ET LA COOPERATION PROFESSIONNELLE

Présentée et soutenue publiquement
le 29/09/2016
Par

Philippe (Joseph, Régis) COHEN
Né le 07/05/1988 à Paris (75)

Dirigée par Monsieur le Professeur Hector FALCOFF

Jury :
Monsieur le Professeur Christian GHASAROSSIAN, Président du jury
Monsieur le Professeur Hector FALCOFF, Directeur de thèse
Monsieur le Professeur Marc VERNY
Monsieur le Docteur Pierre DURIEUX

A mon père,

Au moment de prêter serment je me rappelle de tes conseils

Tu as éveillé ma curiosité, m'as donné goût aux sciences de la vie

Pendant toutes ces années nous avons marché main dans la main

Cette thèse c'est aussi la tienne

Ton fils reconnaissant

REMERCIEMENTS

Aux **Professeur Christian Ghasarossian, Professeur Marc Verny et au Docteur Pierre Durieux,** Je suis très sensible à l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail. Je vous remercie de l'expertise que vous pourrez apporter à ce sujet. Soyez assuré de toute ma reconnaissance et de mon profond respect.

Au **Professeur Hector Falcoff**, Merci de m'avoir proposé ce travail, de m'avoir accompagné avec énergie et bonne humeur. Merci pour tout le temps que vous y avez passé. Je suis très admiratif de votre engagement auprès des patients, du pôle et des étudiants. Soyez assuré de toute ma reconnaissance et de mon profond respect.

Au **Docteur Xavier Pothet**, tu es pour moi un formidable exemple ! Quelle joie d'avoir pu travailler avec toi ! Je te remercie infiniment pour la confiance que tu m'as accordée, pour ton sens de la pédagogie, ton altruisme et ta gentillesse.

A tous les membres du **cabinet médical rue Marcheron à Vanves** pour votre formidable accueil !

Au **Dr Catherine Verheyde** pour m'avoir si gentiment accueilli dans ton cabinet. C'était pour moi une chance et un plaisir que de découvrir ton exercice.

Au **Dr Ophélie de Castelbajac**, ma Co-thésarde, partager ce travail avec toi fut un réel plaisir.

A **Aurore Cartier** pour sa gentillesse et ses précieux conseils

Merci, A **l'ensemble des médecins généralistes du 13ème** qui m'ont ouvert la porte de leurs cabinets et ont partagé avec moi leur intérêt pour l'avenir de leur profession.

REMERCIEMENTS

A Sophie pour cette vie que nous construisons tous les deux,
Pour ton aide, ta tendresse et tes rêves.

A Arlette, Gilbert, Valérie, Corine, Jean, Thomas et Julien toujours bienveillant avec moi, je suis très heureux de votre présence à mes côtés.

A la mémoire de **Mamie** et **Papo**.

A Claire Patrice Laure Vincent et Pierre pour votre soutien qui me touche beaucoup !

A mes amis sans qui je ne serai pas le même aujourd'hui !

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION 11

1.1 UNE DEMOGRAPHIE MEDICALE INQUIETANTE 11

1.1.1 Une densité médicale en baisse 11

1.1.2 Démographie des médecins généralistes du 13ème arrondissement de Paris 12

1.2 LES DIFFERENTES ECHELLES DE LA COORDINATION DES SOINS LIBERAUX : DEFINITIONS ET ACTEURS DE SANTE DANS LE 13EME ARRONDISSEMENT 14

1.2.1 Cabinet de groupe 14

1.2.2 Maison de sante pluriprofessionnelle 14

1.2.3 Centre de santé 15

1.2.4 Réseau de santé 15

1.2.5 Pôle de santé pluriprofessionnel 16

1.2.6 Coordination territoriale des soins 19

1.2.7 La notion de « territoire de santé » 20

1.3 NOTRE TERRITOIRE D'INVESTIGATION : LE 13EME ARRONDISSEMENT DE PARIS 21

1.4 SYSTEME DE SANTE, SOINS PRIMAIRES : UNE PERIODE DE TRANSITION 22

1.5 ANALYSE DES BESOINS 23

1.6 OBJECTIFS DE L'ETUDE 24

2 METHODE 25

2.1 DESCRIPTION DE L'ETUDE 25

2.2 RECRUTEMENT DES MEDECINS 25

2.3 RECUEIL DES DONNEES 27

2.3.1 Mode de recueil 27

2.3.2 Données recueillies 27

2.4 ANALYSE 29

2.4.1 Analyse quantitative 29

2.4.2 Analyse des verbatim 30

2.4.3 Analyse des besoins de la population 30

2.4.4 Analyse en sous-groupe 30

3 RESULTATS 33

3.1 PARTICIPATION ET CARACTERISTIQUES DES REPONDANTS 33

3.2 EVOLUTION PREVISIBLE DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE. 40

3.3 SUCCESSEURS ET REMPLAÇANTS 43

3.3.1 Successeur 43

3.3.2 Remplacement pendant les congés 44

3.4 BESOINS DE LA POPULATION : OFFRE DE SOINS PAR LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE PERÇUES PAR LES MEDECINS GENERALISTES 45
3.4.1 Paramédicaux 46
3.4.2 Spécialistes 47
3.4.3 Soins psychiatriques 48
3.5 L'EXERCICE REGROUPE DES PROFESSIONNELS DE SANTE 49
3.5.1 L'isolement du généraliste 50
3.5.2 Pour ou contre les modes d'exercice pluriprofessionnel 51
3.6 COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS 55
3.6.1 Relations avec l'hôpital 55
3.6.2 Relations ville-ville 57
3.6.3 Apport de l'informatique à la communication professionnelle 58
3.6.4 Les réseaux de sante 59
3.7 INTERET DES GENERALISTES VIS A VIS DU POLE DE SANTE 60
3.7.1 Intérêt vis à vis des projets 60
3.7.2 Perception globale du pôle 64
4 DISCUSSION 66
4.1 SYNTHESE DES RESULTATS 66
4.1.1 Concernant l'offre de soins 66
4.1.2 Concernant la coopération professionnelle 66
4.2 POINTS FORTS ET LIMITES DE L'ETUDE 67
4.2.1 Points forts de l'étude 67
4.2.2 Limites de l'étude 69
4.3 OFFRE DE SOINS 71
4.3.1 Vieillissement des généralistes 71
4.3.2 Secteur 2 en voie de disparition 72
4.3.3 Mode d'Exercice Particuliers (MEP) 72
4.3.4 Densité médicale dans le 13ème arrondissement 73
4.3.5 Confirmation des prévisions de DEMOMED pour le 13ème. 73
4.3.6 Nécessité de soutenir les installations de généralistes 74
4.3.7 Des besoins d'installation également dans le nord de l'arrondissement 74
4.3.8 Remplacement pendant les congés 75
4.3.9 Successeur 75
4.3.10 Offre de soins des autres professionnels de santés 76
4.4 REGROUPEMENT MEDICAL 76
4.4.1 Regroupement pluriprofessionnel : Inertie des médecins installés 76

4.4.2 Réticence des médecins de plus de 50 ans, et de ceux exerçant seul ou en secteur 2 ...76
4.4.3 Les jeunes médecins généralistes plébiscitent l'exercice regroupé ...77
4.4.4 Les instances françaises souhaitent le développement de structures d'exercice coordonné ...77
4.5 COOPRATION PROFESSIONNELLE ...79
4.5.1 Relations ville-ville ...79
4.5.2 Relation ville hôpital ...79
4.5.3 Apport de l'informatique à la communication professionnelle ...81
4.5.4 Réseau de santé ...82
4.6 ADHESION GLOBALE AUX PROJETS DU POLE SANTE PARIS 13 ...83
4.7 PROJETS DU POLE DE SANTE ...83
4.7.1 Les ateliers d'éducation thérapeutique (71%) ...84
4.7.2 Groupe d'échange de pratique (63%) ...85
4.7.3 Aide à la coordination avec le secteur social (63%) ...86
4.7.4 Accueil coordonné de patients fragiles (63%) ...86
4.7.5 Staff cas complexes (51%) ...89
4.7.6 Protocoles pluri-professionnels (49%) ...89
4.7.7 Ticket coupe file (46%) ...90
4.7.8 Dispositif d'automesure tensionnelle (41%) ...90
4.7.9 Dispositif d'astreinte pour vos urgences (37%) ...90
4.7.10 Atelier « outils numériques » et « information sur internet » (34%) ...91
4.8 INDEPENDANCE, LIBERTE ET RESPONSABILITE DE L'EXERCICE MEDICAL ...91
5 CONCLUSION ...93
BIBLIOGRAPHIE ...95

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Les Tableaux

Tableau 1 Modes d'exercices médicaux regroupés 14
Tableau 2 Eléments fondateurs du Pôles Santé Paris 13 17
Tableau 3 Les données recueillies lors des entretiens 27
Tableau 4 Caractéristiques des répondants 35
Tableau 5 Comparaison des répondants et non-répondants 36
Tableau 6 Répartition des secteurs de conventionnement dans le 13ème arrondissement 38
Tableau 7 Généralistes libéraux exerçant MEP à plus de 50% dans le 13ème arrt 39
Tableau 8 Prévision de l'activité à 2 et 5 ans 40
Tableau 9 Cessation totale d'activité à 5 ans selon le quartier 41
Tableau 10 Recherche d'un successeur 43
Tableau 11 Remplacement pendant les congés 44
Tableau 12 Accès aux professionnels de santé dans le 13ème arrondissement 45
Tableau 13 Professions concernées par des difficultés d'accès selon les MG, et type de difficulté ressentie 46
Tableau 14 Regroupement pluri-professionnel 49
Tableau 15 Analyse des réticences au regroupement pluri-professionnel type MSP * 51
Tableau 16 Analyse des résistances au regroupement 54
Tableau 17 Réseau de santé 59
Tableau 18 La pyramide des âges des généralistes selon les sources disponibles 72
Tableau 19 Sous-groupes des médecins généralistes du 13ème arrondissement en fonction de leur intérêt global pour les propositions du pôle santé 83
Tableau 20 Analyse de l'accueil des patients socialement fragile qui seraient adressés par le pôle santé paris 13 88

Les Figures

Figure 1 Quartiers d'intervention prioritaire dans le cadre du dispositif de soutien à l'installation de professionnel(le)s de santé en exercice regroupé de secteur 1 (source ARS Île de France)..... 13
Figure 2 Pôle de santé, un niveau intermédiaire..... 18
Figure 3 Les huit conseils de quartier du treizième arrondissement de Paris et notre découpage Nord / Sud pour l'analyse en sous-groupe..... 32
Figure 4 Diagramme du flux d'inclusion des répondeurs..... 34
Figure 5 Répartition géographiques des répondants, non répondants..... 37
Figure 6 Pourcentage de généralistes secteur 2 ou non conventionnés..... 38
Figure 7 Répartition des 18 médecins généralistes libéraux exerçant plus de 50% en MEP dans le 13ème arrondissement..... 39
Figure 8 Analyse comparée des densités et effectifs des généralistes libéraux du 13ème arrondissement par conseils de quartier..... 41
Figure 9 Etude 2015-2016 Pôle13 Densité en médecins généralistes par conseils de quartier dans le 13ème arrondissement Ensemble des généralistes libéraux en activité en incluant les médecins exerçant des MEP Exprimé en nombre de médecins pour 10.000 habitants..... 42
Figure 10 Prévision 2020 cessation totale d'activité médicale à 5 ans estimée parmi les généralistes répondant à nos critères d'inclusion pour l'étude Pôle13, cf. méthode..... 42
Figure 11 Intérêt pour les propositions du Pôle Santé Paris 13..... 60
Figure 12 Proportion des omnipraticiens MEP à Paris en 2013 (données CPAM)..... 73

Annexes

Annexe 1 Hétéro-questionnaire utilisé lors des entretiens
Annexe 2 Répartition des MG répondants par conseil de quartier
Annexe 3 Répartition des profils sociaux économiques dans le 13ème arrondissement de paris
Annexe 4 Anciennes et nouvelles délimitations des conseils de quartiers du 13ème
Annexe 5 Les réseaux de santé disponibles dans le 13ème selon l'ARS ile de France
Annexe 6 Nouveaux Modes de Rémunération
Annexe 7 Groupe d'analyse de pratiques entre pairs
Annexe 8 Exemples de coopérations mises en place par le pôle santé paris 13
Annexe 9 Caractéristiques des répondants associées à l'intérêt pour les projets du pôle
Annexe 10 Résumé de la thèse du Dr Ophélie de Castelbajac « Besoins des médecins généralistes du 13ème arrondissement de Paris concernant leur organisation professionnelle et la gestion de leur activité médicale »
Annexe 11 : Offre de soins de médecine générale en dehors du libéral dans le 13ème

1. INTRODUCTION

1.1 UNE DEMOGRAPHIE MEDICALE INQUIETANTE

1.1.1 Une densité médicale en baisse

La situation de la démographie médicale en France est préoccupante. On constate une diminution du nombre de médecins généralistes (MG) en activité régulière en France mais également dans les grandes métropoles comme Paris (1).

A l'échelle nationale, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) rapporte une diminution de 8.4 % (de 96 889 à 88 886) du nombre de médecins généralistes en activité régulière en France entre 2007 et 2016 (2). Cette tendance à la baisse a une forte probabilité de se poursuivre jusqu'en 2025 pour atteindre le nombre de 81 455 médecins. On observe également un recul de l'activité libérale avec un nombre de MG libéraux français (activité libérale exclusive ou mixte) de 64 915 en 2007 (2) à 58 182 en 2015 (1).

Actuellement, la densité de médecins généralistes en France est de 9.3 pour 10 000 habitants selon le rapport 2015 de l'Assurance Maladie (3). Certains territoires semblent manquer de plus en plus de médecins avec l'apparition de "déserts médicaux" en France.

La notion de "désert médical" n'a pas de définition précise. Un zonage est effectué par les agences régionales de santé (ARS), dont l'objectif est une meilleure répartition de l'offre médicale sur le territoire. La zone est définie en fonction de plusieurs critères, comme l'accessibilité à un professionnel de santé, les caractéristiques de la population considérée (âge, taux d'affection longue durée, nombre de bénéficiaires de la CMU, etc.), le nombre des professionnels de santé, leur âge, leur activité, etc. Il ne s'agit pas seulement du rapport quantitatif entre le nombre de professionnels de santé et la taille de la population d'un territoire donné. Le "désert médical" correspond à une zone dite "sensible". Cela concerne aussi bien les territoires ruraux que les métropoles. Dans ces territoires, l'accès aux soins de premiers recours est en danger, ce qui préoccupe les médecins et les pouvoirs publics (4).

A l'échelle régionale, l'Ile de France n'est pas épargnée par ce constat. Elle enregistre la plus forte diminution du nombre de médecins généralistes en activité régulière : 18 710 médecins en 2007 contre 15 211 en 2016 (1), soit un recul de 18,7%. L'activité libérale recule

également avec un nombre de médecins généralistes libéraux en Île de France passant de 10 871 omnipraticiens en 2007 (1) à 7 590 en 2013 soit un recul de 30% (2).

Le danger pour les soins de premier recours ne concerne pas exclusivement les territoires ruraux mais aussi les métropoles, comme Paris. A Paris la densité de médecins généralistes (9,4/10 000 hab.) est légèrement supérieure à la densité médicale nationale (9.3/10 000 hab.). Mais on constate un recul du nombre de médecins généralistes dans la capitale : ils étaient 2 612 en 2011 à pratiquer à Paris en libéral ou mixte, et 2 145 en 2015, soit une diminution de 18% selon le rapport 2015 de l'Assurance Maladie (3).

L'étude DEMOMED 75, lancée en 2013 par les trois départements universitaires de médecine générale parisiens, a permis d'évaluer l'offre réelle de soins primaires libérale (généralistes, pédiatres, gynécologues) disponible à Paris, mais également d'évaluer son évolution à 2 et 5 ans. Cette enquête a été menée en partenariat avec la Mairie de Paris, l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Paris, et le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Paris (5).

Selon leurs résultats, dans Paris, il existe de nombreuses disparités entre les arrondissements, ceux du nord et de l'est de la capitale par exemple sont beaucoup moins dotés en médecins et ont même une densité bien inférieure à la densité nationale (5,2/10 000 hab. dans le 18ème arrondissement, vs 14.7/10 000 hab. dans le 5ème arrondissement)(6).

1.1.2 Démographie des médecins généralistes du 13ème arrondissement de Paris

Selon les données de l'Assurance Maladie, on compte 345 omnipraticiens dans le 13ème arrondissement soit 18.7 omnipraticiens pour 10 000 habitants (1). Cependant, ce chiffre est inducteur de confusion, car il inclut les MG libéraux faisant partie de 2 associations d'urgentistes exerçant leur activité à Paris (SOS médecins ; Urgence Médicale de Paris) (3). De plus, un certain nombre d'omnipraticiens ont des modes d'exercice particuliers (MEP) : homéopathie, acupuncture, phlébologie … Ils n'exercent donc la médecine générale qu'à temps partiel, voire pas du tout.

D'après l'étude DemoMed75 (5) (enquête auprès de l'ensemble des MG libéraux parisiens, menée en 2013) dans le 13ème arrondissement, la densité de médecins généralistes serait de 7.4 MG pour 10 000 habitants. Selon cette étude, les départs à la retraite projetés par les MG libéraux du 13ème arrondissement dans un futur proche sont plus importants que dans le reste

de la capitale : 13% versus 9% à 2 ans et 30% versus 25% dans 5 ans. D'après ces projections, il faudrait pallier à 42 cessations totales d'activité en 5 ans, soit environ 8 installations par an pendant 5 ans (2,4).

Cependant, le taux de réponse de Demomed75 pour le 13ème arrondissement est faible (28%) (4,6). Une validation des résultats de DEMOMED sur un échantillon plus large serait utile pour justifier une action en faveur des installations de MG dans le 13ème arrondissement.

Pour répondre à la problématique de l'accès aux soins primaires, l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France a déterminé des zones d'intervention prioritaires correspondant aux quartiers où se développent des déserts médicaux à Paris. Le 13ème arrondissement comprend 2 quartiers fortement prioritaires dans le sud de l'arrondissement (figure 1).

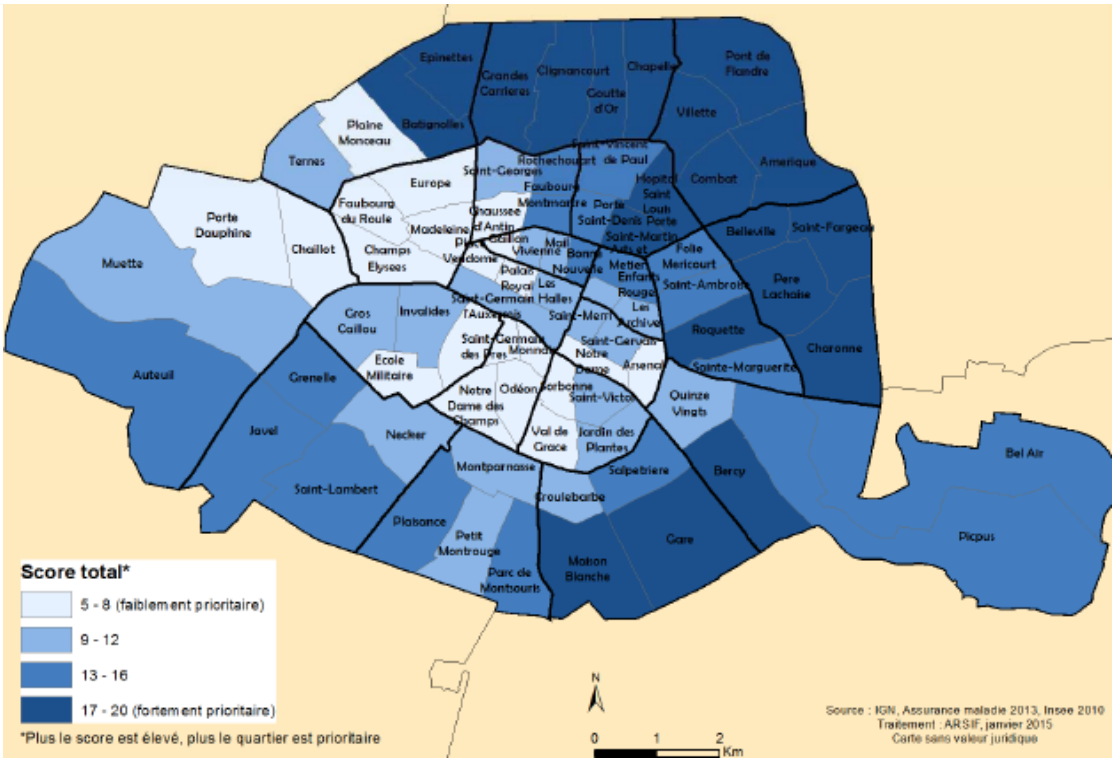


Figure 1 Quartiers d'intervention prioritaire dans le cadre du dispositif de soutien à l'installation de professionnel(le)s de santé en exercice regroupé de secteur 1 (source ARS Île de France)

1.2 LES DIFFERENTES ECHELLES DE LA COORDINATION DES SOINS LIBERAUX : DEFINITIONS ET ACTEURS DE SANTE DANS LE 13EME ARRONDISSEMENT

1.2.1 Cabinet de groupe

La pluparts des structures d'exercice regroupé sont mono disciplinaires, de petite taille et n'ont pas soumis à l'ARS de projet de santé coordonné.

Tableau 1 Modes d'exercices médicaux regroupés

	Cabinet de groupe	*M.S.P.*	*Centre de santé*
Pluriprofessionnel	+/-	+	+
Salariat	-	-	+
Projet coordonné de santé	-	+	+

1.2.2 Maison de santé pluriprofessionnelle

L'Agence Régionale de Santé donne une définition des MSP telles que décrites par La Loi HPST de juillet 2009 (7) : La maison de santé pluriprofessionnelle *est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé, ainsi qu'à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect du cahier des charges national. Ils s'engagent autour d'un projet de santé pour offrir à la population un service commun et coordonné.* Pour être reconnue comme une maison de santé, une équipe doit soumettre son projet de santé à l'ARS de sa région. Si l'équipe veut bénéficier des nouveaux modes de rémunération (NMR cf. annexe), il faut que l'ARS accepte sa candidature sur le fait que son projet de santé est cohérent avec le projet régional de santé (PRS). Le projet de santé est annexé au contrat signé entre la maison de santé, l'ARS et la CPAM.

Une maison de santé pluriprofessionnelle est donc un regroupement physique de professionnels de santé de premier recours qui se caractérise par :

- Un fonctionnement coordonné (formalisé dans un projet de santé) en vue d'une prise en charge plus globale des patients ;
- Une large amplitude horaire d'ouverture et la possibilité d'accéder quotidiennement à des consultations médicales non programmées ;

- Un système d'information permettant, avec le consentement des patients, le partage de leurs dossiers informatisés au moyen d'habilitations différenciées entre les professionnels de santé qui les prennent en charge.

1.2.3 Centre de santé

La loi 2016 de modernisation du système de santé (8) donne la définition suivante : *Les centres de santé assurent des activités de soins médicales, paramédicales ou dentaires en ambulatoire et mènent des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales.*

A la différence des maisons de santé, qui sont des structures d'exercice libéral, les centres de santé salarient les professionnels de santé qui y exercent, y compris médecins. Ils élaborent un projet de santé et un règlement intérieur incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique. Ils pratiquent le tiers payant et respectent les tarifs opposables. Ils sont gérés par des organismes à but non lucratif, des établissements de santé (publics ou privés) ou des collectivités territoriales (municipalités, départements…)

Dans le 13ème arrondissement de Paris, nous avons compté 4 centres de santé où l'on peut accéder à des consultations de médecine générale (Cf. figure 5).

1.2.4 Réseau de santé

D'après l'ARS et sa plateforme en ligne dédiée aux professionnels de la santé (9): les réseaux de santé sont *Inscrits dans la loi depuis 2002, les réseaux constituent l'un des principaux dispositifs de coordination des acteurs (sanitaire, médico-social et social) intervenant sur le parcours de soins des patients en situation complexe. Les réseaux de santé sont des regroupements pluridisciplinaires de professionnels de santé (médecins, infirmières, etc.) et de professionnels non médicaux (travailleurs sociaux, personnels administratifs, etc.). Dans leur grande majorité, constitués sous forme d'association loi 1901, ils ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge.*

En annexe, le tableau des principaux réseaux de santé actifs dans le 13ème arrondissement en 2016 selon l'ARS Île de France.

1.2.5 Pôle de santé pluriprofessionnel

Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours (…) et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire. Ils sont constitués entre des *professionnels de santé, et le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale.* **(10)**

Il s'agit donc de professionnels de santé libéraux ou salariés qui conservent leurs lieux respectifs d'exercice, mais qui se dotent d'un projet de santé et d'une organisation commune.

Présentation du Pôle Santé Paris 13

Le Pôle Santé Paris 13 est une association regroupant environ 80 professionnels de santé de l'arrondissement dont des médecins, des pharmaciens et des infirmières. Créé en 2011, il est financé en partie par l'ARS Ile de France dans le cadre du programme national « Expérimentation de Nouveaux Modes de Rémunération des professionnels libéraux ».

Le Pôle mène des projets en partenariat avec d'autres acteurs du sanitaire et du social du territoire : plusieurs équipes du CH Pitié-Salpêtrière, le secteur de santé mentale du 13ème arrondissement, les services sociaux (CRAMIF, Service social départemental polyvalent, l'Atelier Santé Ville…)

Le Pôle a trois objectifs :

1. *Développer et mutualiser des ressources et des outils nécessaires pour améliorer les parcours de santé : protocoles, staffs thématiques, réunions pluri professionnelles, programmes d'éducation thérapeutique …*
2. *Contribuer à améliorer l'offre de soins primaires sur le territoire par la création de Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) dans ou à proximité de quartiers particulièrement déficitaires en médecins généralistes.*
3. *Aller vers des publics dont les besoins de santé sont aujourd'hui mal couverts : migrants vivants dans des foyers, patients ayant des pathologies psychiatriques lourdes, personnes âgées dépendantes « orphelines » de médecin traitant …*

Pour dégager des priorités et développer ses actions de manière rationnelle, le Pôle s'efforce d'analyser les besoins des professionnels de soins primaires et de la population sur son territoire.

Tableau 2 Eléments fondateurs du Pôles Santé Paris 13

Une conviction : L'organisation des soins primaires est aujourd'hui le « chaînon manquant » du système de santé.

Une mission : Faire évoluer l'offre et l'organisation des soins primaires au service des patients, des professionnels de santé et de la population du territoire.

Trois objectifs

Améliorer la qualité/sécurité des soins primaires et les parcours de santé.

Faire évoluer l'offre de soins primaires dans le territoire.

Participer à des actions spécifiques envers les publics dont les problèmes de santé sont mal résolus (« soins primaires orientés vers la communauté »)

2011	• Création de l'association à l'initiative de MG d'un cabinet de groupe et d'IDE d'un centre paramédical • Expérimentation des Nouveaux Mode de Rémunération (eNMR) • Lancement du premier programme d'ETP • Signature de la convention avec le réseau Paris Diabète • Service automesures tensionnelles (21 pharmacies)
2012	• Recrutement d'une coordinatrice • Lancement des soirées pluriprofessionnelles de formation
2013	• Création de la SISA • Mise en place du secrétariat du Pôle • Locataire d'un local (petit) • Première newsletter • Convention avec le secteur psy du 13ème
2014	• « Pas de personne âgée dépendantes sans médecin traitant » • Staffs mensuels psy et personnes âgées • Protocole AVK • Vaccinations dans foyer migrants (partenariat ASV et Centre de vaccinations de la Ville de Paris)

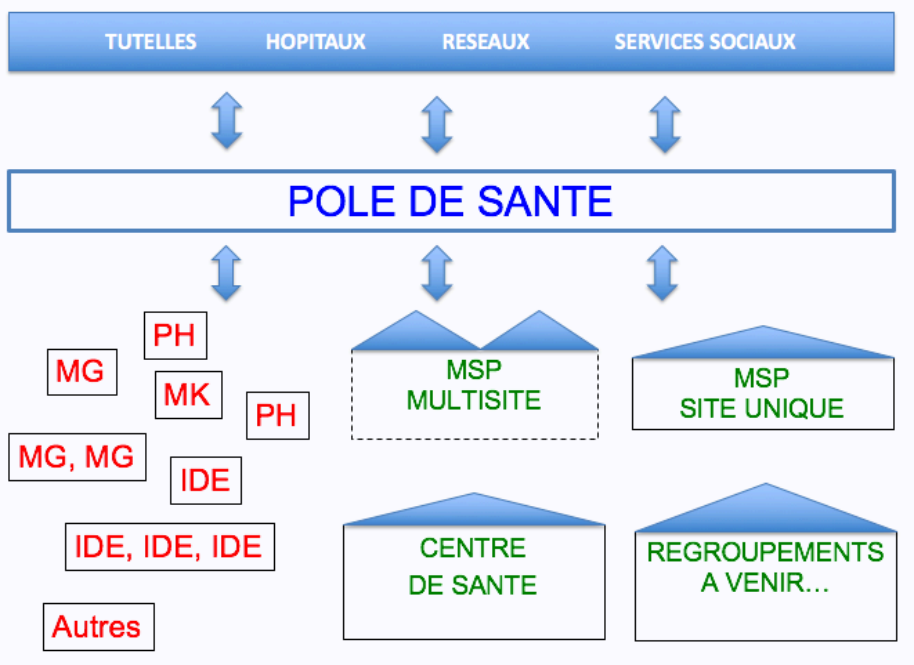
Source : Pôle Santé Paris 13, De la dynamique professionnelle à l'organisation des soins primaires dans le 13ème arrondissement de Paris, présentation du pôle de santé au congrès de FFMSP de la rochelle 2014(11)

Pôle de santé : un niveau « méso » ?

Le Pôle de santé Paris 13 souhaite être l'intermédiaire entre le niveau 'macro ' des autorités de santé et des institutions, et le niveau 'micro' des professionnels qui, seuls ou en équipe, soignent la population. Ce concept de niveau 'méso' existe, sous différentes formes, dans de nombreux pays développés où les soins primaires sont bien organisés (Royaume Uni, Pays Bas, Australie...). Il peut jouer plusieurs rôles complémentaires :

- Créer du lien entre les professionnels du territoire
- Mutualiser de moyens humains et matériels
- Contribuer à structurer l'offre de soins
- Susciter l'élaboration, par les professionnels, d'outils pour améliorer la
- Donner un visage aux soins primaires d'un territoire vis-à-vis de l'ARS, des hôpitaux, et des autres acteurs du système de santé. »(12)

Figure 2 Pôle de santé, un niveau intermédiaire



Source: Pôle Santé Paris 13, De la dynamique professionnelle à l'organisation des soins primaires dans le 13e arrondissement de Paris, présentation du pôle de santé au congrès de FFMSP de la rochelle 2014 (11)

1.2.6 Coordination territoriale des soins

Selon la HAS, **la coordination des soins** : *Les maisons de santé, pôles de santé et centres de santé offrent aux professionnels un exercice coordonné dans l'objectif de garantir aux patients un accès équivalent, sur tout le territoire, à la prévention programmée et à des soins de qualité. Ils organisent un regroupement de professionnels exerçant en ambulatoire, sur un projet de soins commun, en assurant la continuité des soins, soit dans un lieu unique pour les maisons de santé et les centres de santé, soit dans le cadre d'un regroupement virtuel pour les pôles de santé. L'équipe pluriprofessionnelle adopte ou élabore des protocoles, en référence aux recommandations. Elle les met en œuvre et en assure le suivi. L'exercice coordonné et protocolé s'appuie sur une concertation autour de la prise en charge et un partage d'expériences, et se traduit par une analyse des pratiques. Chaque intervention et son suivi participent à l'amélioration des pratiques et, à terme, de la qualité des soins délivrés aux patients. Ce mode d'exercice, coordonné et protocolé, contribue à la valorisation individuelle et collective des professionnels de santé coordonnés en équipe. (13)*

Selon l'Inspection générale des affaires sociales, la ***coordination territoriale d'appui aux soins*** *rassemble tous acteurs (des professionnels de santé jusqu'aux personnels médico-sociaux ou sociaux) dont la coordination permet une prise en charge complète du patient, sans rupture des soins qui lui sont dispensés. La coordination vient en complément de l'exercice clinique et en appui à celui-ci pour une amélioration de l'état de santé global au sens de l'OMS. En fonction des besoins de santé, la coordination peut être ponctuelle à l'occasion d'un accident de santé ou installée dans la durée.* (14)

Historique législatif de l'organisation territoriale des soins en France

L'idée d'avoir une politique régionale des soins est développée depuis de nombreuses années :

- Loi du 31 décembre 1970, mises en place de la carte sanitaire (améliorer l'offre de soins en termes de lits/population)
- 1991, réforme de Claude Evin, ministre de la santé, qui créait les Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) afin de coordonner les acteurs sanitaires et en particulier les hôpitaux.
- 1996, création des Agences Régionales Hospitalières (ARH)

- Les ordonnances Juppé de 1996 régionalisent les services de santé et permettent la création à cette occasion des URCAM (Union Régionales des Caisses d'Assurance Maladie) qui sont des sous-unités régionales de la sécurité sociale.

- 2003 création de l'ONPDS (Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé) permet la synthèse des informations relatives aux problématiques démographiques en matière de santé qui permet de définir des stratégies d'aménagement sanitaire.

- 2004 création des MRS (Missions Régionales de Santé) qui étudient la répartition régionale des professionnels de santé libéraux et tentent de définir des zones déficitaires et prioritaires pouvant bénéficier d'aides financières et d'autres types.

- 2009 la loi Hôpital Patient Santé Territoire (n°2009-879 du 21 juillet 2009)

- 2010 : la création des agences régionales de santé (ARS) qui remplacent les ARH développer une politique régionale de santé, englobant la médecine de ville, la médecine hospitalière et le médico-social. Les ARS participent à *la gouvernance du système de santé dans un cadre global, impliquant l'ensemble des acteurs de santé. Elles constituent une autorité unique au niveau régional, chargée du pilotage régional du système de santé, pour mieux répondre aux besoins de la population et accroître l'efficience de notre système de santé*. (15)
- Juillet 2016 : création des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)

1.2.7 La notion de « territoire de santé »

La loi de modernisation de notre système de santé, février 2016, souhaite *organiser les soins primaires au niveau d'un territoire. (…) Cette réforme vise un développement de projets territoriaux initiés par les professionnels de santé et dont la gouvernance serait partagée (professionnels de santé, les représentants des usagers, les élus et l'Agence régionale de santé). Ces coordinations renforcées entre professionnels tendent à améliorer en priorité le parcours de santé des patients chroniques, des personnes en situation de précarité sociale, de handicap et de perte d'autonomie.* (16)

Afin de « développer une médecine de proximité autour du médecin traitant » la loi définit les notions suivantes :

- **Équipes de soins primaires (ESP),** organisées autour des médecins généralistes *un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours sur la base d'un*

projet de santé. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé.

- **Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)**, pouvant regrouper des médecins généralistes et spécialistes, des auxiliaires médicaux, des acteurs médico-sociaux et sociaux.

- Sur la base des projets de santé des ESP et des CPTS, l'ARS peut conclure des contrats territoriaux de santé. Le **contrat territorial de santé** définit l'action assurée par ses signataires, leurs missions et leurs engagements, les moyens qu'ils y consacrent et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation.

Par le terme de territoire il ne s'agit pas simplement d'entendre une définition administrative, spatiale ou géographique mais plutôt le percevoir comme un système dynamique intégrant les divers acteurs locaux dans le développement d'une organisation, d'une activité à la manière d'un réseau.

1.3 NOTRE TERRITOIRE D'INVESTIGATION : LE 13EME ARRONDISSEMENT DE PARIS

Le 13ème arrondissement de Paris compte 184 235 habitants recensés en 2012 pour une superficie de 714.6 hectares. Il est le cinquième arrondissement le plus peuplé de Paris après le 15ème, le 18ème, le 20ème et le 19ème. (17)

Concernant la répartition par âge, 19% de la population est âgée de plus de 60 ans. La tranche des 40-59 ans s'accroît, elle est plus élevée que la moyenne à Paris et dépasse les 20-39ans. 19% de la population du 13ème arrondissement a moins de 20 ans ce qui est proche des chiffres de l'ensemble de la capitale. (18)

En 1999 la densité était de 240 habitants par hectares, équivalant environ aux chiffres de tout Paris. (19) (20)

La communauté asiatique est fortement présente dans le sud du 13ème arrondissement et comporte près de 20 000 personnes (19).

1.4 SYSTEME DE SANTE, SOINS PRIMAIRES : UNE PERIODE DE TRANSITION

Dès 2009, l'inspection générale des affaires sanitaires affirme dans un rapport (21) *le constat est clair : le dispositif de premier recours est à bout de souffle. Il ne répond plus ni aux attentes des professionnels, ni aux préoccupations des autorités publiques et n'est plus apte à répondre aux évolutions démographique et épidémiologiques de la population.*

Selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins (22): *Notre système de santé, n'est plus en mesure d'apporter les réponses adaptées aux grands enjeux que soulève l'avenir de la santé. (...) Le système de santé, hyper-administré, ne tient pas compte des réalités territoriales. (...) La notion de 'colloque singulier' (relation bilatérale et protégée entre le médecin et son patient) semble dépassée, au regard de l'intérêt d'une équipe médicale pluridisciplinaire pour le diagnostic et le traitement de pathologies complexes et d'une équipe pluriprofessionnelle pour la dispense des soins.*

En 2015, le CNOM a réalisé une enquête auprès de 35 000 médecins, ainsi que des membres des institutions et des patients (22).

Les inquiétudes mises en évidence sont le manque de cap de pilotage pour l'organisation des soins, une augmentation de la charge de travail, un accroissement des contraintes, une course à la rentabilité et un tiers du temps de travail des médecins consacré aux tâches administratives et aux réunions ; et tout cela au détriment de la valorisation de la mission de service public.

Les priorités pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins sont de redonner du temps médical et de faire une réforme de l'organisation des soins avec les médecins comme acteurs centraux de l'évolution. Pour répondre aux inégalités territoriales en termes de démographie médicale, il est préconisé de réaliser un *état des lieux des besoins de santé pour chaque périmètre territorial et une étude de l'offre actuelle*.

Le climat de la médecine générale est tendu : les MG contestent, n'hésitant pas à manifester. Ils s'opposent en autre à la généralisation du tiers-payant et à la manière dont s'effectue le virage ambulatoire, prévus dans le projet loi santé de Marisol Touraine présenté en octobre 2014. Ils se sentent déconsidérés et expriment leur mécontentement. Les syndicats de MG se mobilisent. (23) (24)

1.5 ANALYSE DES BESOINS

L'analyse des besoins en santé est complexe et nécessite de multiplier les sources d'informations, les cibles et les méthodes. Au-delà de notre étude concernant les généralistes, le Pôle Santé Paris 13 envisage dans un second temps d'initier une étude des besoins des personnes âgées, des jeunes adultes et des migrants.

En 2009 pour l'IGAS : (21) *Les attentes ne sont pas totalement similaires, de la part des professionnels d'une part, des autorités publiques de l'autre. Les premiers mettent en avant la qualité de la prise en charge, la nécessité de renforcer la continuité des soins, l'élargissement à des missions de santé publique. Les seconds sont préoccupés par un accès aux soins pour l'ensemble de la population et un maillage territorial rendant plus fluide le parcours de soins. Un socle commun est cependant partagé par l'ensemble des parties. Il repose sur le respect d'une logique professionnelle sous peine d'échec. L'élaboration d'un projet de santé est jugée déterminante*

Les principaux obstacles portent sur une fragilité juridique et financière. Elle oblige les promoteurs-professionnels de santé à des montages complexes, introduit des risques sociaux, fiscaux et de responsabilité professionnelle. Par ailleurs, les modalités classiques de rémunérations ne permettent ni de valoriser les nouvelles missions, ni d'adopter un cadre souple de répartition entre professionnels des ressources financières. Les freins sont particulièrement importants pour le corps infirmier dont ni le statut ni le mode de rémunération ne sont attractifs pour rejoindre un exercice pluri professionnel. Franchir ces obstacles oblige à s'engager dans des démarches administratives chronophages face auxquelles l'aide à l'ingénierie de projet reste trop peu disponible.

Une thèse de 2011 étudie la mise en place des MSP ou pôles de santé en Île de France : (motivations des porteurs de projets et difficultés rencontrées) (25) elle montre des *difficultés de méthodologie et d'accompagnement dans la gestion des projets de MSP et pôles de santé. Les volets juridiques, immobiliers et financiers sont de véritables freins à l'évolution des projets.*

Pour le centre d'analyse stratégique, la coopérations entre professionnels de santé est complexe à mettre en place et (26) *se heurte à de nombreux freins et résistances, qui concernent tant les professionnels que les usagers. Elle soulève d'importantes questions d'identité professionnelle, de pratiques et de rémunération. (…) Le développement des transferts de missions soulève de fortes résistances car il touche aux identités professionnelles.*

1.6 OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'OFFRE DE SOINS

Objectif principal n°1 : Analyse de l'offre de soins en médecine générale libérale dans le 13ème arrondissement. Est-ce qu'une enquête avec un meilleur taux de participation permet de corriger ou valider les projections de l'étude Demomed de 2013 ?

Objectif secondaire : Analyse de l'offre de soins des différents professionnels de santé perçue par les généralistes libéraux. (Besoins de la population déduit à partir des réponses des généralistes interrogés)

LA COOPERATION PROFESSIONNELLE

Objectif principal n°2 : Analyser les besoins des médecins généralistes libéraux du 13ème arrondissement de Paris, concernant la coopération professionnelle dans l'arrondissement.

Objectifs secondaires :

Analyse des besoins des généralistes concernant le regroupement pluriprofessionnel

Analyse des besoins des généralistes pour la coopération ville-ville et ville-hôpital

Analyse des besoins des généralistes concernant l'utilisation des réseaux de santé

Analyse de l'Intérêt des généralistes pour le pôle de santé Paris 13 et ses projets

2 METHODE

2.1 DESCRIPTION DE L'ETUDE

Il s'agit d'une enquête transversale comprenant des questions fermées et ouvertes, effectuée d'octobre 2015 à mars 2016 auprès des médecins généralistes libéraux du 13ème arrondissement de Paris. L'enquête a été menée conjointement avec Ophélie de Castelbajac, interne en DES de médecine générale à Paris Descartes et son objectif était d'analyser les besoins des MG du 13ème arrondissement, concernant leur organisation professionnelle et la gestion de leur activité médicale.

2.2 RECRUTEMENT DES MEDECINS

Une liste exhaustive des omnipraticiens a été établie en partant des données de la CPAM en y ajoutant les praticiens nouvellement installés qui nous ont été signalés. Ces signalements sont venus du directeur de thèse, du Pôle de Santé Paris 13 et de certains médecins avec qui nous nous sommes entretenus.

Pour être éligibles pour l'enquête, les MG devaient exercer une activité libérale stricte ou mixte, en tant que titulaires ou collaborateurs, et être installés dans le 13ème arrondissement de Paris.

Etaient exclus les médecins salariés exclusifs (des centres de santé, des hôpitaux ou autres), les remplaçants, les médecins urgentistes (SOS médecins, Urgences Médicales de Paris), les médecins n'ayant plus d'activité clinique, ceux qui avaient délocalisé leur activité dans un autre arrondissement, ceux qui avaient un mode d'exercice particulier (MEP) représentant plus de 50% de leur activité clinique, le directeur de thèse Hector Falcoff.

Une évaluation systématique des critères d'inclusion et exclusion a été réalisée par appel téléphonique. Nous avons distingué 5 situations lors des appels téléphoniques :

- Pas de réponse
- Message sur répondeur
- Contact avec le secrétariat téléphonique
- Contact le secrétariat physique
- Contact avec le médecin

Une conduite à tenir a été établie pour chaque situation :

Au premier tour d'appel :

- Pas de réponse : 4 appels à des jours différents
- Message sur répondeur : laisser un message sur le répondeur
- Contact avec le secrétariat téléphonique : laisser un message
- Contact avec le médecin : en fonction de la réponse

- *J'accepte* : planification d'un rendez-vous
- *Je n'ai pas le temps* : essayer de convaincre
- *Je refuse* : arrêt des appels.
- *Rappelez plus tard* : renouvellement de l'appel à un moment choisi par le médecin

Pour les tours suivants :

- Pas de réponse : 4 appels à des jours différents
- Message sur répondeur : laisser un deuxième message
- Contact avec le secrétariat téléphonique : en fonction de la réponse du secrétariat : essayer d'avoir le médecin directement ou arrêt des appels ou renouvellement de l'appel.
- Contact avec le médecin : en fonction de la réponse
- Enfin si les médecins ne répondaient pas au téléphone (sonnerie sans messagerie, messagerie pleine, messagerie sans prise de message, etc.), on vérifiait en se déplaçant à l'adresse indiquée s'il y avait toujours une plaque médicale et si celle-ci pouvait nous orienter sur les critères d'éligibilité.

Tous les MG qui ont pu être joints et qui se sont avérés éligibles se sont vus proposer un entretien en face à face avec un des deux thésards. Cet entretien était convenu par téléphone, au jour et à l'heure convenant au MG. L'étude a été financée par le Pôle Santé Paris 13. Une indemnisation financière de 2 C, soit 46 euros, était proposée à chaque MG pour le dédommager du temps consacré à l'entretien.

2.3 RECUEIL DES DONNEES

2.3.1 Mode de recueil

L'enquête était basée sur un hétéro-questionnaire avec des questions fermées et des questions ouvertes. Pendant l'entretien, l'interne posait les questions au MG et reportait ses réponses sur le questionnaire. Les réponses aux questions ouvertes étaient recueillies *verbatim*. Les données ont ensuite été saisies par les internes dans un fichier Excel.

2.3.2 Données recueillies

Le tableau 1 détaille l'ensemble des données recueillies pendant l'entretien. (Cf. questionnaire de notre étude en annexe 1). Les données ont été partagées avec Ophélie de Castelbajac, en fonction des thématiques respectives.

Tableau 3 Les données recueillies lors des entretiens

Données sociodémographiques	- Sexe - Age
Type d'activité	- Activité exclusivement libérale ou mixte - Statut de titulaire ou de collaborateur - Exercice de groupe ou non
Locaux	- Situation du cabinet (rez-de-chaussée, étage avec ou sans ascenseur) - Accessibilité des cabinets aux Personnes à mobilité réduite (PMR) - Travaux prévus pour être accessible aux PMR - Statut de propriétaire ou locataire
Organisation du médecin	- Type de secrétariat - Informatisation des dossiers, type de logiciel - Partage du dossier avec associés - Consultations avec ou sans rendez-vous - Horaires d'ouverture - Recours à un remplaçant
Mode d'exercice professionnel	- Appartenance à un réseau de soins, une maison de santé, un pôle de santé - Pratique d'un mode d'exercice particulier : type et pourcentage par rapport à l'activité totale, - Pratique d'actes techniques, - Accueil d'étudiants en médecine, - Implication dans la permanence des soins.

Accès aux soins	- Secteur d'activité (1, 2), - Réalisation du tiers payant, - Acceptation de la carte Vitale pour feuille de soins électroniques (FSE), - Acceptation des patients bénéficiant de la CMU et de l'AME. - Acceptation de prendre nouveaux patients comme médecin traitant en consultation et en visite à domicile
Volume d'activité	- Soit par estimation du médecin interrogé soit via son RIAP pour le nombre de patients dont il est le médecin traitant et le nombre d'actes et de visites par an, - Pourcentage de patients de plus de 70 ans et de moins de 16 ans, - Pourcentage de patients bénéficiant de l'AME - Nombre d'heures travaillées par semaine, - Durée des congés annuels,
Ressenti du médecin	- Concernant son activité au cabinet et ses visites à domicile - Problèmes et difficultés ressenties dans leur activité médicale quotidienne - Difficultés à l'accès aux autres professionnels de santé
Projection de l'activité à 2 et 5 ans	- Cessation totale d'activité, diminution son activité de plus de 25%, activité stable, augmentation son activité de plus de 25%. - Pour ceux qui restent, il leur a été demandé les modifications éventuelles de leur mode d'exercice : - Organisation en groupe ou non, - Regroupement pluri professionnel : travail en maison de santé ou pôle de santé. - Intérêt pour une aide au regroupement et nouveaux modes de rémunération
Place de la formation Continue	- Mode de formation continue - Participation à une action de DPC (Développement Professionnel Continu)
Besoins et attentes : Conditions d'exercice et qualité des soins	- Besoins en termes de secrétariat - Besoins et souhaits par rapport aux évolutions de l'informatique au cabinet - Besoins en termes d'organisation pour améliorer et faciliter l'exercice - Besoins et souhaits concernant des gestes ou des examens à effectuer au cabinet - Souhait de devenir maitre de stage - Besoins concernant l'amélioration de la coordination des soins dans le 13ème arrondissement.

Intérêt pour les actions proposées par le Pôle de Santé Paris 13	Les ressources pour la qualité des soins : - Groupe d'échange de pratique, - Dispositif d'automesure-tensionnelle, - Protocole pluri-professionnels, - Atelier outils numériques ou recherche d'information sur internet, - Dispositif d'astreinte pour les urgences
	L'aide à la coordination : - Staffs, - Facilitation à la prise de rendez-vous de consultation en milieu hospitalier (Pitié-Salpêtrière), - Avis spécialisés téléphoniques, - Aide à la coordination avec le secteur social
	L'aide à l'éducation thérapeutique des patients avec des ateliers spécialisés : diabète, surpoids, traitement par Anti-vitamines K (AVK), Tabac, Activité physique.
	Prises en charge en tant que médecin traitant des personnes socialement fragiles : - Patient âgés nécessitant d'un suivi à domicile, - Patients migrants, - Patients ayant une pathologie psychiatrique suivie, - Patients précaires, - Patient ayant une addiction à prendre en charge.

2.4 ANALYSE

2.4.1 Analyse quantitative

Pour les réponses aux questions fermées : moyenne, écart-type, médiane, minimum, maximum ont été calculés.

Outils statistique utilisé : Logiciel R via l'outil de statistique en ligne « BiostaTGV ». Ce site internet a été créé en 2000 par l'Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique (iPLESP) de l'université pierre et marie curie de Paris. (27)

Nous avons présenté à la suite les résultats quantitatifs et les résultats qualitatifs portant sur un même thème, espérant que les seconds éclairent et enrichissent le sens des premiers.

2.4.2 Analyse des verbatim

Dans un premier temps nous avons appliqué la méthode de l'analyse qualitative descriptive (28) avec un faible niveau d'interprétation des contenus, afin de rester au plus près des besoins exprimés par les MG ;

Dans un second temps nous avons essayé de déduire certains besoins des généralistes exprimés de façon indirecte (exemple : mauvaise connaissance des ressources de l'arrondissement pour les prises en charge sociales / Besoin de formation).

2.4.3 Analyse des besoins de la population

Cette étude à destination des médecins généralistes nous a également permis de déduire directement ou indirectement des besoins de santé pour la population du 13ème arrondissement.

2.4.4 Analyse en sous-groupe

Afin d'analyser finement nos résultats nous avons mené des analyses en sous-groupe. Nous décrivons ici les différents seuils choisis pour définir ces sous-groupes.

Critère d'âge

Le recueil de l'âge des généralistes était recueilli par tranche d'âge : (< 40), (40-50), (50-60), (> 60ans). Nous avions donc à postériori, lors de l'analyse, le choix entre les seuils de 40, 50 ou 60 ans. Les seuils de 40 et 60 ans ne nous paraissaient pas adaptés car correspondant à des débuts ou fins de carrière.

Pourcentage de patient bénéficiaire de l'aide médicale d'état (AME)

Nous avons choisi arbitrairement de fixer le seuil à « 5% de patients AME » car cela nous paraissait cliniquement pertinent. La limite entre les médecins qui voient peu d'AME et ceux qui en voient beaucoup est assez nette. En effet, les 11 médecins qui voient plus de 5% de patient AME, en voient en moyenne 13%.

Temps clinique par semaine

Nous avons choisi arbitrairement de fixer le seuil « 40h de temps clinique par semaine » car cela nous paraissait cliniquement pertinent. Ce seuil de « 40h par semaine de temps clinique » correspond exactement à la moyenne et médiane du temps clinique des médecins répondants. Cela correspond à 8h de temps clinique par jour ouvré.

Séparation nord / sud sur critère sociaux-économique

Le 13ème arrondissement est découpé en 8 conseils de quartier. Un conseil de quartier est *un espace d'information, de débats et de réflexion sur des projets d'aménagement, de l'environnement et de la vie du quartier. Il est placé au centre des populations d'un quartier essayant de répondre au mieux à ses besoins.* (19) Nous avons utilisé ce découpage territorial lors de notre analyse, tout comme l'étude Démomed13 l'avait fait. Ceci nous permet de comparer nos résultats à ceux de l'étude de démographie médicale précédente. Par ailleurs ce découpage, au plus proche des populations semble adapté à l'étude des besoins territoriaux. Voici la carte du 13ème arrondissement découpé en 8 conseils de quartier. Il existe, depuis 2016, un nouveau découpage légèrement différent des conseils de quartiers du 13ème arrondissement. Nous avons utilisé l'ancien découpage en sous quartier pour pouvoir comparer nos résultats aux enquêtes précédentes. (Cf. nouveau découpage des conseils de quartier du 13ème en annexe)

Nous avons divisé le 13ème arrondissement en zone « Nord » socialement favorisée et zone « Sud » globalement moins favorisée. La répartition des différents conseils de quartier a été réalisée à partir des données sociodémographiques 2010 de INSEE (cf. annexe 3)

- Zone Nord : « Croulebarbe », « Butte aux cailles » et « Salpêtrière-Austerlitz »
- Zone Sud : « Bièvre Sud-Tolbiac », « Nationale-2 moulins », « Patay-Masséna », « Dunois-Bibliothèque Jeanne d'Arc », « Olympiades-Choisy »

Figure 3 Les huit conseils de quartier du treizième arrondissement de Paris et notre découpage Nord / Sud pour l'analyse en sous-groupe

3 RESULTATS

3.1 PARTICIPATION ET CARACTERISTIQUES DES REPONDANTS

345 omnipraticiens figuraient sur la liste fournie par la CPAM en 2015, auxquels s'ajoutent 9 médecins généralistes libéraux installés en 2015 et 2016 dans le 13ème arrondissement.

244 omnipraticiens ont été exclus pour les motifs suivants :

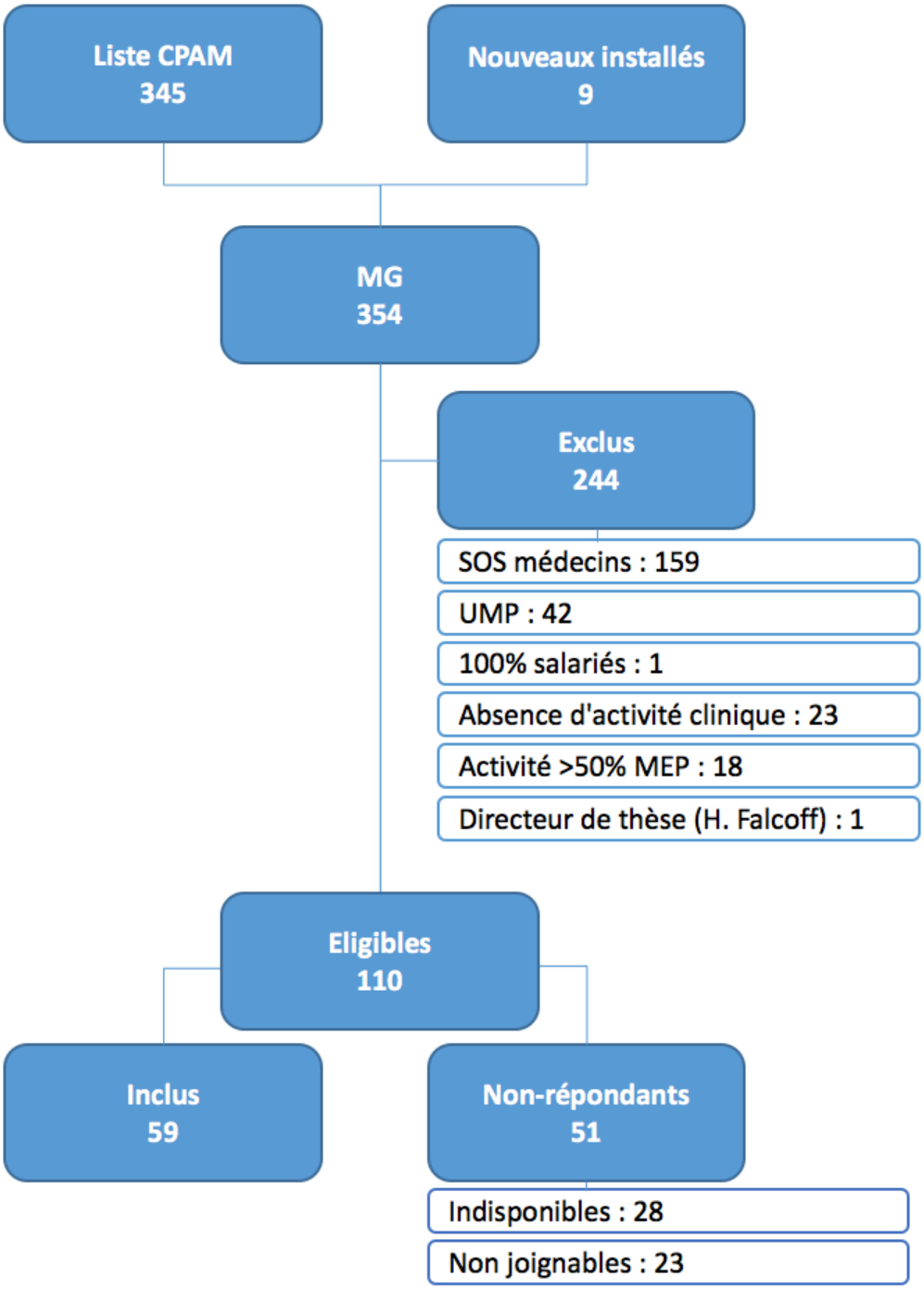
- Absence d'activité clinique, pas de cabinet à l'adresse indiquée, numéro de téléphone non valide, non joignable : 20
- Ne pratique plus dans cet arrondissement : 2
- Arrêt maladie prolongé : 1
- Salarié : 1
- Appartenance à SOS Médecins ou aux Urgences Médicales de Paris (UMP) : 201
- Pratique d'un mode d'exercice particulier représentant plus de 50% de la pratique : 18
- Dr Hector Falcoff, le directeur de cette thèse : 1

Sur les 110 médecins éligibles, 28 médecins ont refusé de participer à l'étude, 23 n'ont pas répondu à notre demande et 59 médecins ont répondu au questionnaire.

Les entretiens se sont déroulés pendant 5 mois, entre novembre 2015 et mars 2016.

Le taux de participation est de 54% pour les médecins généralistes.

Figure 4 Diagramme du flux d'inclusion des répondeurs



Les caractéristiques des répondants sont présentées dans le tableau 4

Tableau 4 Caractéristiques des répondants

Variable	*Modalités*	*N (miss)*	*n (%)*
Sexe	F	59 (0)	25 (42)
	H		34 (58)
Age	< 40	59 (0)	10 (17)
	[40-50[		7 (12)
	[50-60[		21 (36)
	[60-75[		21 (36)
Activité	Libérale	59 (0)	52 (88)
	Mixte		7 (12)
Statut	Titulaire	59 (0)	52 (88)
	Collaborateur		7 (12)
Statut vis à vis du local professionnel	Propriétaire	59 (0)	30 (51)
	Locataire		29 (49)
Conventionné	Secteur 1	59 (0)	45 (76)
	Secteur 2		14 (24)
MEP (**)	Oui	59 (0)	8 (14)
	Non		51 (86)

(**) Mode d'exercice particulier : acuponcture, homéopathie...

On compte en moyenne **6 hommes pour 4 femmes**. Parmi les non répondants, la répartition homme/femmes est la même : 30 hommes (59%) pour 21 femmes (41%). Parmi les médecins de plus de 50 ans on compte presque 2 hommes pour 1 femme alors que parmi les moins de 40 ans il y a 4 femmes pour 1 homme.

72% des répondants ont **plus de 50 ans.**

Sept médecins ont une **activité mixte** (12%), les autres ont une activité libérale exclusive. Parmi les 59 répondants, 52 sont **titulaires** (88%) et 7 sont collaborateurs (12%).

Parmi les médecins inclus, trois médecins généralistes sur quatre exercent en **secteur 1.** Nous relevons également que la totalité des médecins inclus et installés en secteur 2 ont plus de 50 ans.

Le tableau 5 compare quelques caractéristiques des répondants et des non répondants.

Tableau 5 Comparaison des répondants et non-répondants

n (%)	*Répondants N= 59*	*Non-répondants N=51*	*Total des MG du 13ème N=110 Inclus**	*Test Chi 2*
Homme	34 (58%)	29 (57%)	63 (57%)	0.94
Femme	25 (42%)	22 (43%)	47 (43%)	
Secteur 1	45 (76%)	45 (88%)	90 (82%)	0.10
Secteur 2 ou NC **	14 (24%)	6 (12%)	20 (18%)	
Nord ***	22 (37%)	8 (16%)	30 (27%)	0,011
Sud	37 (63%)	43 (84%)	80 (73%)	
Seul	25 (42%)	33 (65%)	58 (53%)	0.019
En groupe #	34 (58%) $	18 (35%)	52 (47%)	

(*) Ensemble des généralistes libéraux du 13ème arrondissement correspondant à nos critères d'inclusion et exclusion cf. matériel et méthode.
(**) Non conventionné
(***) Nous avons divisé le 13eme arrondissement en quartier nord favorisés et quartier Sud globalement moins favorisés cf. matériel et méthode
(#) Regroupement des généralistes avec d'autres MG : Pour que les données soient comparables entre elle, le paramètre de « regroupement » des MG inclus et non inclus a été déterminé de la même manière. Nous avons utilisé pour cela les adresses déclarées à la CPAM de tous les généralistes du 13ème.
($) 69% d'exercice regroupé selon l'auto déclaration des MG cf. tableau 14

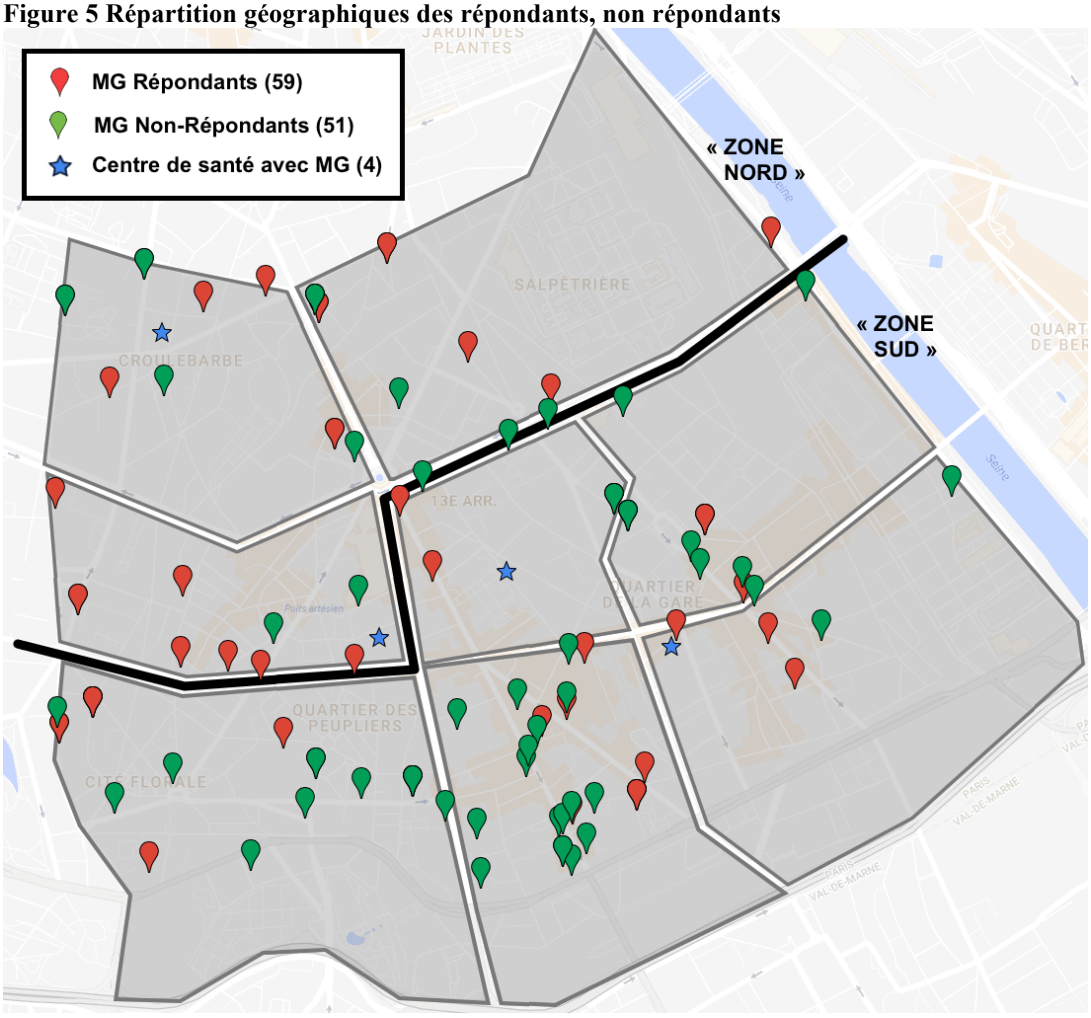
Les médecins répondants et non-répondants ne sont pas significativement différents en termes de sexe et de conventionnement.

Sur l'ensemble des 110 MG exerçant dans le 13ème, 81 (soit 74%) exercent dans le « sud défavorisé » de l'arrondissement. Le taux de participation à notre enquête est significativement plus élevé au nord qu'au sud (73% vs 46% p-value : 0.011). Toutefois, l'ensemble des 8 « sous quartiers » de l'arrondissement est représenté (cf. figure suivante et en annexe le tableau de répartition des MG répondant par sous quartier).

Grace aux adresses des omnipraticiens du 13eme déclarés à la CPAM, nous pouvons également estimer le regroupement professionnel des médecins généralistes du 13eme « non répondant » à notre étude.

Dans le 13eme de façon globale, 58 médecins (soit 53%) travaillent en groupe avec au moins 1 autre généraliste. Les MG ayant accepté de répondre à notre étude sont d'avantage regroupés avec d'autre MG que les non répondant (58% vs 35% p value : 0.019).

Figure 5 Répartition géographiques des répondants, non répondants

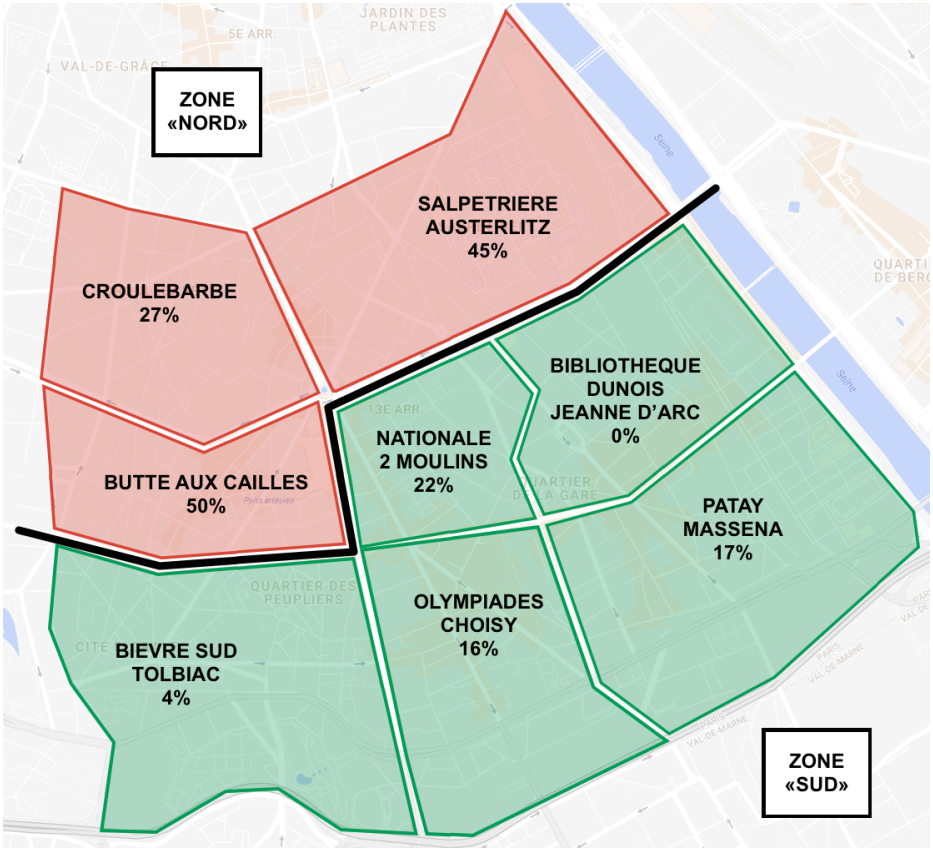


La ligne de séparation noire, divise le 13ème arrondissement en une partie nord plus favorisée et une partie sud. (Cf. méthode)

Les centres de santé où l'on peut accéder à des consultations de médecine générale ont été ajoutés à cette carte des généralistes libéraux du 13ème arrondissement

- Croix Rouge Olympiades : 5 Rue Ponscarme
- Centre de santé du Moulinet 21 Rue du Moulinet (UTMIF)
- Centre de santé Edison, 44, rue Charles Moureu
- Centre de santé Broca, 94bisq Rue Broca

Figure 6 Pourcentage de généralistes secteur 2 ou non conventionnés



Concernant le conventionnement auprès de la CPAM, il y a un gardian de 1 à 4 entre le Nord et le sud. Dans la zone nord du 13ème arrondissement, 40% des médecins éligibles exercent en secteur 2, alors qu'ils ne sont que 10% à exercer en secteur 2 dans la zone sud. Sur l'ensemble du quartier on dénombre 20 généralistes libéraux installés en secteur 2 soit 18%.

Tableau 6 Répartition des secteurs de conventionnement dans le 13ème arrondissement

Pourcentage (Effectif)		*Répondant (N= 59)*		*Non répondant (N=51)*		*Eligibles (N=110)*	
Localisation		*Secteur 1*	*Secteur 2*	*Secteur 1*	*Secteur2*	*Secteur 1*	*Secteur 2*
	Ensemble de la zone Nord	50% (11)	50% (11)	87% (7)	13% (1)	60% (18)	40% (12)
NORD *	Croulebarbe	57% (4)	43% (3)	100% (4)	0	73% (8)	**27%** (3)
NORD *	Butte-aux-cailles	50% (3)	50% (3)	50% (1)	50% (1)	50% (4)	**50%** (4)
NORD *	Salpetrière-Austerlitz	44% (4)	56% (5)	100% (2)	0	55% (6)	**45%** (5)
	Ensemble de la zone Sud	92% (34)	8% (3)	88% (38)	12% (5)	90% (72)	10% (8)
SUD *	Tolbiac Bièvre-Sud	93% (14)	7% (1)	100% (9)	0	96% (23)	**4%** (1)
SUD *	Nationale-deux moulins	75% (3)	25% (1)	80% (4)	20% (1)	78% (7)	**22%** (2)
SUD *	Olympiades-Choisy	87% (7)	13% (1)	82% (14)	18% (3)	84% (21)	**16%** (4)
SUD *	Patay-Masséna	100% (3)	0	66% (2)	33%(1)	83% (5)	**17%** (1)
SUD *	Dunois bibliothèque Jeanne d'Arc	100% (7)	0	100%(9)	0	100% (16)	**0**
GLOBAL 13eme arrondissement		**76% (45)**	**24%(14)**	**88% (45)**	**12% (6)**	**82% (90)**	**18% (20)**

* Cf. Matériel et méthode : Zone nord globalement plus « favorisée »

Secteur 2 : comprend les MG conventionné secteur 2 et ceux non conventionnés

Figure 7 Répartition des 18 médecins généralistes libéraux exerçant plus de 50% en MEP dans le 13ème arrondissement

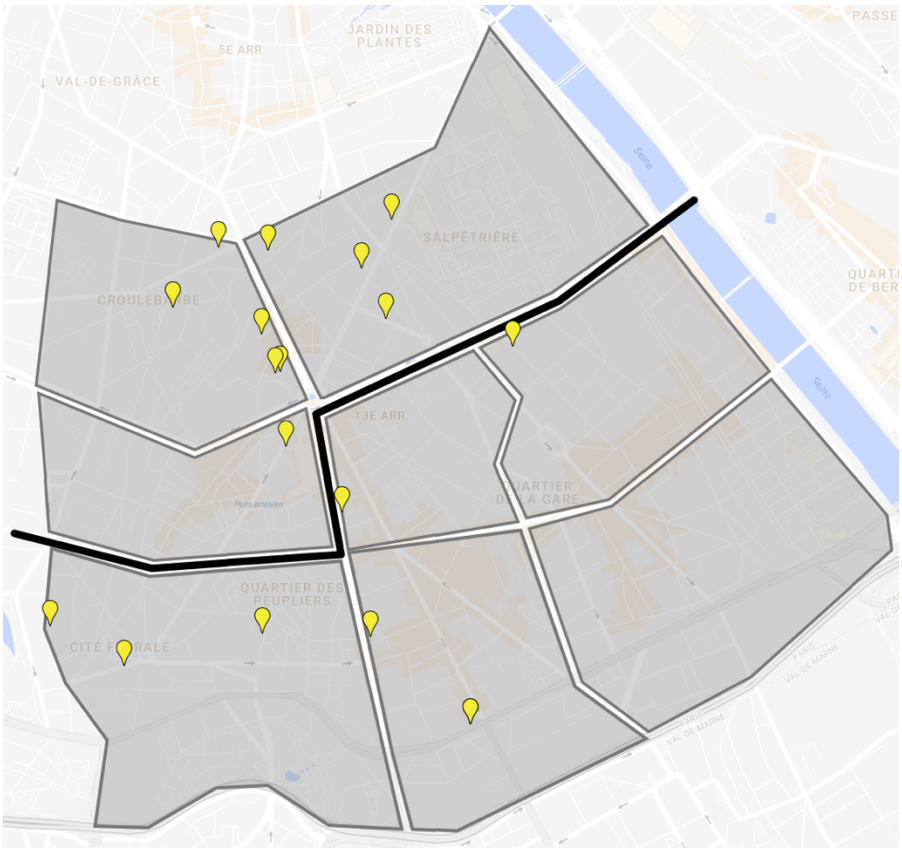


Tableau 7 Généralistes libéraux exerçant MEP à plus de 50% dans le 13ème arrondissement N= 18

Répartition par Conseils de quartier	*n (%)*	*Type de MEP*	*n (%)*
Croulebarbe	5 (28)	Acuponcture	5 (28)
Butte-aux-cailles	1 (6)	Homéopathe	4 (22)
Tolbiac Bièvre-Sud	3 (17)	Vasculaire	4 (22)
Salpetrière-Austerlitz	4 (22)	Allergologie	1 (6)
Nationale-deux moulins	1 (6)	Psychanalyse	1 (6)
Olympiades-Choisy	2 (11)	Traumatologie	1 (6)
Patay-Masséna	0 (0)	Cardiologie	1 (6)
Dunois bibliothèque Jeanne d'Arc	1 (6)		

Nous comptons 18 médecins généralistes exerçant un MEP à plus de 50% parmi les 129 généralistes libéraux du 13ème, soit 14%.

Tous les homéopathe et vasculaires (MEP >50%) sont installés dans le nord de l'arrondissement.

Tous les acuponcteurs (MEP>50%) sont installés dans le sud de l'arrondissement.

3.2 EVOLUTION PREVISIBLE DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE

Rappelons que plus d'un tiers des médecins interrogés ont plus de 60 ans. Dans ce contexte, nous leur avons demandé d'évaluer l'évolution de leur activité médicale dans les 2 et 5 prochaines années (tableau 8).

Tableau 8 Prévision de l'activité à 2 et 5 ans

Variable	*Modalités*	*N (miss)*	*n (%)*
Evolution à 2 ans	Cessation 1	59 (0)	7 (12)
	Diminution 2		5 (8)
	Stabilité 3		36 (61)
	Augmentation 4		11 (19)
Evolution à 5 ans	Cessation 1	59 (0)	17 (29)
	Diminution 2		5 (8)
	Stabilité 3		26 (44)
	Augmentation 4		11 (19)

(1) Cessation totale d'activité médicale

(2) Diminution de plus de 25% d'activité médicale

(3) Activité médicale stable

(4) Augmentation de plus de 25%

Parmi les répondants 29% (17 MG) vont **cesser totalement** leur activité dans les 5 prochaines années. En extrapolant ce chiffre aux 110 généralistes du quartier, cela correspond à 32 départs à la retraite à 5 ans, soit 6 à 7 départs / an. Par ailleurs, nous avons relevé 9 installations de médecins généralistes libéraux entre 2015 et 2016.

Certains médecins sont impatients de voir s'installer des confrères dans le quartier.

Je n'ai pas assez de temps, il y a trop de patients. Je fais environ 40 consultations par jour…

où est la nouvelle génération ? Il faudrait plus d'installations, et plus de remplaçants.

Trop de travail, je suis débordé. Que font les jeunes médecins ?

Il faut plus d'installation de médecin généralistes.

D'autres voient d'un mauvais œil l'implantation récente de structures d'exercice regroupé.

Un centre de santé s'est ouvert il y a quelques jours à coté de mon cabinet, personne n'a appelé pour se présenter, c'est honteux !

Concurrence déloyale des centres de santé qui viennent de s'implanter dans le quartier.

Figure 8 Analyse comparée des densités et effectifs des généralistes libéraux du 13ème arrondissement par conseils de quartier

		DEMOMED 13		POLE 13						
		2013		2015-2016						2020
		Densité §	Nb de MG §	Densité §	Nb total MG §	Taux de participation*	MG répondant	MG non répondant	MG MEP	Cessation d'activité A 5ans *
NORD	Croulebarbe	7	14	8	16	64	7	4	5	29%
	Butte-aux-cailles	7.8	12	5,9	9	75	6	2	1	33%
	Salpetrière-Austerlitz	7.1	17	6,3	15	82	9	2	4	56%
SUD	Tolbiac Bièvre-Sud	4.8	24	5,4	27	63	15	9	3	20%
	Nationale-deux moulins	6.9	10	6,9	10	44	4	5	1	25%
	Olympiades-Choisy	13	31	12	28	32	8	17	3	25%
	Patay-Masséna	**2.3**	7	**2**	6	50	3	3	0	33%
	Dunois bibliothèque Jeanne d'Arc	10.4	23	7,7	17	44	7	9	1	14%
GLOBAL 13eme arrondissement		**7,4**	**139**	**7,0**	**129****	**54**	**59**	**51**	**18**	**29%**

§ densité et effectif de médecin calculés en tenant compte des MEP, densités de praticien exprimées en « Généraliste / 10.000habitants », Comparaison en considérant les populations stables

* sur une base de 110MG généralistes (sans les praticiens exerçant MEP à plus de 50%, sans Dr Falcoff)

** Nb total de Mg = Répondants (59) + Non répondants (51) = MEP (18) + 1 (Dr Hector Falcoff, directeur de thèse et médecin généraliste dans le 13eme)

MG MEP= MG exclus dans notre enquête car exerçant MEP à plus de 50%

Dans le tableau suivant nous comparons les cessations d'activité médicale à 5 ans en fonction du zonage Nord / Sud décrit dans le chapitre Matériel et méthode.

Tableau 9 Cessation totale d'activité à 5 ans selon le quartier

Localisation	*Cessation totale*	*Poursuite de l'activité*	*Total*
Nord *	9 (41%)	13	22
Sud *	8 (22%)	29	37
Total	17 (29%)	42	59

(*) 13ème arrondissement divisé en quartiers nord favorisés et quartiers Sud globalement moins favorisés (Cf. Méthodes)
test statistique Chi2 p=0,11

Figure 9 Etude 2015-2016 Pôle13 Densité en médecins généralistes par conseils de quartier dans le 13ème arrondissement Ensemble des généralistes libéraux en activité en incluant les médecins exerçant des MEP Exprimé en nombre de médecins pour 10.000 habitants

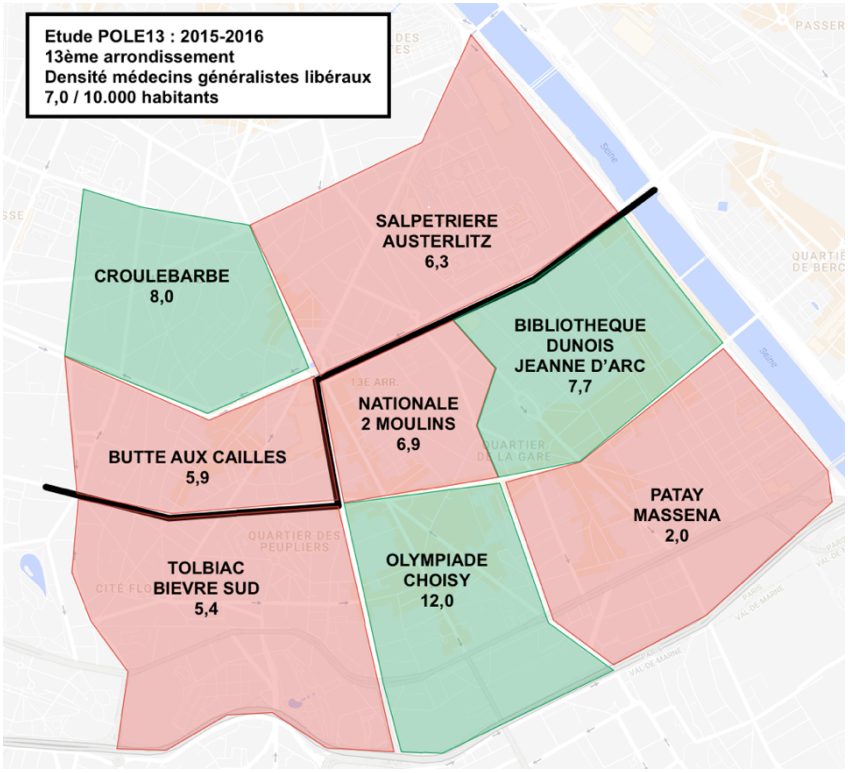
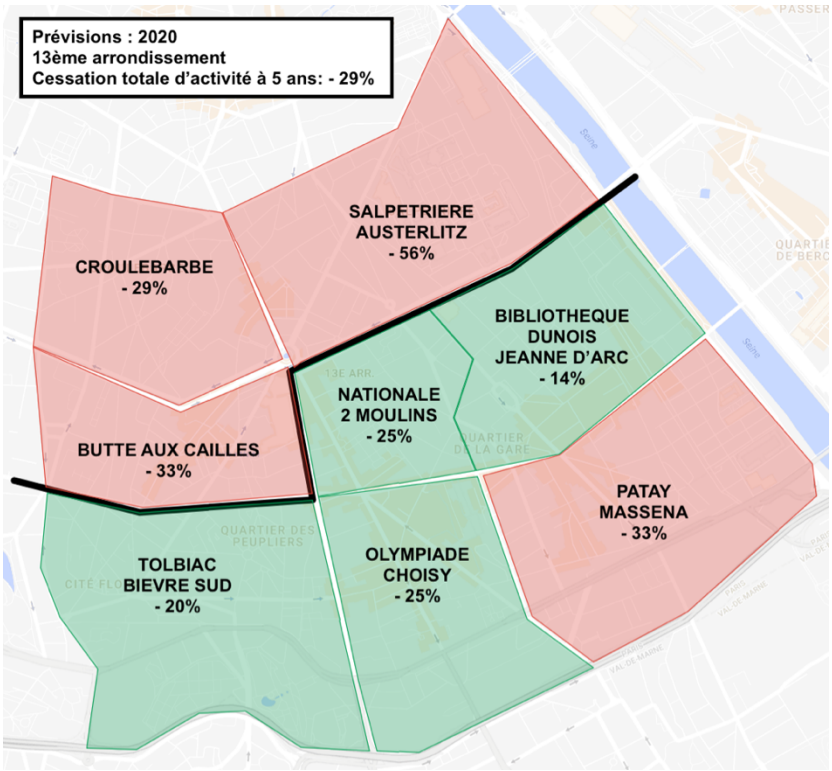


Figure 10 Prévision 2020 cessation totale d'activité médicale à 5 ans estimée parmi les généralistes répondant à nos critères d'inclusion pour l'étude Pôle13, cf. méthode



3.3 SUCCESSEURS ET REMPLAÇANTS

3.3.1 Successeur

Tableau 10 Recherche d'un successeur

Variable	*Modalités*	*N (miss)*	*n (%)*
Successeur (*)	Envisagé	17 (0)	10 (59)
	Non envisagé		7 (41)
Déjà trouvé (**)	Non	10 (0)	6 (60)
	Oui certain		1 (10)
	Oui incertain		3 (30)

(*) Si vous envisagez une cessation totale d'activité, envisagez-vous d'avoir un successeur ?

(**) si oui, avez-vous déjà trouvé ce successeur ?

Parmi les 17 praticiens qui arrêtent leur activité dans les 5 ans, 60% envisagent un successeur mais seulement un MG en a trouvé un de façon certaine et 3 autres l'ont peut-être trouvé mais de façon incertaine.

Trop compliqué de trouver un successeur, trop de charges, les jeunes ne veulent pas s'installer seuls.

Les jeunes médecins s'orientent peu vers l'installation, encore moins quand il s'agit de cabinet à 1 à 2 médecins.

Les médecins isolés ne trouvent pas de successeur à cause des maisons de santé.

Les nouvelles maisons de santé, nous empêchent de trouver des successeurs.

3.3.2 Remplacement pendant les congés

Tableau 11 Remplacement pendant les congés

Variable	*Modalités*	*N (miss)*	*n (%)*
Remplacement pendant les congés	Oui totalement	59 (0)	25 (42)
	Oui partiellement		17 (29)
	Non		17 (29)
*Principaux motif de non remplacement***	Offre de soin suffisante dans le quartier	34 (0)	12 (35%)
	Expérience antérieure décevante		5 (15%)
	Trop de particularités de ma pratique		5 (15%)
	Contraintes administratives		4 (12%)
	Difficulté de trouver un bon remplaçant		4 (12%)
	Trop exigences des remplaçants		4 (12%)
	Non informatisé		2 (6%)
	Exigence de la patientèle		2 (6%)

* parmi les médecins qui se font remplacer de façon hebdomadaire (n=19)

** Parmi les médecins qui ne se font pas totalement remplacer pendant leurs congés, les raisons invoquées sont les suivantes

7 MG sur 10 se font remplacer pendant leurs congés, mais seulement 42% sont remplacés pendant la totalité de leurs congés. Il n'y a pas de différence de temps d'activité entre les médecins qui se font et ceux qui ne se font pas remplacer.

Plus d'un tiers des médecins qui ne se font pas remplacer pendant leurs congés comptent sur la densité médicale du quartier pour assurer la permanence des soins *Pendant mes absences, la secrétaire dirige les patients vers les confrères du quartier.* Un certain nombre de médecin ne cherchent pas à se faire remplacer *À Paris on peut se permettre de fermer. Je regrette cependant que mon confrère de la rue voisine n'ait pas voulu faire un arrangement pour les vacances.*

Les médecins ne prenant pas de remplaçant évoquent parfois des mauvaises expériences par le passé *A chaque fois que j'ai pris un remplaçant c'était la catastrophe*.

D'autres souhaiteraient se faire remplacer mais évoquent différentes difficultés : *J'ai des dossiers papiers et une façon de travailler bien à moi, je ne me fais pas remplacer*. Même avec des dossiers informatisés, c'est parfois difficile *Se faire remplacer c'est galère, il faut savoir utiliser le logiciel*. Pour certain il y a *Trop de contraintes administratives* ou *les remplaçant sont devenu trop exigeants.*

3.4 BESOINS DE LA POPULATION : OFFRE DE SOINS PAR LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE PERÇUES PAR LES MEDECINS GENERALISTES

Nous avons demandé aux médecins s'il y avait des difficultés d'accès à certains professionnels de santé ou du social dans le 13eme arrondissement sans orienter leur réponse. Les réponses figurent dans le tableau ci-dessous.

Vingt-neuf pour cent des répondants considèrent que le 13ème est bien doté en professionnels de santé.

Globalement sur le 13eme on ne manque pas trop de personnel médical. Peut-être un peu les gynécos, ophtalmo et kiné.

Pas vraiment de problème pour accéder aux soins dans le 13eme.

Pas de problème d'accès pour les spécialistes du quartier.

Cependant la majorité des répondants décrivent des difficultés d'accès à certains professionnels de santé. (cf. tableau 12).

Tableau 12 Accès aux professionnels de santé dans le 13ème arrondissement

De façon globale sur le secteur (*)		*N (miss)*	*n (%)*
Difficulté d'accès à certains professionnels de santé	Oui	59 (0)	42 (71)
	Non		17 (29)

(*) selon vous, y a-t-il des difficultés pour accéder à certains professionnels de santé ou du secteur social (médecin spécialistes, professions paramédicales, etc.) ?

Le tableau 13 présente le type de difficultés rencontrées pour chaque catégorie de soignant.

Tableau 13 Professions concernées par des difficultés d'accès selon les MG, et type de difficulté ressentie

Profession	N (%) *	*Tarif Excessif* **	*Délai Excessif***	*Qualité Insuffisante***	*Nombre Insuffisant* **	*Autre***
Kinésithérapeute	17 (29)	2 (12%)	5 (29%)	4 (24%)	12 (71%)	2 (12%)
Médecins spécialistes	16 (27)	12 (75%)	7 (44%)	3 (19%)	3 (19%)	1 (6%)
Infirmier(e)s	10 (17)	1 (10%)	3 (30%)	1 (10%)	8 (80%)	1 (10%)
Ophtalmologue	9 (15)	2 (22%)	4 (44%)	0	2 (22%)	4 (44%)
Gynécologue	8 (14)	2 (25%)	4 (50%)	0	2 (25%)	3 (38%)
Psychiatre	8 (14)	3 (38%)	5 (63%)	1 (13%)	4 (50%)	1 (13%)
Soins à domicile	7 (12)	1 (14%)	2 (29%)	0	4 (57%)	1 (14%)
A. sociale	4 (7)	1 (25%)	2 (50%)	1 (25%)	2 (50%)	2 (50%)
Podologue	4 (7)	1 (25%)	2 (50%)	1 (25%)	3 (75%)	0 (0%)
Radiologue	4 (7)	4 (100%)	1 (25%)	0	2 (50%)	0
Neurologue	3 (5)	1 (33%)	3 (100%)	0	1 (100%)	0
Endocrinologue	2 (3)	1 (50%)	2 (100%)	0	1 (50%)	0
ORL	2 (3)	0	0	0	0	2
Pneumologue	1 (2)	0	0	0	1	0
Laboratoire	1	1 (100%)	1(100%)	0	1 (100%)	0

(*) Nombre de médecin et pourcentage qui considèrent qu'il y a des difficultés d'accès pour cette catégorie de soignant, rapporté à la population totale de l'étude soit 59 médecins

(**) Nombre de fois où cette difficulté a été citée et pourcentage rapporté au nombre de fois où cette catégorie de soignant a été citée.

3.4.1 Paramédicaux

29% des répondants évoquent un problème d'accès aux **kinésithérapeutes** et 17% aux **infirmières ; les raisons évoquées sont principalement le** nombre insuffisant et les délais excessifs de prise en charge.

Les prescriptions de kiné au long cours embolisent les disponibilités de rendez-vous.

Les kinésithérapeutes ne sont pas sérieux, ils veulent tous être ostéopathe à 100€ la consultation.

Il n'y a pas assez de kiné à domicile, les infirmières ça va, les spécialistes ça va. Je trouve qu'il manque de pneumo.

Le manque de paramédicaux est surtout évoqué à travers le problème des prises en charge au domicile.

Il y a beaucoup d'infirmières dans le quartier mais beaucoup de refus pour les visites infirmières à domicile.

J'ai du mal à trouver des intervenants à domicile, et des infirmières à domicile.

Où vont aller les patients âgés ?

Délai important pour la FOSSAD. (Un SSIAD).

Les généralistes eux-mêmes sont en difficulté pour répondre à la demande de visites à domicile. (Cf. thèse Ophélie de Castelbajac)

3.4.2 Spécialistes

27% signalent une difficulté avec les spécialistes :
Pour certains spécialistes il y a des délais de 2 à 3 mois, et en plus on ne répond pas à nos lettres ! Sans parler des honoraires … et souvent c'est retour à l'envoyeur. Je suis très déçu.

Trois-quarts des généralistes qui citent les spécialistes le font pour des raisons de tarifs excessifs :
Pas assez de spécialistes de secteur 1. C'est une demande des patients.
Les libéraux de secteur 2 diminuent de plus en plus l'accès aux soins par leurs tarifs

Les spécialités les plus citées sont l'ophtalmologie, la gynécologie et la psychiatrie.
C'est une catastrophe, les gynécos ne prennent plus personne. On voit maintenant des femmes sans aucun suivi.
Aucun ophtalmo ne prend en urgence ! C'est difficile !

Certains répondants souhaiteraient pouvoir faire venir les spécialistes à domicile
Impossible de faire venir un spécialiste à domicile ! Comment faire pour les personnes âgées dépendantes nécessitant un avis cardio par exemple ? Sos cardio ?
Problème pour organiser les consultations avec les spécialistes pour les patients à domicile.

Malgré le rôle central des généralistes dans le parcours de soins, la coordination des soins, le suivi, ou le premier recours beaucoup de patients n'en tiennent pas compte.
A Paris, les gens ne sont pas dans la logique du médecin traitant, ils vont voir directement leurs spécialistes.
Ils diversifient leurs correspondants et du coup le médecin généraliste n'est pas en première ligne.

3.4.3 Soins psychiatriques

Les besoins par rapport aux soins psychiatriques sont évoqués de façon pressante, surtout pour la gestion des urgences.

Il faut améliorer la psychiatrie : l'hospitalisation et la psychiatrie de secteur. La Rolls Royce est devenue une 2CV. Il n'y a pas de psychiatrie de secteur. Les psychiatres sont débordés, il y a un dysfonctionnement des CMP. Les patients sont hospitalisés à Soisy sur Seine et non pas à Saint Anne (ndlr, Saint Anne est l'hôpital juste à côté).

Il faut améliorer la psychiatrie et le secteur social : il n'y a pas d'organisation, les patients psychiatriques sont en liberté en décompensation : que fait le CMP ?

Les prises en charge psychiatriques urgentes c'est problématique.

Certains réclament plus de coopération

Besoin d'un secteur psychiatrique plus joignable.

Il faut mettre au point une coordination avec toutes les addictions, créer un réseau pour les addictions aux jeux, aux ordinateurs, aux drogues.

3.5 L'EXERCICE REGROUPE DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Le tableau 14 présente le statut actuel et les attentes des répondants vis à vis de l'exercice en groupe.

Tableau 14 Regroupement pluri-professionnel

Variable	*Modalités*	*N (miss)*	*n (%)*
Mode d'exercice	Seul	59 (0)	20 (34)
	En groupe		39 (66)
Professions associées *	MG	59 (0)	34 (58)
	Spécialiste		5 (8)
	Dentiste		2 (3)
	Kiné		3 (5)
	Psychologue		5 (8)
	Infirmier		0
	Orthophoniste		0
	Podologue		0
	Sage-femme		0
	Diététicienne		0
	Autre		0
Envisagez-vous un regroupement pluriprofessionnel ?	Oui	59 (0)	9 (15)
	Non		33 (56)
	Déjà		12 (20)
	Ne sait pas		5 (8)
Aide au regroupement ? **	Oui	59 (0)	13 (22)
	Non		46 (78)
NMR ? ***	Au courant	59 (0)	19 (32)
	Non au courant		40 (68)
	Info	40 (0)	15 (37)
	Pas d'info		25 (63)

(*) Nombre de MG associé à tel professionnel de santé

(**) Etes-vous intéressé par une aide au regroupement avec d'autres professionnels ?

(***) Etes-vous informé des nouveaux modes de rémunération pour les professionnels de santé exerçant en maison de santé pluri professionnelle ? Sinon souhaitez-vous avoir des informations ?

Une majorité des médecins inclus travaille **en groupe** (39 soit 66%) tant pour les femmes (17 soit 43%) que pour les hommes (22 soit 56%).

20% considèrent déjà travailler dans des structures pluridisciplinaires mais les regroupements sont surtout mono disciplinaires. Aucun des médecins rencontrés n'est installé avec une

infirmière, et ils ne sont que 3 (soit 5%) à être installé avec des kinésithérapeutes. Quand ils travaillent en groupe, les généralistes travaillent surtout avec d'autres généralistes (34 soit 58%) plus rarement avec des spécialistes (5 soit 8%). Il existe une certaine confusion des termes parmi les généralistes : Maison de santé, cabinet de groupe, regroupement pluriprofessionnel, dispensaire, centre de santé, etc. Un généraliste plébiscite le regroupement de médecins *Non pour un regroupement pluriprofessionnel mais pluridisciplinaire oui pour son coté complémentaire.*

Cinquante-six pour cent des médecins interrogés ne souhaitent pas de regroupement pluri professionnel. Et 78% déclarent même ne pas être intéressés par une aide au regroupement. 2/3 des généralistes ne sont pas au courant des nouveaux modes de rémunérations mis en place en 2015. Et parmi eux, 2/3 ne veulent pas en être informés.

Par contre, 2/3 des médecins qui envisagent un regroupement pluri professionnel souhaiteraient une aide. Certains sont clairement insatisfaits de la situation : *On avait le projet de changer de locaux et d'acquérir un local mais il y a un manque de dialogue surprenant avec la mairie. Il fallait changer le local à visée commercial en bureau. Réponse un an et demi après en 2 lignes de la mairie : réponse négative. Pas de réponse de ParisMed.*

3.5.1 L'isolement du généraliste

L'exercice regroupé est une tendance récente et 31% des généralistes exercent encore complétement seuls.
J'ai des dossiers papiers et une façon de travailler bien à moi, je ne me fais pas remplacer.
Si pour certains, l'exercice libéral isolé est une liberté, d'autre soulignent les difficultés :
Les médecins généralistes sont isolés, il faut plus d'interactions avec le CHU et avec les autres médecins généralistes.
On souffre de l'isolement.
Les problèmes sociaux c'est la solitude du médecin généraliste ! C'est un problème important.
Problème pour gérer les urgences car les patients appellent pour des urgences et je n'ai pas le temps d'aller en visite pour les voir, du coup je suis forcée de leur dire d'appeler SOS médecin.
Difficile de maitriser la psychiatrie lourde quand on est médecin généraliste isolé et qu'on n'en voit pas beaucoup.

3.5.2 Pour ou contre les modes d'exercice pluriprofessionnel

Témoignages en faveur du regroupement pluriprofessionnel

Nous avons recueilli beaucoup de commentaires positifs sur l'exercice regroupé, venant tant de médecins qui le pratiquent que de médecins qui exercent seuls.

L'exercice regroupé c'est génial ! Les médecins isolés ne se rendent pas compte. Je pense que certain sont sceptiques car ils ne l'ont pas expérimenté. C'est une fausse idée des médecins qui se sentent indispensables. C'est difficile de déléguer mais ça s'apprend.

C'est une joie de travailler en équipe. En travaillant en groupe nous nous partageons les charges, les tâches administratives, les vacances.

Le médecin seul c'est fini. Les cabinets de groupe c'est mieux pour les locaux, la charge de travail et le travail en équipe.

Les maisons de santé c'est l'avenir, difficile de couvrir toute la plage horaire seul. N'oublions pas la féminisation de la profession, les femmes médecin qui ont des enfants.

Le regroupement professionnel c'est la formule idéale mais ce n'est pas simple pour moi car je suis propriétaire. Mais les MSP c'est l'avenir c'est évident.

Il faut créer des maisons de santé, c'est super car ça permet de diminuer la charge de travail et d'avoir la présence d'une secrétaire. C'est plus attractif pour les jeunes médecins.

Si je devais m'installer aujourd'hui je ne le ferais pas seul : pour l'accessibilité des locaux, l'exercice trop isolé.

Je ne vois pas comment on peut travailler différemment, il faut rompre l'isolement, c'est la voie de la médecine maintenant.

On se remplace mutuellement avec mon associé.

Réticences vis à vis des regroupements en centre ou maison de sante

Le tableau 15 présente les réticences au regroupement pluriprofessionnel type MSP.

Tableau 15 Analyse des réticences au regroupement pluri-professionnel type MSP *

Motifs	*N (miss)*	*n (%)*
Perte d'indépendance vis-à-vis des administrations	33 (0)	12 (36%)
Difficulté d'entente confraternelle à long terme		8 (22%)
Trop tard		7 (21%)
Transition difficile		6 (18%)
Médecine moins personnalisée		5 (15%)
Disparition de la médecine familiale		3 (9%)

(*) Parmi les 33mg qui ne veulent pas d'un regroupement pluri professionnel, analyse quantitative a postériori des réponses qualitatives et verbatim

La réticence la plus fréquemment exprimée concerne la perte d'indépendance, remplacée par une forme de salariat.

Je ne veux pas être fliqué, ROSP (rémunérations sur objectifs de santé publique, ndlr), NMR (nouveaux modes de rémunérations) et compagnie, c'est du contrôle et du salariat déguisé.

Catégoriquement contre les Nouveaux modes de rémunération ! Il faut augmenter le prix de la consultation pour valoriser la profession et garantir son indépendance !

Pas de regroupement professionnel car c'est du salariat.

Concernant le regroupement professionnel : refus de l'exercice salarié, liberté complète d'exercice, je ne suis pas contre, mais pas à n'importe quelle condition.

J'apprécie de ne pas être salarié, je n'ai de compte à rendre à personne, je suis libre. Tiers payant = médecine salariée, je n'en veux pas !

Je ne veux pas être en maison de santé pluriprofessionnelle : j'ai peur que les mutuelles mettent la main mise sur les MSP.

NMR : je veux bien des informations, mais non merci, je préfère rester indépendante.

Une réticence partiellement liée à la précédente est celle d'une médecine moins personnalisée, et que le regroupement privilégie la gestion au détriment de l'humain.

Le regroupement pluriprofessionnel type maison de santé est une façon insidieuse de faire de la gestion au détriment de l'humain.

Les maisons médicales c'est moins bien, car il y a moins de suivi. Les centres de santé ne me font pas concurrence. Les patients veulent voir leur médecin de famille.

Aucun intérêt pour la médecine abattage, je préfère prendre le temps nécessaire !

Les structure de groupe c'est une médecine moins personnalisée.

Furieuse contre le regroupement professionnel, moins de liberté, médecine moins personnelle, pas de suivi, disparition de la médecine de famille.

Une autre réticence concerne la possibilité de rencontrer des difficultés d'entente à long terme avec les associés.

Difficultés à m'entendre à mon confrère associé et la secrétaire.

Nous ne partageons pas les dossiers avec mon associé, chacun son ordinateur.

J'ai besoin de changer de cabinet et je m'installe à coté, seule car j'ai eu une trop mauvaise expérience de l'association.

Difficultés à s'entendre avec les associés, je suis bien toute seule.

Je ne sais pas si je veux travailler avec d'autres professions : les sages-femmes peut-être. J'ai peur de l'entente inter professionnelle.

Je suis assez individualiste sur ma méthode de travail. C'est compliqué de travaillé en groupe.

Il y a un problème de communication dans les trop grandes structures.
Je suis autonome, pas besoin de collaborateur.
Certains expriment la crainte des contraintes liées au regroupement.
Le regroupement médical c'est une bonne chose, mais si c'est pour consacrer du temps en plus pour développer la structure, je n'ai pas trop envie.
Dans les MSP il y a beaucoup de contraintes : horaires d'ouverture, permanence de soins, moins de liberté d'exercice.
Pas de regroupement professionnel car très bien tout seul et propriétaire donc compliqué de changer.
Je tiens aussi à ma liberté totale de planning.
Trop d'obligations quand trop grande structure, je suis pour des regroupements de petite taille.

Nous constatons un grand écart entre les défenseurs d'une médecine regroupée et ceux s'y opposant. Nous avons cherché une corrélation entre l'opposition au regroupement pluriprofessionnel et des caractéristiques des généralistes. Les résultats sont présentés dans le tableau 14. Les caractéristiques associées à cette opposition sont : exercer en secteur 2, cabinet isolé**.** Il s'emble y avoir un gradient en fonction de l'âge

Tableau 16 Analyse des résistances au regroupement

*REGROUPEMENT **	*Total*	*PAS D'AVIS DEFAVORABLE **	*AVIS DEFAVORABLE **	*P ***
Secteur 1	45	25 (56%)	20 (44%)	0.0014
Secteur 2	14	1 (7%)	13 (93%)	
Cabinet de groupe	41	22 (54%)	19 (46%)	0.025
Exercice isolé	18	4 (22%)	14 (78%)	
< 40	10	8 (80%)	2 (20%)	0.053
[40-50[	7	4 (57%)	3 (43%)	
[50-60[	21	7 (33%)	14 (67%)	
[60-75[	21	7 (33%)	14 (67%)	
Interne	12	8 (67%)	4 (33%)	0.077
Pas d'interne	47	18 (38%)	29 (62%)	
Informatisé	45	22 (49%)	23 (51%)	0.18
Non informatisé	14	4 (29%)	10 (71%)	
Réseau + ***	45	22 (49%)	23 (51%)	0.18
Réseau -	14	4 (29%)	10 (71%)	
Nord	22	8 (36%)	14 (64%)	0.36
Sud	37	18 (49%)	19 (51%)	
AME < ou = 5%	48	20 (42%)	28 (58%)	0.44
AME >5%	11	6 (55%)	5 (45%)	
Propriétaire	30	12 (40%)	18 (60%)	0.52
Locataire	29	14 (48%)	15 (51%)	
Homme	34	15 (44%)	19 (56%)	0.99
Femme	25	11 (44%)	14 (56%)	

(*) Envisagez-vous un regroupement pluriprofessionnel ?

PAS D'AVIS DEFAVORABLE = somme des « oui », « ne se prononce pas » et « exerçant déjà dans une structure de ce type »

AVIS DEFAVORABLE : « non »

(**) P-value : Test Chi2 : « avis défavorable » vs « pas d'avis défavorable»

(***) participe à des réseaux de santé

3.6 COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS

Nous avons interrogé les médecins sur leurs besoins et attentes à plusieurs niveaux : la coordination ville-hôpital, la communication professionnelle, le travail avec les réseaux, et leur intérêt éventuel pour les projets du pôle de santé

3.6.1 Relations avec l'hôpital

C'est en réponse aux questions ouvertes rapportées ci-dessous que les médecins ont exprimé des besoins vis à vis de l'hôpital.

- Dans votre activité médicale quotidienne, quels sont les principaux problèmes et difficultés rencontrées ?
- Quels sont vos besoins en termes d'organisation pour améliorer votre qualité de travail et faciliter votre exercice ?
- En considérant la situation globale, y a-t-il selon vous des choses à faire pour améliorer l'organisation et la coordination des soins dans le 13eme arrondissement ?
- Y a-t-il des difficultés pour accéder à certains professionnels de santé ou du secteur social (médecins spécialistes, professions paramédicales, intervenants à domiciles, etc.) ?

Les besoins exprimés vis-à-vis de l'hôpital concernent essentiellement les contacts avec les médecins, les courriers, et le délai d'attente aux urgences.

La majorité des répondants expriment, souvent avec véhémence, des difficultés de communications.

Encore aujourd'hui, presque 6 minutes pour que l'accueil téléphonique de la pitié décroche … alors pour joindre un médecin…

Hospitaliers dans l'ensemble c'est l'enfer ! Injoignables

Il y a un gros problème d'accès téléphonique pour les avis et les rendez-vous. Je travaille plutôt avec le privé et notamment l'Hôpital Saint Joseph.

Impossible de joindre l'hôpital ! Même le secrétariat des spécialistes est souvent sur répondeur ! C'est incroyable !

Relation avec l'Hôpital : ça prend du temps, c'est chronophage de contacter la bonne personne qui a la bonne information. Manque d'un circuit court

Cependant certains se déclarent satisfaits des échanges avec certains services.

Bons correspondants à Bicêtre avec des médecins accessibles

En diabéto à la Pitié ça marche très bien chez Hartmann. On a le numéro direct d'un PH !

VIH pitié et diabéto Pitié marchent très bien

J'ai de bons retours avec certains services de la Pitié : endoc et addicto notamment

La majorité des répondants souhaitent un accès dédié aux médecins de ville : médecin hospitalier responsable des relations avec la ville, numéro de téléphone portable dédié aux médecins de ville, ou possibilité d'échanger par mail avec les correspondants.

Il faut des praticiens à l'APHP dédiés à la relation avec les professionnels extrahospitaliers.

Il faut des numéros directs pour les avis et les hospitalisations.

Quand on a un mail ça marche bien ! Il faut les coordonnées du médecin

Besoin d'un circuit court à l'hôpital : un numéro de téléphonique unique par spécialité, c'est plus confortable. A Bicêtre il y a un DECT pour le néphrologue de garde par exemple.

Des répondants pointent des difficultés à obtenir les compte-rendu d'hospitalisation et de consultation de leurs patients.

Pour l'hôpital on a rarement des CRH et pour les spécialiste les courriers retours de moins en moins ! Et depuis 2 ans ça s'aggrave ! Que se passe-t-il ? Ils ont moins d'effectifs.

Les CRH arrivent parfois un mois après l'hospitalisation, voire même n'arrivent pas ! Je préfèrerais un petit mot plutôt que rien…

J'aimerai être aidée pour récupérer des compte rendu. Il faudrait une aide à la coordination avec l'hôpital. Un peu comme à l'hôpital quand l'externe va chercher les résultats d'examen.

Concernant la prise en charge des patients aux urgences les problèmes cités par les répondants sont le délai d'attente, la qualité de la prise en charge, le renvoi inapproprié à domicile et des difficultés de communication.

Urgences et médecine de ville : On fait attendre des heures des patients en salle d'attente alors qu'ils sont adressés par leur médecin traitant.

Je n'ai pas envie d'adresser les patients aux urgences car les prises en charge sont très longues. La qualité de la prise en charge n'est pas toujours top aux urgences et à l'hôpital.

Je n'ai rien contre la Pitié ils font bien leur travail mais j'ai l'impression qu'ils se débarrassent des patients, ils font tout pour ne pas les garder

Besoin de plus de communication avec les médecins des hôpitaux dont les urgences, impossible à joindre et j'aimerai avoir des comptes rendus des consultations.

On essaye d'éviter le passage par les urgences, mais difficile de joindre l'hôpital pour des avis ou hospitalisation.

Un répondant exprime le besoin de continuer à se former à l'hôpital au-delà de la formation initiale.

Il faudrait ouvrir les portes de l'hôpital aux généralistes. On fait notre formation à l'hôpital et à la fin au revoir. Il faudrait proposer aux généralistes qui le souhaitent des 1/2 journées en consultation, visite, staff. Les liens ville-hôpital se renforceraient facilement.

3.6.2 Relations ville-ville

Plusieurs répondants évoquent l'absence de liens et de rencontres entre MG, entre MG et spécialistes, et avec les paramédicaux de l'arrondissement.

Il faut qu'on se parle plus entre médecins généralistes. Il faut qu'on se rencontre, qu'on se connaisse, qu'on collabore.

Il faut augmenter la communication entre tous les médecins du quartier.

Des rencontres confraternelles avec les correspondants.

Se connaître entre professionnels. Avant de s'installer ici je faisais des remplacements en Province et les médecins se connaissaient tous.

Il faut augmenter les échanges interprofessionnels et diminuer les intermédiaires.

Des jeunes installés rapportent la difficulté à se constituer un réseau professionnel.

Je me suis installé il y a peu de temps, je dois encore me créer un réseau de référents médicaux et paramédicaux. C'est difficile.

Je ne suis pas contre un peu d'aide (pour trouver des correspondants)

Je démarre et du coup j'ai du mal à trouver des correspondants.

Enfin certains regrettent l'individualisme, voire la dureté dans les rapports entre médecins.

Je regrette que mon confrère de la rue voisine n'ait pas voulu faire un arrangement pour les vacances.

Il faudrait améliorer les relations entre les médecins du quartier, qu'on soit moins individualiste.

Il ne faut pas de corporatisme mais une fraternité médicale.

C'est impossible de se faire remplacer, ici c'est un nid de fauves.

Un centre de santé s'est ouvert il y a quelques jours à coté de mon cabinet, personne n'a appelé pour se présenter, c'est honteux !

3.6.3 Apport de l'informatique à la communication professionnelle

Plusieurs répondants insistent sur la nécessité de garantir le **secret professionnel** :
Méfiance avec l'informatique ! Il faut garantie la confidentialité !
L'informatique médicale prend de plus en plus de place et ça peut être dangereux si les informations ne sont pas cryptées avec un risque de rupture du secret médical.

Concernant la **communication au sein du cabinet**, dont la base est le partage du dossier médical, parmi les 28 MG qui utilisent des dossiers informatisés et qui exercent en cabinet de groupe avec au moins un autre médecin (généraliste ou spécialiste) 9 MG ne partagent pas leur dossier avec leur confrère (soit 32%)

Concernant la communication en dehors du cabinet, 24% des médecins interrogés (soit 14 sur 59MG) souhaiteraient une aide pour développer des échanges informatisés sécurisés. Plusieurs médecins communiquent avec les correspondants de ville ou avec l'hôpital par courrier électronique *Je travaille beaucoup par mail*. Une autre ajoute *J'aimerais mettre en place Apicrypt.* Mais pour certain l'outil informatique ne suffit pas : *Ce n'est pas l'informatique qui résoudra le problème de communication avec les spécialistes. S'il n'y a pas de volonté d'écrire un courrier papier, l'informatique n'y changera rien. Il faut qu'ils lisent et répondent au courrier, c'est la base.*

Les plateformes internet existantes actuellement sont fréquemment critiquées
Le site internet de l'APHP est pourri, il n'y a pas d'accès privilégié avec RPPS pour les professionnels de santé.
L'utilisation de l'Espace Pro est trop long avec des problèmes d'accessibilité, il faut toujours remettre le code et donc manque de rapidité. (Espace professionnel du site de l'Assurance Maladie ameli.fr)
AméliPro plante tout le temps. Regardez, on fait le test : 'service momentanément indisponible' !

Un outil d'information entre professionnels du territoire est parfois évoqué. *Savoir par exemple qui prend des nouveaux patients, qui n'en prend pas, quand un médecin prend ses vacances. … il faut un système de mise en relation des médecins sur un territoire !*

3.6.4 Les réseaux de sante

45 MG (76%) déclarent travailler avec un réseau de santé, principalement avec le réseau de soins palliatifs (33 réponses) et le réseau de gériatrie (17 réponses). *Le réseau de soins palliatifs et Mémorys sont très bien, mais les autres réseaux n'aident pas vraiment.*

Les réseaux n'échappent pas aux critiques.
Les réseaux de soins palliatifs sont surchargés, il y a beaucoup de délai.
Dès qu'ils vont dans un réseau vous ne les voyez plus.
Les MG prennent en charge les patients dans le cadre de réseaux mais s'impliquent peu dans la vie du réseau lui-même. *Formellement je participe à des réseaux mais réellement non.*

Le besoin d'indépendance, voire la méfiance vis à vis des organisations, est également évoqué vis à vis des réseaux. *Je ne veux pas rentrer dans les réseaux et je ne veux surtout pas qu'on m'impose un réseau, on se le forme soi-même.*

Tableau 17 Réseau de santé

Variable	*Modalités*	*N (miss)*	*n (%)*
Réseau de santé	Oui	59 (0)	45 (76)
	Non		14 (24)
Type de réseau	Soins palliatifs	45 (0)	33 (73)
	Gériatrie		17 (38)
	Diabète		8 (18)
	Rein		5 (11)
	Périnatalité		1 (2)
	Autres		9 (20)

3.7 INTERET DES GENERALISTES VIS A VIS DU POLE DE SANTE

3.7.1 Intérêt vis à vis des projets

Nous avons demandé aux médecins s'ils étaient intéressés par différents projet du Pôle santé Paris 13 : certaines sont déjà en place, d'autres sont encore à l'étude. Le tableau suivant présente l'intérêt pour ces différentes propositions. Les caractéristiques des répondants associées positivement ou négativement aux projets du pôle sont présentées en annexe 9.

Figure 11 Intérêt pour les propositions du Pôle Santé Paris 13

Action en cours ou projet du Pôle	*N (miss)*	*Médecins intéressés n (%)*
Ressources pour la qualité des soins		
- Groupe d'échange de pratique	59 (0)	37 (63)
- Protocoles pluri-professionnels		29 (49)
- Dispositif auto-mesure tensionnelle		24 (41)
- Ateliers « outils numériques »		24 (41)
- Dispositif d'astreinte visites urgentes		22 (37)
- Atelier « recherche info sur internet »		20 (34)
Aide à la coordination		
- Aide coordination secteur social	59 (0)	37 (63)
- Staffs « cas complexe »		30 (51)
- Ticket coupe file		27 (46)
- Réunion tél avec spécialiste(s)		27 (46)
Aide à l'éducation thérapeutique des patients		
- ETP diabète	59 (0)	41 (69)
- ETP surpoids		38 (64)
- ETP tabac		38 (64)
- ETP AVK		36 (61)
- ETP activité physique		36 (61)
- Autre(s) thème(s) souhaités :		4 (7)
Accepterait des nouveaux patients « fragiles » adressées par le Pôle		
Migrant ayant une pathologie chronique	59 (0)	34 (58)
Patient ayant une pathologie psychiatrique suivie		30 (51)
Patient précaire orienté par la PASS		29 (49)
Personnes âgées à domicile sans MT		21 (36)
Patient addictes orienté par un CSAPA		16 (27)

Les propositions qui ont suscité le plus de réponses positives sont les ateliers d'ETP, l'aide à la coordination avec le secteur social et les groupes d'échange de pratique.

Les propositions qui ont suscité le moins de réponses positives sont la prise en charge des patients ayant une addiction, adressés par un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, (CSAPA), celle des personnes âgées à domicile sans médecin traitant, et la mise en place d'un dispositif d'astreinte pour les visites urgentes.

Sont rapportés ci-dessous les projets qui ont suscité le plus de réactions, positives ou négatives.

Ateliers d'éducation thérapeutiques

L'aide à l'éducation thérapeutique des patients est le projet du pôle qui rencontre le plus d'avis favorable 71% des médecins sont intéressés par au moins 1 atelier ETP.

Oui aux ateliers d'ETP, je le fais souvent, même.

Oui pour les ETP surpoids, il manque de diététiciennes.

L'ETP oui, mais j'aimerais savoir le contenu.

Pourquoi pas des ateliers de nutrition pour tous, pas seulement les diabétiques ou les obèses.

On note tout de même des réticences.

Les ateliers d'éducation thérapeutique c'est pas adapté. C'est au généraliste de le faire mais à 23 € ce n'est pas possible.

Les patients ne sont pas motivés par les ateliers d'ETP.

Les ateliers d'éducation thérapeutique ont un impact limité si faits de façon incomplète.

Les ETP sont déjà organisés par l'hôpital.

Les ateliers d'éducation : les patients n'y vont pas.

Aide à la coordination avec le secteur social

De nombreux MG évoquent des difficultés pour les prises en charges sociales. Il s'agit d'un besoin important pour 63% des répondants.

Oui oui et oui ! La prise en charge sociale c'est très difficile en libéral !

Les prises en charge sociales urgentes c'est très difficile, ça nuit parfois aux soins.

Les problèmes sociaux c'est la solitude du médecin généraliste ! C'est un problème important.

Un médecin évoque une évolution des besoins.

Il y a une dérive sociale de la médecine alors qu'on n'est pas assistante sociale.

Certain jettent l'éponge.

Est ce notre rôle ? On fait déjà beaucoup de choses. Un médecin généraliste seul ne peut pas assurer la prise en charge sociale. La prise en charge des patients avec des problèmes sociaux lourds est plus adaptée en dispensaire.

Au quotidien, le médecin manque de temps, d'information et de correspondants.

Au niveau de la prise en charge sociale des patients : cela prend du temps, on n'a pas toujours les bons contacts et on a un manque de compétences sur le sujet.

Qu'est-ce qu'on peut faire avec les arrêts de travail prolongés, y a-t-il une procédure sécurité sociale, quel est le mode d'emploi ?

Les problèmes sociaux c'est chronophage !

Il y a le CLIC non ?

Beaucoup souhaiteraient plus de ressources.

Les assistantes sociales sont difficiles d'accès. Comment les joindre ?

Augmenter le nombre d'assistante sociale

MAIA et CLIC existent déjà mais il faudrait plus

Prises-en charge de nouveaux patients « fragiles » orientés par le Pôle ou des partenaires du Pôle.

Nous avons demandé aux médecins s'ils accepteraient de recevoir des patients fragiles pour lequel le Pôle santé Paris 13 a été sollicité et qui n'ont pas de médecin traitant.

Plus d'un tiers des MG (22MG soit 37%) ne veulent recevoir aucun patient fragile adressé par le pôle, qu'ils soient âgés au domicile, migrants, atteints de pathologies psychiatriques, précaires ou addictes. *Je ne suis pas équipé (…) Pas de douches pour les sdf par exemple.*

Pas de psychiatrie lourde en cabinet s'il vous plaît.

Je ne suis pas opposé à soigner des patients ayant une pathologie psychiatrique, mais je suis trop isolé, c'est difficile.

Certain s'en remettent aux maisons de santé, centres de santé ou dispensaires : *CMU et AME relèvent plus de l'hôpital et des dispensaires, il n'y a pas de problème d'accès aux soins pour les pauvres en France (…) Besoin d'une structure capable d'accueillir correctement et de façon pluridisciplinaire les patients migrants, ceux ayant une pathologie psychiatrique, les patients précaires et ceux ayant un problème d'addiction.*

Les patients ayant des addictions sont ceux qui suscitent le plus de réticences : *Je ne suis pas formée pour l'addiction et beaucoup de famille et de bébés en salle d'attente et les deux ne peuvent cohabiter. Il y a déjà eu des situations difficilement gérables*.

Pour les patients addictes : je ne suis pas très à l'aise, il faut aussi une structure coordinatrice derrière.
Véto pour les patients sous Subutex.

Ticket coupe file.

Ce projet du Pôle est au stade de la réflexion. Intéressant pour 46% des répondants, il a suscité des commentaires négatifs, bien que de nombreux médecins expriment un problème d'accès aux avis et aux consultations rapides.

Ce serait bricoler le système. Quand on admet que quelque chose fonctionne mal il faut changer le système. C'est un passe-droit en fait ?
Si avis spécialiste urgent, le patient va aux urgences.
Le ticket coup de file c'est une médecine à deux vitesses. Pas de raison d'avoir des tickets coupe file et donc des rendez-vous plus rapides, il ne faut pas de passe-droit pour les médecins du Pôle.
Tickets coupe file : ni oui ni non, ce n'est pas juste pour les médecins qui ne sont pas au Pôle.
Tous les médecins du 13ème devraient pouvoir avoir plus rapidement des rendez-vous avec les spécialistes hospitaliers.
Si on a besoin d'une consultation urgente, on appelle directement l'hôpital, pas besoin de ticket coupe file.
Contre les tickets coupe file pour la Pitié. Ingérable, si ça se sait, il va y avoir des abus.
Les tickets coupe-file, éthiquement c'est difficile.

Dispositif d'astreinte pour vos urgences lorsque vous êtes en consultation, assuré par des médecins volontaires eux-mêmes installés dans le quartier.

Quelles différences avec les UMP ? … il faut participer aux astreintes ?
Quelle différence avec SOS ou les UMP ?
J'ai peur qu'il y ait confusion entre le médecin traitant et le système de visite à domicile pour les urgences.

Staffs cas complexes

Le principe intéresse la moitié des répondants mais c'est la faisabilité qui soulève des doutes.

Pour les dossiers complexes, on ne peut souvent pas attendre un staff pour décider, quand c'est urgent j'appelle directement le spécialiste.
Staff : pour les cas complexes j'adresse mes patients.
Staff : réunions du pôle : c'est bien mais je n'ai pas le temps.

Les staffs cas complexes, c'est bien mais c'est irréalisable en pratique.
Les staffs cas complexes sont utiles mais longs et donc chronophages.
Il faudrait des staffs réalisables en pratique.

3.7.2 Perception globale du pôle

Pour essayer de répondre à la question suivante « A quel point les MG sont-ils intéressés – ou non – par les projets du Pôle santé Paris 13 ? » nous avons procédé de la façon suivante :

- 21 propositions du Pôle santé ont été soumises aux MG
- Pour ne pas surreprésenter les projets d'éducation thérapeutiques, les 6 propositions concernant les ETP sont regroupées en une seule variable (intéressé par au moins 1 projet ETP du pole, 42 MG soit 71%)
- Pour ne pas surreprésenter l'accueil des patients fragiles, les 5 propositions s'y référant sont regroupées en une seule variable (accepte de recevoir au moins une catégorie de patient fragile, 37MG soit 63%)
- Soit un total de « 12 propositions pôle de santé »

En moyenne les MG du 13eme sont intéressés par 6 propositions sur 12 soit 50% (Médiane 6 minimum 0 maximum 12)

- 76% des MG intéressés par au moins 4 propositions du pôle
- 63% des MG intéressés par la moitié des propositions ou plus.
- 27% des MG intéressés par au moins 9 propositions sur 12

Certains commentaires sont très favorables au développement du Pôle, même si chacun le voit probablement à sa façon.
Nécessité du Pôle de santé pour améliorer la coordination des soins.
Il faut développer le Pôle santé Paris 13. Il faut améliorer la coordination gériatrique, psychiatrique et pharmacie.
Multiplicité des possibles, il y a trop de choses dans tous les coins, il faudrait un interlocuteur unique.
Il faudrait faire un pôle de santé mais en plus grand : Libéraux, Paramed, Hôpital, Clinique… tout le monde, 1 rendez-vous par mois ou tous les 2 mois, pour se rencontrer, parler des projets.
Je souhaiterais rencontrer le pôle de santé et pourquoi pas y consacrer 1/2 journée par semaine pour divers projets !

Oui une amicale qui ne soit pas financée seulement par les labos pour une formation indépendante.

D'autres commentaires sont au contraire très négatifs, le Pôle étant vécu comme une menace vis à vis de l'indépendance professionnelle, un gaspillage de moyens qui pourraient être utilisés autrement, voire une concurrence déloyale.

Je ne veux pas rentrer dans les réseaux et je ne veux surtout pas qu'on m'impose un réseau, on se le forme soi-même.

C'est honteux de voir le fric mis par les collectivités à créer des structures. Il ne faut pas grand-chose pour exercer.

Les subventions accordées au pôle, c'est de l'argent qui n'est pas mis où il faut. Il faut augmenter le prix de la consultation.

Je suis contre le pôle de santé et contre les nouveaux modes de rémunération, cela va encore augmenter l'administratif et on va être soumis à l'ARS qui impose sa vision : on perd notre liberté.

Je ne suis pas intéressé par le pôle santé. Pourquoi il décide X (le président de l'Association pour le développement du Pôle de santé) ? Qui lui a donné ce pouvoir ? C'est une concurrence déloyale !

4 DISCUSSION

4.1 SYNTHESE DES RESULTATS

Le but de notre étude était double. D'une part l'analyse précise de l'offre de soins en médecine générale libérale dans le 13ème arrondissement de Paris. D'autre part, l'analyse des besoins des médecins généralistes libéraux, concernant la coopération professionnelle.

4.1.1 Concernant l'offre de soins

D'après nos résultats, les généralistes libéraux installés du 13ème arrondissement sont peu nombreux : 129 généralistes dans le 13ème en 2016, soit 7.0 MG en moyenne pour 10.000 habitants. L'évolution prévisible de l'offre de soins primaires dans cet arrondissement est inquiétante : nous estimons à 29% les cessations totales d'activité dans 5 ans. Pour maintenir une densité médicale stable sur ce territoire, il faudrait que 37 généralistes s'y installent dans les cinq années à venir. C'est un besoin majeur pour les généralistes installés comme pour la population de soutenir ces installations. Le nord « plus favorisé » du 13ème est aussi menacé, on y estime à 42% la proportion de départ à 5ans.

Concernant l'offre de soins par les professionnels de santé de l'arrondissement (perçue par les généralistes) : certains évoquent des difficultés pour les prises en charge paramédicales à domicile, les dépassements d'honoraires de spécialistes, les prises en charge ophtalmologique, gynécologique ou psychiatrique.

4.1.2 Concernant la coopération professionnelle

Aucun cabinet médical libéral n'intègre des infirmières dans ses murs. On constate surtout des cabinets de groupe de petite taille mono-professionnels. La dynamique de regroupement des jeunes généralistes contraste avec la réticence des médecins installés en cabinet isolé, ceux de plus de 50 ans ou du secteur 2.

Les réseaux de santé sont assez peu utilisés : Soins palliatif (56%) ; Gériatrie (29%) ; Diabète (14%) ; Rein (8%). La participation des généralistes y est plus formelle qu'effective.

Les médecins sont globalement peu informés des projets du pôle. Les propositions du pôle santé paris 13 qui ont suscité le plus de réponses positives sont les ateliers d'éducation

thérapeutique patient (71%), l'aide à la coordination avec le secteur social (63%) et les groupes d'échange de pratique (63%).

Les médecins généralistes souhaitent des rencontres entre professionnels de santé de l'arrondissement. L'amélioration des communications et de l'information semble être un élément indispensable au développement d'un exercice médical coordonné.

Les communications avec l'hôpital sont de mauvaise qualité : Les généralistes demandent un accès dédié pour joindre un spécialiste, obtenir un courrier ou pour les urgences.

4.2 POINTS FORTS ET LIMITES DE L'ETUDE

4.2.1 Points forts de l'étude

Le taux de participation

Un point fort de cette enquête est le taux de répondants (54%). Le taux moyen de participation à DEMOMED 75 était de 37%, et dans le 13^{e} il était de 28% (soit 39 médecins).

Les MG éligibles étaient globalement peu disponibles. Le contact téléphonique a été difficile avec une partie d'entre eux : beaucoup d'appels filtrés par le secrétariat avec des messages non transmis aux MG ou des refus catégoriques du secrétariat, des disponibilités téléphoniques restreintes (uniquement sur certaines plages horaires) pour plusieurs MG n'ayant ni secrétariat ni répondeur ou encore des refus catégoriques. Ces médecins ou leurs secrétaires évoquent une course contre le temps :

Ils n'ont pas le temps ils travaillent beaucoup, ils ne reçoivent personne ni labo ni autre

Je n'ai pas le temps, je n'ai pas le temps, tous les jours sont pleins !

Pas le temps, trop démarché pour les thèses, beaucoup de collègues à la retraite

Je n'ai pas le temps de prendre des patients pour les examiner alors répondre à des questionnaires ...encore moins !

Le taux de participation de 54% a pu être atteint grâce au renouvellement des appels téléphoniques (minimum 4 tentatives) et à la flexibilité pour rencontrer les MG au moment qu'ils choisissaient.

Dans notre étude tous les sous-quartiers de l'arrondissement sont représentés (cf. annexe) à la différence de l'étude Demomed où le quartier « Patay Masséna » ne l'était pas.

Recueil des données face à face

Notre étude n'est pas que quantitative, nous avons eu la chance de rencontrer en face à face les généralistes du 13ème arrondissement. De leur donner directement la parole. Les résultats quantitatifs sont enrichis par de nombreux commentaires. Cela nous a permis de recueillir des propositions, de nuancer les marques de soutiens ou d'opposition. Le questionnaire postal utilisé par Demomed, ne permettait pas de visualiser les cabinets, les médecins, et ne recueillait que des réponses à des questions fermées.

La plupart de nos questions étaient orientées sur des thèmes (secrétariat, regroupement médical…), mais nous avons également posé en fin de questionnaire des questions plus ouvertes qui nous ont permis de recueillir des besoins non évoqués précédemment.

Pas de données manquantes

Un autre point fort de l'étude est qu'il n'y a quasiment aucune donnée manquante, les questionnaires ayant été remplis par les internes au cours des entretiens

4.2.2 Limites de l'étude

Biais de sélection

Bien évidemment malgré le taux de participation plutôt satisfaisant pour ce type d'enquête, un biais de sélection des répondants est inévitable.

Notre échantillon n'est pas significativement différent en termes de sexe et de secteur de conventionnement. Les MG ayant accepté de répondre à notre étude sont davantage regroupés avec d'autre MG que les non répondants. Nous pouvons supposer que les aspirations au regroupement médical sont moindres chez les non répondants.

Le taux de participation à notre enquête est significativement plus élevé au nord qu'au sud.

Les médecins généralistes exerçant dans le quartier dit « chinois » ont été souvent injoignables et sont peu représentés dans notre étude.

Notre enquête ne prend pas en compte l'offre de médecine générale salariée

Dans cette étude, nous avons inclus seulement les MG libéraux. Or, une étude exhaustive de la démographie des MG sur le 13^{e} arrondissement devrait aussi étudier l'offre de soins assurée par les centres de santé et par les consultations hospitalières, qui participent à l'offre de soins primaires. Selon l'assurance maladie en 2016, 14,7% des omnipraticiens parisiens sont salariés soit (358 mg sur 2439) (29)

Nous avons contacté les responsables de ces structures médicales salariées pour estimer leur volume d'activité en soins primaires (cf. annexe 11)

- 47.000 actes par an
- **7 à 10 généralistes ETP** (équivalent temps plein)
- A noter : pas de visite à domicile dans ce type de structure

Données qualitatives

Une limite de notre travail est que les données qualitatives sont des commentaires faits par les MG en complément des réponses aux questions fermées ou des réponses à des questions ouvertes. Ils n'ont pas été recueillis dans des entretiens semi-directifs. Une étude qualitative aurait peut-être permis le recueil d'informations plus fines. Cependant les entretiens avec les médecins ont duré en moyenne 45 min (de 15 minutes à 1h30) ce qui a permis de fournir un matériel assez riche à analyser.

Contexte législatif et protestataire

Les entretiens ont été réalisés pendant les discussions sur la loi de santé de Marisol Touraine (16), dont un volet était le tiers payant généralisé sur la part obligatoire et sur la part complémentaire, une mesure très contestée par les syndicats de médecins libéraux. Dans l'étude un certain malaise était perceptible dans la majorité des entretiens lorsque ce point était abordé. Il est possible que ce contexte ait contribué à « noircir le tableau » décrit par les MG.

Mode d'exercice particulier

Nous avons exclu les 18 MG qui ont déclaré lors du premier contact téléphonique un mode d'exercice particulier (MEP) prédominant, supérieur à 50% de leur activité totale. Nous avons considéré que dans ce cas l'organisation de la pratique était très probablement différente et que globalement l'activité était orientée par le MEP et ne correspondait pas à l'offre de médecine générale de premier recours. Selon une enquête de l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile de France datant de 2008, les médecins à orientation particulière (MOP), concept un peu plus large que celui des MEP, sont moins souvent médecins de premier recours que leurs confrères, remplissent moins souvent le rôle de coordinateurs des soins, et attachent une importance moins grande à la médecine basée sur des preuves (evidence based medicine) qu'aux outils thérapeutiques alternatifs (homéopathie, ostéopathie, acupuncture). (30)

Un biais de mesure peut être rapporté lors de l'exclusion des MG ayant un MEP supérieur à 50%, puisqu'il n'est pas toujours possible pour les MG de déterminer de façon précise la part d'activité consacrée uniquement au MEP.

Anonymat

Bien que les réponses soient anonymes, certains médecins ont été réticents à communiquer des données de leur RIAP.

Ordre des questions

Un autre biais de mesure peut être lié au déroulé des entretiens, les questions ouvertes sur les besoins et les difficultés venant après des questions fermées plus descriptives, portant sur des sujets précis (tiers payant, secrétariat, organisation actuelle du cabinet etc.). Les réponses auraient peut-être été différentes lors de véritables entretiens semi directifs.

Une connaissance trop faible des projets du pôle santé

Beaucoup de médecins connaissaient mal le Pôle santé et ses projets. Ils nous ont parfois demandé des précisions mais cette partie du questionnaire se trouvait à la fin de nos entretiens et nous n'avons pas toujours eu le temps de bien décrire les différents projets. Il est possible qu'une meilleure communication auprès des médecins modifie dans un sens ou dans l'autre leur intérêt pour les projets du pôle.

4.3 OFFRE DE SOINS

4.3.1 Vieillissement des généralistes

Notre étude retrouve 72% de généralistes de plus de 50 ans, alors que Démomed13 en dénombrait 77%.

Nous confirmons le vieillissement des généralistes libéraux observé dans l'étude Demomed13.

Tableau 18 La pyramide des âges des généralistes selon les sources disponibles

%	*Etude Pole 13*	*Demomed 13*	*Assurance maladie*	*CNOM*
Lieux	13ème	13eme	Paris	France
Année	2015-2016	2013	2016	2016
< 40	17	11	9	16
40 – 50	12	13	11	20
50 – 60	36	28	32	37
> 60%	36	49	48	27

Etude Pole13 et Demomed13 : généralistes libéraux, hors centre de santé, SOS-médecin/UMP, et excluant les MEP>50%

Assurance maladie : tous les omnipraticiens en exercice de Paris

CNOM (Conseil National de l'ordre des médecins) : médecins généralistes inscrit au tableau de l'ordre des médecins français et en activité régulière

4.3.2 Secteur 2 en voie de disparition

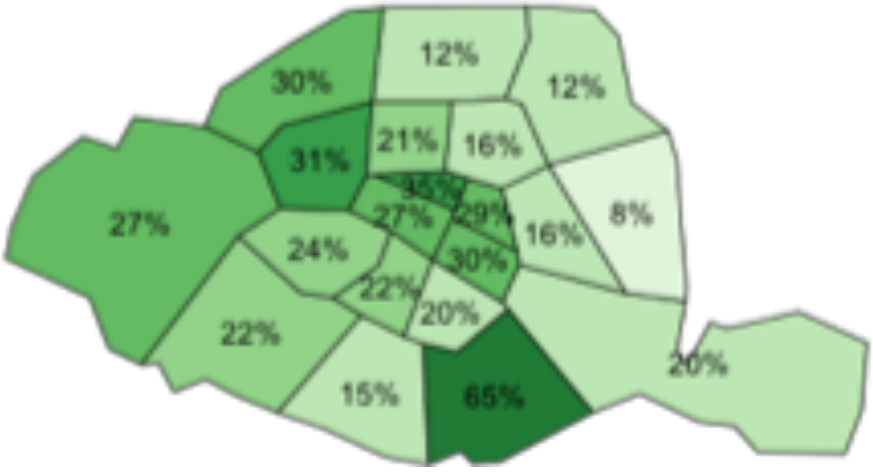
La totalité des médecins répondants et installés en secteur 2 ont plus de 50 ans.
Il n'y a pas eu de nouvelle installation en secteur 2 en 2015-2016
Dans les 5 prochaines années 64% des médecins exerçant en secteur 2 vont arrêter totalement leur activité.
Cette évolution concerne surtout le nord de l'arrondissement favorisé. 71% des MG secteur 2 répondants y sont installés. Cf. tableau 6. Or ce quartier est plus « bourgeois » et le prix du foncier plus élevé que dans le sud de l'arrondissement. Il sera plus difficile pour des médecins en secteur 1 d'y acquérir des locaux ou d'y payer des loyers. Il n'est pas exclu qu'un « désert médical » se développe dans le nord du 13^{e} dans les années à venir.

4.3.3 Mode d'Exercice Particuliers (MEP)

Nous avons compté 18 médecins exerçant un mode d'exercice particulier (MEP) à plus de 50%. Ce chiffre est éloigné de celui de la CPAM 2015 (figure 12), qui dénombre 65% de « Médecin MEP » dans le 13ème. Ce chiffre s'explique par la comptabilisation des généralistes urgentistes libéraux (SOS médecin, Urgences Médicales de Paris) et par la comptabilisation de l'ensemble des médecins qui déclarent un MEP même peu pratiqué.

Pour l'analyse des soins de premiers recours notre estimation de 18% correspond mieux à la pratique médicale réelle.

Figure 12 Proportion des omnipraticiens MEP à Paris en 2013 (données CPAM)



4.3.4 Densité médicale dans le 13ème arrondissement

Nous avons pu établir un taux réel des médecins ayant une activité clinique sur le treizième arrondissement.

En effet l'inscription au Conseil de l'ordre des médecins ou sur la base de la CPAM ne signifie pas pour autant une activité clinique. De plus les bases ne sont pas forcément à jour. Ainsi sur les 354 médecins issus des listes CPAM seuls 110 MG + Notre directeur de thèse + 18 MG à exercice MEP prédominant ont une activité médicale réelle en libéral.

Il y a donc dans le 13ème arrondissement 129 médecins généralistes libéraux en exercice. La densité de ces généralistes libéraux est de 7 / 10 000 habitants.

4.3.5 Confirmation des prévisions de DEMOMED pour le 13ème.

Entre juin et septembre 2013, l'enquête Demomed a recensé pour le 13e arrondissement 139 généralistes ayant une activité médicale de soin primaire en libéral (en tenant compte des médecins exerçant plus de 50% de MEP). L'étude prévoyait alors une baisse de 13% des MG a 2 ans (soit 18 MG en extrapolant les résultats aux 139 MG de l'arrondissement).

2 ans après ces résultats, nous comptabilisons 129 MG dont 9 nouveaux installés en 2015 2016, (aucune installation de généraliste en 2014 dans le 13ème). Il y a donc eu 19 départs de généralistes en 2 ans alors que l'étude Demomed en prévoyait 18. Nos résultats sont cohérents

avec les prévisions à 2 ans de l'enquête Demomed et avec la tendance observée par l'Ordre des Médecins.

L'ensemble des départs n'ayant pas été remplacés, nous constatons une baisse de densité de généraliste libéraux sur le 13ème arrondissement. En 2013 l'étude Demomed 13 estimait la densité médicale à 7,4 généralistes pour 10.000 habitants, en 2015 – 2016 nous l'estimons à 7,0 / 10.000 habitants. (1)

4.3.6 Nécessité de soutenir les installations de généralistes

Demomed 13 prévoyait 30% de cessation d'activité entre 2013 et 2018. Parmi les répondants à notre enquête 29% (17 MG) vont cesser totalement leur activité dans les 5 prochaines années. Nous confirmons que le taux de cessation d'activité reste élevé sur la période 2015-2020.

En extrapolant ce chiffre aux 129 généralistes du quartier (110 éligibles + 18 « MEP » + 1 directeur de thèse), cela correspond à 37 départs à 5 ans, soit 7,4 départs / an. Au niveau de l'arrondissement cela nous permet de quantifier le besoin d'installation de généraliste. Sur les 5 prochaines années, il faut au minimum 7,4 nouvelles installation /an simplement pour compenser les départs. Dans un contexte de vieillissement de la population, d'augmentation de la multimorbidité chronique et de charge de travail déjà importante pour les généralistes libéraux (cf. thèse Ophélie de Castelbajac), on comprend l'urgence de soutenir les installations.

4.3.7 Des besoins d'installation également dans le nord de l'arrondissement

En analysant les cessations totales d'activité à 5 ans en fonction de la répartition nord / sud dans l'arrondissement, on estime qu'il y a plus de départ à la retraite dans le nord de l'arrondissement (41% vs 22%). Même si cette différence n'est pas statistiquement significative, ceci montre des besoins en installation également au Nord de l'arrondissement.

En analysant conjointement densité médicale actuelle et projection des départs à 5 ans, on remarque des disparités encore plus importantes. Certaines zones du 13ème présentent une densité en médecins généralistes plus faible que la densité moyenne de l'arrondissement. Parmi ces zones, certaines sont également touchées par un taux de cessation d'activité à 5 ans

plus élevé que la moyenne d'arrondissement. Les quartiers particulièrement préoccupants en termes de démographie médicale, sont :

- « Patay Masséna » dans le sud de l'arrondissement
- « Butte aux cailles » et « Salpêtrière-Austerlitz » dans le nord de l'arrondissement.

4.3.8 Remplacement pendant les congés

Dans notre échantillon seuls 42% des médecins se font remplacer totalement pendant leurs congés (Demomed trouvait un chiffre de 38%). Nous estimons la part des médecins ne se faisant jamais remplacer à 29% (Demomed : 38%).

Certains MG ne ressentent pas le besoin de se faire remplacer. Ils estiment que l'offre de soin est suffisante dans le quartier, que la patientèle attendra leur retour, qu'ils ont une pratique trop particulière. D'autres évoquent des difficultés pour trouver un bon remplaçant ou des difficultés administratives. Le pôle santé pourrait aider ces MG à se faire remplacer : information, mise en relation, facilitation des démarches …

Il est difficile de savoir s'il y a une réelle augmentation de la charge de travail pour les confrères lors des périodes de vacances. Même si on admet qu'il y a assez de MG pour couvrir les demandes en volume, qu'en est-il de la continuité des soins ? Avec l'explosion de la multimorbidité chronique la situation n'est pas comparable à celle d'il y a 20 ans où il s'agissait de répondre aux demandes pour des problèmes aigus. Aujourd'hui il faut répondre en cohérence avec la stratégie globale de prise en charge, ce qui demande au minimum d'avoir accès au dossier du patient. Or les médecins qui partent en vacances ne donnent pas accès à ces dossiers sauf en cabinet de groupe (et encore, pas tous).

4.3.9 Successeur

Dans notre étude, 59% des généralistes cessant leur activité à 5 ans cherchent un successeur, mais 60% d'entre eux n'en trouve pas. Il s'agit donc d'un réel besoin des généralistes du quartier. D'autant plus que certains généralistes renoncent à chercher un successeur car ils ont peu d'espoir d'en trouver.

4.3.10 Offre de soins des autres professionnels de santés

Les besoins exprimés concernant certains professionnels de santé sont d'autant plus pressant, qu'ils correspondent à des domaines où les médecins rencontrent eux-mêmes des difficultés :
- Prise en charge au domicile
- Besoin de formation en psychiatrie
- Besoin de comprendre le fonctionnement de la psychiatrie de secteur.

4.4 REGROUPEMENT MEDICAL

4.4.1 Regroupement pluri professionnel : Inertie des médecins installés

56% des médecins répondants ne souhaitent pas se regrouper en structure pluri-professionnelle.

Il n'y aucune structure mixte avec infirmier(e), seulement 2 cabinets avec kinésithérapeute

Cela s'explique probablement par le fait que la nomenclature des actes infirmiers n'est pas adaptée à la coopération avec les MG (pas d'incitation), et aussi par le coût du local (frein). Les infirmiers partagent souvent un petit local à plusieurs pour minimiser ce coût. Ils utilisent peu le local et font surtout des soins à domicile. Il n'y a donc pas jusqu'ici de vraie raison pour qu'ils s'associent avec des médecins généralistes.

4.4.2 Réticence des médecins de plus de 50 ans, et de ceux exerçant seul ou en secteur 2

Dans notre échantillon l'exercice en secteur 2, l'exercice seul, et l'âge supérieur à 50 ans sont associés négativement au regroupement pluriprofessionnel. Nous n'avons pas fait d'analyse multivariée étant donnée la taille réduite de notre échantillon, mais ces facteurs sont probablement liés.

A noter que le cahier des charges de la maison de santé impose au praticien de pratiquer la tarification de la convention en secteur 1. L'intégration de médecins exerçant en secteur 2 dans la MSP impliquerait l'abandon de cet avantage tarifaire au profit d'un tarif unique dans le cadre du secteur 1.

4.4.3 Les jeunes médecins généralistes plébiscitent l'exercice regroupé

Les jeunes médecins généralistes de moins de 40 ans sont presque 80 % à déclarer vouloir exercer en groupe en 2009, soit une hausse de 28 points en dix ans selon l'IRDES et l'INPES. (31) Dans notre étude 7 des 9 nouveaux généralistes installés en 2015/2016, soit 78% d'entre eux, se sont installés dans un cabinet de groupe. La nouvelle génération de médecins plébiscite l'exercice à plusieurs, comme le montre la récente enquête du SIHP (32)

Ainsi, la transition vers l'exercice regroupé passe principalement par les nouvelles installations et les moins de 50 ans.

4.4.4 Les instances françaises souhaitent le développement de structures d'exercice coordonné

En janvier 2013 le premier ministre, Jean-Marc Ayrault, a chargé un « Comité des Sages », d'établir une **Stratégie Nationale de Santé**. (33) Ce rapport constate, entre autres, que l'exercice libéral isolé est de moins en moins adapté à la prise en charge des patients ayant des pathologies chroniques et préconise le développement d'équipes de soins de santé primaires, en se référant aux modèles constitués par les maisons, pôles et centres de santé.

Pour **l'ARS Ile de France** : *le déploiement des structures d'exercice coordonné (maisons de santé pluriprofessionnelles, centres de santé) est un des engagements phare du pacte territoire santé ; il s'inscrit pleinement dans les orientations de la stratégie nationale de santé. Ce cadre d'exercice est, de fait, en plein essor : ce succès est largement lié au fait qu'il apporte une réponse aux aspirations des professionnels de santé.*

Depuis avril 2015 les **Nouveaux modes de rémunération (NMR)** participent au financement des maisons et pôle de santé pluriprofessionnels développant un projet de santé. (cf. annexe)

La **ville de Paris** a mis en place un plan de renforcement de l'offre de soins en secteur 1 à Paris. Ce plan concerne les différents type d'exercice regroupé et repose sur trois piliers (34):

- Développement des centres de santé gérés par la Ville de Paris ou par des acteurs privés
- Soutien à la création de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)

- Projet Paris Med' : Dispositif d'aide à l'installation de cabinets d'exercice libéral regroupé en secteur 1 (35)

Il faut faire la différence entre exercice regroupé (les « cabinets de groupe » classiques) et exercice coordonné. La Fédération Nationale des Centres de Santé (FNCS) estime que le cabinet de groupe est « un modèle médico-économique défaillant » (36) (selon l'URPS médecin ile de France, 75% de cabinet de groupe d'ile de France s'estimeraient en danger dans les années à venir (37)) La FNCS souhaite un **financement spécifique** commun pour rémunérer les efforts organisationnels **des équipes regroupées autour d'un véritable exercice coordonné** : partage d'un projet médical, d'un système d'information, de protocoles de coopération, de missions de santé publique. Pour les centres de santé s'ajoute l'accessibilité sociale avec la pratique du Tiers Payant et des tarifs de secteur 1.

L'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) publie en aout 2015 une analyse de l'exercice regroupé pluriprofessionnel des MSP, centre et pôles de santé ayant participé à l'expérimentation des NMR(38). En utilisant des indicateurs de qualité de soins proches de ceux des ROSP, l'étude fait la conclusion suivante : *les généralistes des maisons, pôles et centres de santé ont une* ***meilleure qualité des pratiques*** *pour la quasi-totalité des indicateurs considérés. (...) ces résultats confirment les hypothèses émises quant à l'amélioration des pratiques dans les sites pluriprofessionnels regroupés, comparativement à l'exercice isolé.*

Dans une étude de juin 2015 également sur les sites participant à l'expérimentation des NMR, l'IRDES affirme mettre en évidence *un* ***gain de productivité et de dépenses*** *de santé chez les assurés* dans les structures regroupées pluriprofessionnelles par rapport aux cabinets isolés. (39)

4.5 COOPERATION PROFESSIONNELLE

4.5.1 Relations ville-ville

Il y a une réelle demande de rencontre et de coopération non seulement entre généralistes mais également avec les spécialistes, les paramédicaux, les hospitaliers, le secteur social....

Nous observons un besoin d'aller au-delà de la simple coordination des soins dans le cadre d'un parcours structuré. Ainsi il ne s'agit pas seulement d'organiser les soins autour du patient mais également de collaborer plus largement entre soignants.

Certains médecins demandent que l'évolution de la médecine se fasse à visage humain, d'autres affirment que l'informatique ne résout pas seule les problèmes de communication : il faut développer une volonté de travailler ensemble. Je partage ce point de vue et pense que les rencontres interprofessionnelles sont nécessaires.

4.5.2 Relation ville hôpital

Actuellement les établissements de santé ont l'obligation de prendre en note les coordonnées des professionnels de santé par lesquels le patient hospitalisé souhaite être suivi (40) Mais de manière globale l'hôpital est décrit comme *injoignable*, la coordination des soins ville-hôpital reste encore à construire.

Dans son livre blanc 2016 le CNOM partage ce point de vue (22) : L*es médecins pensent très majoritairement que les coordinations entre professionnels doivent être améliorées. En premier lieu, les relations entre médecins de ville et établissements de santé sont primordiales pour le suivi du patient durant sa prise en charge.*

Pour le CNOM, un des dix objectifs prioritaires est de promouvoir *et faciliter les coopérations inter et intra-professionnelles* Pour ce faire il avance quelques propositions :

- *Créer **un numéro d'appel dans les différents services d'hospitalisation**. Le médecin traitant doit pouvoir joindre directement un médecin hospitalier, en vue de l'hospitalisation d'un patient ou pour prendre de ses nouvelles après une hospitalisation.*
- *Il faut permettre **l'accès direct des patients en hospitalisation** après appel du médecin traitant, sans passage par les urgences ; (…) Pour les soins non programmés, il est important de traiter l'embouteillage des services d'urgence, qui doit être régulé*

par le 15 et par un rôle renforcé du médecin de ville, lequel doit avoir un accès direct aux différents services d'hospitalisation avec lesquels il travaille. Dans le cadre des soins programmés, il est capital de valoriser le médecin traitant, qui doit être le pivot du parcours des soins.

- *Il est nécessaire de pouvoir partager rapidement les comptes rendus et les résultats d'examen*
- Pour renforcer la coopération professionnelle, Le CNOM prône un décloisonnement ville-hôpital. *Un médecin hospitalier devrait pouvoir faire des remplacements en ville et inversement les portes de l'hôpital devraient s'ouvrir aux généralistes souhaitant effectuer des vacations.*
- *Mettre au point des protocoles de coopération entre le médecin et les autres professionnels de santé, fondés sur les besoins des praticiens. Faisant du médecin traitant le pivot de la coordination entre professionnels ;*

4.5.3 Apport de l'informatique à la communication professionnelle

Amélioration des portails d'information sanitaire sur le territoire

Pour le CNOM le *rapprochement physique* des professionnels de santé doit aussi être associé à un *rapprochement virtuel*. (22) Dans son livre blanc le CNOM juge que les portails existants se *situent sur un périmètre trop vaste et qu'il faut créer un portail d'information unique entres acteurs de santé et usagers au niveau de chaque bassin de proximité santé.* Par ailleurs le CNOM souhaite *Rendre obligatoire une messagerie sécurisée pour les médecins et les établissements de santé.*

L'URPS ile de France partage cette nécessité de réforme des systèmes d'information : dans une étude de 2014 (41) l'URPS estime que *près d'un médecin sur deux rencontre souvent un problème de connexion et la moitié considère que le site ne facilite pas leur exercice.*

Le programme Territoire de Soins Numérique – (TSN) expérimente entre 2014 et 2017 des projets pilotes en matière d'usage du numérique. En Île-de-France le projet « terrisanté » a pour principal objectif *l'amélioration de la coordination des parcours de soins entre la ville et l'hôpital, grâce au déploiement massif de solutions numériques qui facilitent en même temps le travail des professionnels et l'accès aux soins des patients, tout en veillant à la réduction des inégalités de santé.* (42)

Dans ce contexte, le pôle souhaite mettre en place un système d'information (43): il devrait comprendre trois espaces :

- Un espace public
- Un espace réservé aux professionnels (donnant accès aux programmes et aux outils du pôle)
- Un outil de coordination, situé chez un hébergeur de données de santé, qui permettra, après accord du patient, l'échange d'informations entre les professionnels, avec les intervenantes en ETP, avec les pharmaciens pour les automesures tensionnelles, etc. Un cahier des charges a été élaboré, et la réflexion sur le choix des prestataires est en cours.

Partage du dossier médical

La loi du 10 août 2011, dite loi Fourcade, a autorisé le partage d'information entre soignants. Ainsi, elle a permis l'émergence de logiciels labélisés par l'agence des Systèmes d'Information Partagée (ASIP).

Suite à la loi de modernisation de notre système de santé (16), le dossier médical personnel a changé de nom et devient "Dossier médical partagé" (DMP). Le décret n°2016-914 du 4 juillet 2016 précise les conditions d'application du DMP.

Le dossier médical partagé devrait progressivement être déployé par l'Assurance maladie en 2017. (44)

4.5.4 Réseau de santé

Nos résultats montrent que les réseaux de santé disponibles sont peu utilisés et que la participation des médecins libéraux y est superficielle.

Pour certains médecins interrogés, quand un patient va dans un réseau de santé, on ne le revoit plus. Pour l'IGAS (14) les MG ne sont *pas assez impliqués par les réseaux de santé : si plus des deux tiers des structures élaborent un plan personnalisé de santé, outil formalisé de la coordination, un peu plus de la moitié seulement associe le médecin traitant et le personnel médico-social à l'élaboration du plan. Le médecin traitant ne valide au final que 27 % des plans dont il n'est destinataire qu'à 50 %. Dans à peine plus de la moitié des cas, le dispositif effectue des retours formalises d'informations au médecin traitant.*

Devant la multiplicité des coordinations possibles, L'IGAS préconise de *confier au médecin de premier recours, et à lui seul, la décision du déclenchement de la coordination, au cas par cas. Ceci permet au médecin, qui joue un rôle pivot dans la prise en charge des patients, d'assurer la cohérence de la coordination. Ce rôle ne doit pas être confié au patient ou à d'autres professionnels, car la multiplicité de décideurs nuirait à l'efficacité du dispositif.*
Au total *La coordination d'appui devrait être organisée au plus près des médecins de premier recours pour en faire un des outils de leur pratique : quel que soit leur mode d'exercice, individuel ou regroupé, la prestation de coordination d'appui pourrait être sollicitée auprès de tout professionnel ou toute structure* (14)

4.6 ADHESION GLOBALE AUX PROJETS DU POLE SANTE PARIS 13

On note un bloc réfractaire à quasiment toutes les propositions : 24% des MG interrogés sont intéressés par 3 propositions sur 12 ou moins. Le tableau 19 reprend une partie de l'analyse en sous-groupe (disponible en annexe 9) et permet de développer quelques pistes d'analyses.
On note un écart particulièrement important entre les médecins ayant un dossier médical informatisé et les autres. L'âge et le secteur de conventionnement semble également être un élément important.
Les réponses négatives globales vis-à-vis du Pôle correspondent à la peur de perdre l'indépendance individuelle et de se voir imposer des modes d'organisation ou des contenus de formation, à l'idée de gaspillage des moyens, et à l'idée de concurrence déloyale (probablement concurrence des MSP subventionnées vis à vis des libéraux purs et durs).
Une partie des réponses négatives peuvent venir d'une mauvaise compréhension du projet ou de l'action (exemples : astreinte pour les visites à domicile urgentes, tickets coupe-file), ou d'une mauvaise connaissance des limites de ce qui existe (espérer que le CLIC gère le social)

Tableau 19 Sous-groupes des médecins généralistes du 13ème arrondissement en fonction de leur intérêt global pour les propositions du pôle santé

Minimum	*%*	*Maximum*	*%*
Non informatisé	**43**	**< 50ans**	**76**
Secteur 2	**50**	**Femme**	**72**
Non réseau	54	**Informatisé**	**69**
Nord	55	**Sud**	**68**
Cabinet isolé	55	**Secteur 1**	**67**
AME > 5%	55	**> ou = 40h/sem.**	**67**
Homme	56	**Cabinet de groupe**	**67**
> 50 ans	57	**Ame < ou = 5%**	**65**
		Réseau	**65**

4.7 PROJETS DU POLE DE SANTE

Notre étude permet au Pôle Santé Paris 13 de tester ses propositions auprès de l'ensemble des généralistes du 13eme, et pas uniquement de ceux participant activement au pôle santé.
Plusieurs propositions reçoivent un retour favorable, le Pôle peut ainsi ajuster son action au plus près des besoins.
Nous analysons ici les réponses proposition par proposition. Précisons avant toute chose que pour profiter des projets du pôle santé Paris 13 les médecins du quartier n'ont pas pour obligation d'être membre du pôle. Ainsi pour les ateliers d'éducation thérapeutique par

exemple, *Tous les professionnels de santé peuvent proposer ces ateliers à leurs patients. Les patients peuvent s'inscrire d'eux-mêmes. Dans tous les cas le Pôle informera le médecin traitant de l'inscription.(45)*

4.7.1 Les ateliers d'éducation thérapeutique (71%)

Un modèle coordonné pluriprofessionnel

Il s'agit de programmes éducatifs pluriprofessionnels très structurés qui se développent de plus en plus depuis une dizaine d'année.

- 2007 : l'HAS donne l'impulsion à l'ETP en éditant le premier guide méthodologique (46)
- 2008 : rapport « pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient » (47)
- 2009 : La loi Hôpital, santé, patients, territoires (HSPT) intègre l'ETP dans le code de la santé publique (7)

Cette démarche coordonnée pluriprofessionnelles prône une prise en charge globale bio-psycho-social et pas uniquement médicale pure. La HAS précise 4 étapes pour tout programme d'ETP dans le champ des maladies chroniques (46)

1. DIAGNOSTIC ÉDUCATIF : Une démarche "centré patient"
2. PROGRAMME PERSONNALISÉ d'etp avec des priorités d'apprentissage :
3. SÉANCES d'etp
4. ÉVALUATION des compétences acquises

L'ETP a fait la preuve de son efficacité pour plusieurs affections en permettant notamment la réduction du nombre d'hospitalisation, de passages aux urgences ou de consultations. Dans le cas de l'asthme, la HAS a montré une diminution des épisodes d'asthmes nocturnes et de l'absentéisme professionnel et scolaire. Dans le diabète de type 1, elle a noté un impact sur le contrôle de la pathologie et la prévention des complications. (48)

Dans notre étude

Si globalement 71% des généralistes interrogés sont intéressés par au moins un des ateliers d'ETP proposé, dans la majorité de nos entretiens il s'agit plus d'une adhésion passive plutôt qu'un besoin ressentit urgent.

Ce concept relativement récent, reste mal connu par certain. Il y a un manque d'information sur l'organisation des différents programmes et leur contenu. Les programmes d'ETP sont parfois confondus avec l'information médicale délivrée lors de la consultation. Les médecins rencontrés ont également des avis divergeant sur leur rôle dans l'éducation du patient. Pour certain l'ETP doit être faite par le généraliste, pour d'autre par l'Hôpital, pour d'autre par une structure dédiée.

- Analyse par pathologie

Parmi les 5 thèmes d'ETP proposes, le diabète arrive en tête des réponses favorables avec 69%.

Chez les médecins de moins de 50ans ce taux atteint même 82%.

- Analyse en sous-groupe

Quel que soit le thème d'ETP proposé, on remarque dans notre analyse en sous-groupe que les médecins les plus favorables à l'ETP sont ceux : <50ans, femme, secteur1, informatisés, travaillant avec des réseaux de santé, travaillant plus de 40h/semaine, prenant en charge moins de 5% de patient AME, ceux du sud 13ème, ceux travaillant en cabinet de groupe.

- Inégalité sociale et territoriales d'accès à l'ETP

Ces différences sont particulièrement marquées pour l'analyse en fonction du taux d'AME : Pour le diabète, 75% d'avis favorable quand les médecins prennent en charge peu de patient AME alors qu'ils ne sont que 45% parmi les médecins prenant en charge beaucoup de patient AME (plus de 5%). Ce déficit d'accès à l'ETP, particulièrement pour les patients qui en ont le plus besoin, a été souligné dans un rapport de l'IGAS 2012 (49)

4.7.2 Groupe d'échange de pratique (63%)

Une des propositions qui suscite le plus d'intérêt parmi les médecins répondants avec 63% de réponse favorable. Nous n'avons pas relevé de remarques négatives concernant les groupes d'échange de pratique si ce n'est les difficultés pour convenir d'un rendez-vous qui convienne à tous. Les médecins interrogés connaissent bien les GEP.

Les GEP recueillent leur plus petit taux d'intérêt auprès des médecins ayant des dossiers médicaux papier exclusif (36%) et auprès des médecins secteur 2 (43%).

Cet outil de travail a été proposé en 1987 par la Société Française de Médecine Générale (SFMG) sous le nom de groupes de pairs ©, terme déposé en 1994. Sur son site internet, la Société française de médecine générale présente d'ailleurs les groupes de pairs comme une

méthode de formation rigoureuse, validée et reconnue. Ce type de formation continu est soutenu par la Haute Autorité de Santé (HAS) *Les groupes d'analyse de pratiques entre pairs permettent de répondre à l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles en ambulatoire et particulièrement pour les médecins généralistes.* (50)

4.7.3 Aide à la coordination avec le secteur social (63%)

Les généralistes ont de nombreux besoins pour les prises en charges sociales. Pour beaucoup il s'agit d'un problème important et les demandes sont pressantes.

63 % des généralistes sont intéressés par une aide à la coordination avec le secteur social
Cette demande est particulièrement importante parmi les médecins du sud de l'arrondissement (73%) et parmi les médecins de moins de 50 ans (76%)
Beaucoup évoquent un isolement des médecins libéraux, il y a un réel besoin de coopération avec les structures en place. Pour certains il faudrait également plus d'assistantes sociales.
Besoin d'information pour les prises en charge sociales
Les structures et moyens en place sont parfois peu connus ou peu utilisées.
Nous avons constaté un niveau très hétérogène des connaissances des généralistes sur les ressources sociales. Le pôle pourrait répondre facilement à ce besoin de formation en mettant en relation les différents intervenants.

4.7.4 Accueil coordonné de patients fragiles (63%)

Hétérogénéité de l'accueil des patients fragiles
63% des médecins interrogés accepteraient de recevoir au moins une catégorie de patient fragile adressés par le pôle. 37% refusent toute prise en charge supplémentaire de « patient socialement fragile » qu'il leur serait adressé par le pôle (Ce qui ne veut pas dire qu'ils n'accepteraient pas ces patients s'ils se présentaient d'eux-mêmes). Nous avons l'impression que 2/3 des médecins sont prêt à participer à l'effort global de prise en charge pour les patients fragiles mais qu'au contraire 1/3 des généralistes rechignent à y participer.

Dans un contexte où la charge de travail des médecins généralistes est très importante (Cf. ; thèse Ophélie de Castelbajac), les patients socialement fragiles apparaissent pour certains médecins comme une charge de travail supplémentaire.

Pour d'autre, il y a une méconnaissance des problèmes d'accès aux soins pour les « pauvres ». Certains verbatim traduisent un manque de formation ou un manque d'intérêt de certains médecins vis à vis des pathologies psychiatriques lourdes et des addictions notamment.

Une coordination des généralistes dans le territoire semble délicate du fait d'une minorité bloquante. Peut-être que notre proposition n'était pas assez détaillée. Si nous avions décrit un système d'adressage des patients socialement fragiles organisé, équitable, peu contraignant, prêt à être mise en place… peut-être aurions-nous reçus des réponses plus enthousiastes.

Même si cette question comporte des biais de recueil, Nous présentons dans le tableau suivant une analyse en sous-groupe. Nous remarquons que les personnes âgées dépendantes au domicile et les patients addictes sont les catégories les moins bien accueillies. Ainsi, seulement 7% des médecins secteur 2 de l'arrondissement accepteraient de devenir le médecin traitant d'une personne âgée à domicile. Seulement 9% des généralistes exerçant dans le nord de l'arrondissement accepteraient de prendre en charge des patients addictes qui seraient orientés par un CSAPA.

Tableau 20 Analyse de l'accueil des patients socialement fragiles qui seraient adressés par le pôle santé paris 13

Catégorie de patient	*Réponses favorables des médecins par sous-groupe*			
Socialement fragiles	*Minimum*		*Maximum*	
(% MG favorable total)	*(%)*		*(%)*	
Migrants ayant une pathologie chronique (58%)	Nord	36	< 50ans	82
	Cabinet isolé	40	Sud	70
			Non réseau	69
			Cabinet de G	67
Patient ayant une pathologie psychiatrique suivie (51%)	Nord	32	< 50 ans	76
	Cabinet isolé	35	Sud	62
	> 50 ans	40	Non réseau	62
			Cabinet de groupe	59
Patient précaires orientés par la PASS (49%) une fois leur couverture maladie en place	Cabinet isolé	25	< 50 ans	82
	Nord	27	Sud	62
	Non informatisé	36	Cabinet de G	62
	>50ans	36	Femme	60
	Secteur 2	36		
Personnes âgées à domicile sans MT (36%)	Secteur 2	7	< 50ans	53
	Arrêt 5 ans	12	Femme	48
	Nord	18	Sud	46
	Cabinet isolé	20	Secteur 1	44
	Non informatisé	21	Cabinet de G	44
	Homme	26		
	AME >5%	27		
	> 50 ans	29		
Patient addictes orientés par un CSAPA (27%)	Nord	9	Non réseau	46
	Secteur 2	21	Sud	38
			AME > 5%	36

NORD /SUD : nord d'arrondissement favorisés vs Sud globalement moins favorisés (Cf. Méthodes)

INFORMATISE : médecin avec dossier médical patient informatisé versus dossier papier exclusif

AME ≤ 5% : praticiens qui estiment voir moins de 5% patient bénéficiant de l'aide médicale d'état (AME)

CABINET DE G : Cabinet de groupe versus exercice médical seul

RESEAU / NON RESEAU : Déclare participer à au moins un réseau de santé

ARRET 5ANS : Déclare une cessation totale d'activité dans le 13ème dans les 5 prochaines années

PASS = Permanence d'Accès aux Soins de Santé de la Pitié-Salpêtrière

MT = médecin traitant

CSAPA = Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

4.7.5 Staff cas complexes (51%)

Pour les cas complexes ou les avis spécialisés urgents, généralistes sollicitent leur réseau de correspondant ou l'hôpital. Parfois il y a un besoin de rapidité.

En dehors du cadre de l'urgence, les médecins font un bon accueil à la proposition de staff cas complexe mais souhaiterai que cela soit *réalisable en pratique*, beaucoup n'ont *pas le temps*. Dans les cabinets de groupe la concertation entre médecin est facilitée. Peut-être qu'une plateforme de communication dématérialisée faciliterait les choses pour les médecins isolés (Discussion sécurisée entre confrères sur internet ou messagerie dédiée, visioconférence)

4.7.6 Protocoles pluri-professionnels (49%)

On note un clivage dans les réponses à cette question : 76% de réponse favorable dans le groupe des moins de 50 ans alors qu'il y a une certaine résistance à la protocolisation des soins dans les sous-groupes suivant :

- Non informatisé 14%
- Ne participant pas à des réseaux de santé 23%
- Nord de l'arrondissement 32%
- Secteur 2 36%
- <40h / sem. 35%
- Cabinet isolé 35%
- 50ans 38%
- Cessation d'activité dans les 5 prochaines années 35%

Notre question n'était peut-être pas assez précise : Beaucoup de médecin ont perçu ces protocoles comme des protocoles qui leur seraient uniquement destiné s'ajoutant à diverses recommandations de bonne pratique. Or il s'agit, dans le cadre du pôle de santé paris 13, d'établir des protocoles entre les différentes professions médicales pour une meilleure coordination des soins. Le protocole AVK mis en place par le pôle de santé essaye ainsi de faire collaborer laboratoire, infirmière et médecin pour une action coordonnée.

4.7.7 Ticket coupe file (46%)

La majorité des médecins du 13ème évoquent des difficultés d'accès à l'hôpital, beaucoup de demandes pressantes sont formulées (Avis, urgences, hospitalisation, cf. paragraphe dédié).

Concernant la possibilité d'un ticket coupe file pour les rendez-vous urgents, l'intérêt des MG est limité à 46%, mais certaines oppositions sont fortes et les verbatim montrent quasiment toutes une méfiance par rapport à cette proposition :

- Un accès inégalitaire privilégiant les médecins du pôle santé
- Risque d'abus, une organisation difficile en pratique
- Pourquoi *bricoler un système qu'il faudrait réformer complétement*.

4.7.8 Dispositif d'automesure tensionnelle (41%)

Assez peu de réponse enthousiaste. Là encore le dispositif proposé par le pôle n'est pas connu, on nous demande des précisions (cf. descriptif du dispositif en annexe). Pour développer ses projets, le pôle devrait mieux communiquer auprès des généralistes pour qu'ils soient informés des outils proposés.

4.7.9 Dispositif d'astreinte pour vos urgences (37%)

Il s'agit d'une des propositions qui recueille le plus de refus. Pour les visites urgentes ils comptent sur SOS médecins et les Urgences Médicales de Paris. Globalement les médecins ne veulent pas qu'on leur impose des permanences, gardes ou visites.

4.7.10 Atelier « outils numériques » et « information sur internet » (34%)

Malgré un intérêt global plus faible de 34%, cette proposition nous paraît répondre à un réel besoin. En effet elle est plus facile à mettre en place que les autres propositions, elle ne s'impose pas à l'ensemble des généralistes du quartier comme une réforme organisationnelle. Elle vient répondre directement à un besoin de formation exprimé par une partie des mg. Notre étude permet au pôle de repérer une vingtaine de médecin demandeurs mais si on extrapole à l'ensemble des médecins du quartier, cela représente une quarantaine de médecin.

Si l'on regarde l'analyse en sous-groupe pour l'atelier « outils numérique » Les médecins les plus demandeurs de ces ateliers sont les moins de 50 ans (53%). Les médecins les moins demandeurs sont non informatisé (21%) ne participent à des réseaux de soins (23%) et sont en cabinet isolé (25%)

4.8 INDEPENDANCE, LIBERTE ET RESPONSABILITE DE L'EXERCICE MEDICAL

De l'importance de l'indépendance

Le code de la santé publique (51) précise que *Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.* Cette indépendance est une des principales préoccupations des généralistes rencontrés (cf. thèse Ophélie de Castelbajac : 2/3 des médecins inclus). Certains médecins dénoncent *la mise sous tutelle de la médecine générale par la sécu, l'ARS et l'URSSAF*. Quand il s'agit de de coopération professionnelle ou de coordination des soins, beaucoup redoutent une perte de leur liberté d'exercice.

De l'importance de la responsabilité

Selon l'ordre national des médecins le corollaire de l'indépendance est *la responsabilité personnelle du médecin*. (52) L'obligation de rendre compte est une composante clé des réformes des services de santé. (53)

Beaucoup de médecins n'admettent pas le principe d'*Accountability*. Ce concept anglo-saxon définie la capacité à rendre des comptes pour atteindre des objectifs de santé définis. (54)

Il ne faut pas confondre liberté d'exercice et irresponsabilité. Un médecin rencontré déclare *J'apprécie de ne pas être salarié, je n'ai de compte à rendre à personne, je suis libre.* D'autres reconnaissent un besoin de régulation *Il y a un besoin de rigueur, une nécessité d'économie de santé, sous certaines conditions bien sûr qu'il faut rendre des comptes (...) Il faut trouver un juste milieu entre la liberté d'exercice et les comptes à rendre. Si le contrôle est juste je ne vois pas de problème à ce qu'on soit contrôlés (notamment les rosp)*

5 CONCLUSION

Le système de santé est en plein changement et les défis liés aux évolutions démographiques, comportementales, épidémiologiques et des pratiques médicales imposent une nouvelle organisation. La structuration des soins de premier recours pourrait apporter des résultats concrets en matière de réduction des inégalités, d'amélioration de la qualité et d'efficience des soins. Actuellement en France, les différentes solutions de coordination des soins sont parcellaires, cloisonnées et coûteuses. L'analyse des besoins de la population d'un territoire permet de développer des projets territoriaux de santé.

Dans ce contexte, le Pôle Santé Paris 13 créé en 2011, s'est donné pour mission de faire évoluer l'offre et l'organisation des soins primaires au service des patients, des professionnels de santé et de la population du territoire. Notre étude auprès des généralistes libéraux, s'inscrit dans cette démarche locale.

D'après nos résultats, les généralistes libéraux installés du 13ème arrondissement sont peu nombreux : 129 généralistes en 2016, soit 7.0 MG en moyenne pour 10.000 habitants. L'évolution prévisible de l'offre de soins primaires dans cet arrondissement est inquiétante : nous estimons à 29% les cessations totales d'activité dans 5 ans. C'est un besoin majeur pour les généralistes installés comme pour la population de susciter ces installations. Le nord « plus favorisé » du 13ème est aussi menacé, on y estime à 42% la proportion de départ à 5 ans.

Concernant l'offre de soins par les professionnels de santé de l'arrondissement (perçue par les généralistes) : sont évoquées des difficultés pour les prises en charge paramédicales à domicile, les dépassements d'honoraires de spécialistes, les prises en charge ophtalmologique, gynécologique ou psychiatrique.

La dynamique de regroupement des jeunes généralistes contraste avec la réticence des médecins installés en cabinet isolé, ceux de plus de 50 ans ou du secteur 2. Aucun cabinet médical libéral n'intègre des infirmières dans ses murs. On constate surtout des cabinets de groupe de petite taille mono-professionnels.

Les médecins sont globalement peu informés des projets du Pôle. Les propositions du Pôle qui ont suscité le plus de réponses positives sont les ateliers d'éducation thérapeutique patient

(71%), l'aide à la coordination avec le secteur social (63%) et les groupes d'échange de pratique (63%).

Les médecins généralistes souhaitent des rencontres entre professionnels de santé de l'arrondissement.

Les communications avec l'hôpital sont de mauvaise qualité : les généralistes demandent un accès dédié pour joindre un spécialiste, obtenir un courrier ou pour les urgences.

Cette thèse a permis de « donner la parole » aux médecins du 13ème arrondissement et de communiquer leurs besoins à l'échelle du territoire. Pour répondre à ces besoins, un niveau d'organisation intermédiaire entre professionnels de santé et institutions semble nécessaire. Ce pourrait être le rôle des futures communautés professionnelles territoriales de santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Conseil national de l'ordre des médecins, Dr Patrick Bouet, président. Atlas de la démographie médicale en France. 2016.

2. Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale 2015. Available at: https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1607.

3. Assurance maladie. Démo2015 - démographie médicale parisienne

4. Repères - vie-publique.fr. Qu'est-ce qu'un désert médical ? - la protection de la santé découverte des institutions

5. Http://www.demomed-idf.com consulté le 08.09.2016

6. Facultés de médecine paris 5, 6 et 7. Demomed 75, présentation des résultats, 2013.

7. La loi HPST n° 2009-879 de juillet 2009, modifiée par la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi HPST).

8. Article l6323-1 du code de la santé publique.

9. Http://www.iledefrance.paps.sante.fr consulté le 8.9.16

10. Article l6323-4 du code de la santé publique (créé par loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 40).

11. Présentation du pôle de santé paris 13 pour le congrès de la fédération française des maisons de santé et pôle de santé à la rochelle : de la dynamique professionnelle à l'organisation des soins primaires dans le 13e arrondissement de paris. 2014.

12. Pôle santé paris13 - newsletter 3 – décembre 2014.

13. Haute autorité de santé (has) l'exercice coordonné et protocolé en maisons de santé, pôles de santé et centres de santé de 2007.

14. Philippe Blanchard Laurence Eslous isabelle Yeni. Évaluation de la coordination d'appui aux soins (rapport inspection générale des affaires sociales). 2014.

15. Http://www.ars.iledefrance.sante.fr. consulté le 08.09.2016

16. Loi de modernisation de notre système de santé. www.irdes.fr; 2016.

17. Insee. Populations légales en vigueur à compter du 1er janvier 2015. 2014.

18. Données locales : chiffres clés sur le 13ième arrondissement. Site web de l'insee - institut national de la statistique et des études économiques (en ligne), mise à jour 31 janvier 2013) Disponible sur : http://www.statistiques-locales.insee.fr/fiches/rs/arm/rs_arm75113.pdf

19. Http://www.mairie13.paris.fr/. consulté le 08.09.2016

20. Http://www.statistiques-locales.insee.fr/fiches/rs/arm/rs_arm75113.pdf consulté le 08.09.2016

21. Jean-Marc Juilhard, Guy Vallancien c: i docteurs Laurent Chambaud et Françoise Schaetzel. Rapport : le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement. 2009.

22. Livre blanc, pour l'avenir de la santé, de la grande consultation aux propositions, conseil national de l'ordre des médecins. 2016.

23. Virage ambulatoire, tiers payant : mg France et la csmf affichent leur mécontentement http://www.lequotidiendumedecin.fr [internet]. Disponible sur: http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2015/04/09/virage-ambulatoire-tiers-payant-mg-france-et-la-csmf-affichent-leur-mecontentement_750256 consulté le 08.09.2016

24. Damien Philippot / esteban pratviel ifop. Les médecins libéraux, le projet de loi de santé et la cote de confiance de Marisol Touraine. Http://www.ifop.com/?option=com_publication&type=poll&id=2966; 2015.

25. Vincent Leprette. Mise en place des maisons de sante pluridisciplinaires ou pôles de sante en ile de France : motivations des porteurs de projets et difficultés rencontrées (thèse). 2011.

26. Centre d'analyse stratégique. Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? (volet 1) les coopérations entre professionnels de santé. 2011.

27. Ce site internet a été développé par une équipe de pierre louis d'epidémiologie et de santé publique umr s 1136 (anciennement umr s 707) affilié à inserm et université pierre et marie curie (upmc). Biostatgv [internet]. Disponible sur : http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/

28. Neergaard m, olesen f, andersen r, sondergaard j. Qualitative description – the poor cousin of health research? Bmc medical research methodology. 2009 ; 9 (1) : 52.

29. Assurance maladie paris. Démographie médicale parisienne. 2016.

30. Urml. Les pratiques des médecins généralistes en Île-de-France : un désir de singularité, communiqué de presse. 2008.

31. Observatoire régional de la santé, aquitaine. Motivations et freins à l'installation des médecins généralistes libéraux synthèse de la littérature. 2011.

32. Syndicat des internes des hôpitaux de paris, sofres. Les aspirations professionnelles des jeunes médecins d'Île-de-France, etude tns sofres – sihp, rapport d'analyse. 2013.

33. Alain cordier. Un projet global pour la stratégie nationale de santé 19 recommandations du comité des « sages ». 2013.

34. Communication de la maire de paris sur la santé conseil de paris des 20, 21 et 22 octobre 2014.

35. Mairie de paris. Lancement du dispositif « paris med' »dossier de presse. 2015.

36. Fédération nationale des centres de santé. Communique de presse fncs le modèle économique de la médecine libérale regroupée en question. 2013.

37. Urps Île-de-France. Cabinets de groupe en Île-de-France, principaux indicateurs économiq. 2014.

38. Julien Mousquès (irdes), en collaboration avec fabien Daniel (irdes). L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes résultats de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé participant à l'expérimentation

des nouveaux modes de rémunération (enmr). 2015.

39. Julien Mousquès (irdes), en collaboration avec fabien Daniel (irdes). L'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé génère des gains en matière de productivité et de dépenses résultats de l'évaluation des sites participant à l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (enmr). 2015.

40. Article l.1111-2 du code de santé publique.

41. Urps ile de France. Votre pratique professionnelle de l'informatique. 2014.

42. Le programme territoire de soins numérique – tsn - http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/territoire-de-soins-numerique/article/le-programme-territoire-de-soins-numerique-tsn. 2016. consulté le 08.09.2016

43. Lettre d'information de l'association pour le développement du pôle de santé paris xiii sud-est édition octobre 2013 - numéro 1.

44. En quoi consiste le dossier médical personnel (dmp) ? Direction de l'information légale et administrative, .https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/f10872.

45. Newsletter. Pole de santé paris 13 info : un nouveau lien entre professionnels de santé numéro 3. 2014.

46. Haute autorité de santé. Guide méthodologique structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. 2007.

47. Monsieur Christian Saout. Rapport : pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient. 2008.

48. Ars ile de France. L'éducation thérapeutique du patient, apprendre à mieux vivre avec une maladie chronique en Île-de-France dossier de presse 28 juin 2012.

49. Annick Morel dr gilles Lecoq Danièle jourdain-menninger membres de l'inspection générale des affaires sociales. Rapport, évaluation de la prise en charge du diabète. 2012.

50. Haute autorité de santé. Une démarche d'amélioration de la qualité, les groupes d'analyse de pratiques entre pairs « peer review ». 2006.

51. Code de la santé publique article 5 (article r.4127-5).

52. Indépendance professionnelle, conseil national de l'ordre des médecins https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-5-independance-professionnelle-229#article. consulté le 08.09.2016

53. Maynard a 2013. « Health care rationing: doing it better in public and private health care systems. » journal of health politics, policy and law 38(6): 1103–27.

54. Réflexion sur l'obligation de rendre compte, raisa b. Deber, healthc policy. 2014 sep; 10(sp): 12–24.

Annexe 1 – Hétéro-questionnaire utilisé lors des entretiens

BESOINS ET ATTENTES DES MEDECINS GENERALISTES DANS LE 13ème ARRONDISSEMENT DE PARIS

VOUS

1. Vous êtes : ☐ Une femme ☐ Un homme

2. Quel âge avez-vous ? ☐ < 40 ans ☐ 41-50 ans ☐ 51-60 ans ☐ > 60 ans

VOTRE ACTIVITE - TYPE D'ACTIVITE

3. Votre activité en médecine générale est : (Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)

☐ Libérale intégrale ☐ Salariée ☐ Mixte (libérale et salariée)

4. Si libéral, vous exercez comme : (Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)

☐Médecin titulaire ☐Collaborateur libéral

COOPERATION PROFESSIONNELLE

5. Exercez-vous dans les mêmes locaux que d'autres professionnels de santé ?

☐ Oui ☐ Non

6. Si oui, précisez le nombre de professionnels pour chacune des professions suivantes (vous inclus) :

Médecin généraliste		Orthophoniste	
Autre spécialité médicale		Podologue	
Chirurgien-dentiste		Sage-femme	
Infirmier(e)		Diététicien(ne)	
Masseur-kinésithérapeute		Autre	
Psychologue			

7. Prenez-vous en charge des patients avec l'aide d'un ou plusieurs réseaux de santé ? ☐ Oui ☐ Non

8. Si oui, le(s)quel(s) ?

☐ réseau de soins palliatifs ☐réseau périnatalité ☐ réseau diabète ☐ réseau rein

☐ autres :

LOCAUX

9. Le cabinet est situé : (Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent si plusieurs niveaux)

☐Au rez-de-chaussée

☐En étage avec ascenseur

☐En étage sans ascenseur

10. Pouvez-vous recevoir dans vos locaux des personnes en fauteuil roulant ? (Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)

☐Oui, dans la totalité des locaux ☐Oui, dans une partie des locaux ☐Non

11. Dans le cadre de la réglementation sur l'accessibilité, envisagez-vous des travaux pour mettre aux normes vos locaux ?

☐Oui ☐Non

12. Etes-vous propriétaire de tout ou d'une partie des locaux dans lesquels vous exercez ?

☐Oui, en totalité ☐Oui, partiellement ☐Non

SECRETARIAT

13. Avez-vous un secrétariat ? ☐Oui ☐Non Si oui est-il sur place ? ☐Oui ☐Non

14. Avez-vous des besoins non ou mal résolus en termes de secrétariat ? ☐Oui ☐Non

Si oui, merci de les préciser :

INFORMATIQUE - TIERS-PAYANT

15. Faites-vous des feuilles de soins électroniques

- en consultation ? ☐ Oui ☐ Non
- en visite ? ☐ Oui ☐ Non

16. Les dossiers médicaux de vos patients sont-ils informatisés ? ☐ Oui ☐ Non

17. Si oui, de quel logiciel s'agit-il ? _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

18. Partagez-vous votre dossier médical informatisé avec d'autre médecins ou professionnels de santé ?

☐ Oui ☐ Non

19. Pour les patients suivis à domicile, sous quelle forme sont les dossiers ?

☐ Informatique
☐ Papier exclusif
☐ Les deux
☐ Autre :

20. Quels sont vos besoins et souhaits par rapport aux évolutions de votre informatique au cabinet ?

☐ Formation
☐ Aide à l'installation des outils informatiques
☐ Aide à la maintenance

☐ Amélioration de votre logiciel de dossier médical (merci de préciser quelle(s) évolution(s))

☐ Echanges informatisés sécurisés

☐ Sans souhait particulier

☐ Autres : ...

21. Dans votre activité libérale vous pratiquez le tiers payant sur la part obligatoire pour :

(Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent)

☐ Aucun patient

☐ Les patients bénéficiant de l'AME

☐ Les patients bénéficiant de la CMU

☐ Certains patients en ALD

☐ Tous les patients en ALD

☐ Les patients en situation financière difficile

☐ Tous les patients

VOLUME D'ACTIVITE – RIAP

22. De combien de patients êtes-vous le médecin traitant ? (quelque soit leur lieu de domicile)

Vous pouvez trouver cette information, pour la part libérale, sur votre espace professionnel sur le site ameli.fr.

Si vous n'y avez pas accès, vous pouvez donner votre estimation.

Données ameli.fr :	_ _ _ _	OU estimation	_ _ _ _

23. Le **temps d'activité clinique** dédié à vos patients, comprenant consultations et visites à domicile, est de :

_ _ heures en moyenne par semaine

(Si vous disposez d'un remplaçant régulier, incluez son temps d'activité dans la réponse)

24. Combien de **demi-journées par semaine** sont assurées de façon régulière par un **remplaçant** en dehors de vos périodes de congés (ne pas tenir compte des demi-journées éventuelles assurées par un interne) ?

_ _ demi-journées

Vous pouvez répondre aux questions suivantes avec les données de votre Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions (RIAP). Si vous ne disposez pas de votre RIAP, répondez-y en estimant par vous-même les réponses.

25. Je dispose de mon RIAP : ☐ Oui ☐ Non

26. Veuillez renseigner les données suivantes :

Nombre de consultations par an (Nb consultations, en volume)	
Nombre de visites à domicile par an (Nb visites, en volume)	
Pourcentage de patients bénéficiant de la CMU (% patients CMU)	
Pourcentage de patients de moins de 16 ans (% moins de 16 ans)	
Pourcentage de patients de 70 ans et plus (% 70 ans et plus)	

27. Le pourcentage de vos patients bénéficiant de l'AME (Aide Médicale d'Etat) est : _ _ %

(Attention cette donnée ne figure pas sur votre RIAP, merci de faire une estimation de ce pourcentage)

ORGANISATION

28. Quels sont les **horaires d'ouverture et de fermeture** de votre cabinet ?

	Lundi	**Mardi**	**Mercredi**	**Jeudi**	**Vendredi**	**Samedi**	**Dimanche**
Ouverture							
Fermeture							

29. Dans l'ensemble, concernant les **consultations** :

(Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)

☐ Vous parvenez à voir **tous les patients** qui vous sollicitent sans problème

☐ Vous recevez tout le monde mais vous devez pour **cela travailler plus** que vous ne le souhaitez

☐ Vous **refusez** régulièrement des patients

30. Dans l'ensemble, concernant les **visites à domicile** :

(Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)

☐ Vous parvenez à aller **voir tous les patients** qui vous sollicitent sans problème

☐ Vous allez voir tous les patients qui vous sollicitent mais vous devez pour cela **travailler plus** que vous ne le souhaitez

☐ Vous **refusez** régulièrement des patients

☐ Vous ne faites **pas de visites à domicile**

31. Acceptez-vous de prendre de **nouveaux patients** comme médecin traitant ?

- En consultation : ☐ Oui ☐ Non
- En visite à domicile : ☐ Oui ☐ Non

32. Vous consultez : (Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)

☐ Uniquement sur rendez-vous

☐ Uniquement sans rendez-vous

☐ Avec rendez-vous et sans rendez-vous

33. Votre secteur d'activité

☐ Secteur 1 ☐ Secteur 2 ☐ Autre ...

VOTRE ACTIVITE – CONTENU

34. Avez-vous un mode d'exercice particulier ? ☐Oui ☐Non

Les modes d'exercice particuliers (MEP) sont par exemple : Acupuncture, Homéopathie, Angiologie/Phlébologie, Allergologie, Médecine manuelle/Ostéopathie, Diététique, Echotomographie.

35. Si oui, le MEP correspond à quel pourcentage de votre temps d'activité ?.....

36. Réalisez-vous au cabinet les actes suivants : (possibilité de cocher plusieurs cases)

- ☐ Frottis Cervico-Vaginal
- ☐ Pose de dispositif intra-utérin (Stérilet)
- ☐ Pose d'implant contraceptif sous-cutané
- ☐ Retrait d'implant contraceptif sous-cutané
- ☐ Interruption Volontaire de Grossesse médicamenteuse
- ☐ Suivi de grossesse
- ☐ Suivi de nourrisson
- ☐ Infiltrations intra articulaire
- ☐ Sutures
- ☐ Electrocardiogramme
- ☐ Spirométrie
- ☐ Autre …

37. Avez-vous des besoins ou des souhaits concernant des gestes ou des examens que vous aimeriez réaliser ?

☐Oui, lesquels :

☐Non

VOTRE ACTIVITE - MAITRISE DE STAGE

38. Accueillez-vous des étudiants en médecine en tant que maître de stage ? (Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent)

☐Non, cela ne m'intéresse pas

☐Non, mais dans le futur, j'envisage de devenir maître de stage

☐Oui, des étudiants de 2ème cycle (externes en médecine)

☐Oui, des internes en médecine en stage niveau 1

☐Oui, des internes en médecine en stage niveau 2 (SASPAS)

39. Avez-vous un ou plusieurs domaines de prédilection / d'expertise ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, le(s)quel(s) _____

PERMANENCE ET CONTINUITÉ DES SOINS

40. Participez-vous à la permanence des soins ambulatoires (Prenez-vous des gardes ou astreintes) ?

	Non	Oui
Gardes en maison médicale ou poste fixe	☐	☐
Visites d'urgences régulées par le 15	☐	☐
Etes-vous Médecin régulateur du centre 15	☐	☐

41. Le nombre de semaines de congés que vous prenez en moyenne par an est : _ _ semaines

42. Vous faites-vous remplacer pendant vos congés ?

☐ Oui, totalement ☐ Oui, partiellement ☐ Non

Si la réponse est Non : pourquoi ? _____

FORMATION CONTINUE ET DPC

43. Comment assurez-vous votre formation continue ?

44. En 2014 ou 2015 avez-vous participé(e) à un/des programme(s) de DPC (indemnisé) proposé(s) par un/des organisme(s) agréé(s) ?

☐Oui ☐Non

Si oui, par quel(s) organisme(s) ?_____ Quel(s) thème(s) ?

45. Seriez-vous intéressé(e) par des formations ou des programmes de DPC organisés dans le quartier avec des spécialistes ou des hôpitaux proches ?

☐Oui ☐Non

Si oui, sur quel(s) thème(s) :

CONDITIONS D'EXERCICE et QUALITE DES SOINS

46. Dans votre activité médicale quotidienne, quels sont les **principaux problèmes et les difficultés rencontrées** ?

47. Quels sont vos **besoins en termes d'organisation** pour améliorer votre qualité de travail et faciliter votre exercice ?

48. Y a-t-il des **difficultés pour accéder à certains professionnels de santé** ou du secteur social (médecins spécialistes, professions paramédicales, intervenants à domicile, etc…) ?

☐ Oui ☐ Non

Profession	Si oui, préciser quelles difficultés :
	☐ Tarif ☐Délai ☐Qualité de la prestation ☐ Faible présence dans le secteur ☐ Autres: .....
	☐ Tarif ☐Délai ☐Qualité de la prestation ☐ Faible présence dans le secteur ☐ Autres: .....
	☐ Tarif ☐Délai ☐Qualité de la prestation ☐ Faible présence dans le secteur ☐ Autres: .....

49. En considérant la situation globale, y a-t-il selon vous des choses à faire pour **améliorer l'organisation et la coordination des soins** dans le 13e arrondissement ?

PREVISION D'EVOLUTION DE VOTRE ACTIVITÉ

50. Quelle est **l'évolution probable de votre activité libérale** de médecine générale dans 2 ans et dans 5 ans (ne prenez pas en compte vos éventuels modes d'exercice particuliers ni votre éventuel exercice salarié) ?

	Cessation totale d'activité	Cessation d'activité à Paris	Diminution d'activité de plus de 25%	Activité stable	Augmentation d'activité de plus 25%
Dans 2 ans	☐	☐	☐	☐	☐
Dans 5 ans	☐	☐	☐	☐	☐

51. Si vous envisagez une cessation totale de votre activité : envisagez-vous d'avoir un successeur ?

☐Non

☐Oui

Commentaires :

52. Si oui, avez-vous déjà trouvé ce successeur ?

☐Non ☐Oui, mais c'est incertain ☐Oui, de façon certaine

53. Etes-vous intéressé(e) par une aide pour trouver un successeur ? ☐Oui ☐Non

54. Envisagez-vous de vous orienter vers un **regroupement pluriprofessionnel** type maison de santé ?

☐ Oui

☐ Non

☐ Je ne sais pas

☐ J'exerce déjà dans une structure de ce type

Si oui ou non pouvez-vous expliquer les raisons de la réponse ?

56. Etes-vous intéressé(e) par une **aide au regroupement** avec d'autres professionnels : ☐ Oui ☐ Non

57. Etes-vous informé(e) des **nouveaux modes de rémunérations** pour les professionnels de santé exerçant en maisons de santé pluriprofessionnelles ? ☐ Oui ☐ Non

Si non, souhaiteriez-vous avoir des informations ? ☐ Oui ☐ Non

INTERET (OU NON) POUR LES ACTIVITES DU PÔLE SANTE PARIS 13

58. Dans le cadre de votre activité professionnelle, seriez-vous intéressé(e) par :

	OUI	NON
Des ressources pour la qualité des soins		
Groupe d'échange de pratiques	☐	☐
Dispositif d'auto-mesure tensionnelle	☐	☐
Protocoles pluri-professionnels	☐	☐
Atelier « outils numériques »	☐	☐
Atelier « recherche d'informations sur internet»	☐	☐
Dispositif d'astreinte pour vos urgences lorsque vous êtes en consultation, assuré par des médecins volontaires eux-mêmes installés dans le quartier	☐	☐
Aide à la coordination		
Staffs « cas complexes »	☐	☐
Tickets coupe file pour des consultations à la Pitié-Salpêtrière	☐	☐
Réunions téléphoniques autour d'un patient, avec un/des spécialiste(s)	☐	☐
Aide à la coordination avec le secteur social	☐	☐
Aide à l'éducation thérapeutique des patients		
Diabète	☐	☐
Surpoids	☐	☐
AVK	☐	☐
Tabac	☐	☐
Activité physique	☐	☐
Autre(s) thème(s)_____	☐	

Le Pôle Santé Paris 13 est sollicité pour des personnes socialement fragiles, pour lesquelles il essaie de trouver des médecins traitants.

Dans ce contexte seriez-vous d'accord pour prendre en charge, dans votre quartier :

	OUI	NON
Personnes âgées ayant besoin d'un suivi à domicile et dont le médecin traitant est parti à la retraite	☐	☐
Patients migrants ayant une pathologie chronique	☐	☐
Patients ayant une **pathologie psychiatrique** suivie et besoin d'une prise en charge somatique	☐	☐
Patients précaires orientés par la permanence d'accès aux soins de la Pitié-Salpêtrière (une fois leur couverture assurance maladie en place)	☐	☐
Patients ayant un problème d'addiction orientés par un CSAPA (*Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)*	☐	☐

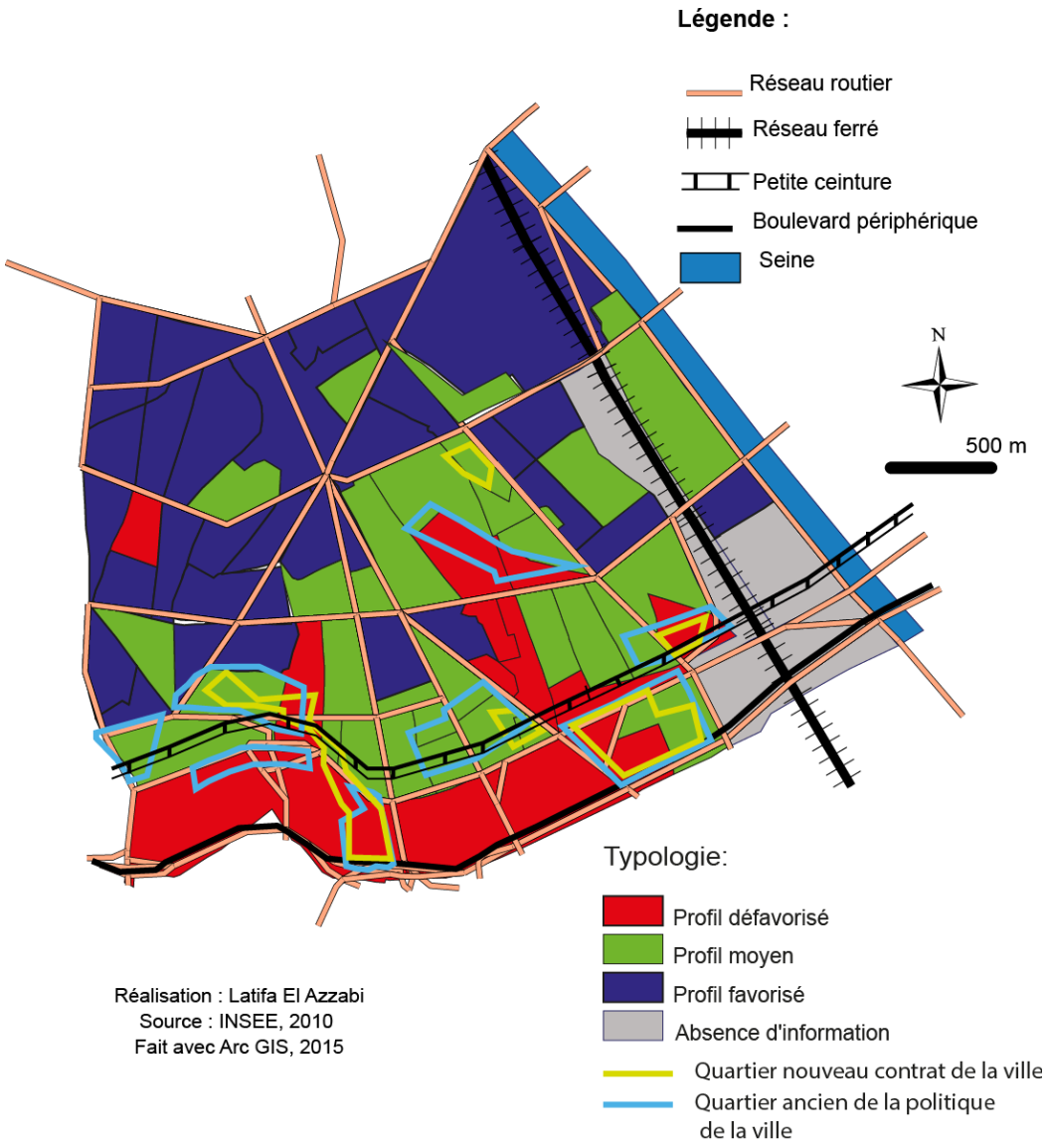
59. Avez-vous d'**autres besoins**, d'**autres attentes**, que vous souhaitez formuler ?

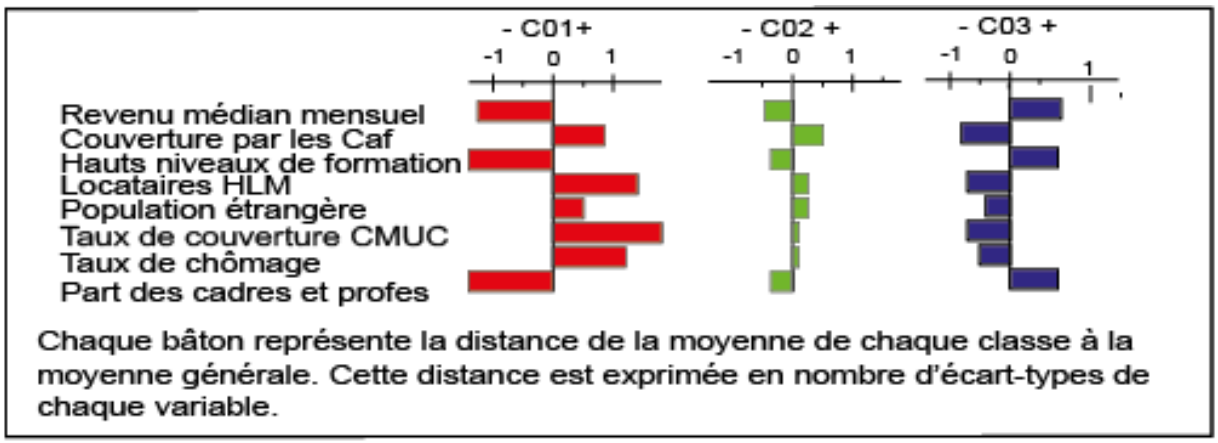
Si vous le souhaitez, vous pouvez laisser votre adresse mail afin d'être informé(e) des résultats de cette enquête :

Annexe 2 : répartition des MG répondants par conseil de quartier

Répartition des MG inclus par Sous-quartiers **	Croulebarbe	59 (0)	7 (12)
	Butte-aux-cailles		6 (10)
	Bièvre Sud – Tolbiac		15 (25)
	Salpêtrière – Austerlitz		9 (15)
	Nationale – Deux moulins		4 (7)
	Olympiade – Choisy		8 (14)
	Patay – Masséna		3 (5)
	Dunois – Bibliothèque		7 (12)

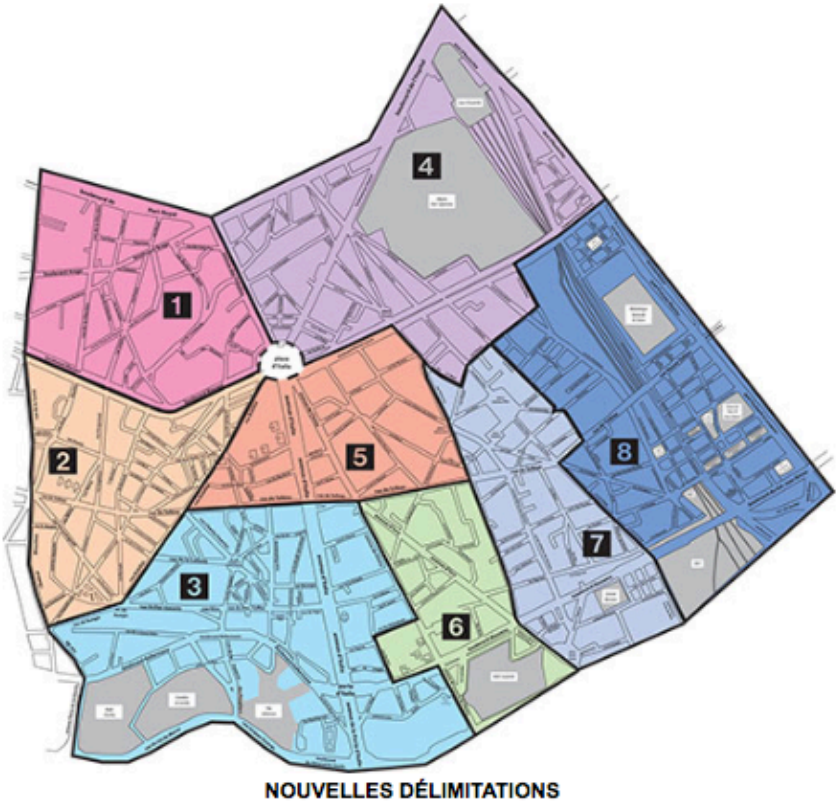
Annexe 3 : répartition des profils sociaux économiques dans le 13ème arrondissement de paris





Annexe 4 Anciennes et nouvelles délimitations des conseils de quartiers du 13ème http://www.mairie13.paris.fr/

ANCIENNES DÉLIMITATIONS



NOUVELLES DÉLIMITATIONS

Annexe 5 Les réseaux de santé disponibles dans le 13eme arrondissement selon l'ARS ile de France

Cancérologie / Gérontologie / Soins palliatifs	MEMORYS	Coordination du parcours de santé et maintien à domicile des patients âgés (+75 ans) en situation complexe.
	ENSEMBLE	Gérontologie et Soins palliatifs
	ST LOUIS RESEAU SEIN	coordination ville/hôpital du parcours de santé des patients atteints d'un cancer du sein et thyroïde
Pathologies chroniques (diabète, IRC...)	RENIF	Réseau de néphrologie d'Ile de France
	RECUPAIR	Amélioration de la prise en charge des patients atteints d'une insuffisance respiratoire chronique et leur réhabilitation respiratoire Ile-de France
	ROMDES	Coordination ville/hôpital du parcours de santé l'adulte obèse. Ile-de France
	PARIS DIABETE	Coordination du parcours de santé du patient diabétique et des complications dégénératives et des facteurs de risque cardio-vasculaire associés. Paris
	RESICARD	Coordination du parcours de santé des patients insuffisants cardiaque graves de stade II, III, et IV (selon la NYHA) avec ou non une comorbidité associée (insuffisance rénale, hépatique) 9ème, 10ème, 11ème, 12ème, 17ème, 18ème, 19ème et 20ème arrondissements de Paris et Nord des Hauts-de-Seine.
	UFCV	Coordination du parcours de santé des patients adultes insuffisants cardiaques stades II à IV (selon la classification NYHA) ou coronariens et post- pontages aorto-coronaires habitants l'Île-de-France
	CREATIF	Améliorer la prise en charge et la coordination des traitements anti-thrombotiques dans le parcours de soins ville-hôpital, Ile-de France, Hôpital Lariboisière
Neurologiques et Autres	SLA IDF	Coordination du parcours de santé des patients atteints de Sclérose Latérale Amyotrophique. Ile-de France
	SINDEFI SEP	Amélioration de la prise en charge des patients atteints de Sclérose en plaques et maladies inflammatoires du système nerveux. 94, 91,77, 93 et 75
	LCD	Amélioration de la qualité de la prise en charge des patients souffrant de douleur chronique quelle que soit son origine (douleurs cancéreuses, céphalées, lombalgies, migraines, douleurs neuropathiques, douleurs diffuses, fibromyalgie, etc.) Ile-de France
	MORPHEE	Améliorer la prise en charge des troubles chroniques du sommeil. Ile-de France
	SPHERES	Organisation de la prise en charge en ville de pathologies aigues habituellement orientées vers l'hôpital : Thrombose Veineuse Profonde (TVP), Pyélonéphrite Aiguë (PNA), Prostatite Aiguë (PRO), Pneumonie Aiguë Communautaire (PAC), Douleur Thoracique (THO), Accidents Ischémiques Transitoires (AIT) et Exacerbations Aigues de BPCO. PARIS
	PREVENTION MAIN	Optimisation de la prise en charge des personnes présentant des traumatismes de la main et du membre supérieur Ile-de France
	Institut Francilien d'Implantation Cochléaire	Améliorer la prise en charge des personnes handicapées malentendantes en général et en particulier celles bénéficiant d'une implantation cochléaire, Ile-de France
Accès aux soins	Réseau solidarité Paris Maman IDF	Coordination du parcours de soins périnatals des femmes enceintes en situation de grande précarité jusqu'aux trois mois de l'enfant né. Ile-de France
	DAPSA	Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires Mission : accès aux soins des nouveaux nés vulnérables, des enfants de 0-3 ans et de leurs parents ou futurs parents en souffrance psychique et/ou confrontés à une ou plusieurs addictions.
	CRCMRP Centre de ressources pour les mini-réseaux de proximité	Médecins généralistes libéraux exerçant en zones déficitaires recevant des patients cumulant des facteurs de vulnérabilité socio-sanitaire. Ile-de France-zones déficitaires PRS-SROS AMBU
Périnatalité	RSPP Réseau de santé périnatalité Parisien	Coordination du parcours de santé des femmes enceintes et des nouveau-nés, appui aux professionnels du champ de la périnatalité Paris
	REVHO	Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie Interruption Volontaire de grossesse et contraception Favoriser l'accès à l'IVG médicamenteuse et à la contraception pour les franciliens et franciliennes. Ile-de France

Pédiatrie	RIFHOP PALIPED	Prise en charge des enfants atteints de cancer (tumeur solide, leucémie ou lymphome) et de leur famille. Améliorer la qualité de vie de l'enfant en privilégiant le maintien à domicile, et en organisant la continuité et la coordination des soins dans toute structure.
	ARB Kinésithérapie Bronchiolite	Coordination des professionnels libéraux pendant l'épidémie de bronchiolite. Ile-de France
	REPOP-IDF	Prévention et prise en charge de l'obésité en pédiatrie Ile-de France
	ROFSED	Accompagnement des enfants drépanocytaires et de leurs familles.
	RESRIP Rhumatisme inflammatoire chronique	Coordonner le parcours de soins d'enfants et d'adolescents atteints de maladies rhumatologiques et inflammatoires chroniques Ile-de France
	TAP	Troubles des apprentissages : coordination des soins des enfants atteints de troubles d'apprentissages sévères et modérément sévères nécessitant des prises en charge multiples.
Bucco-dentaires	RHAPSODIF	Coordination en santé bucco-dentaire pour les personnes handicapées physiques ou mentales Ile-de France
Annuaire des réseaux de santé disponible en aout 2016 sur le « portail d'accompagnement des professionnels de santé de l'ARS http://www.iledefrance.paps.sante.fr/Accueil.16336.0.html		

Annexes 6 : Nouveaux Modes de Rémunération

Depuis avril 2015 une rémunération forfaitaire pouvant monter jusqu'à 51 800 euros, finance les maisons et pôle de santé pluriprofessionnelles développant un projet de santé (Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles de proximité, Journal officiel). Ce financement doit permettre de rémunérer les temps d'activité en dehors de la consultation du patient : temps de coordination autour des dossiers de patients en situation complexe, temps de création de protocoles de suivi de pathologies chroniques, temps de gestion du système d'information, temps de gestion d'équipe, temps de réunion avec les usagers, temps de gestion de la santé sur le territoire…

Afin de pouvoir déclencher la rémunération, le pôle ou la maison de santé, organisé en SISA, doit s'engager sur 3 axes :

- Accès aux soins élargi : de 8h à 20h + le samedi matin, accès à des soins non programmés, 1 coordonnateur clairement identifié pour l'accueil, l'orientation et l'information des patients...
- Travail en équipe : prises-en charge coordonnée des patients, concertation sur les cas complexes, mise en place de protocoles pluriprofessionnels, formation des jeunes médecins, par la prise en charge d'internes stagiaires, à raison d'au moins 2 stages par an
- Partage du système d'information et des dossiers patients : 33 % dès la première année de mise en place du système informatique partagé

Ces engagements sont formalisés sous la forme d'un contrat, auquel est annexé un projet de santé, écrit par les professionnels de santé de la structure, et validé par l'ARS et la Caisse primaire d'Assurance Maladie.

Ce mode de rémunération est basé sur le même principe que la ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique) mise en place par la Convention Nationale de juillet 2011 : des objectifs sont définis conjointement entre la structure, l'ARS et la CNAM, et la rémunération versée selon l'atteinte de ces objectifs. Ce mode de rémunération vient en complément du « paiement à l'acte », prépondérant historiquement et quantitativement de la rémunération du médecin. En effet ce mode de rémunération ne permet pas aujourd'hui à lui seul une prise en charge globale des patients. Il ne favorise pas le développement des dépistages et actes de prévention ciblés, ni le développement d'actions de santé publique. D'autres rémunérations complémentaires existent pour les médecins généralistes. Elles représentent près de 10 % de leur chiffre d'affaires. Ce sont les forfaits d'astreinte et de garde, les forfaits pour des patients en affection de longue durée et le forfait d'indemnisation pour l'utilisation de la carte Vitale.

Ces rémunérations forfaitaires sont autant d'outils pour les instances sanitaires et le législateur pour orienter l'évolution des exercices médicaux.

Ce dispositif récent est peu connu par les généralistes de notre enquête (32% sont au courant) et rencontre une certaine opposition chez certain. Certains généralistes considèrent que c'est une forme de salariat qui nuit à la liberté et à l'indépendance de leur pratique. D'autres s'interrogent sur la pérennité de ces modes de rémunération. Un médecin résume bien l'opinion de certain *je ne veux pas être fliqué, rosp, NMR et compagnie, c'est du contrôle et du salariat déguisé.*

Annexe 7 : groupe d'analyse de pratiques entre pairs

Rassemble plusieurs médecins d'une même spécialité (idéalement entre 6 et 10) dans une unité géographique définie. Se réunit à un rythme régulier, de l'ordre 6 à 10 fois par an Fonde les analyses de pratiques sur les données référencées (recommandations - EBM avec niveau de preuve) et peut faire appel, le cas échéant, à une expertise scientifique extérieure Permet à des médecins munis de leurs dossiers (sélection aléatoire) sur le(s) thème(s), de présenter à tour de rôle les problèmes soulevés lors de la prise en charge des patients De plus, le choix préalable d'une ou plusieurs thématique(s) clinique(s) facilite la recherche et permet la mise à disposition des données référencées Chaque réunion dure environ 2 à 3 heures.
Source : Les groupes d'analyse de pratiques entre pairs « Peer review », évaluation et amélioration des pratiques, HAS 2006

Annexe 8 – Exemples de coopération interprofessionnelles mises en place par le pôle santé paris 13

(Source newsletter « pôle santé info »)

Automesures tensionnelles

Un « service AMT » est à la disposition de tous les médecins exerçant dans le quartier. Vingt pharmacies volontaires ont été équipées d'appareils électroniques validés, à brassard huméral. Les pharmaciens ont été formés à l'AMT.
Pour le médecin, il suffit de prescrire « Automesures tensionnelles à domicile » sur une ordonnance simple. Il est conseillé de préciser sur l'ordonnance :
- « brassard standard » ou « grand brassard » selon que le diametre du bras est inférieur ou supérieur à 32 cm ;
- si la mesure doit être faite au bras droit ou gauche.

Le pharmacien éduque le patient, lui fournit un support papier pour relever les mesures et lui prête un tensiomètre.
Le patient fait 3 mesures le matin et 3 le soir pendant 3 jours et rapporte tensiomètre et relevé au pharmacien. Celui-ci vérifie, grâce à la mémoire de l'appareil, que les mesures ont été correctement relevées, puis transmet par fax les mesures, et la moyenne, au médecin traitant.
Le patient n'a rien à débourser. Le pharmacien est rétribué par le pôle dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (financement ARS Ile de France).

Le « staff » personnes âgées dépendantes (SPAD)

Il s'agit de travailler sur les patients de plus de 75 ans qui sont suivis à domicile en raison d'une polypathologie avec perte d'autonomie.
Le but est d'améliorer :
- la qualité des prises en charge, en se référant aux recommandations et à l'expertise du groupe,
- la coordination entre professionnels prenant en charge un même patient,
- l'articulation avec les soins secondaires (spécialistes de ville) et tertiaires (hôpitaux).

Les professionnels concernés sont essentiellement les médecins généralistes, les pharmaciens, les infirmiers et les kinésithérapeutes. Des experts gériatres, géronto-psychiatres, des travailleurs sociaux peuvent participer en fonction des besoins du groupe.
Chaque professionnel présente un dossier. Il peut s'agir d'un dossier au hasard (le dernier patient âgé vu en visite), ou du dossier d'un patient « difficile » pour lequel on souhaite de l'aide, ou du dossier d'un patient illustrant un problème précis sur lequel le groupe a décidé de travailler.
Les réunions se déroulent au local du pôle, 31 place Jeanne d'Arc, une fois par mois, le mardi, de 13h à 15h (sandwich, fruits et café assurés). Les professionnels libéraux sont rétribués sur la base de 100 € pour la participation à une réunion.
Si vous êtes intéressé, contactez le secrétariat du Pôle.

PROTOCOLE SUR LES ANTI-VITAMINE K : UN OUTIL À PARTAGER ENTRE MÉDECINS, BIOLOGISTES, PHARMACIENS ET INFIRMIERS

Un traitement par AVK exige une coordination étroite entre professionnels de santé, et avec le patient et/ou son entourage. Cette coordination est assurée au mieux lorsque les professionnels adoptent les mêmes outils. Avec l'aide du Dr Annick Ankri, responsable du laboratoire d'hémostase de la Pitié Salpétrière, un groupe pluriprofessionnel du pôle a élaboré un protocole pour la coordination autour des patients sous AVK. Le document décrit le parcours optimal du patient et les tâches à assurer par chaque professionnel concerné. Il comprend une « boîte à outils », composée de 13 fiches pratiques que chacun peut utiliser selon ses besoins: fiche d'info patient, informations initiales à recueillir, interprétation d'un INR hors cible, ordonnances type, règles de transmission des INR par les biologistes, etc.

Nous vous invitons à partager ces outils entre professionnels travaillant dans un même territoire, en participant à une action de DPC co-organisée avec la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG), le 5 Février 2015. La participation est indemnisée par l'OGDPC pour les médecins, biologistes pharmaciens et infirmiers, libéraux ou salariés en Centre de santé.

Pour vous inscrire ou en savoir plus appelez le secrétariat de la SFTG 01 45 81 09 63, envoyez un email à dcp@sftg.fr ou allez sur le site www.sftg.eu

Pour se procurer le protocole il suffit d'en faire la demande par email : info@polesante13.fr

Annexe 9 : Intérêt pour les activités proposées par le Pôle de santé Paris 13,
Caractéristiques des répondants associées (positivement ou négativement) à l'intérêt pour les projets du pôle,
Légende du Tableau (page suivante)

« Dans le cadre de votre activité professionnelle, seriez-vous intéressé(e) par ces projets du pôle de santé paris 13 ? »

Le tableau présenté page suivante est exprimé en pourcentages (rapporté aux 59 répondants)

Un tableau similaire exprimé en effectifs est disponible en annexe de cette thèse.

Analyse par sous-groupe : les effectifs des sous-groupes sont précisés en italique au sommet de chaque colonne

NORD /SUD : 13ème arrondissement divisé en quartiers nord favorisés et quartiers Sud globalement moins favorisés (Cf. Méthodes)

INFORMATISE : Médecin avec dossier médical patient informatisé versus dossier papier exclusif

< 40H /SEM : Estimation par les praticiens du temps clinique par semaine passé auprès des patients

AME ≤ 5% : Estimation par les praticiens du pourcentage de patient bénéficiant de l'aide médicale d'état (AME)

CABINET DE G : Cabinet de groupe versus exercice médical seul

RESEAU / NON RESEAU : Déclare participer à au moins un réseau de santé

ARRET 5ANS / POURSUITE : Déclare une cessation totale d'activité médicale dans le quartier dans les 5 prochaines années

Propositions du pôle santé

Atelier « recherche info sur internet » : recherche d'information sur internet

DISPOSITIF D'AUTO-MESURE TENSIONNELLE en partenariat avec les pharmacies du quartier.

DISPOSITIF D'ASTREINTE pour vos urgences lorsque vous êtes en consultation, assuré par des médecins volontaires eux-mêmes installés dans le quartier

TICKET COUPE FILE = accès privilégié pour les consultations avec un spécialiste à la Pitié-Salpêtrière quand le MG sollicite une consultation urgente

PASS = Permanence d'Accès aux Soins de Santé de la Pitié-Salpêtrière, une fois leur couverture maladie en place

MT = médecin traitant

CSAPA = Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

Intérêt global

Critère composite créé à postériori lors de l'analyse : Se déclare intéressé par au moins la moitié des projets du pôle de santé

Cf. paragraphe « adhésion globale aux projet du pôle »

Nous n'avons pas réalisé d'analyse statistique sur l'intérêt global porté aux différentes propositions du pôle. En effet il s'agit d'un critère composite construit à postériori à partir d'éléments non homogènes. Néanmoins les résultats observés sur ce critère composite nous permettent de dégager des tendances qui seront analysées dans la discussion.

Pourcentage des médecins interrogés qui se déclarent « intéressés » par les propositions du Pôle Santé Paris13	**Total**	*<50 Ans*	*>50 Ans*	*Homme*	*Femme*	*Secteur 1*	*Secteur 2*	*Nord*	*Sud*	*Informatisé*	*Non Info.*	*<40h /Sem*	*≥40h /Sem*	*AME ≤ 5%*	*AME >5%*	*Cabinet de G*	*Cabinet Isolé*	*Réseau*	*Non Réseau*	*Arrêt Sans*	*Poursuite*
	N = 59	*17*	*42*	*34*	*25*	*45*	*14*	*22*	*37*	*45*	*14*	*26*	*33*	*48*	*11*	*39*	*20*	*46*	*13*	*17*	*42*
Ressources pour la qualité des soins																					
- Groupe d'échange de pratique	**63**	**65**	62	**65**	60	**69**	43	50	**70**	**71**	36	58	**67**	**63**	64	62	**65**	**65**	54	59	**64**
- Protocoles pluri-professionnels	**49**	**76**	38	47	**52**	**53**	36	32	**59**	**60**	14	35	**61**	48	**55**	**56**	35	**57**	23	35	**55**
- Dispositif d'auto-mesure tensionnelle	**41**	35	**43**	35	**48**	**42**	36	27	**48**	**49**	14	31	**48**	40	**45**	**41**	40	**41**	38	35	**43**
- Ateliers « outils numériques »	**41**	**53**	36	**41**	40	40	**43**	32	**46**	**47**	21	31	**48**	40	**45**	**49**	25	**46**	23	35	**43**
- Dispositif d'astreinte visites urgentes	**37**	**47**	33	29	**48**	**42**	21	27	**43**	**44**	14	31	**42**	**38**	36	**41**	30	37	**38**	29	**40**
- Atelier « recherche info sur internet »	**34**	29	**36**	**35**	32	29	**50**	36	**32**	**36**	29	27	**39**	33	**36**	**38**	25	**37**	23	**41**	31
Aide à la coordination																					
- Aide coordination secteur social	**63**	**76**	57	62	**64**	**67**	50	45	**73**	**69**	43	**65**	61	**67**	45	**69**	50	**65**	54	59	**64**
- Staffs « cas complexe »	**51**	**53**	50	**53**	48	**51**	50	**55**	49	**53**	43	42	**58**	**52**	45	49	**55**	50	**54**	**53**	50
- Ticket coupe file	**46**	41	**48**	41	**52**	**49**	36	**50**	43	**47**	43	**50**	42	**46**	45	**46**	45	46	46	41	**48**
- Réunion téléphonique avec spécialiste(s)	**46**	41	**48**	41	**52**	**51**	29	36	**51**	**49**	36	**46**	45	44	**55**	**46**	45	**48**	38	35	**50**
Aide à l'Education Thérapeutique des Patients (ETP)																					
- ETP Diabète	**69**	**82**	64	65	**76**	**73**	57	59	**76**	**71**	64	62	**76**	**75**	45	**72**	65	**72**	62	53	**76**
- ETP surpoids	**64**	**76**	60	**65**	64	**69**	50	50	**73**	**69**	50	50	**76**	**69**	45	**69**	55	**72**	38	47	**71**
- ETP Tabac	**64**	**71**	62	**68**	60	**67**	57	56	**70**	**67**	57	50	**76**	**69**	45	**69**	55	**70**	46	53	**69**
- ETP AVK	**61**	**71**	57	59	**64**	**67**	43	45	**70**	**67**	43	50	**70**	**65**	45	**64**	55	**65**	46	41	**69**
- ETP activité physique	**61**	**65**	60	59	**64**	**67**	43	50	**68**	**64**	50	50	**70**	**65**	45	**62**	60	**63**	54	41	**69**
- Autre(s) thème(s) souhaités:	**7**	**12**	5	6	**8**	**9**	0	0	**11**	**9**	0	4	**9**	**6**	9	5	**10**	7	**8**	6	**7**
Accepterait de nouveaux patients socialement fragiles adressées par le pôle de santé Paris 13																					
- Migrants ayant une pathologie chronique	**58**	**82**	48	56	**60**	**60**	50	36	**70**	**60**	50	54	**61**	**58**	55	**67**	40	54	**69**	53	**60**
- Patient ayant pathologie psychiatrique suivie	**51**	**76**	40	47	**56**	**53**	43	32	**62**	**51**	50	**54**	48	**52**	45	**59**	35	48	**62**	47	**52**
- Patient précaires orientés par la PASS	**49**	**82**	36	41	**60**	**53**	36	27	**62**	**53**	36	**54**	45	**52**	36	**62**	25	48	**54**	35	**55**
- Personnes âgées à domicile sans MT	**36**	**53**	29	26	**48**	**44**	7	18	**46**	**40**	21	35	**36**	**38**	27	**44**	20	35	**38**	12	**45**
- Patient addictes orientés par un CSAPA	**27**	**29**	26	**29**	24	**29**	21	9	**38**	27	**29**	**31**	24	25	**36**	**28**	25	22	**46**	24	**29**
Intérêt global (cf. commentaire)	**63**	**76**	57	56	**72**	**67**	50	55	**68**	**69**	43	58	**67**	**65**	55	**67**	55	**65**	54	59	**64**

Annexe 10 Résumé de la thèse du Dr Ophélie de Castelbajac « Besoins des médecins généralistes du 13ème arrondissement de Paris concernant leur organisation professionnelle et la gestion de leur activité médicale »

La diminution de la démographie médicale à Paris nécessite de revoir l'organisation des soins primaires. L'objectif était d'analyser les besoins des médecins généralistes libéraux du 13ème arrondissement de Paris concernant leur organisation et la gestion de leur activité médicale au sein du cabinet.

Nous avons mené une étude observationnelle transversale quantitative par hétéro-questionnaire comprenant des questions ouvertes. Les entretiens avec les médecins généralistes libéraux du 13ème arrondissement de Paris se sont déroulés de novembre 2015 à mars 2016.

Après exclusion de 244 médecins généralistes, 110 étaient éligibles. 59 médecins ont été inclus. Les besoins les plus souvent exprimés ont été la diminution de la charge de travail (en augmentant le temps clinique et en réduisant le temps de gestion des tâches ne demandant pas d'expertise médicale), la maîtrise de la durée du travail et l'installation de nouveaux médecins généralistes dans l'arrondissement. La revalorisation de la profession est également souhaitée. Elle sous-entend une augmentation de la rétribution, en revalorisant la consultation et la visite, une amélioration des relations avec les institutions publiques et une meilleure gestion du consumérisme médical. D'autres besoins des médecins généralistes et de la population ont été déduits de l'enquête : besoin de formations adaptées pour diversifier les compétences des médecins généralistes, mise aux normes PMR des locaux, augmentation de la capacité à assurer des visites à domicile, organisation de la permanence des soins, amélioration de la sécurité des soins en lien avec l'informatisation et suivi de la santé des médecins.

Les aides apportées aux médecins généralistes permettraient de rendre plus attractive la pratique de la médecine générale en ville. Pour cela, plusieurs pistes sont à étudier : formations plus adaptées, mutualisation de secrétariat, répartition des compétences, promotion de la maîtrise de stage, des remplacements et de la collaboration, regroupement de médecins généralistes.

Annexe 11 : Offre de soins de médecine générale en dehors du libéral (centres de santé et hôpital)

Structure	*Actes de MG par an*	*Nbre d'heures de consultation par semaine*	*Nb de MG intervenant dans la structure*	*ETP de médecine générale*	*Visites à domicile*
Consultation de médecine générale de la Pitié Salpêtrière, incluant la PASS	5000	Non disponible	Non disponible	0,5 senior 1 interne en DES de médecine générale	Non
Centre de santé Olympiades	6000	50	2	1 ETP	Non
Centre de santé Edison	9844	89	Non disponible	Non disponible	Non*
Centre de santé Moulinet	16197	85	7	2,43	Non
Centre de santé Broca	3773 actes lors des 5 premiers mois d'activité (ouverture récente)	46	Non disponible	1,3	Non
Centre de santé Hahnemann	Uniquement consultations d'homéopathie, acupuncture, ostéopathie, naturopathie.				
Centre de santé Hôpital des Peupliers	Uniquement consultations de spécialistes d'organe intervenant à l'Hôpital (chirurgiens, gastroentérologue…)				

Deux estimations

1 - basée sur le nombre d'ETP déclarés

En estimant qu'au CS Edison il y a 2 ETP, l'offre hors libéral est de 7 à 8 ETP

2 - basée sur le volume d'activité :

L'ensemble des structures fait 47 000 actes par an, or un MG libéral dans notre étude en fait 4800/an

L'offre est donc de 7 ETP (hypothèse basse) à 10 ETP (hypothèse haute)

BESOINS DES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX DU 13ème ARRONDISSEMENT DE PARIS CONCERNANT L'OFFRE DE SOINS ET LA COOPERATION PROFESSIONNELLE

Résumé : Devant les défis sanitaires, le législateur souhaite organiser les soins primaires au niveau d'un territoire.

Nous avons analysé l'offre de soins en médecine générale libérale ainsi que les besoins des généralistes concernant la coopération des soins.

Après un recensement exhaustif des médecins généralistes libéraux du 13ème arrondissement de Paris, nous avons mené une étude observationnelle transversale quantitative effectuée d'octobre 2015 à mars 2016. L'hétéro-questionnaire soumis lors d'entretiens comprenait également des questions ouvertes.

Nous recensons 129 généralistes en 2016, soit une densité de 7/10.000 habitants. Nous estimons que 29% des généralistes libéraux vont cesser totalement leur activité dans 5 ans. Les besoins sont également importants dans le nord de l'arrondissement plus favorisé.

Les médecins généralistes souhaitent des rencontres entre professionnels de santé de l'arrondissement.

Les communications avec l'hôpital sont de mauvaise qualité : Les généralistes demandent un accès dédié aux médecins de ville.

Aucun cabinet médical libéral n'intègre des infirmières dans ses murs. La dynamique de regroupement des jeunes généralistes contraste avec la réticence des médecins installés en cabinet isolé, ceux de plus de 50 ans ou du secteur 2.

Les médecins sont globalement peu informés des projets du pôle. Les propositions du pôle qui ont suscité le plus de réponses positives sont les ateliers d'éducation thérapeutique patient (71%), l'aide à la coordination avec le secteur social (63%) et les groupes d'échange de pratique (63%)

En donnant la parole aux médecins, cette thèse devrait aider le Pôle Santé Paris 13 à développer son projet territorial de santé.

Mots clés (français) : **Médecins généralistes libéraux du 13ème arrondissement de Paris, enquête d'observation transversale, besoins, offre de soins, coopération professionnelle, coordination des soins, territoire de santé, réseau de sante, pôle de sante**

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris cedex 06