



HAL
open science

Impact de la spécialisation de la médecine générale sur la perception du système de santé français

Lucie Virama-Latchoumy

► **To cite this version:**

Lucie Virama-Latchoumy. Impact de la spécialisation de la médecine générale sur la perception du système de santé français. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01910215

HAL Id: dumas-01910215

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01910215>

Submitted on 31 Oct 2018

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

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

Université BORDEAUX 2
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2018

THESE N°142

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 04 Octobre 2018

Par **Lucie VIRAMA-LATCHOUMY**

Née le 17 Novembre 1987 à Le Port (Ile de la Réunion)

**Impact de la spécialisation de la médecine générale sur la perception
du système de santé français**

Directeur de thèse :

Professeur Bernard GAY

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Pierre DUBUS, Président

Monsieur le Docteur Gérard DUCOS, Rapporteur

Monsieur le Professeur Matthieu SIBE, Juge

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA, Juge

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Pierre DUBUS,

Doyen de la faculté de médecine de Bordeaux,

Directeur de l'UFR des sciences médicales,

Merci de m'avoir fait l'honneur de présider le jury de cette thèse. Trouvez ici l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Gérard DUCOS,

Médecin généraliste,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire le rapport de cette thèse. Merci pour votre intérêt, votre relecture et vos conseils. Trouvez ici l'expression de ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Matthieu SIBE,

Directeur-adjoint de l'ISPED chargé de la formation continue et des partenariats socio-économiques,

Tous mes remerciements pour votre participation à ce jury de thèse.

A Monsieur le Professeur Philippe CASTERA,

Professeur associé de médecine générale,

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de juger ce travail malgré vos nombreuses obligations universitaires. Veuillez croire à ma sincère considération.

A Monsieur le Professeur Emerite Bernard GAY :

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse. Vos conseils ont été d'une aide précieuse. Merci pour votre efficacité et votre disponibilité.

Je tiens à vous exprimer mon profond respect.

Merci à tous les enseignants de l'Université de Bordeaux 2 et au DMG qui ont participé à ma formation.

Merci à mes praticiens et à tous les services hospitaliers qui m'ont accueillie tout au long de ces trois années d'internat et qui m'ont tant appris.

Merci aux patients, médecins et institutionnels ayant participé à mon travail.

A ma famille

A mes parents, merci pour votre soutien infailible et votre amour. Si j'en suis arrivée là c'est grâce à vous. Vous m'avez tout donné sans condition, je n'ai jamais manqué de rien. Vous êtes des exemples pour moi. Je vous aime.

A ma sœur, merci d'être là, merci d'être toi. Tu as toujours été en première ligne, pour les bons et les mauvais moments, toujours de bons conseils, tu me connais mieux que personne. Sans toi ce parcours aurait été bien plus compliqué. Tu es une belle personne, une super maman et la meilleure des sœurs. Joyeux maloween !!!

A mes grands-parents, mamie Ange et mémé Camille, des femmes extraordinaires ; pépé William et une pensée particulière à papi Edmond : ça y est papi on y est, il y a aura officiellement un Docteur VIRAMA.

A mes oncles et tantes, mon parrain et ma marraine, merci pour votre soutien.

A mes cousins et cousines : Laurence, Elodie, Ludovic, Nicolas, Nathalie, Alexandre, Delphine, Mickael, Claire et Johan ; je suis reconnaissante qu'on s'entende si bien, c'est toujours un bonheur de rentrer à la Réunion et de retrouver votre folie.

A mes filleules :

Delphine, je suis plus très fière de toi, de ton parcours, je te souhaite le meilleur.

Nae dit Maon, j'espère te voir plus souvent, tu apportes tant de bonheur à la famille.

A la famille Mollat, merci pour votre précieuse aide lors de mon arrivée à Bordeaux, je ne l'oublierai pas.

A toute la famille Segura et tout particulièrement Ma Ophélie. Merci pour votre présence et soutien durant mes premières années, pour ces Noël passés avec vous loin de ma famille, beaucoup de bons moments qui m'ont apporté du réconfort. Ophélie, si j'ai pu passer le concours de P1 c'est en partie grâce à toi !! J'ai adoré nos moments de révisions, de détente devant les Frères Scott ! Merci pour ta générosité. Tu as fait un parcours remarquable. Même si tu vis maintenant au pays des kangourous tu es un pilier pour moi.

A Raphael et sa famille, merci d'avoir été mon chez moi pendant toutes ces années, beaucoup de moments partagés, je ne garde que le meilleur et je ne vous oublie pas.

A mes amis,

Les plus anciens : Rachelle, Nanou, Fleur, Laurène, Ursula, Estelle, Alan malgré la distance votre amitié m'est précieuse.

A toutes les belles rencontres que j'ai faites pendant ces années d'études :

Krikri, merci pour ton soutien, ta folie, tous ces supers moments passés ensemble, des soirées révisions en amphitheâtre jusqu' à 2h du mat aux soirées sur la piste de danse. Et un grand merci pour m'avoir aidé avec WORD my friend!!!!

A ma foflo, tu es une belle personne, très bonne amie et super médecin. On a fait un beau parcours ensemble, notre amitié est intacte malgré la distance.

A mon Cher Alex, médecin-musicien-chanteur-auteur-compositeur érudit !! Merci pour tes conseils, ton écoute, ta bonne humeur, merci d'être mon Ami.

A Marie, amie, coloc et co-interne rien que ça !!! Ma petite blonde aux qualités remarquables, je suis heureuse et fière de te compter parmi mes amis. Toujours disponible, à l'écoute, merci pour tout ce que tu m'apportes. Et Bravo pour ton parcours !

A Leire dit Poulet, ma baskoy préférée !!!! Tu es une amie exceptionnelle, j'admire ta droiture et ton sérieux, tu es un excellent médecin ! Milesker pour ton amitié plus que précieuse et pour tous ces bons moments partagés ! (le prochain le 6 décembre !)

A ma Cocotie, râleuse hors-pair, sezane addict et accessoirement gynécologue, que serait ma vie sans toi ? Tu es irremplaçable, merci pour ta présence, ton écoute, ton amitié, je sais que je peux toujours compter sur toi et c'est une chance !

A Eva, une belle amitié, j'adore nos déjeuners, nos tea time, nos discussions, toujours présente quand il le faut ! Ne change pas et Merci pour tout.

A Laure, Johanna, Maylis, amies, co externes et partenaires de BU,

A mes réunionnaises préférées Julia et Magachou, à Laura, Brice et Yohan rencontrés à Dax, Pauline amie et co interne de gynéco, Marion alias my running partner

Merci pour votre amitié.

A Liliane et Mylène, deux belles rencontres. Merci pour vos encouragements.

Merci à Leire, Marion et ma sœur pour vos relectures, à Maialen, pour le power point, à Martine et Ying pour le résumé en anglais.

A Renan, ma merveilleuse rencontre. Merci de rendre les choses belles et simples. Tu es une personne généreuse, talentueuse et débordante de tendresse. Une heureuse année à tes côtés, en espérant qu'il y en ait plein d'autres.

Et Merci à toi là-haut !

Liste des abréviations

APL : Accessibilité Potentielle Localisée

ARS : Agence Régionale de Santé

CAP : Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CCU : Chef de Clinique Universitaire

CES : Certificat d'Etudes Spécialisées

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CSS : Consultante en Stratégie de Santé

DCI : Dénomination Commune Internationale

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DMG : Département de Médecine Générale

DREES : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

EBM : Evidence Based Medicine

ECN : Epreuves Classantes Nationales

ENMR : Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération

FST : Formation Spécialisée Transversale

FUMG : Filière Universitaire de Médecine Générale

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

MEP : Médecins à Exercice Particulier

MG : Médecin Généraliste

MSP : Maison de Santé Pluri professionnelle

MSU : Maître de Stage des Universités

ODM : Ordre Des Médecins

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDPS : Observatoire National de la démographie des professions de santé

PACES : Première Année Commune aux Etudes Médicales

PMI : Protection Maternelle et Infantile

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SIGAPS : Système d'Interrogation de Gestion et d'Analyses des Publications Scientifiques

UFR : Unité de Formation et de recherche

Table des matières

REMERCIEMENTS	2
Liste des abréviations.....	5
Table des illustrations.....	13
Résumé.....	14
Abstract	15
Introduction.....	16
Généralités	17
A) Le contexte de la médecine générale.....	17
1) Un peu d’histoire.....	17
2) Définition de la médecine générale	18
3) Les soins de santé primaires (SSP).....	18
B) Le cursus universitaire.....	19
1) Avant le Diplôme d’études spécialisées de médecine générale	19
2) La loi de modernisation sociale	20
3) DES de médecine générale.....	21
C) Qualification en médecine générale	24
Méthode.....	27
A) Recherche bibliographique	27
B) Type d’étude.....	27
C) Les patients.....	27
1) Echantillonnage	27
2) Entretiens semi-structurés	28
D) Les médecins généralistes.....	29
1) Echantillon.....	29
2) Focus group : définition.....	29
3) Réalisation	30
E) Les institutionnels.....	30

1) Echantillon.....	30
2) Interviews.....	30
F) Transcription.....	31
G) Codage.....	31
Résultats.....	32
A) Patients.....	32
1) La spécialité médecine générale inconnue pour la plupart des patients.....	34
2) Conséquences du DES pour la médecine générale.....	34
2.1 Une augmentation du tarif de la consultation.....	34
2.2 Une revalorisation de la profession.....	34
2.3 Une meilleure formation.....	35
2.4 Peu ou pas de conséquences.....	35
3) La médecine générale vue par les patients.....	35
4) Rôle du médecin généraliste.....	36
5) La consultation de médecine générale.....	37
6) Le système de santé français.....	37
B) Médecins.....	39
1) Le DES de médecine générale vu par les médecins généralistes.....	40
1.1. Indifférence.....	40
1.2. Un terme inadapté.....	40
1.3. Pas de conséquence sur la consultation de médecine générale.....	40
1.4. Une meilleure formation universitaire.....	41
2) L'exercice de la médecine.....	41
2.1 Chef d'orchestre.....	41
2.2 La pratique vue différemment en fonction des générations.....	41
2.3 Vécu de la pratique hétérogène.....	42
2.4 Le médecin traitant, une réforme plus marquante.....	42
2.5 Mésusage du premier recours.....	42

3)	La rémunération.....	43
3.1	Iniquité.....	43
3.2	Une majoration souhaitée par les patients mais pas forcément acceptée	43
3.3	Complexe à se faire rémunérer	44
4)	Obstacles à l'évolution du système de santé	44
4.1	Le gouvernement	44
4.2	Manque de coopération.....	44
5)	La recherche en médecine générale	45
5.1	Attractive mais peu compatible avec la pratique actuelle.....	45
5.2	La France en retard.....	45
5.3	Nécessité d'un impact concret sur le quotidien.....	45
5.4	Pas assez enseignée.....	46
5.5	Une voie pour affirmer la spécialité	46
5.6	Quel financement ?	46
C)	Institutionnels.....	47
1)	Le système de santé actuel	47
1.1	Un système qui s'essouffle.....	47
1.2	Beaucoup de diagnostics peu de prévention	47
1.3	Diminution du temps médical	48
1.4	La médecine générale peu avantagée.....	48
1.5	Une nouvelle génération.....	48
1.6	Un bon système.....	49
2)	Impacts du DES.....	49
2.1	Dans l'absolu pas de changement.....	49
2.2	Egalité des statuts.....	49
2.3	Une tentative pour uniformiser la rémunération	49
2.4	Une meilleure formation universitaire.....	50
2.5	Assouplissement des relations avec les autres spécialistes	50

2.6	Plus de généralistes formés.....	50
3)	Les évolutions souhaitées pour notre système de santé	51
3.1	Une nouvelle offre.....	51
3.2	Une gestion et une offre à revoir	51
3.3	Vers une médecine préventive, une médecine 2.0.....	52
3.4	Un exercice regroupé	52
3.5	Des rôles à mieux définir.....	53
3.6	Les mentalités doivent évoluer	53
3.6.1	Le médecin.....	53
3.6.2	Le patient.....	54
4)	Le rôle des institutionnels	54
4.1	L'Agence Régionale de Santé	54
4.2	L'Ordre des médecins.....	55
4.3	Consultante en stratégie de la santé.....	55
4.4	Le maire	55
	Discussion.....	56
A)	Méthode.....	56
1)	Etude qualitative	56
2)	Patients.....	56
2.1	Population	56
2.2	Points forts	56
2.3	Points faibles	56
3)	Médecins généralistes.....	57
3.1	Population	57
3.2	Points forts	57
3.3	Points faibles	58
4)	Institutionnels.....	58
4.1	Population	58

4.2	Points forts	58
4.3	Points faibles	58
5)	Transcription	59
5.1	Entretiens semi-structurés	59
5.2	Focus group	59
6)	Codage.....	59
B)	Résultats	60
1)	Des conséquences avant tout universitaire	60
1.1	FUMG (Filière Universitaire de Médecine Générale)	60
1.1.1.	D'une formation hospitalière	60
1.1.2.	Vers une formation ambulatoire.....	61
1.2	Gestion des flux.....	62
1.3	La recherche en médecine générale	63
1.4	Attractivité de la médecine générale	65
2)	Une reconnaissance sociétale espérée mais peu constatée.....	66
2.1	Un titre inconnu du grand public	66
2.2	Un titre incompris par les professionnels	67
2.3	Rejet de la réforme et du statut.....	67
3)	Un quotidien guère modifié	68
3.1	La pratique.....	68
3.2	Inégalités tarifaires.....	69
3.3	Relations confraternelles.....	69
4)	La médecine générale des médecins généralistes	70
4.1	Différences générationnelles	70
4.2	La relation médecin-patient évolue	70
5)	La médecine générale du patient.....	71
6)	Le système de santé français.....	73
6.1	Désuet.....	73

6.2	Déserts médicaux	73
6.3	Un système de santé plus coûteux.....	74
7)	Et l'avenir.....	75
7.1	Vers le regroupement de professionnels	75
7.2	Nouveaux modes de rémunération	75
7.2.1	La pratique individuelle	75
7.2.2	La pratique collective	76
7.3	Un système de soins qui doit se tourner vers la prévention.....	77
	Perspectives.....	78
	Conclusion	80
	Références.....	81
	Annexes	86
	Annexe 1 : Canevas d'entretien Patients	86
	Annexe 2 : Grille d'entretien du focus group	87
	Annexe 3 : Guide des interviews (institutionnels)	88
	Annexe 4 : Extrait du verbatim de l'entretien 9.....	89
	Annexe 5 : Extrait du verbatim du focus group.....	91
	Annexe 6 : Extrait du verbatim de l'interview avec le représentant de l'Ordre des Médecins	93
	Annexe 7 (25) : Proposition du Comité d'interface INSERM-Médecine générale.....	94
	Serment d'Hippocrate	95

Table des illustrations

Figure 1: Médecins généralistes répertoriés.....	24
Tableau 1: Caractéristiques des patients	33
Tableau 2: Caractéristiques des médecins	39

Résumé

Introduction :

En 2004, la médecine générale a acquis le statut universitaire de spécialité médicale avec création du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES). Quelles en sont les conséquences sur l'organisation du système de santé français ?

Méthode : Etude qualitative réalisée avec 13 entretiens semi structurés auprès de patients, un focus group avec 6 médecins généralistes et 4 interviews d'institutionnels (un représentant de l'ARS, de l'Ordre des médecins, une consultante en stratégie de santé et un maire), menés en 2017. Analyse des données par codage ouvert avec le logiciel Nvivo.

Résultats : 70 % des patients ignoraient que la médecine générale était une spécialité. Ce statut ne changeait pas leur vision de la profession. Le médecin généraliste gardait une place privilégiée dans leur parcours de soins. Pour les médecins généralistes, le DES n'avait pas suscité une réelle reconnaissance et n'avait pas permis une réorganisation concrète de leur pratique. L'enseignement spécifique à l'université était apprécié. Les institutionnels considéraient ce titre comme une reconnaissance mais insuffisante du statut du médecin généraliste, avec un retentissement peu perceptible sur l'organisation des soins de santé primaires. L'ouverture du cursus universitaire sur l'ambulatoire restait le point positif.

Discussion : Cette étude confirme le faible impact du DES ressenti par les médecins généralistes dans la pratique des soins de santé primaires. Elle apporte un élément complémentaire sur l'absence de perception d'un changement chez les patients.

Conclusion : Plus d'une décennie après sa création, le DES de médecine générale a changé progressivement le paysage universitaire mais n'a permis ni la reconnaissance sociétale de la profession, ni sa restructuration.

Mots clés : spécialité, médecine générale, DES, système de santé

Abstract

Title : Impact of specialisation in general practice on the perception of the French healthcare system

Introduction : In 2004, general practice acquired the academic status of medical specialty with the creation of the *Diplôme d'Etudes Spécialisées* (DES). What was the impact of this recognition on the organisation of the French healthcare system?

Method : A qualitative study was carried out in 2017 with thirteen semi-structured interviews with patients ; a focus group consisting of six general practitioners and four interviews with a representative of regional Health Agency and Medical Council, a consultant for Health strategy and a mayor. Content analysis was carried out using open coding with Nvivo software.

Results : 70% of the patients did not know that general practice was a specialty. This status did not alter their opinion of the profession, with general practitioners maintaining a privileged position in their healthcare programme. The general practitioners thought the DES failed to spark any societal recognition or any concrete reorganisation of their practice, although the specific university education was appreciated. The institutional members regarded the title as an insufficient recognition of the general practitioner status; one with little impact on the organisation of primary healthcare. The opening of university training on outpatient care remained positive.

Discussion : This study confirms the low impact of the DES experienced by general practitioners in the practice of primary healthcare. It provides additional information about the lack of perceived changes by patients.

Conclusion : More than a decade after its creation, the DES has changed the academic landscape progressively but it did not bring about any societal recognition or restructuring of the profession.

Keywords : specialisation, general medicine, DES, healthcare system

Introduction

La médecine générale est en pleine métamorphose depuis quelques années... Une des principales mutations a concerné la formation des futurs médecins généralistes.

Incontournable dans le système de santé pour certains, définie par défaut pour d'autres, la médecine générale essaie de s'approprier une place dans un système français où domine l'hospitalocentrisme.

Sur le plan international, son rôle est pourtant reconnu. La WONCA (World Organisation of Family Doctors) a défini la médecine générale comme la spécialité clinique orientée vers les soins de santé primaires et a décrit ses caractéristiques.

En France, la loi HPST de 2009 a précisé l'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades dans le respect des exigences de proximité et a détaillé les missions du médecin généraliste.

Une étape majeure vers cette reconnaissance a été d'élever la médecine générale au rang de spécialité. La loi de modernisation sociale du 17 Janvier 2002 a mis en place le Diplôme d'Etudes Spécialisées de médecine générale. Elle a été applicable en 2004 avec la première promotion de médecins qualifiés spécialistes de médecine générale en 2007.

Déjà donc une décennie...

Généralités

A) Le contexte de la médecine générale

La médecine a toujours été générale. Depuis la réforme Debré de 1958 et l'arrivée des spécialités (réforme de l'internat 1982), la médecine générale se cherche...

1) Un peu d'histoire

Après la révolution française, la médecine est anarchique. La loi du 8 août 1792 supprime les facultés de médecine. Tout citoyen peut prodiguer des soins et se faire rémunérer comme bon lui semble. On assiste à l'émergence du charlatanisme (1).

En 1892, la loi Chevandrier restaure le diplôme de docteur en médecine et seuls ses détenteurs ont droit d'exercer la médecine.

En 1927, la charte de la médecine libérale énonce les cinq grands principes de la médecine :

- la liberté de choix du médecin
- la liberté de prescription
- le respect du secret médical
- le contrôle des malades par les caisses d'assurance sociale
- la liberté des tarifs, avec entente directe entre le médecin et le malade

Avant la Seconde Guerre mondiale, la médecine est libre et autonome il y a un réel colloque singulier.

En 1945, naît la sécurité sociale ayant pour vocation de protéger tout individu des conséquences de risques sociaux. Il en découle pour le médecin libéral la suppression de la liberté de fixer ses honoraires et apparaissent en 1960 les tarifs opposables.

S'initient dans la relation médecin-patient le gouvernement et la sécurité sociale.

L'ordonnance Debré de 1958 contribue à la floraison des spécialités avec création des Centres Hospitaliers Universitaires, développement de la recherche et de la médecine de pointe. La médecine devient plus spécialisée et hospitalière. L'enseignement universitaire est réalisé par les Praticiens Hospitaliers - Professeurs des Universités sous forme très spécifique, réparti par discipline.

La médecine générale est mise à l'écart et dévalorisée tant en termes d'organisation que de rémunération.

Elle doit se redéfinir.

2) Définition de la médecine générale

La WONCA a produit en 2002 un texte fédérateur définissant la médecine générale-médecine de famille (2). Il décrivait de manière précise les spécificités et les critères de la discipline qui permettent de la qualifier en tant que spécialité. Les systèmes de santé diffèrent selon les pays mais les fondements et les principes de la médecine générale sont les mêmes.

Les onze caractéristiques proposées initialement ont été réactualisées en 2011 avec une douzième caractéristique (3) :

- Premier contact avec le système de soins, accessible à tous
- Approche centrée sur le patient
- Consultation personnalisée par la relation médecin-patient
- Continuité des soins par le suivi au long cours
- Coordination des ressources du système de soins
- Responsabilisation et autonomisation du patient
- Démarche décisionnelle déterminée par la prévalence et l'incidence des maladies en soins de santé primaires
- Prise en charge simultanée de plaintes et de pathologies multiples
- Intervention au stade précoce et non différencié des maladies
- Promotion et éducation pour la santé
- Action spécifique de santé publique
- Réponse globale aux problèmes de santé dans toutes leurs dimensions : physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

Cette description explicite la diversité d'action de la médecine générale et la place naturellement au centre des soins de santé primaires.

3) Les soins de santé primaires (SSP)

En 1978, la conférence d'Alma Ata met en avant l'état d'urgence concernant les inégalités sanitaires des différents pays (4).

Elle rappelle que « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, qu'elle est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux acteurs socio-économiques autres que celui de la santé.* »

Elle affirme que les soins de santé primaires sont le moyen pour atteindre cet objectif.

Il s'agit de « *soins de santé essentiels, fondés sur des méthodes et techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination.* »

Trente ans après, le rapport OMS de 2008 illustre les mêmes préoccupations. Les progrès médicaux ont été considérables, mais persistent des inégalités que ce soit dans les pays développés, en développement et même au sein d'un même état (5).

Les avancées ont été inégales ou insuffisantes dans certains domaines sans modification réelle et profonde des systèmes.

L'évolution actuelle du monde donne pourtant toute leur importance aux SSP et souligne son intérêt. L'amélioration de l'espérance de vie mais aussi l'augmentation des pathologies chroniques, complexes nécessitent une prise en charge coordonnée.

Le patient est plus que jamais acteur de sa prise en charge qu'il veut rapide et optimale.

Les prestations proposées par les systèmes de santé ne correspondent pas aux attentes de la population, soit par manque d'efficacité, soit par un coût excessif.

En France, c'est la loi HPST de 2009 qui met en avant les soins de santé primaires avec son titre II : Accès de tous à des soins de qualité (6).

Elle définit les soins de premiers recours ainsi que les missions du médecin généraliste.

Pour appréhender au mieux les besoins en santé de la population, en plus d'une refonte de l'organisation, l'accent doit également être mis sur la formation des professionnels de santé, dont les médecins généralistes afin de leur donner les moyens de faire face à la diversité des demandes.

B) Le cursus universitaire

1) Avant le Diplôme d'études spécialisées de médecine générale

Avant 1984, **pour devenir spécialiste**, deux voies étaient possibles :

- hospitalière et sélective avec externat et internat
- universitaire non sélective avec le CES (Certificat d'Etudes Spécialisées)

En 1984, le CES a été supprimé. Pour devenir spécialiste il ne restait que la voie sélective : le concours de l'internat.

Etaient concernées les disciplines suivantes : spécialités médicales, chirurgicales, anesthésie-réanimation, médecine de travail, santé publique, biologie et psychiatrie.

Pour accéder à la médecine générale, l'étudiant en médecine n'avait pas à passer le concours de l'internat. Devenaient généralistes les étudiants qui décidaient de ne pas passer le concours ou ceux qui y avaient échoué.

« Parce que qu'on le veuille ou non, à partir du moment où on fait un concours où les reçus seront des spécialistes et les collés seront des généralistes, c'est une sélection par l'échec des généralistes. »

(Professeur Gérard Lévy, ancien doyen de la faculté de Caen)

Après le deuxième cycle commun à tous les étudiants, ils accédaient donc au troisième cycle de médecine générale appelé résidanat. Initialement d'une durée de 2 ans, puis 2 ans et demi, il passait à 3 ans en 2001.

En 1997, Mattei et Etienne proposaient une réforme du concours de l'internat : qu'il soit obligatoire pour tous les étudiants y compris ceux voulant être médecin généraliste.

Ces propos étaient réaffirmés en 1999 par le premier ministre Lionel Jospin lors de son discours en clôture des états généraux de la santé :

« Une réforme des études médicales est nécessaire. Il faut rééquilibrer l'enseignement de la médecine, ouvrir les études médicales et y donner toute sa place à la médecine générale...Tout en étant mieux formés, seront donc généralistes les médecins qui en auront fait le choix. C'est ainsi que la médecine générale sera reconnue à sa juste valeur et qu'elle pourra tenir toute sa place dans le monde médical » (7).

2) La loi de modernisation sociale

La loi de modernisation sociale loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 a été promulguée par le gouvernement de Lionel Jospin.

Elle concerne le droit au travail, la santé et le logement.

Elle comporte deux grands titres (8) :

Le titre premier : santé, solidarité, sécurité sociale.

Le second titre : travail, emploi et formation professionnelle.

Cette loi (titre premier, chapitre 4 article 60 à 66) ainsi que ses textes réglementaires (le décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du 3^{ème} cycle des études médicales) précisent les modalités de la réforme du troisième cycle des études médicales.

Le concours de l'internat de droit commun est remplacé par les Epreuves classantes nationales (ECN).

Tous les étudiants en fin de deuxième cycle doivent le passer afin d'accéder au troisième cycle d'études médicales.

La médecine générale accède donc au statut académique de spécialité médicale avec son propre diplôme d'études spécialisées (DES).

L'enseignement théorique et pratique du DES est à la charge d'un enseignant coordonnateur assisté d'un département de médecine générale créé par l'université.

La médecine générale peut alors développer sa branche universitaire avec des postes de maîtres de conférences et de professeurs de médecine générale, associés au début puis titulaires.

Cette loi est applicable en 2004 avec en 2007 la première promotion d'étudiants qualifiés de spécialistes en médecine générale.

3) DES de médecine générale

Après avoir passé l'examen national classant et choisi la spécialité médicale médecine générale, l'étudiant accède à un internat d'une durée de 3 ans.

La maquette initiale du DES est la suivante (7) :

- **Enseignements** (deux cents heures environ)

Enseignements généraux

- Méthodologie de l'évaluation des pratiques de soins et de la recherche clinique en médecine générale ;
- Épidémiologie et santé publique ;
- Organisation, gestion, éthique, droit et responsabilité médicale en médecine générale, économie de la santé.

Enseignements spécifiques

- La médecine générale et son champ d'application ;
- Gestes et techniques en médecine générale ;
- Situations courantes en médecine générale : stratégies diagnostiques et thérapeutiques, leur évaluation ;
- Conditions de l'exercice professionnel en médecine générale et place des médecins généralistes dans le système de santé ;
- Formation à la prévention, l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique ;

- Préparation du médecin généraliste au recueil des données en épidémiologie, à la documentation, à la gestion du cabinet, à la formation médicale continue, à l'évaluation des pratiques professionnelles et à la recherche en médecine générale.

- **Formation pratique**

A) Deux semestres obligatoires dans des lieux de stage hospitaliers agréés au titre de la discipline médecine générale :

- un au titre de la médecine d'adultes : médecine générale, médecine interne, médecine polyvalente, gériatrie ;
- un au titre de la médecine d'urgence.

B) Deux semestres dans un lieu de stage agréé au titre de la discipline médecine générale :

- un semestre au titre de la pédiatrie et/ou de la gynécologie ;
- un semestre libre.

C) Un semestre auprès d'un médecin généraliste, praticien agréé-maître de stage des universités.

D) Un semestre, selon le projet professionnel de l'interne de médecine générale, effectué en dernière année d'internat, soit en médecine générale ambulatoire (sous la forme d'un stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé, SASPAS), soit dans une structure médicale agréée dans le cadre d'un projet personnel validé par le coordonnateur de médecine générale.

La dernière réforme du troisième cycle des études médicales a permis de faire évoluer une maquette qui restait « hospitalocentrée » avec pour la plupart des étudiants un seul et unique voire le premier stage en médecine générale pendant les trois ans de formation.

L'interne en fin de DES pouvait facilement se retrouver désarmé lors de ses premiers remplacements en cabinet ambulatoire.

La maquette du DES de médecine générale (9) se déroule maintenant en deux phases :

- une première phase socle composée de deux semestres avec un stage aux urgences adultes et un stage chez le praticien.
- une phase d'approfondissement composée de quatre semestres avec un stage en médecine adulte polyvalente, un stage santé de la femme ambulatoire ou hospitalier, un stage santé de l'enfant ambulatoire ou hospitalier et un SASPAS.

Une place majeure est accordée à l'ambulatoire, avec un contact dès le premier semestre en cabinet de médecine générale.

Cette nouvelle organisation permet une continuité et progression dans l'acquisition des compétences de l'interne et permet d'optimiser l'immersion de l'interne dans son futur environnement.

L'obligation du stage en CHU est supprimée.

Sur le plan théorique, un contrat de formation en fin de première année de DES est conclu entre l'interne, le directeur de l'UFR et la commission locale de coordination de médecine générale. Il permet de définir les objectifs pédagogiques et un projet professionnel (10).

Les DESC (Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires) sont supprimés : médecine d'urgences, gériatrie, nutrition, médecine légale et expertise médicale deviennent des Diplômes d'Etudes Spécialisés, accessibles en fonction de son rang de classement aux ECN.

Apparaissent également les FST : Formations spécialisées transversales, options auxquelles les étudiants sont autorisés à s'inscrire en fonction de leur spécialité et de leur projet professionnel (11). Elles sont les suivantes pour la médecine générale : addictologie, douleurs, soins palliatifs, médecine du sport, médecine scolaire et médecine légale et expertise médicale.

C) Qualification en médecine générale

Avec la loi de modernisation sociale apparaissent dans le paysage médical des médecins généralistes avec des titres qualifiants différents.

En 2014 Bouet P. et al réalisent une étude sur la répartition des médecins généralistes et l'évolution de la spécialité (12).

Les résultats montrent qu'au premier janvier 2014, 103 013 médecins sont répertoriés comme généralistes.

Ils se répartissent comme suit :

- médecins généralistes sans titre qualifiant en médecine générale (9%)
- médecins généralistes ayant un titre qualifiant en médecine générale (47%)
- médecins généralistes qualifiés spécialistes en médecine générale (44%)

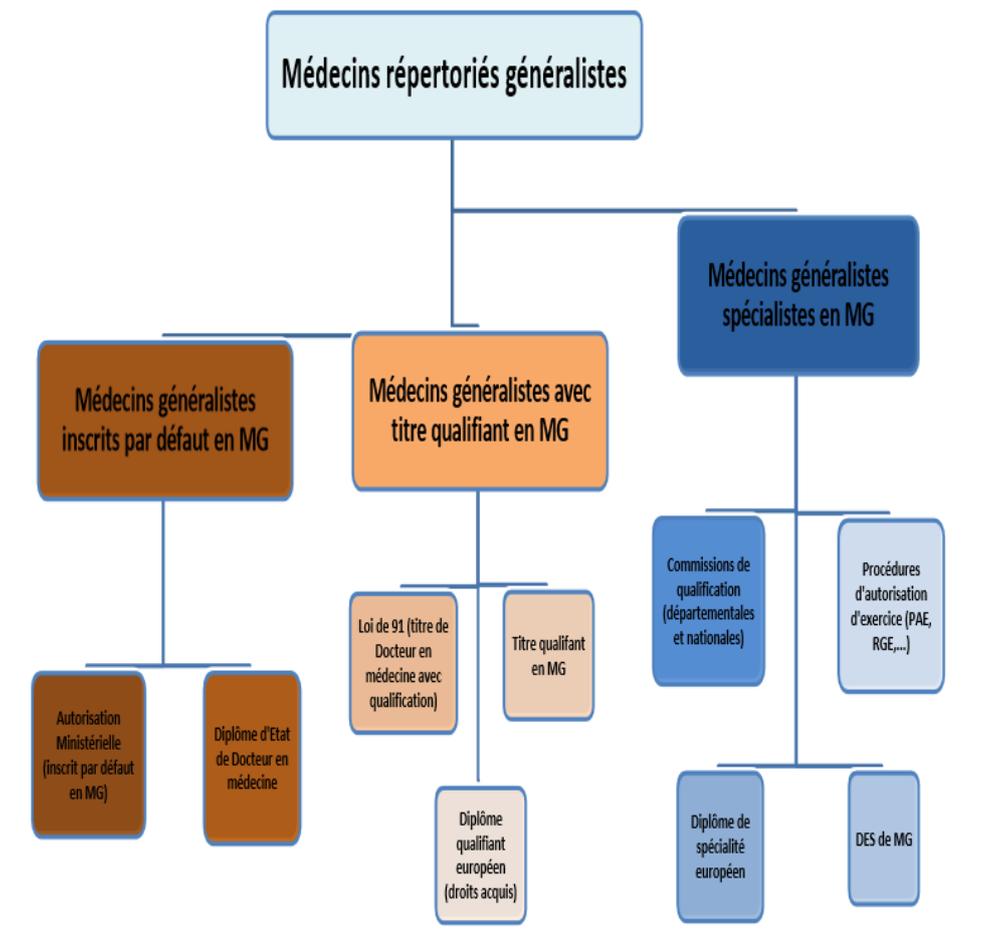


Figure 1: Médecins généralistes répertoriés

Tous n'exercent pas une activité de soins de santé primaires et donc ne répondent pas à la définition de la médecine générale de la WONCA.

Différents modes d'exercice coexistent :

- libéral
- salarié (centre de santé, PMI, planning...)
- hospitalier
- MEP (médecins à exercices particuliers)

Ne seront qualifiés de spécialistes en médecine générale ceux dont l'activité répond aux critères définis (médecine ambulatoire en soins de santé primaire).

Le but du DES étant de mettre en avant les spécificités de la discipline.

Actuellement les voies de qualification pour la spécialité médecine générale sont les suivantes (12) :

- La reconnaissance d'un titre de spécialiste par :
 - Le DES de médecine générale selon la loi de modernisation sociale de janvier 2002.
 - La directive 2005/36/CE modifiée qui permet une reconnaissance automatique de la spécialité en médecine générale des candidats possédant un diplôme, titre ou certificat délivré dans un Etat membre de l'Union Européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen obtenu conformément aux dispositions de l'article 28 de cette même directive.

- La voie de la commission de qualification placée auprès de l'Ordre des médecins :

Une procédure ordinaire en application au décret du 19 mars 2004 et de l'arrêté du 30 juin 2004/ article L.632-12 4° du code de l'éducation.

L'Ordre des médecins a constitué des commissions de qualification de première instance et d'appel.

Chaque candidat présente un dossier où figurent les critères de qualification suivants :

- la formation ;
 - l'activité professionnelle ;
 - les travaux personnels en rapport avec les soins primaires ;
 - les services rendus à la discipline.
-
- Les procédures d'autorisation ministérielle :
 - PAE (Procédure d'autorisation d'exercice).
 - Procédure du « Régime général européen » de la Directive 2005/36/CE modifiée.

Au terme de ces évolutions, la question se pose de l'impact sur le système de soins français de la reconnaissance universitaire de la médecine générale comme spécialité. Quel est le point de vue des patients, des médecins généralistes et des institutionnels sur l'organisation des soins de santé primaires en France ?

L'objectif de ce travail est d'analyser les conséquences de la création du DES :

- sur la perception des patients dans leur parcours de soins,
- sur le ressenti des médecins dans leur quotidien,
- sur l'analyse des institutionnels par rapport à l'évolution du système de santé.

Méthode

A) Recherche bibliographique

Les termes français utilisés dans l'équation de recherche sont : DES de médecine générale et système de santé français ; spécialité médecine générale ; soins de santé primaires.

Les sources utilisées : google scholar, cismef, babord+.

La durée de la recherche va de mai 2016 à mai 2018.

B) Type d'étude

Etude qualitative avec réalisation d'entretiens semi structurés avec les patients, d'un focus group avec des médecins généralistes et d'interviews avec des représentants institutionnels.

Population concernée :

- patients de cabinets de médecine générale des Pyrénées Atlantiques,
- médecins généralistes du Pays Basque,
- institutionnels : un représentant de l'ARS, une consultante en stratégie de la santé, le maire d'une commune, un représentant de l'Ordre des médecins.

C) Les patients

1) Echantillonnage

Trois cabinets ont été sélectionnés pour réaliser les entretiens, deux en milieu urbain et un en milieu rural dans la région Pyrénées-Atlantiques :

- Biarritz
- Anglet
- Bardos

Pour des raisons pratiques, le choix s'est porté sur des cabinets avec un minimum de deux pièces hors salle d'attente afin que les entretiens puissent se dérouler dans une salle isolée.

Le seul critère d'exclusion était l'âge < 18 ans

Un échantillonnage de convenance a été réalisé c'est-à-dire qu'en dehors du seul critère d'exclusion, aucune autre sélection n'a été faite.

En effet, après information et accord des médecins du cabinet, les patients étaient recrutés dans la salle d'attente sur la base du volontariat.

Le sujet de la thèse leur était brièvement expliqué par l'intervieweur : « *Je réalise ma thèse sur le système de santé français et la place de la médecine générale* ».

Il a été volontaire de ne pas d'emblée évoquer le DES de médecine générale lors de l'approche pour éviter un nombre de refus trop important.

Il leur était proposé de réaliser un entretien d'une quinzaine de minutes à la fin de leur consultation pour ne pas interférer avec le planning du médecin du cabinet et également pour qu'ils soient dans les meilleures dispositions.

Le consentement oral de chaque patient était obtenu avant chaque entretien pour l'enregistrement audio et l'anonymat leur était assuré.

L'enregistrement a été réalisé avec la fonction dictaphone de l'iPhone 5s.

2) Entretiens semi-structurés

Il s'agissait d'entretiens s'articulant autour d'un guide constitué d'une liste de thèmes à aborder.

Après concertation avec le directeur de thèse, un guide d'entretien se composant de sept questions, deux questions fermées et cinq questions ouvertes a été élaboré (annexe 1).

Les entretiens étaient individuels, une seule personne interrogée, et ont été réalisés par une seule personne : l'investigateur était l'interviewer.

Le canevas d'entretien a servi de fil conducteur mais s'est également adapté au discours et aux réponses du patient, afin d'être réellement dans un échange et non un interrogatoire.

D) Les médecins généralistes

1) Echantillon

Un focus group a été programmé avec inclusion d'un minimum de 6 participants et idéalement un équilibre entre :

- Nombre de médecins « ancien régime » c'est-à-dire ayant obtenu le doctorat avant le DES et nombre de médecins « nouveau régime » ayant obtenu le doctorat après le DES.
- Nombre de médecins exerçant une activité rurale et nombre de médecins exerçant une activité urbaine

Il s'agit d'un échantillonnage en variation maximale.

Douze médecins de la région Pyrénées-Atlantiques ont été contactés par téléphone entre octobre et novembre 2016.

2) Focus group : définition

Il s'agit d'un entretien collectif qui permet d'explorer différents points de vue, de partager différentes expériences sur un sujet ou à propos d'un phénomène.

La dynamique de groupe permet d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion.

Le focus group nécessite deux intervenants :

- Un modérateur, qui va animer le groupe, poser les questions, reformuler, distribuer la parole.
- Un observateur qui note les aspects non verbaux et relationnels lors des échanges.

Il nécessite un lieu neutre et un canevas d'entretien composé ici de six questions avec des points obligatoires à aborder (annexe2).

3) Réalisation

Le modérateur était le Docteur Alain Chaperon, médecin généraliste ancien maître de conférences associé à l'Université de Bordeaux.

L'observateur était l'investigatrice de l'étude.

Avant que les participants n'arrivent, le canevas d'entretien a été relu avec le modérateur pour être certain de la bonne compréhension des thèmes à aborder.

Il a été convenu de consacrer 15 minutes d'enregistrement par question : un chronomètre était lancé lorsqu'une question était abordée et était arrêté au bout de 15 minutes sauf si un point important était en train d'être discuté.

Avant de débiter les questions et l'enregistrement, une présentation du sujet de thèse a été réalisée et les principes du focus group ont été exposés en insistant sur les points suivants :

- anonymat garanti ;
- parole le plus libre possible.

La séance a été enregistrée à l'aide de deux dictaphones placés de part et d'autre de la table : 2h15 d'enregistrement ont été obtenues.

Un buffet dinatoire était à la disposition des participants durant le déroulement de la séance.

E) Les institutionnels

1) Echantillon

Le choix des quatre institutionnels a été délibéré :

- Un représentant de l'ARS
- Un représentant de l'Ordre des Médecins
- Une consultante en stratégie de la santé
- Le maire d'une commune

Le point de vue des principaux maillons régionaux pouvant intervenir dans la structuration du système de santé a été souhaité.

2) Interviews

Avec le directeur de thèse, une grille de six questions a été pré établie (annexe3).

Ils ont été réalisés par un seul enquêteur.

F) Transcription

Il s'agit de retranscrire mot à mot la totalité des enregistrements, y compris les hésitations et le non verbal, afin d'obtenir ce que l'on appelle le verbatim.

Elle doit être la plus fidèle possible.

L'ensemble des retranscriptions a été réalisé par l'enquêteur.

Un minimum de deux écoutes a été nécessaire pour chaque entretien et pour le focus group.

G) Codage

Le codage en recherche qualitative est l'analyse. Il s'agit d'extraire du sens du matériau obtenu.

Dans la littérature, deux grandes méthodes sont principalement retrouvées :

- Celle qui consiste à faire émerger des théories et cadres conceptuels de manière empirique.
- Celle qui préconise une démarche rigoureuse, méthodique et itérative en partant de cadres théoriques.

L'une ou l'autre des méthodes n'a pas été utilisée de manière exclusive. Instinctivement les deux approches se sont côtoyées.

Un codage ouvert a été réalisé manuellement à l'aide du logiciel Nvivo.

Concrètement il s'agissait de découper le verbatim en unités de sens (mots, phrases ou même paragraphes) et ces unités de sens ont ensuite été regroupées par thèmes et sous thèmes pour une analyse thématique.

Résultats

A) Patients

Cinq sessions d'entretiens ont été réalisées :

- 2 à Biarritz
- 2 à Anglet
- 1 à Bardos

Au total, 15 entretiens ont été enregistrés entre Octobre 2016 et Mai 2017 dont deux entretiens pilotes qui n'ont pas été retranscrits mais qui ont permis de modifier l'approche.

En effet les deux premiers patients interviewés n'ont pas compris les deux premières questions tel qu'elles étaient posées et ont demandé des précisions : « *Qu'est-ce qu'on voulait dire par spécialité médecine générale* ».

La première question a donc été reformulée comme suit :

« *Savez-vous que la médecine générale est considérée comme une spécialité au même titre que la cardiologie ou la chirurgie ?* »

Et il a été également décidé et ce quel que soit la réponse à cette première question, de donner quelques explications brèves sur la loi de modernisation sociale, l'ECN et le choix de spécialités.

Le recueil de données a été arrêté au bout de 13 entretiens car la saturation de données a été atteinte c'est-à-dire que le douzième et treizième entretiens n'apportaient pas de concepts supplémentaires par rapport à ceux recueillis dans les précédents.

Un extrait du verbatim de l'entretien 9 est en annexe 4.

Le panel comportait 4 hommes et 9 femmes. La moyenne d'âge était de 54,5 ans

Les caractéristiques des patients sont résumées dans le tableau suivant :

	Sexe	Age	Profession	Lieu
Entretien 1	Femme	79 ans	retraîtée	Biarritz
Entretien 2	Homme	45 ans	Chef d'entreprise	Biarritz
Entretien 3	Femme	78 ans	Retraîtée (ancienne documentaliste)	Biarritz
Entretien 4	Femme	56 ans	Aide-soignante	Biarritz
Entretien 5	Femme	57 ans	Retraîtée (ancienne vendeuse)	Anglet
Entretien 6	Femme	22 ans	Sans profession	Anglet
Entretien 7	Femme	64 ans	Retraîtée (ancienne cadre bancaire)	Bardos
Entretien 8	Femme	58 ans	Retraîtée (ancienne comptable)	Bardos
Entretien 9	Femme	27 ans	étudiante	Bardos
Entretien 10	Femme	69 ans	Femme au foyer	Biarritz
Entretien 11	Homme	62 ans	artisan	Biarritz
Entretien 12	Homme	23 ans	étudiant	Anglet
Entretien 13	Homme	69 ans	Retraité (ancien militaire)	Anglet

Tableau 1: Caractéristiques des patients

1) La spécialité médecine générale inconnue pour la plupart des patients

Neuf des patients interviewés ne savaient pas que la médecine générale était maintenant reconnue comme une spécialité. (Entretiens 2,3,4,5,6,10,11,12,13).

Ils ont été pour la plupart surpris. On pouvait constater de l'incompréhension dans leurs réactions car ils existaient pour eux une réelle division entre médecins généralistes et spécialistes.

E2 : « heu je ne le savais pas sous cette forme-là, non » ... « je pensais qu'il y avait les spécialistes et les généralistes »

Les 4 patients (E1,7,8,9) ayant répondu « oui » en avaient entendu parler par des proches qui étaient du milieu médical ou par les médias au travers d'émissions dédiées à la santé.

E9 : « Oui... Par mes proches heu comme j'ai des amis qui font médecine heu j'ai appris qu'il fallait passer par le concours de spécialité dorénavant pour devenir médecin généraliste. »

2) Conséquences du DES pour la médecine générale

2.1 Une augmentation du tarif de la consultation

La majorité des patients pensait que la principale conséquence du DES de médecine générale serait une majoration du prix de la consultation. Ils estimaient que les honoraires pourraient s'aligner sur ceux des autres spécialistes.

E7 : « j' pense qu'on devra un règlement plus important aussi »

2.2 Une revalorisation de la profession

Les patients suggéraient que le titre de spécialiste pourrait apporter de la reconnaissance aux médecins généralistes.

E1 : « ...ils vont être reconnus à leur juste valeur, j'espère que d'ailleurs ça sera revalorisé »

Pour E4 actuellement « *un spécialiste a une aura souvent un peu supérieure qu'un médecin généraliste.* »

Ce serait donc une voie pour redorer le blason de la profession et pour E11 un moyen « *de redynamiser le secteur* ».

2.3 Une meilleure formation

Trois patients (E3,9,12) évoquaient un accès à une formation spécialisée pouvant aboutir à une pratique plus performante, *une médecine plus fine, plus recherchée et plus approfondie (E3)*.

Mais en contrepartie pour E12 instaurer un concours pour accéder à la médecine générale ajoutait une difficulté supplémentaire aux étudiants qui pensaient pouvoir y accéder « *plus facilement* ».

Pour rappel des explications brèves sur les ECN et l'internat de médecine générale ont été données aux patients entre la première et la deuxième question du canevas.

2.4 Peu ou pas de conséquences

Pour E2 le fait que le médecin généraliste devenait spécialiste n'entraînait aucune conséquence ni pour le patient et son parcours de soins ni pour le système de santé.

E5 n'avait pas d'avis quant aux conséquences qui pouvaient découler de ce changement de statut.

3) La médecine générale vue par les patients

Pour les patients c'était une discipline **vaste et donc complexe**.

E5 : « Ça regroupe peut-être un peu trop de choses ».

E13 : « Vous devez avoir beaucoup de connaissances et vous avez de temps en temps un diagnostic à assurer et je pense que ce n'est pas évident ».

Il s'agissait de soins de **premier recours**, dès qu'ils avaient un problème de santé « *les p'tits bobos de tous les jours, les gripes, les trucs des enfants* » (E10) ils allaient voir le médecin généraliste.

C'était la médecine « **de proximité, la médecine de famille** » (E1).

Mais elle avait ses limites, la médecine générale permettait de faire un examen de débrouillage dans plusieurs domaines mais « *quand ça s'empire, il faut les spécialistes* » (E4).

4) Rôle du médecin généraliste

Pour les patients, le médecin généraliste était le **premier contact** avec le système de santé.

Quand ils étaient malades, qu'ils avaient besoin de médicaments c'était le médecin généraliste qu'ils allaient voir en premier (E6).

Il s'agissait du **réfèrent de santé** (E9) qui avait une place importante « *car au départ c'est lui qui détecte* » (E7).

E13 : « Pour moi c'est a priori dans le parcours de soins tout démarre du généraliste ».

Le médecin généraliste permettait une **approche globale** avec **une relation médecin-patient** qui était fondamentale.

E9 : « Quand je trouvais qu'un généraliste n'était pas assez accueillant n'était pas assez attentif je changeais ».

Il faisait le tour de la question, ne s'attardait pas sur un seul problème et voyait un peu le contexte (E3).

La parole était libre avec le médecin généraliste, « *On peut lui poser des questions c'est plus facile qu'avec un spécialiste* » (E4).

Son rôle **d'aiguilleur dans le parcours de soins** était reconnu, s'ils allaient voir un spécialiste c'était forcément une indication du médecin généraliste (E2, E7, E9).

E9 : « C'est lui qui est censé me rediriger vers des bons spécialistes au bon moment si besoin ».

Même si pour certains domaines notamment la dermatologie « le passage » par le médecin généraliste n'est pas souvent bien perçu et compris.

E5 : « Ben alors heu pour certaine chose par contre je ne vais pas passer par elle pour aller chez le dermato ! ».

Le médecin généraliste **soignait** aussi (E6, E4) et était capable de faire des diagnostics (E5).

Il avait un **rôle de synthèse** (E4,8,10), lorsqu'il y avait plusieurs intervenants dans une prise en charge, le médecin généraliste rassemblait les différents éléments et délivrait aux patients une information claire.

E8 : « Une fois qu'on sort d'un spécialiste c'est bien que notre médecin généraliste nous explique vraiment ».

5) La consultation de médecine générale

La consultation de médecine générale était décrite comme **accessible et adaptée** à la demande des patients.

E1 : « Ça correspond tout à fait à mes besoins ».

E10 : « Et puis parce qu'on a plus vite le rendez-vous aussi ».

Mais pour certains le côté humain tendait à quelque fois à s'effacer, la consultation devenait **anonyme**.

Les médecins prenaient beaucoup de monde qu'ils gardaient qu'un quart d'heure minimum pour faire passer le plus de monde possible (E5).

E6 : « C'est vrai les médecins quand ils vous connaissent et ben ils font plus attention à certains détails en fait, ils bâclent le truc et c'est pas forcément bien en fait ».

Pour E4, l'accès aux examens complémentaires était restreint et principalement pour des raisons de coût.

« On peut croire qu'on soigne tout que tous les examens sont possibles, c'est pas très vrai parce que ça reste compliqué... on a l'impression qu' des fois une fois qu'on en a eu un on n' a plus droit d'en avoir d'autres ».

6) Le système de santé français.

Le point le plus évoqué était l'**accès aux soins** qui devenait selon les patients de plus en plus difficile avec la **désertification médicale** (E4,8,10,11).

Trouver un médecin généraliste dans les campagnes « *est un véritable sacerdoce* » (E10).

E11 : « Ils peinent à trouver des médecins dans les endroits où il n'y a pas grand monde ».

Ils manquaient de spécialistes et donc les délais pour avoir un rendez-vous étaient très longs (E4,5,8,9,10).

C'était surtout le cas de l'ophtalmologie et de la dermatologie (E9).

Beaucoup de médecins généralistes étaient débordés et ne prenaient plus de nouveaux patients.
E8 : « Je vois j'ai une copine qui est à Brive elle a bataillé pour trouver un médecin généraliste, elle a dû téléphoner à la sécurité sociale ou je sais pas ou à l'ordre des médecins pour avoir une liste de de médecins parce que tout le monde l'a refusé. »

La permanence des soins différait aussi en fonction du lieu géographique, de la disponibilité des médecins (E4).

L'accès direct à un médecin de garde était regretté, il était régulé par le 15 et c'était donc après une première évaluation qu'il y avait éventuellement une mise en relation avec un médecin.

« Il ne faut pas déranger parce que ça coûte cher certainement et le médecin ne veut plus être dérangé » (E4).

Les soins devenaient **de plus en plus coûteux**. (E1,2,4,10).

Maintenant « il reste toujours quelque chose à payer dans les interventions » alors qu'avant les patients n'avaient pas le sentiment que « ça coûtait quelque chose » (E1).

La sécurité sociale remboursait de moins en moins, « on est bien soigné si on a de l'argent » (E4).

Les **centres hospitaliers** et **les urgences** étaient saturés, il y avait un manque de personnel (E6, E9), on s'occupait de moins en moins des patients.

Il fallait qu'il y ait du rendement.

E9 : « J'ai l'impression par moment que pour avoir été dans une clinique où un proche s'était fait opérer, que les infirmières et les médecins ils avaient du... un chiffre à faire pas un chiffre financier, mais un chiffre, un roulement à faire en nombre de patients ».

B) Médecins

Le focus group a eu lieu le 28 Novembre 2016 salle de la Nive au Centre Hospitalier de la Côte Basque à 20 heures.

Sur les 12 médecins contactés par téléphone dans la région Pyrénées Atlantiques, sept avaient accepté de participer au focus group.

Six étaient présents le jour J.

Leurs caractéristiques sont regroupées dans le tableau suivant :

Médecin	Age	Année de DES	Année de doctorat	Nombre d'années d'installation	Particularité	Lieu d'exercice
1	35 ans	2009		1		Rural
2	57 ans		1984	30	Maitre de stage des Universités (MSU)	Urbain
3	50 ans		1993	11		Urbain
4	32 ans	2012		1 mois		Rural
5	57 ans		1984	26	MSU	Rural
6	33 ans	2011		1.5		Rural

Tableau 2: Caractéristiques des médecins

La salle de réunion était spacieuse, calme, neutre.

Les tables étaient disposées de façon à former un cercle.

Un extrait du verbatim obtenu est en annexe 5.

1) Le DES de médecine générale vu par les médecins généralistes

1.1. Indifférence

Pour la totalité des médecins présents, la spécialité médecine générale n'avait pas de sens, le titre ne leur apportait rien.

M3 : *« Moi je suis d'accord sur le fait que ça n'apporte rien ce titre-là de spécialiste en médecine générale je ne vois pas le sens, on est généraliste ».*

Pour l'un d'entre eux, c'était presque une ignominie.

M2 : *« Le fait qu'on te balance un jour que tu es spécialiste en médecine générale mais ne t'inquiète pas tu gardes tes consultations à 23 € de toute façon tu n'as rien à dire ; j'ai vécu ça comme une humiliation ».*

1.2. Un terme inadapté

De plus, le terme spécialiste en médecine générale faisait débat et ne convenait pas (M1, M2, M3).

M1 : *« Parce qu'en fait la dénomination n'est pas bonne en fait, dire spécialiste en médecine générale, dans la formulation c'est idiot, il faudrait changer le terme de général ».*

Il aurait été préférable de garder le titre médecin généraliste (M3) ou s'il fallait le changer utiliser le terme « médecin de famille » (M2).

Quoiqu'il en soit, personne n'employait la dénomination « spécialiste en médecine générale ».

Aucun des médecins du panel ne l'avait fait inscrire sur sa plaque.

1.3. Pas de conséquence sur la consultation de médecine générale

Ce n'était pas le titre de spécialiste qui allait faire qu'un patient vienne ou pas les consulter (M6).

D'une part parce que les patients ne savaient pas que la médecine générale était une spécialité. (M1, M3, M4, M5)

M5 : *« Ils nous ont connu médecin généraliste maintenant après on est devenu médecin spécialiste en médecine générale eux ils n'ont pas vu pas la différence c'est évident ».*

D'autre part parce que c'était la relation de confiance médecin-patient, la disponibilité et la qualité de soins qui primaient et que le titre n'apportait pas (M3, M2, M4, M6).

1.4. Une meilleure formation universitaire

Les seuls points positifs évoqués étaient l'accès à une formation spécifique (M4), ainsi que la volonté d'avoir voulu reconnaître l'existence de tâches spécifiques que seul un médecin généraliste était en mesure d'assurer (M1).

M4 : « Je suis content que le statut nous ait amené une formation spécifique de l'internat auquel on n'avait pas droit avant ».

M1 mettait également en avant une contradiction, un internat spécifique de médecine générale enseigné majoritairement au sein des murs de l'hôpital par des spécialistes d'organes qui pouvaient quelques fois avoir une vision péjorative du médecin généraliste.

M1 : « J'ai entendu ça toutes mes études, dans tous les services, pour tous les patients, le généraliste a envoyé soit trop tôt soit trop tard et c'est toujours encore comme ça aujourd'hui ! »

2) L'exercice de la médecine

2.1 Chef d'orchestre

L'ensemble des médecins se voyaient comme le chef d'orchestre du parcours de soins du patient ; il diagnostiquait, il orientait son patient si besoin. Il recentrait le patient sur sa pathologie, lui apportait les explications nécessaires, faisait le lien entre les différentes spécialités.

M3 : « On voit les gens, on décide, on fait de la prévention, on les rassure ou on les inquiète un petit peu, on les aide, moi j'adore ça de toute façon et après on demande des avis à ceux qui sont compétents pour nous donner des avis voilà ».

2.2 La pratique vue différemment en fonction des générations.

L'exercice de la médecine générale était cependant vu différemment en fonction des générations : pour M1 ces tâches découlaient naturellement de la formation spécifique reçue contrairement à M2 qui prônait avant tout le soin et le colloque singulier.

M1 : « Ben voilà, en fait je pense qu'il y a un décalage entre le boulot que vous avez fait il y a 30 ans et maintenant. »

Par exemple, être garant du dossier médical pour M1 était une tâche spécifique du médecin généraliste alors que pour M2 cela pouvait être fait par une secrétaire.

2.3 Vécu de la pratique hétérogène

M3 et M4 étaient satisfaits de la façon dont ils pratiquaient la médecine. Ils se sentaient à leur place et n'avaient pas l'impression de subir tant de contraintes. M4 : « *On a beau dire qu'on est limité, mais moi je prescris ce que j'ai envie de prescrire et je fais mon diagnostic et si j'ai envie de les envoyer je les envoie, si après les gens ont envie d'aller aux urgences c'est leur problème, moi je fais le métier comme j'ai envie de le faire donc je ne trouve pas qu'il y ait tellement d'obstacles finalement* ».

Alors que M6 et M2 avaient peur de perdre de l'autonomie. Beaucoup de décisions étaient imposées : ROSP, tiers payant.

Avec la ROSP, M2 avait l'impression qu'on lui demandait d'être le bon élève de la sécurité sociale. Il parlait même d'infantilisation. Cela influençait voire nuisait à la relation médecin-patient : M2 : « *Quand on prescrit des génériques et quand on leur dit vous savez depuis janvier 2015 on est obligé de prescrire en DCI sinon ça leur fait des boutons, ils savent même pas ce que c'est, il faut leur expliquer ! Et qu'ils me répondent que de toute façon on touche des primes pour prescrire des...des génériques ça perturbe la relation médecin-patient.*

2.4 Le médecin traitant, une réforme plus marquante

Le recours à la consultation de médecine générale avait surtout été influencé par la réforme du médecin traitant plus que par le titre de spécialiste.

M3 : « *Ce qui a changé les choses mais je vais parler d'autres choses, c'est la déclaration du choix de médecin traitant et l'organisation des soins à partir du médecin traitant.* »

2.5 Mésusage du premier recours

Ils reconnaissaient que l'une de leur qualité était d'être disponible mais évoquaient quelques fois un « recours à défaut de trouver mieux ».

M6 : « *On est là quand le gamin il a de la fièvre et que le pédiatre a du mal à répondre et hop ils vont vous l'amener parce que vous au moins vous avez répondu* ».

Ils soulignaient également un premier recours encore trop souvent décalé vers les urgences, certains l'expliquaient par leur proximité ou non d'un centre hospitalier et par le caractère très aigu ou non du symptôme.

M1 : « On ne fait quasiment plus d'urgences nous, on fait quasiment rien, on fait la rhinopharyngite, la bronchite mais rien de ...mais on est assez limité dès que c'est une main on ne peut plus y toucher. »

M3 avait cependant l'impression que sa patientèle et principalement sa patientèle âgée prenait son avis ou la consultait avant tout et n'avait recours aux urgences que si elle le jugeait nécessaire.

Alors que pour M4 si le patient voulait aller aux urgences, on ne pouvait rien y faire c'était inhérent à la société actuelle qui voulait tout et tout de suite.

M5 n'était pas de cet avis et pensait qu'une régulation était possible.

3) La rémunération

3.1 Iniquité

Elle n'avait pas été alignée avec celle des autres spécialistes, pour M5 cela aurait permis de faire connaître la spécialité médecine générale au grand public.

La rémunération n'était pas adaptée à l'activité, la cotation ne rendait pas compte de la quantité ou de la qualité du travail. *M4 : « On passe du remplissage de dossier pour une assurance à une consultation de trois quarts d'heure sur un mec qui va bientôt claquer d'un infarctus ou d'un cancer et on est payé la même chose ».*

Pour M3, c'était le seul point d'ombre à son exercice. *M3 : « A part mes 23 euros je suis très contente. »*

3.2 Une majoration souhaitée par les patients mais pas forcément acceptée

La plupart de leurs patients leur disaient souvent qu'ils n'étaient pas assez payés mais les médecins étaient persuadés que les patients ne seraient pas prêts à payer plus.

M1 : « Ils veulent tous qu'on soit augmenté, mais par contre ils ne veulent pas payer plus cher alors qu'ils sont remboursés ! »

M3 : « Quand il faut retirer 1 euros 2 ou trois c'est compliqué ! Ils ne sont pas éduqués à ça nos patients ! Ils ont l'habitude que la santé soit gratuite. »

3.3 Complexe à se faire rémunérer

En fonction des situations, les médecins n'osaient pas demander la rémunération qui leur était due. Souvent les patients arrivaient en consultation avec le chèque déjà rempli et si la consultation nécessitait une cotation particulière les médecins n'osaient pas demander plus.

M1 : « Moi j'ai des difficultés à demander de l'argent aux gens ».

M4 : « En fonction de l'acte c'est comme toi j'ai énormément de mal à demander de l'argent ! J'ai fait une HDT sur une famille complètement en détresse, ils étaient en train de me chialer dans les bras, trois heures de visite, j'ai rien fait payer et je ne les réclame pas tu vois ! ».

Pour M3, il faudrait que le médecin change et n'ait plus de complexe à demander de l'argent et qu'il ne soit plus gêné de prescrire un médicament non remboursé.

Pour M1, le tiers payant serait une solution et permettrait d'appliquer les cotations adéquates.

4) Obstacles à l'évolution du système de santé

4.1 Le gouvernement

Le frein à l'évolution du système était politique. Les élus ne se rendaient pas compte de la réalité du terrain. Il n'y avait pas de réelles propositions, de réelle volonté de changements. Ils n'étaient intéressés que par leur réélection et le corps médical n'était qu'une minorité.

M2 : « Je trouve inadmissible et profondément choquant qu'il y ait des types quand j'dis des types c'est aussi des femmes, à Paris, à l'Assemblée nationale qui vont nous dire à nous, tu travailleras comme ça...ce sont des politiciens qui sont déconnectés de la réalité ».

4.2 Manque de coopération

Il existait un fossé entre le monde hospitalier et le monde ambulatoire, encore trop d'incompréhension qui ne favorisaient pas le travail d'équipe (M1, M2, M5, M6).

M1 : « Je m'excuse toujours quand j'appelle à l'hôpital, je sens bien qu'il faut que je m'excuse ».

Cette vision n'était pas partagée par M3 et M4 qui au contraire ne rencontraient pas d'obstacles à coopérer avec le milieu hospitalier ou les autres spécialistes libéraux.

M3 : « Je suis peut-être naïve mais les spécialistes avec qui je travaille, je pense avoir leur considération comme ils ont la mienne ».

5) La recherche en médecine générale

5.1 Attractive mais peu compatible avec la pratique actuelle

L'ensemble des médecins aimerait faire de la recherche en médecine générale, mais pensait que c'était très compliqué à mettre en place. Ils aimeraient pouvoir le faire mais sur leur temps habituel de travail et non leur temps personnel. Or l'organisation actuelle permettait difficilement de se dégager des créneaux qui seraient dédiés à la recherche.

M3 : « Et puis y'a une chose importante que j'vais dire aussi peut-être parce que je suis la seule femme.... Ayant des enfants je peux vous dire que moi dès que j'ai fini ma journée... faut que tout soit ultra concentré ! Donc tout ce dont vous parlez est intéressant, pourrait m'intéresser personnellement, faire des études de machin, c'est juste pas possible ».

5.2 La France en retard

Pour M6, la France possédait des bases de données en médecine générale qui pourraient largement contribuer à faire de la recherche. Selon lui, les études émergeaient principalement des pays étrangers notamment l'Angleterre.

M6 : « Non mais je sais pas, mais c'est vrai que souvent quand on voit des études à l'étranger, en Angleterre, je me demande pourquoi on fait pas ça, c'est frustrant, je pense qu'avec les bases de données à la sécu ».

5.3 Nécessité d'un impact concret sur le quotidien

M4 pourrait s'investir dans une étude mais à condition qu'elle ait un réel intérêt et impact sur la pratique quotidienne de la médecine générale.

M4 : « Moi je suis complètement d'accord, faire la recherche, faire des études, faire des machins mais sur des choses qui nous concernent vraiment... parce que faire l'état de la corticothérapie à 60 au lieu de 65 j'en n'ai rien à carrer ! »

5.4 Pas assez enseignée

M1 évoquait un manque de formation au cours de l'internat de médecine générale. Maintenant installé, il se voyait difficilement se rendre à des formations car cela demandait trop d'organisation : fermer le cabinet ou se trouver un remplaçant.

M1 : « J'aurais adoré avoir une formation même théorique pour la recherche... et me dire bon bah voilà j'ai envie de faire une étude... avec mes petits moyens, mes copains qui sont médecins généralistes ! »

5.5 Une voie pour affirmer la spécialité

M2 et M5 ont participé à deux études à l'initiative du département de médecine générale, en recrutant des cas. Ils reconnaissaient que la recherche pourrait être un moyen d'affirmer et d'imposer un peu plus la spécialité médecine générale.

5.6 Quel financement ?

La question du financement de la recherche a été soulevée. Les médecins croyaient difficilement à un financement par des laboratoires, car cela manquerait d'intérêt pour ces derniers. Ils n'avaient pas d'idée quant aux possibilités de financement pour la recherche dans leur domaine.

M6 : « Qui c'est qui va financer la recherche en médecine générale ? Aucun labo va financer ça ! Ça sera forcément un financement public ! »

C) Institutionnels

Quatre entretiens ont été réalisés entre avril 2017 et février 2018.

Le premier a été réalisé le 29 avril 2017 avec le maire d'une commune du Pays Basque.

Le second a été réalisé le 26 avril 2017 avec un représentant de l'ARS à l'ARS de Bordeaux.

Le troisième entretien a été réalisé le 6 février 2018 avec un représentant de l'Ordre des médecins (ODM) dans les locaux de l'Ordre des médecins de Bordeaux (extrait en annexe 6).

Le quatrième entretien a été réalisé le 6 février 2018 avec une consultante en stratégie de la santé (CSS) à son domicile à La Réole.

1) Le système de santé actuel

1.1 Un système qui s'essouffle

Il était désuet et se détériorait (ODM).

Il s'agissait d'un système de santé qui n'était plus adapté aux enjeux démographiques épidémiologiques, territoriaux et économiques (CSS).

Il était organisé autour d'un double pilotage, l'ARS pour les hôpitaux et l'assurance maladie pour les médecins, qui ne permettait plus une bonne gestion de l'offre de soins.

CSS : « aujourd'hui il devrait y avoir beaucoup plus de souplesse pour s'organiser dans les territoires ».

1.2 Beaucoup de diagnostics peu de prévention

C'était un système qui soignait mais ne prévenait pas. Il a été construit sur le remboursement de soins (ARS).

ARS : « On a un système qui ne finance pas bien, qui n'organise pas bien la prévention et évite que les gens aient recours aux soins ».

L'ensemble était sclérosé dans une activité ancienne qui avait toujours privilégié le diagnostic de l'aigu et le recours de l'aigu à l'hôpital (CSS).

1.3 Diminution du temps médical

Il se déshumanisait avec la disparition du colloque singulier (ODM). La multiplication de tâches pour le professionnel de santé entraînait une perte du temps médical dédié aux patients (ODM et CSS).

ODM : « On ne donne plus de temps médical aux patients, on donne de plus en plus de charges administratives aux médecins et donc le médecin n'a plus de temps de s'occuper correctement de ses patients. »

1.4 La médecine générale peu avantagée

L'organisation était en défaveur de la médecine générale qui n'attirait plus les étudiants. Aux ECN, le choix de la médecine générale était souvent un choix par défaut (ODM).

ODM : « Cette médecine générale il y a de moins en moins de médecins qui veulent faire cette médecine générale ».

L'installation en médecine générale diminuait alors que le nombre de médecins formés augmentait. Les jeunes médecins préféraient être remplaçant car ne voulaient pas s'encombrer des démarches et des contraintes de l'installation (ARS).

ARS : « Dix mille remplaçants de médecine générale en France je pense ! Donc 10 000 qui travaillent en deux tiers temps ben voilà ça fait tout de suite un nombre heu important de, ça fait 3000 équivalents temps plein de médecins généralistes qu'on perd dans le système ».

1.5 Une nouvelle génération

Il y avait également une évolution sociétale qui voulait que le médecin d'aujourd'hui n'était plus corvéable à merci.

ODM : « Je crois qu'on n'a plus ce côté, les jeunes médecins et c'est une réalité veulent travailler, aiment peut-être ce qu'ils font mais veulent s'arrêter à 18h/19h pour être avec leur famille, pour s'occuper d'eux, pour faire un peu de sport, je crois que ça c'est une généralisation ».

1.6 Un bon système

Le représentant communal affirmait que la France avait un bon système de santé.

2) Impacts du DES

2.1 Dans l'absolu pas de changement

La spécialité médecine générale n'avait absolument rien changé de fondamental dans l'organisation des soins (ODM/CSS).

CSS : « Ça a été un lot de consolation pour les généralistes ».

Cela n'avait pas permis d'alléger la charge de travail des généralistes et n'avait pas entraîné une incitation au travail collaboratif (CSS).

Le maire interviewé n'avait pas connaissance de la réforme.

2.2 Egalité des statuts

Le DES avait permis de mettre le médecin généraliste au même niveau que les autres spécialistes (ODM), de reconnaître la spécialité mais n'avait permis en aucun cas la résolution des problèmes de terrain (CSS).

ODM : « Le fait d'avoir donné spécialisation ça le met au même niveau que les autres mais ça y'a pas de raison que il y ait des médecins différents ».

2.3 Une tentative pour uniformiser la rémunération

Concernant la rémunération, c'était pour essayer d'uniformiser, de donner des honoraires un peu similaires aux médecins spécialistes (ODM).

Mais il restait encore un certain nombre de points qui créait une iniquité, pas d'accès au secteur 2 et pas de CCAM (Classification commune des actes médicaux) selon le représentant de l'ARS.

ARS : « Dans la formation des médecins généralistes il n'y a pas de statut qui donne accès à ce secteur conventionnel...il n'y a jamais eu de CCAM clinique... la clinique est payée en consultation moyenne ».

2.4 Une meilleure formation universitaire

Le DES apportait une meilleure formation. La médecine générale était en décalage par rapport aux autres spécialités car elle fonctionnait moins dans l'Evidence-based Medicine (EBM) et reposait sur un apprentissage empirique (ARS).

ARS : « Le fait est que la qualité de la formation des médecins généralistes aujourd'hui est sûrement mieux qu'avant, avec des profils qui sortent ou en tout cas se rapprochent plus des critères de qualité et d'exigences de formation qu'on avait pour les spécialistes ».

2.5 Assouplissement des relations avec les autres spécialistes

Pour le représentant de l'ARS, grâce à la spécialité médecine générale il y avait moins de scission spécialistes-généralistes. En particulier avec la nouvelle génération où les relations entre médecins étaient favorisées.

ARS : « Donc maintenant c'est vrai que pour les nouvelles générations il n'y a plus de positionnement spécialistes, généralistes, y a vraiment, c'est beaucoup mieux, beaucoup, beaucoup mieux qu'avant ».

2.6 Plus de généralistes formés

Plus que le DES, c'était la réforme des ECN qui avait permis de réorganiser les soins (ARS).

Avant cette réforme, l'Université formait plus de spécialistes que de médecins généralistes ; aujourd'hui il y a un équilibre au niveau des flux, autant de généralistes que de spécialistes.

ARS : « On avait un système où les médecins généralistes avaient de moins en moins de rôles parce qu'on s'appuyait de plus en plus sur les spécialistes, qu'on formait de plus en plus donc là on est revenu dans un système où il faut s'appuyer sur la médecine générale ».

Il y avait un réel transfert de tâches vers la médecine générale.

3) Les évolutions souhaitées pour notre système de santé

A l'unanimité, il était question de réorganiser et de changements à tous les niveaux.

« Il faut réformer le système de santé, tout remettre à plat et repartir » (ODM).

3.1 Une nouvelle offre

L'avenir de la médecine libérale paraissait compromis.

Les médecins généralistes formés ne voulaient pas être chef d'entreprise, ils utilisaient des voies détournées (DESC) et ne faisaient plus de la médecine générale libérale (ARS).

Actuellement, les jeunes médecins se tournaient plus facilement vers le salariat hospitalier ou restaient remplaçants.

Une des solutions serait d'offrir un plateau technique que le médecin n'aurait pas à gérer (ARS). Modifier l'offre rendrait l'installation plus attractive.

Il faudrait développer une offre qui ne serait *« pas obligatoirement publique, et même pas obligatoirement salariée »* comme des contrats d'exercice libéral, des collaborations ou encore des collaboration-association *« mais dans un système en tout cas où le médecin généraliste fait de la médecine générale, peut-être payé à l'acte ou au forfait comme on veut, peut-être libéral lui-même, mais par contre n'a plus à gérer les locaux, participer à l'investissement, recruter la secrétaire »*.

3.2 Une gestion et une offre à revoir

De plus, le conventionnement devrait être régional voir local afin d'avoir plus de souplesse et d'adapter l'offre à la demande (CSS).

Le financement et donc le conventionnement devaient eux aussi être révisés. Un redéploiement plus ciblé des moyens serait plus adapté et permettrait d'adapter l'offre à la demande.

Pour des raisons historiques, deux systèmes coexistaient : l'ARS qui pilotait plutôt les hôpitaux et l'assurance maladie qui pilotait plutôt les médecins. Ils avaient fait leurs preuves pendant 70 ans mais aujourd'hui ne convenaient plus (CSS).

Pour le représentant de l'ARS, la médecine générale était la seule spécialité qui ne bénéficiait pas d'une double offre, *« une offre privée avec des médecins libéraux et une offre publique hospitalière avec des médecins salariés avec des statuts hospitaliers » (ARS).*

3.3 Vers une médecine préventive, une médecine 2.0

Le système de santé devait s'orienter vers la prévention. En France *on n'était pas du tout là-dedans*. (ARS, CSS, ODM)

ODM : « Je pense que la médecine va être basée sur la prévention et je crois qu'il faut donner plus de temps aux médecins sur cette prévention, que cette prévention soit rémunérée ».

Il fallait se fixer **des objectifs de santé publique** et les amener à terme.

Il y avait des propositions, mais souvent le projet avortait ou n'était pas mené à l'échelle nationale (CSS).

Le médecin devait également avoir le temps de se consacrer à la prévention et avoir les outils pour le faire, il devait avoir **un rôle de manager de la santé**.

Il pourrait pour cela utiliser **des systèmes experts** qui seraient des outils quotidiens pour le diagnostic, le suivi de paramètres et l'observance des traitements.

Plus de technologies pour décharger le médecin de certaines tâches afin qu'il puisse consacrer plus de temps « humain » aux patients (CSS).

CSS : « Il faut plus de technologies et plus d'humanité ».

3.4 Un exercice regroupé

L'exercice de la médecine générale était de moins en moins isolé. Le travail d'équipe était préféré, avec **les maisons de santé pluri-professionnelles** (MSP) et les cabinets de groupe (ARS).

Selon la CSS, les MSP devaient être mises en place « *s'il y a un réel projet de soins sous-jacent* », et ne pas être une simple opportunité pour regrouper des professionnels de santé.

Le médecin généraliste ne voulait plus et ne pouvait plus exercer seul.

Le travail d'équipe (paramédical/médical) permettrait une prise en charge plus efficace et éviterait un recours inutile aux urgences.

La collaboration devait se faire également entre le milieu hospitalier et la médecine de ville (ARS et CSS).

Lors de prises en charge de patients qui nécessitaient des protocoles complexes et pointus, la transmission directe était indispensable pour qu'il n'y ait pas d'interruption dans le suivi et que l'équipe de ville puisse prendre le relais immédiatement (CSS).

3.5 Des rôles à mieux définir

Au sein de la médecine générale, les praticiens se formaient de plus en plus dans un domaine spécifique. Il existait beaucoup de diplômés universitaires (ARS).

Dans un regroupement de médecins généralistes, cette évolution pouvait être un avantage.

Mais il fallait clarifier les rôles, quel était le rôle du médecin généraliste et quel était le rôle du spécialiste d'organe (ARS).

Il serait également pertinent de se pencher sur le rôle du médecin généraliste au sein d'un établissement de santé (ARS).

3.6 Les mentalités doivent évoluer

3.6.1 Le médecin

La refonte du système de santé ne dépendait pas uniquement d'une nouvelle offre ou d'un nouveau financement.

Les médecins généralistes devaient également s'adapter.

Comme déjà évoqué ci-dessus, ils aspiraient aujourd'hui à un exercice différent, ils souhaitaient s'accorder plus de temps, finir à des heures raisonnables pour pouvoir avoir un temps loisirs et famille.

Mais certains se sentaient dépasser, n'arrivaient pas à s'organiser car se sentaient redevables.

ODM : « J'ai une de mes associés qui est partie parce qu'elle était me dit-elle dévorée, elle a trois enfants, qu'elle voulait rentrer chez elle un peu plus tôt », « je pense que le médecin de l'autre côté peut s'organiser je crois qu'il suffit de le dire, de l'exprimer c'est mon avis voilà ».

Ils voulaient des meilleures conditions mais n'étaient pas assez combatifs et étaient assez individualistes, ils se contentaient de ce qu'ils avaient.

ODM : « Quand il y a des grèves il n'y a même pas 1 % ou pas des médecins qui se manifestent, ils n'osent pas, ils n'arrivent pas, je crois qu'il faut changer la mentalité du médecin pour arriver à ce qu'il se révolte ».

Dans leur pratique, des changements étaient éventuellement à envisager : « *Les visites à domicile à une demi-heure de là où il travaille c'est des choses qui sont gérables donc voilà pour moi l'avenir c'est organiser peut-être mieux un maillage* » (ARS).

Le système libéral « *était dur à faire bouger* » (ARS) avec comme exemple l'organisation de la permanence des soins ambulatoires.

ARS : « *Ils ne veulent pas, ils veulent pas la semaine, ils ne veulent pas toute la nuit, ils veulent une maison médicale de garde, d'autres ne veulent pas une maison médicale de garde, parce qu'ils sont rarement d'accord entre eux !* »

3.6.2 Le patient

Il devait comprendre les enjeux du système de santé et son coût. Tout ne pouvait plus être remboursé. Il y avait de plus en plus de dépenses, qu'elles soient justifiées ou non.

ARS : « *Faire une demi-heure pour voir son médecin généraliste c'est possible parce qu'on fait même rapidement dans les campagnes une demi-heure pour aller au supermarché* ».

Le patient devait prendre conscience de son état de citoyen. Il devait avoir des devoirs (ODM).

4) Le rôle des institutionnels

4.1 L'Agence Régionale de Santé

Elle travaillait principalement sur le lien ville-hôpital, sur les plates-formes d'appui aux professionnels de santé pour améliorer les parcours de soins et les liens entre les différents spécialistes médicaux et les autres professionnels de santé.

Il y avait des appels à projets tous les ans pour aider à la mise en place de centres de santé, avec un modèle économique encore complexe. Une expérimentation était en cours à Coutras où des jeunes médecins avaient été facilement recrutés, « *il s'agit d'un modèle avec un paiement à l'acte mais avec tout un plateau technique de médecine générale qu'ils n'ont pas à gérer, juste à utiliser et où on leur demande leur avis d'ailleurs* ».

4.2 L'Ordre des médecins

L'Ordre des médecins était garant de la déontologie médicale.

« Le conseil départemental lui peut faire des propositions qui partent au conseil national et qui arrivent ensuite au niveau ministériel ».

Selon ce représentant de l'ordre, *c'est le gouvernement qui a les cartes en mains.*

4.3 Consultante en stratégie de la santé

Elle avait un rôle de militante.

Elle était partie du constat suivant : *« 50% de la guérison d'un patient dépend de son environnement ».*

A partir de cela, elle avait œuvré pour que le patient se retrouve au centre de l'attention de l'équipe de soins.

Elle portait une attention particulière à la biotechnologie, l'utiliser pour se délester de certaines tâches et avoir plus de temps médical.

4.4 Le maire

Selon lui, il n'avait pas de rôle à jouer dans l'évolution du système de santé.

« J'ai un boulot en dehors ».

« Et puis ce n'est vraiment pas dans le métier ».

Il se chargeait surtout des responsabilités des collectivités, il pouvait cependant si nécessaire mettre à disposition des locaux dans le cadre d'un projet de MSP par exemple.

Discussion

A) Méthode

1) Etude qualitative

L'objectif de l'étude a mené naturellement et intuitivement au choix d'une méthode qualitative. Elle permet d'étudier, de donner du sens aux phénomènes sociaux, aux expériences vécues dans leur contexte naturel.

2) Patients

2.1 Population

Les patients ont été sélectionnés sur la base du volontariat. En dehors de la majorité qui était requise, il n'y avait pas d'autres critères de sélection. En recherche qualitative la représentativité statistique n'est pas recherchée ; notre échantillon n'est donc pas représentatif de la population et les résultats ne peuvent pas être généralisés.

2.2 Points forts

Les entretiens semi directifs ont permis d'avoir un accès direct au ressenti et au vécu des patients. Ils ont permis d'obtenir un matériel très riche et authentique. Le guide d'entretien a servi de support et n'a pas été suivi de manière stricte, notamment l'ordre des questions. L'investigateur s'est adapté aux réponses de l'interviewé, pour que l'échange soit le plus fluide et libre possible.

2.3 Points faibles

Le recrutement a été réalisé dans des cabinets où l'enquêteur avait déjà effectué un ou plusieurs remplacements. De ce fait il y avait un risque que certains patients de l'enquête l'aient déjà consulté ce qui a pu entraîner un biais de déclaration et ainsi interférer avec la spontanéité de leurs réponses et leur libre expression.

Le manque d'expérience de l'enquêteur a également nui au recueil de données, il avait peu d'aisance lors des premiers entretiens pour les relances et reformulations, et des difficultés à s'adapter à la spontanéité et à la diversité des réponses obtenues.

Les échanges ont été à quelques reprises orientés de façon à confirmer les hypothèses émises.

Sa subjectivité a quelquefois été difficilement contenue (mimiques et de variation d'intonation) lorsque les patients évoquaient les points négatifs de la profession, étant lui-même médecin généraliste remplaçant ce qui a pu avoir là aussi comme conséquence un biais de déclaration.

3) Médecins généralistes

3.1 Population

Le choix s'est volontairement porté sur des médecins appartenant à des générations différentes et donc ayant des cursus et un mode de qualification en tant que spécialiste en médecine générale différents.

Un échange dynamique a été obtenu, les opinions et les expériences relatées étaient très hétérogènes et donc le matériel très riche.

Il y avait un équilibre entre nombre de médecins ancienne et nouvelle générations ; en revanche, une seule femme était présente pour cinq hommes. Notre panel n'est donc pas représentatif de la population des médecins généralistes qui se féminise au fil des années.

L'enquêteur connaissait cinq des six médecins présents (anciens maîtres de stage pour deux d'entre eux et relation remplacé/remplaçant pour les autres).

Ce lien a facilité la prise de contact, l'organisation du focus group car il connaissait leurs horaires, leurs jours off, leurs modes de consultation.

Deux des médecins se connaissaient entre eux car constituaient un binôme de MSU qui accueille les internes de médecine générale en stage ambulatoire.

3.2 Points forts

La méthode de focus group a l'avantage d'explorer et d'éveiller différents points de vue, elle a permis de mettre en avant différentes visions de la pratique, de partager et d'expliquer les différents ressentis.

De plus le modérateur était expérimenté dans l'animation de groupe de pairs. Il était à l'aise avec les relances, reformulations, il stimulait les plus timides et distribuait avec rigueur le temps de parole.

La production a été pertinente.

3.3 Points faibles

Cette méthode peut être à la fois un avantage et un inconvénient pour l'expression d'une opinion : en effet les médecins ont pu éprouver la peur d'être jugés par leurs confrères et n'ont pas osé exprimer leurs réels points de vue.

Les avis étaient parfois très tranchés, source de tension et d'agacement de la part de certains participants qui se sont donc retenus à quelques reprises de donner leur avis.

4) Institutionnels

4.1 Population

Les quatre représentants ont été choisis délibérément pour leurs rôles dans l'organisation du système de santé et pour leur accessibilité.

4.2 Points forts

Le représentant de l'ARS, de l'Ordre des médecins et la consultante en stratégie de la santé étaient très sensibilisés aux thèmes abordés. Les échanges se sont déroulés avec aisance et ont nécessité peu de relances et reformulations.

La position du maire quant au système de santé et son implication étaient très différentes des autres institutionnels, ce qui a permis de souligner les différences de point de vue. Il n'est sans doute pas représentatif de l'ensemble des maires mais il exprime une position significative.

4.3 Points faibles

Un minimum de 2 interviews par institution auraient pu être réalisé à des fins de comparaison mais pour des raisons d'accessibilité, de temps et d'organisation cela n'a pu être fait.

5) Transcription

5.1 Entretiens semi-structurés

L'enregistrement des 13 entretiens a été réalisé sur une courte durée.

La transcription a été faite pour les 3 premiers directement après leur enregistrement mais celle des suivants a été différée de quelques jours à semaines avec possiblement une perte de données quant aux aspects non verbaux des entretiens.

5.2 Focus group

La transcription a été très longue et éprouvante. Deux dictaphones ont été utilisés pour l'enregistrement.

La première transcription réalisée à partir d'un premier dictaphone a duré 3 semaines, l'écoute devait être minutieuse, car bien que le modérateur ait parfaitement joué son rôle, souvent deux participants parlaient en même temps et les échanges étaient rapides et vifs.

La deuxième écoute effectuée à partir du deuxième dictaphone a permis de corriger et rectifier les premiers verbatims obtenus.

Malgré cette double écoute, il y a eu des pertes de matériel lors de la retranscription.

6) Codage

Il a été réalisé avec le logiciel Nvivo, utilisé dans sa forme la plus simple avec codage manuel et thématique.

Le point faible de cette étape est qu'il n'y a pas eu de triangulation, l'enquêteur a été la seule personne à avoir réalisé le codage et il a été forcément influencé par ses opinions.

Aucune comparaison des résultats n'a donc été faite limitant ainsi la validité interne de l'étude.

B) Résultats

Les patients ignoraient majoritairement la réforme et le nouveau statut académique de la médecine générale en place depuis plus d'une décennie. La valorisation sociétale et une meilleure rémunération ont été évoquées comme les principaux impacts potentiels. La médecine générale et le médecin généraliste gardaient cependant un rôle primordial dans leurs parcours de soins avec une relation médecin-patient fondamentale. Pour **les médecins généralistes**, la spécialité médecine générale n'avait en aucune façon modifié leur pratique et leur organisation. En dehors d'une FUMG et d'une porte ouverte vers la recherche, le DES n'avait pas révolutionné leur quotidien, leur relation avec les patients ou avec les confrères. La médecine générale manquait de moyens et d'attention de la part des politiques. Pour **la consultante en stratégie de santé, le représentant de l'ODM et de l'ARS** il s'agissait surtout d'une volonté d'égaliser les statuts entre les médecins et de reconnaître sans grande concrétisation le rôle des médecins généralistes. Le point positif souligné encore une fois était le développement de la branche universitaire qui donnait à la profession une rigueur scientifique. Quant au **représentant communal**, il a découvert cette réforme et ne distinguait aucune conséquence.

1) Des conséquences avant tout universitaire

1.1 FUMG (Filière Universitaire de Médecine Générale)

1.1.1. D'une formation hospitalière

La spécialité médecine générale a vu naître avec elle l'universitarisation de la discipline avec la Filière Universitaire de Médecine Générale.

L'internat de médecine générale était apprécié mais son déroulement principalement hospitalier était regretté.

Bien qu'il ait été souligné pendant les échanges l'importance de comprendre les rouages du milieu hospitalier, un seul semestre obligatoire en ambulatoire paraissait insuffisant. De nombreux internes ayant choisi la médecine générale ont effectué leur premier stage dans leur spécialité au bout d'un an voir deux ans d'internat.

Cette incohérence est largement pointée du doigt dans la littérature.

Le rapport Hubert en 2010 proposait de présenter de manière plus précoce les modalités de l'exercice libéral aux étudiants de médecine et d'inclure dans les ECN des dossiers de médecine générale (13).

Dans les textes officiels, il est même prévu une généralisation du stage en médecine générale pour tous les étudiants du deuxième cycle (14).

En étant en contact dès le début du cursus dans le système ambulatoire, le choix de l'étudiant serait plus éclairé et pourrait être de ce fait plus souvent en faveur de la médecine générale.

En effet selon le représentant de l'ODM, une des raisons qui ferait que l'ensemble des postes de médecine générale ne soit pas pourvu est la méconnaissance de la discipline. C'est l'un des arguments également cité dans le rapport Lancry pour expliquer la désaffection pour ce secteur (7).

1.1.2. Vers une formation ambulatoire

Pour permettre un bon encadrement et une bonne formation dès le deuxième cycle, il faut des professionnels qualifiés et en nombre suffisant.

L'évolution de la filière universitaire de médecine générale a entraîné la création de postes de chef de clinique (CCU-MG) qui exercent en ambulatoire, et le recrutement de Maîtres de Stages des Universités (MSU) qui accueillent les internes dans leur cabinet.

Le nombre de MSU est croissant, en Janvier 2018 on en compte 9440 soit une hausse de 3,3% par rapport à 2017.

Le nombre de MSU recevant les internes uniquement pour le stage ambulatoire de médecine générale en autonomie (SASPAS) suit la même tendance et a augmenté de 17,2%, ils sont 3755 en 2018 contre 3205 l'année précédente (15).

Le nombre de stages pourvus en deuxième et troisième cycle s'améliore lui aussi : 82 % des étudiants en 2017 ont pu bénéficier d'un stage en ambulatoire au deuxième cycle.

Concernant les postes de CCU-MG, ils suivent la même tendance mais restent en nombre insuffisant. Selon le Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants (ReAGJIR), actuellement le ratio équivalent temps plein par étudiant est de 1 pour 80 soit une proportion huit fois inférieure en moyenne aux autres filières (16).

La multiplication des stages en ambulatoire est actée dans la nouvelle réforme des DES. De plus, l'arrêté du 18 Octobre 2017 permet aux MSP d'obtenir le label universitaire. Cette qualification s'obtient par la signature d'une convention tripartite entre ARS, MSP et la faculté de médecine. La structure constitue donc une unité de formation et doit avoir en son sein des MSU, un enseignant titulaire ou associé universitaire et un chef ou ancien chef de clinique de médecine générale. Elle accueille régulièrement des étudiants de deuxième et troisième cycle et participe à la recherche en

soins primaires. Le label est obtenu pour cinq ans et une réévaluation est nécessaire au-delà de cette période pour qu'il puisse être reconduit (17).

Pour que la spécialité médecine générale devienne une réalité, il apparaît donc indispensable de réorienter la formation vers les soins de santé primaires ambulatoires, lieu d'exercice des futurs médecins généralistes (18).

1.2 Gestion des flux

Une autre conséquence de la réforme de 2004 était selon le représentant de l'ARS la gestion des flux de médecins formés, avec selon lui un équilibre établi entre nombre de spécialistes hors médecine générale et spécialistes en médecine générale.

En effet avant la réforme des ECN, le nombre de postes de spécialiste du concours de l'internat était fixé par discipline et par région. Le nombre de médecins généralistes formés lui n'était pas défini par avance car il dépendait de la réussite ou non des étudiants au concours de l'internat. En d'autres termes, si dans une région tous les étudiants réussissaient leur concours d'internat, aucun médecin généraliste n'était formé pour cette même région (7).

Avec la réforme des ECN, le nombre de postes de médecine générale est défini comme les autres spécialités par arrêté par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur (19).

Il s'agit là d'un deuxième levier de régulation de la gestion des flux après le numérus clausus de la PACES, mais ce n'est plus un levier quantitatif car tous les étudiants sont classés à l'issue des ECN.

De 2004 à 2014, 64 941 postes ont été ouverts pour l'internat soit 25 061 postes supplémentaires par rapport aux 39 880 qui auraient été obtenus si l'on avait reconduit à l'identique les 3988 postes ouverts en 2004. Sur ces 25 061 postes, 58 % sont allés à la médecine générale (20).

Le nombre de postes ouverts (NPO) ne signifie cependant pas nombre de postes pourvus (NPP), l'indice qui permet de l'apprécier est le taux d'adéquation : NPO/NPP .

La réforme de 2011 concernant l'organisation des séquences de validation du deuxième cycle a également permis de gérer les flux et d'améliorer le taux d'adéquation (19,20).

Avant 2011, la validation du deuxième cycle et les demandes de dérogation pour repasser les ECN intervenaient après les résultats des épreuves. De ce fait une grande différence apparaissait entre le nombre d'inscrits aux ECN et le nombre de postes pourvus car il y avait beaucoup de désistement.

Depuis 2011, la validation du deuxième cycle se fait avant le classement des ECN, ce qui a permis d'adapter le nombre de postes à ouvrir et d'augmenter le taux d'adéquation.

Ainsi pour la médecine générale, le taux d'adéquation est passé de 84 % en 2011 à 94 % en 2014 (18).

Pour les autres spécialités, le taux d'adéquation est de 100 % à l'exception de la psychiatrie, médecine du travail, santé publique et sociale et biologie médicale.

La mise en place du DES de médecine générale a donc bien permis un rééquilibrage entre la médecine générale et les autres spécialités.

1.3 La recherche en médecine générale

Dans l'étude, les six médecins du focus group pensaient que la recherche en médecine générale avait une place tout à fait légitime.

Elle serait intéressante pour évaluer les pratiques, l'efficacité d'un traitement, d'une prise en charge.

Du fait de la proximité avec les patients, le recueil de données pourrait être très riche et pertinent.

Ce serait aussi une des voies pour asseoir la médecine générale en tant que spécialité.

En effet, pendant des années du fait de l'ordonnance Debré en 1958, la recherche était l'adage quasi exclusif des autres spécialités. Une médecine de pointe qui était le reflet de la réussite économique d'un pays et qui a laissé la médecine ambulatoire de côté.

Avec le recentrage des systèmes de santé sur les soins de santé primaires, la recherche en médecine générale prend tout son sens et serait l'essence même d'une pratique plus efficiente.

En 2004, la WONCA a émis 9 recommandations pour développer la recherche en médecine générale (21).

Le rapport de l'OMS de 2008 soulignait la nécessité de la recherche pour promouvoir et améliorer les soins de santé de santé primaires (5).

L'ensemble des médecins de l'étude aimerait faire de la recherche ou même juste y participer en recueillant les données mais déplorait l'absence de temps dédié à cette activité et souhaitait idéalement qu'elle soit rémunérée. Seuls 2 médecins sur 6 avaient participé à deux études (recueil de données) et ils étaient tous les deux MSU. Le fait de faire partie du circuit universitaire favoriserait l'investissement des praticiens.

D'autres freins à la recherche ont été soulevés lors du focus group : il s'agissait du manque de formation à la recherche et du fait qu'en France elle soit moins développée par rapport aux autres pays, moins enseignée et donc moins accessible et attractive.

C'est ce qui était également retrouvé dans le travail de thèse de Jeansou Chenu qui s'était intéressée aux représentations qu'avaient les médecins généralistes de la recherche en médecine générale. Il s'agissait d'une étude qualitative dans laquelle des entretiens semi-directifs avaient été réalisés avec

huit généralistes. Ils évoquaient eux aussi la recherche comme étant une activité intéressante mais chronophage et non compatible avec leur quotidien

Les médecins interviewés n'avaient pas de réelle connaissance des activités de recherche du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) ; ils pensaient également que l'intégration de la recherche dans la formation initiale concourait à la promouvoir auprès des praticiens et permettait de les recruter de manière quantitative. Ils mettaient en avant une certaine distance entre eux et la recherche et se voyaient n'avoir qu'un rôle secondaire ou inexistant. Pour eux, c'était une affaire de spécialistes, dominé par le monde hospitalo-universitaire (22).

Concernant la position de la France et de la recherche en médecine générale, l'étude de Taha sur l'état des lieux de la médecine générale universitaire au 1^{er} Janvier 2015 montre que la FUMG progresse mais lentement (23).

En effet en 2014, 163 publications étaient retrouvées pour l'ensemble des DMG de France qui sont au nombre de 35 (155 publications en 2013).

Le nombre de publication par DMG variait de 0 à 22 (écart type : 5,12) et une corrélation a été établie entre ratio internes/ enseignants ETP et nombre de publications. Plus le ratio est élevé, moins il y a de publications.

En comparaison avec les Etats Unis ou le Royaume Uni, la France était en retrait.

La thèse de Hajjar sur l'état des lieux de la recherche en médecine générale / soins primaires en Union Européenne, aux Etats Unis et au Canada de 1974 à 2014 mettait en exergue ce fossé.

En 2014, le nombre d'articles référencés sur Pubmed et classés SIGAPS AB et ayant pour thème la médecine générale et les soins primaires étaient au nombre de 16 en France dont 25 % ayant pour auteur un médecin généraliste ou un acteur des soins de santé primaires alors qu'au Royaume Uni ont été référencés 115 articles dont 24,5 % ayant un médecin généraliste ou un acteur de soins primaires pour auteur (24).

Ce constat s'explique par le développement académique différent de la médecine générale au Royaume Uni avec des structures existantes depuis 1953 et qui n'ont cessé de progresser pour favoriser la recherche.

Pour le financement, les médecins concevaient difficilement un financement privé et ne pensaient pas que la recherche en médecine générale pouvait intéresser les laboratoires. Ils suggéraient un financement public.

Dix propositions innovantes en particulier en termes d'offres pour le développement de la recherche en soins de santé primaires ont été faites par le comité interface INSERM-Médecine Générale et le collège de la Médecine Générale (25) (Annexe7).

La médecine générale est une discipline qui s'affirme mais qui manque cruellement d'effectifs, de financement et de locaux pour promouvoir son développement et la recherche.

1.4 Attractivité de la médecine générale

Selon le représentant de l'ODM, il y avait de moins en moins d'internes qui voulaient exercer la médecine générale. Il parlait de choix par dépit lors des ECN et pour quelques cas par plaisir et par vocation.

Dans le rapport de l'ONDPS de 2015, l'attractivité d'une spécialité était calculée à partir d'un indice établi par la Drees qui est compris entre 0 et 1.

Plus l'indicateur se rapproche de 1, moins la spécialité est attractive et est choisie par les derniers classés ; inversement plus l'indicateur est proche de 0, plus la spécialité est attractive.

Ainsi pour les ECN 2014, l'indice d'attractivité pour la médecine générale est de 0,84 et se situe au dernier rang des 30 spécialités, derrière la médecine du travail (0,82) et la santé publique et sociale (0,73) (20).

Cependant ces résultats sont à nuancer puisqu'ils ne prennent pas en compte les facteurs qui influencent le choix des étudiants (région, et renommée de l'UFR), ni du nombre important de postes ouverts pour la médecine générale.

En 2014, il y a eu 3752 postes ouverts en médecine générale, 96 en santé publique et sociale et 177 pour la médecine du travail (26).

Plus le nombre de postes est important plus les étudiants ont le choix et ce malgré un classement moins honorable que d'autres. Et ce choix ils le font car comme sus-cité le taux d'adéquation pour la médecine générale est de 94 % en 2014, alors qu'il est de 75 % pour la santé publique et sociale et de 66 % pour la médecine du travail.

La médecine générale est l'une des spécialités qui recrute à tous les niveaux du classement. En 2014, 5 % des 1000 premiers ont choisi la spécialité et le premier était classé 25^{ième} (20).

Une enquête a été réalisée par la commission des jeunes médecins en 2016, pour déterminer les motivations des étudiants choisissant la spécialité médecine générale (27).

Une cohorte de 2732 étudiants a répondu à un questionnaire en ligne. Parmi eux, 44 % étaient en deuxième cycle, 19 % en 3^{ème} cycle (dont 84 % en médecine générale/5 % en médecine générale +

DESC/ et 11 % dans une autre spécialité) et 37 % en fin de cursus (dont 43% en médecine générale /6 % médecine générale +DESC/1 % dans une autre spécialité).

Seuls 2,5 % de l'ensemble de l'effectif n'avaient pas réalisé de stage en médecine générale.

Pour 83 % des étudiants en troisième cycle et 84 % des étudiants en fin de cursus, le stage en médecine générale réalisé en deuxième cycle leur avait donné envie de faire de la médecine générale.

La présentation précoce des soins de santé primaires ambulatoires dans le cursus des études médicales est donc un élément fort de la reconnaissance de la spécialité et de l'attractivité de la discipline.

2) Une reconnaissance sociétale espérée mais peu constatée

2.1 Un titre inconnu du grand public

La majorité des patients (70 %) interrogés dans l'étude ignoraient cette nouvelle qualification.

L'impression générale était dubitative mais plus par le fait de ne pas connaître la réforme que par le fait que la médecine générale soit une spécialité.

En effet personne n'a discuté l'accession au titre, au contraire, ils espéraient qu'elle permettrait de revaloriser le statut du médecin généraliste.

Ils admettaient donc que le blason du médecin généraliste avait besoin d'être redoré. Il y avait globalement une image ternie, ce qui est assez ambivalent car ils parlaient de leurs médecins de manière positive et avaient confiance en eux.

Ils ont cité d'autres conséquences potentielles : majoration du prix de la consultation de médecine générale et une meilleure formation des médecins généralistes.

Mais ce dernier point doit être nuancé car après les deux entretiens pilotes, le canevas d'entretien a été modifié et des informations concernant les modalités des ECN et le cursus du DES ont été données aux patients pour leur permettre de mieux comprendre le terme « spécialiste ».

Ce résultat obtenu a pu directement être influencé par les données qui ont été fournies.

Aucun impact sur la consultation de médecine générale et aucun changement dans le parcours de soins n'a été évoqué ou constaté par les patients.

Il n'a pas été retrouvé dans la littérature, d'études s'intéressant au point de vue du patient sur le sujet, qui permettent de corroborer ces résultats.

Ce constat de l'absence de perception par les patients de la spécialité pose le problème de la légitimité sociétale de la médecine générale. Il existe pour eux une réelle séparation entre les spécialistes et les médecins généralistes.

2.2 Un titre incompris par les professionnels

Pour l'ensemble des médecins du panel, le titre de spécialité n'avait pas métamorphosé leur pratique au quotidien et rimait pour la plupart avec insignifiance.

Ce n'était qu'un statut qui permettait une revalorisation, de surcroît partielle.

Partielle car revalorisé aux yeux de qui ?

Les patients ignoraient la nouvelle dénomination et cela même plus de dix ans après la réforme. Quand bien même ils le sauraient, il n'y aurait pas de conséquences car en pratique il n'y a pas eu « un avant » et « un après » réforme.

Dans la revue le Généraliste, une enquête menée en 2017 auprès de médecins généralistes faisait un état des lieux des 10 ans de la spécialité. Quatre cents médecins ont répondu à un questionnaire en ligne, la moyenne d'âge était de 55,5 ans et le panel était majoritairement constitué d'hommes : 77 % vs 23 % de femmes (28).

Les résultats confortaient largement ceux mis en exergue dans l'étude.

Seuls 40 % d'entre eux estimaient que la spécialité avait un impact sur l'image de la profession.

Pour 63 % d'entre eux, la spécialité n'avait pas contribué à changer le visage de la médecine générale ces dix dernières années.

Donc un titre sans grand intérêt pour les principaux concernés.

2.3 Rejet de la réforme et du statut

Dans l'enquête du Généraliste (28), la majorité avait la qualification de spécialiste : 12 % issus de la réforme, 72 % de manière rétro active et 15 % n'avaient pas demandé à être qualifié.

Sur les six médecins du focus group, cinq avaient la qualification de spécialiste, 3 d'office par le DES, 2 de manière rétro active après avoir effectué la demande selon le protocole de qualification et un n'avait pas fait cette démarche car cela l'importait peu.

Certains médecins ne s'estimaient pas « intrinsèquement » spécialistes car pour eux faire de la médecine générale, c'était justement ne pas faire une spécialité. Ils assumaient pleinement le statut de médecin généraliste. Position réellement assumée, ou défaitiste ?

Bouderaient-ils l'arrivée trop tardive de la reconnaissance ? Le titre est loin de séduire et de suffire.

Pourtant, lorsqu'ils évoquaient leur profession, ils citaient chaque spécificité qui faisait d'elle une spécialité dans les textes de référence : la prise en charge du patient dans sa globalité (contexte biopsychosociale) au plus proche de leur milieu de vie, régie par une relation de confiance médecin-patient.

Dans l'enquête du Généraliste, pour 33 % des participants, le généraliste avait un rôle moins important qu'avant, pour 36 % un rôle équivalent et seulement pour 27 % un rôle plus important (28).

Pour les médecins « ancienne génération » du focus group, la réforme instaurant le médecin traitant avait eu plus d'impacts sur leur activité.

Cet avis était partagé par 33 % des médecins de l'enquête alors que pour 32 % d'entre eux c'était la réforme de la spécialité la plus importante pour la profession.

Tout comme dans le focus group, 80 % du panel estimaient que les changements survenus ces dernières années dans la profession (médecin traitant, RO SP, et C à 25 euros) étaient indépendants de la spécialité médecine générale (28).

Les professionnels de médecine générale eux-mêmes doutent de l'intérêt de leur titre de spécialiste.

3) Un quotidien guère modifié

3.1 La pratique

Les conditions et la charge de travail étaient les mêmes, les médecins et les institutionnels se désolaient de l'absence d'aides financières pour pouvoir réorganiser l'activité et le défaut d'investissement de l'Etat.

Ils n'étaient matériellement pas équipés pour répondre convenablement à la nouvelle demande.

L'exemple qui a été cité était le financement d'un secrétariat efficace pour s'alléger des tâches administratives pour avoir plus de temps médical à consacrer aux patients.

Il y avait encore un énorme décalage entre les ambitions portées par la réforme à savoir une porte d'entrée vers la réorganisation des soins de santé primaires et la réalité.

Les changements s'opéraient lentement et insidieusement et étaient donc par conséquent peu perceptibles par les principaux concernés.

Plus que le titre de spécialiste, ce qui importe, c'est l'obtention de meilleures conditions d'exercice et une meilleure rémunération.

3.2 Inégalités tarifaires

Les médecins de l'étude ne se sentaient pas spécialistes car il existait toujours des différences avec les « autres spécialistes » et la plus grande concernait le tarif de la consultation.

Il n'y avait pas d'équité. Ce point était également souligné par le représentant de l'ODM et de l'ARS.

Dans l'enquête du Généraliste, 6 % seulement évoquaient une incidence au plan tarifaire (28).

De plus, l'absence d'égalité tarifaire contribuait à l'ignorance sociétale du statut de spécialiste en médecine générale.

Dans la dernière convention, la valeur de la consultation du médecin généraliste et la nomenclature ont changé.

C à 23 euros devient G à 25 euros et de nouveaux compléments spécifiques ont vu le jour pour revaloriser certaines situations cliniques spécifiques, complexes et des prises en charge urgentes ou rapides (Consultation contraception, suivi de l'obésité, visite longue...) (29).

Mais il n'existe toujours pas de réelle CCAM clinique (classification commune des actes médicaux) qui permettrait l'appréciation de l'acte intellectuel et du contenu de la consultation.

Il existe toujours un fossé entre la rémunération des spécialités techniques et cliniques.

3.3 Relations confraternelles

Sur le plan relationnel avec leurs confrères, l'accession au label de spécialiste n'avait pas étoffé leur carnet de correspondants ; les échanges avec les autres spécialistes libéraux ou hospitaliers dépendaient de la relation de confiance mutuelle établie au fil du temps.

Il n'y avait pas un sentiment de « sur-confiance » ou de « surestimation » du fait du nouveau statut.

Le représentant de l'ARS avait l'impression que pour la nouvelle génération les relations s'étaient tissées entre spécialistes d'organes et spécialistes de médecine générale avec un rapport de supériorité qui s'estompait. Ses propos n'ont pas été vérifiés.

Toujours dans l'enquête du Généraliste, pour 76 % des médecins les regards des autres spécialistes sur les généralistes n'avaient pas changé ces dernières années (28).

La relation et la considération des spécialistes d'organes sont donc indépendantes du nouveau statut.

4) La médecine générale des médecins généralistes

4.1 Différences générationnelles

La pratique de la médecine générale était appréhendée de façon différente en fonction des générations.

Dans le focus group, ce thème n'a pas été abordé de manière explicite mais il a quand même été mis en évidence un clivage générationnel concernant la pratique et son organisation.

Lors des entretiens avec certains patients, il a été souligné que le médecin d'aujourd'hui était moins joignable qu'autrefois. Ils n'avaient pas accès à un médecin à tout moment.

Le représentant de l'ODM mettait également en avant cette tendance. Le médecin généraliste nouvelle génération n'était plus corvéable à merci et ne voulait plus se sentir contraint.

En effet, la quête à l'heure actuelle est un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle.

La jeune génération veut une pratique flexible et des perspectives de carrière. Elle veut exercer une médecine générale efficace, moderne dans de bonnes et raisonnables conditions même si cela veut dire être moins rémunéré que leurs aînés (30) (31).

Le regroupement professionnel est d'ailleurs largement choisi par les jeunes médecins de moins de 40 ans pour ces avantages organisationnels (32).

La pratique de la médecine générale prend une nouvelle forme avec une disponibilité moindre, pointée du doigt par les patients.

4.2 La relation médecin-patient évolue

Tous les médecins sans exception accordaient une place centrale à la relation médecin-patient. Elle régissait leur pratique, elle était à la fois source de satisfaction et aussi quelques fois source d'exaspération. Elle évoluait.

La place des patients avait changé.

La loi du 4 Mars 2002 leur a donné une nouvelle place en leur reconnaissant des droits individuels et collectifs (33).

Ils prennent position et participent aux décisions de santé et ont une place forte.

Les patients remettent en question, souhaitent une prise en charge rapide, veulent de nombreux examens complémentaires pour vérifier l'absence de pathologies (vues sur internet ou entendues à la télévision) avec quelques fois pour conséquence un mésusage du parcours de soins.

L'avis des médecins était partagé quand il s'agissait d'expliquer ce phénomène, certains pensaient que c'était inhérent à l'évolution de la société alors que d'autres pensaient qu'une régulation était possible.

Le rapport Druais sur la place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé évoquait en effet la nécessité d'établir des campagnes d'information grand public pour informer et éduquer le patient à l'usage de son parcours de soins (34).

De plus la démultiplication de l'offre d'informations de santé contribue également à modifier ce nouveau rapport.

Un autre point a également émergé au décours du focus group concernant cette relation médecin-patient : la difficulté pour les généralistes à demander le règlement approprié pour la consultation réalisée, soit parce que la situation était délicate, soit parce qu'ils appréhendaient la réaction du patient. Comme si cette relation allait en être entachée. Ce qui peut donner l'impression que le patient prend le dessus.

Ce rapport à l'argent n'était pas vécu de la même façon du côté des patients de l'étude, ils étaient favorables à l'augmentation du tarif de la consultation de médecine générale.

Le rapport médecin-patient semble s'être déséquilibré avec une position prépondérante du patient qui arrive en consultation avec ses connaissances et exigences. Il peut exister incompréhension et préjugés d'un côté comme de l'autre (Le médecin ne veut pas prescrire d'exams/le patient ne veut pas payer plus). Cette nouvelle relation concourt en partie à cette volonté de vouloir réorganiser la pratique comme cité dans le paragraphe ci-dessus afin de maintenir une certaine distance.

Ces évolutions sont indépendantes du statut de spécialiste du médecin généraliste.

5) La médecine générale du patient

Dans l'étude, **la consultation de médecine générale** était globalement vue d'un bon œil par le patient. Il y trouvait son compte : un suivi, une information, une écoute.

En effet, le critère qui a été le plus souvent cité lors des entretiens et qui semblait primordial était la relation médecin-patient. Cette relation de confiance, cette connaissance qu'avait le médecin de son patient et son aptitude à écouter.

C'est en partie ce que retrouvait El Hafdi dans son travail sur « le ressenti du patient sur la consultation de médecine générale » : grâce aux items du questionnaire EUROPEP, il avait mis en évidence 3 points qui semblaient primordiaux pour les patients au cours d'une consultation de médecine générale (35) :

- Explications données par le médecin sur les traitements et les tests

- Capacité du médecin à écouter
- L'examen clinique

Quant au **rôle du médecin généraliste**, la description faite par les patients se superposait dans l'ensemble à la définition de la discipline : médecin de proximité, de famille, coordinateur dans le parcours de soins, synthèse de la prise en charge, référent de santé.

Cependant, sur 13 patients interrogés, seuls trois faisaient référence aux soins et aux diagnostics et certains émettaient le souhait d'accéder directement aux soins secondaires pour des problématiques qui selon eux ne relèveraient pas de la médecine générale.

Gaborieau dans son travail de thèse s'est intéressé aux caractéristiques d'un bon médecin généraliste (36).

Son étude avait aussi pris pour référence les 23 items de l'EUROPEP qui avaient été notés de 1 à 10 par 200 patients en fonction de l'importance qu'ils accordaient à ces items.

Les 5 items qui avaient obtenus les meilleurs scores par ordre décroissant étaient les suivants :

- la confidentialité du dossier médical.
- la possibilité de service rapide pour des problèmes urgents.
- la capacité du médecin à vous écouter.
- le soulagement rapide de vos symptômes.
- les informations concernant symptômes et maladies.

Le médecin généraliste a bien ce rôle de pivot dans le parcours de soins, l'accent est mis sur le relationnel, l'information et la disponibilité. L'aspect scientifique qu'est le diagnostic paraît secondaire ou ne semble pas perçu par le patient.

La médecine générale est un point relais vers « la vraie médecine ».

6) Le système de santé français

6.1 Désuet

Trop attaché à ses principes fondateurs (Chartes de la médecine libérale de 1927), le système de santé français, un temps considéré comme l'élite, s'essouffle.

Tous les participants parlaient de la nécessité et de l'urgence d'une réforme en profondeur, ce qui se retrouve dans de nombreux rapports et textes.

Actuellement, l'offre de soins est abondante mais disparate et inadaptée à l'état de santé de la population. Il y a cloisonnement entre soins hospitaliers et médecine de ville et au sein même des soins ambulatoires l'organisation est anarchique (37).

Les inégalités sociales de santé s'accroissent. Les patients ont l'impression de dépenser plus pour avoir accès à des soins de qualité. L'enquête de l'IRDES en 2008 sur la santé et la protection sociale montre qu'il y a une augmentation du renoncement aux soins pour des raisons financières (38).

Les politiques sont conscients des lacunes mais ignorent la réalité de terrains, les propositions ne sont pas convaincantes (39).

L'offre de soins n'est plus adaptée à la demande. Des soins de santé primaires organisés et structurés autour du médecin généraliste seraient une solution mais encore mal exploités en France (40).

6.2 Déserts médicaux

C'était le terme le plus cité par les patients lorsqu'il était question de décrire le système de santé.

Il manque de médecins dans les régions les plus rurales de France.

La DREES a publié une étude en Mai 2018 qui montre que les inégalités de densités départementales n'avaient pas augmenté depuis les années 80 et que 98 % de la population résidaient en 2016 à moins de 10 minutes du généraliste le plus proche (41).

L'APL (Accessibilité Potentielle Localisée), est un indicateur qui intègre l'offre et la demande de soins en tenant compte de l'activité des professionnels (ETP : effectifs temps plein), les besoins en soins de la population en fonction de leur âge dans un secteur dit flottant. Cet indicateur prend en effet en compte la notion de mobilité, un habitant pouvant accéder à une consultation dans une commune voisine (zone de recours) et un médecin pouvant répondre à la demande d'habitants de plusieurs communes (zone de patientèle).

Ainsi en 2016, l'accessibilité moyenne aux médecins généralistes est de 4,1 consultations par an et par habitant.

Il existe bien sûr des inégalités d'accessibilité mais liées d'avantage aux types d'espaces et leur aménagement.

Il existe 9142 communes en situation de sous densité soit moins de 2,5 consultations par habitant et par an.

Elles correspondent aux communes périphériques rurales des grands pôles, aux communes des zones hors influence des pôles.

Pourtant de 2012 à 2018, il y a eu 10 000 médecins de plus. Mais la majorité sont des spécialistes autres que des généralistes et sont salariés.

Le nombre de généralistes diminue, le nombre d'installés stagne mais le nombre de remplaçants augmente.

Au premier Janvier 2017, la France comptait 12 011 médecins remplaçants toutes spécialités confondues, soit une hausse de 24,6 % ces 10 dernières années (42) ; 66,8% des remplaçants sont des spécialistes en médecine générale, ce qui conforte les propos du représentant de l'ARS de l'étude.

Les déserts médicaux sont une réalité mais ne résultent pas nécessairement du manque de médecins mais du manque d'attractivité des territoires pour l'installation. Comme le patient qui devient exigeant dans ses demandes, le médecin devient exigeant sur ses conditions de pratique et d'installation.

6.3 Un système de santé plus coûteux

Selon les patients de l'étude, le système devenait complexe et coûteux. Ils prenaient conscience du versant financier et avaient l'impression que le reste à charge augmentait.

Dans le rapport de la Drees sur les dépenses de santé 2016, la consommation des soins et des biens médicaux était évaluée à 195,8 milliards d'euros soit 2970 euros par habitant (43) ; 77 % de ces dépenses étaient prises en charge par la sécurité sociale, 13,3 % pour les organismes complémentaires et 8,3 % restait à la charge du patient, soit un taux qui a diminué depuis 2011 de 0,9 %.

Le reste à charge des patients a globalement diminué dans tous les secteurs sauf au niveau des médicaments, ce qui est secondaire au déremboursement de certaines spécialités dont le service médical rendu est jugé insuffisant.

La perception des patients n'est donc pas conforme à la réalité : les diverses franchises (sur les actes, sur les boîtes de médicaments) retenues sur les remboursements peuvent expliquer cette différence.

7) Et l'avenir

7.1 Vers le regroupement de professionnels

Le regroupement de professionnels apparaît comme une solution évidente et inéluctable pour la réorganisation du versant ambulatoire du système de santé français.

Mis en avant dans l'étude par le représentant de l'ARS et la consultante en stratégie de santé, il permettrait d'améliorer l'efficacité des soins de premiers recours.

En France, entre 1998 et 2009 le pourcentage de médecins généralistes exerçant en groupe est passé de 43 % à 54 % (32).

L'exercice peut prendre plusieurs formes :

- les cabinets de groupe monodisciplinaires ou pluridisciplinaires dont l'intérêt réside principalement dans le partage de moyens logistiques (locaux, équipements et personnels) ;
- les maisons, pôles de santé pluri-professionnels qui sont bâtis sur des projets de santé, avec prises en charge coordonnées de patients et proposition de nouveaux services ;
- les centres de santé dans lesquels les médecins sont salariés.

Ces modes d'exercice sont très attractifs et concernent principalement les médecins de moins de 40 ans. Ils permettent un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle.

Les pouvoirs publics s'investissent davantage. Les maisons, pôles et centres de santé ont le soutien de l'ARS, des collectivités locales et plus récemment de l'assurance maladie (44).

Par ce biais, l'offre de soins pourrait être maintenue dans les zones déficitaires à savoir rurales et péri urbaines et en termes de performances, la qualité des soins, l'activité et la productivité des professionnels pourraient être améliorées (45).

Le regroupement des professionnels de santé offre aux acteurs de soins de santé primaires une belle opportunité de constituer des équipes de soins de proximité opérationnelles et diminuer ainsi le recours non justifié aux urgences hospitalières.

7.2 Nouveaux modes de rémunération

7.2.1 La pratique individuelle

Il a été sous-entendu que la médecine libérale telle qu'on l'a connue n'est plus viable, notamment concernant la rémunération avec le paiement à l'acte exclusif.

En 2009 a été expérimenté le paiement à la performance sous forme de contrat d'amélioration à la performance individuelle financé par l'assurance maladie. Les médecins généralistes y adhéraient sur la base du volontariat.

Le principe reposait sur le suivi d'indicateur en rapport avec l'organisation du cabinet et avec la qualité de la pratique médicale.

Une somme forfaitaire était reversée aux médecins par indicateur ou critère respecté.

Controversé au sein de la profession, beaucoup de généralistes ont paradoxalement adhéré au CAPI qui a ensuite été généralisé sous la forme de ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Public (46).

Dans l'étude, deux des médecins ont évoqué cette rémunération qui, associée aux forfaits médecins traitants, représentaient selon eux un quart de leurs revenus. L'un était satisfait du principe et l'autre plus critique et évoquait une infantilisation de la part de la sécurité sociale.

A ce jour, selon le syndicat MG France, la ROSP rapporte en moyenne 6983 euros à chaque généraliste en 2016, soit une hausse de 3,4 % par rapport à 2015. Et les revenus forfaitaires représenteraient 12 % de la rémunération totale des médecins traitants (47).

Cette évolution vers une diversification des modes de rémunération est sans doute une voie d'avenir qui représente une alternative au paiement à l'acte exclusif.

7.2.2 La pratique collective

Dans les pôles, maisons de santé pluri-professionnels et les centres de santé, des Expérimentations de nouveaux modes rémunération (ENMR) ont vu le jour avec la loi de financement de la sécurité sociale de 2007.

Leurs objectifs étaient d'améliorer l'organisation des soins, favoriser la coordination et la mise en œuvre de nouveaux services.

Les ENMR comportent 3 modules : un forfait missions coordonnées, un forfait nouveaux services aux patients avec principalement l'éducation thérapeutique, et un forfait coopération entre professionnels instauré en 2013.

Les ENMR concernaient 300 sites en 2014 (44).

Leur évaluation par l'IRDES met en avant un résultat favorable tant en termes de performance, d'accès aux soins dans les zones sous dotées que de qualité de soins (45,48).

Par le règlement arbitral de 2015 dans un premier temps puis secondairement par l'ACI (Accord Conventionnel Interprofessionnel) en avril 2017, les nouveaux modes de rémunération (NMR) se sont généralisées aux MSP mono-sites ou multi-sites qui sont juridiquement des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) (44).

En 2015, l'enveloppe affectée par site a été en moyenne de 45 000 euros, répartis comme suit : un tiers pour le financement d'une coordination administrative, un tiers à l'équipement du Système d'Information et un tiers pour l'indemnisation des réunions pluriprofessionnelles (43).

Les médecins travaillant dans ces structures bénéficient également de la ROSP et de la rémunération à l'acte.

Les MSP représentent sans doute un des modes les plus aboutis pour favoriser le développement de la spécialisation en médecine générale dans ces 3 dimensions : soins, formation et recherche.

7.3 Un système de soins qui doit se tourner vers la prévention

Le système de soins français par son historique et sa culture de l'élitisme est un système principalement curatif.

Avec la transition épidémiologique, démographique, sanitaire et sociale observée depuis quelques années, le système doit plus que jamais mettre l'accent sur la prévention avec de réels objectifs de santé publique. Le but est d'éviter à la population d'être malade. Dans l'étude, ce fait a été cité par le représentant de l'ARS, la consultante en stratégie de la santé et par le représentant de l'Ordre des médecins.

Les indicateurs de santé sont globalement bons pour la population française, mais dans le rapport de la Drees de 2011 la mortalité prématurée survenant avant 65 ans reste une des plus élevées de l'Union Européenne (49).

A l'heure actuelle en France, il existe une réelle volonté en matière de prévention.

Cette intention est inscrite dans les textes officiels avec initialement la loi de modernisation sociale de 2002 qui reconnaît la place au premier plan de la prévention dans la politique globale de santé puis la loi de modernisation de janvier 2016 avec la création de l'Agence Nationale de Santé Publique.

En 2016, c'est l'Etat et les collectivités locales qui ont financé à 59 % les actions de prévention institutionnelles. Pour autant, la même année, la prévention ne représente que 2,2 % des dépenses de santé courante, soit 5,9 milliards ou encore 87 euros par habitant (Le coût total de la santé par habitant en 2016 est de 2970 euros) (43).

Il y a donc une marge de progression considérable dans laquelle les soins de santé primaires ont un rôle essentiel à jouer.

Perspectives

Le constat est que la spécialité médecine générale n'est pas encore une valeur acquise et comprise. L'étude met en avant différents points qui permettraient de mieux affirmer la spécialité.

L'évolution de la filière universitaire de médecine générale et le développement de la recherche en soins de santé primaires sont en train de donner à la spécialité les bases structurelles et scientifiques nécessaires à sa crédibilité. La sensibilisation précoce aux soins de santé primaires ambulatoires dans le cursus des études médicales majore l'attractivité de la discipline. Le volume de formation réalisée en soins ambulatoires est une garantie d'adéquation au futur exercice professionnel. Ces changements à la base même de la discipline devraient conforter à terme la médecine générale comme une spécialité à part entière.

La mise en place du DES a théoriquement permis un rééquilibrage entre la médecine générale et les autres spécialités. Néanmoins, si le nombre global de médecins est stable, le nombre de généralistes en exercice ambulatoire diminue, du fait de la demande de postes hospitaliers. Une meilleure répartition des professionnels de santé, à la fois sur le territoire mais aussi par secteurs d'activité, reste encore à réaliser, dans le cadre d'une réelle politique de santé publique.

La multiplication de regroupements de professionnels sous forme de MSP ou de MSP universitaires permet la création de véritables unités opérationnelles de proximité : elles pourraient répondre aux nouveaux enjeux démographiques, économiques et aux exigences organisationnelles de la nouvelle génération de médecins. La pratique coopérative qui se développe ainsi doit être encouragée et facilitée, pour que les 3 dimensions de la médecine générale : soins, formation et recherche, puissent s'exprimer.

Les médecins généralistes eux-mêmes ne sont pas persuadés de l'intérêt de leur titre de spécialiste. Comme le titre, les conditions d'exercice et de rémunération doivent évoluer. La reconnaissance plus nette des actes cliniques par rapport aux actes techniques et la diversification des modes de rémunération doivent être développées pour qu'il y ait cohérence entre le titre et la pratique. Mais pour qu'il y ait évolution, les mentalités doivent changer et les médecins généralistes doivent croire en leur spécialité. L'unicité et la mobilisation de l'ensemble de la profession interpelleraient davantage les politiques et faciliteraient la restructuration.

Les patients n'ont pas perçu l'évolution de la médecine générale, ce qui montre bien que le système de santé n'est pas encore orienté vers les soins de santé primaires. Il y a donc nécessité d'aller vers une meilleure reconnaissance sociétale de la médecine générale, ce qui passe par une sensibilisation des usagers à une meilleure utilisation des ressources du système de santé.

Enfin, il est essentiel d'adapter l'offre de soins à la demande. Les déserts médicaux sont une réalité mais ne résultent pas seulement du manque de médecins, mais aussi du manque d'attractivité des territoires pour l'installation. Comme le patient qui devient exigeant dans ses demandes, le médecin devient exigeant sur ses conditions de pratique et d'installation. Un compromis doit être recherché entre ces deux aspirations en apparence contradictoires : les MSP sont une des réponses et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) représentent une perspective intéressante. Elles ont pour objectif de concourir à l'amélioration de la prise en charge des patients dans un souci de continuité, de cohérence, de qualité et de sécurité des services de santé, par une meilleure coordination des acteurs qui la composent (50).

Conclusion

En place depuis plus d'une décennie, la spécialité médecine générale ne fait pas l'unanimité.

Nous sommes loin de la reconnaissance sociétale souhaitée, le grand public ignorant encore cette réforme.

Les médecins généralistes eux-mêmes ne sont guère satisfaits de leur nouveau titre aux conséquences diaphanes sur leur activité.

Si son impact est difficilement perceptible sur le terrain, sur les bancs universitaires le refrain n'est pas le même.

La filière universitaire de médecine générale est née, grandit et s'émancipe.

Le cursus universitaire s'ouvre de plus en plus sur la médecine ambulatoire avec une réelle volonté d'immerger l'étudiant le plus précocement possible dans le monde de la médecine générale.

Cette formation qui était jusqu'ici hospitalo-universitaire change.

La recherche en médecine générale encore timide essaie de se développer et sera un des outils qui permettra à la profession de se faire valoir.

La médecine générale garde une place centrale dans le parcours de soins.

Elle reste majoritairement le premier contact de la population avec le système de santé.

Mais elle n'est pas à l'abri des évolutions. La nouvelle génération de médecins préfère l'exercice regroupé et opte pour un temps de travail moindre que leurs aînés.

Les biotechnologies et des systèmes experts pourraient être les nouveaux alliés du médecin de demain.

La nouvelle médecine générale doit trouver un équilibre entre la demande qui ne cesse de croître et une offre qui se modernise et se réorganise progressivement

Références

1. Rougeron C. La médecine générale en France de la Révolution à aujourd'hui : la métamorphose. *Ethics Medicine and Public Health*, 2015 ;1 :283-8.
2. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Swab I, Ram P. La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille. *Wonca Europe* 2012. Disponible en ligne : <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
3. Gay B. Actualisation de la définition européenne de la médecine générale. *Presse Med* 2013;42(3):258-260.
4. WHO-UNICEF. Declaration of Alma-Ata : international conference on primary health care, Alma Ata, USSR,1978.
disponible en ligne : http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/
5. OMS. Rapport sur la santé dans le monde, 2008. Les soins de santé primaires. Maintenant plus que jamais. Disponible en ligne : http://www.who.int/whr/2008/08_report_fr.pdf
6. Loi bachelot Hôpital, Patient, Santé, Territoire. IRDES. Septembre 2015
Disponible en ligne : <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/loi-bachelot-hopital-patients-sante-et-territoires-hpst.pdf>
7. Lancry PJ. Les conséquences de la réforme de janvier 2004 sur la médecine générale. Rapport de mission remis à Monsieur Xavier Bertrand Ministre de la Santé et des solidarités ; 2007. Disponible en ligne : http://www.apima.org/img_bronner/Rapport_Lancry_definitif.pdf
8. Legifrance, Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. Disponible en ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000408905>
9. Legifrance, Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômés et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine. Disponible en ligne : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000034502881
10. Legifrance, Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation. Disponible en ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033479390&categorieLien=id>
11. Legifrance, Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine. Disponible en ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034419758>

12. Bouet P, Blanc JL, Chow-Chine E et al. La médecine générale et la qualification de spécialiste en médecine générale. Etude sur la répartition des médecins généralistes et évolution de la spécialité. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Juin 2014. Disponible en ligne : <https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/cnomrepartitionmg.pdf>
13. Hubert E. Rapport du Docteur Élisabeth Hubert : Mission de concertation sur la médecine de proximité. Paris : La Documentation française ; 2011. Disponible en ligne : http://www.annuaire-secu.com/pdf/rapport_hubert.pdf
14. Décret n° 97-495 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés [en ligne]. In Journal Officiel, n°115 du 18 mai 1997, p. 7538. Disponible en ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000381745>
15. Martos S. Internat : des maîtres de stage plus nombreux. Quotidien du Médecin 27.06.2018. Disponible en ligne : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2018/06/27/internat-des-maitres-de-stage-plus-nombreux-mais-toujours-insuffisants-en-ambulatoire-saspas-859277>
16. Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants (ReAGJIR). Chefs cliniques des universités en médecine générale, déjà 10 ans. Réagjir, 2018. Disponible en ligne : <https://www.reagjir.fr/blog/2017/11/20/chefs-de-clinique-universites-medecine-generale-deja-10-ans/>
17. Arrêté du 18 octobre 2017 fixant les modalités de fonctionnement, d'organisation et d'évaluation des centres de santé pluriprofessionnels universitaires et des maisons de santé pluriprofessionnelles universitaires. Journal Officiel. Octobre 2017. Disponible en ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/10/18/SSAH1727000A/jo/texte>
18. Gay B. Repenser la place des soins de santé primaires en France. Rôle de la médecine générale. Rev Epidemiol Sante Publique 2013;61(3):193-8).
19. DREES. Médecins : les épreuves classantes nationales (ECN). Portrait des professionnels de santé. Panorama de la DREES 2016 ;94-99. Disponible en ligne : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche13-3.pdf>.
20. Golfouse A, Pheng B. Les épreuves classantes nationales (ECN) donnant accès au 3^{ème} cycle des études médicales : Rapport ONDPS ; 2015. Disponible en ligne : <http://www.remede.org/documents/rapport-ondps-2015-ECN.html>
21. Van Weel C, Rosser W. Improving Health Care Globally : A Critical Review of the Necessity of Family Medicine Research and Recommendations to Build Research Capacity. Ann Fam Med 2004;2(Suppl 2):S5-S16.
22. Jeanson Chenu J. Quelles sont les représentations des médecins généralistes au sujet de la recherche en médecine générale ? Thèse de doctorat de Médecine. Université de Brest-Bretagne

- Occidentale Faculté de Médecine et des Sciences de le Santé ; 2017. Disponible en ligne : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01724193/document>
23. Taha A, Boulet P, Beis JN. Etat des lieux de la médecine générale universitaire au 1^{er} janvier 2015 : la construction interne de le FUMG. Exercer 2015 ;122 :267-82. Disponible en ligne : <https://www.exercer.fr/numero/122/page/267/pdf/>
24. Hajjar F. Etat des lieux de la recherche en médecine générale/soins primaires en Union Européenne, aux Etats-Unis et au Canada de 1974 à 2014 Thèse de doctorat en Médecine. Paris : Université Pierre et Marie Curie ; 2017. Disponible en ligne : http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/HAJJAR_THESE.pdf
25. Gay B, Ringa V, Druais PL. Recherche en soins de santé primaires. Propositions du Comité Interface INSERM-Médecine Générale et du Collège de la Médecine Générale. Comité Interface INSERM Médecine générale, 2014. Disponible en ligne sur : [file:///C:/Users/proprietaire/Downloads/Propositions%20RechercheSoinsPrim%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/proprietaire/Downloads/Propositions%20RechercheSoinsPrim%20(1).pdf)
26. DRESS. 7860 étudiants en médecine affectés à l'issue des épreuves classantes nationales. Dress, Etudes et Résultats, 2015,937. Disponible en ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er937.pdf>
27. Le Breton-Lerouillois G, Rault JF. Atlas de la démographie médicale 2016 en France, Conseil National de l'Ordre des médecins. Disponible en ligne : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
28. Bretagne P. 10 ans de spécialité en médecine générale : ce qui a changé pour vous. Le Généraliste, mars 2017 ; 2790 :10-15.
29. Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016. Disponible en ligne : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/375829/document/texte_conventionnel_version_consolidée_au_16-03-18.pdf
30. Dory V, Pouchain D, Beaulieu M-D, Pestiaux D, Gay B, Rocher G, Boucher L. La médecine générale dans le regard des futurs généralistes. Exercer 2009 ;85:4-7. Disponible en ligne : <https://www.exercer.fr/numero/85/page/4/>
31. Rapport de la commission des jeunes médecins, Conseil National de l'Ordre des médecins, juin 2007 <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/rapport-de-la-commission-jeunes-medecins-738>
32. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. IRDES. Question d'économiste de la Santé n°157 ; 2010. Disponible en ligne : www.irdes.fr/Publications/2010/Qes157.pdf

33. Legifrance Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>
34. Druais PL, Certain MH, Combiér M, Frappé P, Gay B. La place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé. Rapport à Madame la Ministre des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 2015. Disponible en ligne :
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Druais_Mars_2015.pdf.
35. El Hafdi S. Le ressenti du patient sur la consultation de médecine générale. Thèse de doctorat en médecine. Amiens :Université de Picardie Jules Vernes Faculté de médecine ; 2016. Disponible en ligne : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01364880/document>
36. Gaborieau P. Qu'est qu'un « bon médecin généraliste » ? Enquête quantitative de comparaison des moyennes des notes données aux items du questionnaire EUROPEP, par les usagers de médecine générale de la Touraine du Sud. Thèse de doctorat en médecine. Tours : Université François Rabelais ;2013. Disponible en ligne :
www.applis.univtours.fr/scd/Medecine/Theses/2013_Medecine_GaborieauPauline.pdf
37. Bourgueil Y. Soins primaires : une voie d'avenir pour le système de santé français ? D'une approche globale centrée sur des besoins de base à une approche centrée sur l'organisation de soins. Revue hospitalière de France 2011;538:12-6. Disponible en ligne :
<http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/431566/>
38. Allonier C, Dourgnon P, Rochereau Thierry. Enquête sur la santé et la protection sociale 2008. IRDES. Rapport n°547 ; 2010. Disponible en ligne :
<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1800.pdf>
39. Bourgueil Y. Secteur ambulatoire : des enjeux majeurs d'organisation et de régulation pour l'avenir. Regards croisés sur l'économie 2009 ;1 (n°5) :159-167.
40. Cartier T, Mercier A, De Pourvoirville N, Huas C, et al. Constats sur l'organisation des soins primaires en France, Exercer 2012 ;101 :65-71.
41. Anguis M, Chaput H, Marbot C, Millien C, Vergier N. 10 000 médecins de plus depuis 2012. DREES. Etudes et Résultats ; 2018, 1061. Disponible en ligne : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1061.pdf
42. Mourgues J-M. Atlas de la démographie médicale en France, Profils comparés :2007/2017-Les territoires au cœur de la réflexion. Disponible en ligne :
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf
43. DRESS. Les dépenses de santé en 2016, Résultats des comptes de la santé. Edition 2017, Drees.Disponible en ligne :

http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns_2017.pdf

44. Holu  C., Rémunération les nouveaux modes. Le concours médical 2017;139,1:21-7.

45. Mousquès J, Daniel F. L'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé génère des gains en matière de productivité et de dépenses. Résultats de l'évaluation des sites participant à l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération. IRDES. Questions d'économie de la santé n 210 ; 2015.

Disponible en ligne : <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/210-l-exercice-regroupe-pluriprofessionnel-en-maisons-poles-et-centres-de-sante-genere-des-gains-en-matiere-de-productivite-et-de-depenses.pdf>

46. Saint-Lary O, Plu I, Naiditch M. Adhérer ou pas au CAPI : de quel clivage des généralistes le paiement à la performance est-il le révélateur, Revue française des affaires sociales 2011 ;2 (n 2-3) :180-209. Disponible en ligne :

<http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2011-2-page-180.htm>

47.MG France. La ROSP 2017, Politique de santé, MG France. Disponible en ligne : <https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/politique-de-sante/1599-la-rosp-2017-evolution-ou-revolution>

48. Mousquès J, Daniel F. L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité et l'efficacité des pratiques des médecins généralistes. Résultats de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR). IRDES. Questions d'économie de la santé n 211 ;2015

Disponible en ligne : <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/211-l-impact-de-l-exercice-regroupe-pluriprofessionnel-sur-la-qualite-des-pratiques-des-medecins-generalistes.pdf>

49.DRESS. L' tat de santé de la population en France, Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique, Rapport 2011.Drees p.15-36. Disponible en ligne :

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000698.pdf>

50. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). 2016.

Disponible en ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_12.pdf

Annexes

Annexe 1 : Canevas d'entretien Patients

Question 1 : Savez-vous que la médecine générale est maintenant considérée comme une spécialité ?

Si la réponse est oui, comment l'avez-vous appris ?

Question 2 : Quelles peuvent être les conséquences ?

Relance : Le fait que la médecine générale soit reconnue comme spécialité quels impacts cela peut avoir ? sur le système de santé ? sur la consultation de médecine générale ?

Question 3 : Quel est le rôle de votre médecin généraliste dans votre parcours de soins ?

Question 4 : La place de la consultation de médecine générale dans le parcours de soins vous paraît-elle adaptée ?

Question 5 : Quelle image avez-vous de la médecine générale ?

Question 6 : En quoi le système de soins en France a changé ?

Question 7 : Que changeriez-vous au système de santé en France ?

Canevas d'entretien modifié :

Question 1 : Savez-vous que la médecine générale est considérée comme une spécialité au même titre que la cardiologie ou la chirurgie ?

Si la réponse est oui : Comment l'avez-vous appris ?

Depuis la loi de modernisation sociale de 2002, la médecine générale est considérée comme une spécialité.

Dorénavant tous les étudiants de médecine en fin de sixième année passent l'examen national classant qui permet l'accès au choix de la spécialité.

Une fois la spécialité choisit l'étudiant intègre un internat centré sur cette spécialité d'une durée de 3 ou 5 ans en fonction de la spécialité.

Question 2 : Quelles peuvent être les conséquences ?

Relance : Le fait que la médecine générale soit reconnue comme spécialité quels impacts cela peut avoir ? sur le système de santé ? sur la consultation de médecine générale ?

Question 3 : Quel est le rôle de votre médecin généraliste dans votre parcours de soins ?

Question 4 : La place de la consultation de médecine générale dans le parcours de soins vous paraît-elle adaptée ?

Question 5 : Quelle image avez-vous de la médecine générale ?

Question 6 : En quoi le système de soins en France a changé ?

Question 7 : Que changeriez-vous au système de santé en France ?

Annexe 2 : Grille d'entretien du focus group

La création du DES de médecine générale et par conséquent sa reconnaissance académique constitue un puissant moyen de promotion du rôle du médecin généraliste

1) Quels sont les impacts sur votre pratique (le fait d'être reconnu comme spécialiste) ?

Points à aborder :

- restructuration soins de santé primaires
- amélioration/réorganisation de la pratique (maisons de santé, coopération, activité pluridisciplinaire)
- nouveaux modes de rémunération

2) Quels sont les changements pour le système de santé ?

Point à aborder :

- recentrage sur la médecine générale

3) Pour vos patients quelles conséquences en découlent ?

Points à aborder :

- sécurité du soin
- hiérarchisation de l'accès aux soins
- ISS

4) Quels sont les obstacles qui persistent à l'évolution des soins de santé primaires ?

Points à aborder :

- insuffisance de cohérence des politiques publiques
- hospitalocentrisme persistant

5) Que signifie pour vous « la spécialité médecine générale » ?

Points à aborder :

- moyen de promotion du rôle du médecin généraliste
- reconnaissance/revalorisation
- filière universitaire/recherche
- réorganisation du 3^{ème} cycle (réponses attendues des maîtres de stage)

6) Que pensez-vous de la recherche en médecine générale ?

Points à aborder :

- nécessité d'une vue d'ensemble des soins ambulatoires pour une restructuration
- EBM
- stratégies thérapeutiques/protocole de suivi

Annexe 3 : Guide des interviews (institutionnels)

Le système de soins français est en pleine restructuration

- 1) Que pensez-vous du système de soins actuellement pratiqué en France ?
- 2) La médecine générale est considérée comme une spécialité, quels changements en découlent sur l'organisation du système de santé ?
- 3) En quoi avoir fait de la médecine générale une spécialité est une étape dans la restructuration des soins ?
- 4) Quelles sont les évolutions à venir ?
- 5) Quelles seraient selon vous les meilleures solutions pour l'avenir de notre système de soins ?
- 6) Quel rôle avez-vous dans cette évolution ?

Annexe 4 : Extrait du verbatim de l'entretien 9

Entretien 9 :

- Alors la première question, est-ce que vous savez que la médecine générale est maintenant considérée comme une spécialité ?

- **Oui**

- Vous l'avez su comment ?

- **Par mes proches heu comme j'ai des amis qui font médecine heu j'ai appris qu'il fallait passer par le concours de spécialité dorénavant pour devenir médecin généraliste.**

- D'accord donc comme vous dites dorénavant c'est qu'avant en fait il ne fallait pas passer ce concours ! Est-ce que vous savez un peu comment ça se passait ou pas du tout ?

- **heu C'est une... non...non non...non non avant de savoir qu'il fallait passer par le concours heu je supposais que c'était heu une demande, qu'on affectait aux gens qui voulaient pas faire de spécialité**

- Heu oui alors en fait, avant que la médecine générale soit incluse dans les spécialités, c'était soit on décidait de devenir généraliste et donc on entrait directement dans le cursus, soit on avait voulu devenir spécialiste, on avait passé le concours on n'avait pas réussi donc on devenait généraliste en fait

- **D'accord**

- Du coup pour changer un peu tout ça ils ont inclus la médecine générale dans les spécialités, donc tous les étudiants à la fin de la sixième année passent le concours et ensuite en fonction du classement on choisit une spécialité ! Donc maintenant que c'est comme ça est-ce que hum 'fin quelles sont les conséquences qui peuvent en découler ? Le fait que maintenant la médecine générale soit reconnue comme spécialité ?

- **C'est une très bonne question ! Peut-être juste l'allongement des études de médecine qui sont déjà assez longues !**

- Hum hum

- **Et peut-être que les gens du coup vont considérer que médecin généraliste c'est un peu heu la voie par défaut pour ceux qui n'ont pas réussi une spécialité, alors qu'au final c'est une voie 'fin tout aussi valorisable qu'une spécialité !**

- Ok heu est-ce que heu vous en tant que patiente est-ce que vous pensez que sur vous, sur votre consultation de médecine générale ça va avoir des conséquences ou pas le fait que ce soit reconnu comme spécialité ?

- **Heu je pense pas je vois pas en quoi ça pourrait impacter heu**

- Et est-ce que vous pensez qu'il peut y avoir des conséquences sur le système de santé ou pas ?

- Je réfléchis... je vois non non non je vois pas en quoi ça pourrait changer heu dans l'état des lieux non je vois pas enfin j'ai pas d'idées par rapport à ça.

- D'accord. Pour vous quel est le rôle de votre médecin généraliste dans votre parcours de soins ?

- C'est mon premier référent de santé et c'est celui donc qui qui qui est censé donc heu faire le tri entre ce qui est vraiment physiologique et ce qui est un peu plus psychologique et du coup qui est censé me rediriger vers des bons spécialistes au bon moment si besoin.

Annexe 5 : Extrait du verbatim du focus group

-Modérateur :

Donc le premier thème que je vous propose d'aborder c'est, la question est très simple, on peut, vous pouvez la reposer éventuellement. C'est : Quels sont les impacts sur votre pratique, le fait d'être reconnu comme spécialiste, est-ce que ça a des impacts sur la pratique, sur la façon que vous avez, sur la pratique médicale ? sur votre pratique médicale ?

-M4 : Juste le statut ?

-Modérateur : Est-ce que le fait...

-M4 : Pas la formation

-Modérateur : Est-ce que le fait...la question c'est : le fait d'être reconnu spécialiste, est-ce que ça a changé des choses ou est-ce que ça change des choses, est-ce que ça influe sur votre pratique ?

-M2 (sur un ton sec) : En ce qui me concerne la réponse est non !

-M1 : Alors moi aussi (Rires de M2) alors moi j'ai pas beaucoup d'expériences, alors je pense que c'est plus intéressant que l'on ait quelques dizaines d'années derrière puisque le DESC date d'il y a 10 ans je crois, un truc comme ça. Moi j'ai pas l'impression que vraiment le DESC de médecine générale ait changé quelque chose d'autre, surtout heu aux yeux de nos confrères spécialistes en fait !

-M6 : Ouais c'est ça

-M1 : Voyez ?

-M2 : A mon avis oui, ça n'a rien changé aux yeux de nos confrères spécialistes ! Ça n'a rien changé aux yeux des patients et ça n'a rien changé aux yeux des décideurs c'est-à-dire des politiques qui imposent une certaine prise en charge de la santé en France et la sécu et autre !

Je heu 'fin à mon avis nous sommes toujours heu...on nous donne des titres ronflants de médecine de premier secours, mais pour moi nous sommes toujours la cinquième roue de la charrette à peine bon à remplir les certificats !

-M6 : C'est surtout moi je trouve, dans les rapports heu bon c'est peut-être parce que je suis jeune médecin, mais de hiérarchie avec les spécialistes ! Quand on appelle à l'hôpital, moi là 'fin rien qu'aujourd'hui, j'ai eu une journée un peu difficile mais, à chaque fois ils nous prennent de haut, et 'fin ché pas comment c'était avant mais je... Ils ne nous considèrent pas du tout d'égal à égal, 'fin moi (M5 lui coupe la parole)

-M5 : Moi je me suis senti spécialiste en médecine générale avec mes collègues généralistes, quand ils m'ont dit « Est-ce que t'as pensé à te faire certifier spécialiste ? » parce que avant je n'en voyais pas l'utilité. Alors oui tiens j'ai fait la demande pour être heu spécialiste en médecine générale ! Mais en discutant avec d'autres généralistes, je me suis senti spécialiste en médecine générale. Sinon je n'en voyais pas heu

-M1 : Mais déjà sur les plaques moi j'ai pas marqué heu,

-M2 : Non

-M1 : Moi il y a marqué médecin généraliste quoi

-M3 : Moi j'ai même pas fait ça

-M2 : Hum ?

-M3 : Je n'ai pas fait moi le fameux papier qu'il fallait remplir il y a une dizaine d'années pour être spécialiste en médecine générale. Moi je l'ai jamais fait ! A chaque fois je me dis tiens il faudrait que, mais jamais fait, pas le temps pas le temps et je ne sais pas si ça m'importe vraiment.

-M1 : D'ailleurs comment on fait ? C'est juste un papier à remplir ?

-M2 : Oui oui c'est un papier que tu envoies au conseil de l'ordre ; oui c'est ce que j'ai fait !

-M4 : Toi tu as passé l'internat après quand M1 ? T'as passé l'internat heu

-M1 : J'ai passé l'internat il y avait le DESC !

-M4 : Oui donc t'as pas besoin de le faire puisque

-M1 : Non non mais c'est une question, je ne savais pas qu'il y avait une reconnaissance à posteriori en fait !

-M5 : Pour nous il a fallu ! Vous vous tombiez automatiquement heu heu spécialiste.

-M1 : Oui oui et qu'est-ce que ça a avantage ? qu'est-ce que ça a changé pour vous d'avoir le statut heu ? le statut spécialiste ?

-M5 : Bah justement c'est pour ça qu'on est là !

-M3 : Moi je ne sais pas ce que ça a changé mais ce qui a changé les choses mais je vais parler d'autres choses, c'est la déclaration du choix de médecin traitant et l'organisation des soins à partir du médecin traitant, moi je trouve. Parce que je me suis installée en 2006 l'année où il fallait signer ce fameux papier donc c'est très difficile parce qu'on ne me connaissait pas et je disais bon il faut signer ce papier parce que je suis votre médecin ! Super !! Mais par la suite je me suis rendue compte que ça a changé pas mal de choses parce que je trouve que les spécialistes nous appellent souvent pour nous demander notre avis 'fin moi je le vis comme ça, mais peut-être que je me trompe.

Annexe 6 : Extrait du verbatim de l'interview avec le représentant de l'Ordre des Médecins

-Le système de soins français est en pleine restructuration que pensez-vous du système de soins actuellement pratiqué en France ?

-**ODM** : c'était un excellent système mais qui est en train j'allais dire de se détériorer progressivement.

-Oui ?

-**ODM** : Ce système qui était basé sur cette relation médecin-patient c'est-à-dire le colloque singulier existe encore heureusement mais tend à s'estomper de plus en plus au profit justement de la technique, de la mécanisation de cette médecine. Voilà je crois que ça c'est quelque chose de fondamentale qui est en train de se perdre ! Et à mon avis c'est dommage, on ne donne plus de temps médical aux patients, on donne de plus en plus de charges administratives aux médecins et donc le médecin n'a plus de temps de s'occuper correctement de ses patients et ça je crois que c'est une base essentielle, il y a beaucoup d'autres points mais ça je crois que c'est fondamental.

-C'est le principal changement qu'on voit actuellement au niveau de la médecine générale ?

-**ODM** : c'est une évolution sociétale, donc cette médecine générale il y a de moins en moins de médecins qui veulent faire cette médecine générale. Le médecin n'est plus corvéable à merci, c'est fini ! Je crois qu'on n'a plus ce côté, les jeunes médecins et c'est une réalité veulent travailler, aiment peut-être ce qu'ils font mais veulent s'arrêter à 18h/19h pour être avec leur famille, pour s'occuper d'eux, pour faire un peu de sport, je crois que ça c'est une généralisation. Pratiquement la majorité des médecins qui s'installe, des jeunes médecins que je vois, que j'entends d'accord ? alors que quand certains médecins partent, j'ai une de mes associés qui est partie parce qu'elle était me dit-elle dévorée ; elle a trois enfants, qu'elle voulait rentrer chez elle un peu plus tôt et je crois que l'autre l'autre côté le médecin ne sait pas s'adapter non plus ! Parce qu'elle aurait pu accompagner ses enfants à 9h comme je lui ai dit, faire une journée continue et s'arrêter à 5h et dire aux gens et aux patients qui venaient la voir, aux personnes qui venaient la voir, ils ne sont pas tous patients, ils ne souffrent pas tous, je crois que les gens viennent voir le médecin pour différentes raisons. Ce n'est plus comme d'autres pays, c'est pas une médecine j'allais dire que de soins, c'est une médecine de prévention et de discussion et le médecin a un rôle social, éducatif, un rôle de prévention etc. donc elle aurait pu mais je crois que le médecin dans sa tête lorsqu'il est là je crois qu'il se sent aussi lui-même investi de ce je sais pas quoi, de ce, de ce, soigner, d'être à la merci des gens ! Je pense qu'on, que le médecin de l'autre côté peut s'organiser je crois qu'il suffit de le dire, de l'exprimer c'est mon avis voilà !

Annexe 7 (25) : Proposition du Comité d'interface INSERM-Médecine générale

Axe Formation

1. Mettre à disposition des jeunes médecins généralistes chercheurs des bourses de recherche (masters M2, thèses d'université).
2. Donner les moyens humains et matériels aux Départements de médecine générale de développer un secteur recherche, afin de disposer d'une assistance méthodologique aux investigateurs et d'une aide à la gestion des données, sur le modèle des Unités de Recherche Clinique hospitalières.

Axe Appels d'offre

3. Mettre en place au sein de l'Agence nationale de la recherche un appel thématique « santé et système de soins ambulatoires » pour des projets de recherche sur les soins de proximité.
4. Créer et abonder des Programmes Ambulatoires de Recherche Clinique, sur le modèle des Programmes Hospitaliers de Recherche Clinique (PHRC) ou des Programmes de Recherche sur la Performance du Système de soins (PREPS).
5. Instituer le lancement par l'Institut de Recherche en Santé Publique d'un appel d'offre spécifique centré sur les soins de santé primaires à partir de l'exploitation de bases de données existantes.

Axe Bases de données

6. Proposer un financement pérenne et coordonné des actions et mutualiser les ressources actuelles.
7. Mettre en place et financer un dispositif de recueil en continu des pratiques réelles concernant les prestations de soins de santé primaires.
8. Mettre à disposition des ressources humaines au sein de l'Assurance maladie permettant aux médecins généralistes chercheurs d'accéder aux bases de données institutionnelles de type SNIIRAM.

Axe Implication des médecins dans la recherche

9. Valoriser la participation au recueil de données comme une mission du médecin généraliste, et l'inclure dans les indicateurs de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique.
10. Favoriser le développement de la recherche en soins de santé primaires au sein des maisons et pôles de santé pluri-professionnels et l'intégrer dans les nouveaux modes de rémunération et dans les critères de labellisation universitaire.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'Humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai pas la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.