



**BAROMÈTRE SANTÉ
EN MÉDECINE GÉNÉRALE
EN LIMOUSIN**

Vague 2 : Décembre 2012

Volet Professionnels :
activité, pratiques, conditions d'exercice,
évolutions souhaitées, état d'esprit,
perspectives

Une étude de
I'OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ DU LIMOUSIN
financée par
I'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ

RAPPORT N°230-C
Juin 2013

ORS

Observatoire Régional de la Santé du Limousin
4 avenue de la révolution - 87000 LIMOGES

Tél. : 05 55 32 03 01 Fax : 05 55 32 37 37 - Courriel : ors@ors-limousin.org

Site : <http://www.ors-limousin.org>

BAROMÈTRE SANTÉ EN MÉDECINE GÉNÉRALE EN LIMOUSIN

Vague 2 : Décembre 2012

Volet 1 : Le baromètre professionnel :

activité, pratiques, conditions d'exercice, évolutions souhaitées, état d'esprit, perspectives

Une étude financée par
l'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ
Réalisée par

l'OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ DU LIMOUSIN

Dr Jean-Pierre FERLEY, Béatrice ROCHE-BIGAS

L'élaboration du questionnaire initial a bénéficié des conseils avisés du Dr Christian LAFLEUR, Président de l'URPS-Médecins du Limousin et du Dr Yves FEYFANT, Président du Collège des Généralistes de l'URPS-Médecins du Limousin

Ont participé au baromètre depuis sa mise en œuvre en novembre 2011 :

En Corrèze : M^{mes} et MM. les Docteurs BALIN (Brive), BAUDVIN MINIER (Mansac), BEGON (Eygurande), BERTE (Brive), BLANC (Brive), BONNETTE (Corrèze), BOUSSEYROUX LAMAGAT (Jugeals-Nazareth), BOUVOT (Brive), BUCHON (Bugeat), CHAMPEAU (Chamberet), CHAVANEL (Larche), DEMICHEL (La Roche Canillac), DESBREST (Brive), DRULIOLLE (Malemort), DUTHEIL FAHEY (Brive), ESPIAU DE LAMAESTRE (Noailles), FAUCHER (Egletons), GRANET (Larche), GREVET (Egletons), GUIONIE (Objat), HENRY (Brive), JACOB (Lubersac), LAJOUX (Brive), LASCAUX (Ste Fortunade), LAURENSOU (Brive), LECARME (Sornac), MAS (Beynat), MASDUPIY ALLEMAN (Brive), MEYNIÉ JACKS (Soursac), NELKEN (Meysac), PALIX (Marcillac la C.), PARAUD (Ste Féréole), POUGET (Tulle), QUILEZ (Brive), ROUVELOUP TRONCHE (Brive), VANHOUTTE (St Privat)

En Creuse : M^{mes} et MM. les Docteurs DAGARD C. (Boussac), DAGARD P. (Boussac), ETILE (Royère de V.), LAMIRAUD (Ahun), LARROQUE (Guéret), MARTINY (Gouzon), NOINSKI (Boussac), PAILLER (St Sulpice le Guérétois), PRIOUX (Faux la Montagne), SCHNEIDER (Chambon s/ V.), SERVANT (Bourganeuf), SIMONNET (Guéret), TARDIEU (Mainsat)

En Haute-Vienne : M^{mes} et MM. les Docteurs BARNES (Coussac-Bonneval), BARIAUD (Limoges), BLEYNIÉ (Limoges), BORDERIE (Eymoutiers), BOURREL (St Sulpice les F.), BRISSAUD (Le Vigen), BROSET (Limoges), BUISSON (Aixe s/ V.), CAPDEVIELLE (St Léonard de N.), CAVALIER (Limoges), CAZAMAJOU (Limoges), CHASSAC GEROUARD (Oradour s/ V.), CHAUVOIS (Limoges), COISNE (Limoges), CONCHON (Ladignac le Long), CROS (St Junien), CUBERES (Limoges), DELAGE (Nexon), DELPEYROUX (Limoges), DEMAY FRACHET (Limoges), DESCHAMPS (Limoges), DESSOUDEIX (Oradour s/ V.), DUBRAY (Magnac Bourg), FARGEAS (St Yrieix la P.), FERNANDES LOPES (Flavignac), FEYFANT (Limoges), FIEVEZ (Limoges), FRACHET (Limoges), GORY (Limoges), GREBAUX (St Mathieu), HERBACH (St Jouvent), HOUDARD (St Victurnien), ISSOULIE (Limoges), JAMBUT (Limoges), JARDINIER (Limoges), LAMBERT (Limoges), LARCHER (Limoges), LAUCHET (Limoges), MA (Limoges), MACLOUF (Limoges), MALGOUYARD (Châlus), MENARD (Oradour s/ G.), MOLLAS GORYL (St Yrieix la P.), MONDOLLOT (Condat), MOREL (Limoges), MORINEAU (Bonnac la Côte), OCCELLI (Bellac), OBRY-GUILLOT (Limoges), OUDART (Rilhac-Rancon), PAILLER (Bonnac la Côte), PERINAUD (Limoges), PEYROU (Limoges), PONS (Limoges), POULAIN (Vermeuil s/ V.), POUPARD (Bosmie-l'Aiguille), PRAT (Limoges), RINUCCINI (St Paul), ROUCHAUD (Couzeix), ROUCHER (Couzeix), SKOTOWSKI (St Priest Taurion), TRIAU (Vermeuil), VASSEUR (St Gence), VERGNES (Panazol), VIDAL (Limoges)

SOMMAIRE

INTRODUCTION, OBJECTIFS ET MÉTHODE	1
RÉSULTATS	
I- TAUX DE PARTICIPATION ET CARACTÉRISTIQUES DES MÉDECINS DU PANEL	3
II- MODES D'EXERCICE ET FORMATIONS COMPLÉMENTAIRES	5
III- ACTIVITÉ DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES	6
IV- OPINIONS SUR DES ÉVOLUTIONS POSSIBLES DU MODE DE RÉMUNÉRATION ET DES PRATIQUES	9
V- ÉTAT D'ESPRIT DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES	10
VI- PERSPECTIVES	13
VII- OPINIONS ET BESOINS SUR CERTAINS PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES	15
1. Prise en charge précoce d'un AVC	15
2. Organisation de l'Hospitalisation à Domicile	15
3. Organisation des soins palliatifs à domicile	16
4. Prise en charge de la dépression	18
5. Prise en charge des maladies rares	19
6. Consultations mémoire	20
SYNTHÈSE, DISCUSSION ET CONCLUSIONS	22

ORS

Observatoire Régional de la Santé du Limousin
4 avenue de la révolution - 87000 LIMOGES

Tél. : 05 55 32 03 01 Fax : 05 55 32 37 37 - Courriel : ors@ors-limousin.org

Site : <http://www.ors-limousin.org>



BAROMÈTRE SANTÉ EN MÉDECINE GÉNÉRALE EN LIMOUSIN VAGUE 2012 – Volet 1 : Baromètre professionnel



Une étude de l'Agence Régionale de Santé Réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé du Limousin

Rapport n°230-C – Juin 2013

Dr Jean-Pierre FERLEY, Béatrice ROCHE-BIGAS

Nos remerciements aux 115 médecins qui ont participé au baromètre depuis sa mise en œuvre ainsi qu'aux D^{rs} LAFLEUR et FEYFANT de l'URPS-Médecins du Limousin

LE BAROMÈTRE SANTÉ LIMOUSIN :

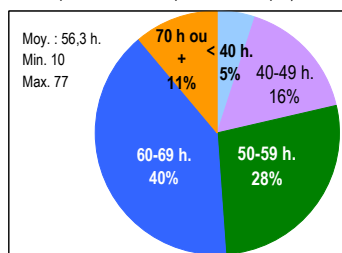
- **Enquête périodique sur un panel de médecins généralistes libéraux**
- **Objectifs** : 1/ disposer d'un "observatoire" de la médecine générale permettant de mieux connaître les conditions d'exercice, les opinions et les souhaits des praticiens et de relever d'éventuelles tendances (Volet "médecins"); 2/ disposer d'indicateurs de santé sur la population limousine fréquentant les cabinets médicaux et suivre leur évolution dans le temps (Volet "patients").
- **Enquête transversale "un jour donné"** : relevé d'informations pour tous les patients de 3 ans ou plus vus en consultation et remplissage d'un questionnaire "médecins". Première vague d'enquête décembre 2011, 2^{ème} vague décembre 2012.
- **175 praticiens volontaires**, soit 21% des 837 généralistes installés en libéral (hors remplaçants), proportion d'autant plus remarquable qu'il ne s'agit pas pour les participants de simplement remplir un questionnaire mais d'opérer une collecte active d'informations sur leurs patients (indemnisation forfaitaire de 60 € par vague).
- **115 participants effectifs** à l'une et/ou l'autre des 2 vagues (14% des généralistes libéraux du Limousin) : 65 ont participé aux 2 vagues et 50 à une vague seulement. Les participants ont été au nombre de 96 en 2011 et de 84 en 2012.
- **Représentativité du panel vérifiée** en termes d'âge, de sexe, de distribution géographique et de type de commune ; cependant, comme dans tout panel basé sur le volontariat, certains profils sont vraisemblablement moins représentés que d'autres.
- Taille relativement restreinte du panel, mais la participation de **1 praticien limousin sur 7** lui confère une indéniable validité.

LES RÉSULTATS DE LA 2^{ème} VAGUE DU VOLET "MÉDECINS" DU BAROMÈTRE

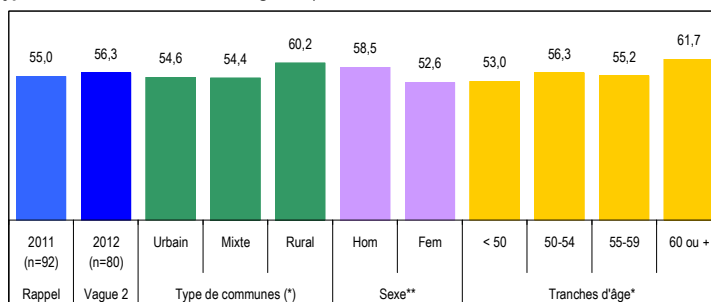
1. Pratiques, conditions d'exercice et perspectives professionnelles

- **En moyenne, 56 heures de travail hebdomadaires** (dont 7 heures consacrées aux tâches administratives) avec de gros écarts : si 5% travaillent moins de 40 heures, en revanche 51% travaillent 60 heures ou plus et 14% 70 heures ou plus (une étude conduite en 2011 par téléphone dans 3 régions : Paca, Pays de Loire et Bourgogne fait état d'une moyenne de 57 heures hebdomadaires, variant de 54 à 59 heures selon la région). C'est en milieu rural que la durée hebdomadaire moyenne de travail est la plus importante (60 heures, chiffre identique à celui relevé dans le panel 3 régions) contre 55 heures en milieu urbain (56 heures dans le panel 3 régions), cette durée est également plus élevée chez les médecins de 60 ans ou plus (près de 62 heures). La durée moyenne de travail des femmes est de 6 heures inférieure à celle des hommes (53 versus 59). En moyenne, sur les 10 demi-journées de travail hebdomadaires (9,8 contre 9 dans le panel 3 régions), les médecins limousins voient 106 patients pour une durée moyenne de consultation estimée à près de 19 minutes (un peu moins de 18 minutes dans l'enquête de référence). Près d'un médecin généraliste limousin sur trois (31%) souhaiterait travailler moins (50% des 60 ans ou plus) et 12% disent refuser régulièrement des patients.

Estimation du nombre approximatif total d'heures de travail durant une semaine "standard" -%-(n=80)
(activités libérale et salariée confondues et toutes activités professionnelles prises en compte)



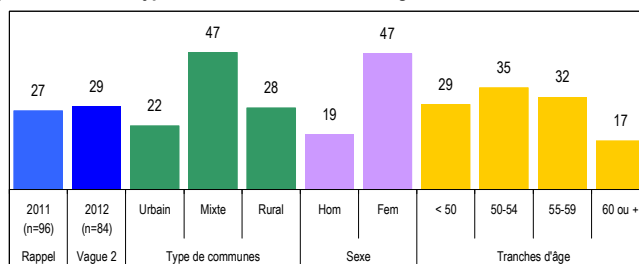
Estimation du nombre approximatif total d'heures de travail durant une semaine "standard" selon le type de commune, le sexe et l'âge -%-(toutes activités confondues et tâches administratives comprises)



- **Une charge de travail qui augmente** : l'estimation de la durée hebdomadaire de travail est en hausse (non significative) de 1,3 heure (56,3 heures contre 55,0 en 2011). Ce constat, qui demanderait à être confirmé dans le temps, est tout à fait cohérent avec le fait que les deux tiers des médecins (62%) considèrent que leur charge de travail a augmenté au cours des deux dernières années (proportion plus importante en ville et en milieu rural).

- **Une fatigue physique et psychique chez certains praticiens** qui déclarent ressentir la sensation d'être épuisés physiquement après une journée de travail (72%, fortement pour 29%), d'être vidés nerveusement par leur travail (48%, fortement pour 16%) et qui éprouvent un sentiment de lassitude professionnelle (48%, fortement pour 17% [plus souvent en ville et chez les 55 ans et plus]).

Médecins déclarant ressentir fortement un épuisement physique en fin de journée selon le type de commune, le sexe et l'âge -%-

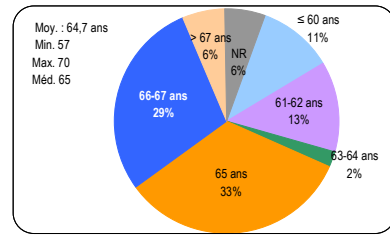


- **Une charge de travail, des contraintes et des difficultés d'exercice conduisant parfois à une insatisfaction professionnelle** relevée chez 1 praticien sur 8 globalement (12%) mais sensiblement plus en ville (17%) qu'en périurbain ou en rural (7%).

O
R
S
L
i
m
o
u
s
i
n

➤ **Un âge moyen prévu de cessation de toute activité libérale de 64,7 ans, variable d'un médecin à l'autre** : 33% des médecins pensent s'arrêter à 65 ans, 35% pensent le faire plus tard (le plus souvent à 66-67 ans) et au contraire 26% pensent s'arrêter plus tôt (dont 24% avant 63 ans). L'âge moyen indiqué par les femmes est de 1,4 an inférieur à celui indiqué par les hommes (respectivement 63,8 et 65,2). Le fait que près du quart des praticiens envisagent de s'arrêter relativement précocement (avant 63 ans) ne doit pas être occulté dans les projections qui peuvent être faites de la démographie médicale sur un territoire. Par ailleurs, 8 médecins sur 10 pensent qu'ils exerceront encore en libéral dans 5 ans, de manière certaine (4 sur 10) ou probable (4 sur 10).

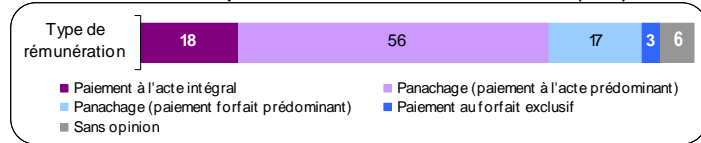
Age prévu de départ à la retraite ou de cessation de toute activité libérale -%-



2. Attrait pour de nouveaux modes de rémunération

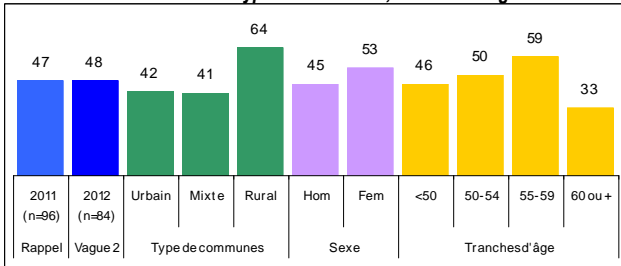
➤ **Une progression de l'adhésion à de nouveaux modes de rémunération** : 76% des médecins du panel limousin sont favorables à l'introduction d'une part de forfaitisation parallèlement au paiement à l'acte (ils étaient 66% l'année précédente) et 18% seulement souhaitent un paiement à l'acte intégral. On rappelle cependant la réserve exprimée quant au profil peut-être particulier des médecins participants. La proportion de médecins favorables à ce nouveau mode de rémunération est identique à la ville et à la campagne, elle est plus élevée chez les femmes (83%) et chez les moins de 50 ans (83%, mais 67% des 60 ans et plus y sont néanmoins favorables). Les partisans de l'introduction d'un forfait optent dans leur très grande majorité pour un système de panachage : c'est le cas de 73% de l'ensemble des médecins, avec un paiement à l'acte prédominant pour 56% et au contraire un forfait prédominant pour 17%. Les partisans du forfait exclusif ne sont que 3%.

Préférences exprimées sur le mode de rémunération -%- (n=84)

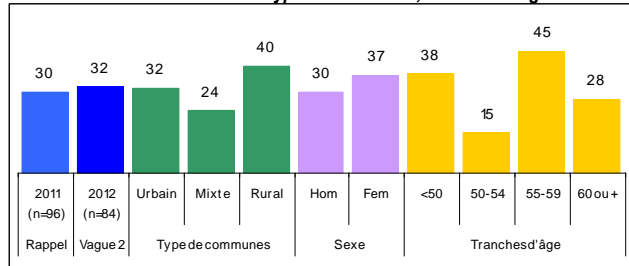


➤ **Un attrait pour l'exercice salarié** manifesté non seulement par les jeunes médecins qui choisissent à plus de 70% ce mode d'exercice à l'issue de leurs études mais également par les médecins installés : 48% se disent favorables à ce qu'une partie de l'activité libérale devienne salariée (proportion identique à celle de 2011 : 47%). Seuls 17% y sont franchement opposés. C'est en rural que les partisans de cette évolution sont les plus nombreux (64%) et chez les 55-59 ans. Autre témoignage de l'attrait de l'exercice salarié : si l'opportunité se présentait d'un poste salarié (dans des conditions par hypothèse satisfaisantes), 32% des médecins libéraux interrogés la saisiraient probablement (18%) ou certainement (14%). La proportion monte à 40% en rural et atteint 45% chez les 55-59 ans.

Médecins favorables à ce qu'une partie de l'activité libérale devienne salariée selon le type de commune, le sexe et l'âge -%-



Médecins pouvant envisager d'abandonner l'exercice libéral pour un exercice salarié selon le type de commune, le sexe et l'âge -%-



3. Jugement porté sur certaines prises en charge spécifiques

La dernière partie du questionnaire "médecins" 2012 comportait une batterie de questions cherchant à recueillir la perception et les attentes des praticiens relativement à certaines prises en charge spécifiques dans leur territoire d'exercice.

- **Prise en charge précoce d'un AVC** : forte demande, en particulier en Corrèze et en Creuse d'une information sur l'organisation de la filière au niveau du territoire et d'une formation spécifique sur ce thème.
- **Organisation de l'hospitalisation à domicile** : satisfaction des 2/3 des médecins, davantage en Haute-Vienne qu'en Creuse où l'on regrette en particulier une capacité insuffisante. Sont parfois pointés, surtout en Corrèze, une articulation déficiente avec le médecin traitant ou encore (surtout en Creuse) un retour d'information insuffisant.
- **Organisation des soins palliatifs à domicile** : Satisfaction de près des 2/3 des médecins (70% à 80% en Corrèze et en Haute-Vienne mais guère plus de 20% en Creuse où l'on déplore un retour d'information insuffisant et une articulation déficiente avec le médecin traitant [plaintes beaucoup moins souvent relevées en Haute-Vienne]). Une meilleure information sur l'organisation et les ressources est souhaitée par une majorité, de même que la mise à disposition d'un numéro direct vers un référent départemental, le développement d'équipes mobiles et, à un degré moindre, une formation spécifique.
- **Prise en charge de la dépression** : assurée très majoritairement, au moins dans sa phase de démarrage, par le médecin traitant, elle fait apparaître, en particulier en Corrèze et en Creuse, le souhait chez certains médecins de pouvoir bénéficier d'une formation sur ce thème et sur le repérage de la crise suicidaire. Les relations avec les acteurs de la psychiatrie sont jugées plutôt insatisfaisantes par 8 médecins sur 10, en particulier en milieu urbain et en Creuse, du fait des délais de rendez-vous, d'un retour d'information largement insuffisant, de la difficulté d'obtenir un avis téléphonique...
- **Consultations mémoire** : presque tous les médecins du panel ont eu l'occasion d'y recourir, dans la moitié des cas pour un nombre significatif de patients (plus de 5). Les trois quarts jugent plutôt satisfaisant l'apport de ces consultations (en particulier en Creuse et en milieu rural). Cependant, pour certains généralistes elles pèchent par les délais de rendez-vous qu'elles proposent, notamment en Corrèze, et par une articulation perfectible avec le médecin traitant. D'autres leur reprochent des reconvoqueries itératives, des bilans trop lourds et une prescription médicamenteuse parfois contestée.

CONCLUSIONS

Le volet "médecins" du baromètre santé régional mis en place depuis 2011 par l'Observatoire Régional de la Santé du Limousin sur un financement de l'ARS, offre une indispensable photographie de la médecine générale libérale en cette période où d'importantes évolutions de la démographie médicale sont attendues. Sa répétition à intervalles réguliers permettra de suivre l'impact de ces évolutions sur l'activité des praticiens et d'observer les tendances qui se dégagent en termes d'organisation et de pratiques. Elle permettra également de connaître l'état d'esprit de la profession face aux difficultés qu'elle rencontre, de mesurer son adhésion à certaines évolutions (organisation de l'offre de soins, modes de rémunération...), de recueillir ses souhaits et d'anticiper ses besoins.

O R S Limousin

INTRODUCTION, OBJECTIFS ET MÉTHODE

En 2010, dans le cadre de sa convention avec l'Agence Régionale de Santé, l'Observatoire Régional de la Santé du Limousin a formé le projet de mettre en place une enquête périodique auprès d'un panel de médecins généralistes libéraux avec deux objectifs :

- disposer d'un "observatoire" de la médecine générale permettant de mieux connaître la réalité quotidienne des praticiens et de relever d'éventuelles tendances en termes d'activité, de pratiques, de conditions d'exercice, d'opinions et de souhaits,
- disposer d'un certain nombre d'indicateurs de santé sur la population limousine fréquentant les cabinets médicaux et suivre leur évolution dans le temps,

La démarche repose sur une **enquête transversale "un jour donné"** durant lequel les médecins participants relèvent un certain nombre d'informations pour tous les patients de 3 ans ou plus vus en consultation au cabinet et remplissent dans le même temps un questionnaire "*médecin*". Le suivi barométrique repose sur la répétition à chaque vague d'enquête d'un corpus de questions fixes, complété par des questions spécifiques se rapportant à une problématique particulière.

Le baromètre a donc deux volets distincts :

- **un volet "médecins"** (un recto-verso) abordant, selon les vagues d'enquête, des thèmes tels que : caractéristiques du praticien, modalités d'exercice, formations, activité développée (nombre de patients, amplitude journalière et hebdomadaire de travail, ressenti de la charge de travail), organisation du cabinet, implication en termes de dépistage organisé, de réseaux de santé, d'éducation thérapeutique des patients, opinions sur des évolutions possibles du mode de rémunération et des pratiques, état d'esprit (fatigue, burn-out, relations aux patients, confraternité...), difficultés rencontrées, souhaits éventuels de nouvelles conditions d'exercice (regroupement, part d'activité salariée...), perspectives professionnelles, etc. En 2012, cette partie, nettement allégée par rapport à l'année précédente, était complétée par des questions cherchant à recueillir l'opinion et les besoins des médecins relativement à certaines prises en charge et dispositifs spécifiques : hospitalisation à domicile, soins palliatifs, consultations mémoire, prise en charge du patient dépressif...
- un volet "patients" (1 recto) abordant, selon les vagues d'enquête, des thèmes tels que : hygiène de vie et troubles induits, pratiques préventives (dépistages, vaccination), environnement socio-économique (milieu social, couverture maladie...). En 2012, un accent particulier a été mis sur les renoncements aux soins.

Dans leur version initiale, les deux questionnaires ont bénéficié des conseils du Dr Christian LAFLEUR, Président de l'URPS-Médecins du Limousin et du Dr Yves FEYFANT, Président du Collège des Généralistes de l'URPS-Médecins du Limousin. Par ailleurs, certaines questions du questionnaire "*médecins*" ont été inspirées du "*Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale*" développé par l'ORS PACA et le Ministère de la Santé (DREES) et portant sur quelques régions françaises (5 dans un premier temps, puis 3 à l'heure actuelle)¹.

¹ M. AULAGNIER et al. *L'exercice de la médecine générale libérale. Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises*. DREES. *Etudes et Résultats* N°610. Novembre 2007.
Baromètre santé 2012-Volet Médecins - ORSL/ARS/Juin 2013

La première vague d'enquête a pris place en 2011 :

- mai 2011 : envoi d'un courrier aux 840 médecins généralistes installés en Limousin (remplaçants exclus) expliquant les objectifs du panel, le type de questions posées et l'indemnisation prévue (60 €), accompagné d'un coupon-réponse et d'une enveloppe T pour ceux qui souhaitent se porter volontaires, sachant qu'un panel de 100 volontaires était escompté.
- juin 2011 : **159 médecins se portent volontaires** (soit près de 1 médecin généraliste sur 5 du Limousin [19%]).
- novembre 2011 : envoi aux 159 volontaires d'un cahier contenant d'une part le questionnaire "*médecins*", d'autre part une liasse de 30 fiches "*patients*". Il était demandé aux volontaires de choisir un jour d'enquête dans la semaine du 21 au 27 novembre (jour choisi par le praticien de manière à refléter son activité habituelle).
- décembre 2011 et janvier 2012 : réception de **96 cahiers** (60% des médecins volontaires ont effectivement participé). Le taux de participation effective rapporté à l'ensemble des médecins généralistes libéraux du Limousin est de **11,4%** (soit près d'un praticien sur 9).
- Au total, **1 886 fiches "*patients*"** ont été renseignées (soit une moyenne de 19,6 patients par médecin).
- Septembre 2012 : Envoi des résultats à tous les généralistes libéraux du Limousin, en même temps qu'un coupon-réponse et qu'une enveloppe T permettant d'identifier 21 nouveaux volontaires, portant ainsi à **175 le nombre de volontaires** (déduction faite de 5 médecins ayant cessé entre temps leur activité), soit 21% des généralistes libéraux du Limousin (hors remplaçants).
- novembre 2012 : envoi aux 175 volontaires des documents de collecte d'information. Il était demandé aux volontaires de choisir un jour d'enquête préférentiellement dans la semaine du 3 au 8 décembre 2012.
- décembre 2012 et janvier 2013 : réception de **84 cahiers** : 48% des médecins volontaires ont effectivement participé à la deuxième vague, soit un taux de participation effective rapporté à l'ensemble des médecins généralistes libéraux du Limousin de **10,0%**.
- 1546 **fiches "*patients*"** ont été renseignées, soit une moyenne de 18,4 patients par médecin. Les analyses portant sur l'ensemble des deux vagues reposent donc sur 3 432 patients.

Le présent rapport expose les résultats du volet "*médecins*" de la deuxième vague du baromètre et présente un rappel des résultats relevés en 2011 sur les questions communes.

RÉSULTATS

I- TAUX DE PARTICIPATION ET CARACTÉRISTIQUES DES MÉDECINS DU PANEL

- **84 participants** sur les 837 généralistes libéraux installés en Limousin fin 2012 (hors remplaçants), soit un taux de participation de **10%**, homogène dans les 3 départements et ne variant pas significativement selon le type de commune et le sexe (fig. 1) ; une participation légèrement plus élevée chez les 50-54 ans (14%) que chez les plus jeunes (10%) et les plus anciens (9%), cet écart étant trop minime pour altérer la représentativité de l'échantillon des participants (fig. 2 à 5).
- **Un panel aux caractéristiques proches de la réalité des généralistes limousins** : des hommes dans les deux tiers des cas (64%), âgés de 55 ans et plus dans la moitié des cas (48%) avec une moyenne d'âge de 53 ans, exerçant en Haute-Vienne dans un peu plus de la moitié des cas (55%), en milieu urbain dans la moitié des cas (49%) et en milieu rural (pôles ruraux ou communes rurales) dans près du tiers des cas (30%), les autres en zone péri-urbaine.
- Une participation de 119 médecins à l'une et/ou l'autre des deux vagues (soit 1 généraliste sur 7 parmi les praticiens installés en libéral), dont 65 qui ont participé aux 2 vagues (rappel : 96 participants en 2011).

Figure 1. : Taux de participation au baromètre 2012 selon le département, le type de commune, le sexe et l'âge -%-

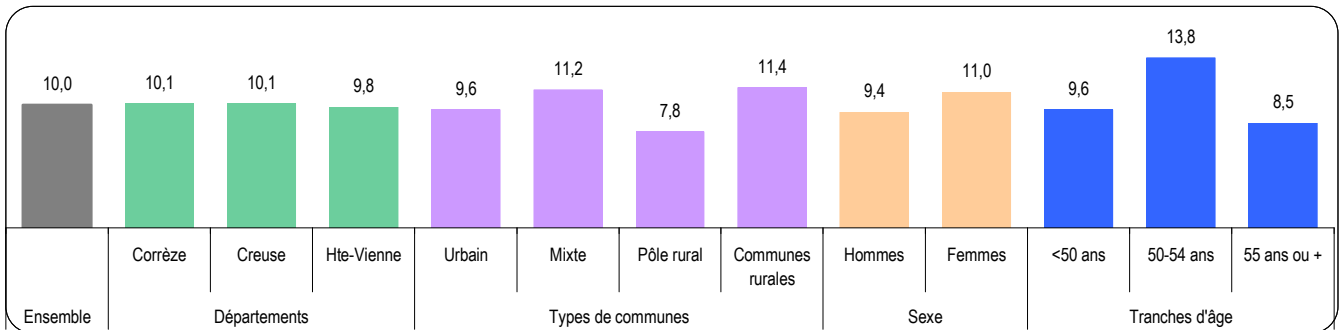


Figure 2. : Distribution de l'échantillon par département et comparaison à la réalité limousine 2012 -%-

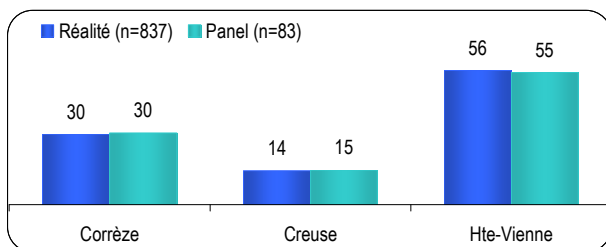


Figure 3. : Distribution de l'échantillon par type de commune et comparaison à la réalité limousine 2012 -%-

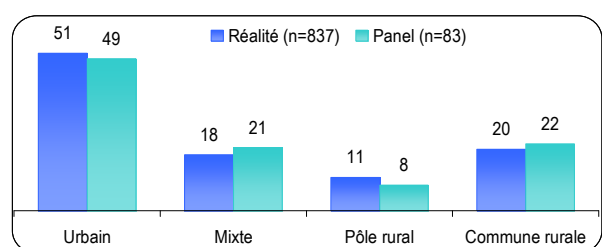


Figure 4 : Distribution de l'échantillon par sexe et comparaison à la réalité limousine 2012 -%-

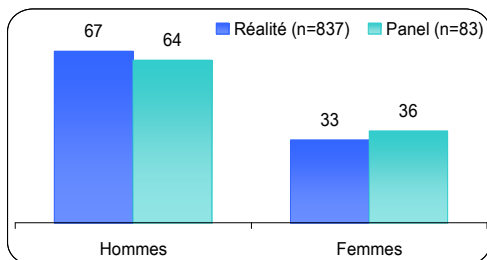


Figure 5 : Distribution de l'échantillon par âge et comparaison à la réalité limousine 2012 -%-

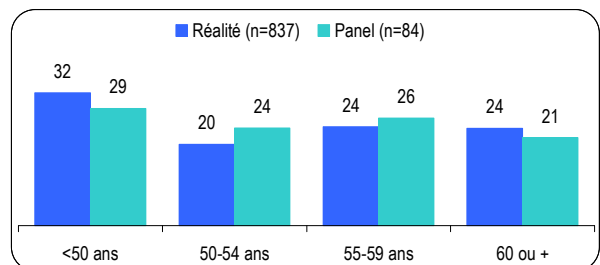
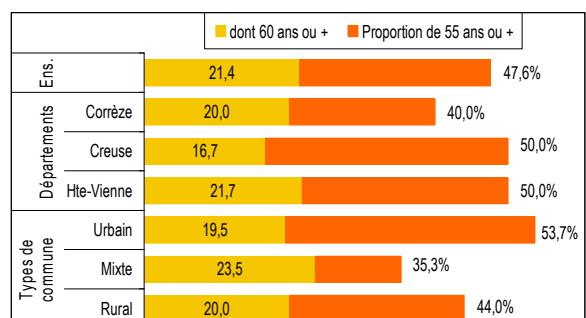
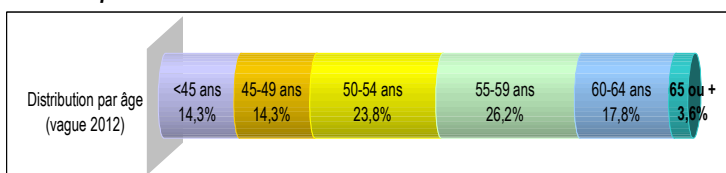
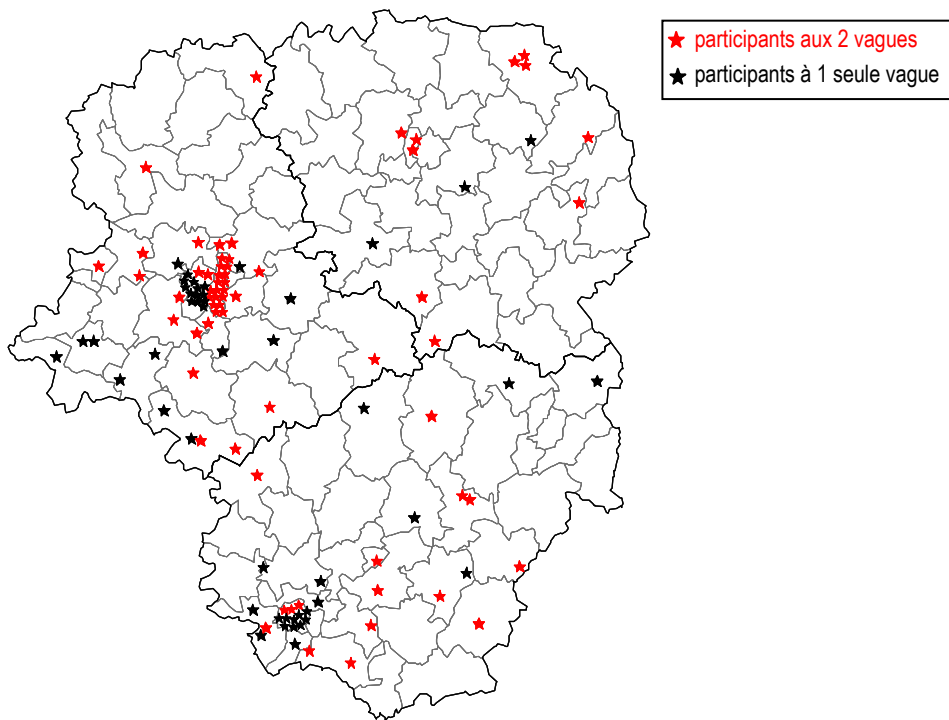


Figure 6 : Distribution de l'échantillon par âge selon le département et l'habitat -%-



Carte 1 : Implantation géographique des participants



II- MODES D'EXERCICE ET FORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

- **Un exercice regroupé dans la majorité des cas** (fig. 7 : 54%), le plus souvent en cabinet de groupe de médecine générale (46%), plus rarement en cabinet pluridisciplinaire (7%).
- Un exercice isolé (46%) plus fréquent en milieu rural (58%) et chez les plus âgés (59% entre 55 et 59 ans, 72% après 60 ans) et chez les hommes (51%) ; au contraire un exercice isolé très minoritaire chez les moins de 50 ans (23%).
- **Une part d'activité salariée fréquente** (fig. 8 : 26%) : principalement en centre hospitalier ou en EHPAD, mais également en dispensaire, en hôpital local, ou dans d'autres types de structure ; situation plus fréquemment rencontrée en milieu rural (33% ; fig.9), chez les hommes (30%) et chez les médecins de 60 ans et plus (39%).

Figure 7 : Modalités d'exercice selon le type de commune, le sexe et l'âge -%-

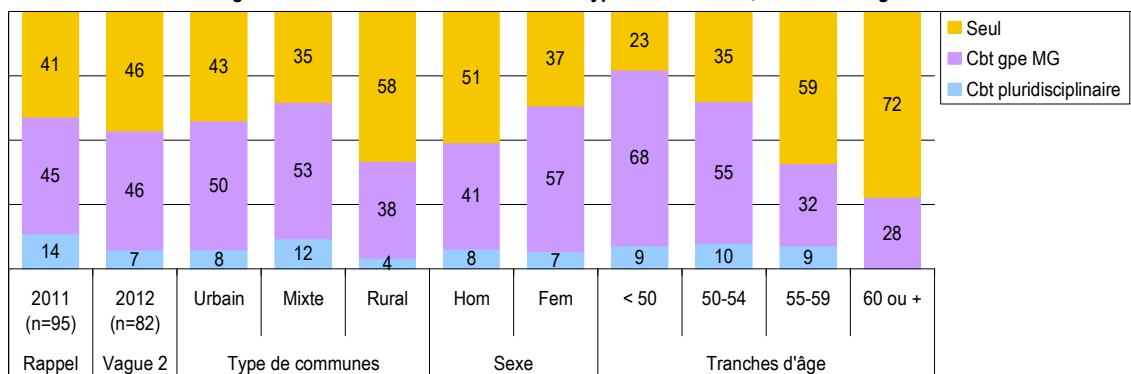


Figure 8 : Exercice d'une activité salariée complémentaire -%-

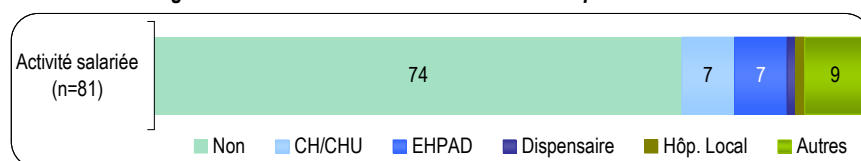
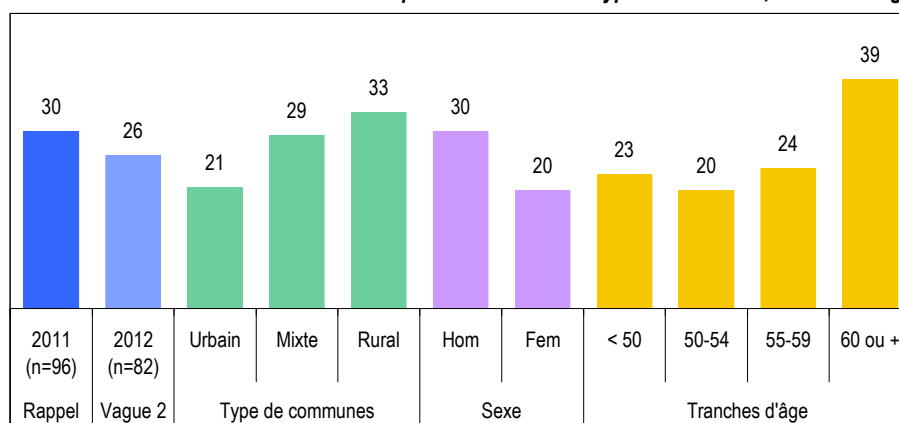


Figure 9 : Exercice d'une activité salariée complémentaire selon le type de commune, le sexe et l'âge -%-



III- ACTIVITÉ DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

- En moyenne, **106 patients par semaine**, soit plus de 21 par jour en ramenant l'activité sur 5 jours (rappel : 108 patients en 2011), avec de gros écarts entre praticiens (fig. 10 : 7% voient moins de 10 patients par semaine, tandis que 25% en voient plus de 130) ; une activité plus importante (bien que de manière non significative) en milieu rural (fig. 11 : 114 patients contre 103 en ville), chez les médecins hommes (112 versus 93) et chez les 60 ans et plus (118 patients).
- Une **durée moyenne de consultation de 19 minutes** (identique à celle relevée en 2011), significativement plus faible (de 2 à 3 minutes) chez les médecins ayant les plus grosses patientèles : milieu rural, hommes, médecins de 60 ans et plus (fig. 13).
- En moyenne, **56 heures de travail hebdomadaire**, toutes activités confondues (55 heures en 2011), avec une minorité seulement de médecins déclarant travailler moins de 50 heures (21%) tandis que plus de la moitié (51%) déclarent travailler 60 heures et plus (fig. 14) ; une durée plus élevée en milieu rural (60 heures contre 54 à 55 heures en milieu urbain et mixte ; fig. 15), plus élevée de 6 heures chez les hommes que chez les femmes (respectivement 59 et 53 heures) et plus élevée chez les 60 ans et plus (62 heures). Plus d'un généraliste sur 10 (11%) déclare travailler au moins 70 heures. Chaque semaine, 47 heures consacrées à l'activité libérale en présence effective de patients (46 heures en 2011 ; fig. 16 et 18) et 7 heures consacrées aux tâches administratives (de même qu'en 2011 ; fig. 17 et 18), soit 12% du temps de travail.
- **Une charge de travail que près des deux-tiers (62%) des médecins généralistes jugent en augmentation depuis les deux dernières années** (fig. 19), proportion plus élevée en milieu péri-urbain (76%) et rural (67%) qu'en ville (55%), plus élevée également chez les femmes (70% versus 59%) et qui n'apparaît pas liée à l'âge du praticien.
- **Une charge de travail que près du tiers des répondants (31% contre 45% en 2011) souhaiteraient moindre** (fig. 20), proportion indépendante du type de commune et du sexe (fig. 21) mais très liée à l'âge (de 13% avant 50 ans à 50% après 60 ans).
- Une charge de travail qui amène **12% des médecins généralistes à refuser régulièrement des patients** (fig. 22 ; 4% seulement en rural mais 20% en urbain) tandis que 38% sont amenés à travailler plus qu'ils ne le souhaiteraient pour faire face à la demande ; chiffres très voisins de ceux relevés en 2011.
- En moyenne, **près de 10 demi-journées de travail hebdomadaires (9,8)**, mais au moins 11 demi-journées pour près d'un médecin généraliste sur 5 (fig. 23) ; peu de fluctuations en fonction du type de commune d'exercice et du sexe du médecin, mais certaines variations selon l'âge (10 demi-journées entre 50 et 59 ans, mais seulement 9,3 après 60 ans et 9,0 avant 50 ans (fig. 24).

Figure 10 : Distribution des médecins du panel selon le nombre de patients vus en moyenne pendant une semaine d'activité normale -% -

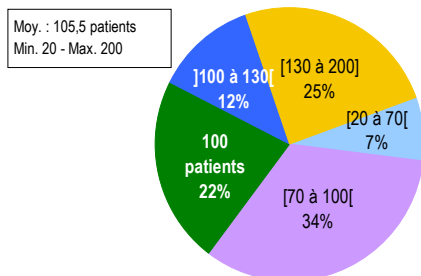


Figure 11 : Nombre moyen de patients vus pendant une semaine d'activité normale selon le type de commune, le sexe et l'âge -%

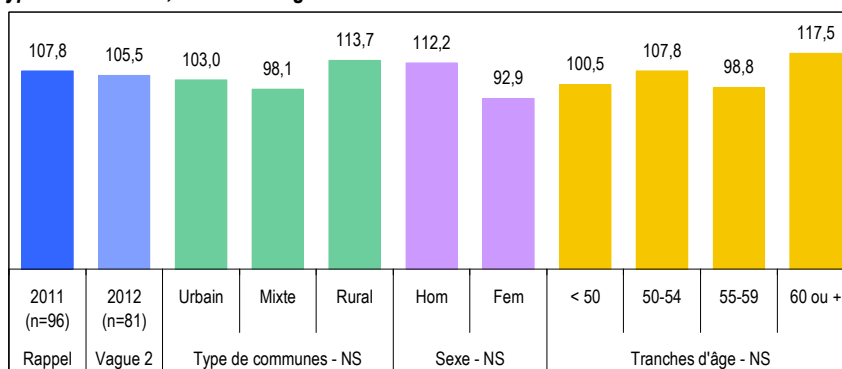


Figure 12 : Distribution des médecins du panel selon la durée moyenne d'une consultation -% - (n=81)

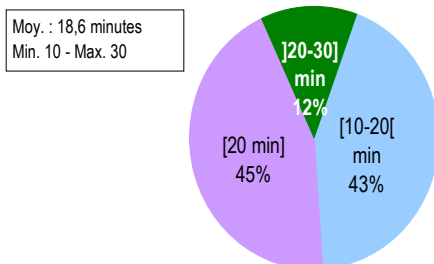


Figure 13 : Durée moyenne estimée d'une consultation selon le type de commune, le sexe et l'âge -%

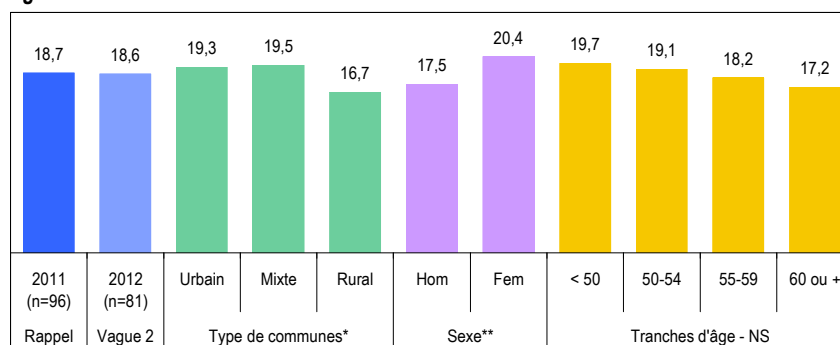


Figure 14 : Distribution des médecins du panel selon le nombre approximatif total d'heures de travail durant une semaine "standard" (activités libérale et salariée confondues et toutes activités professionnelles prises en compte) -%- (n=80)

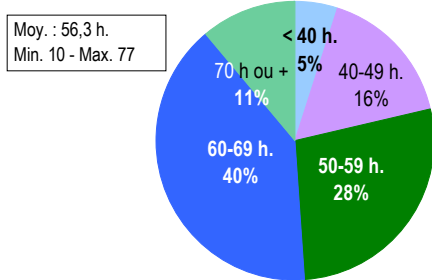


Figure 15 : Nombre approximatif total d'heures de travail durant une semaine "standard" selon le type de commune, le sexe et l'âge -%- (toutes activités confondues et tâches administratives comprises)

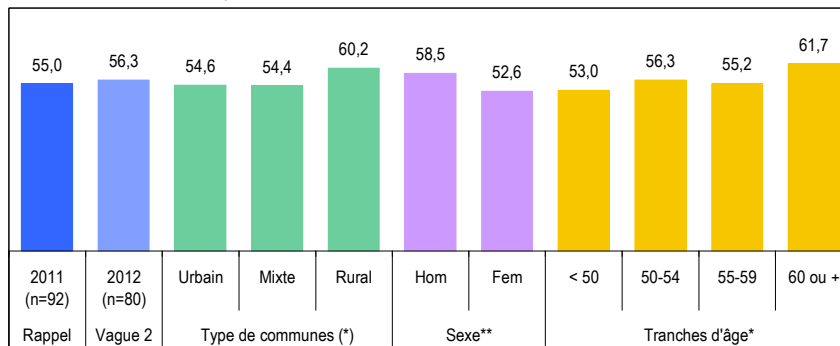


Figure 16 : Distribution des médecins du panel selon le nombre estimé d'heures de travail durant une semaine "standard" en activité libérale en présence effective des patients -%- (n=81)

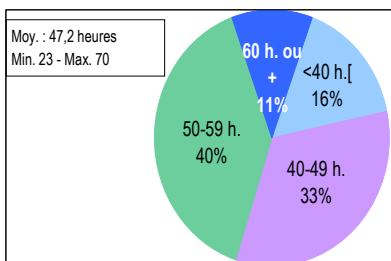


Figure 17 : Distribution des médecins du panel selon le nombre estimé d'heures de travail durant une semaine "standard" pour des tâches administratives et de gestion relevant de l'activité libérale -%- (n=80)

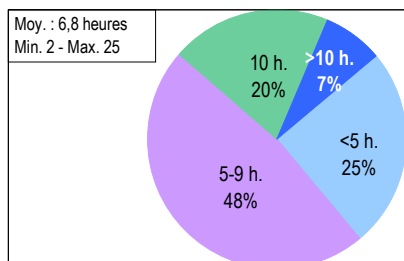


Figure 18 : Evolution du nombre hebdomadaire moyen d'heures de travail -%-

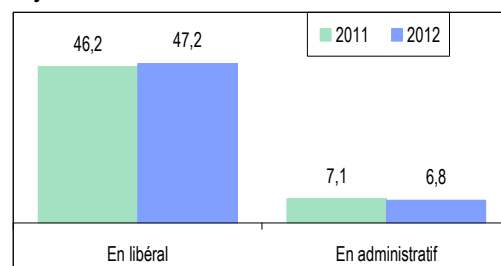


Figure 19 : Proportion de médecins considérant que leur charge de travail a augmenté au cours des 2 dernières années selon le type de commune, le sexe et l'âge -%-

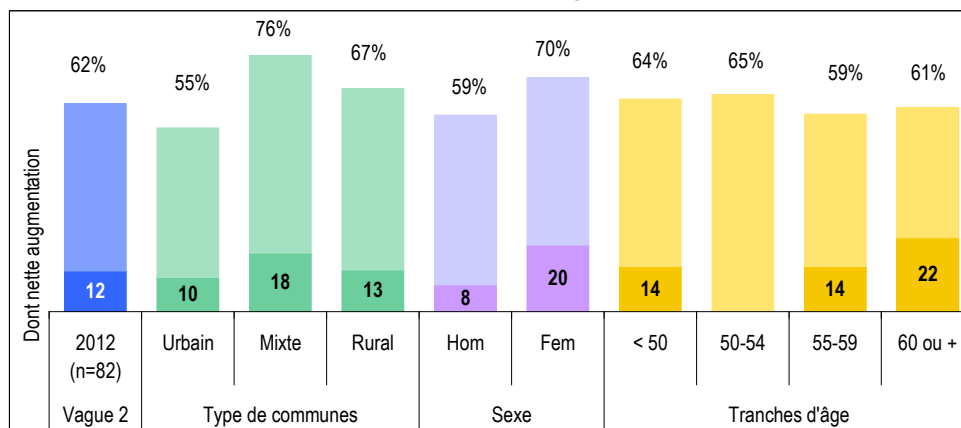


Figure 20 : Distribution des médecins du panel selon le souhait de travailler plus ou de travailler moins (n=84)

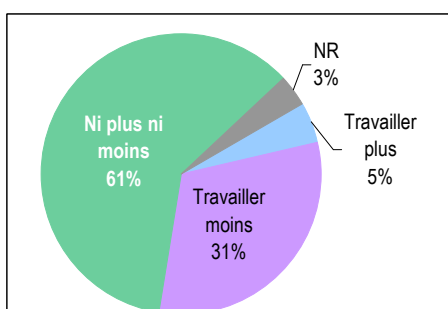


Figure 21 : Proportion de médecins exprimant le souhait de travailler moins selon le type de commune, le sexe et l'âge -%-

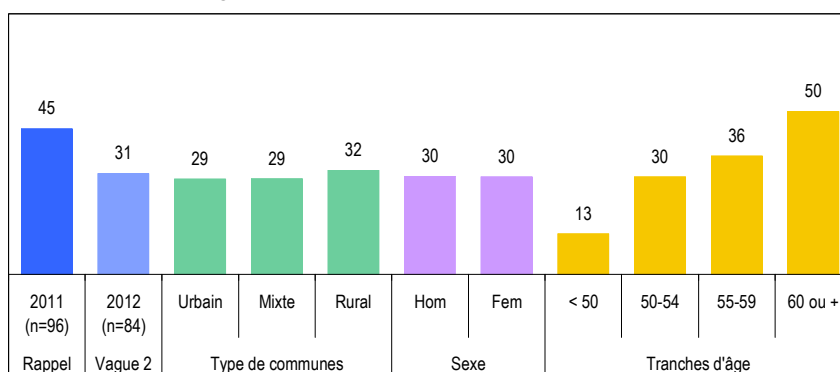


Figure 22: Adéquation entre charge de travail et besoins des patients -%

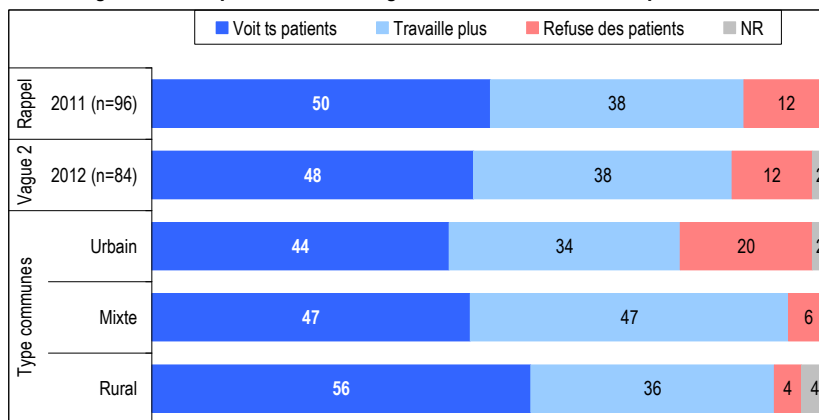


Figure 23 : Distribution des médecins du panel selon le nombre de demi-journées hebdomadaires de travail en libéral -%-- (n=80)

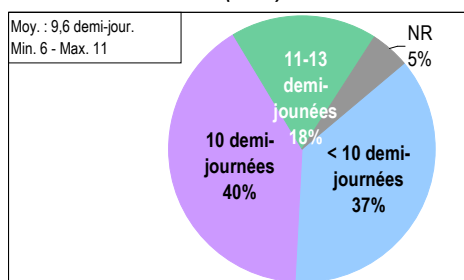
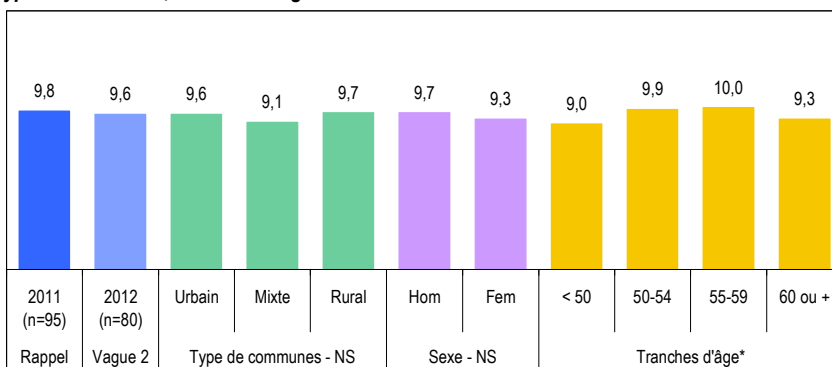


Figure 24 : Nombre moyen de demi-journées hebdomadaires de travail en libéral selon le type de commune, le sexe et l'âge -%



IV- OPINIONS SUR DES ÉVOLUTIONS POSSIBLES DU MODE DE RÉMUNÉRATION ET DES PRATIQUES

- Plus des trois quarts des médecins (76% ; fig. 25) favorables à l'**introduction d'une rémunération au forfait**, soit, pour 73%, en panachant avec le paiement à l'acte (le plus souvent panachage avec paiement à l'acte prédominant), soit, plus marginalement (3%), sous la forme d'un paiement au forfait exclusif.
- Une adhésion à l'introduction de la rémunération au forfait en progression par rapport à 2011 (76% versus 66%) et plus forte (bien que de manière non significative ; fig. 26) chez les jeunes médecins (83% contre 67% chez les 60 ans et plus) et chez les femmes (83% versus 74%).
- Près de la moitié des médecins (48% ; fig. 27) plutôt favorables à ce qu'**une partie de l'activité libérale devienne salariée** (24% tout à fait favorables), proportion pratiquement identique à celle relevée en 2011 (47%). Opinion plus souvent relevée en milieu rural qu'en ville (respectivement 64% et 42% ; fig. 28) et chez les médecins femmes (53% contre 45%). Pour ceux qui sont favorables à une telle évolution, la part moyenne de l'activité libérale qui pourrait être salariée est supérieure à un mi-temps (60% du temps de travail ; fig. 29) ; à noter que 21% de ce sous-ensemble de médecins seraient favorables à un salariat total, ce qui correspond à 8% des médecins du panel interrogés en 2012).

Figure 25 : Distribution des médecins du panel selon leur préférence sur le mode de rémunération -%- (n=84)

"Une rémunération au forfait pourrait être imaginée parallèlement au paiement à l'acte (en contrepartie de la prise en charge globale d'un patient ou pour le suivi d'une pathologie précise). A laquelle des 4 options suivantes seriez-vous favorable ?"

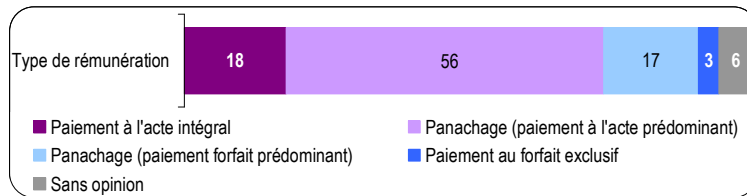


Figure 26 : Proportion de médecins favorables à l'introduction d'une rémunération au forfait selon le type de commune, le sexe et l'âge -%-

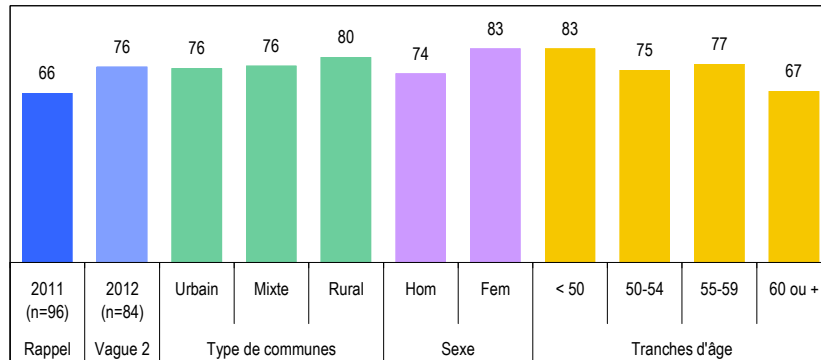


Figure 27 : Distribution des médecins du panel selon leur opinion sur l'éventualité de salarier une partie de l'activité libérale -%-

"Seriez-vous favorable à ce qu'une partie de la rémunération de l'activité libérale devienne salariée ?"

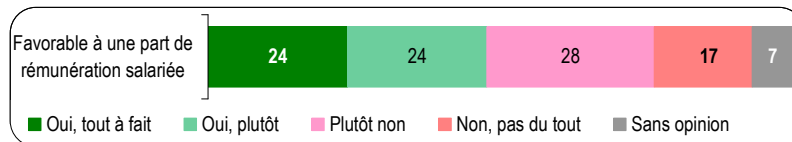


Figure 28 : Proportion de médecins favorables à ce qu'une partie de l'activité libérale devienne salariée selon le type de commune, le sexe et l'âge -%-

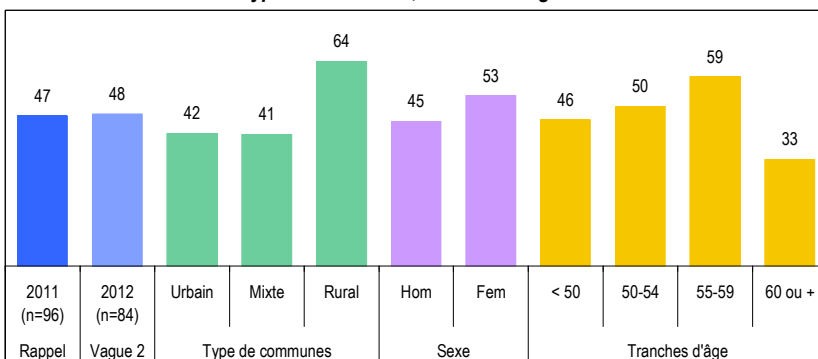
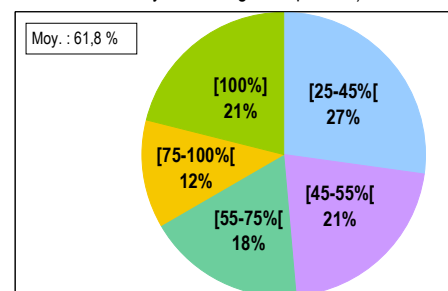


Figure 29 : Distribution des médecins du panel selon la part de l'activité libérale qu'ils pourraient accepter de voir salariée -%- (calcul sur 33 praticiens favorables à cette évolution et ayant renseigné la question)



V- ÉTAT D'ESPRIT DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

- Une majorité de médecins se déclarant **passionnés par leur travail** (65%, dont 18% tout à fait passionnés), auquel ils trouvent **un sens, une utilité** (80%, dont 32% tout à fait) ; à l'opposé 4% à 6% des médecins désabusés sur ces 2 plans (fig. 30) ; des chiffres très voisins de ceux relevés en 2011.
- Un **sentiment de lassitude professionnelle fortement ressenti** par 17% des généralistes du panel (fig. 33), beaucoup plus fréquemment en urbain qu'en rural (respectivement 22% et 8% ; fig. 34) ; un **épuisement physique** en fin de journée assez fortement ressenti par plus du quart des médecins (29%), de manière plus fréquente chez les femmes (47% ; fig. 35) et en milieu urbain et moins au contraire par les médecins de 60 ans ou plus (17%) ; le sentiment d'être **vidé nerveusement** par le travail ressenti par 17% (proportion plus importante en milieu urbain, chez les femmes et les plus de 55 ans ; fig. 36).
- Des patients dont les **demandes sont parfois jugées excessives** pour 41% des médecins (proportion plus faible en milieu rural et chez les moins de 55 ans ; fig. 37), parfois irrespectueux (23% mais moins en milieu rural ; fig. 38).
- Des médecins le plus souvent **assez satisfaits de leur activité professionnelle** (85% mais 5% seulement pleinement satisfaits), tandis que 12% se disent au contraire plutôt insatisfaits (fig. 39).

Figure 30 : Distribution des médecins du panel selon l'intérêt porté au travail -%-

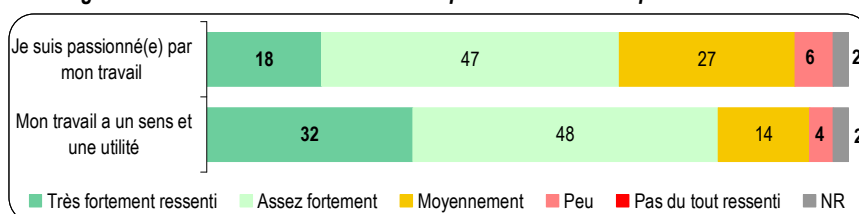


Fig. 31 : Proportion de médecins se déclarant fortement passionnés par leur travail selon le type de commune, le sexe et l'âge -%-

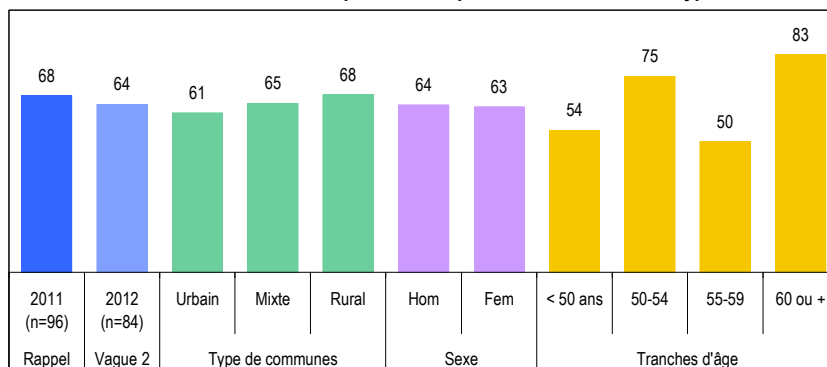


Fig. 32 : Proportion de médecins trouvant fortement une utilité et un sens à leur travail selon le type de commune, le sexe et l'âge -%-

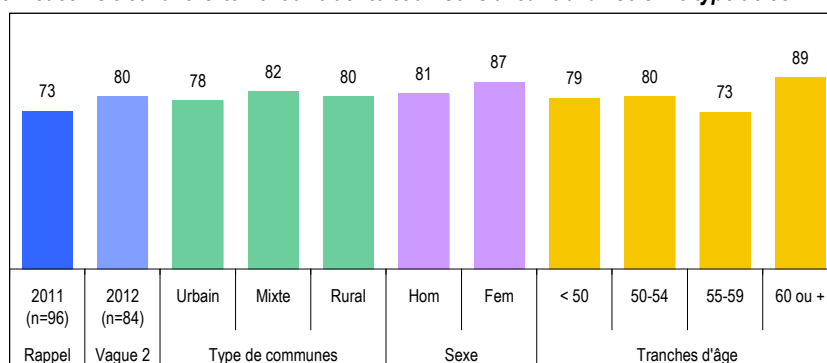


Figure 33 : Distribution des médecins du panel selon leur opinion sur certains aspect négatifs du travail -%

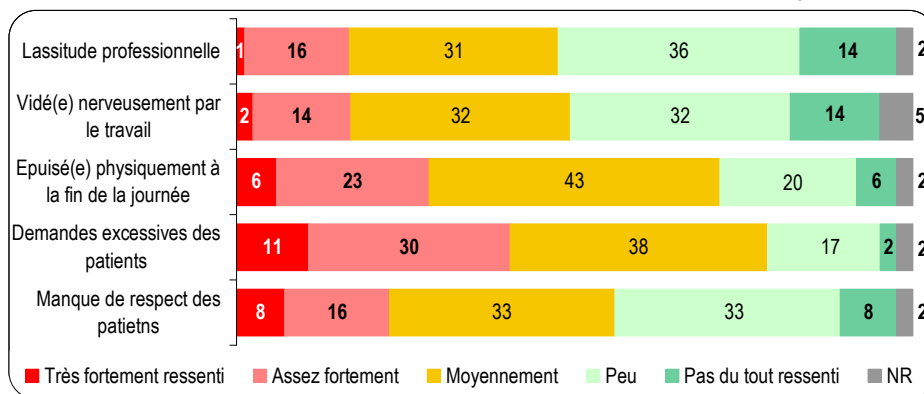


Fig. 34 : Proportion de médecins éprouvant fortement une lassitude professionnelle selon le type de commune, le sexe et l'âge -%

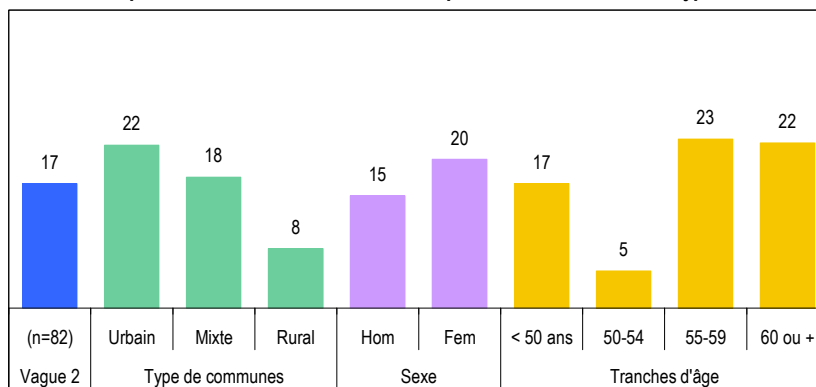


Fig. 35 : Proportion de médecins ressentant fortement un épuisement physique en fin de journée selon le type de commune, le sexe et l'âge -%

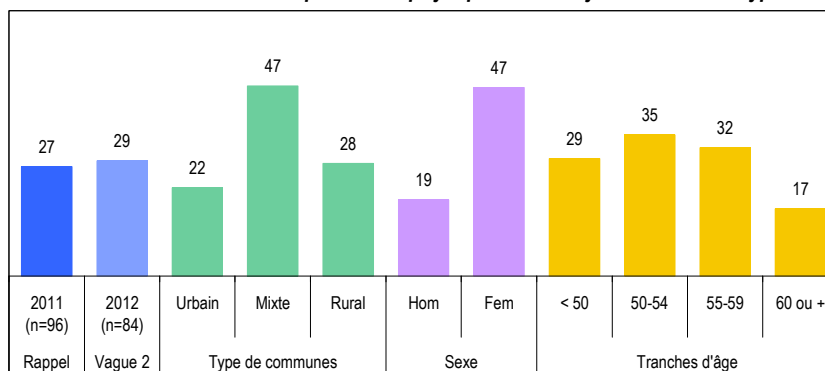


Fig. 36 : Proportion de médecins ressentant fortement le sentiment d'être vidés nerveusement par leur travail selon le type de commune, le sexe et l'âge -%

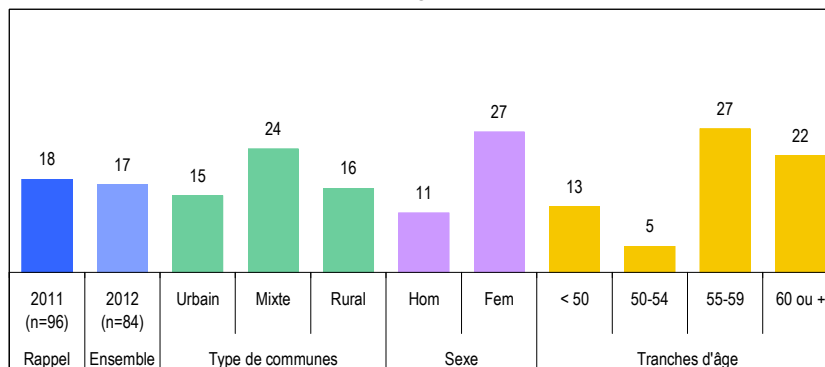


Fig. 37 : Proportion de médecins ressentant fortement des demandes excessives de la part de certains patients selon le type de commune, le sexe et l'âge -%-

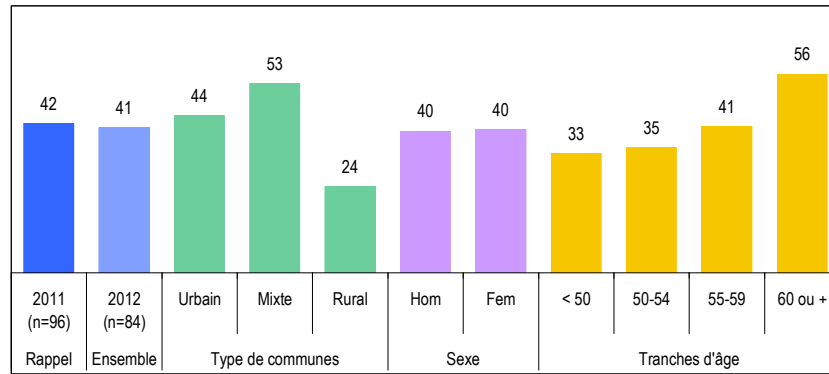


Fig. 38 : Proportion de médecins ressentant fortement un manque de respect de la part de certains patients selon le type de commune, le sexe et l'âge -%-

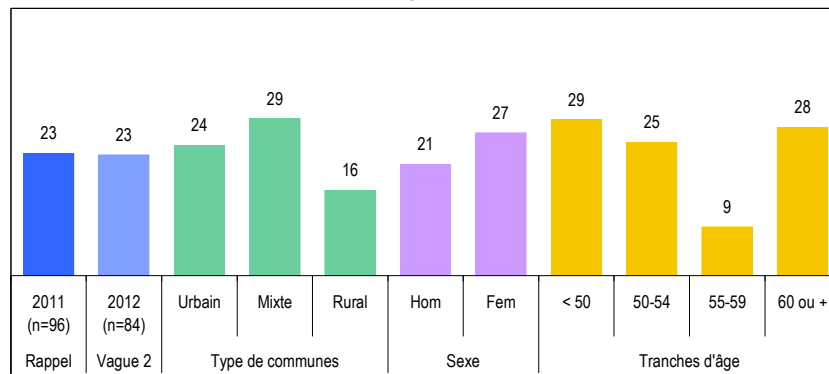


Figure 39 : Distribution des médecins du panel selon la satisfaction apportée par l'activité professionnelle -%-

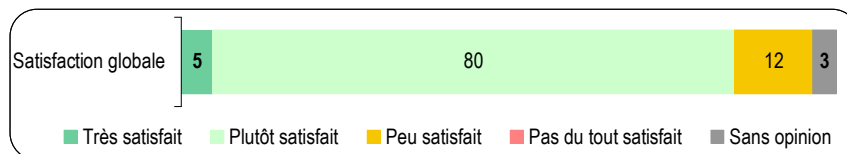
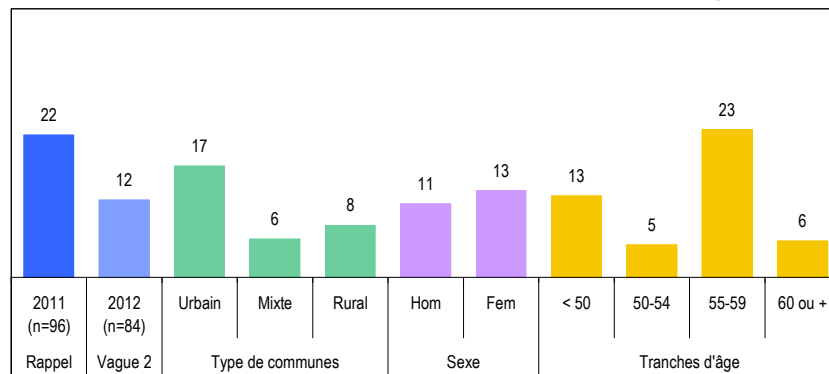


Fig. 40 : Proportion de médecins se déclarant insatisfaits par leur activité professionnelle selon le type de commune, le sexe et l'âge -%-



VI- PERSPECTIVES

- Un réel **attrait pour l'exercice salarié** chez le tiers des médecins (32% en 2012, 30% en 2011) qui saisiraient probablement, voire certainement, une opportunité si elle se présentait (fig. 41), proportion plus élevée en milieu rural (40%, fig. 42), chez les femmes (37%) et les 55-59 ans (45%).
- Une perspective probable de **cessation d'activité** dans le secteur actuel d'exercice dans 5 ans pour plus d'un médecin sur 8, pas toujours du fait d'un départ à la retraite (fig. 41) avec une proportion identique en ville et à la campagne (fig. 43) mais plus faible chez les femmes (74%) et évidemment variable selon l'âge (un tiers seulement des généralistes de 60 ans et plus pensent exercer encore dans 5 ans).
- Un âge moyen de **cessation définitive de toute activité libérale égal à 64,7 ans** (fig. 44), supérieur à 65 ans pour 35%, au contraire inférieur à 63 ans pour 24%), plus bas de 1 an et demi chez les femmes que chez les hommes (respectivement 63,8 et 65,2 ; fig. 45).
- Une échéance moyenne de cessation de toute activité libérale inférieure à 12 ans (fig. 46).

Figure 41 : Distribution des médecins du panel selon leurs perspectives de changement d'activité et/ou de cessation d'activité -%-

"Si l'opportunité se présentait à vous dans les 5 ans de changer d'activité pour un exercice salarié (par hypothèse dans des conditions jugées satisfaisantes), pensez-vous que vous saisissez cette opportunité ?"

"Sauf imprévu, dans 5 ans, pensez-vous que vous exercerez toujours dans ce cabinet (ou dans la même zone en libéral) ?"

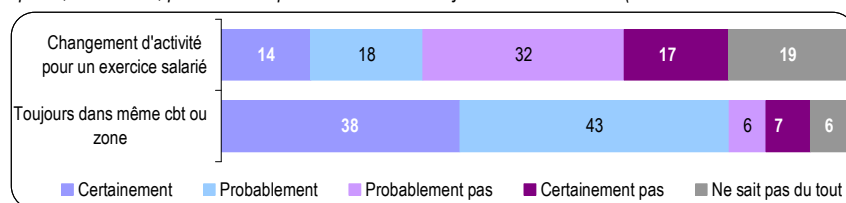


Figure 42 : Proportion de médecins qui pourraient envisager (probablement ou certainement) d'abandonner l'exercice libéral pour un exercice salarié selon le type de commune, le sexe et l'âge -%-

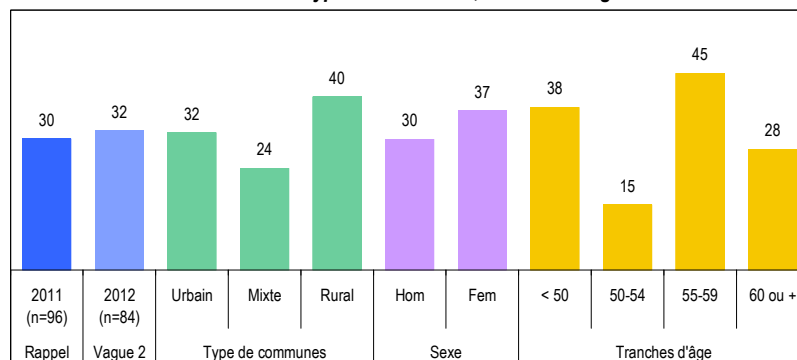


Figure 43 : Proportion de médecins qui pensent toujours exercer localement (probablement ou certainement) dans 5 ans selon le type de commune, le sexe et l'âge -%-

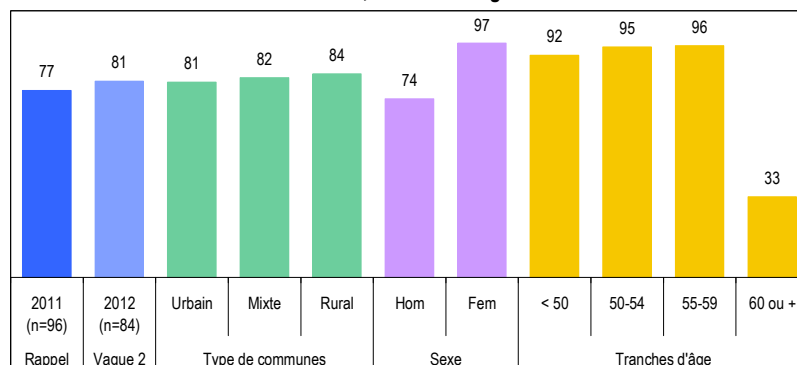


Figure 44 : Distribution des médecins du panel selon l'âge probable de départ à la retraite ou de cessation de toute activité libérale -%

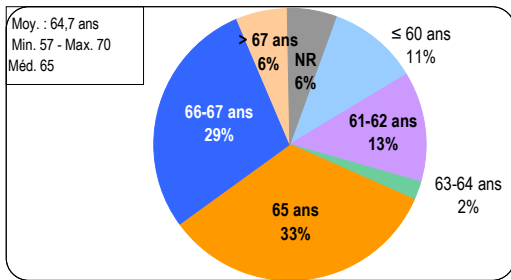


Figure 45 : Age moyen de départ probable à la retraite ou de cessation de toute activité libérale selon le type de commune, le sexe et l'âge-

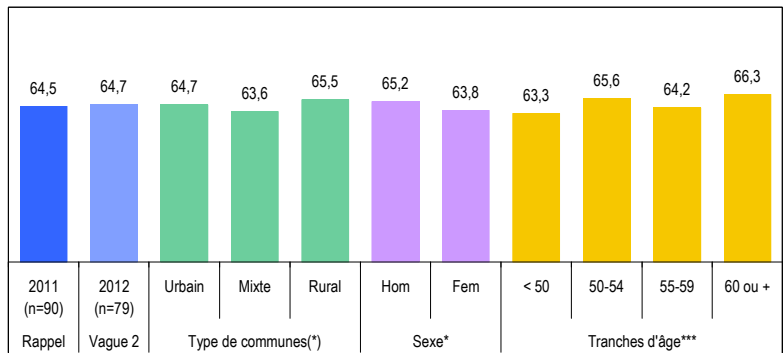
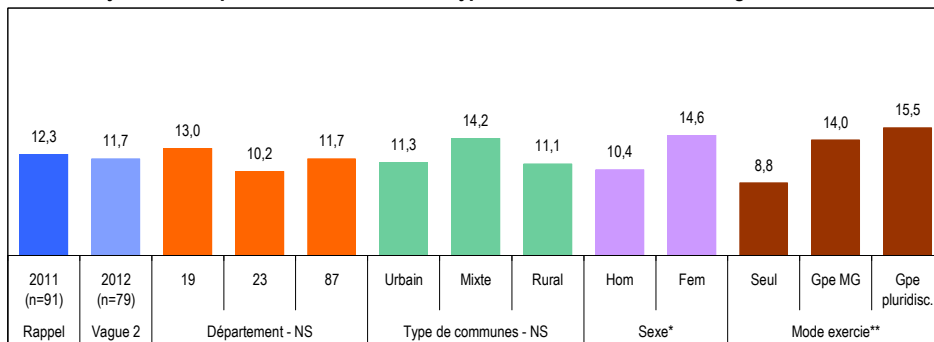


Figure 46 : Echance moyenne de départ à la retraite selon le type de commune, le sexe, l'âge et le mode d'exercice (en années)



VII- OPINIONS ET BESOINS SUR CERTAINES PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

1. Prise en charge précoce d'un AVC

- Le souhait d'une meilleure information sur l'organisation de la filière au niveau du territoire exprimé par les trois quarts des praticiens (de manière certaine par 44% ; fig. 47), de manière plus nette en Creuse et Corrèze (fig. 48).
- Une formation spécifique à cette prise en charge précoce éventuellement souhaitée par 70% (fig. 47), de manière certaine par 21%, proportion plus élevée en Creuse et en milieu rural (fig. 49).
- Le souhait d'autres apports sur ce thème exprimé par 16% des praticiens, par exemple un accès plus facile dans les services concernés.

Commentaires relevés sur la prise en charge précoce d'un AVC dans le secteur :

"Un accès plus facile dans les services concernés qui nous font parfois attendre plusieurs jours avant de prendre le patient" (19)

Figure 47 : Souhaits des médecins généralistes en matière de prise en charge précoce d'un AVC -%- N=84

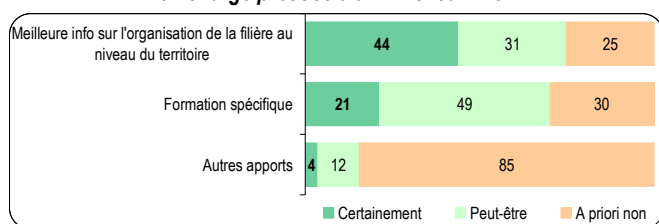


Figure 48 : Souhait d'une meilleure information sur l'organisation de la filière AVC au niveau du territoire selon le département et le type de commune -%-

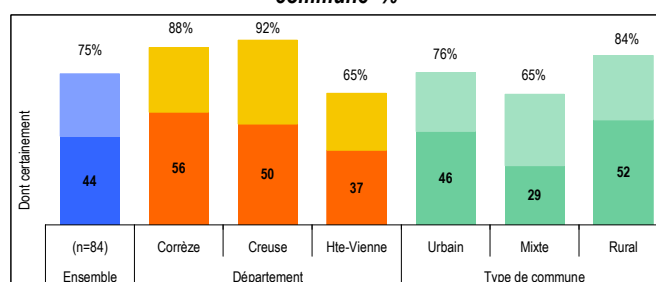
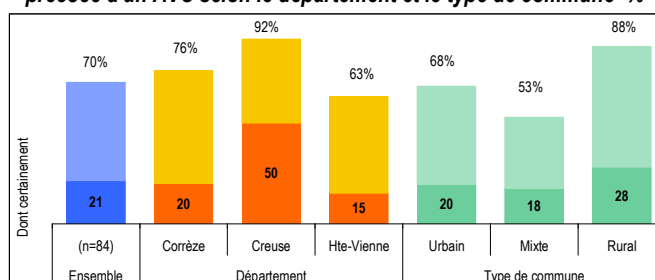


Figure 49 : Souhait d'une formation spécifique sur la prise en charge précoce d'un AVC selon le département et le type de commune -%-



2. Organisation de l'Hospitalisation à domicile

- Une organisation de l'HAD dans le territoire d'exercice jugée majoritairement plutôt satisfaisante (65% ; fig. 50), proportion plus faible en Creuse (50%) et plus élevée en Haute-Vienne (77%) et en milieu urbain (78% contre 62% en rural ; fig. 51).
- Des raisons d'insatisfaction qui ont trait à une articulation déficiente avec le médecin traitant (citée par 18% des médecins limousins, jusqu'à 24% en Corrèze; fig. 52), à un retour d'information insuffisant (13% globalement, jusqu'à 25% en Creuse) ou à des capacités insuffisantes (6% globalement, proportion variant de 0% en Corrèze à 17% en Creuse)
- Quelques raisons autres avancées par certains praticiens : manque d'aides-soignants, longueur des délais.

Commentaires relevés sur l'organisation de l'HAD dans le secteur :

"Manque de personnel pour les soins à la personne : pas d'aides-soignantes" (19) ; "Délai un peu long" (87)

"HAD du CHU à revoir ++" (87)

Figure 50 : Opinion sur l'organisation de l'HAD dans le territoire d'exercice -%- n=84

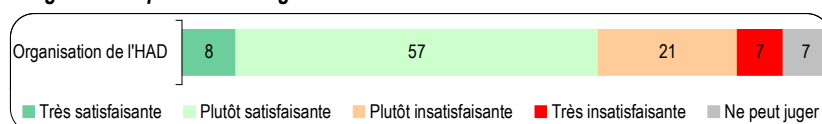


Figure 51 : Proportion de médecins jugeant satisfaisante l'organisation de l'HAD dans le territoire d'exercice selon le département et le type de commune –% sur 78 médecins exprimant une opinion

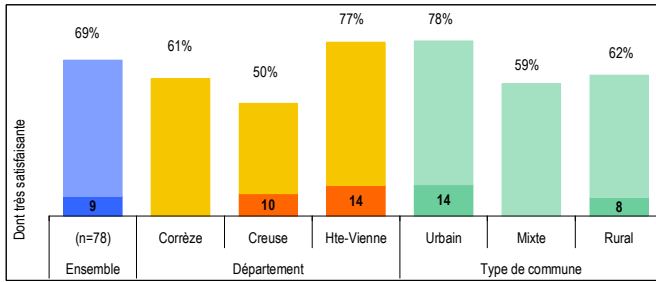
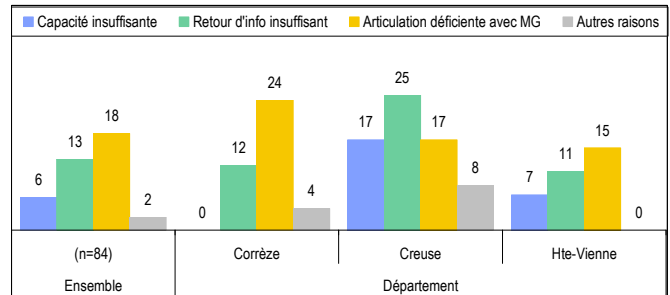


Figure 52 : Raisons de l'insatisfaction relative à l'organisation de l'HAD dans le territoire selon le département –% N=84



3. Organisation des soins palliatifs à domicile

- Une organisation des soins palliatifs à domicile dans le territoire d'exercice également jugée majoritairement plutôt satisfaisante (61% ; fig. 53), avec cependant une satisfaction nettement plus faible chez les médecins creusois (seuls 22% de ceux qui émettent une opinion se disent relativement satisfaits) et, au contraire, nettement plus importante en milieu urbain (91% de ceux qui s'expriment sur ce point ; fig. 54).
- Des raisons d'insatisfaction qui ont trait à une articulation défective avec le médecin traitant (13% de l'ensemble des médecins, jusqu'à 25% en Creuse; fig. 55), plus rarement à un retour d'information insuffisant (6%) ou à des capacités insuffisantes (5% globalement, proportion variant de 0% en Corrèze et en Creuse à 9% en Haute-Vienne) ; quelques raisons autres d'insatisfaction avancées : absence de service dans le secteur, absence d'information, difficulté de mise en place, manque d'aides soignants...
- Certains souhaits très majoritairement exprimés (fig. 56) : meilleure information sur les ressources existant dans le secteur (souhaitée par 85%, dont fortement par 55%), souhait plus nettement exprimé en Haute-Vienne et en Creuse qu'en Corrèze (fig. 57), mise à disposition d'un numéro direct vers un référent départemental (souhaitée par 85%, dont fortement par 61%, de manière relativement uniforme dans les 3 départements), développement d'équipes mobiles (souhaité par 83%, dont fortement par 43%, de manière également relativement uniforme), formation spécifique à un degré moindre (souhaitée par 70%, dont fortement par 26%) ; quelques autres apports souhaités, tels des psychologues pour les aidants familiaux.

Commentaires relevés sur l'organisation des soins palliatifs dans le secteur d'exercice :

- "Information déjà faite" (87) ; "Nous avons déjà des coordonnées" (19)
- "Difficile à mettre en place" (19) ; "Absolument pas tenu au courant" (19) ; "Service inexistant" (23)
- "Mes attentes : une coordination au lieu de papiers à remplir !!!" (19)
- "Rajout de psychologues pour les aidants familiaux" (19) ; "Manque d'aides-soignantes" (19)

Figure 53 : Opinion sur l'organisation des soins palliatifs à domicile dans le territoire d'exercice –% n=84

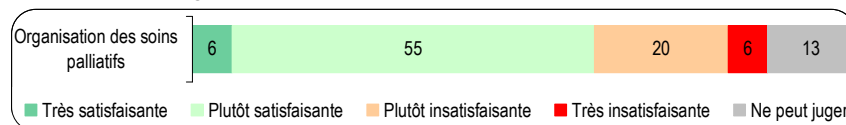


Figure 54 : Proportion de médecins jugeant satisfaisante l'organisation des soins palliatifs à domicile dans le territoire d'exercice selon le département et le type de commune –% sur 73 médecins exprimant une opinion

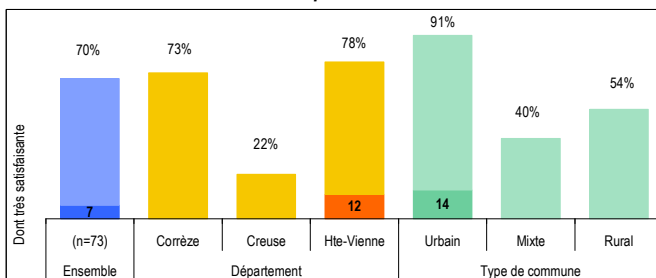


Figure 55 : Raisons de l'insatisfaction sur l'organisation des soins palliatifs à domicile selon le département –% N=84

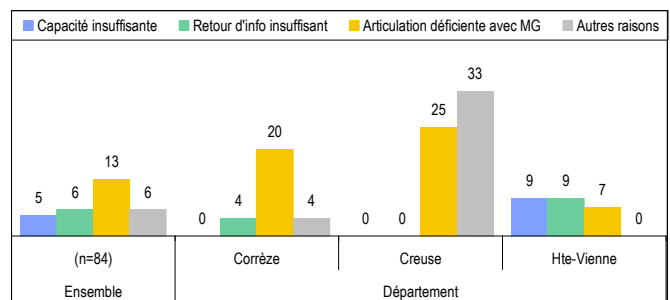


Figure 56 : Souhaits exprimés en matière de soins palliatifs -%- N=84

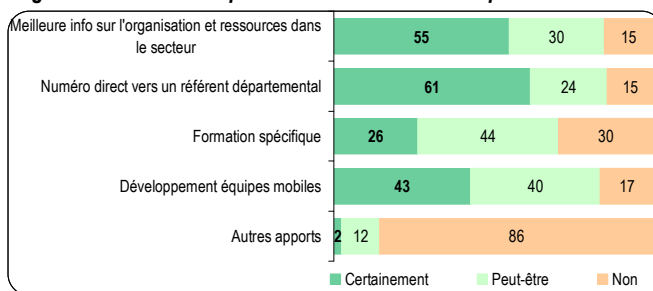


Figure 57 : Souhait d'une meilleure information sur l'organisation et les ressources en soins palliatifs selon le département (%)

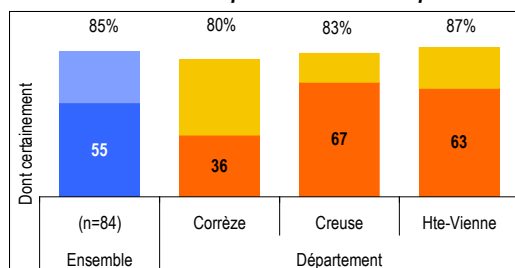


Figure 58 : Souhait d'un numéro direct vers un référent départemental soins palliatifs selon le département -%-

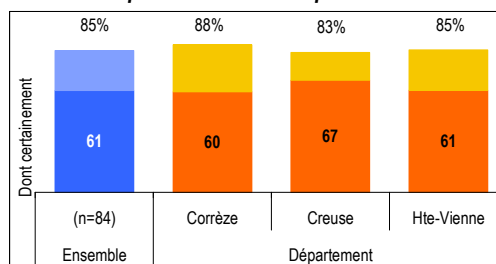


Figure 59 : Souhait d'une formation spécifique en soins palliatifs selon le département -%

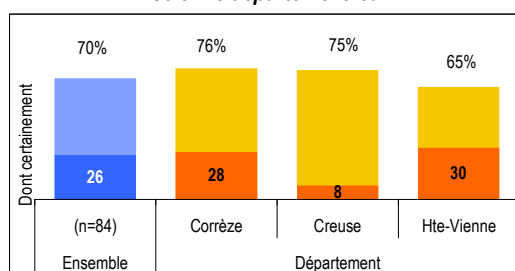


Figure 60 : Souhait de développement d'équipes mobiles de soins palliatifs selon le département -%-

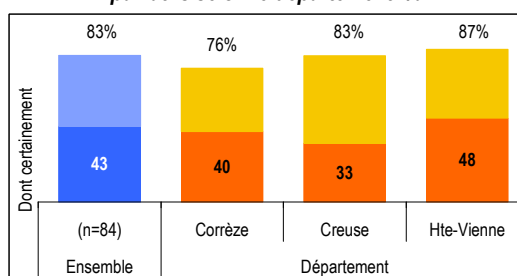
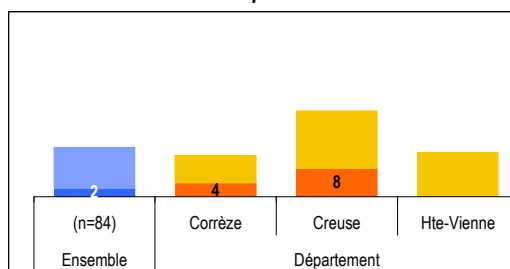


Figure 61 : Autres apports souhaités en matière de soins palliatifs selon le département -%



4. Prise en charge de la dépression

- Une prise en charge assurée très majoritairement, au moins dans sa première phase, par le médecin traitant (fig. 62), le plus souvent (76%) en lançant sa mise en œuvre tout en insistant auprès du patient pour qu'il consulte un spécialiste, mais également, assez fréquemment (20%), en réalisant lui-même la totalité de la prise en charge ; rarement le patient est orienté d'emblée vers un psychiatre public (7%) ou libéral (6%). Les pratiques apparaissent très semblables en ville et en rural (fig. 63 à 66), hormis le fait que l'orientation d'emblée vers un psychiatre (public ou libéral) est plus rare en rural.
- Une articulation avec les acteurs de la psychiatrie très majoritairement jugée insatisfaisante (81%, très insatisfaisante pour 18% ; fig. 67), en particulier en milieu urbain ainsi qu'en Creuse où aucun des 13 médecins interrogés en 2012 n'a jugé cette articulation satisfaisante (fig. 68).
- Une insatisfaction surtout liée à deux éléments (fig. 69) : les délais de rendez-vous (73% des médecins en conviennent, de 67% en Haute-Vienne à 92% en Creuse) et l'insuffisance du retour d'information (48%, en particulier en Haute-Vienne et en Creuse) ; des insatisfactions qui tiennent également, pour un nombre significatif de médecins du panel, à la difficulté d'obtention d'un avis téléphonique (25%, jusqu'à 33% en Creuse) ou au non renvoi du patient vers le médecin traitant (19%, de manière homogène dans les 3 départements).
- Un souhait de formation à la prise en charge de la dépression et au repérage de la crise suicidaire exprimé à un degré plus ou moins fort par plus de la moitié des médecins (57%, dont 23% qui paraissent très demandeurs ; fig. 70) ; un souhait de formation plus souvent entendu en Creuse (75%, dont 42% fortement ; fig. 71) et Corrèze (68%, dont 28% fortement) qu'en Haute-Vienne (48%, dont 15% fortement).

Commentaires relevés sur l'articulation avec la psychiatrie dans le secteur d'exercice :

"Vingt-cinq années que j'exerce et j'attends toujours la première lettre d'un psychiatre" (19)

"La majorité des psychiatres ne doivent pas avoir de secrétariat ou ne doivent pas savoir écrire !!" (87)

"Impossibilité d'avoir une consultation psy à domicile en urgence à la campagne" (87)

"Manque de psychiatres +++" (19) ; "On a besoin de plus de psychiatres et psychologues" (19)

"Les délais pour un psychiatre libéral sont très, très longs et les consultations spécialisées très rapides en secteur public" (19)

"Laxisme des psychiatres hospitaliers. Pas de retour" (19)

Figure 62 – Pratique habituelle face à un patient chez lequel est suspecté un état dépressif sévère -%- (total supérieur à 100% en raison de réponses multiples)

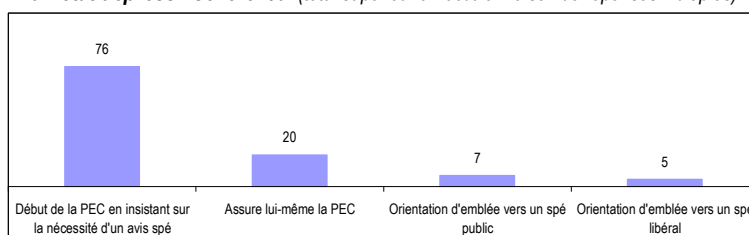


Figure 63 : Proportion de généralistes assurant eux-mêmes la prise en charge d'un état dépressif sévère selon le type de commune -%-

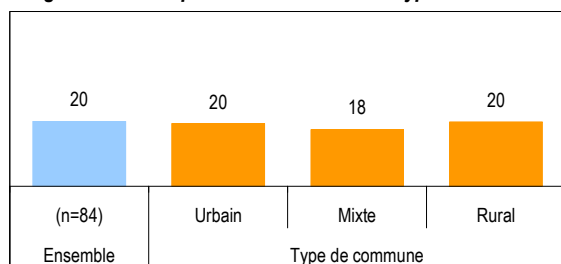


Figure 64 : Proportion de généralistes débutant la prise en charge d'un état dépressif sévère en insistant sur la nécessité d'un avis spécialisé selon le type de commune -%-

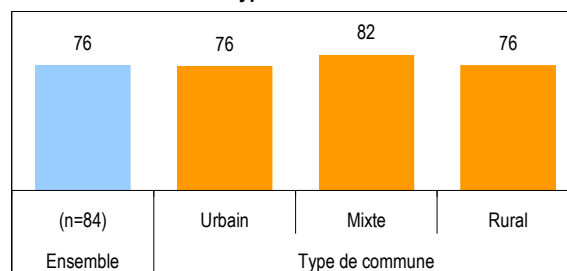


Figure 65 : Proportion de généralistes orientant d'emblée un état dépressif sévère vers un spécialiste public selon le type de commune -%-

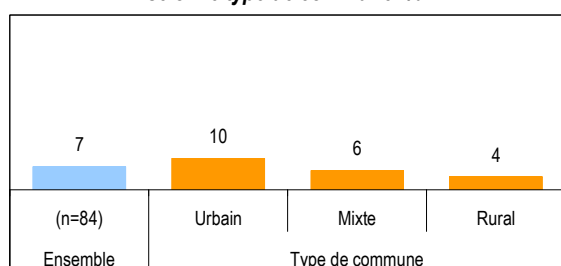


Figure 66 : Proportion de généralistes orientant d'emblée un état dépressif sévère vers un spécialiste libéral selon le type de commune -%-

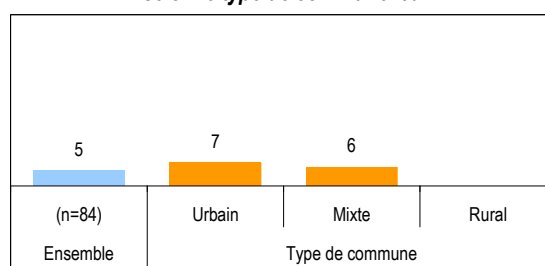


Figure 67 : Jugement sur l'articulation avec les acteurs de la psychiatrie -%– n=84

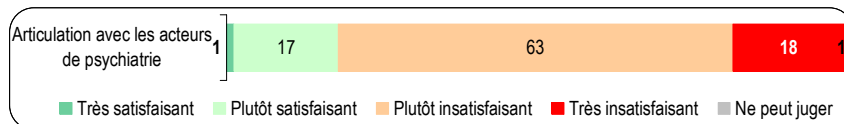


Figure 68 : Proportion de médecins jugeant l'articulation avec les acteurs de la psychiatrie satisfaisante selon le département et le type de commune -%chez ceux qui se prononcent (n=83)

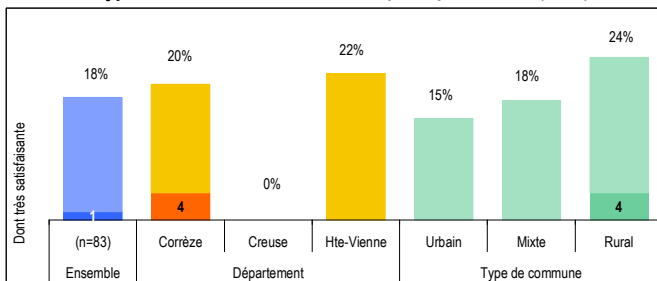


Figure 69 : Raisons de l'insatisfaction relative à l'articulation avec les acteurs de la psychiatrie (% sur la totalité des 84 participants)

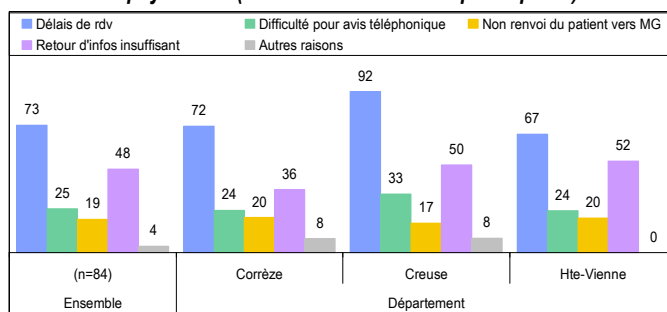


Figure 70 : Souhait de formation sur la prise en charge de la dépression et le repérage de la crise suicidaire -%– (n=84)

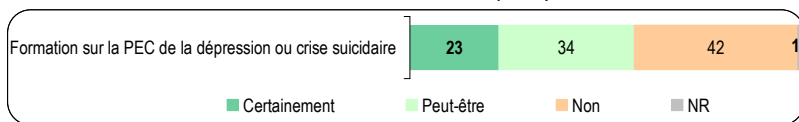
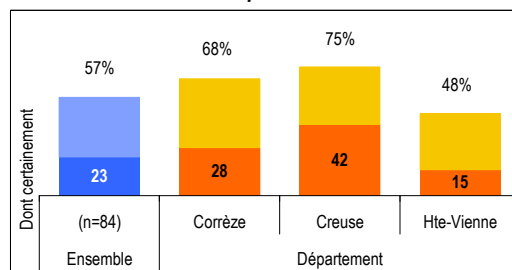


Figure 71 : Souhait de formation sur la PEC de la dépression et le repérage de la crise suicidaire selon le département -%–



5. Prise en charge des maladies rares

- Un dispositif national dont l'existence est connue par moins de la moitié des praticiens (fig. 72), qu'il s'agisse des centres nationaux de référence (46%) ou du site Internet dédié Orphanet (41%) et qui n'est utilisé que par une minorité de médecins limousins (13% ont eu l'occasion d'orienter un patient vers un centre de référence et 25% ont eu l'occasion de consulter le site Orphanet).
- Une notoriété du dispositif meilleure en Creuse (où les 3/4 des médecins connaissent l'existence des centres de référence et du site Orphanet), moins bonne au contraire en Haute-Vienne (30% à 40% seulement ; fig. 73 à 76).

Figure 72 : Connaissance et utilisation du dispositif pour les maladies rares -%–

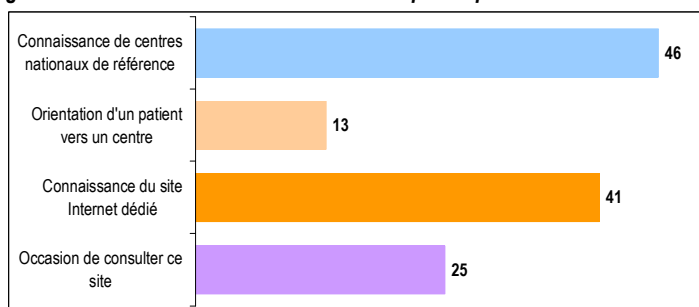


Figure 73 : Connaissance des centres nationaux de référence pour les maladies rares selon le département -%–

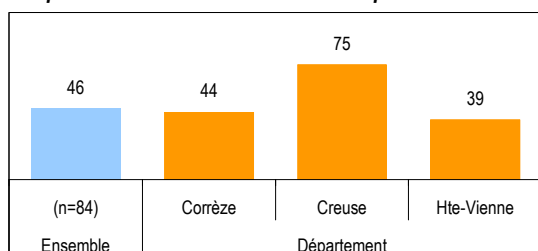


Figure 74 : Orientation d'un patient vers un centre de référence pour les maladies rares selon le département -%–

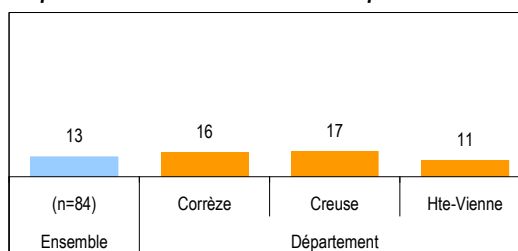


Figure 75 : Connaissance du site Orphanet selon le département-%-

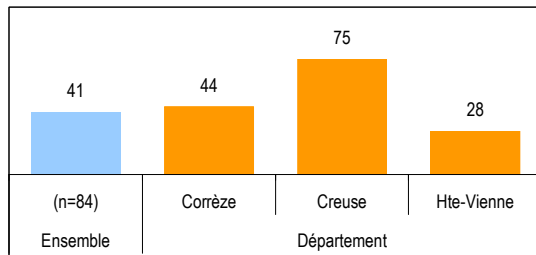
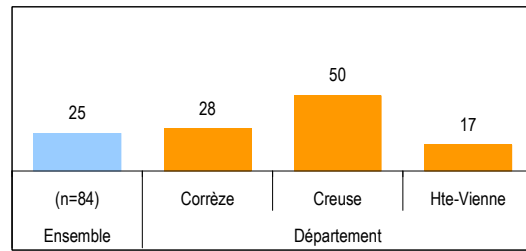


Figure 76 : A déjà consulté le site Orphanet selon le département-%-



6. Consultations mémoire

- Des consultations mémoire (consultations labellisées ou consultations relais) auxquelles ont eu l'occasion de recourir pratiquement tous les médecins du panel (96%) pour un nombre significatif de patients (au moins 5) dans plus de la moitié des cas (fig. 77), proportion relativement homogène selon le département (de 88% à 98% ; fig. 78).
- Le plus souvent (73%), un apport considéré par les médecins comme plutôt satisfaisant, même si plus de 1 sur 5 se montre critique (fig. 79) avec une satisfaction plus nette en Creuse (91% contre 74% à 75% dans les deux autres départements ; fig. 80) et en milieu rural (87% versus 68% en ville).
- Un certain nombre de points d'insatisfaction cependant (fig. 81) : principalement les délais de rendez-vous dont se plaignent 12% des médecins (mais 24% en Corrèze) et une articulation déficiente avec le médecin traitant (12% globalement, mais aucun en Creuse et aucun en milieu rural et au contraire 20% en milieu urbain) ; des doléances sur le retour d'information exceptionnellement notées et également parfois pointées dans les commentaires des reconvoications inutiles, une mise sous traitement médicamenteux contestée, des bilans trop lourds.

Commentaires et souhaits relevés sur les consultations mémoire :

"Trop de consultations avec les conséquences induites" (87)

"Reconvoications itératives, multiplication inutile des examens (IRM, scanner)" (19)

"La consultation mémoire est très bien mais la suite de la prise en charge me paraît parfois trop lourde" (87)

"Prescriptions de traitements anticholinestérasiques ou autres que je n'approuve pas" (87)

"Reconvocation systématique, visite à domicile non justifiée des gériatres, etc" (19)

"Recrutement systématique et obstiné des patients pour des traitements médicamenteux (à l'efficacité et à la sécurité douteuses), avec relance automatique des prescriptions sans avis du médecin traitant (!)" (87)

"Inefficace" (87) ; "Le patient disparaît dans les structures dédiées" (87)

Figure 77 : Distribution des médecins selon le nombre de patients adressés à une consultation mémoire -%- N=84

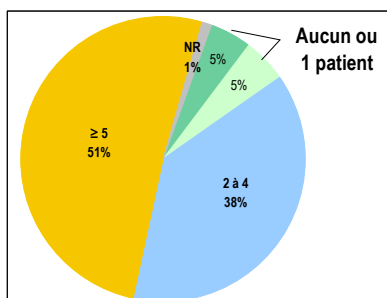


Figure 78 : Proportion de médecins ayant orienté au moins 1 patient vers une consultation mémoire selon le département -%-

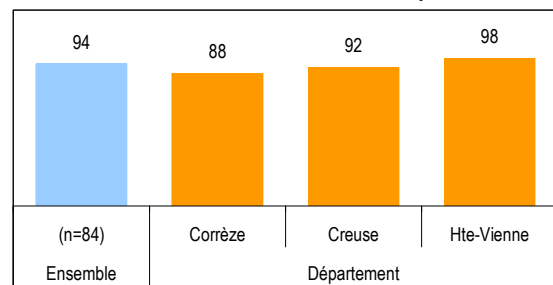


Figure 79 : Satisfaction de l'apport de la consultation mémoire -%- n=84

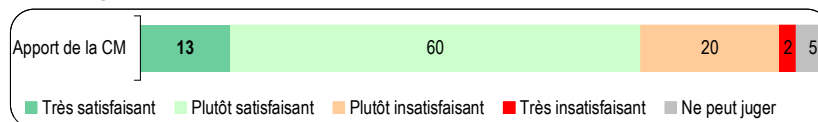


Figure 80 : Satisfaction de l'apport de la consultation mémoire selon le département et le type de commune -%- n=80 médecins exprimant une opinion sur ce point)

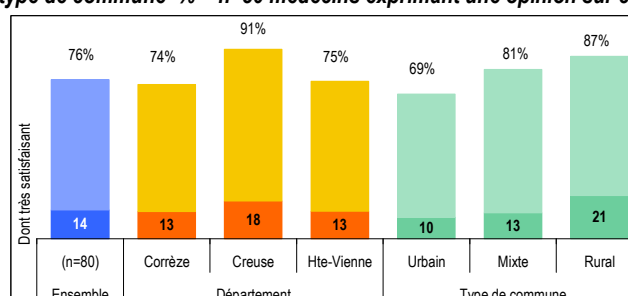
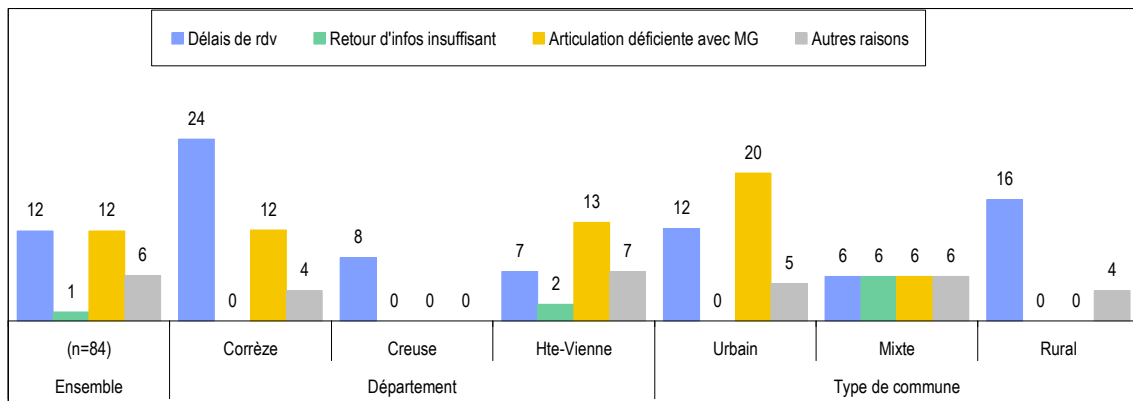


Figure 81 : Proportion de médecins exprimant un motif d'insatisfaction relativement aux consultations mémoire selon le département -% - N=84



SYNTHÈSE, DISCUSSION ET CONCLUSIONS

Le volet "médecins" de la deuxième vague du *baromètre santé en médecine générale* mis en place en 2011 par l'Observatoire Régional de la Santé du Limousin sur un financement de l'ARS et bâti sur un panel de médecins généralistes libéraux, apporte d'intéressantes informations sur l'activité, les pratiques, les conditions d'exercice, les difficultés et les souhaits des médecins généralistes de la région. Elle recueille également leurs opinions sur certaines prises en charge spécifiques.

Au total, les deux vagues d'enquête confondues, 175 praticiens ont accepté de participer, soit plus de 1 sur 5 (21%) parmi les 837 généralistes installés en libéral (hors remplaçants). Ce chiffre est d'autant plus remarquable qu'il ne s'agit pas pour les participants de simplement remplir un questionnaire mais qu'il leur est demandé d'opérer un recueil d'information sur tous leurs consultants un jour donné. Parmi les 175 volontaires, 115 ont effectivement participé à l'une et/ou l'autre des deux vagues : 65 ont participé aux 2 vagues et 50 à une vague seulement. Les participants ont été au nombre de 96 en 2011 et de 84 en 2012.

Si la taille de l'échantillon constitue une limite de cette approche, on peut objecter que 1 médecin généraliste libéral du Limousin sur 7 (14%) a participé à l'une ou à l'autre des deux vagues (1 sur 10 si l'on ne considère que la vague 2012), ce qui lui confère une indéniable validité, d'autant que la représentativité du panel a été vérifiée en termes d'âge, de sexe, de département et de type de commune d'exercice. Cependant, le panel étant basé sur le volontariat, il est vraisemblable que certains profils soient moins représentés (praticiens moins orientés vers la santé publique et les enquêtes et moins intéressés par la participation à une réflexion sur la profession et son devenir). La lecture de certains résultats doit en tenir compte.

Avec des écarts minimes par rapport à la réalité, l'étude confirme les données démographiques et pointe certaines réalités de la profession : sa **féminisation** (36% dans le panel, 33% dans la réalité), son **vieillesse** (un âge moyen de 53 ans fin 2012, avec 47% âgés de 55 ans ou plus (48% dans la réalité), dont 21% âgés de 60 ans ou plus (24% dans la réalité) et sa concentration géographique (49% des médecins du panel exercent dans les 6 pôles urbains de la région, 51% dans la réalité).

L'étude permet entre autres choses de quantifier l'**activité** des médecins et de la comparer à un panel de 2161 médecins exerçant dans 3 régions (Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de Loire et Bourgogne) interrogés par téléphone en 2011². Avec une estimation de 56 heures de travail hebdomadaire, ils sont parfaitement en phase avec l'enquête de référence (57 heures dans l'ensemble des 3 régions, moyenne variant de 54 heures en Paca à 59 heures en Bourgogne). En Limousin, la moitié des médecins généralistes (51%) travaillent au moins 60 heures et de gros écarts sont notés : si 5% travaillent moins de 40 heures, en revanche 14% travaillent 70 heures ou plus. C'est en milieu rural que la durée hebdomadaire moyenne de travail est la plus importante (60 heures, chiffre identique à celui relevé dans le panel 3 régions) contre 55 heures en milieu urbain (56 heures dans le panel 3 régions), cette durée est également plus élevée chez les médecins de 60 ans ou plus (près de 62 heures). La durée moyenne de travail des femmes est de 6 heures inférieure à celle des hommes (53 versus 59). Parmi les heures de travail, près de 7 sont consacrées aux tâches administratives (12%). En moyenne, sur les 10 demi-journées de travail hebdomadaires (9,8 contre 9 dans le panel 3 régions), les médecins limousins voient 106 patients pour une durée moyenne de consultation estimée à près de 19 minutes (un peu moins de 18 minutes dans l'enquête de référence). Près d'un médecin généraliste limousin sur trois (31%) souhaiterait travailler moins (50% des 60 ans ou plus) et 12% disent refuser régulièrement des patients. Les chiffres relevés en 2012 sont très voisins de ceux pointés en 2011. L'estimation de la durée hebdomadaire de travail est cependant en hausse (non significative) de 1,3 heure. Ce constat, qui demanderait à être confirmé dans le temps, est tout à fait cohérent avec le fait que les deux tiers des médecins (62%) estiment que leur charge de travail a augmenté au cours des deux dernières années (proportion plus importante en ville et en milieu périurbain).

L'étude fait apparaître une progression de l'adhésion des médecins généralistes à de **nouveaux modes de rémunération** introduisant une part de forfaitisation parallèlement au paiement à l'acte (*Nota : une formule allant dans ce sens est expérimentée depuis 2008 et sera généralisée à partir de juillet 2013 : forfait médecin traitant de 5€ pour tout patient hors ALD et forfait de 5€ pour les patients âgés*). Fin 2012, 76% des médecins du panel limousin se disaient favorables à de tels modes de rémunération (ils étaient 66% l'année précédente) et 18% seulement étaient des tenants du paiement à l'acte intégral. On rappelle cependant ici la réserve faite préalablement quant au profil peut-être particulier des médecins participants au panel. La proportion de médecins favorables à ce nouveau mode de rémunération est pratiquement identique à la ville et à la campagne, elle est plus élevée chez les femmes (83%) et chez les moins de 50 ans (83%, mais 67% des 60 ans et plus y sont néanmoins favorables). Les partisans de l'introduction d'un forfait optent dans leur très grande majorité pour un système de panachage : c'est le cas de 73% de l'ensemble des médecins, avec un paiement à l'acte prédominant pour 56% et au contraire un forfait prédominant pour 17%. Les partisans du forfait exclusif ne sont que 3%.

L'étude confirme également l'**attrait de l'exercice salarié** manifesté non seulement par les jeunes médecins qui choisissent à plus de 70% ce mode d'exercice à l'issue de leurs études mais également par les médecins installés : 48% se disent favorables à ce qu'une partie de l'activité libérale devienne salariée (proportion identique à celle de 2011 : 47%). Seuls 17% y sont franchement opposés. C'est en rural que les partisans de cette évolution sont les plus nombreux (64%) et chez les 55-59 ans.

² Les emplois du temps des médecins généralistes, DREES, Etudes et Résultats N°797, Mars 2012
Baromètre santé 2012-Volet Médecins - ORSL/ARS/Juin 2013

La part de la rémunération de l'activité libérale que les partisans de cette évolution accepteraient de voir salariée est en moyenne de 60%. Autre témoignage de l'attrait de l'exercice salarié : si l'opportunité se présentait d'un poste salarié dans des conditions par hypothèse satisfaisantes, 32% des médecins libéraux interrogés la saisiraient probablement (18%) ou certainement (14%). La proportion monte à 40% en rural et atteint 45% chez les 55-59 ans.

L'étude pointe des signes de fatigue assez fortement, voire très fortement ressentis par certains médecins : lassitude professionnelle (un médecin sur 6, 17%), épuisement physique après une journée de travail (29%) et sensation d'être vidé nerveusement (16%), tandis que 12% se disent plutôt insatisfaits de leur activité professionnelle.

En termes de perspectives professionnelles, 8 médecins sur 10 pensent qu'ils exerceront encore en libéral dans 5 ans, de manière certaine (4 sur 10) ou probable (4 sur 10). Si l'âge moyen prévu de cessation de toute activité libérale est de 64,7 ans, il apparaît très contrasté : 33% des médecins pensent s'arrêter à 65 ans, 35% pensent le faire plus tard (le plus souvent à 66-67 ans) et au contraire 26% pensent s'arrêter plus tôt (dont 24% avant 63 ans). L'âge moyen indiqué par les femmes est de 1,4 an inférieur à celui indiqué par les hommes (respectivement 63,8 et 65,2). Le fait que près du quart des praticiens envisagent de s'arrêter relativement précocement (avant 63 ans) ne doit pas être occulté dans les projections qui peuvent être faites de la démographie médicale sur un territoire. Au moment de l'enquête, l'échéance moyenne de cessation de toute activité libérale par les médecins du panel (écart entre l'âge actuel et l'âge prévue de cessation d'activité) était inférieure à 12 ans (10 ans en Creuse).

La dernière partie du volet "médecins" du baromètre limousin cherchait à recueillir leur perception et leurs attentes relativement à certaines prises en charge spécifiques.

- Prise en charge précoce d'un AVC : les médecins généralistes, en particulier Corrèziens et Creusois, sont très demandeurs d'une information sur l'organisation de la filière au niveau du territoire et d'une formation spécifique sur ce thème.
- Organisation de l'hospitalisation à domicile : elle satisfait les deux tiers des médecins et semble davantage appréciée en Haute-Vienne qu'en Creuse où l'on regrette en particulier une capacité insuffisante. Sont parfois pointés, surtout en Corrèze, une articulation déficiente avec le médecin traitant ou encore (surtout en Creuse) un retour d'information insuffisant.
- Organisation des soins palliatifs à domicile : elle donne plutôt satisfaction à 61% des médecins limousins (70% à 80% en Corrèze et en Haute-Vienne mais guère plus de 20% en Creuse où l'on déplore un retour d'information insuffisant et une articulation déficiente avec le médecin traitant [plaintes beaucoup moins souvent relevées en Haute-Vienne]). Une meilleure information sur l'organisation et les ressources est souhaitée par une majorité, de même que la mise à disposition d'un numéro direct vers un référent départemental, le développement d'équipes mobiles et, à un degré moindre, une formation spécifique.
- Prise en charge de la dépression : assurée très majoritairement, au moins dans sa phase de démarrage, par le médecin traitant, elle fait apparaître, en particulier en Corrèze et en Creuse, le souhait chez certains médecins de pouvoir bénéficier d'une formation sur ce thème et sur le repérage de la crise suicidaire. Les relations avec les acteurs de la psychiatrie sont jugées plutôt insatisfaisantes par 8 médecins sur 10, en particulier en milieu urbain et en Creuse, du fait des délais de rendez-vous, d'un retour d'information largement insuffisant, de la difficulté d'obtenir un avis téléphonique...
- Consultations mémoire : presque tous les médecins du panel ont eu l'occasion d'y recourir, dans la moitié des cas pour un nombre significatif de patients (plus de 5). Les trois quarts jugent plutôt satisfaisant l'apport de ces consultations (en particulier en Creuse et en milieu rural). Cependant, pour certains généralistes elles pèchent par les délais de rendez-vous qu'elles proposent, notamment en Corrèze, et par une articulation perfectible avec le médecin traitant. D'autres leur reprochent des reconvoqueries itératives, des bilans trop lourds et une prescription médicamenteuse parfois contestée.

Le volet "médecins" du baromètre santé régional mis en place depuis 2011 par l'Observatoire Régional de la Santé sur un financement de l'ARS, offre une indispensable photographie de la médecine générale libérale en cette période où d'importantes évolutions de la démographie médicale sont attendues. Sa répétition à intervalles réguliers, permettra de suivre l'impact de ces évolutions sur l'activité des praticiens et d'observer les tendances qui se dégagent en termes d'organisation et de pratiques. Elle permettra également de connaître l'état d'esprit de la profession face aux difficultés qu'elle rencontre, de mesurer son adhésion à certaines évolutions (organisation de l'offre de soins, modes de rémunération...), de recueillir ses souhaits et d'anticiper ses besoins.