HAL
open science

Quelles sont les stratégies mises en place par les médecins traitants pour répondre à la demande de nouveaux patients ? Étude qualitative réalisée en Isère et Haute-Savoie

Hélène Jeanney, Clarisse Keppler

To cite this version:

Hélène Jeanney, Clarisse Keppler. Quelles sont les stratégies mises en place par les médecins traitants pour répondre à la demande de nouveaux patients ? Étude qualitative réalisée en Isère et Haute-Savoie. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03213279

HAL Id: dumas-03213279

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03213279

Submitted on 30 Apr 2021

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de l'archive ouverte DUMAS (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : 2021

QUELLES SONT LES STRATÉGIES MISES EN PLACE PAR LES MÉDECINS TRAITANTS POUR RÉPONDRE À LA DEMANDE DE NOUVEAUX PATIENTS ? ÉTUDE QUALITATIVE RÉALISÉE EN ISÈRE ET HAUTE-SAVOIE

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT

JEANNEY Hélène,
KEPPLER Clarisse,
[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le : 26/04/2021

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

M. le Professeur WEIL Georges

Membres :

M. le Professeur DEBATY Guillaume

M. le Docteur BOUSSAT Bastien

Mme le Docteur SINSARD Sophie (directrice de thèse)

Doyen de la Faculté : **Pr. Patrice MORAND**

Année 2020-2021

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	**ALBALADEJO Pierre**	**Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire**
PU-PH	**APTEL Florent**	**Ophtalmologie**
PU-PH	**ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine**	**Chirurgie viscérale et digestive**
PU-PH	**BAILLET Athan**	**Rhumatologie**
PU-PH	**BARONE-ROCHETTE Gilles**	**Cardiologie**
PU-PH	**BAYAT Sam**	**Physiologie**
MCF Ass.MG	**BENDAMENE Farouk**	**Médecine Générale**
PU-PH	**BENHAMOU Pierre-Yves**	**Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques**
PU-PH	**BERGER François**	**Biologie cellulaire**
MCU-PH	**BIDART-COUTTON Marie**	**Biologie cellulaire**
PU-PH	**BLAISE Sophie**	Chirurgie vasculaire ; **médecine vasculaire**
PR Ass. Méd.	**BOILLOT Bernard**	
MCU-PH	**BOISSET Sandrine**	**Bactériologie-virologie** ; Hygiène hospitalière
PU-PH	**BONAZ Bruno**	**Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie**
PU-PH	**BONNETERRE Vincent**	**Médecine et santé au travail**
PU-PH	**BOREL Anne-Laure**	**Nutrition**
PU-PH	**BOSSON Jean-Luc**	**Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication**
MCU-PH	**BOTTARI Serge**	**Biologie cellulaire**
PR Ass.MG	**BOUCHAUD Jacques**	**Médecine Générale**
PU-PH	**BOUGEROL Thierry**	**Psychiatrie d'adultes**
PU-PH	**BOUILLET Laurence**	**Médecine interne** ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	**BOUSSAT Bastien**	**Epidémiologie, économie de la santé et prévention**
PU-PH	**BOUZAT Pierre**	**Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire**
PU-PH émérite	**BRAMBILLA Christian**	**Pneumologie**
PU-PH émérite	**BRAMBILLA Elisabeth**	**Anatomie et cytologie pathologiques**
MCU-PH	**BRENIER-PINCHART Marie Pierre**	**Parasitologie et mycologie**
PU-PH	**BRICAULT Ivan**	**Radiologie et imagerie médicale**
PU-PH	**BRICHON Pierre-Yves**	**Chirurgie thoracique et cardiovasculaire**
MCU-PH	**BRIOT Raphaël**	**Thérapeutique-médecine de la douleur** ; Addictologie
PU-PH émérite	**CAHN Jean-Yves**	**Hématologie**
PU-PH émérite	**CARPENTIER Patrick**	**Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire**
PR Ass.MG	**CARRILLO Yannick**	**Médecine Générale**
PU-PH	**CESBRON Jean-Yves**	**Immunologie**
PU-PH	**CHABARDES Stephan**	**Neurochirurgie**
PU-PH	**CHABRE Olivier**	**Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques**
PU-PH	**CHAFFANJON Philippe**	**Anatomie**
MCF Ass.MG	**CHAMBOREDON Benoît**	**Médecine Générale**
PU-PH	**CHARLES Julie**	**Dermato-vénéréologie**
MCF Ass.MG	**CHAUVET Marion**	**Médecine Générale**
PU-PH	**CHAVANON Olivier**	**Chirurgie thoracique et cardiovasculaire**

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	**CHIQUET Christophe**	**Ophtalmologie**
PU-PH	**CHIRICA Mircea**	**Chirurgie viscérale et digestive**
PU-PH	**CINQUIN Philippe**	**Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication**
MCU-PH	**CLAVARINO Giovanna**	**Immunologie**
PU-PH	**COHEN Olivier**	**Histologie, embryologie et cytogénétique**
PU-PH	**COURVOISIER Aurélien**	**Chirurgie infantile**
PU-PH	**COUTTON Charles**	**Génétique**
PU-PH	**COUTURIER Pascal**	Médecine interne ; **gériatrie et biologie du vieillissement** ; addictologie
PU-PH	**CRACOWSKI Jean-Luc**	Pharmacologie fondamentale ; **pharmacologie clinique** ; addictologie
PU-PH	**DEBATY Guillaume**	**Médecine d'Urgence**
PU-PH	**DEBILLON Thierry**	**Pédiatrie**
PU-PH	**DECAENS Thomas**	**Gastroentérologie ; hépatologie** ; addictologie
PR Ass. Méd.	**DEFAYE Pascal**	**Cardiologie**
PU-PH	**DEGANO Bruno**	**Pneumologie** ; addictologie
PU-PH	**DEMATTEIS Maurice**	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; **addictologie**
PU-PH émérite	**DEMONGEOT Jacques**	**Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication**
MCU-PH	**DERANSART Colin**	**Physiologie**
PU-PH	**DESCOTES Jean-Luc**	**Urologie**
PU-PH	**DETANTE Olivier**	**Neurologie**
MCU-PH	**DIETERICH Klaus**	**Génétique**
MCU-PH	**DOUTRELEAU Stéphane**	**Physiologie**
MCU-PH	**DUMESTRE-PERARD Chantal**	**Immunologie**
PU-PH	**EPAULARD Olivier**	**Maladies infectieuses ; Maladies tropicales**
PU-PH	**ESTEVE François**	**Biophysique et médecine nucléaire**
MCU-PH	**EYSSERIC Hélène**	**Médecine légale et droit de la santé**
PU-PH	**FAUCHERON Jean-Luc**	**Chirurgie viscérale et digestive**
MCU-PH	**FAURE Julien**	**Biochimie et biologie moléculaire**
PU-PH	**FERRETTI Gilbert**	**Radiologie et imagerie médicale**
PU-PH	**FEUERSTEIN Claude**	**Physiologie**
PU-PH	**FONTAINE Éric**	**Nutrition**
PU-PH	**FRANCOIS Patrice**	**Epidémiologie, économie de la santé et prévention**
MCU-MG	**GABOREAU Yoann**	**Médecine Générale**
PU-PH	**GARBAN Frédéric**	**Hématologie ; Transfusion**
PU-PH	**GAUDIN Philippe**	**Rhumatologie**
PU-PH	**GAVAZZI Gaétan**	Médecine interne ; **gériatrie et biologie du vieillissement** ; addictologie
PU-PH	**GAY Emmanuel**	**Neurochirurgie**
MCU-PH	**GILLOIS Pierre**	**Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication**
PU-PH	**GIOT Jean-Philippe**	**Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique** ; Brûlologie
MCU-PH	**GRAND Sylvie**	**Radiologie et imagerie médicale**
PU-PH émérite	**GRIFFET Jacques**	**Chirurgie infantile**
MCU-PH	**GUZUN Rita**	**Nutrition**
PU-PH	**HAINAUT Pierre**	**Biochimie et biologie moléculaire**
PU-PH émérite	**HALIMI Serge**	**Nutrition**
PU-PH	**HENNEBICQ Sylviane**	**Biologie et médecine du développement et de la reproduction** ; gynécologie médicale
PU-PH	**HOFFMANN Pascale**	**Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale**
PU-PH émérite	**HOMMEL Marc**	**Neurologie**
PU-MG	**IMBERT Patrick**	**Médecine Générale**

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH émérite	**JOUK Pierre-Simon**	**Génétique**
PU-PH	**KAHANE Philippe**	**Physiologie**
MCU-PH	**KASTLER Adrian**	**Radiologie et imagerie médicale**
PU-PH	**KRAINIK Alexandre**	**Radiologie et imagerie médicale**
PU-PH	**LABARERE José**	**Epidémiologie, économie de la santé et prévention**
MCU-PH	**LABLANCHE Sandrine**	**Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques**
MCU-PH	**LANDELLE Caroline**	Bactériologie – virologie ; **Hygiène hospitalière**
PU-PH	**LANTUEJOUL Sylvie**	**Anatomie et cytologie pathologiques**
PR Ass. Méd.	**LARAMAS Mathieu**	**Cancérologie** ; radiothérapie
MCU-PH	**LARDY Bernard**	**Biochimie et biologie moléculaire**
MCU - PH	**LE GOUELLEC LE PISSART Audrey**	**Biochimie et biologie moléculaire**
PU-PH	**LECCIA Marie-Thérèse**	**Dermato-vénéréologie**
MCF Ass.MG	**LEDOUX Jean-Nicolas**	**Médecine Générale**
PU-PH émérite	**LETOUBLON Christian**	**Chirurgie viscérale et digestive**
PU-PH	**LEVY Patrick**	**Physiologie**
PU-PH	**LONG Jean-Alexandre**	**Urologie**
MCU-PH	**LUPO Julien**	**Bactériologie-virologie** ; Hygiène hospitalière
PU-PH	**MAIGNAN Maxime**	**Médecine d'urgence**
PU-PH	**MAITRE Anne**	**Médecine et santé au travail**
MCU-PH	**MALLARET Marie-Reine**	Bactériologie – virologie ; **Hygiène hospitalière**
MCU-PH	**MARLU Raphaël**	**Hématologie ; Transfusion**
PR Ass. Méd.	**MATHIEU Nicolas**	**Gastroentérologie ; hépatologie** ; addictologie
MCU-PH	**MAUBON Danièle**	**Parasitologie et mycologie**
PU-PH	**MAURIN Max**	**Bactériologie-virologie** ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	**MC LEER Anne**	**Histologie, embryologie et cytogénétique**
MCU-PH	**MONDET Julie**	**Histologie, embryologie et cytogénétique**
PU-PH	**MORAND Patrice**	**Bactériologie-virologie** ; Hygiène hospitalière
PU-PH	**MOREAU-GAUDRY Alexandre**	**Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication**
PU-PH	**MORO Elena**	**Neurologie**
PU-PH	**MORO-SIBILOT Denis**	**Pneumologie** ; addictologie
MCU-PH	**MORTAMET Guillaume**	**Pédiatrie**
PU-PH	**MOUSSEAU Mireille**	**Cancérologie** ; radiothérapie
PU-PH émérite	**MOUTET François**	**Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie**
MCF Ass.MG	**ODDOU Christel**	**Médecine Générale**
PR Ass. Méd.	**ORMEZZANO Olivier**	**Cardiologie**
MCU-PH	**PACLET Marie-Hélène**	**Biochimie et biologie moléculaire**
PU-PH	**PAILHE Régis**	**Chirurgie orthopédique et traumatologie**
PU-PH	**PALOMBI Olivier**	**Anatomie**
PU-PH	**PARK Sophie**	**Hématologie** ; Transfusion
PU-PH	**PASSAGGIA Jean-Guy**	**Anatomie**
PR Ass.MG	**PAUMIER-DESBRIERES Françoise**	**Médecine Générale**
PU-PH	**PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François**	**Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire**
MCU-PH	**PAYSANT François**	**Médecine légale et droit de la santé**
MCU-PH	**PELLETIER Laurent**	**Biologie cellulaire**
PU-PH	**PELLOUX Hervé**	**Parasitologie et mycologie**
PU-PH	**PEPIN Jean-Louis**	**Physiologie**
PU-PH	**PERENNOU Dominique**	**Médecine physique et de réadaptation**

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	**PERNOD Gilles**	Chirurgie vasculaire ; **Médecine vasculaire**
PU-PH	**PIOLAT Christian**	**Chirurgie infantile**
PU-PH	**PISON Christophe**	**Pneumologie** ; Addictologie
PU-PH	**PLANTAZ Dominique**	**Pédiatrie**
PU-PH	**POIGNARD Pascal**	**Bactériologie-virologie** ; Hygiène hospitalière
PU-PH	**POLACK Benoît**	**Hématologie** ; Transfusion
PU-PH	**POLOSAN Mircea**	**Psychiatrie d'adultes** ; Addictologie
PU-PH	**RAMBEAUD Jean-Jacques**	**Urologie**
PU-PH	**RAY Pierre**	**Biologie et médecine du développement et de la reproduction** ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	**RECHE Fabian**	**Chirurgie viscérale et digestive**
MCU-PH	**RENDU John**	**Biochimie et biologie moléculaire**
MCU-PH émérite	**RIALLE Vincent**	**Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication**
PU-PH	**RIETHMULLER Didier**	**Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale**
PU-PH	**RIGHINI Christian**	**Oto-rhino-laryngologie**
PU-PH émérite	**ROMANET Jean Paul**	**Ophtalmologie**
PU-PH	**ROSTAING Lionel**	**Néphrologie**
PU-PH	**ROUSTIT Matthieu**	**Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie**
MCU-PH	**ROUX-BUISSON Nathalie**	**Biochimie et biologie moléculaire**
PR Ass.MG	**ROYER DE VERICOURT Guillaume**	**Médecine Générale**
PU-PH émérite	**SARAGAGLIA Dominique**	**Chirurgie orthopédique et traumatologie**
MCU-PH	**SATRE Véronique**	**Génétique**
PU-PH	**SAUDOU Frédéric**	**Biologie cellulaire**
PU-PH	**SCHMERBER Sébastien**	**Oto-rhino-laryngologie**
PU-PH	**SCHWEBEL Carole**	**Médecine intensive-réanimation**
PU-PH	**SCOLAN Virginie**	**Médecine légale et droit de la santé**
MCU-PH	**SEIGNEURIN Arnaud**	**Epidémiologie, économie de la santé et prévention**
PU-PH émérite	**STAHL Jean-Paul**	**Maladies infectieuses ; Maladies tropicales**
PU-PH	**STANKE Françoise**	**Pharmacologie fondamentale** ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	**STASIA Marie-José**	**Biochimie et biologie moléculaire**
PU-PH	**STURM Nathalie**	**Anatomie et cytologie pathologiques**
PU-PH	**TAMISIER Renaud**	**Physiologie**
PU-PH	**TERZI Nicolas**	**Médecine intensive-réanimation**
PU-PH	**THEVENON Julien**	**Génétique**
MCU-PH	**TOFFART Anne-Claire**	**Pneumologie** ; Addictologie
PU-PH	**TONETTI Jérôme**	**Chirurgie orthopédique et traumatologie**
PU-PH	**TOUSSAINT Bertrand**	**Biochimie et biologie moléculaire**
PU-PH	**VALMARY-DEGANO Séverine**	**Anatomie et cytologie pathologiques**
PU-PH	**VANZETTO Gérald**	**Cardiologie**
PU-PH	**VUILLEZ Jean-Philippe**	**Biophysique et médecine nucléaire**
PU-PH	**WEIL Georges**	**Epidémiologie, économie de la santé et prévention**
PU-PH	**ZAOUI Philippe**	**Néphrologie**
PU-PH émérite	**ZARSKI Jean-Pierre**	**Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie**

PU-PH : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers
PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale
PR Ass. Méd. : Professeur des Universités Associé de Médecine
PR Ass.MG : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale
MCF Ass.MG : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Georges Weil,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury, recevez nos sincères remerciements et le témoignage de notre profonde considération.

À Monsieur le Professeur Guillaume Debaty,
Et à Monsieur le Docteur Bastien Boussat,

Vous nous faites aujourd'hui l'honneur de juger notre travail en participant à ce jury, nous vous remercions pour votre disponibilité et pour l'intérêt que vous portez à notre travail.

A notre directrice de thèse, Madame le Docteur Sophie Sinsard,

Merci de nous avoir accompagnées et guidées tout au long de ce projet de thèse. Tu as toujours su mettre en avant notre travail avec enthousiasme et pour cela, nous t'en sommes très reconnaissantes.

Merci à tous les médecins qui ont donné de leur temps en participant à notre étude et ainsi permettre l'aboutissement de ce travail.

Remerciements de Hélène

Merci à Clarisse, ma co-thésarde et amie, avec qui j'ai pu partager un sujet qui nous concernait, et à qui je souhaite de réaliser tous ses projets professionnels et personnels futurs.

Merci à tous les professionnels de santé avec qui j'ai eu le plaisir de travailler pendant et après mon internat ; médecins hospitaliers, médecins généralistes, secrétaires, infirmier(e)s, co-internes, manipulatrices radio, diététicienne… qui m'ont particulièrement aidée à confirmer mes choix de pratique future.

Je remercie plus particulièrement le cabinet médical des Gets, qui m'a fait découvrir et aimer la médecine de montagne et Dr Thierry Dewaele, qui nous a grandement aidées en diffusant notre sujet de thèse. Merci à Charlotte, Chloé, Alexandre… d'avoir animé ces belles saisons d'hiver.

Merci à tous mes amis bisontins, parisiens, canadiens, savoyards… qui ont suivi mon parcours de loin et de près.

Merci à mes grands-parents, qui attendaient depuis bien longtemps cette soutenance de thèse, désolée pour l'absence de toge et d'amphithéâtre.

Merci à Alex, qui a su me supporter dans la vie de tous les jours durant cette rédaction de thèse, avec cette patience et cette touche d'humour que j'aime tant.

Et je voudrais surtout remercier ma famille, qui m'a soutenu mieux que je ne pouvais espérer depuis toujours, mes parents qui m'ont amenée à devenir la personne que je suis aujourd'hui, mes sœurs et mon beau frère qui ont su, par leur personnalité, effacer les obstacles rencontrés et égayer mes journées. Je ne vous remercierai jamais assez…

Remerciements de Clarisse

À mes parents, merci d'avoir toujours été là, de m'avoir soutenue durant ces longues années d'études, de m'avoir encouragée dans les moments les plus durs, même lorsque je voulais tout abandonner. Je vous aime fort.

À ma sœur, mon frère et mon beau-frère, merci pour vos encouragements et votre soutien. Malgré la distance, notre complicité reste la même, vous me manquez.

À mes neveux et nièce adorés, Manon, Valentin et Clément. Merci pour tous les moments de bonheur et de joie partagés qui embellissent mon quotidien et celui de toute la famille.

À ma belle-famille, merci de m'avoir accueillie si chaleureusement parmi vous.

À mes amis de l'externat, Lorène, Damien, Eva et Frédéric. Sans vous, ces années de médecine auraient parues bien plus longues.

À tous les maîtres de stage, médecins, co-internes et équipes de ces 3 années d'internat. Merci pour tout ce que vous m'avez enseigné.

À mes co-internes de Pédiatrie Poilade, grâce à vous je sais que travailler en rigolant dans un CHU, c'est possible!

À Corentin, merci pour ces 6 mois à Sallanches que tu as rendus plus agréables. Pour les fous rires, les soirées au Deyon, les mojitos et tout le reste !

À Alexandra, je suis heureuse que nos routes se soient croisées. Même si tout est parti d'un fécalome, il y a tellement plus maintenant !

Aux équipes du Lauvitel et d'Allemond, un grand merci pour votre accueil si chaleureux ! Jean-Noël pour ton humour et ta bienveillance, Jeff et Colin pour toutes vos petites attentions et votre soutien à toute épreuve.

À Sophie, pour cette belle rencontre aussi bien professionnelle que personnelle. Merci de m'avoir guidée dès le premier jour de mon internat. Sans oublier Arnaud et nos parties de Zombicide !

À Charles pour tout le bonheur que tu m'apportes, toi seul sais me faire rire comme tu le fais. La route ensemble ne fait que commencer, peu importe où elle nous mène, je suis heureuse de la partager avec toi.

À Hélène, merci pour ces 6 mois passés à Thonon dans la bonne humeur, début d'une amitié sans faille. Sans toi ce travail n'aurait pas pu se faire. Merci d'avoir bien voulu te lancer avec moi, on l'a fait !

TABLES DES MATIÈRES

Résumé **10**

Abstract **12**

Liste des abréviations **14**

Introduction **15**

Matériels et méthodes **18**
- Etude qualitative 18
- Échantillonnage et recrutement 18
- Description grille d'entretien 18
- Modalités d'entretien 19
- Analyse des données 20
- Aspects éthiques 20

Résultats **21**
- Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée 21
- Analyse thématique 22

Discussion **31**
- Forces et limites de l'étude 31
- Comparaison avec la littérature 32

Conclusions **37**

Bibliographie **39**

Annexes **41**
- Annexe 1: Code de la Santé Publique 41
- Annexe 2: Grille d'entretien 42
- Annexe 3: Fiche CIL préalable de traitement 43
- Annexe 4: Fiche d'information aux participants 46

Résumé

QUELLES SONT LES STRATÉGIES MISES EN PLACE PAR LES MÉDECINS TRAITANTS POUR RÉPONDRE À LA DEMANDE DE NOUVEAUX PATIENTS ? ÉTUDE QUALITATIVE RÉALISÉE EN ISÈRE ET HAUTE-SAVOIE.

Introduction: Le concept de médecin traitant est apparu en 2004 avec la loi relative à l'assurance maladie. Ses missions sont nombreuses et décrites dans le code de la Santé Publique. Il joue un rôle essentiel dans le parcours de soins des patients. Cependant, depuis plusieurs années, la démographie médicale ne cesse de diminuer. En parallèle, les besoins en soins augmentent avec le vieillissement de la population. Ces phénomènes contribueraient à raréfier l'offre de soins ambulatoires de premiers recours.

Objectif: Identifier les stratégies mises en place par les médecins traitants pour répondre à la demande de nouveaux patients.

Méthode: Étude qualitative par entretiens collectifs et individuels semi-dirigés réalisés auprès de vingt médecins généralistes d'Isère et Haute-Savoie. Les informations ont été recueillies jusqu'à obtention d'une saturation des données. Les entretiens ont été retranscrits et analysés par la méthode de la théorisation ancrée.

Résultats: Pour répondre à la demande des nouveaux patients, les médecins ont adapté leur organisation du travail. La présence d'un secrétariat permettait une meilleure gestion du planning, avec un rôle barrière face aux nombreuses demandes des patients. Les médecins ont mis en place des critères afin de réguler leur patientèle comme le secteur géographique, l'âge des patients, la famille ou bien les visites à domicile. Ils prônaient également une amélioration de la coordination des soins par une meilleure communication ville-hôpital mais aussi entre médecins d'un même secteur. Enfin, l'importance de la qualité de vie du médecin a été abordée avec l'objectif d'un bon équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle.

Conclusion: Les médecins mettent en avant l'exercice en groupe pour amoindrir les charges de travail. Ils préconisent la délégation de tâches via un secrétariat, des infirmières et autres, qui permettrait de libérer du temps médical et ainsi répondre au mieux à la demande de soins de la population.

Mots-clés: médecin traitant, démographie médicale, accès aux soins, flux de patients, évolution générationnelle

Filière: Médecine Générale

Abstract

WHAT ARE THE STRATEGIES DONE BY ATTENDING PHYSICIANS TO MEET THE DEMAND FOR NEW PATIENTS?
QUALITATIVE STUDY IN ISERE AND HAUTE-SAVOIE.

Introduction: The concept of attending physician appeared in 2004 with the law on health insurance. His missions are numerous and described in the Public Health Law. He plays an essential role in the patient care pathway. However, for many years, medical demography continues to decline. At the same time, the need for care increases with the aging of the population. These phenomena would contribute to the scarcity of the supply of first-aid outpatient care.

Objective : Identify the strategies implemented by attending physicians to meet the demand for new patients.

Methodology : Qualitative study by collective and individual semi directed interviews carried out with twenty general practitioners from Isere and Haute-Savoie. Informations were collected until data saturation was reached. The interviews were transcribed and analyzed using the grounded theorizing method.

Results : To meet the demand of new patients, practitioners have adapted their work organization. The presence of a secretariat allowed better management of the schedule with a barrier role towards the many requests from patients. Practitioners have established criteria to regulate their patients such as the geographical area, the age of the patients, the family or home visits. They also advocated better coordination of care through better communication between city medicine and hospital, but also with practitioners in the same area. Finally, the importance of the quality of life of the practitioner was approached with the objective of a good balance between private et work life.

Conclusion : Physicians promote group exercise to reduce workloads. They recommend the delegation of tasks via secretariat, nurses and others, which could free up medical time and best meet the demand for care of the population.

Key words : attending physician, medical demography, care access, patient flow, generational evolution

Pathway: General Practice

Liste des abréviations

SNIIRAM: Système National d'Information Inter Régimes de l'Assurance Maladie

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DES: Diplôme d'Études Supérieures

CIL: Correspondant Informatique et Liberté

MT : Médecin Traitant

RDV : Rendez-Vous

VAD : Visite À Domicile

MSP: Maison de Santé Pluridisciplinaire

CESP: Contrat d'Engagement de Service Public

ASALEE: Action de SAnté Libérale En Équipe

I. Introduction

Ce n'est qu'à partir des années 2000 que le médecin traitant est apparu. Il a été défini par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (1) :

« Art. L. 162-5-3. - Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. »

D'après le SNIIRAM (Système National d'Information Inter Régimes de l'Assurance Maladie), 97% des français qui ont désigné un médecin traitant, ont choisi un médecin généraliste.

Les missions du médecin généraliste traitant sont décrites dans le code de Santé Publique (article L.4130-1), modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016-art. 68 (2) (Annexe 1).

Ces lois avaient pour objectif une meilleure organisation des soins, le médecin traitant obtenait le rôle central dans le parcours de soins des patients. Les promoteurs de la loi donnent également des justifications plus larges : maîtrise des dépenses de ville, meilleure qualité de la prise en charge médicale, meilleure équité de traitement.

Cependant, le nombre de médecins généralistes ne cesse de diminuer. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins indique qu'il est passé de 94 261 en 2010 à 87 801 en 2018 au niveau national, soit 7% de moins (3). La proportion de médecins en activité, âgés de 60 ans et plus et donc proche de la retraite, représente 47% du nombre total de médecins inscrits à l'Ordre (4).

En s'intéressant à l'Isère et la Haute-Savoie, la démographie médicale montre un affaiblissement. Malgré une progression de ses effectifs, les départements ne sont pas en mesure de compenser le vieillissement des praticiens. Par conséquent, cela évolue vers une diminution de la densité médicale (5) (6) (7).

Comme le précise le code de Santé Publique article L1411-11 modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016-art.158: « l'accès aux soins de premier 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 » (2).

Hors, dans ces départements plus particulièrement, on observe de fortes inégalités d'accessibilité aux services, dont les soins de premiers recours, corrélés à la densité de la population mais aussi au caractère montagneux (8). Les distances d'accès se creusent dans certains territoires et c'est souvent dans ces territoires que les populations sont vieillissantes et atteintes de pathologies chroniques remettant en cause l'accessibilité efficiente aux soins (4).

La baisse du nombre de médecins traitants généralistes peut aussi s'expliquer par le développement d'une polyvalence du DES (Diplôme d'Etudes Supérieures) de médecine générale. En effet, les médecins ont facilement accès à de nombreuses formations dans divers domaines. Certains médecins généralistes développent une compétence particulière, les faisant sortir du champ habituel de l'exercice de soins de premiers recours (6) (7).

Il existe également une évolution générationnelle chez les professionnels de santé. Les jeunes sont bien plus enclins que leurs aînés à favoriser un exercice collectif et pluri-professionnel. Aujourd'hui, les maisons pluri-professionnelles, les centres de santé, les formes alternatives de rémunération au paiement à l'acte, comme le salariat, se développent de plus en plus. Exercer en groupe, et/ou avec des paramédicaux, permet de lutter contre l'isolement, de mutualiser les tâches administratives (9).

L'organisation du temps de travail a elle aussi évoluée. Les médecins parviennent à se libérer une demi-journée ou une journée de repos par semaine. Certains jeunes médecins vont jusqu'à remettre en cause la légitimité d'une disponibilité permanente pour les patients (10).

En parallèle, depuis 1990, on relève une augmentation générale de la population française avec 9 millions de personnes en plus, équivalant à 13,5% de la population totale. On constate également un vieillissement de la population. En 1990, la part médiane de français âgés de plus de 75 ans était de 6,8% versus 9,6% en 2020 (11).

L'importance du médecin traitant n'est plus à démontrer, on sait que là où il en manque, les indicateurs de santé se dégradent (12). Malgré cela, en France, en 2018, 5,4 millions de français de plus de 17 ans ne disposaient pas de médecin traitant soit environ 10% des assurés sociaux. L'assurance maladie estime que la moitié d'entre eux en cherche activement un, ce qui représente tout de même 2,6 millions d'adultes (3).

En résumé, une augmentation de la demande de soins face à une baisse de la démographie médicale, contribuerait à raréfier l'offre de soins ambulatoires de premiers recours. Les médecins traitants en exercice se retrouvent alors sous tension pour prendre en charge les patients.

L'objectif de notre travail a donc été d'explorer quelles étaient les stratégies mises en place par les médecins traitants pour répondre à la demande de nouveaux patients.

II. Matériels et méthodes

1. Etude qualitative

Le choix de réalisation d'une étude qualitative est plus approprié, lorsque les données sont subjectives.

« Une étude qualitative est une étude destinée à recueillir des éléments qualitatifs, qui sont le plus souvent non directement chiffrables par les individus interrogés ou étudiés.
Une étude qualitative est le plus souvent réalisée par des entretiens collectifs ou individuels ou par des observations en situation menées auprès d'échantillons réduits. Elle vise généralement à comprendre en profondeur des attitudes ou comportements. » (13).

2. Échantillonnage et recrutement

Cette étude s'est déroulée auprès de médecins généralistes de l'Isère et la Haute-Savoie, sous forme d'entretiens individuels et collectifs afin de récolter les informations nécessaires pour mener à bien cette étude.

Le recrutement s'est fait selon un échantillonnage par « effet boule de neige » (14) avec des médecins volontaires.

Les données socio-démographiques des participants étaient recueillies sous forme d'un tableau.

3. Description grille d'entretien

La grille a été élaborée à partir d'une recherche bibliographique et de nos hypothèses, afin de réaliser des entretiens semi-structurés.

Après un recueil de données globales du cabinet au sein duquel les médecins travaillaient, l'entretien débutait en recueillant des informations concernant le contexte démographique de leur secteur de travail, afin de briser la glace entre les différents intervenants. L'objectif était de poser le contexte et d'apprécier les réponses qui s'ensuivent sans relance de notre part.

Lors des entretiens, nous cherchions à savoir si certaines catégories de patients se retrouvaient plus en difficulté que d'autres pour trouver un médecin traitant, et selon quels critères.

Nous souhaitions alors mettre en avant les différents moyens mis en œuvre par les médecins concernant la gestion de leur patientèle ainsi que les éventuels conseils pour notre future installation.

Enfin, il nous semblait primordial d'aborder le ressenti des différents médecins ainsi que leur point de vue éthique concernant le sujet abordé (Annexe 2).

4. Modalités d'entretien

Les entretiens collectifs se déroulaient la plupart du temps au sein des cabinets médicaux. Deux entretiens collectifs et un entretien individuel ont été réalisés en Haute-Savoie et un entretien collectif en Isère.

Les entretiens collectifs étaient enregistrés avec dictaphones puis, retranscrits intégralement, validés et anonymisés.

Le contenu de la grille n'a pas changé de façon significative au fil des entretiens.

5. Analyse des données

L'analyse des données s'est faite selon la méthode de théorisation ancrée, à l'aide du logiciel Excel®.

Un codage ouvert nous a permis de relever et d'étiqueter l'ensemble des éléments faisant référence à notre question de recherche.

Tous les éléments codés étaient par la suite regroupés en sous-thème qui ont fait émerger les thèmes principaux.

Cette analyse a été effectuée avec triangulation des investigateurs.

Les entretiens collectifs ont été conduits jusqu'à saturation des données, définie comme le moment où les informations recueillies apparaissent redondantes et semblent n'apporter plus rien de nouveau (13).

6. Aspects éthiques

Une déclaration au Correspondant Informatique et Liberté (CIL) a été réalisée avant de débuter tout entretien (Annexe 3).

Chaque médecin a signé une fiche de consentement avant de participer à l'étude (Annexe 4).

III. Résultats

1. Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée

La saturation des données a été obtenue après 3 entretiens collectifs et un entretien individuel, réalisés entre décembre 2018 et juillet 2020. La durée moyenne des entretiens était de 1 heure (de 39 minutes à 1h31).

Les données socio-démographiques des différents médecins interrogés sont décrites dans les tableaux suivants :

Entretien collectif n°1:

Médecins	âge	sexe	localisation du cabinet	proximité de l'hôpital	pratique au cabinet	secrétariat	ancienneté d'installation	nombre de jours	nombre de consultations par jour	modalités de consultation	estimation patientèle déclarée
M1	43	F		10Km	groupe	télésecrétariat	1 an	2 jours 1/2	24	sur RDV et urgences	vient de s'installer
M2	53	H		1,5Km	seul	télésecrétariat	18 mois	4 jours	35	sur RDV	1600
M3	39	H		15Km	groupe	non, prise de RDV en ligne	6 ans 3/4	4 jours	30	sur et sans RDV	1145
M4	35	F		15Km soit 15 à 20min	groupe	télésecrétariat et prise de RDV en ligne	4 ans	4 jours 1/2	25-30	sur et sans RDV	900
M5	65	H			retraité						
M6	41	F		10Km	groupe	télésecrétariat et prise de RDV en ligne	2 ans 1/4	4 jours 1/2	25-30	sur RDV	1132
M7	59	F		18Km	groupe	secrétaire et prise de RDV en ligne	26 ans	5 jours	25	sur RDV	1200
M8	32	H		18Km soit 25 min	groupe	secrétaire et prise de RDV en ligne	1 an 1/2	4 à 4,5	25	sur RDV	350
M9	29	F		25min en moyenne	remplaçante	variable	RAS	variable	25	sur RDV et urgences	NC
M10	26	F			interne						
M11	25	F			interne						

Entretien collectif n°2:

Médecins	âge	sexe	localisation du cabinet	proximité de l'hôpital	pratique au cabinet	secrétariat	ancienneté d'installation	nombre de jours	nombre de consultations par jour	modalités de consultation	estimation patientèle déclarée
M12	36	M	Urbain	10 minutes	groupe	secrétariat et prise de rdv sur internet	<1 an	4 jours	20/jour	sur RDV et 1/2 journée de VAD/semaine	600
M13	32	M	Urbain	10 minutes	groupe	secrétariat et prise de rdv sur internet	4 ans	4 jours 1/2	25/jour	sur RDV et 1/2 journée de VAD/semaine	1000
M14	28	F	Urbain	10 minutes	groupe	secrétariat et prise de rdv sur internet	<1 an	2 jours	20/jour	sur RDV et 1/2 journée de VAD/semaine	600
M15	47	M	Urbain	10 minutes	groupe	secrétariat et prise de rdv sur internet	16 ans	4 jours	25/jour	sur RDV et 1/2 journée de VAD/semaine	1400

Entretien collectif n°3:

Médecins	âge	sexe	localisation du cabinet	proximité de l'hôpital	pratique au cabinet	secrétariat	ancienneté d'installation	nombre de jours	nombre de consultations par jour	modalités de consultation	estimation patientèle déclarée
M16	33	F	urbain	10km	groupe	secrétariat	3 ans	2 jours 1/2	23	RDV	570
M17	40	H	urbain	10km	groupe	secrétariat	6 ans	3 jours 1/2	25	RDV	970
M18	45	F	urbain	10 km	groupe	secrétariat	8 ans	4 jours	20 à 25	sur rdv, rares VAD	NC
M19	39	F	urbain	10 km	groupe	secrétariat	4 ans	3 jours 1/2	20 à 25	sur rdv, pas de VAD	NC

Entretien individuel n°1:

Médecins	âge	sexe	localisation du cabinet	proximité de l'hôpital	pratique au cabinet	secrétariat	ancienneté d'installation	nombre de jours	nombre de consultations par jour	modalités de consultation	estimation patientèle déclarée
M20	61	M	Urbain	5 minutes	seul	pas de secrétariat	29 ans	4 jours 1/2	entre 40 et 50 de 8H30 à 2H	sur rdv, VAD	NC

Le panel de notre étude était représenté par 55% de femmes et 45% d'hommes.

L'âge moyen des médecins interrogés était de 38.8 ans (de 25 à 65 ans).

Les médecins généralistes étaient installés en moyenne depuis 86.25 mois, soit 7.2 années (de 1 an à 29 ans).

87.5% d'entre eux exerçaient en groupe et 12.5% travaillaient seuls.

Dans cet échantillonnage, 62.5% des médecins disposaient d'un secrétariat sur place, 25% fonctionnaient avec un télésecrétariat et 12.5% géraient leur planning seuls. Pour 56.25% d'entre eux, il était également possible de prendre rendez-vous en ligne.

88.2% d'entre eux travaillaient seulement sur RDV, et 11.8% travaillaient sans.

Les médecins généralistes interrogés exerçaient en moyenne 7.7 demi-journées par semaine (de 4 à 10 demi-journées hebdomadaires) et réalisaient en moyenne 26.4 consultations quotidiennes (de 20 à 45 consultations par jour selon les médecins).

Pour finir, la patientèle moyenne déclarée était de 956 patients (variant de 350 à 1600 patients par médecin).

2. Analyse thématique

a. Modélisation

Figure 1 : Carte heuristique

Dans le contexte actuel de démographie médicale et d'évolution générationnelle, les médecins généralistes ont aménagé leur planning, selon certains critères. Ils ont adapté leur façon de travailler afin de préserver une qualité de vie et se sont organisés pour la coordination de soins sur leur secteur.

L'analyse des entretiens a permis d'établir une modélisation représentée en figure 1. Une catégorie principale constituait le socle déterminant les médecins traitants à prendre en charge ou

non de nouveaux patients. Autour, venaient s'imbriquer différentes sous catégories.
Nous avons choisi de présenter les résultats selon une logique plus appropriée.

b. Démographie médicale

Lors des entretiens, les médecins interrogés ont confirmé la baisse de la démographie médicale dans leurs secteurs respectifs. Ils ont constaté une pénurie de médecins généralistes suite au départ en retraite de médecins, non compensé par les nouvelles installations. *« Il faut quand même un médecin pour chaque patient sauf que vu la démographie médicale sur la commune et l'absence de nouvelle installation au point de combler les départs, c'est compliqué » (M13).*

En parallèle, le besoin de suivi s'est accru devant une population vieillissante.
Les patients ont été parfois contraints de parcourir de grandes distances pour accéder aux soins de premiers recours. *« Les gens viennent de X, plus d'une demi heure de route pour voir un médecin traitant » (M4).*

La Haute-Savoie a présenté des spécificités géographiques de part sa proximité avec la frontière Suisse, et son caractère montagneux rendant la région plus attractive. *« C'est quand même hyper dynamique. Il y a beaucoup de frontaliers, des jeunes, du coup des enfants » (M16).*

Les médecins ont perçu une nette différence entre l'exercice rural et urbain.

c. Coordination de soins

Les médecins ont constaté une méconnaissance des patients concernant l'accès aux soins. *« Les gens n'accrochent pas vraiment au concept du parcours de soin […] dans cette nouvelle ère de consommation de soins, ils dévissent plus facilement. » (M3).* Ils l'ont expliqué par un manque d'organisation de l'offre de soins. *« Si on ne s'organise pas tous ensemble pour quelque chose, je ne vois pas comment ça peut avancer et aussi parce qu'on n'est pas nombreux. » (M5).*

La question de réguler et d'imposer le lieu d'installation des médecins s'est posée, fallait-il inciter les jeunes médecins à s'installer rapidement ou au contraire remplacer les médecins selon besoins ? *« Il faudrait forcer les médecins à s'installer aux endroits où il en manque » (M2). « C'est bien beau de faire s'installer tous les jeunes médecins mais le jour où on a besoin de se faire remplacer c'est qui qui nous remplace ? » (M13).*

Les entretiens ont mis en évidence un besoin de communication inter-professionnels, d'une part entre médecins généralistes mais aussi avec les médecins spécialistes et hôpitaux périphériques.*« c'est censé améliorer la coordination des soins avec l'hôpital, la coordination entre médecin et une infirmière de parcours qui pourrait nous aider dans l'organisation des soins pour le patient. » (M14).*

L'intention principale était d'assurer une permanence de soins au moyen d'une meilleure organisation territoriale de l'offre de soins *« pour essayer d'avoir une offre suffisante, […] dans le cadre de la permanence de soins pour les maisons de santé et donc on était obligé d'être là normalement de 8h à 20h et d'avoir une réponse téléphonique » (M15).*

d. Gestion du planning

Les médecins sont parvenus à libérer du temps de consultation en délégant la prise de RDV via internet ou les secrétaires. *« Il y a moins de temps de travail global mais tout autant de temps en consultations parce que les jeunes médecins ont plus facilement des secrétariats » (M13).*

La plupart des médecins interrogés travaillaient uniquement sur RDV pour éviter un afflux trop important de patients. *« Je ne veux pas être débordé, sinon je ferais du sans RDV » (M16).*

Afin de gérer les soins non programmés, des créneaux de consultations d'urgences étaient aménagés mais rapidement saturés. *« Ce matin, la secrétaire a dit que […] toutes la plages d'urgence étaient déjà prises, même les permanences » (M12).*

L'appréciation du délai de RDV permettait aux médecins de moduler leur patientèle. Lorsque les délais devenaient trop longs, ils refusaient plus facilement de nouveaux patients, pour éviter de nuire à la qualité de prise en charge de leurs patients déclarés. *« J'ai pris des nouveaux patients pendant 6 mois et après j'avais des délais de RDV, hors urgence, de 10 jours du coup j'ai stoppé » (M18). « Je me dis que quand le délai s'allonge trop c'est que je peux plus prétendre assurer le suivi médical » (M16).*

L'exercice en groupe semblait faciliter la gestion des plannings, ainsi que la présence d'internes au sein des cabinets. *« C'est une soupape pour les secrétaires quand on ouvre des créneaux pour les internes parce que vraiment on sature complètement » (M13).*

e. Critères de choix et/ou refus de nouveaux patients en tant que médecin traitant

Les critères mis en évidence étaient :

- l'âge : *« je ne prends pas de personnes âgées car c'est clair que ça va être visite dans pas longtemps et là je ne peux plus faire de visites car je n'en ai plus les moyens » (M3).*
« Si c'est des vieux, j'ai plus tendance à étudier la question tout du moins» (M12).

- les pathologies chroniques : *« Et aussi, moi, j'ai tendance à dire oui aux gens qui vont avoir une complexité qui fait que notre rôle de santé va être utile pour eux » (M13).*
« Moi inversement je prends presque plus facilement des jeunes, qui n'ont pas trop de soucis de santé en me disant que ça leur fait un médecin » (M14).

- le secteur géographique : « *On doit vraiment raisonner par secteur géographique, et je ne voudrais pas refuser quelqu'un qui est dans mon secteur » (M8).*

- la famille *: « quand je suis les enfants ou les parents, je les vois, s'il me dit y'a mon frère qui vient aussi dans la région, je vais accepter, c'est la famille » (M16).*

- les visites à domicile : « *Moi je suis catégorique sur les VAD, je ne peux pas en prendre une seule de plus » (M13).*
« Moi les VAD, c'est le seul truc où je peux encore prendre si c'est nécessaire » (M12).

- autre médecin traitant déclaré : *« j'ai besoin d'un médecin traitant parce que le mien ne me convient pas trop, alors ça ça me fait chier, je prends pas » (M16).*

- l'impression globale du patient : *« il faut aussi un minimum aimer le patient que tu vas suivre. Un patient qui ne te revient pas, tu n'as pas envie de beaucoup l'aider. » (M19). « Après y a aussi le feeling hein » (M17).*

- à qui s'adressait la demande : *« oui voilà et surtout quand ils te demandent en face ce n'est pas pareil que lorsque ça passe pas les secrétaires » (M12).*

Plusieurs critères tels que l'âge, les pathologies chroniques ou encore les visites à domicile apparaissaient comme critères de choix pour certains médecins, et comme critères de refus pour d'autres.

Tous ces critères étaient réévalués au cours du temps et adaptés selon les choix des médecins.

f. Organisation du travail

Les secrétaires assuraient une fonction essentielle au sein de l'organisation du cabinet médical, notamment dans l'éducation des patients. Que ce soit un secrétariat téléphonique ou physique, elles étaient en première ligne « *c'est vrai la secrétaire elle fait tampon » (M18).*
Elles jouaient un rôle barrière et subissaient parfois les pressions et mécontentements de la part des patients en recherche de médecins traitants. *« Les secrétaires sont sous pression en*

permanence » (*M13)* ; « *il y en a une qui a été agressée, enfin bon il y a plein de trucs* » *(M20).*

La présence d'un secrétariat améliorait la qualité de vie des médecins en réorientant les patients vers des confrères. *« Après c'est le côté confortable de la prise de RDV par un secrétariat téléphonique » (M2)*, *« voyez avec les secrétaires, si elles vous trouvent quelqu'un» (M18).*

Elles favorisaient également le lien entre le médecin et ses patients.

La médecine libérale était considérée comme une entreprise, les charges administratives représentaient un frein à l'installation *« c'est plus confortable que se taper 15h de paperasses et des frais pas possible en s'installant.* » *(M3).*

Pour atténuer cette contrainte, l'exercice en groupe semblait être privilégié *« l'installation en groupe c'est bien pour tout le monde» (M16)*.

Il permettait également une meilleure répartition du temps de travail au sein du cabinet, tout en conservant une permanence de soins aux patients. *« Les idées qui sont soulevées c'est l'organisation des soins, c'est-à-dire travailler en exercice regroupé* » (*M14) ; « pouvoir offrir une offre de soins raisonnable et bien organisée dans le secteur » (M8).*

Le travail collectif enrichissait les communications entre professionnels, contribuant au bien-être des médecins. *« C'est quand même beaucoup plus cool, si un soir je veux faire un truc ou que j'ai les enfants à récupérer ou un concert ou je n'en sais rien... je vais moins culpabiliser » (M18).*

g. Qualité de vie du médecin généraliste

La plupart des médecins interrogés ressentaient une pression de la part des patients pour devenir leur médecin traitant mais aussi une pression de la part des confrères pour une installation rapide. *« J'ai ressenti une pression constante de gens nouveaux qui cherchaient des médecins traitants, c'est du quotidien* » (*M3)* ; *« je n'ai vraiment pas du tout apprécié la pression des médecins avec qui je travaillais et des patients et j'ai trouvé que je n'étais pas prêt, à m'installer* » *(M8).*

Certains ont exprimé le sentiment de culpabilité de refuser des patients en tant que médecin traitant ; *« Moi ça me met mal à l'aise » (M12)* , sentiment atténué par l'exercice en cabinet de groupe. *« moi ça m'a beaucoup soulagée » (M6)* ; *« alors en fait quand t'es en groupe, tu culpabilises moins » (M16).*

Les médecins redoutaient une forme de surmenage lorsque leur patientèle devenait trop importante. *« Ce qui peut conduire aussi à une forme de surmenage » (M14) ; « moi je vois si je fais des trop grosses journées, de temps en temps ça va mais trop souvent…» (M17).*
Une saturation rapide de leur planning et une charge de travail trop conséquente étaient à risque de survenue d'erreurs médicales. *« Quand on consulte jusque 20h je suis pas certaine de faire des soins de qualité le soir » (M13).*

L'ensemble des médecins étaient d'accord pour dire que préserver une vie personnelle était essentiel. *« Pour qu'un cabinet fonctionne bien, il faut que les médecins soient bien dans leur tête et dans leur peau »* (*M13).*

h. Évolution générationnelle

Lors des entretiens, les médecins confrontaient leurs points de vue respectifs concernant la charge de travail. Malgré des volumes horaires différents, le temps de travail effectif restait stable entre générations. *« On ne travaille pas de la même façon mais dans les études, on ne travaille pas moins » (M13).*

La conception de la médecine a évolué, les nouvelles générations souhaitant un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. *« On se faisait rejoindre par des plus jeunes qui eux aspiraient à avoir une qualité de vie qui était plus générationnelle* » (*M15)*. La vie de famille a été revalorisée face au temps de travail. « *Les plus jeunes médecins, eux, ils avaient envie de pouvoir avoir un temps adapté à leur vie familiale » (M15).*

Selon les médecins interrogés, les jeunes générations avaient tendance à s'orienter vers un exercice semi-rural, salarial, plus souvent hospitalier, voire même changer de parcours professionnel. *« C'est tellement facile, tu as ton salaire à la fin, quand tu pars, tu raccroches ton téléphone » (M8) ; « c'est de plus en plus facile de trouver un poste à l'hôpital en tant que médecin généraliste » (M3).*

IV. Discussion

1. Forces et limites de l'étude

Le principal point fort de cette étude est son sujet, d'actualité, qui concerne la majorité des médecins généralistes. En effet, depuis quelques années, une importante médiatisation est réalisée autour de la problématique de démographie médicale. L'objectif était de comprendre les stratégies mises en place par les médecins pour réguler leur patientèle et grâce à ce travail, il apparaît plusieurs pistes. Il s'agit d'un problème de santé publique, dont le but est de promouvoir la santé d'une population.

Notre étude porte sur les conceptions de la pratique médicale, propres à chacun. C'est un thème qui peut paraître difficile à aborder en groupe, pour autant, aucun des médecins ayant accepté de participer à l'étude ne s'est rétracté après explication du sujet et des modalités de recueil.

Le choix du recrutement s'est fait selon la méthode « boule de neige » par sa facilité de mise en application. Malgré une forte sollicitation auprès des médecins généralistes, peu ont répondu favorablement. Cela peut engendrer un recueil de données plus limité.

Bien que les entretiens collectifs puissent empêcher la libre parole des participants par peur du jugement des autres, ils favorisent les interactions et ainsi permettent de recueillir des avis divergents. Les entretiens semi-dirigés orientent la discussion mais pendant les entretiens réalisés, il n'a pas été souvent nécessaire de relancer les participants avec la grille d'entretien.

2. Comparaison avec la littérature

Il ressort de notre travail que le concept de médecin traitant a une place centrale dans la coordination des soins de ses patients. Ses principales missions sont d'assurer les soins de premier recours, de permettre un suivi médical personnalisé à chacun, et de jouer un rôle dans la prévention et le dépistage. Il participe également à la bonne utilisation du système de soins par ses patients (15).

a. Gestion du planning

Durant nos entretiens, les médecins ont d'abord prêté une grande importance à la gestion du planning. La majorité d'entre eux travaillaient uniquement sur RDV pour une meilleure maîtrise de l'affluence des patients. Dans son étude, Feng Me Hu montre que « programmer les consultations permet une meilleure anticipation et ainsi une meilleure répartition de la charge de travail au cours de la journée » (16).

b. Présence d'un secrétariat

La plupart des RDV sont pris via un secrétariat physique ou téléphonique, permettant ainsi de libérer du temps médical. Dans cette même étude, l'auteur le démontre : « Notre enquête a donc confirmé que l'assistance d'un secrétariat était un réel gain de temps. » (16).

La prise de RDV n'était pas leur seule fonction, les secrétaires ont une place essentielle au sein des cabinets avec de multiples rôles. Dans son étude, Sébastien De Lestapis-Auroux démontre ces rôles. D'une part elles assurent les services rendus au médecin tels que la gestion des dossiers patients, les tâches administratives, la gestion du matériel, la comptabilité mais aussi la recherche de remplaçants pour certaines. D'autre part, elles font le lien entre médecins et patients en jouant un rôle de filtre dans cette relation et ont une mission d'éducation des patients (17).

Comme Feng Me hu le mentionne dans son étude « Le secrétariat permet ainsi d'avoir un meilleur confort d'exercice » (16).

c. Critères de choix et/ou refus de nouveaux patients en tant que médecin traitant

Face à une demande de plus en plus importante des patients pour trouver un médecin traitant, les médecins généralistes n'ont pas d'autres choix que de « sélectionner » les patients. Pour cela, ils ont recours à des critères de sélection, variables selon les médecins. Cependant, dans la littérature, il n'est pas retrouvé de référence concernant ces critères; peut-être parce qu'il s'agit d'un sujet délicat à aborder ou encore parce que cela ne semble pas respecter la déontologie. Hors le code de la santé publique, article R.4127-47 (Annexe 1), prévoit que « hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles ». Les raisons professionnelles évoquées sont une file active de patients trop importante ou encore l'orientation donnée à son exercice. Les raisons personnelles sont souvent dues à la rupture de confiance entre le médecin et son patient (18). En revanche, le refus de soins ne peut être fondé sur des motifs discriminatoires. Il est impossible en cas d'urgence. Il impose une information au patient et la continuité des soins doit impérativement être assurée.

Durant cette étude, les médecins interrogés ont évoqué le critère géographique. Ils acceptaient systématiquement les patients habitant dans leur secteur. Le principe de sectorisation est retrouvé dans les projets de MSP. En effet, selon l'offre de soins existante et l'analyse des besoins, des territoires d'intervention primaire et secondaire sont définis lors de l'élaboration du projet de santé. Les médecins de la MSP s'engagent alors à prendre en charge tout nouveau patient sur le territoire primaire qu'elle dessert, tandis que c'est au cas par cas pour le secteur secondaire.

Un autre critère évoqué est l'âge des patients. Cependant, les avis divergent selon les médecins. Certains privilégient les patients âgés, porteurs de pathologies chroniques car cela répond à un besoin réel de la population. D'autres acceptent plus facilement les sujets jeunes en bonne santé. Cela se voit surtout chez les médecins avec un planning saturé. Ils pensent rendre service à ces patients qui consultent peu.

Lorsqu'une personne est un parent d'un patient et se présente au cabinet, tous les médecins interrogés acceptent de la suivre. Avant l'apparition du concept de médecin traitant, il était question de médecin de famille. Encore aujourd'hui, cette idée est très importante du point de vue des patients et des médecins.

Les visites à domicile ont également été abordées. Le plus souvent, c'est un critère de refus pour les médecins car chronophages surtout si la distance au cabinet est importante. En revanche, lorsque les patients sont déjà suivis au sein du cabinet, les médecins acceptent la plupart du temps de faire les VAD.

Enfin, l'impression globale du patient a été abordée. Cependant ce sujet est plus sensible, car certaines raisons peuvent être interprétées comme discriminatoires (18).

d. Qualité de vie du médecin généraliste

L'étude de Alice Liégeois et Margot Georget constate que « un quart des répondants a déclaré être en mauvaise ou moyenne santé et ils sont presque 60% à estimer que leur rythme de travail a des répercussions sur leur vie sociale et sur leur vie familiale » (19). Ainsi « la notion de qualité de vie émerge depuis quelque temps comme le montre cette étude qui révèle que les étudiants en médecine ne veulent plus prendre la même voie que leurs ainés et n'hésitent plus à revendiquer leur ambition de qualité de vie dans 70% des réponses » (19).

Feng Me Hu l'identifie dans son étude « L'image du médecin généraliste disponible en permanence semble donc peu à peu s'effacer. Exercer ce métier ne rime plus avec sacerdoce. La

mentalité des médecins a désormais évolué, ils désirent un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle » (16).

e. Évolution générationnelle

La notion d'évolution générationnelle a été retrouvée dans de nombreuses thèses et données de littérature.

« Contrairement aux ainés attachés aux dogmes libéraux, les nouvelles générations aspirent à de nouveaux modes d'exercice plus collectif [...] hommes et femmes médecins souhaitent à présent maîtriser leur disponibilité et équilibrer leur vie privée et professionnelle » (12).

Face à une « pénibilité de l'exercice générée par les conditions de travail et les horaires » (9), les médecins s'organisent.

Comme le résume très bien l'article de Nathalie Lapeyre et Magali Robelet qui prouve que « les modes d'organisation du travail du médecin généraliste, appréhendés à la fois à travers les modes d'exercice et l'organisation du travail au quotidien, connaissent des mutations, qui relèvent d'un effet de génération. Elles se traduisent concrètement par la mise en œuvre de stratégies visant à réguler (mais non à réduire) le temps de travail. »

f. Solutions proposées

Il est important d'aborder les solutions proposées lors des entretiens, pour répondre à la demande des nouveaux patients.

Les modalités d'installation paraissaient essentielles, telles que l'installation en groupe avec l'essor des MSP. La pratique en groupe permettrait de mutualiser le travail, un meilleur échange entre professionnels dans le but d'optimiser et d'améliorer l'efficacité et l'efficience des soins proposés. Elle permet également une transmission des connaissances et des remplacements facilités par les confrères (17).

Une autre solution serait de développer l'internat et le post internat. D'abord en augmentant le *numerus clausus* et en développant des terrains de stages plus adaptés à la médecine générale. Parallèlement, développer des contrats tels que les CESP pourraient inciter les jeunes médecins à s'installer en zone sous dotée (20).

Une autre réponse était la délégation de tâches. D'une part avec l'implication des infirmières coordinatrices, infirmières ASALEE et assistants médicaux. D'autre part, développer la coopération avec les autres professionnels de santé.

V. Conclusion

Le rôle du médecin traitant est primordial, ses missions sont multiples et essentielles pour une prise en charge adaptée à chacun. Les déterminants amenant le médecin traitant à accepter ou non de nouveaux patients sont très variables dans le temps et dépendent de nombreux facteurs.

Certains médecins sont souvent amenés à refuser de nouveaux patients, la plupart du temps sur critères, tels que l'âge, les pathologies chroniques, le secteur géographique, les visites à domicile et autres.

Dans le contexte actuel d'une baisse de la démographie médicale face à une augmentation de la demande de soins, les médecins s'organisent donc pour développer cette offre de soins. Ils s'adaptent et recherchent de nouvelles solutions pour travailler dans les meilleures conditions possibles.

Ils cherchent majoritairement à déléguer certaines tâches. D'une part aux secrétaires, physique ou téléphonique, qui peuvent ainsi libérer du temps médical avec une meilleure gestion du planning, une gestion partielle administrative et un contact direct avec les patients. D'autre part avec les infirmières coordinatrices qui réalisent une surveillance rapprochée de patients.

Ils établissent également une meilleure communication interprofessionnelle avec leurs confrères médecins généralistes et spécialistes, afin de promouvoir une organisation territoriale plus adaptée.

La pratique évolue au cours des années, les médecins tiennent plus particulièrement à conserver une vie personnelle et développent de nouveaux modes d'exercice, plus collectifs, pour aménager leur emploi du temps.

THÈSE SOUTENUE PAR : JEANNEY Helene et KEPPLER Clarisse

TITRE :

QUELLES SONT LES STRATÉGIES MISES EN PLACE PAR LES MÉDECINS TRAITANTS POUR RÉPONDRE À LA DEMANDE DE NOUVEAUX PATIENTS ? ÉTUDE QUALITATIVE RÉALISÉE EN ISÈRE ET HAUTE-SAVOIE

CONCLUSION :

Le rôle du médecin traitant est primordial, ses missions sont multiples et essentielles pour une prise en charge adaptée à chacun. Les déterminants amenant le médecin traitant à accepter ou non de nouveaux patients sont très variables dans le temps et dépendent de nombreux facteurs.

Certains médecins sont souvent amenés à refuser de nouveaux patients, la plupart du temps sur critères, tels que l'âge, les pathologies chroniques, le secteur géographique, les visites à domicile et autres.

Dans le contexte actuel d'une baisse de la démographie médicale face à une augmentation de la demande de soins, les médecins s'organisent donc pour élaborer cette offre de soins. Ils s'adaptent et recherchent de nouvelles solutions pour travailler dans les meilleures conditions possibles.

Ils cherchent majoritairement à déléguer certaines tâches. D'une part aux secrétaires, physique ou téléphonique, qui peuvent ainsi libérer du temps médical avec une meilleure gestion du planning, une gestion partielle administrative et un contact direct avec les patients. D'autre part avec les infirmières coordinatrices qui réalisent une surveillance rapprochée de patients.

Ils établissent également une meilleure communication interprofessionnelle avec leurs confrères médecins généralistes et spécialistes, afin de promouvoir une organisation territoriale plus adaptée.

La pratique évolue au cours des années, les médecins tiennent plus particulièrement à conserver une vie personnelle et développent de nouveaux modes d'exercice, plus collectifs, pour aménager leur emploi du temps.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le : 12 Mars 2021

LE DOYEN

Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Pr. Georges WEIL

VI. Bibliographie

1. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie - Article 7.
2. Rapport Druais " La place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé " [Internet]. [cité 25 févr 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Druais_Mars_2015.pdf
3. Médecin traitant – Espèce en voie de disparition ? [Internet]. [cité 23 août 2020]. Disponible sur: https://www.quechoisir.org/enquete-medecin-traitant-espece-en-voie-de-disparition-n73023/
4. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. [cité 2 déc 2020]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017_0.pdf
5. Insee - Statistiques locales - Rapports et portraits de territoires [Internet]. [cité 24 août 2020]. Disponible sur: https://statistiques-locales.insee.fr/#c=report&chapter=evolpop&report=r02&selgeo2=fe.1
6. Isere_38_rapport_SDM_2018.pdf [Internet]. [cité 24 août 2020]. Disponible sur: https://www.urps-med-aura.fr/wp-content/uploads/2019/08/Isere_38_rapport_SDM_2018.pdf
7. Hte-Savoie_74_rapport_SDM_2018.pdf [Internet]. [cité 24 août 2020]. Disponible sur: https://www.urps-med-aura.fr/wp-content/uploads/2019/08/Hte-Savoie_74_rapport_SDM_2018.pdf
8. Guevara S, Vallès V. Les montagnes d'Auvergne - Rhône-Alpes éloignées des services courants - Insee Analyses Auvergne-Rhône-Alpes - 2 [Internet]. Insee; [cité 2 déc 2020]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908371
9. Pierru F. Existe-t-il une « génération Y » de professionnels de santé ? Empan. 2015;99(3):38-45.
10. Lapeyre N, Robelet M. Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes. Sociol Prat. 2007;14(1):19-30.
11. Évolution de la population − Bilan démographique 2019 | Insee [Internet]. [cité 24 août 2020]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892117?sommaire=1912926
12. Patients sans Médecin traitant, mythe ou réalité ? - MG France [Internet]. [cité 23 août 2020]. Disponible sur: https://www.mgfrance.org/publication/lettreauxgeneralistes/2142-patients-sans-medecin-traitant-mythe-ou-realite
13. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 19(84):4.
14. Recueil de données en recherche qualitative - LEPCAM [Internet]. [cité 22 janv 2021]. Disponible sur: https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/protocole_quali/

15. Dispositif du médecin traitant [Internet]. [cité 23 août 2020]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/dispositif-medecin-traitant/dispositif-medecin-traitant

16. Hu FM. Organisation du temps de travail en médecine générale: étude transversale menée auprès des médecins généralistes libéraux et mixtes en Ille-et-Vilaine.

17. Place du secrétariat médical dans les cabinets libéraux de médecins généralistes: étude qualitative auprès des secrétaires [Internet]. [cité 17 févr 2021]. Disponible sur: http://www.sfmg.org/data/generateur/generateur_fiche/1393/fichier_these_sebastien_de_lestapis0b850.pdf

18. cnom_refusdesoins.pdf [Internet]. [cité 1 mars 2021]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/fiche_pratique/1qso44g/cnom_refusdesoins.pdf

19. Liegeois A, Georget M. Burn-out et qualité de vie chez les médecins généralistes français en 2019 : existe-t-il un lien ? [Internet]. 2019 [cité 23 août 2020]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02498541

20. Etats généraux de l'organisation de la santé [Internet]. [cité 5 févr 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_egos.pdf

VI. Annexes

Annexe 1: Code de la Santé Publique

Article L.4130-1, modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016-art. 68:

« Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :

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. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;

2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social;

3° S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;

4° Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;

5° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé;

5° bis Administrer et coordonner les soins visant à soulager la douleur. En cas de nécessité, le médecin traitant assure le lien avec les structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur ;

6° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;

7° Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1 ;

8° Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales. »

Article R4127-47

« Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée.

Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.

S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins. »

Annexe 2: Grille d'entretien

Question d'introduction : Dans votre secteur, qu'en est-il de la démographie médicale ? Etes vous en nombre suffisant ? Si non, quel serait le nombre de médecins généralistes nécessaire pour subvenir à la demande ?

1/ Parmi vous, est-ce qu'il y en a qui font face à une demande de patients trop importante ? Comment faites-vous dans ce cas ?

2/ Vous est-il déjà arrivé de refuser de nouveaux patients ?
A quel moment vous êtes-vous dit que vous en aviez trop ?
Quel était/est le contexte, pour quelles raisons ?

3/ Quelle a été votre démarche ? (Avez vous mis une affiche dans la salle d'attente, avez vous demandé à vos collègues de ne plus vous adresser de patients, les avez-vous prévenu que vous ne preniez plus de nouveaux patients…) Est-ce un refus total ou sur certains critères ?

4/ Si vous avez déjà refusé mais que ce n'est plus le cas, quelles en sont les raisons selon vous : baisse de la patientèle ? augmentation de la charge de travail ?...

Si refuse/limite toujours : quelles solutions pourrait-on apporter ?

5/ Que représente le refus/limitation de patient pour vous ? Qu'en pensez-vous d'un point de vue éthique/déontologique ?

6/ Avez-vous des conseils à nous donner, en tant que futur jeune MG installé (par rapport à la gestion de notre patientèle) ?

Annexe 3: Fiche CIL préalable de traitement

Entête de fiche	
Date 1ère demande	21/04/2018
Établissement	**Université grenoble alpes**
Service – composante – laboratoire	**département de médecine générale**
Responsable de mise en œuvre (moe)	**Dr Sinsard Sophie**

Cycle de vie de la fiche *(à renseigner par l'intervenant ad* hoc**)**					
version	**date**	**référent I&L (CIL / relaisCIL)**	**référent MOE**	**état de la fiche** **V : V**alidé **EC : E**n_**C**ours **AV : A_V**alider	**auteur version (réf. I&L ou MOE)**
Initiale	21/04/2018	Dr Yoann Gaboreau	Sophie Sinsard	AV	

Corps de fiche			
Type fiche de traitement	□ **Création** □ **Modification / Mise à jour** □ **Suppression**	**N° déclaration (réservé CIL)** **réf. du traitement modifié :** **réf. traitement supprimé :**	
Formalité CNIL	□ **Dispense** □ **Norme simplifiée** □ **Autorisation unique** □ **Acte réglementaire unique**	**DI-**□ □ □ **NS-**□ □ □ **AU-**□ □ □ **RU-**□ □ □	**Réservé CIL**
	□ **Normale** □ **Avis CNIL** □ **Autorisation CNIL**	**DN** **DAv** **DAu**	**Réservé CIL**
Responsabilité et finalité			
Responsable de traitement	Université Grenoble Alpes		
Caractère obligatoire	Non, basé sur le volontariat		
Finalité(s)	Thèse d'exercice de médecine générale Explorer les stratégies mises en place par les médecins traitants pour limiter leur patientèle		
Informations générales sur le traitement			
Détails du traitement	1/ Prise de contact Démarchage téléphonique via les pages jaunes des médecins généralistes. S'il accepte de participer à l'étude, recueil de ses coordonnées téléphonique et mail afin de convenir d'un rendez-vous (lieu + date) pour réaliser l'entretien.		

	2/ Réalisation des entretiens en focus group Nous convenons ensemble d'un lieu de rendez-vous adapté à l'accueil d'un petit groupe, les entretiens sont réalisés par les 2 investigateurs ensemble l'un étant modérateur et l'autre observateur (prise de notes si besoin) Information orale donnée sur le but de l'étude et le déroulement du focus group (notamment enregistrement vocal et anonymisation) Début de l'enregistrement par enregistreur numérique. Réalisation de l'entretien à l'aide d'un canevas comprenant des questions ouvertes A l'issue de l'entretien, recueil des informations socio-démographiques si non obtenues spontanément dans l'entretien puis arrêt de l'enregistrement. 3/ Analyse des données Retranscription par écrit des entretiens dans leur intégralité via un logiciel de traitement de texte, par les investigateurs. Analyse qualitative des verbatims par approche thématique interprétative par les 2 intervenants séparément à l'aide d'un logiciel de type Nvivo.
Liens avec d'autres traitements	NON
Date <u>souhaitée</u> de mise en œuvre	15/05/2018
Récurrence	NON
Durée d'exploitation	12 à 15 mois

personnes concernées	
Catégorie ou type	Médecins généralistes exerçant en Isère, Savoie et Haute Savoie, acceptant de participer à l'étude, limitant ou non leur patientèle Environ 25 participants
Information donnée	Feuille d'information et feuille de consentement (ci-jointes) remise aux volontaires participant à l'étude Information complémentaire donnée à l'oral.
exercice des droits	Dr Sinsard Sophie

Données traitées			
Données ou catégories	**Origine / source**	**Duré/e de conservation**	**Destinataires**
Données brutes nominatives Nom + coordonnées (mail et/ou numéro de téléphone) des participants	Les participants à l'étude	Jusqu'à la date des rendez-vous	Investigateurs de l'étude
Contenu enregistré des entretiens	Enregistrement numérique vocal des participants lors des focus group	Jusqu'à la retranscription écrite des enregistrements, à faire dès que possible environ 1 mois maximum	Investigateurs de l'étude
Données recueillies lors des entretiens, données socio-démographiques, réponse aux	Obtenues par retranscription écrite des entretiens oraux et anonymisés	A vie	Données accessibles public, si accord de la personne

questions de l'entretien			
Transfert des données hors U E	NON		
Sécurité			
Sécurité des données	Recueil d'un consentement écrit des personnes participantes après information claire donnée aux volontaires de l'étude Destruction des enregistrements dès retranscription anonymisée faite Sécurité numérique : anti virus et pare-feu Echanges par la messagerie universitaire Téléphones portables avec code d'accès privé Lieu de stockage physique des données : disque dur de l'ordinateur stocké au domicile privé des investigateurs. Accès à l'ordinateur protégé par un mot de passe et domicile protégé par un verrou		
Confidentialité	Investigateurs soumis au secret médical Anonymisation des personnes participants à l'étude		
Mise en œuvre			
Responsable de la mise en œuvre	Dr Sinsard Sophie		
personnes ou services chargés de la mise en œuvre	Jeanney Hélène et Keppler Clarisse		
Moyens de mise en œuvre	Information écrite et consentement écrit pour participation et traitement des données recueillies lors des entretiens, conservé par les investigateurs Entretiens vocaux anonymisés, enregistrés par dictaphone numérique, retranscrits par informatique puis détruits. Conservation des données sur ordinateur personnel des investigateurs protégé par un code privé, pare-feu et antivirus, domicile protégé par une sécurité physique (verrou) Echange par mail sur messagerie sécurisée, téléphone portable verrouillé par un code privé		
Sous-traitance	NON		

Annexe 4: Fiche d'information aux participants

Nous vous proposons de participer à une étude dans le cadre de la recherche en médecine générale.

Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste cette étude.

Vous pouvez prendre le temps de lire et de comprendre ces informations afin de réfléchir à votre participation.

Et vous pouvez demander aux responsables de l'étude de vous expliquer ce que vous n'avez pas compris.

Intitulé de l'étude : Etude qualitative par focus group explorant les stratégies mises en place par les médecins traitants pour limiter leur patientèle.

Étude sous la direction : Dr Sophie Sinsard.

Investigateurs principaux : Jeanney Hélène et Keppler Clarisse

But de l'étude : Explorer les stratégies mises en place par les médecins traitants pour limiter leur patientèle.

Engagement du participant :

Il s'engage à participer à un focus group semi-directif autour du thème de notre étude, mené à l'aide d'un guide d'entretien.

La durée de cet entretien est d'en moyenne 1h30 à 2h mais elle est modulable selon les disponibilités des participants.

Les entretiens seront enregistrés intégralement par un dictaphone.

Les enregistrements donneront lieu à une retranscription intégrale anonymisée qui apparaîtra en annexe de la thèse.

Engagement des investigateurs principaux :

Ils s'engagent à mener le focus group en date, heure et lieu choisis par les participants.

En tant qu'investigateurs principaux, ils s'engagent à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies.

Les résultats globaux de l'étude pourront être communiqués au participant s'il le souhaite.

Liberté du participant :

Le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.

Information du participant :

Le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès des investigateurs principaux, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.

Frais :

La collaboration du participant à cette étude n'entrainera pas de participation financière de sa part. Conformément à la loi, tous les frais liés à l'étude seront pris en charge par le promoteur de l'étude.

Confidentialité des informations :

Toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. Seuls les responsables de l'étude pourront avoir accès à ces données. A l'exception de ces personnes (qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret

médical), votre anonymat sera préservé. La publication des résultats de l'étude ne portera aucun résultat individuel nominatif.

Législation :

Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé par le promoteur. S'agissant de données nominatives, vous bénéficiez à tout moment, du droit d'accès et de rectification des données vous concernant auprès des responsables de l'étude.

Hélène Jeanney : 06 41 93 10 98 / helene.jeanney@etu.univ-grenoble-alpes.fr

Clarisse Keppler : 06 21 01 14 23 / clarisse.keppler@etu.univ-grenoble-alpes.fr

Le projet a été inscrit au Registre du Correspondant Informatique et Liberté de l'Université Grenoble Alpes sous le N° XXXXX.

Formulaire de consentement :

Étude qualitative par Focus Group explorant les stratégies mises en place par les médecins traitants pour limiter leur patientèle.

Je soussigné(e)…….. (nom et prénom du participant), accepte de participer à l'étude.

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont clairement été expliqués par ……. (nom et prénom de/des investigateurs).

J’ai lu et compris la fiche d’information qui m’a été remise.

A l’exception de ces personnes, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, mon anonymat sera préservé.

J’accepte que les données anonymisées recueillies à l’occasion de cette étude puissent faire l’objet d’un traitement automatisé par les organisateurs de la recherche. Je pourrai exercer mon droit d’accès et de rectification auprès d’un des deux investigateurs.

J’ai bien compris que ma participation à l’étude est volontaire.

Je suis libre d’accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d’arrêter à tout moment ma participation en cours d’étude.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu les réponses à toutes mes questions, j’accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m’est proposée.

Je conserverai un exemplaire de la lettre d’information et du formulaire de consentement dûment complété et signé.

Fait à …….., le …….

Le serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

“ Au moment d'être admis(e) 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.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. ”

SECTEUR SANTÉ
Université Grenoble Alpes