



HAL
open science

Impact du système de soins dans la qualité des prises en charge en médecine générale : point de vue des médecins généralistes picards

Sultan Manakli

► To cite this version:

Sultan Manakli. Impact du système de soins dans la qualité des prises en charge en médecine générale : point de vue des médecins généralistes picards. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02269976

HAL Id: dumas-02269976

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02269976>

Submitted on 23 Aug 2019

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.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

UFR DE MEDECINE D'AMIENS

Année 2019

N° 2019-25

**IMPACT DU SYSTEME DE SOINS DANS LA QUALITE DES PRISES EN CHARGE
EN MEDECINE GENERALE : POINT DE VUE DES MEDECINS GENERALISTES
PICARDS**

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 28 mars 2019

Par MANAKLI Sultan

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Yazine MAHJOUB

JUGES : Monsieur le Professeur Denis CHATELAIN

Monsieur le Docteur Jean-Philippe LANOIX

Monsieur le Docteur Abdallah AL-SALAMEH

DIRECTEUR : Monsieur le Docteur Jean-Paul DUCROCQ

A mon président de jury,

Monsieur le Professeur Yazine MAHJOUR
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
(Anesthésiologie, réanimation, médecine d'urgence)

Cher maître, vous me faites l'honneur de présider ce jury, recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.

A mon juge,

Monsieur le Professeur Denis CHATELAIN
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Anatomie et cytologie pathologique)

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Soyez assuré de mon profond respect.

A mon juge,

Monsieur le Docteur Jean-Philippe LANOIX
Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
(Maladies infectieuses et tropicales)

Vous me faites l'honneur d'examiner ce travail. Recevez à cette occasion mes sincères remerciements.

A mon juge,

Monsieur le Docteur Abdallah AL-SALAMEH
Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
(Endocrinologie)

Vous me faites l'honneur de siéger parmi les membres du jury. Veuillez trouver ici le témoignage de ma plus grande reconnaissance.

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Jean-Paul DUCROCQ
Médecin généraliste, Maître de Stage des Universités
Capacité de Gériatrie

Ce fut un honneur d'être dirigée par vous. Je vous remercie pour vos encouragements, votre amabilité et votre disponibilité. Je n'oublierai pas toutes nos discussions passionnantes autour de la médecine. Voyez dans ce travail l'expression de mon profond respect et de ma gratitude.

REMERCIEMENTS

A Maman,

Merci pour ton soutien sans faille au cours de ces études. Je pense que tu les as encore plus vécues que moi. Merci pour tous tes encouragements quand je n'y croyais plus. Tu es une vraie force de la nature. Tu as toute ma reconnaissance. Désormais, je pourrai rattraper toute mes absences. Merci infiniment.

A Quentin,

Que te dire ? Tu as été un grand fou de supporter mes humeurs pendant l'internat et cette thèse. Merci pour ta grande patience et tes encouragements. Tu es ma force tranquille. Merci pour tout l'amour que tu m'apportes au quotidien, ce n'est que du bonheur. A nous, à nos projets, à notre avenir.

A mon frère et à mes sœurs,

Merci pour votre patience non seulement pendant ces études mais de façon générale. Comme maman nous a éduqué, quand un de nous tombe les autres le rattrapent. Ça a été beaucoup mon cas. Je vous remercie pour toute votre aide, vos conseils avisés, votre compréhension. Vous êtes de vrais exemples de force avec un sens du travail exceptionnel. Vous m'avez beaucoup inspiré. Vous avez toute ma reconnaissance. Vivement les réunions de famille avec nos petites tornades !

A Marie et Sahin,

Je suis très heureuse de vous compter dans notre famille. Merci pour vos conseils et votre soutien.

A mes neveux et nièces,

Merci pour votre bonne humeur et votre énergie sans fin ! Vous êtes nos soleils dans la famille. Soyez assurés de toute mon affection et de mon soutien.

A Marie-Agnès,

Tu es une femme et une mère formidable. Je suis heureuse de t'avoir dans ma vie. Merci pour ton aide et tes bons conseils.

A ma belle-famille,

Merci de m'avoir si bien accueillie dans votre famille. J'ai beaucoup de chance.

A Nadia,

Je pense que je n'aurai pas assez de lignes pour exprimer toute l'amitié que j'ai pour toi. Je suis très fière de toi. Tu es une femme exceptionnelle et un excellent médecin. Merci pour ton soutien pour tout mais aussi pour toutes ses discussions enrichissantes nous poussant à la réflexion sur tellement de domaines. Je pense qu'on en a fini toutes les deux avec les bancs de la fac. On aura le temps de boire un thé à la menthe après un bon hammam. Promis.

A Nesrine,

Merci pour ton aide pendant cette thèse. Je ne l'oublierai pas.

A Fatou et Halima,

Je suis fière de vous compter parmi mes amies d'enfance. Visiblement, on a réalisé un exploit. On a réussi professionnellement malgré notre enfance à Saint-Jean. Quartier pas facile mais, mine de rien, on y a appris pas mal de choses sur les valeurs de la vie. Merci d'être présentes.

A la team Creil, Amina, Damien, Maxou, Mathieu mais aussi Albane !

Le hasard a fait que l'on s'est rencontré dans cet internat. Chacun est venu de son côté et les aléas de l'hôpital nous ont rapproché. On y a aussi vécu de bons fous rires. Maintenant je suis très heureuse de vous compter parmi mes amis proches. J'espère encore vivre de belles choses avec vous.

A la team pédiatrie du CHU, Lucie, Adrien, Hélène, Cécile

Depuis le temps que je parle de thèse, on y est ! Merci pour la cohésion entre nous pendant ce stage. On formait une bonne équipe. Je vous souhaite beaucoup de réussite dans vos carrières.

A l'équipe de Réadaptation cardiovasculaire, Anne-Lise, Morgane, Annabelle, Florent

Merci pour votre accueil chaleureux mais surtout de m'avoir donné le virus de l'éducation thérapeutique. Je tiens à poursuivre ce que vous réalisez au sein du centre dans lequel je travaille actuellement.

A l'équipe d'Endocrinologie et Néphrologie à Beauvais

Merci pour tous ces bons souvenirs et de m'avoir appris tant de choses. Merci pour votre profonde gentillesse. Ivona, tu as été une co-interne en or. Vivement ta soutenance de thèse. Je ne doute pas que tu vas assurer !

A Hubert,

Je n'aurais pu imaginer que notre rencontre durant mon stage chez toi allait aboutir à une si belle amitié. Tu es une personne et un médecin formidable. Je te remercie pour tous tes précieux conseils, ton soutien. Merci de m'avoir préservé pendant cette thèse et aussi de m'avoir intégré au centre de santé. Promis je prendrai soin de tes patients.

A l'équipe du centre de santé de Noyon,

Merci **Philippe** pour m'avoir aidé pour la préparation de cette thèse. Tu es un collègue exceptionnel, très humain avec tes patients. J'espère que l'on travaillera le plus longtemps possible ensemble.

Merci **Gérard** pour ta profonde gentillesse. Tu es un médecin rempli d'empathie. A l'heure actuelle ton état ne nous permet pas de se voir ni de travailler ensemble. J'espère que cela changera vite.

A mes supers secrétaires, le duo de choc, **Sabine et Marie**. Merci pour votre bonne humeur, votre efficacité, votre professionnalisme mais aussi la préparation de thé quand je suis malade. De vraies maman. On va finir par l'avoir cette carte CPS !

A **Richard**, comme tu dis « on a commencé l'aventure ensemble, on la continue ensemble ». Merci d'être présent et d'avoir été compréhensif concernant ma thèse. Je suis heureuse de te compter parmi mon entourage. On va faire du bon boulot avec notre centre. Promis.

A **Pascal**, Merci pour toute ces conversations enrichissantes à la CCPN mais surtout merci pour ton humour qui m'a aidée pendant la préparation de la thèse.

A **Susie**, je crois que je peux t'appeler la super assistante. Richard a beaucoup de chance. Merci pour ton professionnalisme, ton dynamisme et surtout le fou rire pendant le choix du meuble pour le pèse bébé. Oui nous sommes des femmes polyvalentes.

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 les 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 jamais la mort délibérément.

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	13
1. INTRODUCTION.....	14
2. GENERALITES.....	15
2.1. Définition du système de soins :.....	15
2.2. Les acteurs du système de soins :.....	15
2.2.1. Des offreurs de soins :.....	15
2.2.2. Des producteurs de biens et services en santé :.....	15
2.2.3. Des institutions publiques :.....	15
2.2.4. Des financeurs :.....	16
2.2.5. Des bénéficiaires :.....	16
2.3. Evolution du système de soins :.....	16
2.4. Place du médecin généraliste dans le système de soins :.....	17
2.5. Définition de la qualité des soins :.....	19
3. MATERIELS ET METHODES.....	21
3.1. Rappels des objectifs :.....	21
3.1.1. Objectif principal :.....	21
3.1.2. Objectif secondaire :.....	21
3.2. Choix de la méthode et Matériel :.....	21
3.2.1. Etude qualitative :.....	21
3.2.2. Entretiens semi dirigés :.....	21
3.3. Méthode :.....	22
3.3.1. Constitution de l'échantillon :.....	22
3.3.2. Inclusion :.....	22
3.3.3. Recueil de données :.....	22
3.3.4. Analyse des données :.....	23
4. RESULTATS	24
4.1. Description de la population.....	24
4.2. Retranscription des entretiens.....	26

4.3.	Analyse des résultats	26
4.3.1.	Système de soins ambivalent.....	26
4.3.2.	Ressenti de la qualité des soins	27
4.3.3.	Les freins du système de soins	30
4.3.4.	Les avantages de notre système de soins	36
4.3.5.	Qualité de la prise en charge : impact du système de soins	40
4.3.6.	Le médecin face aux attentes de ses patients	41
4.3.7.	Pistes de réflexion pour une amélioration de la qualité	44
5.	DISCUSSION	49
5.1.	Discussion sur le choix du sujet	49
5.2.	Discussion sur la compréhension du sujet.....	49
5.3.	Discussion sur les matériels et méthodes	49
5.3.1.	Les biais de l'étude.....	49
5.3.2.	Les forces de l'étude	51
5.4.	Discussion sur les résultats	51
5.4.1.	Système de soins ambivalent.....	52
5.4.2.	Ressenti de la qualité des soins	52
5.4.3.	Les freins du système de soins	54
5.4.4.	Les avantages de notre système de soins	57
5.4.5.	Qualité de la prise en charge : impact du système de soins	58
5.4.6.	Le médecin face aux attentes de ses patients	59
5.4.7.	Pistes de réflexion pour une amélioration de la qualité	60
6.	CONCLUSION	63
7.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	64
8.	LES ANNEXES	68

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD : Affection Longue Durée

ARS : Agence régionale de Santé

CAMIEG : Caisse d'Assurance Maladie des Industries Electriques et Gazières

CHIC : Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CNAM : Caisse nationale de l'assurance maladie

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DPI : Dossier Patient Informatisé

DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

EUROPEP : EUROpean task force on Patient of général Practice

FMC : Formation Médicale Continue

HPST : Hôpital, patients, santé et territoire

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

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

IOM : Institute of Medicine

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

MDPH : Maison Départementale des personnes handicapées

MSA : Mutualité Sociale Agricole

ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance-Maladie

OMS : Organisation Mondial de la Santé

RSI : Régime Social des Indépendants

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

TSH : Thyroid Stimulating Hormon

VSL : Véhicule Sanitaire Léger

WONCA : World Organization of National Colleges (l'Organisation Mondiale des médecins généralistes)

1. INTRODUCTION

Un système de soins est défini selon l’OMS comme « l’ensemble des organisations, institutions et ressources dont le but est d’améliorer la santé » (1)

En France les principaux acteurs du système de soins sont les offreurs de soins, les producteurs de biens et services en santé, les institutions politiques, les financeurs et les bénéficiaires.

L’OMS en 2000 a classé la France comme le meilleur système de santé au monde. (2) Dans la revue The Lancet publié en 2017, une étude basée sur la qualité et l’accessibilité des systèmes de santé, a classé la France en 15^{ème} position sur 195 pays. (3)

Le médecin généraliste a une place importante dans le système de soins en tant qu’acteur, offreur de soins. Selon la WONCA (World Organization of National Colleges, l’Organisation Mondiale des médecins généralistes), la définition de la médecine générale inclut « l’approche centrée sur la personne » et la « personnalisation de la consultation à travers une relation médecin patient privilégiée » (4)

Une thèse de médecine générale a été réalisée sur les attentes des patients de leur médecin généraliste, basée sur un questionnaire validé EUROPEP (EUROpean task force on Patient of général Practice)(5). Elle a permis de dresser le portrait du « bon médecin généraliste » qui remplirait les critères suivants :

- Être reçu rapidement pour un problème urgent
- Être écouté
- Être informé
- Être soulagé
- Que les données de leur dossier médical restent confidentielles.

Devant l’évolution du système de soins, est-il possible aujourd’hui de remplir son rôle de médecin généraliste et de répondre aux attentes des patients, malgré les contraintes actuelles ? (Administratives, transfert des missions hôpital-ambulatoire, contrôle et directives de la sécurité sociale au cabinet avec l’obligation de répondre à des attentes économiques du pays)

Finalement, dans quelle mesure le système de soins impacte sur la qualité de la prise en charge des patients en médecine générale ?

2. GENERALITES

2.1. Définition du système de soins :

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il est défini comme « **l'ensemble des organisations, des institutions et des ressources dont le but est d'améliorer la santé** (...). Les systèmes de santé remplissent principalement quatre fonctions essentielles : la prestation de services, la création de ressources, le financement et la gestion administrative. » (6)

2.2. Les acteurs du système de soins :

En France, on distingue **cinq acteurs du système de santé**. (6)

2.2.1. Des offreurs de soins, qui regroupent :

- des **professions médicales et pharmaceutiques** (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes), des **auxiliaires médicaux** (infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, etc.) aux statuts et aux modes d'exercices divers : libéraux, salariés ou mixtes ;
- des **établissements de santé** couvrant des champs d'intervention différents (hospitalier, médico-social) avec des statuts qui peuvent être publics ou privés ;
- des **réseaux de santé pluridisciplinaires** regroupant des médecins, des infirmières et d'autres professionnels (travailleurs sociaux, personnel administratif, etc.) constitués pour favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge ;
- des **structures de prévention** : services de santé au travail, médecine scolaire, services de protection maternelle et infantile, structures de dépistage, etc.

2.2.2. Des producteurs de biens et services en santé, comme l'industrie pharmaceutique, qui obéissent à des logiques économiques de marché.

2.2.3. Des institutions publiques :

- qui **organisent le système** tant au niveau national (ministère de la santé) que régional (agences régionales de santé – ARS) ou départemental (conseils départementaux dans le domaine de l'action sanitaire et sociale) ;
- qui **conseillent ou aident à l'organisation** (Haut Conseil de santé publique, Institut national de veille sanitaire, Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, etc.) ;

- qui **contrôlent et orientent** : Parlement (au travers des lois de financement de la sécurité sociale et de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance-Maladie –ONDAM), corps de contrôle (notamment Cour des Comptes, Inspection Générale des Affaires Sociales – IGAS).

2.2.4. **Des financeurs** aux statuts différents :

- les assurances maladies obligatoires constituées du régime général d'assurance maladie (CNAM), de la Mutualité Sociale Agricole (MSA), du Régime Social des Indépendants (RSI) et de certains régimes spéciaux (par exemple la Caisse d'Assurance Maladie des Industries Electriques et Gazières – CAMIEG),
- les assurances maladies complémentaires (mutuelles, assurances privées, institutions de prévoyance)
- et les assurés sociaux

2.2.5. **Des bénéficiaires** via les associations de patients.

2.3. Evolution du système de soins : (7)

L'histoire du système de santé est liée à l'histoire de l'organisation hospitalière :

- VI^{ème} siècle : premiers hôpitaux : charité privée, religieuse et locale.
- Moyen âge : hôpital général sous le contrôle du monarque, réservé aux malades sans ressources et aux indigents. La fonction est sociale. Il s'agit d'un lieu de soin mais non de guérison.
- 1793 : nationalisation des hôpitaux : assistance hospitalière à la charge de l'état. Persistance de la fonction sociale.
- XIX^{ème} siècle : révolution pasteurienne qui implique une fonction sanitaire.
- 1893 puis 1951 : soins gratuits, seul l'état de santé conditionne l'accès aux soins hospitaliers.
- 1941 : plan général d'organisation hospitalière.
- 1945 : sécurité sociale.
- 1958 : création des CHRU, Centre Hospitalier Régional Universitaire : enseignement, recherche.
- 1970 : création du service public hospitalier (soin, enseignement, recherche, prévention) et de la carte sanitaire.
- À partir des années 70 : nécessité de maîtriser les dépenses de santé.

- À partir de 1990, de nombreuses réformes et lois ont eu pour axes : Droits des malades (information), Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), Maîtrise des dépenses de santé.
- Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
- Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Loi HPST) : modernisation des établissements de santé, amélioration de l'accès à des soins de qualité, répartir de façon plus égalitaire l'offre de soins, organisation territoriale du système de santé, création de l'ARS, Agence Régional de Santé.
- 2016 : la loi de modernisation de notre système de santé

La coopération entre hôpitaux publics est dynamisée par le déploiement de groupements Hospitaliers de territoire qui permettront aux hôpitaux proches d'élaborer un projet médical commun et de partager des missions ou des fonctions supports (achats hospitaliers, par exemple). (8)

Elle prévoit aussi :

- d'encadrer l'intérim médical à l'hôpital.
- d'informer le patient sur les coûts de son hospitalisation : tout établissement de santé devra délivrer systématiquement au patient, lors de sa sortie, une information écrite détaillant le coût global de sa prise en charge.
- de renforcer la participation des usagers aux décisions prises dans les établissements de santé : la commission représentant les usagers dans les établissements de santé sera désormais informée et consultée sur les questions de qualité, de sécurité des soins d'organisation du parcours de soins.

2.4. Place du médecin généraliste dans le système de soins :

« La médecine générale est la première ressource qui s'offre au patient lorsque l'automédication ne lui a pas permis de trouver une solution à son problème de santé. Elle offre une réponse ambulatoire, proche du lieu de vie et / ou de la communauté du patient, d'accès ouvert non trié, au stade initial comme au stade évolué des pathologies. Ce large champ d'activités est donc déterminé par les demandes et les besoins de la population ». (9)

Le carré de White revu par Green montrait que la majorité des demandes médicales de la population concernait les soins de santé primaires.

L'art. L1411-11 du Code de Santé Publique précise que « l'accès aux soins de premiers recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité.

Ces soins comprennent :

- La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement, le suivi des patients
- La dispensation et l'administration de médicaments
- L'orientation dans le système de soins et le secteur médicosocial
- L'éducation pour la santé »

Le texte précise :

« Les professionnels de santé, dont le médecin traitant, cités à l'article L162-5-3 du code de la sécurité sociale ainsi que les maisons de santé, pôle de santé et centre de santé concourent à l'offre de soins de premiers recours »

Des caractéristiques de la médecine générale découlent la fonction traitante. Elle s'inscrit dans 4 domaines :

- Parcours de soins, parcours de santé
- Tenue du dossier médical, dossier patient partagé en amont de la notion de DMP
- Mise en œuvre d'outils communicants, type messagerie sécurisée, échanges et conférence téléphonique
- Organisation des soins autour des compétences développées en médecine générale

Les missions du médecin généraliste sont décrites dans le code de la santé publique (art L4130-1) :

- Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé
- Orienter ses patients dans le système de soins et le secteur médicosocial
- S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients
- Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques
- S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé

- Contribuer aux actions de prévention et de dépistage
- Participer à la mission de service public de permanence des soins
- Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de 2^{ème} et 3^{ème} cycle d'études médicales

Les compétences professionnelles décrites sont : une approche centrée sur le patient, relation, communication approche globale et complexité, premiers recours, urgence, éducation en santé, dépistage, prévention individuelle et communautaire, continuité, suivi, coordination des soins, professionnalisme.

2.5. Définition de la qualité des soins :

L'OMS définit la qualité comme la capacité de « garantir à chaque patient l'assortiment d'actes thérapeutiques... lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains... ».

Selon un article publié par IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé) sur la qualité des soins (10) la définition la plus largement employée vient de l'Institut de médecine des Etats-Unis (IOM) qui précise que la qualité est « la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment.»

La définition de la qualité des soins a évolué au cours de deux dernières décennies en intégrant les points de vue des différents acteurs, celui des patients en particulier. La qualité est donc une notion multidimensionnelle.

Les principales dimensions de la qualité des soins qui ont été élaborées peuvent être regroupées dans cinq catégories : **efficacité, sécurité, réactivité, accès et efficience**. Ces dimensions englobent souvent une série d'autres dimensions parfois nommées différemment selon les cadres, telles que la pertinence, la ponctualité (timeliness), l'aptitude (patient centeredness), la continuité, la satisfaction, la compétence technique.

L'**efficacité** est souvent la première dimension prise en compte pour mesurer la qualité. Elle correspond à la capacité de réaliser des résultats (des soins) souhaitables, à condition qu'ils soient bien dispensés à ceux qui en ont besoin.

La **sécurité des soins** est basée sur le principe de ne pas nuire aux malades. La sécurité est la capacité d'empêcher ou d'éviter les résultats indésirables ou les dommages qui proviennent des

processus de soins eux-mêmes. C'est une dimension qui est étroitement liée à l'efficacité, bien qu'elle s'en distingue en mettant l'accent sur la prévention des événements indésirables et sur la réduction des défauts de qualité des soins pour les patients.

L'**accessibilité** est la facilité avec laquelle on accède aux bons services de santé au bon moment. L'accès peut être vu sous l'angle géographique, financier ou socio-psychologique, et exige que les services de santé soient a priori disponibles. L'équité est une dimension étroitement liée à l'accès et à la capacité d'un système de santé à traiter de manière juste toutes les personnes concernées, indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leurs conditions socio-économiques.

La **réactivité** ou la sensibilité du système à la demande du patient renvoie à des notions telles que le respect des patients, la dignité, la confidentialité, la participation aux choix, le soutien social, le choix de fournisseurs de soins. Elle se rapporte à la façon dont le système prend en charge les patients pour répondre à leurs attentes légitimes non liées à la santé.

L'**efficience** se réfère à l'utilisation optimale des ressources disponibles pour obtenir les bénéfices ou les résultats les meilleurs. Elle renvoie à la capacité d'un système de santé à fonctionner à moindre frais sans diminuer les résultats possibles et souhaitables.

3. MATERIELS ET METHODES

3.1. Rappels des objectifs :

3.1.1. Objectif principal :

Comprendre comment l'organisation de notre système de santé influence la prise en charge en médecine générale.

3.1.2. Objectif secondaire :

Evaluer le ressenti des médecins généralistes sur leurs capacités à répondre aux attentes de leurs patients.

3.2. Choix de la méthode et Matériel :

3.2.1. Etude qualitative :

La méthode la plus adaptée pour répondre aux objectifs de notre étude était la méthode qualitative. Elle est appropriée lorsque les facteurs observés sont difficiles à mesurer objectivement, que les facteurs observés sont subjectifs. (11)

La recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative.

Cette méthode permet aussi d'analyser les émotions, les sentiments (ressenti, vécu ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles).

Elle peut contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux.

La recherche qualitative est particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale, car elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants des soins.

3.2.2. Entretiens semi dirigés :

Ce type d'entretien permettait une libre expression des interviewés tout en cadrant le discours par un guide d'entretien et des relances.

Le guide d'entretien est constitué de questions à réponses ouvertes. La trame d'entretien a été rédigée au préalable avec des questions thématiques (cf annexe). Elle comportait 8 questions. Nous avons ajouté au début des entretiens une définition systématique du système de soins au vu des difficultés de compréhension des premiers entretiens.

Cette technique permet d'assurer la comparabilité des résultats.

La méthode de l'entretien semi dirigé a été étudiée selon le livre « l'enquête et ses méthodes : l'entretien ». Le nombre d'entretien n'était pas défini au préalable. Les entretiens étaient arrêtés lors de l'obtention de la saturation des données. La saturation des données intervient lorsqu'aucun nouvel entretien n'apportait de nouveaux éléments. (12)

3.3.Méthode :

3.3.1. Constitution de l'échantillon :

Nous avons décidé d'obtenir un échantillonnage en « variation maximale ». La diversité des ressentis était recherchée.

La taille de l'échantillon a été estimée dès le début de l'enquête et conditionnée par la saturation des données.

15 entretiens de médecins généralistes ont été réalisés en Picardie. Ils s'agissaient de médecins installés, exerçant en libéral.

3.3.2. Inclusion :

La sélection des médecins généralistes s'est réalisée de manière aléatoire basée sur les données des pages jaunes. Les recrutements ont été réalisés par entretiens téléphoniques. Les médecins installés ou remplaçants pouvant être inclus. Un rendez-vous a été par la suite programmé aux cabinets des médecins pour la réalisation des entretiens.

Les critères d'inclusion ont été :

- Être médecins généralistes en Picardie
- Être installé ou remplaçant en médecine générale
- Être un homme ou une femme

L'arrêt de l'inclusion des médecins a été conditionné par la saturation des données.

3.3.3. Recueil de données :

Le recueil des données reposait sur l'enregistrement des entretiens semi dirigés. Les entretiens restaient anonymes et enregistrés au moyen d'un enregistreur numérique.

Les entretiens débutaient par : « Bonjour, je suis interne en médecine générale et je travaille actuellement sur mon projet de thèse. Je cherche à comprendre comment l'organisation de notre système de santé influence la qualité des prises en charge en médecine générale et à évaluer le ressenti des médecins généralistes sur leur capacité à répondre aux attentes de leurs patients. L'entretien est enregistré, restera anonyme et sera retranscrit pour ensuite être analysé. »

Une définition du système de soins a été donnée avant de débiter l'entretien par des questions épidémiologiques : âge, sexe, activité (libéral, remplaçant, installé), lieu d'exercice (département), milieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain), mode d'exercice (seul, en groupe, MSP).

Une question sur le lien entre le système de soins et le médecin lui-même était posée également.

Des notes ont été prises sur l'expression non-verbale : rires, soupirs, pauses, silences etc... aidant à comprendre le sens du texte.

La retranscription en verbatim était réalisée à la suite des entretiens (mot à mot)

Le recueil de données s'arrête à la saturation des données.

3.3.4. **Analyse des données :**

Nous avons utilisé parmi les méthodes de recherche qualitative « la grounded theory » ou la théorie ancrée. Il s'agit d'une méthode spécifique développée par Glaser et Strauss (1967) dont l'objectif est de construire la théorie à partir des données recueillies. (11). Elle permet de construire une théorie à partir de données obtenues auprès de personnes ayant une expérience significative. Cette théorie est différente de celle issue de la littérature. La théorie ancrée permet une description détaillée du phénomène recherché. (13)

L'analyse est basée sur la retranscription en verbatim de chaque entretien pris individuellement.

Les entretiens ont été analysés individuellement sur un logiciel : N'VIVO 11 pro. Il s'agit d'un outil dédié aux recherches qualitatives ou mixtes (quantitative et qualitative). Elle nous a permis d'organiser et analyser le contenu de nos entretiens. (14)

Chaque entretien a été retranscrit au mot à mot pour obtenir un **verbatim** soit un compte rendu précis des entretiens. Comme précité, les expressions non verbales ont été intégrées.

Le **codage ouvert** à partir du verbatim consiste à lire chaque phrase d'un entretien pour mettre en évidence des codes correspondant aux idées exprimées par les médecins.

L'analyse thématique par **codage axial** permet de regrouper les codes issus des entretiens pour en dégager des thèmes dans le but de l'analyse des données. Il permet de retrouver des idées semblables dans différents entretiens pour en faire des thèmes et obtenir les résultats de l'étude.

4. RESULTATS

4.1. Description de la population

L'inclusion des médecins et la réalisation des entretiens ont eu lieu en février 2018. Les entretiens ont été menés auprès de 15 médecins généralistes (4 femmes et 11 hommes) installés en Picardie. 9 médecins exerçaient seuls, 3 en MSP et 3 en groupe.

3 avaient entre 26 et 40 ans, 1 avait entre 41 et 50 ans et 11 avaient plus de 50 ans

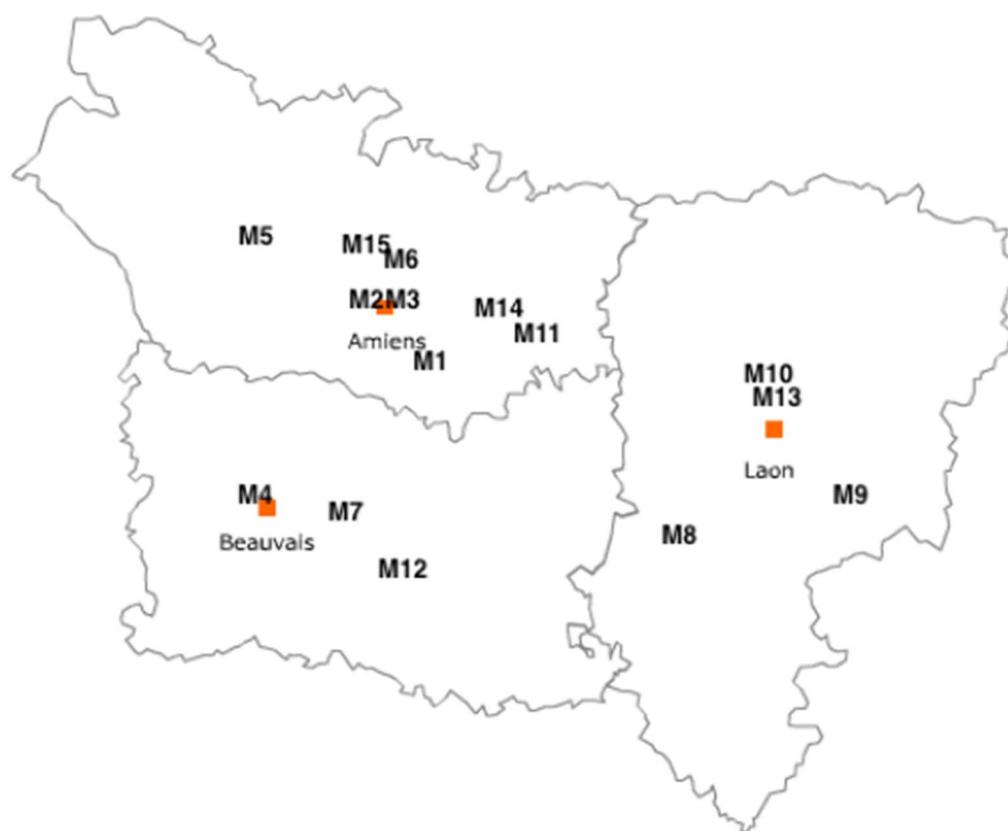


Figure 1 : Carte de la Picardie

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins

Participant	Genre	Age	Durée d'installation	Mode d'exercice	Milieu d'exercice	Secteur géographique
M1	H	66	37 ans	seul	rural	Morienvil
M2	F	47	11 ans	seule	urbain	Amiens
M3	H	58	25 ans	seule	urbain	Amiens
M4	H	28	1 an	MSP	urbain	Beauvais
M5	H	55	27 ans	seul	rural	Ailly le clocher
M6	F	33	1 an	groupe	rural	Rubempré
M7	H	69	41 ans	seul	rural	Bresles
M8	H	59	27 ans	groupe	urbain	Soissons
M9	H	63	34 ans	seul	rural	Corbeny
M10	H	63	35 ans	seul	rural	Crecy sur Serre
M11	H	59	29 ans	groupe	semi urbain	Nesle
M12	H	67	36 ans	MSP	rural	Bury
M13	H	35	1 an	seul	rural	Crecy sur Serre
M14	F	52	14 ans	MSP	rural	Chaulnes
M15	F	55	27 ans	seule	rural	Canaples

4.2. Retranscription des entretiens

Les entretiens ont été retranscrits en verbatim et sont consultable en annexe 2.

4.3. Analyse des résultats

7 axes thématiques se sont dégagés de l'analyse de chaque entretien :

- 4.3.1. Système de soins ambivalent
- 4.3.2. Ressenti de la qualité des soins
- 4.3.3. Les freins du système de soins
- 4.3.4. Les avantages de notre système de soins
- 4.3.5. Qualité de la prise en charge : impact du système de soins
- 4.3.6. Le médecin face aux attentes de ses patients
- 4.3.7. Pistes de réflexion pour une amélioration de la qualité

Chacun de ses axes sont divisés en sous axes et détaillés dans chaque section. Les médecins cités seront nommés « Med » suivi du numéro réfèrent au médecin interrogé.

4.3.1. Système de soins ambivalent

Des améliorations nécessaires

Med 1 : « Un système avec des avantages et des inconvénients »

Med 12 : « Grosso modo je dis heureusement que le système de soins en France existe ; peut-être pas tel qu'il est mais qu'il existe parce que c'est lui qui a permis d'améliorer la qualité de vie mais on s'aperçoit que l'état est aux limites de ce qu'il peut faire il faut sans doute évoluer »

Med 13 : « Je pense qu'on a un système de santé qui est quand même efficace sur pas mal de choses. Après il y a des éléments qu'on pourrait modifier »

Med 4 : « il n'est pas mal fait, on a un système de soin assez performant. Il est innovant, performant, et assez gourmand en ressources mais finalement il est quand même envié par pas mal de pays »

Un système de soins en danger

Med 14 : « Qu'il est en danger parce que voilà il faut financer tout ça, il faut que les gens prennent conscience qu'on a peut-être un des meilleurs systèmes de santé mais qu'il faut que l'on protège ce système quoi »

Med 6 : « j'estime qu'en France on a beaucoup de chance, on a un bon système de soin, après il faut en prendre soin il ne faut pas en abuser sinon après on n'aura plus de sécurité sociale dans quelques années mais on a un excellent système de soins »

Med 7 : « j'ai l'impression qu'il se dégrade progressivement, personnellement, je pense que le temps imparti à la médecine devient de plus en plus rudimentaire »

Des liens incontournables entre les différents acteurs

Med 1 : « Si tu veux au niveau du système de soins on n'est pas isolé, on est confronté à tous les autres membres du système de soins qui ont aussi leurs contraintes et leurs difficultés et ce qui fait que le système devient plus difficile à gérer maintenant qu'il n'était il y a 30 ans »

Med 10 : « Oui le système joue, le diktat des ARS fait évoluer, remet en question alors que si on n'avait pas ça on le ferait moins »

Med 5 : « on a forcément des liens avec tout le système de soins que vous avez décrit parce qu'on envoie nos patients à l'hôpital, on fait des prescriptions, on va à des congrès qui sont financés par des labos, on reçoit des visiteurs médicaux, on prescrit du matériel, les lits médicaux, des chaises, des choses comme ça qui sont fabriqués et qui sont vendus par des distributeurs, on prescrit des médicaments, on prescrit de la biologie; finalement on a des liens avec tout le monde avec intérêt, désintérêt ou contraint mais on a des liens avec tout »

4.3.2. Ressenti de la qualité des soins

Efficacité biomédicale et économique

Med 1 : « Une bonne qualité de soins voudrait que tu puisses avoir une adéquation entre le temps passé et la réponse que tu peux apporter par rapport à ce temps passé »

Med 10 : « C'est une prise en charge qui fait appel aux dernières données de la science qui allient les moyens à l'élaboration d'un diagnostic de qualité. Il y a une notion d'économie et de résultat. Avec aussi un service rendu, une prise en charge rapide, un accueil rapide, pas un rendez-vous la semaine prochaine si j'ai 40 de fièvre. Les examens complémentaires suffisants mais pas plus et une économie de pharmacie. C'est une bonne balance moyen résultat »

Med 4 : « La qualité c'est l'efficience. Un peu comme dans toutes les entreprises c'est arriver au soin pour le minimum d'argent investi je pense. Pour moi ça reste avoir la meilleure santé pour le prix le moindre possible »

Med 5 : « Pour moi la qualité du médecin c'est pas la qualité du patient. Le patient, la qualité c'est d'être guéri et vite guéri. Pour le médecin c'est de faire le bon diagnostic avec les bons

outils ou la bonne orientation, le bon diagnostic, la bonne prise en charge, dans le respect de la bonne pratique »

Prise en charge globale

Med 11 : « Euh ... Déjà, examiner les gens, les écouter. (Soupir) Ben déjà écouter, après les examiner »

Med 13 : « Ouais je pense qu'il faut de l'écoute, examiner les gens. C'est tout bête mais moi j'ai des tas de patients qui ont changé de médecin parce que l'autre prenait pas la tension etc... C'est plus les bases : l'écoute et l'examen clinique euh ... Même si ça prend un peu plus de temps mais il faut de l'écoute ça passe par là d'abord. L'écoute et l'examen clinique. Bon des trucs un peu bateau mais euh. On dit finalement permettre de trouver des choses, faire des diagnostics. Je pense que ça passe par là »

Med 14 : « La disponibilité, l'écoute, la compétence et dans la compétence y a aussi l'humilité. On peut ne pas tout savoir mais savoir adresser les gens quand il le faut. Mais être à l'écoute et disponible en se préservant bien sûr »

Med 15 : « La meilleure façon pour le patient. L'écouter, pas trop prescrire non plus. Essayer de le prendre dans sa globalité. Aussi bien sociale parfois - parce que beaucoup de choses sont psychologiques - le stress du travail ou le stress de l'absence de travail. Il y a plein de choses. On dit souvent il n'y a plus de curé dans les campagnes mais il y a le médecin »

Med 6 : « dans un premier temps c'est le contact, si le courant ne passe pas, c'est mal parti. Donc déjà c'est la communication, il faut être à l'écoute, savoir avoir de l'empathie, il faut beaucoup de communication »

Importance de la relation médecin malade

Med 6 : « La qualité commence par la relation médecin/malade »

o Une relation médecin malade en difficulté

Med 1 : « C'est qu'indéniablement il y a eu, parce que la société a évolué, et qu'il y a eu un changement de la vision du médecin par rapport au patient et probablement aussi inversement, du patient par rapport au médecin. (silence). Il y a 30 ans si tu veux, c'était une relation (silence) très primaire je dirais pas de maître à esclave, faut pas exagérer mais c'était quand même un petit peu ça. C'était très paternaliste. Ça avait un bon côté hein... Un bon côté pour le médecin. Mais ça avait un côté tranquille ou effectivement nos décisions notre opinion n'étaient pas facilement contestées. Or maintenant on a une relation qui est beaucoup plus... Je ne dirais pas

conflictuelle mais qui peut plus facilement être contesté. Le relationnel a changé ça... Indéniablement »

Med 3 : « Ils ont leur truc donc eux veulent ça et pas autre chose. Avant c'était très rare il y a 25 ans. Maintenant ce n'est pas rare. C'est un aspect que je gère. Mais je ne cautionne pas. Gentil mais ferme. Si on vient ici c'est une demande une écoute mais après c'est dans la prise en charge. J'ai mon idée, c'est moi le médecin. C'est une relation assez nouvelle depuis quelques années. Avant jamais je disais attendez le médecin c'est quand même moi encore, là maintenant ce n'est pas rare. C'est les mentalités qui changent »

Med 6 : « Avant le médecin savait tout, on lui faisait confiance les yeux fermés. Mais là les patients posent beaucoup de questions. Mais des fois ils remettent en question ce que l'on fait. Je trouve que c'est plus compliqué de nos jours »

o *Une relation dans le respect et la coopération*

Med 12 : « Je pense qu'aujourd'hui ma patientèle me ressemble. Ça fait une fois de plus 36 ans 37 ans que je suis là, les patients avec qui, à la limite, je peux pas m'entendre parce que mon mode de fonctionnement de raisonnement ne correspond pas, ils vont ailleurs si tu veux. Donc les gens qui restent là et qui me font confiance sont des gens qui comprennent ma façon de faire et de concevoir les choses donc j'ai d'excellentes relations avec mes patients. Très honnêtement je n'ai pas le souvenir de conflits avec mes patients. J'ai euh ... J'ai toujours essayé d'être un médecin assez proche des patients et assez ouvert capable d'entendre des critiques des choses comme ça. Euh et puis parfois de reconnaître que "ben oui tiens peut-être qu'on aurait pu faire autrement. Bon là je me suis trompé etc. ". Mais le simple fait d'être là, de les écouter, d'entendre ce qu'ils ont à me dire et de reconnaître parfois mes erreurs. Ça s'est toujours bien passé je n'ai jamais eu de conflit. Je touche du bois pour les quelques mois qu'il me reste à vivre ... au plan professionnel (rires) ».

Med 13 : « j'ai une patientèle qui m'écoute et qui vient au contraire me demander conseil. Quand ils vont voir un chirurgien ou autre ils vont me demander ce que j'en pense etc. Je vous dis j'ai une patientèle agréable. »

Med 14 : « Les gens font plus attention et après nous, par exemple, on voit bien, ma collègue avec qui j'étais installée, on a une clientèle qu'on a formé et qui nous a formé aussi je pense. Quand je vois d'autres confrères, y a des soucis qu'on a plus. Les gens savent comment on fonctionne. On travaille dans le respect des uns et des autres »

Med 4 : « si tant est qu'on ait une bonne coopération médecin patient »

Med 8 : « On a une confiance mutuelle avec les patients, pas de changement particulier même si on ne peut pas plaire à tout le monde. Encore heureux qu'on a nos patients, c'est ce qui nous fait tenir. »

4.3.3. Les freins du système de soins

Difficultés d'accès au secteur hospitalier privé ou public

Med 1 : « Un autre gros frein le manque de relation, qui est pandémique et qui s'est à mon avis même aggravé je trouve ces dernières années entre la médecine de ville et la médecine hospitalière. Médecin hospitalier (silence) c'est très difficile. Alors de temps en temps on arrive à les avoir mais des fois tu rames. T'essayes d'appeler un des neurologues d'ici jamais il te rappelle ! t'as beau laisser un message... Je peux comprendre qu'il soit occupé moi aussi je peux être occupé. C'est pas forcément facile de répondre. Dans ces cas-là on répond à un autre moment. Et ça, ça nuit gravement à la qualité des soins. A tout point de vue, à la qualité et au prix des soins »

Med 3 : « Il y a peut-être les délais pour obtenir certaines radios, les IRM quelque chose comme ça c'est un peu long mais maintenant c'est comme ça je pense »

Med 7 : « Il y a le problème de la prise de rendez-vous. On ne peut pas joindre une structure hospitalière par téléphone, ça ne répond pas ou ce sont des répondeurs vocaux. Il y a un problème de communication énorme »

Med 5 : « Le système privé en termes de communication fonctionne beaucoup mieux que le système public »

Med 9 : « c'est plus facile dans le système privé avec les cliniques avec lesquelles on a beaucoup plus d'accès facilité. A l'hôpital, on passe par 36 000 messages, répondeurs avant d'avoir quelqu'un. Ce n'est pas toujours très simple. »

Relation entre le temps de consultation et la qualité des soins

Med 1 : « Même pas des contraintes financières mais essentiellement des contraintes de temps. C'est sûr plus à la limite moi je vieillis et ça c'est vrai... c'est sincère. Plus tu vieillis plus tu auras envie de te poser, de prendre du temps pour faire de l'éducation, pour expliquer voilà (silence) et puis par contre plus tu vieillis plus ta clientèle souvent a tendance à s'étoffer et paradoxalement moins tu as de temps et plus tu es obligé de faire vite parce que le nombre de patients que tu as à voir chaque jour a tendance plutôt à grandir. Le manque de temps nuit à la qualité des soins. »

Med 15 : « Donc de qualité c'est dans sa globalité comme ça. Je comprends qu'il faut aussi ne pas prescrire trop de traitements, d'exams complémentaires non plus. Ça c'est logique. Et il faut parfois expliquer pourquoi on ne veut pas prescrire et ça prend du temps. Et on n'a pas forcément le choix du temps. »

Med 9 : « C'est le temps et mener à bien une réflexion et un diagnostic avec une écoute suffisante. On est parfois pressé par les urgences, les visites et à des moments on a l'impression de ne pas prendre le temps qu'il faut pour mener à bien une consultation. »

Impact des tâches administratives

Med 13 : « Quand je vois les ALD même si ça se simplifie hein. Les protocoles ALD. Y a pas mal de choses à remplir faudrait peut-être plus automatiser. Euh on fait encore des bons de transports... Je sais pas, est ce que ça serait encore à nous de le prescrire. Bon tout ça, ça nous prend du temps, c'est moins de temps pour examiner les patients aussi pour faire notre métier. Globalement ce qui est administratif ça prend un peu de temps. »

Med 3 : « sur le plan gestion administrative, je trouve que c'est plus lourd qu'avant plus de tâches comme ça. »

Une rémunération dévalorisée

Med 7 : « L'écoute ça se paye. N'importe quel artisan calcul, 1h de travail doit me rapporter tant. Il n'y a pas de raison qu'une heure de travail rapporte 25 euros ou alors il faut être carrément débile. Voilà le problème. Donc après c'est une écoute à 10 ou 15 min ça dépasse rarement. Le rapport qualité est donc moindre. Je me demande comment font les gens qui font 70 actes par jour. Il devrait même y avoir un interdit à cela. Parce que ça approche l'arnaque. »

Med 5 : « Parce qu'au tarif auquel on est payé de 25 euros la consultation avec les charges qu'on a, on n'a pas de temps à perdre. Parce que 5 minutes sur un patient c'est rien mais si vous multipliez 5 minutes sur 10-15 patients ça vous fait des heures. »

Influence de la sécurité sociale sur les prescriptions médicales

Med 13 : « Oui bah les ROSP on nous dit faut prescrire comme ça, telle classe plutôt que telle classe on essaie de nous influencer comme ça en fin de compte. Les benzodiazépines aussi on nous recommande tel benzo plutôt qu'une autre. Bon les génériques aussi, bon j'ai mis ça sur mon bureau mais c'est la CPAM qui m'a donné ça. Bon c'est pareil on est embêté sur le générique non substituable parfois pour des petites choses. »

Med 14 : « les consultations avec les spécialistes c'est pas forcément évident. Bon après les moyens des gens c'est pas forcément le système de soins, on sait des fois on a envie de les envoyer faire une radio et ils ont pas les moyens d'y aller. Y a des gens qui nécessitent qu'on les mette dans une VSL pour avoir un avis tout ça mais nous on est bloqué parce que on a pas la possibilité de décider si les gens sont pas ALD par exemple on peut dire c'est justifié la de mettre cette personne dans une ambulance un VSL etc... Nous on peut pas prendre cette décision, la Sécu ne nous laisse pas décider si la personne a besoin d'un transport ponctuellement pour aller faire ça. Donc des fois on est embêtés oui. »

Med 5 : « Par contre quand la sécu nous met le Stilnox en prescription sur des ordonnances sécurisés, ce qui veut dire qu'il faut aller chercher une ordonnance sécurisé là-bas, il faut la mettre ici, (geste) il ne faut pas oublier de le faire que si on oublie on fait une ordonnance normale, le patient part avec son ordonnance normale à la pharmacie, le pharmacien dit non ça ne va pas, que le patient revient, il toque à la porte, on doit interrompre la consultation, on doit retourner sur son dossier, on perd du temps. Qu'est-ce qu'on fait ? On finit par ne plus prescrire le Stilnox. On va choisir autre chose. Quand le Crestor il faut remplir la demande administrative, le fameux bon rouge et bin on ne le remplit plus donc on ne prescrit plus le Crestor. »

Consumérisme des patients

Med 1 : « Il faudrait responsabiliser les patients au sens vrai du terme, les gens prennent conscience à la fois qu'il faut aller voir le médecin quand c'est nécessaire et qu'il y a des choses... faut pas forcément se précipiter. Ça passe par de l'éducation dès le plus jeune âge au niveau de l'école. »

Med 10 : « Mais c'est vrai que les patients deviennent de plus en plus exigeants. Ils viennent avec leur petite liste, j'ai mal de partout et je veux aussi la pilule pour ma fille, le certificat pour la gym de mon gamin et puis mon mari a besoin de ça. Le consumérisme médical existe et progresse. Surement plus en ville qu'à la campagne mais ça progresse et il y a sans doute moins de respect pour le médecin. »

Med 13 : « Est-ce que les gens ont l'impression d'avoir une médecine gratuite ? J'entends dire "je suis à 100% pour la médecine gratuite". Mais non il n'y a rien de gratuit dans la vie. Ya des patients qui me disent ça. Je veux dire quand j'entends ça non je me dis non il faut pas dire des choses comme ça. La médecine gratuite ? Bah non... »

Med 3 : « Et il y en a plein qui polluent les urgences qui ne devraient pas être là. Mais ça c'est du social. Vous allez là-bas, de toute façon on ne paye pas alors. Vous allez là-bas, il y a une population qui fait ça et qui va engorger les urgences. »

Des patients de plus en plus exigeants

Med 11 : « Alors si, il y a un petit changement ... euh ... Ils sont au courant de leur pathologie ça c'est un bien finalement. Mais quand ils ont une pathologie bien définie où là ils arrivent à aller regarder les choses bien définies... Je veux parler d'internet hein. Et alors s'ils sont pas trop cons ils vont en rediscuter avec nous et pas prendre ce qu'internet dit pour de l'argent comptant. Mais il y en a beaucoup qui viennent en me disant "je veux ça" et en général ça se passe mal. »

Med 13 : « Essayer de faire comprendre aux gens qu'il faut pas un antibiotique à chaque fois qu'on a de la fièvre où qu'on tousse. Des fois faut savoir patienter Et ça c'est pas évident de les faire comprendre. »

Med 15 : « Alors les patients, il y a toute sorte de catégories de patients. On peut avoir des pressions des patients pour les antibiotiques, les arrêts de travail... On peut avoir des pressions. Après au bout de 25 ans on commence à connaître les familles. Après il y en a qui nous agacent mais finalement grosso modo je les aime bien. »

Med 3 : « oui alors je trouve que les gens ne sont pas satisfaits non plus parce qu'ils veulent être servi tout de suite. »

Med 5 : « ils sont plus exigeants moins reconnaissants moins respectueux qu'avant mais en même temps, en face, nous on a plus la possibilité de leur dire si vous n'êtes pas content allez ailleurs. »

Med 6 : « Beaucoup de patients veulent être guéri dès le lendemain, rapidement. »

Les difficultés d'accès aux soins

Med 10 : « On voit qu'il ne sort pas suffisamment de médecins en médecine libérale. L'ordre explique que dans quelques années ça devrait repartir. Ce qui change c'est que les gens consomment de plus en plus de médecine. 1000 habitants en 2018 consomment plus de médecine que 1000 habitants de 1988 c'est sûr que ce soit à la campagne ou en ville. Ce qui est terrible c'est que ça n'a pas été anticipé. Ce n'est pas compliqué pourtant avec la pyramide des âges de savoir qu'en telle année il y aura tant de médecins qui vont partir en retraite. Avec des si on fait pleins de chose mais c'est dommage parce que ça complique la vie des médecins et des patients. Il y a beaucoup de patients qui n'arrivent pas à trouver de médecins traitants. Et on ne peut pas imposer de les prendre. »

Med 13 : « je dévie peut-être un peu du sujet mais je suis arrivé dans une zone où il y avait 3 médecins et 2 qui se sont arrêtés. Donc de 3 on se retrouve qu'à 2 ici. Y en a un autre qui s'est

arrêté pas trop loin et y a une forte demande quand même. Alors voilà c'est pas évident de voir une quantité de monde et de bien les soigner. Faut faire un choix. Enfin si vous prenez – j'vais dire une connerie - 60 personnes par jour vous ne pouvez pas bien les soigner c'est impossible. Après faut prendre du temps. Mais même en en prenant des fois on peut pas tout régler. Y a des choses qui vont très vite c'est sûr mais y en a qui prennent plus de temps. »

Med 4 : « ce qui est un peu décevant c'est qu'il y a une crise des vocations. »

Influence des médias sur l'exercice médical

Med 1 : « quand le patient vient te voir parce qu'il a vu sur internet tel chose, si c'est grossier si c'est énorme t'arrive facilement à le démonter. Des fois c'est plus subtil et un peu plus compliqué à démonter. Pis des fois il est allé te trouver des trucs sur internet dont tu n'as même pas connaissance toi et toi tu dois faire les recherches après pour savoir s'il a raison, par exemple des fois il peut avoir raison aussi. Faut quand même être assez humble et savoir qu'il a pu retrouver un savoir sur internet que toi t'as perdu ou que tu n'as peut-être jamais eu c'est possible aussi. Donc ça à mon avis l'exercice médical s'est compliqué à ce niveau-là. Avant cette relation, j'te dis très paternaliste c'était la personne qui savait par rapport à la personne qui ne savait pas. Point barre. Voilà, la décision médicale était rarement contestée par rapport à ce qu'on décidait de faire. C'était rare. Maintenant je ne dirais pas que c'est quasiment habituel pour tout patient mais de plus en plus quand même. »

Med 6 : « Avec la vulgarisation de la médecine, il y a des personnes qui pensent tout savoir. Avec internet, les émissions télé. "Oui docteur Cymes, à la télé il a dit que, donc..." Il faut donc expliquer les choses. »

Med 10 : « On a tendance à ouvrir le parapluie facilement et on souffre du fait que les gens deviennent plus méfiants parce qu'internet montre toujours les cas dramatiques et les gens deviennent plus méfiant parce qu'on n'a pas fait le scanner, l'IRM et on a tendance à en faire un peu trop. Mais je ne suis pas sûr qu'on soit meilleur qu'avant. »

Med 13 : « Je pense qu'ils sont eux même assez influencés par les médias donc ils vont vouloir poser des questions par rapport à ce qu'il y a sur internet. Là y a eu l'histoire du Levothyrox...je vous dis pas mais pendant des semaines ça m'a cassé un peu les pieds. Tout le monde se trouvait un peu malade, se trouvait des effets secondaires alors que bon il se peut qu'on était au début du traitement. « y avait une variation de votre TSH il fallait attendre que ça se stabilise ». Bref depuis j'ai moins de soucis de ce côté-là. »

Med 3 : « Mais ça encore une fois je pense que c'est les médias parce que les médias c'est tout, tout de suite, les médias pourraient avoir un gros impact sur l'amélioration de la qualité de tout ça mais ne le fait pas. Là cette année, je crois que c'est l'année dernière, ils ont dit qu'il fallait se faire vacciner contre la grippe. On n'a jamais vu des vaccinations comme ça. Vous vous pouvez le dire, ils le feront, ils le feront pas. Ça passe à la télé, c'est parole d'évangile. »

Med 5 : « Aujourd'hui les gens ont certainement plus d'exigence, plus d'espoir d'aller mieux et guérir, ils ont un meilleur regard sur la qualité de la prise en charge et ils sont plus exigeants. Et ils ont aussi plus les moyens de comparer grâce à internet. »

Med 7 : « 80% des patients ne vont pas poser des questions. Ils font confiance au médecin. Les 20% restant vont poser des questions. "Docteur vous êtes sûr que ça sert à quelque chose, j'ai vu que c'était déconseillé. etc." Avant on n'avait pas toutes ces questions. Maintenant c'est très vulgarisé. »

Med 9 : « ils regardent mais ça ne m'impressionne pas. Je leur dis, c'est bien, vous êtes renseignés mais on voit le problème ensemble quoi. Peut-être que dans 20 ans ce sera beaucoup plus impactant. »

Un ressenti négatif de la télémédecine

Med 10 : « La télémédecine est du pipeau intégral, ce sera très à la marge mais ça ne va pas résoudre le problème de la désertification médicale. »

Med 13 : « Qu'est ce qui a changé ? Qu'est ce qui peut changer ? Peut-être tout ce qui est numérique. On nous parle de téléconsultations. Est-ce que ça va se faire ? Est-ce que c'est l'avenir ? Je pense pas non plus. Ça se fera quand on aura plus de médecins généralistes. »

Med 15 : « Après on pense à la télémédecine etc... Je pense que la télémédecine ça me laisse un peu perplexe. Je pense que ça peut dépanner effectivement mais il n'y aura plus le contact face à face le dialogue et l'examen clinique. Des choses qui se passent de l'autre côté du paravent où le patient se sent en confiance et finit par dire des choses qu'il n'avait pas trop envie de dire au départ. A la base il y a forcément ce dialogue, contact qui est important. »

Med 9 : « Il y a aussi la relation avec les gens. C'est très important. La télémédecine va mettre un coup d'arrêt à ce genre de chose. C'est une relation humaine avant tout ce job. Si on numérise tout partout on va perdre cette qualité de contact et ce rapport humain qui semble indispensable dans ce métier-là. Le contact physique est important. Si on touche quelqu'un c'est important. "Il m'a examiné, il a palpé mon pouls, il a pris les réflexes, il a fait un examen de médecine".

En télémédecine ça peut être mis de côté. Evolution technologique mais dans le bon sens et au service de tout le monde »

4.3.4. Les avantages de notre système de soins

Communication privilégiée entre généraliste et spécialiste de ville

Med 10 : « On a forcément un réseau de spécialistes qu'on s'est fait au fil des années, j'ai des correspondants à Laon, à Reims, à Saint Quentin. Si j'ai besoin d'un rendez-vous assez rapide en général je l'obtiens sans trop de difficulté même si les spécialistes commencent à se raréfier et à vieillir. »

Med 13 : « Mais bon généralement ça se passe bien. Avec les spécialistes, on n'a pas trop de mal sur les délais de rendez-vous sur certaines spécialités. Bon il en manque dans le coin c'est sûr. Vous avez pas des ophtalmos à foison ou des rhumato à foison mais bon ça se passe bien. En tout cas j'ai de bons contacts avec les libéraux que je connais un peu plus. »

Med 14 : « Sauf que nous, les 4 médecins là, on fait partie d'un groupe de formation continu où on a des experts qui viennent que ce soit de la clinique ou de l'hôpital ce qui fait qu'on a des relations privilégiées avec les correspondants. »

Med 4 : « L'influence c'est surtout le fait que je sais qu'il y a des spécialistes à portée donc s'il y a un doute je me sens appuyé sur les confrères hospitaliers qui pourront progresser dans le diagnostic donc c'est plutôt bénéfique. »

Un accès aux soins sans freins financiers

Med 1 : « Il est indéniable que le fait que les gens soient remboursés de l'acte voire qu'ils ne fassent pas l'avance des fonds comme maintenant c'est plus à la mode. C'est sûr que ça nous permet une solvabilité donc les gens ont un accès plus facile aux soins en étant du commercial ça te fait du monde. Que si on n'avait pas un système comme ça, t'aurais beaucoup moins de monde dans les cabinets. »

Med 10 : « Globalement c'est un assez bon système pour le patient. Le patient français est bien pris en charge notamment financièrement. Il y a quand même un tissu médical hospitalier qui est quand même assez correcte. Il y a des paramédicaux, ça marche pas mal. »

Med 13 : « Après le système de soins, je trouve qu'on a un bon système quand même sur les prises en charge, sur les affections longue durée, bon les gens n'ont pas à débours des sommes énormes c'est quand même bien. On n'a pas ça dans tous les pays. »

Med 15 : « c'est un bon système de soins qui prend bien en charge les patients quel que soit leur origine socioéconomique, leurs moyens etc. De ce côté-là y a pas de souci. Pour moi c'est plutôt positif comme système. Il prend en charge tout le monde. »

Intérêt des actions en santé publique de la sécurité sociale

Med 10 : « Mais on a besoin d'indicateurs, de savoir ce que font les autres, de savoir qu'on fait plus ou moins d'antibiotique que la moyenne, que je prescris plus de Kardégic pour les diabétiques. Ça m'intéresse de savoir par exemple que je fais 5% de plus d'antibiotiques. Je me demande pourquoi et je me remets en question. Donc ça ne me gêne pas qu'on m'amène des indicateurs, des moyennes. »

Med 11 : « L'intérêt de ce listing intéressant parce que ça permettait de dire "attendez-vous vous ne l'avez pas fait - et quand c'était pas toi qui l'avais fait - eh non y a pas de frottis enregistrés à ton nom". Alors peut être que la statistique était fausse sur celle-là mais au moins ça nous permettait de le dire et de temps en temps on avait " ah ouais docteur vous avez raison ça fait quand même 5 ans que je ne l'ai pas fait". "bien eh ben on va changer les choses". Ça a un intérêt. »

Med 13 : « Après elle peut l'influencer de manière positive aussi. Pas que négative. Au niveau dépistage, cancer du sein colorectal y a des choses vachement bien et utiles. Euh moi j'essaie de faire attention de poser la question. J'ai pas de mémo mais je pourrai faire un mémo pour les femmes les mammo, les frottis ... Y a des choses qui sont bien. Euh ... Tout ce qui est prévention. Les fonds d'œil chez le diabétique, bon y a pas foule d'ophtalmos mais il y a le rétinographe. Je sais pas si c'est en rapport avec la CPAM ou l'ARS. Ça c'est des bonnes démarches. Y a des choses qui sont très très utiles et qui me permettent d'orienter les gens. »

Med 2 : « Il y a une nouveau système 24h 48h. c'est tout frais. C'est encore une incitation financière. Si on arrive. Je ne sais plus quoi. Si on a besoin d'avoir un avis spécialisé en urgence, si on l'a en moins de 48 h, à la fois nous et le médecin qui reçoit on a une compensation financière. Donc en fait la sécu leur truc c'est les finances en fait. Après je ne sais pas dans quelle mesure ça marchera parce quand on a besoin d'un truc urgent en 24 ou 48h euh. Moi si ça peut m'aider à avoir un rendez-vous plus rapidement, ça m'arrange. Même s'il finance pour moi. »

Med 3 : « Les téléservices c'est quand même, ne serais ce que pour les ALD c'est moins lourd qu'avant le papier quoi. Je pense que c'est pas mal, ils tendent à développer ça moi je ne suis pas contre loin de là. »

Med 13 : « Après sur les prescriptions par rapport au ROSP ça concerne pas la foulditude de médicaments sur le ROSP ça va être sur certains. Moins d'antibiotiques je suis d'accord. Mais bon des fois c'est pas évident des patients, des fois ils viennent ils ont de la fièvre depuis une heure ils veulent des antibiotiques. C'est dur de rééduquer leur dire que c'est un virus. Qu'il faut attendre. En ce moment on est en plein dedans. Donc j'essaie de réduire la consommation des antibiotiques. Ça fait partie des objectifs. Ça je trouve que ça m'influence positivement. »

La sécurité sociale : un partenaire

Med 11 : « Alors, les liens avec la sécu, moi je trouve qu'on a de bons liens ici dans la Somme. »

Med 3 : « J'ai un médecin conseil, pour moi c'est Virginie Q. Je l'appelle, hier j'ai eu un souci ou il y a deux jours, elle n'était pas là, on laisse un message elle me rappelle. Elle vient me voir, là elle va voir pour, on a choisi des thèmes. Moi j'ai choisi iatrogénie. Il y avait des thèmes un peu qu'on discute. J'ai des soucis dans mon organisation de travail dans les télétransmissions, tout ce qui est téléservice maintenant ça se développe beaucoup. »

Med 12 : « Moi personnellement j'ai toujours eu d'excellents rapports avec la Sécurité Sociale. Bon je suis conscient si tu veux qu'il y a des moments où elle pèse la Sécu. Mais une fois de plus si elle n'existait pas notre système de soin ne serait pas du tout le même et il faut savoir que la condition des médecins ne serait pas du tout la même si la sécurité sociale n'existait pas et si le conventionnement n'existait pas. Qui dit Conventionnement dit forcément des contraintes euh ... librement acceptées. Si t'es pas d'accord avec les contraintes liées au conventionnement tu te déconventionnes. Tu te conventionnes pas. »

Med 13 : « par exemple j'ai une patiente qui travaille à la CPAM elle est déléguée à la CPAM et c'est vrai qu'on s'entend bien. Ça facilite un peu les démarches et quand j'ai besoin de quelque chose c'est vrai que je peux compter sur elle dans tout ce qui est administratif. Pour ma ROSP par exemple je ne sais pas si vous connaissez...On l'a fait ensemble donc ça m'a vachement aidé. »

Med 14 : « Bon nous, on est visités par des représentants de la Sécu qui viennent nous expliquer les choses etc. Je pense que chacun a sa place. C'est bien qu'ils essaient de faire de la prévention, de parler des actes etc. »

Med 15 : « La Sécurité Sociale, c'est l'Etat donc si on parle de Sécurité Sociale, les relations que j'ai avec les médecins conseil ça se passe relativement bien. »

Med 3 : « Maintenant les rapports avec la sécu se passent beaucoup mieux, là ils viennent. Moi je n'ai jamais hésité à téléphoner à la sécu on m'a toujours bien répondu quoi. Et là maintenant on a un médecin conseil référent depuis peu, une paire de mois, j'ai son numéro, je l'appelle. »

Med 8 : « La sécurité sociale on a régulièrement les personnes qui sont très charmantes. Maintenant on fait tout ça en ligne. »

Med 9 : « La sécu fait beaucoup d'efforts, les délégués de sécu sont très sympathiques, on a de très bons contacts avec eux, ils rendent service, expliquent, nous aident pour certaines choses. Si je m'en plaignais, ce serait mal venu et déplacé. »

Rôle et impact des laboratoires

Med 13 : « Je pense que je suis pas trop influençable. Après on voit de toute manière ce qui fonctionne ou pas même si j'ai des amis délégués médicaux ; on voit ce qui fonctionne. »

Med 14 : « Alors les labos personnellement moi je continue à les recevoir. C'est leur métier etc. Alors bon il y a beaucoup de marketing. J'essaie de prendre un peu de distance par rapport à eux. Moi je suis abonnée à la revue prescrire donc voilà. J'en prends et j'en laisse quoi. Bon je trouve que c'est intéressant parce que parfois il y a des molécules qui sortent et on est pas au courant tout de suite donc ils apportent une information mais bon des fois on voit bien qu'il n'y a pas de support quoi. C'est du marketing, c'est pour vendre, c'est commercial etc. »

Med 10 : « Les labos sont nécessaires car ils créent les médicaments mais je trouve qu'ils ne créent plus grand chose, on les prend pour des vaches à lait, on les prend pour des empoisonneurs. On l'a vu avec Servier on le voit avec le Levothyrox. Non moi je les reçois, les écoute mais j'essaie d'avoir un esprit critique, il y a toujours à apprendre. »

Med 2 : « Voilà moi j'ai Prescrire, j'en ai d'autres. Je sais ce qui sort. Parfois je trouve que Prescrire c'est intéressant mais parfois c'est un peu plus strict. Après j'en fait ce que je veux mais j'ai l'impression d'avoir une information réelle, je sais ce qui sort je sais les dernières études, en plus ils ont un site alors quand j'ai une question, par exemple les statines sur les sujets très âgés qu'est ce qui est sorti là-dessus ? quand est ce que je l'arrête ? est-ce que je l'arrête ? pourquoi ? quand ? je me sert de ça. »

Med 7 : « Des fois les relations sont intéressantes et ça permet de parler d'une pathologie ou d'une autre. Finalement, la relation que j'ai avec les laboratoires n'est absolument pas négative. Il faut par contre avoir un esprit critique et savoir rejeter ce qui est de l'intox. Si on a un esprit critique on fait le tri. Ça permet des fois de discuter de produits nouveaux. »

Med 8 : « Ça permet de connaître les produits, de s'intéresser aux produits même si après on vérifie nous même les indications. Et puis l'intérêt réel du produit ou pas. »

Intérêt des avancées technologique

Med 9 : « Et il n'y avait pas l'aide de tous les examens complémentaires. Quand je me suis installé il y 34 ans, on commençait l'échographie, il n'y avait pas de scanner, pas d'IRM, ça n'existait pas. C'est vrai que depuis 35 ans les choses ont explosé au niveau des examens complémentaires, de la surveillance, tout ça. Avant c'était le feeling. Il y avait du pif, il fallait voir si c'était urgent tout de suite, s'il fallait opérer. On était beaucoup moins aidé par les examens complémentaires. Mais on pouvait passer aussi à côté de plein de choses. C'était du rapide. Maintenant on prend plus le temps. Ça évolue dans le sens où on est plus à faire ce travail là avec la technologie autour, on est plus précis dans son attitude et son diagnostic. »

Messagerie sécurisée : communication facilitée entre hôpitaux et médecins généralistes

Med 5 : « que l'hôpital communique plus vite, l'hôpital public je parle, communique mieux, plus vite que quand un patient sorte de l'hôpital on ait un courrier. Qu'on reçoive la lettre d'hospitalisation par internet deux jours après comme ça se passe dans les cliniques, que quand un patient va consulter à l'hôpital public qu'on ait les éléments de son dossier. Qu'on reçoive les courriers comme c'est le cas finalement dans le privé. »

4.3.5. Qualité de la prise en charge : impact du système de soins

I : « Est ce que vous pensez que le système influence votre pratique ? En termes de prise en charge ? »

Med 8 : « Inconsciemment certainement. Après on s'adapte en fonction de ce qu'on sait faire. Mais bon après on est obligé de tenir compte du système »

Med 9 : « Oui ça peut favoriser cette prise en charge. En fait, quand on est dans des circuits de comportements intéressants sur le plan médical, ça retenti forcément sur les patients. Quand on va à des EPU sur le diabète, ça retentit sur la qualité des soins. L'EPU bien fait retentit sur la prise en charge. Le diabète qui explose depuis 10 ans, le fait d'avoir des topos et réunions entre nous améliore grandement cette pratique-là. La médecine évolue avec des relations intéressantes entre les gens et entre les confrères »

4.3.6. Le médecin face aux attentes de ses patients

4.3.6.1. *Les attentes des patients*

Prise en charge globale

Med 1 : « moi je pense que contrairement à ce qu'on a l'air de vouloir nous faire croire ou nous dire je pense que les patients sont très friands de ce côté-là. Ce côté prise en charge globale, ce côté écoute où on peut tout écouter. Pas simplement leur souffrance physique mais également leur souffrance morale, leur souffrance affective. D'être la personne qui est capable de faire un peu une synthèse, d'être pas un miroir mais quelqu'un qui réfléchit par rapport à leur propre problème et donc ce côté paternaliste mais c'est vrai que beaucoup de patients attendent ça et recherche ça ils en ont besoin. Je pense que la recherche du soutien paternel au sens sécurité du terme. »

Med 10 : « Ils attendent de se sentir rassurés, pris en main, de se sentir managés, beaucoup ont besoin de se sentir en sécurité. D'être face à quelqu'un qui les connaît bien, qui cerne bien le problème surtout de se sentir en confiance. Si le médecin a dit que ce n'est pas grave, qu'il n'y ait pas de mauvaise surprise. Si on a envoyé le patient là-bas qu'il se dise il a bien fait. C'est surtout une histoire de confiance. C'est pour ça qu'il est important de garder le choix du médecin en France qu'on puisse changer si on n'a plus confiance. Et pour le médecin aussi c'est important. »

Med 13 : « Je pense qu'ils attendent qu'on les écoute et pas que les problèmes médicaux parfois. Qu'on les soigne bien sûr pour les problèmes aigus etc mais bon y a le somatique aussi. Tout ce qui est problème... une arythmie un truc comme ça qu'on doit dépister et déceler. Et y a aussi tout ce qui est psychique aussi et là il faut de l'écoute. Je pense qu'ils attendent de l'écoute et qu'on réponde à leurs attentes aussi. Régler leurs problèmes médicaux je dirai et parfois pas que somatiques ça peut être aussi psychique. »

Med 15 : « De manière générale. Après ça dépend des patients. Il y a le patient pressé qui vient pour une chose précise et celui qui a besoin d'être écouté souvent. Écouté et qu'on comprenne sa souffrance, qu'on diagnostique ce qui ne va pas. Il a besoin d'une prise en charge globale. »

L'écoute : un élément essentiel

Med 11 : « Oui je pense d'être écouté, de le prendre en considération. »

Med 12 : « Je pense qu'ils ont besoin d'être écoutés, entendus, pris en considération. »

Med 3 : « Du généraliste ? la grand majorité une écoute, je pense qu'on les écoute et après il y en a quand une fraction pas rare, ils ont leur idée, ils viennent avec leur idée en tête et ils attendent qu'on cautionne cette idée-là. »

Med 4 : « En premier je dirais l'écoute, écouter toujours, soulager parfois et guérir de temps en temps. »

Med 7 : « Les patients attendent de l'écoute et ça prend du temps. Avoir le temps de les entendre, avoir le temps pour eux de nous comprendre, avoir le temps de les examiner. »

Med 8 : « Une prise en charge au niveau de leur santé et puis de l'écoute. On est dans un métier de contact »

Med 9 : « Qu'on entende ce qu'ils ont envie de nous raconter, c'est la moindre des choses. Et puis après un contact, une relation et encore mieux un bon diagnostic et traitement. »

Rapidité des soins

I : « Qu'est-ce qu'ils attendent de leur médecin généraliste ? »

Med5 : « D'être guéri vite. Que ça aille vite. On ne tolère plus le temps. On veut aller contre nature. Donc quand vous expliquez aux gens qu'ils ont une bronchite qu'ils vont tousser pendant 10 jours ils disent « c'est pas possible, il faut que j'aille travailler demain, demain il faut que je ne tousse plus ». C'est ça »

Med 6 : « Beaucoup de patients veulent être guéri dès le lendemain, rapidement »

4.3.6.2. Réponses aux attentes des patients

Réponses adaptées aux besoins du patient

I : « Pensez-vous que les médecins généralistes arrivent à répondre aux attentes des patients ? »

Med 2 : « Je pense oui, il y a quelque chose parfois qui pose un peu problème. C'est d'adresser rapidement. »

Med 4 : « Oui, si, sinon ils ne viendraient pas. Je pense que c'est pour ça qu'on a autant de demandes pour voir un médecin généraliste pour ce qui me concerne. Je pense qu'on arrive quand même si on écoute bien les gens à résoudre pas mal leurs problèmes. Après il y a toute une partie qui est quand même sociale, on n'a pas la main mise dessus mais bon finalement je ne le vois pas souvent. »

Med 10 : « En général les médecins sont bien appréciés donc je pense que oui et si on veut changer de médecin on a le choix. Les médecins sont aussi de plus en plus prudents. Au conseil de l'ordre il y a plus de plaintes qu'avant alors les médecins font plus attention. Avant on n'attaquait pas les médecins. On s'efforce à répondre à leurs attentes. Globalement je pense que oui. »

Med 11 : « Mmh ouais je pense. Je pense qu'on a plus nous de possibilité en campagne, je pense qu'on a plus de rapports avec les patients qu'en ville. En ville ça bouge quand même beaucoup plus. A mon avis les liens sont... Moi j'ai des familles j'ai vu le grand-père, la grand-mère, l'arrière-grand-père, la petite fille, le garçon... C'est toute la famille donc c'est vrai que ça crée des liens. »

Med 7 : « On y répond mais il faut savoir gérer son temps. Le but est d'arriver à son diagnostic. »

Med 9 : « Ça dépend desquels, je pense que globalement on essaie de coller à ça. »

Difficulté à répondre aux besoins du patient

Med 14 : « Difficilement car l'exigence c'est à dire on a tellement d'informations qui arrivent que des fois on n'arrive pas parce que les gens arrivent avec tellement d'information déjà que par internet par euh ...(rires) »

Med 1 : « Pas toujours par ce qu'il faut être disponible donc il faut avoir le temps. Il faut être disponible psychiquement moralement etc... Quand tu vois un patient à 9 heures du soir qui vient te voir pour un côté dépressif que tu travailles depuis 7h30 du matin, est ce que toi même simplement physiquement et psychologiquement t'es prêt à donner de ta personne pour lui apporter ce...(silence) rien ne le dit à 9 heures du soir. Mais on est dans une société où tu peux pas dire actuellement au patient à 9 heures du soir "bah écoutez il est 9 h je comprends votre souffrance mais on va en reparler demain ou après-demain ou comme ça " "ah bah nan docteur, j'ai fait 2 heures d'attente je reviens pas demain" (rires) »

Med 13 : « Bon on peut pas tout régler et tout savoir, ça faut se dire quand on est médecin faut toujours essayer de se former et aussi c'est pas évident de trouver le temps. On peut pas régler tous les problèmes en une fois. Il faut savoir prioriser les choses et puis voilà. Mais bon globalement ça va pour l'instant je pense que ... Je suis satisfait mais on peut pas tout régler en un temps de consultation. »

4.3.7. Pistes de réflexion pour une amélioration de la qualité

Implication nécessaire de tous les acteurs

Med 1 : « Certainement qu'on peut l'améliorer à condition que chacun y mette du sien que ce soit les organismes assurances, la patientèle et le corps médical dans son ensemble. »

Amélioration communication ville hôpital

Med 1 : « On gagnerait tous que ce soit l'hôpital ou la ville à améliorer ce lien. Ya pas besoin de réforme et de gros moyen. C'est simplement une question de volonté personnel des différents acteurs. »

Med 11 : « Je pense que s'il y avait un peu plus de rapport et de confiance de médecin à médecin ça serait génial »

Med 5 : « Que l'hôpital communique plus vite, l'hôpital public je parle, communique mieux, plus vite que quand un patient sorte de l'hôpital on ait un courrier. Qu'on reçoive la lettre d'hospitalisation par internet deux jours après comme ça se passe dans les cliniques, que quand un patient va consulter à l'hôpital public qu'on ait les éléments de son dossier. Qu'on reçoive les courriers comme c'est le cas finalement dans le privé »

Aide financière

Med 10 : « J'aimerais bien que la densité médicale s'améliore, que la médecine libérale perdure. Il faut des hôpitaux mais il faut aussi de la médecine libérale. J'espère que la médecine libérale ne va pas mourir il faut l'aider par des mesures financières. Il faut essayer aussi à l'hôpital de rationaliser les choses, il y a des médecins malheureux, il y a des choses à trouver. On voit beaucoup de médecins étrangers qui bouchent des trous et ce n'est pas normal qu'il y ait autant de trous béant à boucher »

Med 4 : « j'attends d'être aidé par la fac pour avoir quelques internes et qu'on soit vraiment aidé financièrement »

Améliorations diverses :

- Du secteur hospitalier :

Med 10 : « Il faut que les médecins soient plus heureux à l'hôpital qu'ils ne le sont maintenant, il faut diminuer le nombre de lits mais il faut du personnel suffisamment pour s'occuper des patients, il faut que la médecine de ville soit mieux considérée, mieux rémunérée. Il faut

développer le numéris clausus même si on sait que si on l'augmente l'année prochaine c'est pour dans 10 ou 15 ans mais il faut commencer un jour »

- De la rémunération :

Med 13 : « (Rires) Après c'est sûr qu'il y a des choses ... peut-être une meilleure rémunération »

Med 5 : « L'idéal serait de pouvoir passer 30 min avec les patients et d'être payé 75 euros et puis de laisser tomber toutes les petites bricoles plutôt que de se dire qu'il faut qu'on voit 4 patients en 1h pour gagner 100 balles et en mettre 20 dans sa poche »

- Lutte contre la désertification médicale :

Med 6 : « Après il y a des améliorations à faire notamment à l'hôpital il y a un manque de personnel, c'est un sujet d'actualité mais il n'est pas mauvais. Il faut qu'il y ait plus de médecins parce que moi je n'en peux plus, mon collègue aussi. »

Majorer la liberté et l'autonomie des médecins

Med 10 : « Il faudrait plus d'autonomie pour les médecins »

Med 13 : « Pour l'instant je ressens pas de pression particulière. On est pas venu me voir pour parler du nombre de mes arrêts de travail ... Et j'espère que ça sera pas le cas. Que je pourrai prescrire librement les choses sans contraintes particulières »

Med 5 : « c'est une illusion c'est de diminuer la charge administrative et plus de liberté de prescription »

Augmenter le numerus clausus

Med 10 : « Même si on n'aura un effet que dans 10 ou 15 ans si on augmente le numéris clausus, il faut le faire. Si on n'augmente pas un jour ça n'ira jamais »

Med 4 : « La crise de la vocation mais bon s'il y avait un peu plus d'étudiants je pense que ça repartirait »

Diminution de la charge administrative

Med 12 : « Mais il y a des petites adaptations ajustement à faire pour que le travail du médecin soit facilité, qu'il soit pas envahi de paperasserie d'administratif dont il n'a rien à faire »

Med 13 : « Bon j'aime beaucoup mon métier, j'adore ce que je fais et je suis pas encore trop envahi par cette partie-là, mais si on peut avoir un peu moins l'administratif et paperasse ça serait bien aussi. Pour l'instant ça se passe bien, après j'espère qu'on va pas plonger dans

l'administratif, le tiers payant.... Si on pouvait éviter ces choses-là qui nous rajoutent du temps administratif etc... J'espère qu'on va pas basculer dans une médecine comme ça. Qu'on ait plus de temps pour faire notre travail »

I : « Qu'est-ce que vous attendez pour vous ? »

Med5 : « qu'on m'emmerde moins sur le plan administratif (rire) ce qui n'est pas parti pour parce qu'on nous en ajoute tous les ans »

Amélioration de la formation continue

Med 11 : « Non c'était les EPP c'était regarder ce qu'on a l'impression de faire mais ce qu'on fait réellement. Par exemple sur les vaccinations parce qu'on a l'impression de les faire bien mais est-ce que c'est marqué, est ce qu'ils ont un carnet de santé, est ce que c'est marqué sur le carnet... »

I : « Les évaluations de pratique en fait ? »

Med 11 : « Voilà c'était les évaluations de pratique. J'ai fait ça pendant deux ans puis un jour c'est tombé à l'eau... on en a plus fait (Rires) c'était pourtant pas mal je trouve. C'était pas sanctionnant et au final on se rendait compte qu'il y a pas mal de choses qu'on pouvait changer un peu »

Med 12 : « Alors Prescrire pour ne pas les citer qui peut être critiquable parce qu'à lire Prescrire, on ne prescrit plus que du paracétamol. Mais je trouve que c'est une information honnête. Après, c'est une information que je peux parfaitement critiquer : je suis d'accord ou pas d'accord. Si je suis pas d'accord éventuellement je vais chercher des informations ailleurs pour me faire ma propre opinion. Mais depuis euh 25 ans que je suis abonné à prescrire je n'ai pas regretté si tu veux ce choix. Donc là aussi y a des choses à faire et dans la formation pure si tu veux qu'elle soit initiale ou la DPC et compagnie il y a sûrement des choses aussi pour améliorer la qualité des soins »

Med 14 : « La formation. Ça m'effraie un peu. Quand je me suis installée on avait un groupe de formation continue mais on sent que ça s'essouffle. Avec tout ce qui est imposé, pas imposé. Des gros groupes de syndicats qui prennent des formations qui font n'importe quoi sur internet. Des formations où voilà. Ça, ça me fait peur, je me dis que si on n'est pas formés correctement ben voilà. Ça va pas tenir quoi. J'aimerais bien qu'on ait une médecine où on continue à se former avec plaisir et qu'il se fasse avec la qualité. Ça m'effraie un peu. On ne sait pas où on va avec la formation et la médecine ne peut pas exister sans formation »

Exemples de réformes du système

○ *Un système de paiement à la pathologie*

Med 1 : « ça pourrait être un paiement soit à la pathologie mais dans ces cas c'est une réforme complète et surtout une révolution dans l'esprit des gens, la population, la patientèle. Ça veut dire que quand elle va venir te voir pour un rhume ça vaudra tant quand elle vient te voir pour un diabète ça vaudra tant et ainsi de suite donc ça c'est une révolution dans la tête des gens. Après t'as le système à la capitation où tu as mille patients qui te déclares comme médecin traitant. T'as une enveloppe globale de temps à toi de dire "bah non je ne vous vois pas ce soir pour un rhume parce que vous avez juste un rhume et j'ai pas besoin de vous voir pour ça". Par contre le médecin prend plus de risque parce qu'à partir du moment où il va refuser de voir quelqu'un qui est un de ses patients déclaré c'est lui qui prend la responsabilité de dire "je ne vous vois pas parce qu'au vu de ce que vous me dites je n'ai pas besoin de vous voir". (Silence). Par contre ça limite toi le nombre de gens qui vont venir donc ça te permet de passer plus de temps a priori avec des gens qui en ont vraiment besoin »

○ *Un système de soins par bonus-malus*

Med 1 : « Après on peut tout imaginer un système comme les assurances avec bonus-malus. Pas bonus-malus par rapport à ce qu'ils font ça c'est indépendant de la volonté des uns et des autres. Si t'as un cancer t'as pas choisi d'avoir un cancer. Ce n'est pas ça. Mais par contre on pourrait tout imaginer. Un système de bonus-malus pour des gens qui vont à bon escient. Par exemple la personne consulte 10 fois dans l'année et simplement pour un rhume. Quelque part elle est taxée ou va payer un petit peu plus cher que la personne qui va consulter 2 fois pour 2 pneumonies voilà. C'est très compliqué à mettre en route »

○ *Un système de cartes « avance santé »*

Med 13 : « Idéalement on devrait avoir des systèmes de cartes "avance" de santé et voilà pas d'échange d'espèces ni de chèques et moi je sais que je suis réglé sans avoir à vérifier si je le suis vraiment. Mais bon après si on avait un système où vous êtes surs qu'il n'y a pas de problèmes etc. Vous êtes payé en temps et en heure. On sait très bien que c'est jamais le cas. Je veux dire peut-être pour les ALD. Mais pour des gens que je passe en CMU et on se rend compte que finalement ils n'y étaient plus. Voyez ? On a des surprises comme ça. Donc s'il y avait comme une carte de crédit comme une carte avance santé et que les gens soient remboursés. Vous vous renseignerez là-dessus »

- *Incitation financière à la formation des étudiants*

Med 4 : « Donc pour avoir réellement une incitation financière pour former à la chaîne les étudiants et pour qu'ils soient tous en libéral et pour pouvoir couvrir le territoire. Par exemple ici moi je suis seul, si j'avais 2-3 étudiants on pourrait faire un système comme aux urgences où on voit à la chaîne les patients et voilà au lieu d'en voir 1 par 20 minutes ou 1/4 d'heure on en verrait 3 et puis voir. Ça ce serait bien »

- *Changement vers le système de soins Anglais*

Med 7 : « La sécu doit définir comme en Angleterre un panier de soin. De manière à ce que tout le monde soit soigné correctement. Un jour où l'autre il faudra venir à ce panier de soin parce que notre sécu est dans une impasse totale. Financièrement ce n'est plus possible. »

5. DISCUSSION

5.1. Discussion sur le choix du sujet

Il s'agit d'un sujet original non présenté à la Faculté de Médecine d'Amiens ni dans d'autres villes de France. L'idée est venue de discussions courantes et informelles entre médecins, internes, dans le cadre de la médecine générale comme en milieu hospitalier. Leurs vécus semblaient s'orienter dans le même sens. Le manque de moyens, la « pression » économique de la sécurité sociale, les prises en charge de patients difficiles, les craintes de plaintes qui n'étaient pas monnaie courante il y a quelques années, nous ont amenés à traiter ce sujet. Comment le système de soins influence notre travail ? Et pour aller plus loin : la qualité des soins est-elle assurée pour répondre aux besoins des malades ?

5.2. Discussion sur la compréhension du sujet.

Lors de toutes les approches téléphoniques, la principale question posée était la signification du système de soins par tous les médecins généralistes recrutés. Une définition a été donnée pour mieux les éclairer. Malgré la période épidémique lors du recrutement et la difficulté de compréhension du sujet de prime abord, nous pouvons être amenés à penser que les médecins ayant accepté de participer étaient intéressés véritablement par le sujet. Cela permet ainsi un bon investissement des interviewés lors des entretiens et d'apporter des résultats riches.

5.3. Discussion sur les matériels et méthodes

5.3.1. Les biais de l'étude

L'étude présente des biais :

- **Le nombre de médecins inclus**

Le nombre de médecins interviewés peut paraître faible mais dans une étude qualitative une seule conjoncture d'une idée est suffisante. Celle-ci n'a pas besoin de se répéter quantitativement pour être prise en compte. L'échantillon n'est pas représentatif quantitativement mais qualitativement, ce qui est le plus important dans les études qualitatives. La saturation des données a permis d'arrêter l'inclusion. Pour nous en assurer, 2 entretiens supplémentaires ont été réalisés.

- **Un biais de recrutement**

La période de recrutement coïncidait avec la période épidémique expliquant les multiples refus d'interviews. Il est toutefois à préciser que d'autres motifs de refus moins fréquents ont été

objectivés. Les raisons principales sont le manque d'intérêt pour le sujet et le manque de temps notamment chez les femmes médecins ayant une vie de famille.

Nous pouvons nous poser la question du profil commun des médecins ayant accepté de participer à notre étude. Il s'agit majoritairement d'hommes de plus de 50 ans exerçant en cabinet seul. La majorité entretenait des rapports avec le système de soins : contact avec les délégués de la sécurité sociale, confrères, visiteurs médicaux, membre du Conseil de l'Ordre des Médecins.

Il s'agit de médecins ayant une expérience importante avec un recul intéressant pour répondre aux questions. Ils étaient plus à même de donner leur avis sur notre système et la qualité des soins. De leurs premiers pas de généraliste à aujourd'hui dans le cadre d'un système de soins ayant évolué, ils sont de bons éléments pour notre étude.

Nous pouvons parler de profil particulier avec une certaine expérience pour répondre à notre étude.

Un e-mail et une annonce sur les réseaux sociaux ont été communiqués dans le but de recruter et recueillir l'avis de jeunes remplaçants. Malheureusement il n'y a pas eu de retours. L'étude pourrait être affinée avec ce profil de médecins.

L'interview d'un médecin a été exclu compte tenu de la très faible productivité de l'entretien. Ce médecin avait accepté de participer par téléphone dans un premier temps. Une fois sur place et suite à notre question sur ses liens avec les acteurs du système de soins, un malaise s'est ressenti. Question à laquelle il n'a pas souhaité répondre. Le contenu de l'entretien fut très pauvre rempli de silences. Le malaise de ce médecin était également perceptible physiquement. L'entretien fut écourté à sa demande. Après retranscription et compte tenu des faibles éléments pour l'étude, nous avons décidé de l'exclure.

○ **Déroulement de l'enquête**

Certains entretiens furent brefs malgré les relances pour obtenir le maximum d'informations. Pour une durée en moyenne de 30 minutes des entretiens, nous avons une durée la plus courte de 9 minutes et la plus longue 1 heure et 15 minutes. Concernant les plus courtes, nous avons remarqué qu'il s'agissait de jeunes médecins. Malgré la rapidité de ces entretiens, ceux-ci furent productifs avec des réponses rapides, claires et rejoignant les idées des autres confrères.

- **Faible expérience de l'interviewé**

Les relances et la capacité à recentrer sur le sujet a été plus difficile lors des premiers entretiens. Nous pouvons être amené à penser qu'il y a eu une perte d'informations. Travailler avec un professionnel de cette méthode aurait été pertinent et plus productif.

- **Sujet trop vaste**

Au fil des entretiens, nous avons remarqué l'importance de l'étendu du sujet produisant parfois des réponses imprécises. Nous aurions pu retirer des éléments de notre sujet pour être plus précis. Certains acteurs du système de soins comme les institutions, les mutuelles, les paramédicaux ne sont pas évoqués. Nous pouvons nous interroger sur le manque d'avis pertinent, le manque de temps, la mésestimation du rôle de certains éléments du système de soins pouvant expliquer ce manque de réponse. L'identification du lien entre le système de soins, la notion de qualité de la prise en charge ne fut pas évidente au cours des entretiens avec les médecins généralistes. Ce problème a nécessité de multiples relances, de cadrage pour ne pas sortir du sujet. Malgré cela nous avons obtenus des résultats riches. Cependant affiner l'objectif principal aurait été pertinent.

5.3.2. Les forces de l'étude

- **La triangulation des données** se réalise par le recueil de données à différents moments, lieux et/ou auprès de différentes personnes ou groupes de personnes. Elle permet ainsi une reproductibilité de l'étude.
- **La validité interne** consiste à vérifier si les données recueillies représentent la réalité. La retranscription ad integrum des entretiens conforte cette dernière et limite les biais d'interprétation.
- **La validité externe** consiste à généraliser les observations recueillies. L'échantillon doit être ciblé et représentatif de la problématique. (11)
- **La saturation des données** conforte la validité externe ou la transférabilité de l'étude.

5.4. Discussion sur les résultats

Concernant les interviewés :

L'âge moyen des médecins est de 50 ans avec un minimum de 28 ans et un maximum de 69 ans. Si nous considérons uniquement les hommes, cette moyenne est de 56 ans ce qui est comparable à l'âge moyen décrit en janvier 2018 à 54,8 par la DRESS au niveau national (53,5 en Hauts de France) (15). En ce qui concerne les femmes, l'âge moyen est 46 ans tout aussi

comparable avec les statistiques de la DRESS (47,5 au niveau national et de 46,7 en Hauts-de-France)

Il s'agit donc d'un échantillon représentatif de la population générale.

Devant la représentativité de notre échantillon vis-à-vis de la population médicale, l'étude peut être considérée transférable et généralisable à la France.

5.4.1. **Système de soins ambivalent**

Les premières impressions concernant le système de soins sont ambivalentes. En effet, une partie des médecins le perçoit comme un élément performant, efficace, nécessitant des améliorations qui seront développées dans la dernière partie. Certains médecins craignent que le système de soins soit en danger en raison d'abus et d'autres que le temps nécessaire à la consultation soit plus limité. Tous évoquent un lien indispensable entre les différents acteurs du système de soins. Selon les médecins interrogés, si le système de soins reste en l'état, son évolution serait défavorable et par conséquent nécessiterait des modifications.

5.4.2. **Ressenti de la qualité des soins**

Ce qui s'est dégagé en premier est l'**efficacité médicale** à travers un bon diagnostic de qualité avec de bons outils dans le respect des bonnes pratiques. La rapidité de la prise en charge du patient est également un critère important. L'aspect économique est souligné par les médecins avec une nécessité de limiter les excès d'exams complémentaires et de coût de pharmacie.

Le deuxième point soulevé est l'importance de la **prise en charge globale du patient, gage de qualité**. Il y aurait une nécessité d'écoute, de disponibilité, d'empathie, de prise en charge sociale, psychologique.

La réponse du médecin 6 a retenu notre attention et est représentative de l'avis des médecins « La qualité commence par la relation médecin-malade. ». Comment est vécue cette relation ?

Les médecins ont émis des avis contradictoires concernant la relation médecin malade. Leurs perceptions sont différentes.

Certains vivent cette relation de manière **conflictuelle**. Il y aurait une évolution de cette relation plutôt paternaliste vers une relation avec remise en cause des décisions du médecins. Ce qui compliquerait l'exercice médical.

Pour d'autres, il s'agit d'une relation dans le respect et la coopération.

Selon la WONCA, World Organization of National Colleges, soit l'organisation mondial des médecins généraliste (4), nous pouvons parler de **décision médicale partagée** apparue dans les années 90. Longtemps, la France a suivi un mode de relation médecin patient de type paternaliste où celui qui soigne a la responsabilité de se substituer au malade pour son bien. Avec les avancées techniques, la facilité d'accès aux informations médicales et l'apparition des associations de malades, la notion d'autonomie du patient est entrée dans les mœurs. Les dernières lois le montrent, notamment celle de mars 2002 (16) sur l'information et le consentement du malade avant tout acte médical. C Charles (17) a décrit quatre caractéristiques de ce modèle de décision partagée :

- Implication d'au moins deux personnes (le patient et le médecin)
- Partage mutuel de l'information entre les 2 acteurs
- Participation du médecin et du patient au processus de décision
- Prise de décision commune avec consensus sur l'option choisie.

Il distingue ce modèle du modèle paternaliste où seul le médecin informe et prend la décision et du modèle informatif dans lequel le médecin est l'expert qui informe le patient mais la décision appartient au patient seul.

LES MODÈLES DE DÉCISIONS MÉDICALES D'APRÈS CHARLES					
	Modèle paternaliste	↔	Décision partagée	↔	Modèle informatif
Échange d'informations	Unidirectionnelle Médecin → Patient Contenu Médical Information minimale requisse par la loi		Bidirectionnelle Médecin ↔ Patient Contenu médical et personnel Toute information pertinente pour la prise de décision		Unidirectionnelle Médecin → Patient Contenu médical Toute information pertinente pour la prise de décision
Délibération	Médecin seul ou avec d'autres médecins		Médecin et patient (et potentiellement autres acteurs)		Patient (et potentiellement autres acteurs)
Qui prend la décision ?	Médecin		Médecin et patient		Patient

Tableau 2: Modèles des décisions médicales selon Charles C.

Bien ou mal vécu, ce type de relation médecin malade se développe. L'accepter permettrait une meilleure prise en charge du patient ainsi qu'une meilleure pratique du médecin.

5.4.3. Les freins du système de soins

Les réponses dans cette thématique furent plus passionnées (gestes expressifs, ton vif...). Ceci permet de comprendre qu'il s'agit d'un point sensible.

Les premières doléances sont **l'accès aux hôpitaux publics**. Les difficultés ressenties pour contacter les confrères hospitaliers sont principalement évoquées. La communication serait moins complexe avec le secteur hospitalier privé. Selon les médecins, cette difficulté nuirait à la qualité de la prise en charge. De nombreuses études et thèses (18) (19) mettent en évidence ce ressenti par les médecins généralistes : le manque de communication et de relations entre les médecins hospitaliers et les généralistes, les courriers de fin d'hospitalisation ne seraient pas assez systématiques et surtout trop tardifs. Un autre point faible porte sur l'organisation de la prise en charge des patients. Les médecins répondants se plaignaient des difficultés à obtenir un rendez-vous pour une hospitalisation ou une consultation spécialisée et de la quasi impossibilité de faire hospitaliser leur patient directement dans les services de spécialité, sans passer par le service des urgences. Cette difficulté ville/hôpital engendrerait un sentiment d'isolement des médecins généralistes. A cela s'ajoute un manque d'informations lors de la sortie du patient, provoquant une mise en difficulté du généraliste dans son rôle de coordonnateur du parcours de soins, menaçant la qualité de la continuité des soins. Il paraît nécessaire pour les professionnels de santé de coordonner leurs actions en vue d'assurer la meilleure qualité et sécurité des soins.

Selon la Fédération Hospitalière de France, l'exemple de la plateforme web du CHI de Créteil peut être une des solutions possibles au défaut de lien entre médecine de ville et hôpital. (20)

- Le CHI de Créteil (CHIC) a servi d'établissement pilote pour une start-up développant une plateforme web de lien Ville - Hôpital. Un lien vers la plateforme a été installé sur chaque ordinateur des médecins du secteur. Le médecin traitant reçoit, dès que l'information rentre dans le Dossier Patient Informatisé (DPI) hospitalier, l'admission du patient, les résultats d'examens, et la sortie de l'hôpital. La transmission de l'information de l'hôpital vers la ville est donc complète et en temps réelle. Le CHIC développe avec la Start up la deuxième étape de la plateforme, la possibilité pour les praticiens de ville, d'envoyer des informations et échanger via la plateforme avec les praticiens hospitaliers.

Ce problème de communication est connu et des solutions à mettre en place seraient en cours d'expérimentation.

Les médecins se plaignent d'un **manque de temps** pour assurer leurs consultations qui nuit à la qualité des soins. La principale raison est une patientèle importante. Les médecins précisent qu'amener une information pour justifier leurs non prescriptions est un facteur augmentant leur temps de consultation. Cela rejoint la décision médicale partagée qui finalement pourrait avoir un versant négatif. La négociation avec le patient prend du temps. D'autre part, le prix de la consultation actuellement imposerait aux médecins de réaliser plus d'actes influençant donc sur leurs temps à consacrer à leurs patients.

Les médecins expriment la lourdeur de leurs tâches administratives. Comme l'indique le médecin 13 « c'est moins de temps pour examiner les patients aussi pour faire notre métier ». Les formulaires redondant et long à remplir serait une perte de temps et ainsi du temps en moins pour assurer la prise en charge de leurs malades.

- Selon un rapport du DRESS (21) sur le temps de travail des médecins, la charge administrative aurait trois composantes : un **volet médical** (la lecture des résultats d'examen, la mise à jour des dossiers des patients, les courriers aux confrères) ; un **volet administratif** qui concerne la sécurité sociale et les dossiers administratifs des patients (prises en charge ALD, bons de transport, dossiers MDPH, télétransmissions) ; et un **volet de gestion du cabinet** et de l'activité libérale (avec en premier lieu la comptabilité). Toujours selon cet article, il est distingué deux catégories de médecins. Les premiers ont peu de temps dans la semaine pour effectuer ces tâches qui, accumulées peuvent représenter une activité en soi. Ces médecins sont souvent des généralistes qui enchaînent les consultations et les visites à domicile et dont les plannings sont bousculés par des urgences. Pour les seconds, moins soumis à des aléas de charge, l'évocation des tâches administratives est la marque d'une insatisfaction. Ces médecins ne parviennent généralement pas à avoir le temps pour effectuer certaines tâches administratives. Ils évoquent d'autres problèmes : la performance et la qualité du secrétariat, la surveillance des CPAM sur leurs prescriptions, les exigences plus importantes des patients, les dysfonctionnements informatiques. Dans ce cas, cette charge signifie autre chose que des tâches administratives chronophages. Elle représente soit une insatisfaction liée à l'organisation du système de santé, soit un signal d'une certaine insatisfaction au travail.

La rémunération aurait une influence puisque pour assurer leurs revenus, il serait nécessaire de réaliser plus d'actes et ainsi restreindre le temps de consultation.

Les médecins semblent contraints face aux **exigences de la sécurité sociale** en termes de recommandations de prescriptions. Le sentiment de barrage sur leurs décisions est évoqué. L'influence irait même jusqu'à leurs décisions de prescriptions. Manifestement le découragement face à des formulaires à remplir pour prescrire un médicament conduirait à un changement thérapeutique.

Le patient, acteur central du système de soins, est critiqué. Il aurait, selon les médecins, une propension à consommer les soins. Les médecins parlent de consultations avec de multiples motifs, de médecine gratuite évoqué par leurs patients, d'encombrement des urgences sans motifs valables, de consultations au cabinet sans que cela soit nécessaire. L'éducation serait une solution à ce problème. Les médecins dressent un profil de **patient plus exigeants**. Ils évoquent une forme de « pression » quant à leur prescription de traitement ou d'arrêt de travail par exemple. Leur exigence va jusqu'à une demande à être traité et guéri très rapidement.

Les médecins mettent en avant la **difficulté d'accès aux soins** des patients lié à la désertification médicale. Selon le nouvel atlas démographique annuel, publié mardi 4 décembre 2018 par le Conseil national de l'Ordre des médecins (22), 296 755 médecins sont inscrits au tableau de l'Ordre au 1er janvier 2018. Un chiffre en hausse de 2 % sur un an qui dépasse son précédent record en 2010. Cependant, le nombre de médecins en activité régulière (libéraux et salariés) est encore en légère baisse (-0,1 %), à 198 081. Ceci constitue une diminution de 10% par rapport à 2010. Cette tendance à la baisse concerne particulièrement les médecins généralistes qui étaient 94 261 à exercer en 2010 et plus que 87 801 en 2018, soit une diminution de 7,3%.

La thématique des **médias** est fréquemment abordée par les médecins. Il s'agit principalement d'internet. Compte tenu du sentiment d'influence sur leurs pratiques, il est intéressant de le souligner malgré son statut probablement hors sujet. Les médecins évoquent que les patients acquièrent des connaissances à la limite de « perturber » le savoir du médecin. Dans la plupart des cas, elle induirait une consommation d'examen complémentaires par précaution et pour éviter les conflits. Malgré tout, pour certains médecins, internet n'influence pas leur prise en charge. Il s'agit d'une difficulté mais sans réelle conséquences sur les soins. Nous pouvons nous questionner si internet est réellement une menace pour le médecin ou pour la relation médecin malade.

La revue internationale de communication sociale et publique a publié un article sur l'impact d'internet sur la relation médecin malade. (23)

- Pour la majorité des patients, l'objectif n'est pas de mettre en cause la parole des médecins mais d'obtenir leurs opinions. Le soignant restant largement investi de leur confiance. Le recours à internet ne semble généralement pas aboutir à une contestation à l'égard de l'expertise de leur médecin.
- Les patients présenteraient une réticence à communiquer aux médecins leurs recherches sur internet de crainte de perturber leurs relations. La réaction du médecin à l'information rapportée par le patient est très importante. Si le médecin tient compte de l'information rapportée par le patient et la commente, même si c'est pour la réfuter de manière argumentée ou affirmer qu'il a besoin de réaliser une recherche supplémentaire pour pouvoir se prononcer, le patient se sent pris au sérieux et valorisé. La relation de confiance s'en trouve renforcée.
- Internet ne serait pas un réel frein à la relation médecin malade si tant est que le médecin est à même d'écouter le patient et de le prendre en considération. Ces patients « internaute » finiront par suivre l'avis de leur médecin.

Lors des entretiens, les médecins ont émis un avis défavorable à la télémédecine. Celle-ci ne résoudrait pas le problème de désertification et surtout serait un gage de moins bonne qualité de la relation médecin malade. En effet, la perte du dialogue face à face, du contact physique avec l'examen clinique nuirait à la relation entre ces 2 acteurs du système de soins.

5.4.4. Les avantages de notre système de soins

Alors que les médecins déplorent le défaut de lien avec l'Hôpital publique, la communication avec les spécialistes libéraux et le secteur hospitalier privée est satisfaisante. Que ce soit en termes d'avis, de prise de rendez-vous rapide pour leur patient, ou de formation continue, cette communication privilégiée existe et serait favorable à la qualité des soins.

Un des éléments essentiels du système de soins est le fait que celui-ci ne soit pas influencé par un frein financier. La solvabilité grâce au système de soin permet une prise en charge financière presque totale des patients. Cette solvabilité profite également aux médecins. Comme le souligne le médecin 15 « c'est un bon système de soin qui prend bien en charge les patients quelles que soient leurs origines socioéconomiques, leurs moyens etc. De ce côté-là il n'y a pas de souci. Pour moi c'est plutôt positif comme système. Il prend en charge tout le monde. »

Contrairement à ce que nous avons pu constater dans la section des freins du système de soins, **la sécurité sociale** aurait ses avantages. Les statistiques concernant leurs prescriptions, les actes de prévention, les téléservices, les ROSP sont autant de raisons d'être « influé positivement » (médecin 13). Elle serait également une partenaire privilégiée avec des rapports

« excellents » d'aide sur de multiples plans. Les interventions sur certaines thématiques sont également bien reçues des médecins généralistes.

L'industrie pharmaceutique aurait un rôle important puisqu'il est producteur de médicaments indispensable à notre système. Les visiteurs médicaux sont également bien perçus puisqu'ils apporteraient une information médicale, permettrait de connaître les dernières nouveautés. En raison du recul pris face à ces discours commerciaux, les médecins expriment que leur influence serait minime. Leurs principales sources d'informations médicales concernant les traitements sont les revues médicales et la principale serait la revue Prescrire. Nous précisons que la revue Prescrire n'est pas subventionnée par des laboratoires. En résumé, leurs rôles seraient importants mais leur influence notamment sur leurs prescriptions n'existerait pas réellement compte tenu de la distance prise des médecins.

Deux autres thématiques non attendues et pouvant être interprétées comme hors sujet également sont spontanément exprimées. Celles-ci nous paraissant pertinentes sur l'amélioration de la qualité des soins, seront donc simplement citées. **Les avancées technologiques** grâce à l'émergence d'outils comme l'IRM, l'échographie et autres examens complémentaires aurait permis une amélioration de la qualité des soins notamment sur le plan biomédical. Ces avancées permettraient d'affiner les diagnostics. D'autre part, selon les médecins **la messagerie sécurisée** serait un outil pratique et permettant d'assurer une bonne communication indispensable pour obtenir toutes les informations nécessaires sur le patient. Selon une circulaire sur les messageries sécurisées parut en 2014 (24), ce système permet aux professionnels de santé, d'échanger entre eux, sous forme dématérialisée, des informations utiles à la coordination des soins, dans des conditions de sécurité protégeant leur responsabilité professionnelle et garantissant la confidentialité des données de santé à caractère personnel des patients. Le système de messageries sécurisées viserait à accélérer, renforcer et moderniser les échanges entre les établissements de santé et les professionnels de santé du secteur ambulatoire. D'après un article du Quotidien du Médecin (25), fin novembre 2017, 78 % des généralistes libéraux et 42 % des spécialistes disposaient d'une messagerie sécurisée. Cet outil est donc assez répandu. On peut cependant douter de son utilisation réelle au quotidien. Une réflexion serait à mener afin d'inciter son utilisation.

5.4.5. **Qualité de la prise en charge : impact du système de soins**

Les médecins admettent que le système peut impacter sur la qualité de la prise en charge. L'interaction entre les différents acteurs a une influence à plusieurs niveaux sur la prise en

charge du patient. Comment le système de soins influence la qualité des prises en charge en médecine générale ?

L'impact du système de soins sur la qualité de la prise en charge se caractérise positivement par une bonne communication entre généralistes et médecins spécialistes. La caisse de la sécurité sociale peut permettre une remise en question du travail des différents acteurs dans l'objectif d'une amélioration de la qualité des soins. L'absence de frein financier facilite l'accès aux soins pour les patients et les médecins.

Le système de soins peut avoir un impact négatif sur la qualité des soins. En effet, la mauvaise qualité de la communication ville/ hôpital nuit à la qualité des soins. Par ailleurs, le manque de temps, la lourdeur des tâches administratives, l'incitation à la prescription de certains traitements par la sécurité sociale, l'exigence des patients, la dévalorisation de la rémunération des médecins généralistes sont autant de facteurs pouvant compromettre la qualité de notre système de soins.

Un autre point est à particulièrement souligner : la relation médecin malade. Notre sujet est destiné à ces deux acteurs du système de soins dans l'optique de son amélioration. Il a été décrit par les médecins généralistes une relation contradictoire. Qu'elle soit vécue dans la difficulté ou non, la relation médecin malade influence la qualité des soins. Une bonne relation médecin malade assure une bonne qualité des soins sous réserve que chacune des parties soit volontaire.

Au vu de nos éléments, notre système de soins impact indéniablement sur la qualité de la prise en charge du patient par différents biais précités.

5.4.6. Le médecin face aux attentes de ses patients

5.4.6.1. Les attentes des patients

Une prise en charge globale des patients serait un élément indispensable. Les médecins spécifient que la prise en charge médicale du patient signifie une prise en charge sur le plan physique, psychologique, environnementale avec son versant social. Pour obtenir un objectif de qualité, il est indispensable que la relation médecin malade s'établisse dans un climat de confiance.

Une écoute attentive du patient paraît importante pour la totalité des médecins interrogés. Il est intéressant de constater que pour tous les interviewés, l'écoute est un élément primordial avant une prise en charge somatique. Nous citerons le médecin 4 exprimant de manière excessive cette idée. « En premier je dirais l'écoute, écouter toujours, soulager parfois et guérir

de temps en temps ». La qualité de la relation médecin malade passe avant tout par une excellente qualité d'écoute.

Un autre élément revient de manière fréquente : la demande de réponse rapide aux demandes de santé des patients. Il ne s'agit pas seulement d'accès aux soins mais de réponse quant au temps d'obtenir une guérison. Les médecins ressentent donc non seulement les exigences actuellement dans l'accès aux soins mais également une rapidité de l'évolution de la maladie. Peut-être est-ce à l'image d'une société qui veut tout, tout de suite ? Les données de la littérature, notamment dans les sciences humaines et sociales, ne nous aident pas à répondre à ce comportement des patients. Un travail portant sur les raisons de ces demandes exigeantes serait intéressant afin d'apporter des réponses aux difficultés rencontrées par les médecins.

5.4.6.2. Réponses aux attentes des patients

Nous avons dans cette section, **2 types de réponses.**

Pour certains, la réponse de **la prise en charge des patients est concordante avec leurs attentes.** Pour ces médecins, leurs réponses sont donc adaptées même s'ils éprouvent des difficultés à atteindre cet objectif. Figure en bonne place, la crainte d'un procès, la rapidité d'adresser le malade, la difficulté de gestion de temps et de prise en charge de l'aspect social, environnemental du patient. Chez ces médecins, il n'y aurait pas d'impact du système de soins quant à leurs capacités à répondre aux besoins des malades malgré quelques difficultés.

Pour d'autres médecins, **la réponse est difficile** devant des patients exigeants influencés par internet. La notion de temps est importante. Les médecins ont peu de temps « pour tout régler, tout savoir ». Manifestement l'écoute est un acte primordial ainsi qu'une prise en charge globale dans tous ces aspects, physique, psychologique et environnementaux. Au regard du nombre d'actes effectués, le temps devient restreint ce qui est un réel problème pour les médecins généralistes. Par manque de temps, la formation continue serait difficilement assurée pourtant cette dernière est gage de bonne qualité des soins. Pour ces médecins, la réponse aux demandes des patients est difficile, ils n'y répondent pas toujours.

5.4.7. Pistes de réflexion pour une amélioration de la qualité

Chacun des acteurs a ses contraintes avec comme conséquence d'influencer les autres intervenants du système de soins puisqu'ils sont tous en liens. Il est donc impératif que ces différents acteurs travaillent ensemble dans l'objectif d'améliorer les soins. Que ce soit la patientèle, le corps médical, les assurances par exemple.

Une meilleure communication avec le secteur hospitalier est très exigée par les médecins généralistes. En termes d'avis, de rapidité de communication des comptes-rendus, de rendez-vous. Ces avis sont toutefois à relativiser. Ces difficultés de communication peuvent s'expliquer par un secteur public en difficulté comme le reconnaissent les médecins interrogés. Une solution pour améliorer la communication ville hôpital pourrait passer par l'augmentation des moyens humains. Malgré tout, ce facteur est important puisqu'il influence la prise en charge des patients.

Une autre solution serait des aides financières que ce soit pour les médecins généralistes, par exemple une prise en charge d'une secrétaire qui a un certain coût, mais également pour les médecins hospitaliers dans le publique avec de meilleurs moyens financiers et humains.

Malgré une réévaluation récente de la valeur des actes au moment des entretiens, les médecins interrogés souhaitent une meilleure rémunération.

Des réformes des études médicales ou sur le numerus clausus pourrait permettre la prise en charge de la désertification médicale. Le Président de la République actuel a communiqué le projet de supprimer le numerus clausus pour les étudiants en médecine pour 2020 (26). Le nouveau modèle (portail santé) sélectionnerait une majorité d'étudiants (jusqu'à 70 %) dès la fin de la 1re année. Si cette réforme est adoptée, les étudiants valideront leur année sur de simples partiels pour passer en 2eme année comme dans d'autres universités. Ce projet de réforme est en cours de travail.

La notion de liberté de prescription apparait. Compte tenu des résultats récemment décrits dans les freins, nous pouvons penser qu'il s'agit de l'influence de la sécurité sociale. Il est clairement exprimé leur souhait de liberté et d'autonomie à ce sujet.

Les médecins souhaitent une diminution de leurs charges administratives qui serait chronophage et influencerait sur le temps accordé à leur patient.

La formation médicale continue (FMC) serait en déclin. Pourtant pour les médecins généralistes, il s'agit d'un point important pour pratiquer une médecine de qualité et améliorer les prises en charge. Les revues notamment Prescrire (qui est la seule évoquée régulièrement au cours de cette étude) sont une source de formation intéressante et utilisée par les médecins. Cependant les FMC avec rencontre entre confrères tombent en désuétude.

Plusieurs exemples de réformes du système de soins ont été cités :

Le système de paiement à la pathologie permettrait d'accorder plus de temps aux patients qui en nécessite. Le principe est de réaliser le paiement en fonction de la pathologie. Par exemple

un rhume serait coté de tel manière, une pneumopathie tant. Ce système présente le risque de négliger une pathologie bénigne en prenant un risque pour le patient et sur le plan juridique pour le médecin. Ce système nécessiterait un changement en profondeur et permettrait de dégager du temps pour les patients le nécessitant. Cette proposition de système n'est pas assez explicite. Ses modalités de fonctionnement ne sont pas claires et aucune pensée de ce type n'a été retrouvé dans la littérature.

Un système de soins par bonus-malus. Ce système impliquerait de taxer les patients consultant de façon récurrente pour des pathologies bénignes par rapport à des patients ayant des pathologies plus graves et qui malheureusement consultent peu. Ce système permettrait une diminution du consumérisme mais également plus de temps pour la prise en charge de patient ayant des pathologies apparemment plus importantes. Le risque de ce système est que les patients redouteraient à consulter. Cela pourrait engendrer un risque médical en ne soignant pas, ou pas à temps, certaines pathologies.

Un système carte avance santé a été évoqué assurant aux médecins d'être payés en temps et en heure. Cela permet d'éviter les impayés, de prendre du temps à vérifier les remboursements. C'est un système qui existe déjà. La Carte Avance Santé est une carte de paiement permettant aux adhérents de certaines mutuelles de régler leurs dépenses de santé. Par sa forme et son mode d'utilisation, elle est identique à une carte bancaire mais fonctionne uniquement sur les terminaux de paiement des professionnels de santé. Cette carte dispense d'avancer les frais de santé. Le compte bancaire du patient n'est débité qu'après le remboursement de ses soins par la sécurité sociale et la complémentaire santé. (27) Le professionnel de santé est payé immédiatement sans amputer sur le temps de soins. Ce système permettrait un avantage pour le médecin et le patient. Il existe mais est peu utilisé en pratique.

Le système de soins Anglais pourrait être une idée d'amélioration du système avec un panier de soins où tout le monde serait « soigné correctement » (Med 7). Il serait une solution aux problèmes financiers de la sécurité sociale.

6. CONCLUSION

Notre système de soins a un impact indéniable sur la qualité de la prise en charge des patients par le médecin généralistes. Cet impact est apprécié diversement selon les médecins interrogés.

L'impact peut s'avérer négatif quand sont soulevés : le manque de communication entre la médecine de ville et l'hôpital, le temps limité de la consultation, une rémunération dévalorisée, le poids des tâches administratives, la difficulté de l'accès aux soins en raison de la désertification médicale, les contraintes de prescription émanant des caisses de l'assurance maladies. Ce sont autant d'éléments perçus comme influençant négativement la qualité des prises en charge.

L'impact peut s'avérer positif quand sont évoqués : les bonnes relations avec le secteur privé libéral, l'absence de frein financier pour l'accès aux soins, le travail réalisé avec les délégués de l'assurance maladie, considéré comme un atout par les médecins interrogés.

Les médecins de notre étude soulignent, de manière appuyée, les difficultés rencontrées dans la relation avec leurs patients, dont le profil a sensiblement évolué ces derniers temps, mettant en avant une certaine exigence qui interfère négativement dans la prise en charge. De manière quasi unanime, ils témoignent des difficultés actuelles pour répondre à ces exigences, parfois légitimes.

Au vu de ces éléments, il nous est difficile de trancher clairement quant à l'influence prédominante, négative ou positive, du système de soins sur la qualité de la prise en charge en médecine générale.

Des pistes pour améliorer notre système de soins ont été évoquées comme : une amélioration de la communication ville-hôpital, une amélioration notable de la rémunération, une réforme des études médicales pour prendre en compte les difficultés précitées, une amélioration de la formation médicale continue ainsi que de la liberté de prescription. Mais avant tout, de manière globale, une amélioration des liens entre les différents acteurs de notre système de santé.

Il est à noter que, même si cet aspect peut paraître hors sujet, l'évolution de la relation médecin-malade est au centre de la préoccupation des médecins interrogés. Même si celle-ci est plus difficile actuellement, les médecins restent attachés à réaliser une prise en charge globale dans ses aspects physiques, psychologiques et environnementaux.

Notre système de santé avec ses règles influence la qualité de la prise en charge des patients. Conscient des contraintes, mais aussi des avantages de ce système, les médecins restent avant tout attachés à délivrer les meilleurs soins possibles.

7. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OMS « À propos des systèmes de santé ». Consulté le 5 juillet 2018. <http://www.who.int/healthsystems/about/fr/>. Consultable sur le site de l'OMS.
2. OMS « L'OMS évalue les systèmes de santé dans le monde ». Consulté le 5 juillet 2018. http://www.who.int/whr/2000/media_centre/press_release/fr/. Consultable sur le site de l'OMS.
3. Barber, Ryan M, Nancy Fullman, Reed J D Sorensen et al. « Healthcare Access and Quality Index Based on Mortality from Causes Amenable to Personal Health Care in 195 Countries and Territories, 1990–2015: A Novel Analysis from the Global Burden of Disease Study 2015 ». *The Lancet* 390, n° 10091 (juillet 2017): 231-66.
4. Olivier Kandel, Marie-Alice Bousquet, Julie Chouilly, « Manuel théorique de médecine générale, 41 concepts nécessaire à l'exercice de la discipline ». Ed SFMG et GMSanté, 2015.
5. Gaborieu Pauline « Qu'est-ce 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 ». Consulté le 9 août 2018. Disponible en ligne http://www.applis.univtours.fr/scd/Medecine/Theses/2013_Medecine_GaborieauPauline.pdf
6. « Qu'est-ce qu'un système de santé ? - La protection de la santé Découverte des institutions - Repères - vie-publique.fr ». Texte 29 février 2016. Consulté le 10 août 2018 Disponible en ligne. <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/risque-sante/professionnels-sante/qu-est-ce-qu-systeme-sante.html>.
7. Emeline LAURENT, « Organisation du système de soins ». Consulté le 10 juillet 2018. Disponible en ligne : https://santepublique.med.univ-tours.fr/wp-content/uploads/2016/07/130308_organisation_sante_EL.pdf

8. Marie-Odile Safon « Les réformes hospitalières en France : aspects historiques et réglementaires », 2017. Centre de documentation de l'IRDES. Consulté le 2 août 2018. Disponible en ligne : <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-reformes-hospitalieres-en-france.pdf>
9. Pr Pierre-Louis Druais « La place et le rôle de la médecine générale dans le système de soins » 2015. Consulté le 15 août 2018. Disponible en ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_druais_mars_2015.pdf
10. Zeynep Or, Laure Com-Ruelle, « La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? ». Journal d'économie médicale. 2008/6 Volume 26, pages 371 à 385 Disponible en ligne : <https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economiemedicales1-2008-6-page-371.htm>
11. Aubin-Auger. « Introduction à la recherche qualitative ». Exercer, 2008 : Vol. 84, 142-145
12. Gotman A, Blanchet A, L'enquête et ses méthodes ; l'entretien. Paris, Ed Armand Colin, 2006
13. CôteL, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie médicale. Mai 2002 ;3 (2) : 81-90
14. Logiciel NVivo pour la recherche qualitative. Disponible en ligne : <http://www.qsrinternational.com/nvivo-french>
15. Site DRESS, Tableau 6 « Age moyen des médecins par spécialité, mode d'exercice, zone d'inscription et sexe ». Consultable en ligne : <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx>.
16. Site Légifrance : « Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ». Consultable en ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>

17. Charles C, Gafni A, Whelan T, « Decision-making in the physician-patient encounter : revisiting the shared treatment decision-making model ». *Soc Sci Med* 1999 ;49 :651-61
18. Lemaire, Nicolas. « Évaluation qualitative de la relation ville-hôpital du point de vue des généralistes : données explicatives et ressenti face aux difficultés de communication », 14 mars 2016. Consulté le 20 septembre 2018. Consultable en ligne : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01347479/document>
19. François Patrice, Bastien Boussat, Magali Fourny, et Arnaud Seigneurin. « Qualité des services rendus par un Centre hospitalier universitaire : le point de vue de médecins généralistes ». *Sante Publique* Vol. 26, n° 2 (27 mai 2014): 189-97.
20. Frédéric Valletoux, président de la Fédération hospitalière de France « Ville - hôpital : des pistes pour renforcer les liens - Fédération Hospitalière de France (FHF) ». 8 mars 2018. Consultable en ligne : <https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communiqués-de-presse/Ville-hopital-des-pistes-pour-renforcer-les-liens>.
21. Micheau J, Molière E, Sens Plein, Dossier solidarité et santé. « L'emploi du temps des médecins libéraux, diversité objective et écarts de perception des temps de travail ». Consulté le 18 décembre 2018. Consultable en ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201015.pdf>
22. Site Ordre National des Médecins « Démographie médicale et projet de loi "Ma santé 2022" ». Consulté le 12 janvier 2019. Consultable en ligne : <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/3037>
23. Thoër, Christine. « Internet : un facteur de transformation de la relation médecin-patient ? » *Communiquer. Revue de communication sociale et publique*, n° 10 (1 décembre 2013): 1-24.
24. Circulaire Legifrance : Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes : « INSTRUCTION N° DGOS/PF5/2014/361 du 23 décembre 2014 relative à l'usage de la messagerie sécurisée MSSanté dans les établissements de santé ». Consultable en ligne : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/01/cir_39112.pdf

25. Sophie Martos, 08 Février 2018 : « DMP, messageries sécurisées : des avancées trop timides, pointe la Cour des comptes ». Le Quotidien du Médecin. Consultable en ligne : https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2018/02/08/dmp-messageries-securisees-des-avancees-trop-timides-pointe-la-cour-des-comptes_854941.
26. France Info avec AFP le 18 septembre 2018 : « Fin du numéros clausus, création de postes dans les déserts médicaux...ce que contient le plan de santé d'Emmanuel Macron ». Disponible en ligne : https://www.francetvinfo.fr/sante/hopital/fin-du-numerus-clausus-creation-de-postes-dans-les-deserts-medicaux-ce-que-contient-le-plan-sante-d-emmanuel-macron_2945631.html
27. In finance : « la carte avance santé : comment ça marche ? ». Consulté le 30 février 2019. Disponible en ligne : <https://www.infinance.fr/articles/assurance-et-sante/complementaire-sante/article-la-carte-avance-sante-comment-ca-marche-627.htm>

8. LES ANNEXES

ANNEXE N°1 : GUIDE D'ENTRETIEN

Bonjour,

Je m'appelle Sultan Manakli. Je suis interne en médecine générale et je travaille actuellement sur mon projet de thèse. Je cherche à comprendre comment l'organisation de notre système de santé influence la qualité des prises en charge en médecine générale et évaluer le ressenti des médecins généralistes sur leurs capacités à répondre aux attentes de leurs patients.

L'entretien est enregistré, restera anonyme et sera retranscrit pour ensuite être analysé.

Données épidémiologiques : âge, sexe, activité (remplacement, installation), lieu d'exercice (département), milieu d'exercice (rural, semi rural, urbain), mode d'exercice (seul, en groupe), lien avec le système de soins.

Données qualitatives :

* *Système de soins* :

Question 1 : Que pensez-vous du système de soins en France ?

* *Qualité des soins* :

Question 2 : Que vous évoque une prise en charge de qualité en médecine générale ?

Question 3 : A votre avis, qu'attendent les patients de leur médecin généraliste ?

Question 4 : Dans quelle mesure pensez-vous que les médecins généralistes répondent aux critères de leurs patients ?

* *Système de santé / qualité des soins* :

Question 5 : Selon vous, comment le système de soins influence vos prises en charge en pratique ?

Question 6 : Quel lien y a-t-il, selon vous, entre le fonctionnement de notre système aujourd'hui et la capacité d'un médecin généraliste à répondre aux attentes de leurs patients ?

Question 7 : A partir de ce qui a été dit pendant l'entretien, que pensez-vous de l'évolution de la médecine générale ?

* *Avenir* :

Question 8 : Quelles sont vos attentes concernant votre pratique à l'avenir ?

ANNEXE N°2 :

Re transcription des entretiens sur une clé USB

Context: France has declined in the ranking of its healthcare system over the past fifteen years.

Objective: The aim of our study was to understand how our health system impacts on the quality of patient care in general medical practice and to assess what general practitioners feel about their capacities to suit their patients' requirements.

Method: A qualitative study was carried out in 2008 using a semi-structured questionnaire. The sampling was made with maximum variation in order to get a diversity of perceptions. The inclusion of general practitioners was closed when we reached a data saturation. The Grounded Theory method allowed us to get a detailed description of our research. The analysis was achieved with N'Vivo 11 pro software in order to analyse and organize the content of our interviews.

Results: Fifteen general practitioners have contributed to our study. The impact of the health care system can be negative because of the lack of communication between community medicine and hospital, the shortness of consultations, a depreciated remuneration, the weight of administrative tasks, the difficulty to access health care, the constraints of prescriptions. The impact can be positive thanks to good relationships with the private sector, the absence of financial constraints to access health care, the work made with the National Health Insurance representatives. Patients new demands make medical practice more complicated. Trails for improvement are possible: improvement of community medicine and hospital communication, of remuneration, of medical studies, of medical lifelong learning and a return to freedom of prescription. It seems necessary to improve the links between the different healthcare players. The patient-practitioner relation is at the heart of general practitioners' concerns. More difficult nowadays, general practitioners remain attached to carry out global patient care in its physical, psychological and environmental aspects.

Conclusion: Our healthcare system has an undeniable impact on the quality of patients' care by general practitioners. This impact gets diverse values according to the interviewed general practitioners. Aware of the constraints, but also of the advantages of this system, general practitioners remain attached to deliver the best possible healthcare.

Key words: healthcare system, care quality, general medical practice, patient.

Contexte : La France a régressé dans son classement des systèmes de soins dans les 15 dernières années.

Objectif : Le but de notre étude était de comprendre comment notre système de soins impacte la qualité de la prise en charge en médecine générale et d'évaluer le ressenti des médecins généralistes sur leurs capacités à répondre aux demandes de leurs patients.

Méthode : Une étude qualitative a été menée en 2018 à l'aide d'un questionnaire semi-dirigé. L'échantillonnage a été réalisé par variation maximale pour obtenir une diversité des ressentis. L'inclusion des médecins s'est clôturée lorsque nous avons obtenu une saturation des données. La méthode de la théorie ancrée nous a permis d'obtenir une description détaillée de notre recherche. L'analyse a été réalisée sur le logiciel N'Vivo 11 pro pour analyser et organiser le contenu de nos entretiens.

Résultats : 15 médecins généralistes ont participé à notre étude. L'impact du système de soins peut s'avérer négatif par le manque de communication entre la médecine de ville et l'hôpital, le temps limité de la consultation, une rémunération dévalorisée, le poids des tâches administratives, la difficulté de l'accès aux soins, les contraintes de prescription. L'impact peut s'avérer positif par les bonnes relations avec le secteur privé libéral, l'absence de frein financier pour l'accès aux soins, le travail réalisé avec les délégués de l'assurance maladie. Les nouvelles exigences des patients compliquent l'exercice médical. Des pistes d'amélioration sont possibles : une amélioration de la communication ville-hôpital, de la rémunération, des études médicales, de la formation médicale continue ainsi qu'un retour à une la liberté de prescription. Il apparaît nécessaire d'améliorer les liens entre les différents acteurs du système de soins. La relation médecin malade est au cœur des préoccupations des médecins. Plus difficile actuellement, les médecins restent attachés à réaliser une prise en charge globale dans ses aspects physiques, psychologiques et environnementaux.

Conclusion : Notre système de soins a un impact indéniable sur la qualité de la prise en charge des patients par le médecin généraliste. Cet impact est apprécié diversement selon les médecins interrogés. Conscient des contraintes, mais aussi des avantages de ce système, les médecins restent avant tout attachés à délivrer les meilleurs soins possibles.

Mots clés : système de soins, qualité des soins, médecine générale, patients.