

PROJET INNOMED

Guillaume Langlade, Louise Maarek, Taha Mansour, Hanaa Lahlal, Thomas Marpoux

I. Etat de l'art et recontextualisation

a) Le médecin généraliste, contrôleur d'accès au parcours de santé français...

Le médecin généraliste, aussi appelé médecin de famille, joue un rôle central dans le système de santé français. Il est en effet censé être le premier interlocuteur que rencontre un patient dans son parcours de santé. Il est celui qui redirige vers les spécialistes si besoin, permet d'être remboursé lors de ces consultations supplémentaires ou encore permet la constitution de dossiers sociaux (accès à des maisons médicales spécialisées, allocations à la suite de soucis médicaux...). Ses interlocuteurs tout comme ses tâches sont nombreux et nous repartirons de la schématisation effectuée lors d'un travail précédent par Maika Touzet qui modélise relativement simplement et exhaustivement les échanges que le médecin généraliste peut avoir avec son environnement.

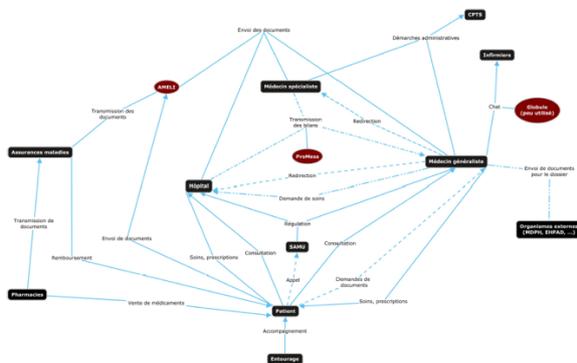


FIGURE 3.1 – Concept map globale du système de santé

Interactions importantes
Interactions secondaires
(moins utiles pour le médecin)

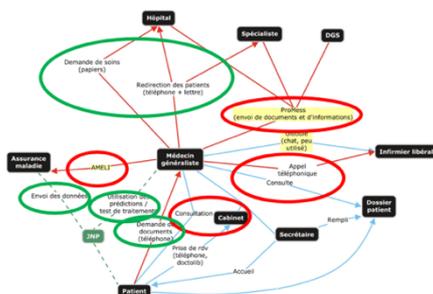


FIGURE 3.2 – Concept map centrée sur le médecin généraliste

Cependant, bien que son rôle soit essentiel au bon fonctionnement du parcours de santé, il connaît actuellement plusieurs difficultés qu'il est nécessaire d'avoir en tête avant de pouvoir tenter d'améliorer son quotidien.

b) ... mais dont la profession a souffert des réformes des 20 dernières années...

Nous pensons en effet que certains éléments historiques, importants à la compréhension des problèmes actuels, doivent être rappelés.

i. Non augmentation du prix l'acte

Tout d'abord, le prix de l'acte médical conventionné n'a pas évolué lors des 20 dernières années. En raison de l'inflation et grâce aux données de l'INSEE, on peut approximer que l'acte rapporte donc 40% de moins qu'à l'époque. A titre de comparaison, quand une consultation de médecine générale coûte 25€ en France, elle coûte 50€ en Allemagne. Si l'intérêt d'une revalorisation salariale ou celui du passage en secteur 2 ne fera pas parti de cette étude, on verra que, couplés avec les problèmes ci-dessous, elle a aidé à créer un manque de désirabilité des étudiants en médecine envers la profession.

ii. Numéris clausus

En médecine, générale ou non, le numéris clausus est un débat qui a versé beaucoup d'encre entre son instauration en 1973 et sa "fin" en 2021. [Ndlr: "fin" puisque des objectifs pluriannuels seront mis en place et risquent de ressembler à un numéris clausus dissimulé].

En effet, le calcul des places réservées aux étudiants en 2ème année de médecine a été effectué pendant de nombreuses années sur les projections du besoin en nombre de médecins en France. Si cette réduction du nombre de place a sûrement soulagé les finances de la caisse primaire d'assurance maladie pendant un temps, elle n'a pas pris en compte certaines réformes sociales dont nous parlerons dans la partie suivante.

iii. Augmentation de la charge de travail à la suite des réformes de la sécurité sociale

À la suite des réformes de la sécurité sociale, il incombe désormais aux médecins généralistes de s'occuper du suivi du remboursement du tiers payant, des dossiers d'affectation en maison médicale, de

l'administratif vers les différentes caisses d'assurance maladie toujours plus fastidieuses... Ces tâches administratives viennent alourdir leur quotidien déjà bien rempli comme nous allons le voir. En effet, selon une [enquête](#), les tâches administratives représentent près de 14% du temps de travail du médecin, soit 7h de sa semaine de 50h. Une réforme transférant une partie de ces tâches de quelques-unes de ces tâches à des médecins appartenant à certaines administrations, associations ou organisations pourrait être une solution partielle dans des conditions et des limites à préciser [selon l'académie de médecine](#). Une autre alternative qui sort du cadre de notre étude serait d'intégrer aux études de médecine des cours comme en école de commerce ou d'ingénieur leur apprenant les bases de la comptabilité ou de l'administratif. La paperasse est en effet ressentie comme ne relevant pas de la médecine car elle n'est quasiment jamais abordée au cours du cursus médical. Ce travail est donc jugé additionnel à la pratique quotidienne et induit un sentiment d'insatisfaction.

iv. Réduction des horaires à la suite des réformes sociales

Depuis 1973, la réforme des 35h et son implication sur les mœurs de la population, le temps partiel pris par de plus en plus de médecins pour pouvoir s'occuper de leur famille, [l'impact](#) de la féminisation du métier sont autant de facteurs qui ont contribué à la mauvaise appréciation du numérus clausus par les décideurs politiques. Il n'est ainsi plus souhaitable pour les jeunes générations d'effectuer des semaines de 80h et la moyenne est actuellement proche des [52h](#) de travail, incluant en moyenne 5h consacrées aux tâches administratives et 2h de formation continue. Ces conditions d'exercice sont de plus en plus mal acceptées, en particulier par les jeunes médecins (cf [académie de médecine](#)). Elles sont l'une des causes principales de la désaffection pour la médecine générale et vont s'aggraver avec l'évolution de la démographie médicale et avec la féminisation de la profession.

c) ...Et d'un manque de reconnaissance de la profession

i. Étudiants en médecine

Jusqu'en 2004 quand la loi est passée (2009 pour la création des premières filières universitaires de médecine générale), la médecine générale n'était pas considérée comme une spécialité à part entière. Elle a ainsi souffert pendant des années d'un **manque de reconnaissance** des étudiants qui se traduisait souvent par un choix par défaut lors du concours de l'internat. La médecine générale continue à être trop souvent considérée comme une voie de second choix, une

spécialité **par défaut** vers laquelle sont orientés les étudiants à qui leur rang de classement ne laissait pas d'autres possibilité. Une augmentation du numérus clausus ne réglerait probablement pas la situation en raison de l'augmentation des départs en retraite des médecins généralistes et de la perte de vocation chez les étudiants. Il y a donc une nécessité de changer la vision du métier surtout lorsque même certains étudiants en médecine ne se rendent pas compte de ce qu'implique le métier et de sa forte composante humaine. Même quand ces jeunes médecins choisissent la médecine générale, ils sont nombreux à ne plus désirer s'installer (plus de 10.000 en [2011](#)). En choisissant d'être remplaçant, ils souhaitent ainsi avoir plus de flexibilité dans leur travail et moins de contraintes administratives liées à l'exercice en cabinet.

Une réforme, que nous n'étudierons pas dans ce rapport, **repensant le système de formation** en proposant des stages en médecine générale que ce soit pour créer des vocations dès les premières années de médecine ou pour sensibiliser les futurs professeurs de médecine aux réalités du terrain. Une telle [proposition](#) est cependant difficile puisqu'il faudrait trouver assez de médecins généralistes disponibles pour encadrer ses stages. Une autre [possibilité](#) serait d'offrir aux généralistes des possibilités d'évolution de carrière professionnelle via des spécialisations type gériatrie.

ii. Consumérisme et impact sur la relation patient-médecin

De plus, les nouvelles générations font de plus en plus appel à la médecine aux moindres soucis. Habités à voir leurs désirs satisfaits immédiatement, ils ont tendance à étendre leur surconsommation à la médecine. Cet accès désinvolte à la médecine, comme des familles entières qui arrivent pour une consultation initialement prévue pour un seul membre de la famille, des motifs d'appel nocturne au cabinet de garde de moins en moins urgent ou pire des insultes si la prise en charge n'est pas jugée assez rapide, a des conséquences néfastes sur l'offre (arrêt des gardes pour certains cabinets, saturation des consultations, refus de nouveaux clients, burn out...). Certaines initiatives de communication, comme la campagne de prévention contre les risques d'une surutilisation de médicaments (cf "les antibiotiques, ce n'est pas automatique"), permettent de lutter contre cette tendance. Cependant, **l'éducation de la population** reste un sujet d'actualité pour que la demande n'explose pas alors que l'offre est au plus bas et que certains médecins sont au bord du Burn-out.

iii. Apparition des déserts médicaux

Enfin, l'installation en campagne est de moins en moins attractive pour les jeunes médecins français, malgré de fortes incitations de la part des communes.

L'état doit alors faire appel à des **médecins étrangers**, qui représentaient 30% des médecins en [2011](#), en renfort pour assurer une couverture géographique suffisante. Malgré ces tentatives, les déserts médicaux sont de plus en plus nombreux puisque les médecins généralistes n'arrivent pas à trouver de successeurs dans les régions rurales.

Pour conclure, si on prend en compte tous les facteurs suscités ainsi que le vieillissement de la population, les médecins généralistes doivent donc faire **plus de rendez-vous** qu'auparavant tout en étant beaucoup **moins nombreux** (en heures de travail) pour couvrir le territoire et en ayant plus de tâches à effectuer. Avec **un acte régulé** (en secteur 1), et **des frais de plus en plus importants** pour la bonne gestion de leur cabinet, il n'est pas rare pour eux d'enchaîner des rendez-vous de plus en plus rapide (~15 mn) pour satisfaire leur patientèle sans risquer de mettre la clef sous la porte. Pour que leur passion ne devienne pas un sacrifice et qu'ils préservent un équilibre et une vie de famille, deux choix sont possibles : restructurer l'offre de soins ou agir sur la demande. Le dernier n'est possible que grâce à des campagnes de sensibilisation nationale ou une politique ferme de déremboursement des visites inutiles, dont les critères seraient à définir, et sort donc du cadre de notre étude. Quant au premier, la complexité du système français nous empêchant de proposer une refonte réaliste du système dans le temps imparti, nous proposons donc d'étudier des améliorations incrémentales qui pourraient soulager le médecin généraliste au quotidien.

II. Diagnostic du quotidien d'un médecin généraliste

Afin de comprendre quels sont les raisons pour lesquelles le médecin a une charge de travail aussi importante, la méthode que nous avons utilisée est de faire l'inventaire de son quotidien, c'est-à-dire de ses tâches médicales comme « non médicale ».

a) Liste des tâches "non-médicales" du médecin généraliste

i. *Tâches médico-légales (sociales, dossier médical, demandes hors consultation...)*

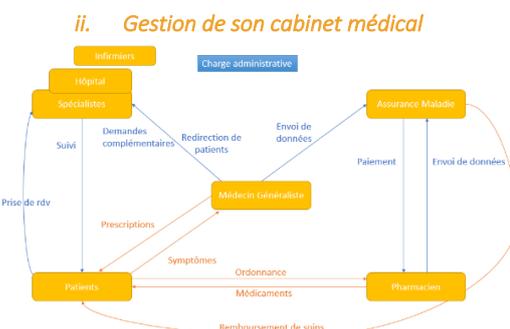
D'abord, le médecin doit effectuer régulièrement des tâches médico-légales et sociales sur ce point, les avis diffèrent : certains médecins considèrent que cela fait partie de la prise en charge médicale du patient et d'autres charge supplémentaire.

La liste des tâches est longue et comprend d'abord le **suivi de l'historique du patient** : Cette étape ne représente pas un problème majeur pour la plupart des médecins interviewés même s'ils sont plutôt favorables au dossier médical partagé qui devrait la simplifier (nous y viendrons plus tard). Ensuite, le professionnel de santé édite des **certificats médicaux** (sports, tiers temps, arrêts maladie), parfois hors son temps de consultation.

Il a aussi à charge de constituer des **dossiers pour obtention d'aides sociales** (ex : MDPH et APA, lourds et pas simplifiés) : ces formulaires sont souvent donnés pendant une consultation ou à la fin de journée. Cela engendre de la **frustration** car les remplir est relativement long, surtout si le patient n'est pas présent, et ils doivent le faire en dehors de leurs heures de travail. Une solution pourrait être de prévoir une consultation pour ces dossiers.

Il s'assure également de la **traçabilité informatique** du dossier, notamment par la gestion de son logiciel information, la lecture des courriers des spécialistes et biologies pour réactualiser/suivre le dossier.

Il doit également gérer **les demandes des patients hors consultations** (administratif car allonge souvent les journées et n'est pas rémunérée ce qui induit parfois un sentiment de frustration). Ces demandes concernent par exemple des questions sur le traitement, mais aussi parfois des ordonnances. Ce dernier point est également un **point de blocage**, car parfois, les médecins sondés ont admis avoir eu le sentiment d'être déconsidéré par leurs patients et contraints à rédiger ordonnance sans consultation pour ne pas perdre le lien de confiance.



Ensuite, le médecin ne coupe pas à la gestion de son cabinet médical.

Il doit par exemple gérer la **comptabilité** (factures, feuilles paies, feuilles soins, tiers payant, vérification des remboursements...) : il s'agit de l'étape la plus bloquante selon les médecins sondés. Les difficultés

de vérification des remboursements et de demande de paiement sont les plus épuisantes dans le système actuel de caisses d'assurance maladie et de mutuelle est **complexe et mal relié**. Il s'occupe aussi de la gestion des emplois du temps, du personnel, et des stocks.

Selon les professionnels interviewés sur la gestion d'un cabinet médical, tout ce qui fait perdre du temps à ce stade leur est pénible. La **saisie des informations** pour les remboursements est particulièrement visée puisqu'il existe 8 caisses d'assurances maladies, 80 mutuelles complémentaires et les processus ne sont pas synchronisés. Il peut arriver que le patient soit remboursé deux fois mais c'est au médecin de régler les problèmes et de rembourser les erreurs commises par les autres entités. Ainsi, des médecins corses ont calculé qu'ils perdaient en moyenne **400€** par mois (soit 4h de consultations) à cause de ces doubles remboursements et ils préféreraient laisser tomber les démarches qui leur feraient perdre trop de temps.

iii. Lien avec les spécialistes et les hôpitaux

Finalement, le temps passé à joindre les spécialistes. Ce travail n'est pas déléguable et est parfois laborieux : joindre certains services quand on ne connaît pas les personnes est une source de perte de temps immense. Cela traduit une **désorganisation du système de soin au niveau de l'hôpital**. Les médecins généralistes sollicitent leurs confrères pour des urgences ou bien pour leur avis d'expert sur les pathologies.

Selon les professionnels interviewés, le temps passé à joindre les spécialistes est variable. Dans les villes moyennes et campagnes, ce processus est simplifié car les médecins se connaissent et ont développé un réseau qui leur permet de joindre directement les parties prenantes pertinentes sur leur téléphone personnel. Cependant, il est difficile parfois difficile de **suivre les patients** dans les hôpitaux, les secrétariats dans les établissements publics n'étant pas aussi performant que dans le privé.

b) Identification des points bloquants et définition de notre scope (pas de modification en profondeur)

À la suite de l'étude des tâches quotidiennes du médecin généraliste, il apparaît deux **défis particuliers principaux** qui doivent être relevés pour soulager le médecin généraliste : d'une part un besoin de **simplification des tâches administratives**, et d'autres part **l'amélioration de la communication** (fluidité, rapidité...) avec les spécialistes et l'hôpital.

Une amélioration significative de la situation suppose en réalité une complète étude critique des tâches administratives demandées aux médecins

généralistes, en éliminant les **redondances** et en **simplifiant les procédures** qui ont généralement tendance à se superposer et non à se substituer les unes aux autres. Ces tâches sont la raison principale évoquée par les médecins généralistes ne désirant pas s'installer puisqu'elles prennent plus de 5h par semaine selon [plusieurs études](#). Il est en particulier nécessaire d'avoir une **meilleure communication** entre les systèmes d'informations gouvernementaux (Ameli, mon système de santé, CPAM, autres caisses d'assurances et mutuelles) et les systèmes d'informations des professionnels.

Au total, nous estimons qu'avec l'effet combiné de l'inflation, du nouveau rythme de travail des médecins, des modalités de remboursement et de la charge de travail administratif, les revenus des professionnels s'amenuisent. En effet, les médecins perdent 6h de consultations par semaine, cela représente près de 600€ de manque à gagner par semaine. L'effet de l'inflation et du changement du rythme et des problèmes de remboursement, ont fait passer les revenus du médecin généraliste de 5460€/mois à 4400€/mois en 25 ans. En effet, certains effets négatifs seraient compensés par un raccourcissement des durées des consultations, passant de 30 minutes à 15 minutes en moyenne.

Une fois le rôle du médecin des famille cerné, il convient d'établir une **liste de ses critères de choix** concernant les solutions qu'il pourrait adopter au regard du contexte décrit dans la partie I).

c) Critères de choix des médecins pour les solutions proposées

Un premier critère est le **temps quotidien** : Les solutions proposées ne devront pas rajouter de « surcoute », de saisie supplémentaire ou de manière générale de temps additionnel au quotidien du médecin généraliste. Le temps est la ressource dont il manque le plus et il faut que les nouveaux outils se substituent complètement aux anciens ou diminuent le temps qu'ils passent à leurs tâches administratives drastiquement. Le reproche souvent émis par les médecins interviewés est que la dématérialisation s'accompagne souvent de nouveaux formulaires laissés à la charge du médecin et leur saisie est souvent fastidieuse.

Ensuite, le **coût** est également crucial : les solutions proposées ne doivent pas rajouter un surcoût au système actuel. Cette condition est sûrement la plus difficile à réaliser. En effet, de nombreux aspects évoqués existent déjà mais ce sont des options souvent payantes des logiciels et leurs coûts cumulés représentent un **fardeau économique** que les médecins généralistes ne peuvent pas supporter. Si les solutions ne peuvent être gratuites, il faudrait s'assurer que des aides soient mises

à disposition pour réduire le coût qui incombe aux médecins pour leurs outils de travail.

Ces nouvelles solutions doivent aussi être **ergonomiques** et se **substituer** aux tâches actuelles et non se rajouter à celles-ci. Ainsi, il n'est pas souhaitable de devoir réaliser des doubles saisis d'informations sur plusieurs sites et un simple bouton devrait permettre à ces interfaces de communiquer/se synchroniser. Par exemple, dossier médical partagé sera utilisé si et seulement s'il n'y a pas de duplicata à effectuer selon les médecins interviewés. De même, l'intégration de nouvelles messageries devront s'interfacer parfaitement avec Apycrypte, mssanté et les logiciels professionnels utilisés par les médecins. Si d'aventure une duplication des données était nécessaire, il faudrait qu'elle soit effectuée en un seul clic.

Il y a également un sujet autour de la sécurisation des données et fiabilité. Les solutions proposées doivent non **seulement respecter les normes RGPD** mais aussi les fortes exigences concernant les données médicales. Un système de cryptage des données, d'hébergement sur des serveurs français, de gestion des accès rigoureuse est donc nécessaire pour les solutions technologiques. L'omniprésence de Doctolib en France fait débat puisque la plateforme repose sur Amazon Web Service pour son cloud et est donc hébergée aux Etats-Unis. Il y a également un **risque de dépendance informatique** qui inquiète les praticiens (cf piratage et cryptage des données médicales induisant une paralysie complète de certains médecins). Les solutions proposées devront donc être résilientes et permettre un fonctionnement sans discontinuité.

Puis, il est important de maintenir la relation de confiance et l'humain doivent rester au centre du système. Cette relation est nécessaire pour maintenir la prévention et la sensibilisation des patients vis-à-vis du recours aux médecins généralistes. La briser pourrait à terme augmenter la demande en soin, déjà saturée. De plus, si le lien est rompu par un chatbot ou une solution similaire, des questions d'éthiques entrent en jeu notamment sur la responsabilité en cas d'erreur. Pour qu'une solution IA marche, il faudrait qu'elle soit suffisamment développée pour comprendre le contexte et l'urgence de l'appel.

Les solutions proposées doivent ensuite prévoir un **temps de formation** suffisant pour que le médecin prenne en main l'outil rapidement et sache l'utiliser à son plein potentiel. Ainsi, certains logiciels métiers prennent déjà en compte la reconnaissance vocale mais faute de savoir l'utiliser, certains médecins n'en font pas bon usage.

Enfin, les patients doivent être **informés** (a fortiori s'ils font partie des utilisateurs de la solution) : les solutions proposées devront informer les patients de leur devoir de bannir le consumérisme et le mésusage médical s'ils interviennent dans ces solutions.

III. Idées de solutions

Nous préconisons le développement d'une **solution complète intégrant l'ensemble des outils utilisés par les médecins**. Néanmoins, conscients que cela n'est pas réalisable à court terme, nous proposons l'évolution suivante :

D'abord, nous proposons le développement ou intégration d'un agenda partagé. Cet outil devrait également permettre un **suivi des patients lors des redirection** médecin généraliste-spécialiste ou médecin généraliste-service hospitalier. De plus le **recensement de l'ensemble des médecins, spécialistes, et autres** de la zone géographique apporterait un avantage concurrentiel important, évitant ainsi que des professionnels soient isolés en changeant de zone. Concernant les contraintes, le service doit garantir une **protection des données** des patients et des professionnels de santé irréprochable pour acquérir la confiance de ceux-ci. Enfin, le **prix de l'outil doit rester raisonnable**, dans les prix du marché actuel.

La première évolution proposée, et qui pourrait même intégrer le premier point, consiste à ajouter la fonctionnalité du **transfert de données** médicales. On sait que la charge administrative est une contrainte majeure pour les médecins, c'est pourquoi notre proposition s'accompagne d'une recommandation, **proposer un modèle de données** unique pouvant être lu par tous les logiciels et outil en ligne, que le professionnel de santé n'aurait besoin de remplir qu'une seule fois. Le partage de données médicales implique certainement un **niveau de sécurité encore plus élevé** que pour le premier point mais cela pourrait grandement **faciliter la relation médecin-spécialiste** ainsi que le **suivi du patient** à cet interface. A ce niveau d'avancement on peut déjà imaginer que l'outil que l'on propose soit **au centre du métier de médecin**. En effet, la facilitation du suivi du patient à travers le système médical pourrait déjà mener à un **tableau de bord compét pour chaque patient**, et le suivi de prise de rendez-vous **ferait gagner un temps important** aux médecins. On estime à 2h/semaine soit 4 à 8 consultations, c'est-à-dire environ 200€/semaine ou 800€/mois. Le principal risque réside ici dans la non-adoption de l'outil par les spécialistes/hôpitaux. Bien que

l'outil apporte probablement de nouveaux patients et facilite l'organisation et la préparation des rendez-vous médicaux, il s'agit d'une charge supplémentaire qu'ils ne voudront pas forcément assumer.

Afin de limiter ce risque nous proposons tout d'abord **d'adopter le modèle de données recommandé** dans le début de ce paragraphe afin de communiquer facilement avec l'extérieur de l'outil. Par ailleurs, on peut imaginer **des versions dégradées, moins chères de l'outils** pour attirer les non-généralistes.

Après cette étape, le but serait d'intégrer petit à petit des fonctions telles que la **télé médecine**, l'intégration des fonctionnalités de remboursement et autres en collaboration avec AMELI, la gestion des ordonnances avec la relation médecin-pharmacien, un système collaboratif plus ouvert, etc. Ces fonctionnalités ne sont pas des recommandations fixes et devront être choisies en fonction de l'utilisation faites du logiciel et des contraintes potentielles. Par ailleurs d'autres besoins pourraient émerger, c'est pourquoi ce point est plus une ouverture vers un possible future qu'une vision long terme à proprement parler. La seule vision long terme que l'on peut donner serait la suivante : intégrer le plus possible de fonctionnalités utilisées par les médecins afin de limiter le nombre d'outils dont ils ont besoin, leur faisant ainsi gagner du temps et de l'argent. En cela, nos solutions correspondent à nos critères, de temps, de cout, de sécurisation des données, cependant, durant les phases de conception et implémentation, il faudra veiller à prendre en compte les phases de formation et information des patients.

Pour conclure concernant notre solution, les enjeux sont les suivants, sécuriser les données, faciliter le suivi des patients, faciliter la communication, limiter le nombre d'outils et de formulaires. Pour répondre à cela, nous proposons **trois étapes, suivre** le patient à travers le système de santé en améliorant le lien spécialiste-généraliste, regrouper ses informations et les partager celles qui sont utiles avec les acteurs concernés, et enfin intégrer le plus possible l'intégralité des fonctions non-médicales que le médecin doit aujourd'hui prendre en charge.

IV. Conclusion

Contrairement à ce que l'on voit dans les médias, tous les médecins ne sont pas débordés par les tâches administratives. Il existe en effet des particularismes selon les géographies et tranches d'âge concernées et certaines des plaintes ne concernent qu'une partie des médecins généraliste. Une bonne rigueur et une utilisation judicieuse des outils à

disposition permettent en effet de maintenir la tête hors de l'eau. Pour autant le système actuel n'est pas exempt de tout reproche et réduire le temps dédié à l'administratif ne peut être que bénéfique à nos médecins de famille. Dans un contexte de démographie médicale déclinante accompagnée d'un recul de l'âge d'installation des jeunes médecins généralistes, se pose la question de la réduction du temps dédié aux tâches administratives, d'autant plus que ces dernières ont une tendance à la hausse. Cette réduction permettrait de lutter contre la réticence des jeunes médecins à s'installer, dégagerait du temps médical et, par l'amélioration du vécu de ces tâches, préviendrait le burnout dans une profession reconnue à risque.

Les solutions que nous proposons ont pour vocation de faciliter cette transition nécessaire vers un système médical qui prenne mieux en compte le médecin et le patient, afin de remettre ces acteurs au centre du parcours.

V. Références

Médecins interviewés :

- Docteur Jean-Benoît Pecastaing
- Panel de médecins comprenant deux médecins généralistes et un médecin spécialiste libéral dont nous n'avons pas les accords formels pour être cités dans ce travail

Ressources :

- INSEE (<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2122401>)
- Académie Nationale de médecine (<https://www.academie-medecine.fr/11-06-la-situation-de-la-medecine-generale-en-france-reflexions-et-propositions-de-lacademie-nationale-de-medecine/>)
- Union Régionale des Médecins Libéraux (https://www.urps-med-aura.fr/wp-content/uploads/2019/10/6_ETUDES-2003-Feminisation-de-la-profession.pdf)
- Quentin Alepee. Comment réduire le temps administratif en médecine générale libérale?. Médecine humaine et pathologie. 2019
- Le Figaro (<https://www.lefigaro.fr/conjoncture/deux-tiers-des-medecins-liberaux-travaillent-plus-de-50-heures-par-semaine-20190507>)