

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2013

N° 210

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'études Spécialisées
Médecine générale

Par

Ronan Charpentier

Né le 04 octobre 1980 à Châtenay-Malabry

Présentée et soutenue publiquement le 05 mars 2013

Le parcours de soins Coordonnés :
Vécu et perspectives des médecins généralistes de Loire-Atlantique.
Enquête par entretiens auprès de 17 praticiens.

Président :	Monsieur le Professeur Rémy SENAND
Directeur de thèse :	Monsieur le Docteur Anicet CHASLERIE
Membres du Jury :	Madame le Professeur Angélique BONNAUD ANTIGNAC Monsieur le Professeur Jean-Noël TROCHU

SOMMAIRE

Abréviations utilisées	8
Introduction	9
Généralités	11
A) Les modèles de santé en Europe	11
1. Le modèle Bismarckien	11
2. Le modèle Béveridgien	12
3. Les systèmes mixtes	14
B) Sécurité sociale et médecine libérale.....	14
1. Les débuts de la couverture sociale	14
2. Historique des réformes de la sécurité sociale depuis sa création.....	16
3. Evolution de la médecine libérale	16
4. La réforme du médecin référent.....	18
5. La réforme du médecin traitant	19
6. La convention médicale du 26 juillet 2011	22
C) Problématique	23
Matériel et méthode.....	24
A) Type d'étude	24
1. L'étude qualitative.....	24
2. L'entretien semi-dirigé	24
B) Sélection des médecins interrogés.....	25
1. Mode d'échantillonnage, l'échantillonnage théorique.....	25
2. Constitution de l'échantillon	26
2.1. Recrutement	26
2.2. Taille de l'échantillon	26
2.3. Critères d'inclusion et d'exclusion	26
C) Réalisation des entretiens	26
1. Cadre spatio-temporel	26
2. Le guide d'entretien	27
3. Déroulement des entretiens	27
D) Analyse des données	28
1. Retranscription	28
2. L'analyse thématique	28
Résultats	29
A) Caractéristiques des médecins interrogés	29
B) Prise en charge du patient et coordination des soins	30

1. L'impression de fonctionner comme avant	30
2. Améliorer le suivi du patient	31
2.1. Une meilleure définition des rôles entre généralistes et spécialistes.....	31
2.2. Communiquer avec les spécialistes	31
2.2.1. Une meilleure qualité des retours	31
2.2.2. Des progrès à faire en psychiatrie	32
3. Améliorer la qualité des soins	33
3.1. Un adressage plus pertinent.....	33
3.2. Limiter les erreurs	34
3.3. Mieux se former.....	35
4. Améliorer la prise en charge globale.....	35
4.1. Les réseaux de soins.....	35
4.1.1. Une aide à la prise en charge.....	35
4.1.2. Des avis partagés	37
4.2. Relations avec l'assurance maladie	38
4.2.1. Des contacts utiles dans la prise en charge	38
4.2.2. Une dégradation des relations	39
4.2.3. Pas de modification	39
4.3. Outils informatiques et prise en charge du patient.....	39
4.3.1. Des progrès à faire au niveau de « l'espace pro »	40
4.3.2. Courriers et bilans biologiques	40
4.3.3. Logiciels divers	41
5. La nouvelle convention, vers quelle prise en charge	41
5.1. Le CAPI, une aide à l'évaluation des pratiques	41
5.2. Impact pressenti sur la qualité des soins	42
5.2.1. Une convention majoritairement contestée	42
5.2.2. Une nécessaire discussion avec les partenaires adaptés	43
5.2.3. Un risque d'exclure certains patients	44
C) Retentissement socioéconomique du dispositif du parcours de soins coordonnés	44
1. Impact sur la consommation médicale	44
1.1. Des consultations évitées	45
1.2. Un impact mitigé.....	46
1.2.1. Des consultations de médecine générale inutiles et des consultations de spécialiste plus onéreuses	46
1.2.2. Un dispositif souvent détourné	46
1.2.2.1. Par les patients... ..	46
1.2.2.2. ...Et par les médecins	47
2. La déclaration de médecin traitant	48
2.1. Une très large adhésion au dispositif	48
2.2. Cependant un faible impact sur la responsabilisation des patients.....	49

2.3. Le choix du médecin traitant	50
2.3.1. Un choix motivé par la qualité de la relation	50
2.3.2. Des patients en quête de médecin traitant.....	50
3. Un faible impact sur les inégalités d'accès aux soins.....	51
D) Impact sur les conditions d'exercice du médecin généraliste en médecine libérale	52
1. Un sentiment de non-revalorisation de la médecine générale	52
1.1. Une revalorisation auprès des patients mitigée.....	52
1.2. Un impact négatif vis-à-vis des spécialistes.....	54
2. La relation médecin malade globalement conservée	56
3. Relations avec l'assurance maladie.....	57
4. Impact sur la charge de travail administrative.....	59
5. L'avenir de la nouvelle convention	61
5.1. Une adhésion pas toujours consentie	61
5.2. Le paiement à l'acte, un mode de rémunération à bout de souffle	61
5.3. Evaluer la pratique d'un médecin.....	62
Discussion	64
A) Discussion sur l'étude et la méthode	64
1. Intérêts de l'étude.....	64
1.1. Une étude originale	64
1.2. Un aspect indissociable de l'exercice quotidien.....	64
2. Limites de l'étude	64
2.1. Limites liées à l'enquêteur	64
2.2. Limites liées aux médecins interviewés.....	65
2.3. Limites liées à la méthode	65
B) Discussion sur les résultats.....	66
1. Impact du parcours de soins coordonnés sur l'exercice quotidien de la médecine générale.....	66
1.1. Une officialisation bienvenue	66
1.2. Communiquer entre professionnels de santé	67
1.3. Impact sur la qualité des soins.....	68
1.4. Une revalorisation de la médecine générale insuffisante	69
1.4.1. L'aspect financier	69
1.4.2. Une revalorisation professionnelle à améliorer	70
1.5. La relation médecin-malade inchangée.....	71
1.6. La charge de travail administratif	72
2. Les outils dans la coordination des soins	73
2.1. Les réseaux de soins.....	73
2.2. Informatique et suivi du patient.....	74

2.3. Rapports avec l'assurance maladie.....	75
3. Les patients dans le parcours de soins coordonnés.....	77
3.1. Une large adhésion au dispositif du médecin traitant, mais dont l'enjeu est mal compris.....	77
3.2. Le problème de la démographie médicale	79
3.3. Impact du parcours de soins coordonnés sur les inégalités d'accès aux soins	80
4. Impact sur les dépenses de santé	80
4.1. Le renoncement au spécialiste	80
4.2. Des conséquences mitigées sur un plan financier.....	81
4.2.1. Des économies remises en doute	81
4.2.2. Un parcours difficile à faire respecter	82
5. La convention médicale du 26 juillet 2011	84
5.1. L'expérience du CAPI	84
5.2. Des doutes sur l'amélioration de la qualité des soins	85
5.3. Une large adhésion malgré les nombreuses critiques.....	87
Conclusion	89
Bibliographie	90
Annexes	94

ABREVIATIONS UTILISEES

PIB : Produit Intérieur Brut

FMC : Formation Médicale Continue

NHS : National Health Service

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNAVTS : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés

CNAF : Caisse Nationale des Allocations Familiales

CSG : Contribution Sociale Généralisée

CRDS : Contribution au Remboursement de la Dette Sociale

CADES : Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale

ONDAM : Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie

AGMF : Association Générale des Médecins de France

CSMF : Confédération Syndicale des Médecins de France

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

RMO : Références Médicales Opposables

URML : Unions Régionales des Médecins Libéraux

AME : Aide Médicale de l'Etat

DMP : Dossier Médical Personnel

ALD : Affection de Longue Durée

CPS : Carte de Professionnel de Santé

CAPI : Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles

DMG : Département de Médecine Général

PIRES : Protocole Inter-Régimes d'Examen Spécial

EFR : Epreuves Fonctionnelles Respiratoires

AMELI : Assurance Maladie En Ligne

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

DAM : Délégué de l'Assurance Maladie

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

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

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

QOF : Quality and Outcomes Framework

INTRODUCTION

Depuis de nombreuses années, les dépenses de santé en France ont une croissance sans cesse de plus en plus forte, la part de celles-ci dans le produit intérieur brut (PIB) dépassant même les 12% depuis 2010 (1). De nombreuses réformes se sont succédées depuis les années quatre-vingt dans le but de maîtriser ces dépenses de santé (2). C'est dans ce contexte économique difficile, aggravé depuis par la crise des « subprimes », qu'a été votée le 13 août 2004 la loi 2004-810 reformant l'assurance maladie (3).

Ses objectifs, affirmés par la convention médicale nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 3 février 2005 et confortés par la nouvelle convention médicale signée le 26 Juillet 2011 (publication au Journal Officiel du 25 Septembre 2011) (4), sont une amélioration de la coordination, de la qualité, et de l'accès aux soins, tout en respectant le libre choix du patient, en assurant une perspective d'avenir aux médecins libéraux et instituant la notion de maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé (5).

Le parcours de soins coordonnés, associé à la déclaration du médecin traitant, est l'un des axes majeur de la réforme de 2004, qui incite les patients de plus de 16 ans à ne plus consulter directement un spécialiste en libre accès, mais à s'adresser en premier recours à leur médecin traitant qui éventuellement les dirigera, si il le juge nécessaire, vers le spécialiste adapté (6). Les incitations sont d'ordre financières, le non respect du parcours de soins entraînant une baisse des remboursements par la sécurité sociale des consultations médicales effectuées par les assurés depuis le premier janvier 2006 (7).

Si ses objectifs sont bien évidemment la maîtrise des dépenses de santé, il s'agit également d'améliorer la qualité du suivi et de la prise en charge médicale (7) en évitant les consultations dont le motif peut être résolu plus rapidement par le médecin traitant du fait d'un accès plus rapide, ou une erreur sur la spécialité médicale adaptée, entraînant logiquement un retard de diagnostic.

Six ans après les accords de 2005, la nouvelle convention de juillet 2011 vient confirmer le rôle du médecin traitant à travers son implication dans la prévention, le traitement, le suivi et la coordination des soins de ses patients, ainsi que la valorisation du rôle du médecin correspondant dans le cadre d'un parcours de soins coordonnés.

C'est au cours de remplacements effectués au sein de cabinets de médecine générale que m'est venue l'idée d'essayer de comprendre comment les médecins généralistes vivaient la réforme de 2004. En effet, il m'a été donné de rencontrer des patients venant consulter avec dans leur idée le désir d'obtenir de ma part un courrier afin de pouvoir consulter tel ou tel spécialiste, tout en bénéficiant d'un remboursement à

taux plein et ce sans toujours se poser la question de savoir quel était mon avis sur le sujet.

Outre un certain agacement de ma part, j'ai également été confronté à la difficulté d'expliquer aux patients en quoi leurs demandes n'étaient pas toujours pertinentes, même si j'ai pu constater l'utilité du dispositif en prenant en charge leurs plaintes et évitant ainsi certaines consultations spécialisées injustifiées.

De ce constat m'est venu le désir de comprendre comment mes confrères installés, de par leur position de médecin traitant et non plus de remplaçant, avec une patientèle qu'ils connaissent et qui les connaît bien, vivaient ce parcours de soins coordonnés au quotidien. En quoi cette réforme affecte-t-elle leur prise en charge en termes de qualité des soins et de suivi de leurs patients, mais également au niveau de leur relation avec ces derniers et de la qualité de leurs conditions d'exercice.

C'est à ces questions que s'efforcera de répondre cette étude, par le biais d'entretiens réalisés auprès de médecins généralistes libéraux installés en Loire-Atlantique.

Dans une première partie, nous nous intéresserons aux divers systèmes de santé en Europe, à l'évolution de l'Assurance Maladie et de la médecine libérale, pour en arriver aux dernières réformes de santé parmi lesquelles sera détaillée celle du médecin traitant.

Dans une deuxième partie, nous expliquerons l'analyse qualitative, méthode retenue pour le recueil des données, en justifiant de son intérêt dans cette étude.

Dans une troisième partie, nous ferons état des résultats des entretiens effectués auprès des praticiens.

Enfin, dans une quatrième partie seront exposées les limites de notre étude et les résultats de la troisième partie seront confrontés aux données de la littérature.

GENERALITES

A) LES MODELES DE SANTE EN EUROPE

Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour [...] les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de [...] maladie [...] (8). C'est dans cette optique que se sont organisés depuis la fin du XIXème siècle les différents systèmes de santé actuels dans les pays occidentaux. Il s'agit en même temps d'offrir aux individus les moyens d'obtenir un revenu de remplacement en cas de maladie et de pouvoir couvrir les frais engagés par la maladie, tout en organisant la production des soins et en préservant les finances du pays. Nous détaillerons successivement les systèmes de santé dérivés des modèles Bismarckien et Beveridgiens, puis les systèmes mixtes.

1. Le modèle Bismarckien (9), (10)

Présent en Europe en Allemagne, en France, en Belgique, en Autriche, et dans la plupart des pays d'Europe centrale, ce modèle a été mis en place initialement en Allemagne à la fin du XIXème siècle. Dans ce système, les frais occasionnés par les soins sont pris en charge par les différentes caisses d'assurance maladie. La gestion de ces caisses peut-être soit centralisée, comme c'est le cas de la France, soit régionalisée, ce qui est le cas en Allemagne. Leur financement dépend de l'exercice d'une profession, et est assuré par les cotisations sociales prélevées sur les salaires et versées par les entreprises. L'affiliation à ce système, ouvrant des droits au cotisant ainsi qu'à ses ayants-droits, dépend donc de l'exercice d'une profession. L'une des autres caractéristiques principales de ce modèle réside sur le caractère obligatoire des cotisations.

L'offre de soins est assurée à la fois par des organismes privés (cliniques, certains hôpitaux, soins ambulatoires) et publiques (comme c'est le cas de la plupart des hôpitaux).

Elle garantit également le libre choix du médecin par le patient, ainsi que l'exercice de la médecine libérale pour les médecins, qui sont rémunérés à l'acte ou à la capitation.

Si ce système offre donc une grande liberté de choix, ainsi que des soins qui sont généralement de qualité, il souffre d'une absence de maîtrise des dépenses de santé qui entraîne des déficits persistants des caisses d'assurance maladie. Ce déficit s'est notamment aggravé ces dernières années du fait d'une augmentation des coûts engendrés par les progrès de la médecine, avec en parallèle une diminution de la croissance sur un plan économique, à laquelle sont directement corrélées les recettes des caisses d'assurance maladie puisqu'elles sont prélevées sur les salaires. L'augmentation

des recettes est donc freinée par leur retentissement sur la compétitivité économique du pays.

Pour faire face à cette situation, les différents systèmes de santé Bismarckiens ont été amenés à effectuer plusieurs réformes, comme c'est le cas de la Pologne et des pays d'Europe centrale. Nous détaillerons le cas de l'Allemagne pour la similitude de ses réformes en comparaison avec son voisin francophone.

Egalement confrontée à des difficultés de démographie médicale, ainsi que de coordination et de qualité des soins, elle est entrée dans un cycle de réformes depuis les années quatre-vingt. La dernière en date a été présentée par Gerhard Schröder en 2003, et prévoyait deux évolutions majeures concernant l'assurance maladie. La première est de nature financière, visant la maîtrise des dépenses de santé par l'augmentation de la contribution des patients (instauration d'un ticket modérateur pour les consultations médicales, majoration de celui-ci là où il existait déjà, et déremboursement de certaines prestations). S'y associe une participation de l'impôt au financement de la sécurité sociale.

La seconde évolution est de nature structurelle. Elle met l'accent sur la concurrence entre les différentes caisses déjà initiée en 1992, en instaurant le libre choix des patients d'adhérer à une caisse plutôt qu'une autre. De plus, elle instaure le « système du médecin de famille », censé jouer le rôle du point d'entrée au système de soins avant de consulter un spécialiste, de bénéficier d'examens complémentaires, ou de s'adresser au pharmacien. Enfin, elle impose une obligation de formation médicale continue (FMC) aux médecins et prévoit la création d'un « centre allemand pour la qualité de la médecine », composé de représentants des caisses, des hôpitaux, des médecins et des patients.

2. Le modèle Béveridgien (9), (10)

Regroupant les systèmes nationaux de santé, il tire son nom du plan Beveridge de 1942. Il est présent dans plus de la moitié des pays européens, dont le Royaume-Uni, la Suède, la Norvège, la Finlande, l'Islande et le Danemark. La particularité de ce système est d'assurer une quasi gratuité des soins afin de garantir l'universalité de la couverture maladie. Leur financement ne dépend plus cette fois des cotisations salariales mais est assuré par l'impôt. Il en découle que la couverture du risque maladie dépend du critère de résidence sur le territoire national, que l'on soit citoyen ou résident en situation régulière.

L'offre de soins est ici principalement organisée par l'état, qu'il s'agisse d'un système centralisé comme en Grande-Bretagne ou d'un système décentralisé comme au Danemark ou en Suède où ce sont les municipalités qui sont responsables de la gestion des soins.

Les hôpitaux appartiennent donc aux collectivités territoriales et les médecins hospitaliers sont salariés du public. Quant aux médecins généralistes, ils sont soit sous contrat avec le National Health Service(NHS) britannique soit employés directement par des centres de santé locaux comme en Suède et Finlande. Ils ne sont plus rémunérés à l'acte mais à la capitation ou sous forme de salariat.

La médecine libérale n'y est donc pas représentée. De même, la liberté de choix du médecin par le patient est limitée car les patients doivent s'inscrire auprès d'un seul médecin généraliste pour bénéficier de la gratuité des soins, et doivent s'adresser à lui en premier recours.

Le point fort de ces systèmes est donc logiquement de limiter les dépenses de santé qui sont fixées à priori par l'état et les collectivités contrairement aux systèmes Bismarckiens où celles-ci sont évaluées à posteriori. Par contre, si cela permet de limiter les dépenses publiques, il en résulte un rationnement quantitatif des soins, avec pour conséquence une augmentation des files d'attentes du fait des délais de prise en charge.

Tout comme les systèmes Bismarckiens, les pays ayant adopté le modèle Beveridgien ont donc été obligés d'effectuer des réformes afin de pallier à ces difficultés.

En Grande-Bretagne, deux réformes importantes se sont succédées depuis sa création. La première a été initiée par le gouvernement Thatcher et Major en 1991. Il s'agissait d'introduire un système de marché concurrentiel au sein du système de santé entre acheteurs et fournisseurs de soins. Cependant, cette réforme n'a pas permis de résoudre les difficultés chroniques du système de santé britannique, liées à des années de sous-investissements et de gestion bureaucratique du NHS. Parallèlement, une médecine à deux vitesses se développe, l'une pour les riches, qui peuvent court-circuiter le système en se faisant soigner dans des cliniques privées, l'autre pour les pauvres, qui sont obligés de recourir au service public. Suite à l'échec de cette réforme seront mises en place d'autres alternatives proposées par le gouvernement de Tony Blair. Il s'agit cette fois de promouvoir la collaboration en réseau entre les différents acteurs de santé (qu'ils soient publics ou privés) tout en optimisant les soins avec notamment la création d'un dossier médical informatisé. Parallèlement, sera décidée une augmentation de la part des dépenses de santé dans le P.I.B. Si des résultats positifs sont constatés : réduction des délais d'attente, meilleur emploi des ressources publiques, modernisation du système de soins, et libre choix accordé aux patients, les observateurs estiment que le système de santé britannique s'oriente de plus en plus vers un retour à la médecine libérale.

Les pays scandinaves ont également effectué différentes réformes, notamment en renforçant la décentralisation, et responsabilisant les acteurs du système de santé en introduisant des systèmes de rémunération plus incitatifs pour les médecins et une participation des patients aux instances représentatives. Cependant, ces mesures n'ont pas permis de réduire les listes d'attentes, et la décentralisation a entraîné des disparités

importantes dans l'accès aux soins d'une région à l'autre, avec également une offre de soins privés présente surtout dans les grandes villes.

3. Les systèmes mixtes (9), (10)

Il s'agit de systèmes de santé ayant de par leur évolution socio-historique des caractéristiques propres aux deux systèmes de santé précédemment étudiés. Ils se sont développés entre la fin des années soixante-dix et le début des années quatre-vingt, époque à laquelle un ancien réseau de mutuelles et de sécurités sociales a été complété par l'apparition de systèmes nationaux. Ces systèmes sont présents en Espagne, en Italie, au Portugal et en Grèce.

En Espagne, ce système a débuté en 1974. Relevant initialement du rôle de l'état avec une centralisation forte, on assiste depuis 1986 à une décentralisation progressive, l'organisation des soins revenant depuis en majeure partie aux régions, avec parallèlement la mise en place d'une couverture universelle et des cotisations qui deviennent obligatoires. Depuis 2002, la totalité de ces régions (ou communautés) s'est vu conférer la plupart des compétences de santé. Il existe par ailleurs un secteur privé représentant vingt cinq pour cent de l'activité, dont la majeure partie travaille en relation avec le secteur public. Cependant, des difficultés concernant le financement et un phénomène de files d'attente apparaissent, conduisant le gouvernement à prendre des mesures pour diminuer les dépenses pharmaceutiques (entre autre un déremboursement de certains médicaments et la mise en place d'un prix de référence du médicament dans le but de favoriser l'utilisation des génériques).

Pour sa part l'Italie a mis en place un système équivalent depuis 1978, avec dès le départ une volonté de décentralisation et une couverture universelle. En 1990, suite à des déficits récurrents, le gouvernement décide d'augmenter le pouvoir des régions afin de les responsabiliser, et procède également à une baisse des prix du médicament et à des augmentations du ticket modérateur. Toutefois, cela s'est révélé insuffisant avec toujours le même phénomène de files d'attente. En 2001, l'état décide donc de donner l'intégralité de l'équilibre budgétaire aux seules régions, avec de nouveau une baisse du prix des médicaments, et comme pour l'Espagne, le déremboursement de certaines spécialités pharmaceutiques. Si cela a permis une tendance à la diminution des dépenses, cela n'a pas réglé le problème des files d'attentes et a augmenté les disparités en termes de qualité des soins entre les différentes régions.

B) SECURITE SOCIALE ET MEDECINE LIBERALE

1. Les débuts de la couverture sociale (9), (11)

Les premières institutions de prise en charge de certains malades furent les « hôtels-Dieu », hôpitaux mis en place dès le moyen âge et gérés par l'église. En France, c'est à partir de la révolution française que l'assistance remplace la charité : les hôpitaux

sont nationalisés et leur gestion est confiée aux autorités locales. Ils seront ensuite rendus à l'église jusqu'en 1851, date à laquelle une loi érige l'hôpital en établissement public communal.

En 1893, la III^{ème} République décide de garantir l'accès aux soins pour les plus pauvres avec la loi d'assistance médicale gratuite, le médecin étant ensuite remboursé par l'administration. Puis le 8 avril 1898 est publiée une loi assurant la protection contre les accidents du travail des salariés de l'industrie (modification du régime de responsabilité civile : le salarié bénéficie d'une protection générale, son dommage est réparé soit directement par l'employeur soit par des caisses permettant la mutualisation des coûts entre les employeurs). Cette loi encourage les sociétés de secours mutuels fondés sur la prévoyance collective volontaire qui avaient commencées à être fondées depuis la révolution française.

Au début du XX^{ème} siècle, les lois de juin 1904 et juillet 1905 instituent le service départemental d'aide sociale à l'enfance et l'assistance aux vieillards infirmes et incurables. En 1910, une loi créant le premier système interprofessionnel de retraite au bénéfice des salariés faiblement rémunérés des secteurs industriels et agricoles est votée.

Viennent ensuite les lois du 5 avril 1928 et du 30 avril 1930, créant au bénéfice des salariés de l'industrie et du commerce le premier système complet et obligatoire d'assurances sociales (couverture des risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès). La loi du 30 avril 1930 institue également un régime spécial pour les agriculteurs. Le 11 mars 1932, une autre loi crée au bénéfice des salariés de l'industrie et du commerce le premier système obligatoire de versement d'allocations couvrant les charges familiales financées par des versements des employeurs.

A la veille de la seconde guerre mondiale, la France dispose donc d'un système de protection sociale relativement complet mais encore fragile, et c'est avec la fin de la seconde guerre mondiale, suite à la proposition par le Conseil National de la Résistance d'un « plan complet de sécurité sociale visant à assurer, à tous les citoyens, des moyens d'existence dans tous les cas où ils sont incapables de se les procurer par le travail », que verra le jour la sécurité sociale telle qu'on la connaît aujourd'hui.

Les 4 et 19 octobre 1945, deux ordonnances assurent la création du système de sécurité sociale en France sur le modèle « bismarckien », ainsi que la refonte du système des assurances sociales des années trente et la reconnaissance du rôle complémentaire des mutuelles, afin de proposer un régime général ayant vocation à rassembler l'ensemble des actifs (salariés des secteurs privé et public, exploitants agricoles, travailleurs indépendants et secteurs spécifiques d'activité), tout en reconnaissant également la possibilité de maintien de certains régimes particuliers de sécurité sociale préexistants (régimes dits « spéciaux »).

2. Historique des réformes de la sécurité sociale depuis sa création (9), (11), (12)

Depuis sa création en 1945, plusieurs réformes ont été mises en place en fonction des différentes catégories socioprofessionnelles, concernant les branches assurance maladie, vieillesse et allocations familiales. Le 21 août 1967, la réforme Jeanneney assure la séparation financière des risques dans trois « branches » distinctes (santé, vieillesse, famille), par la création de trois caisses nationales, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS), et la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF).

Jusqu'au milieu des années 1970, l'augmentation des dépenses de santé n'est pas perçue comme un problème majeur. La croissance économique est forte, une part croissante des ressources publiques est consacrée à la santé. Après 1973, les difficultés économiques contribuent à réduire les recettes des systèmes de santé : diminution des recettes fiscales du fait du ralentissement économique, stagnation de la masse salariale sur laquelle sont prélevées les cotisations, baisse du nombre de cotisants avec l'augmentation du chômage. Dans le même temps, les dépenses de santé continuent de croître, grâce notamment à l'amélioration de l'accès au système et au progrès médical.

Depuis la fin des années quatre-vingt, devant cette augmentation progressive des dépenses de santé, plusieurs mesures vont tenter de faire face en augmentant les recettes. Ainsi, la contribution sociale généralisée (CSG), prélèvement assis sur l'ensemble des revenus, est créée le 29 décembre 1990. La contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) dont le produit est affecté à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) chargée de la gestion des déficits des régimes de sécurité sociale est créée le 24 janvier 1996.

Dans le cadre de la régulation des dépenses de soins, plusieurs dispositifs ont été mis en place dont l'ONDAM (Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie), qui a vu le jour en 1997 au travers du plan Juppé de 1996 et a pour but de réguler les dépenses de l'assurance maladie.

Malgré la mise en place de ces différentes mesures, le déficit de la sécurité sociale n'a cessé de croître depuis les années quatre-vingt. C'est dans cette optique qu'on a mis en place plusieurs plans, dont certains axes ont trait à l'exercice de la médecine libérale.

3. Evolution de la médecine libérale (9), (3), (13), (14)

Afin de mieux comprendre les récentes réformes de santé concernant la médecine libérale, il convient de s'intéresser au développement de celle-ci jusqu'à nos jours, parallèlement à celui de la protection sociale.

Après une phase de libre concurrence entre les différents acteurs de santé, seuls les docteurs en médecine sont autorisés à exercer à partir de 1803, ce qui est réaffirmé en 1892 par la loi Chevandier condamnant l'exercice illégal de la médecine.

Avec le développement depuis la deuxième moitié du XIX^{ème} siècle des politiques d'assistance médicale gratuite, mais surtout des mutuelles et des caisses d'assurance-maladie, la relation entre les médecins et les patients se trouve modifiée. Celle-ci, qui se voulait une relation directe, d'individu à individu, prend une dimension collective dans la mesure où un tiers intervient désormais pour prendre en charge le paiement des soins. Si cela permet d'augmenter la solvabilité des patients et donc la clientèle potentielle des médecins, les organismes qui financent désormais les soins souhaitent avoir leur mot à dire à propos de la rémunération des médecins, voir de leurs pratiques. Les médecins vont alors s'organiser pour défendre leur autonomie.

C'est ainsi que sera créée en 1858 l'association générale des médecins de France (AGMF). Plusieurs syndicats s'organisent, mais restent divisés. Le 30 novembre 1929, les divers syndicats se réunissent autour de la charte de la médecine libérale (la confédération syndicale des médecins de France, ou CSMF verra le jour le 6 décembre 1928), qui affirme sept principes, à la fois dans l'optique du bien-être du patient, mais également dans celle de garantir l'autonomie des médecins vis-à-vis des caisses d'assurance-maladie. Les principes posés sont les suivant :

- Libre choix du médecin par le patient.
- Respect absolu du secret professionnel.
- Le droit à des honoraires pour tout malade soigné.
- Paiement direct des honoraires par le patient, qui sont fixés librement par le médecin.
- Liberté thérapeutique et de prescription.
- Contrôle des malades par les caisses, et des médecins par leurs syndicats.
- Représentation des syndicats de médecins dans les caisses.

Cette charte de la médecine libérale sera réaffirmée en 1947 dans le code de déontologie médicale par le conseil national de l'ordre des médecins(CNOM) et sert encore aujourd'hui de référence en France.

Dans les années 1960, la majorité des médecins de ville acceptent progressivement (par la signature de conventions avec les caisses, d'abord départementales puis nationales à partir de 1971), un tarif unique pour leurs honoraires remboursés par la sécurité sociale. C'est la création du secteur 1. En 1980, la troisième convention instaure cependant la création du secteur 2 pour certains médecins, les autorisant à facturer des honoraires plus élevés que ceux de la sécurité sociale, les

médecins renonçant alors aux avantages sociaux pris en charge par les caisses d'Assurance Maladie.

Parallèlement, les instances politiques vont s'intéresser de plus en plus près aux moyens de réguler les dépenses de santé. En découlera en 1971 la création du numérus clausus dans le but de limiter le nombre de prescripteurs et donc de prescriptions médicales, ainsi que de réguler la démographie médicale. Il atteindra son plus bas niveau entre 1992 et 1993, et devant la pénurie de plus en plus importante du nombre de médecins, notamment en zone rurale, assorti d'une inefficacité de ces mesures sur les dépenses de santé, celui-ci sera progressivement revu à la hausse pour se stabiliser depuis 2009 autour de 7400 places par an.

Les vingt dernières années seront marquées par une série de réformes, par l'intermédiaire de conventions. Le 9 mars 1990, la cinquième convention nationale prévoit un gel du secteur 2 sauf pour les anciens chefs de clinique. Cette convention sera annulée en juillet 1992 en raison de l'illégalité de l'arrêté ministériel d'approbation. Cela donnera suite à une nouvelle convention reprenant la loi du 4 janvier 1993 dite « loi Teulade » qui tente de mettre en place les bases d'un dispositif de maîtrise de l'évolution des dépenses de santé par la fixation des objectifs prévisionnels annuels ou objectifs quantifiés nationaux avec sanction en cas de non respect, l'application de Références Médicales nationales Opposables (RMO) à chaque médecin, la mise en œuvre de contrats locaux de maîtrise des dépenses dans chaque circonscription de caisse, l'apparition de la notion de « dossier médical », ainsi que la création des Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML) devant contribuer à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins.

4. La réforme du médecin référent (15), (16)

Cette réforme fut amenée par la convention nationale de 1997 et concernait les médecins généralistes. Un premier dispositif est resté en vigueur au cours du seul premier semestre 1998, avant d'être remplacé début 1999 par un second dispositif du médecin référent renforcé. Il s'agit d'un contrat de suivi médical entre un patient (de plus de seize ans) et son généraliste. Ses objectifs étaient d'améliorer la qualité et la coordination des soins, la prévention et les actions de santé publique, le suivi médical et la continuité des soins, les conditions d'accès aux soins, ainsi que de promouvoir la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Les généralistes ayant adhéré s'engageaient sur plusieurs points :

- Respecter les tarifs conventionnels et pratiquer le tiers payant
- Tenir le dossier médical du patient
- Assurer la permanence et la continuité des soins
- Participer aux actions de prévention organisées par les pouvoirs publics

- Respecter les recommandations de bonne pratique
- S'engager dans les formations médicales et les évaluations des pratiques professionnelles
- Prescrire une part de médicaments moins onéreux et de génériques

En contrepartie, le médecin percevait une rémunération forfaitaire de 150 francs (22,87 euros) par patient ayant signé un contrat, majorée de 30 francs (4,57 euros) en cas d'utilisation des services informatiques en réseau.

Pour leur part, les patients s'engageaient à :

- Recourir en première intention à leur médecin référent pour toute demande de soins (sauf urgence)
- respecter les recommandations de leur médecin référent en matière de prévention et de dépistage

En échange, ils pouvaient bénéficier du tiers-payant, et restaient libres du choix de leur médecin référent, le contrat étant renouvelable annuellement.

Cette réforme n'eut cependant pas le succès escompté, seul treize pour cent des médecins généralistes y ayant adhéré, contre à peine un pour cent des patients, principalement les plus âgés et les jeunes atteints de pathologies chroniques. Elle disparut définitivement en 2006, au profit de la réforme du médecin traitant, instaurée par la loi du 13 août 2004, et reprise par la convention du 3 février 2005.

5. La réforme du médecin traitant

Faisant donc suite à la réforme du médecin référent, celle du médecin traitant apparaît pour la première fois dans la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (4). Ces dispositions ont été reprises par la convention nationale du 3 février 2005 (5). Elle instaure un nouveau dispositif dans lequel tout patient de plus de seize ans (sauf les migrants de passage et les bénéficiaires de l'Aide médicale de l'Etat (AME) (17)) est incité (par des arguments de nature financière) à désigner un médecin traitant, qui comme ce fut le cas avec le médecin référent, doit être consulté en premier recours en cas de demande de soins. Celui-ci oriente ensuite le patient, seulement s'il le juge nécessaire, vers une consultation spécialisée adaptée en fonction de la situation clinique du patient. Le médecin spécialiste est appelé médecin correspondant.

Les objectifs du parcours de soins coordonnés repris dans la convention sont les suivants : améliorer la coordination et la qualité des soins, préserver et améliorer l'accès aux soins, respecter le libre choix du patient et assurer une perspective d'avenir aux médecins libéraux.

Les missions du médecin traitant sont définies comme suit :

- Assurer le premier niveau de recours aux soins
- Orienter le patient dans le parcours de soins coordonnés et informer tout médecin correspondant des délais de prise en charge compatibles avec l'état de santé du patient
- Assurer les soins de prévention (dépistage, éducation sanitaire, etc.) et contribuer à la promotion de la santé
- Contribuer à l'élaboration de protocoles pour les soins de longue durée, en concertation avec les autres intervenants ; la rédaction du protocole est faite par le médecin traitant (généraliste ou spécialiste) en liaison ou selon la proposition du ou des médecins correspondants participant à la prise en charge du malade
- Favoriser la coordination par la synthèse des informations transmises par les différents intervenants et l'intégration de cette synthèse dans le dossier médical personnel (DMP)
- Apporter au malade toutes informations permettant d'assurer une permanence d'accès aux soins aux heures de fermeture du cabinet

Certaines grandes lignes des précédentes conventions sont préservées, comme le libre choix du patient, la rémunération à l'acte et la tenue du dossier médical du patient. Dans la lignée du médecin référent, le médecin traitant devient le spécialiste de premier recours. Cependant, dans ce nouveau dispositif, chaque assuré de 16 ans ou plus est tenu d'adresser à sa caisse un imprimé intitulé « Déclaration de choix du médecin traitant » (Annexe 1), complété avec le praticien qu'il a choisi, et de se conformer au parcours de soins coordonnés tel que défini par la loi, sous peine de sanctions financières en terme de remboursement des prestations médicales en cas de non respect de celui-ci.

Le dispositif prévoit également d'autres nouveautés dont des revalorisations financières. Le médecin traitant conventionné bénéficie notamment d'une rémunération spécifique annuelle forfaitaire de 40 euros pour ceux de ses patients atteints d'une affection de longue durée (ALD) qui l'ont choisi comme médecin traitant, ainsi que d'une aide financière à l'utilisation de la carte professionnelle de santé (CPS), et une majoration de 5 euros applicable pour les nourrissons de 0 à 2 ans. L'avenant n°12 à la convention prévoit également une majoration de 3 euros pour les enfants de 2 à 6 ans. La convention prévoit de plus une revalorisation de la consultation de médecine générale. Elle est ainsi passée de 20 à 23 euros entre 2006 et 2011.

Les spécialistes ne sont pas en reste puisqu'ils ont la possibilité lorsqu'ils sont consultés dans le cadre du parcours de soins d'appliquer une majoration au tarif conventionné. En contrepartie, le correspondant s'engage à ne pas donner de soins continus (sauf en cas de protocole de soins préétabli) et à adresser au médecin traitant ses conclusions et propositions thérapeutiques et de suivi.

Par ailleurs, est également prévu la création du dossier médical personnel (DMP), qui a vocation à suivre le patient tout au long de son parcours de soins, aussi bien en ville qu'à l'hôpital, dans le respect des règles du secret médical. Dans l'attente de la mise en œuvre du DMP, le médecin traitant établit le dossier médical en conformité avec le parcours de soins coordonnés.

Côté patients, la réforme prévoit l'instauration d'une contribution forfaitaire sur les actes médicaux et les actes de biologie qui est fixée à 1 euro dans la limite d'un plafond annuel de 150 euros (50 euros pour les actes de consultations, 50 euros pour les médicaments et 50 euros pour les autres actes). Seuls les enfants, les bénéficiaires de la CMU et les femmes enceintes sont exonérés de cette contribution.

Il existe tout de même des exceptions à ce passage par le médecin traitant. En effet, les patients sont considérés comme étant dans le parcours de soins lorsqu'ils consultent les spécialistes suivants (17) :

- un gynécologue (pour les soins suivants : les examens cliniques gynécologiques périodiques, y compris les actes de dépistage, la prescription et le suivi d'une contraception, le suivi des grossesses, l'IVG médicamenteuse)
- un ophtalmologue (pour les soins suivants : la prescription et le renouvellement de lunettes, les actes de dépistage et de suivi du glaucome)
- un psychiatre ou un neuropsychiatre, si le patient a entre 16 et 25 ans
- un stomatologue, pour les soins bucco-dentaires (actes thérapeutiques et radiographiques).

Certains cas particuliers font également exception à cette règle. C'est le cas des campagnes nationales de dépistage organisé, des consultations des médecins biologistes, des soins palliatifs, des expertises et des soins d'urgence (actes et consultations de nuit, le dimanche et les jours fériés, ou non prévus plus de 8 heures avant, mettant en jeu la vie du patient ou son intégrité physique et nécessitant la mobilisation rapide du médecin). C'est également le cas si le patient se retrouve hors résidence habituelle ou en cas d'absence du médecin traitant où le patient est autorisé à consulter un autre médecin généraliste. On parle lors de médecin traitant remplacé.

Enfin, même si comme nous l'avons vu plus haut l'objectif déclaré de ce dispositif est d'améliorer les soins et de valoriser l'exercice de la médecine libérale, il s'inscrit également dans une démarche de maîtrise médicalisée des dépenses de santé : par le biais même de l'amélioration de la qualité des soins et de la coordination, par la responsabilisation des patients à travers des sanctions financières en cas de non respect du parcours de soin et de la contribution forfaitaire, mais également par l'intermédiaire d'objectifs de maîtrise médicalisée, comme la diminution de la prescription de certains

médicaments (antibiotiques, hypnotiques, anxiolytiques, statines), d'arrêts de travail, de transport médicalisé, un meilleur respect de l'ordonnance bizonale et le respect des recommandations pour la pratique médicale.

Dans l'esprit de cette maîtrise médicalisée des dépenses de santé, le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), a été institué en 2009, fixant trois objectifs : la prévention, le suivi des pathologies chroniques, et l'optimisation des prescriptions (18). Il propose aux praticiens, par une adhésion volontaire et réversible, un suivi régulier de l'activité de ceux qui y ont adhéré, ainsi qu'une aide pour la sensibilisation des patients (18). Il offre également une rémunération annuelle complémentaire basée sur l'évolution de différents indicateurs et une rémunération forfaitaire par patient ayant déclaré le professionnel de santé en tant que médecin traitant. Il a été adopté par 16000 praticiens, soit plus de un sur trois. Le CAPI a été arrêté le premier janvier 2012, remplacé par les éléments constituant la dernière convention médicale signée en juillet 2011.

6. La convention médicale du 26 juillet 2011 (4)

Prenant effet le premier janvier 2012, cette nouvelle convention reprend les grandes lignes du CAPI, à savoir une rémunération des médecins à la performance sur objectifs de santé publique et des forfaits, en plus de la rémunération à l'acte (19), qui reste tout de même le principal mode de rémunération. Elle reprend les quinze indicateurs de son prédécesseur et en rajoute neuf autres dans les domaines de la prévention, du suivi de la maladie chronique et d'optimisation des prescriptions, et rajoute un nouveau volet sur l'organisation des cabinets médicaux et la qualité de service comportant cinq indicateurs.

Cette nouvelle convention affiche également la volonté de favoriser les modes d'exercice pluri-professionnels, de créer un service d'accompagnement du retour à domicile des patients hospitalisés, d'améliorer la répartition de l'offre médicale sur le territoire, de favoriser l'accès aux soins (notamment en autorisant et favorisant le tiers payant dans certaines situations), ainsi que de limiter les dépassements d'honoraires.

La principale différence par rapport au CAPI réside dans le fait que, même si l'adhésion à cette convention reste optionnelle, les praticiens sont considérés comme l'ayant acceptée à défaut d'avoir expressément signifié à leur caisse avant le 26 décembre 2011 la volonté de ne pas en faire partie, par courrier avec accusé de réception. De plus, l'adhésion est dans le cas présent irréversible.

C) PROBLEMATIQUE

Comme ce fut le cas avec la réforme de 2005, la convention de 2011 réaffirme une volonté de conforter le rôle central du médecin traitant dans la coordination des soins de ses patients avec les autres professionnels de santé (19).

Six ans après la mise en place du dispositif du médecin traitant et du parcours de soins coordonnés, renforcés récemment par cette nouvelle convention, et alors que peu d'études sont disponibles sur le sujet, nous avons souhaité nous intéresser à la façon dont les médecins généralistes libéraux, choisis à 99,5% comme médecin traitant (20), avaient vécu ces réformes de leur mode d'exercice. Quel en a été l'impact ressenti par ces derniers en terme de prise en charge de leurs patients ? Comment cela influence t-il leurs conditions d'exercice ? Ont-ils l'impression de mieux maîtriser les dépenses de santé ? Et quelles sont leurs perspectives concernant l'avenir de la médecine générale ?

MATERIEL ET METHODE

A) TYPE D'ETUDE

Notre travail vise à comprendre la perception qu'ont les médecins généralistes de l'influence du parcours de soins et du rôle de médecin traitant sur leur activité au quotidien. Nous avons choisi pour cela de réaliser une étude qualitative basée sur l'analyse d'entretiens semi-dirigés réalisés auprès de praticiens installés en libéral.

1. L'étude qualitative

Contrairement aux études quantitatives, réalisées à partir d'un questionnaire et qui ont l'avantage de recueillir et d'analyser un grand nombre de données, les techniques de recherche qualitative peuvent contribuer de manière significative aux études qui cherchent à examiner l'expérience et l'organisation des soins primaires. Elles sont largement utilisées pour comprendre les processus et les relations en soins primaires (21). Elles cherchent plutôt à décrire, à comprendre et à expliquer des phénomènes particuliers. Elles répondent à des questions telles que « qu'est-ce qui se passe ? », « pourquoi ? », et « comment ? », mais pas « combien ? », ou « à quelle fréquence ? » (22).

Seuls deux travaux de thèse ont été réalisés jusqu'à ce jour sur le sujet de notre étude, tous deux par le biais d'enquêtes quantitatives. Il nous a donc semblé intéressant de l'aborder d'une manière différente en allant directement au contact des médecins traitants afin de comprendre les mécanismes qui sous-tendent leurs approbations ou leurs réticences concernant le parcours de soins coordonnés.

2. L'entretien semi-dirigé

Il existe trois méthodes pouvant être utilisées lors d'études qualitatives : les entretiens individuels (structurés ou non), les entretiens de groupe (focus group, groupes naturels ou méthodes participatives), et la méthode observationnelle (structurée ou non structurée, participante ou non participante) (22).

Nous avons choisi d'effectuer cette enquête par l'intermédiaire d'entretiens individuels semi-dirigés. En effet, l'enquête par entretien est particulièrement pertinente lorsque l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques; lorsque l'on veut mettre en évidence les systèmes de valeurs et les repères à partir desquels ils s'orientent et se déterminent. Il ne s'agit pas alors seulement de faire décrire mais de « parler sur » (23).

La réalisation de ce type d'entretien passe nécessairement par la réalisation d'un « guide d'entretien », qui peut être une liste de questions ou de thèmes à aborder au cours de celui-ci. Ces questions doivent rester ouvertes afin de laisser l'interlocuteur

s'exprimer librement sur les thèmes faisant l'objet de l'étude, et ne sont pas destinées à être posées dans un ordre prédéfini, mais qui dépendra de l'orientation que prendra l'entretien. Elles permettent à l'enquêteur de relancer l'interviewé par des remarques pertinentes en fonction du discours de ce dernier. Selon les critères de Patton (24), les questions dans un entretien doivent être :

- Ouvertes : c'est-à-dire permettant l'élaboration par l'interviewé d'un discours
- Neutres : l'intervieweur doit le plus possible éviter de faire passer sa propre opinion ou ses hypothèses pour ne pas influencer les réponses
- Bienveillantes : l'interviewé ne doit pas se sentir jugé
- Claires

Les thèmes doivent être basés sur :

- L'expérience et les comportements
- L'opinion, les valeurs et les croyances
- Les émotions et sentiments
- Les connaissances

L'enquêteur se doit toutefois de recentrer l'entretien lorsque l'interlocuteur s'éloigne trop des thèmes prévus.

B) SELECTION DES MEDECINS INTERROGES

1. Mode d'échantillonnage, l'échantillonnage théorique

L'échantillonnage théorique est un type spécifique d'échantillonnage non probabiliste dans lequel l'objectif de développer une théorie ou une explication guide le processus d'échantillonnage et le recueil des données. Une représentativité statistique n'est pas recherchée dans les études qualitatives qui ont d'habitude pour but de refléter la diversité au sein d'une population donnée (25).

Dans l'enquête par entretien, on bâtit le plus souvent un échantillon diversifié, qui repose sur la sélection de composantes non strictement représentatives mais caractéristiques de la population. Il faut diversifier mais non disperser : à la fois contraster les individus et les situations et aussi obtenir des unités d'analyse suffisantes pour être significatives (23). Les caractéristiques retenues pour notre échantillon sont les suivantes :

- Sexe
- année d'installation (avant et après la mise en place du parcours de soins coordonnés).
- lieu d'exercice (rural, semi-rural ou urbain et proche ou éloigné du littoral)
- mode d'exercice (seul ou cabinet de groupe)

2. Constitution de l'échantillon

2.1. Recrutement

Nous avons initialement créé une première liste de médecins à partir de ceux que nous connaissions et de ceux avec qui nos amis avaient pu être en contact. Ensuite, afin de compléter cette liste dans le but d'obtenir un plus grand nombre de médecins regroupant les caractéristiques retenues pour notre échantillon, nous avons contacté des praticiens à partir d'un listing fourni par l'Assurance maladie de Loire-Atlantique. Ce listing comprenait l'ensemble des médecins généralistes installés dans le département, ainsi qu'un certain nombre de caractéristiques les concernant dont le lieu d'exercice, l'année d'installation et le sexe. Nous les avons donc contactés par ordre alphabétique, en fonction de ces caractéristiques.

Tous les médecins ont d'abord été contactés par téléphone (le courrier électronique n'ayant pas été retenu comme option car nous ne disposions pas de listing des adresses de courriers électroniques des médecins de Loire-Atlantique). Il leur a été demandé si ils acceptaient de participer à l'étude, en précisant le sujet abordé, le type d'étude, ainsi que la durée estimée de l'entretien (20 à 30 minutes), puis nous avons convenu d'un rendez-vous avec ceux ayant accepté (environ les trois quart des médecins contactés).

2.2. Taille de l'échantillon

Comme cela se fait dans ce type d'étude, le nombre d'entretiens effectués n'était pas déterminé à l'avance. Ceux-ci ont été réalisés jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'aucun nouveau thème ne se dégage des entretiens.

2.3. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion retenus étaient de recruter des médecins généralistes libéraux, installés en Loire-Atlantique, pouvant être déclarés comme « médecin traitant », et exerçant une activité allopathique prédominante.

Le seul critère d'exclusion retenu était une première année d'installation postérieure à 2010, afin d'avoir un minimum de recul de deux ans concernant l'activité des interviewés au sujet de notre étude.

C) REALISATION DES ENTRETIENS

1. Cadre spatio-temporel

Afin de pouvoir être interprétable, il est important de connaître le contexte d'un discours, car celui-ci affecte nécessairement le contenu de l'interview.

L'ensemble des entretiens ont été réalisés entre le 16 juillet 2012 et le 12 septembre 2012. La durée des entretiens variait de 22 à 45 minutes pour une durée moyenne de 30 minutes. Ils ont tous été enregistrés sur dictaphone, après avoir reçu au préalable l'accord oral de l'interviewé.

Quinze d'entre eux ont été réalisés au cabinet du médecin, dont treize dans le bureau du médecin et deux en salle de repos. Deux entretiens ont été réalisés au département de médecine générale (DMG).

2. Le guide d'entretien (Annexe 3)

Celui-ci se compose de deux parties. La première partie s'intéresse aux questions sociodémographiques : âge, sexe, lieu d'exercice (rural, semi-rural ou urbain), mode d'exercice (seul ou cabinet de groupe), participation à la FMC et/ou adhésion à un groupe de pairs, année de la première installation, nombre d'actes par jour et informatisation du cabinet. La seconde partie est la grille d'entretien proprement dite. Elle se divise en trois sous parties. La première, objet principal de l'étude, s'intéresse au vécu du parcours de soins coordonnés de façon globale. La deuxième est plus axée sur le patient. Enfin, la troisième partie cherche à explorer les conceptions des médecins de la nouvelle convention.

Avant de commencer l'étude, nous avons réalisé trois entretiens tests afin d'évaluer et d'améliorer notre guide d'entretien. Les médecins ayant participé nous ont été suggérés par le docteur Cédric Rat du DMG. L'un était une connaissance de mon directeur de thèse, les deux autres sont membres du DMG. Suite à ces entretiens tests, n'ayant entraîné que de très petites modifications, nous avons convenu, sur les conseils de l'un des médecins ayant accepté de tester le guide, que ces entretiens pouvaient être intégrés à l'étude.

3. Déroulement des entretiens

Tous les entretiens ont été précédés d'une introduction orale, hors enregistrement, visant à rappeler aux médecins le sujet de l'entretien, de façon succincte afin de ne pas influencer leur discours, ainsi que la méthode utilisée.

Pour les trois premiers entretiens, la partie sociodémographique était abordée en début d'entretien. Par la suite, celle-ci a été abordée à la fin dans un souci de ne pas débiter l'interview par les questions les plus formelles, cela pouvant nuire à la spontanéité du discours.

D) ANALYSE DES DONNEES

1. Retranscription

Les données des entretiens ont été retranscrites « mot à mot » à partir des enregistrements, sans corriger les fautes de syntaxe, afin de respecter le langage parlé. Les médecins interviewés sont représentés par la lettre M, suivie d'un numéro correspondant à l'ordre dans lequel ils ont été interrogés. Ainsi, M1 correspond au premier médecin interrogé et M17 au dernier. L'enquêteur est désigné par les initiales RC. Dix minutes d'entretien ont demandé en moyenne une heure et demie de retranscription.

2. L'analyse thématique

Il existe deux grands types d'analyse du contenu d'un entretien semi-dirigé. L'analyse thématique et l'analyse entretien par entretien.

Nous avons choisi ici d'utiliser l'analyse thématique. Elle doit s'effectuer à partir d'une grille thématique basée sur le guide d'entretien ainsi que sur les résultats obtenus au cours des entretiens. Elle permet de rechercher une cohérence thématique inter-entretiens.

Elle se compose de cinq étapes (26) :

- Familiarisation : immersion dans les données brutes par l'étude des enregistrements, la lecture des transcriptions, des prises de notes afin de répertorier les idées clés et les thèmes récurrents.
- identification des structures thématiques permettant de classer les données, à partir des questions provenant des objectifs de l'étude et des questions apparues au cours de l'enquête.
- indexation des passages de texte par rapport à la structure thématique, à l'aide de codes numériques, certains passages de texte pouvant englober plusieurs thèmes différents.
- Réorganisation des données en fonction de la partie du cadre thématique à laquelle elles correspondent
- interprétation des données afin de définir des concepts et d'effectuer des associations entre les thèmes dans le but de fournir des explications sur les résultats. Ce processus est guidé par les objectifs initiaux de la recherche ainsi que par les thèmes qui sont apparus pendant sa réalisation.

RESULTATS

A) CARACTERISTIQUES DES MEDECINS INTERROGES

Dix sept entretiens ont été réalisés au cours de l'étude auprès de médecins généralistes exerçant tous en Loire-Atlantique.

Afin de préserver l'anonymat, les médecins ont été numérotés de 1 à 17, dans l'ordre où ils ont été interrogés.

M1 correspond donc au premier médecin interrogé, et M17 au dernier.

Médecins	Sexe	Age	Mode d'exercice	Lieu d'exercice	Année d'installation	Participation à une FMC et/ou groupe de pairs
M1	H	64	G	Semi-rural	1975	Oui
M2	H	55	G	Semi-rural	1984	Oui
M3	H	61	G	Urbain	1977	Oui
M4	H	56	G	Urbain	1983	Oui
M5	H	31	G	Semi-rural	2009	Oui
M6	H	44	G	Semi-rural	1997	Oui
M7	F	53	G	Semi-rural	1987	Oui
M8	F	39	S	Semi-rural	2003	Non
M9	H	32	G	Semi-rural	2010	Oui
M10	H	41	G	Semi-rural	2006	Oui
M11	H	51	G	Rural	1993	Oui
M12	H	42	G	Urbain	2001	Oui
M13	F	53	G	Rural	2002	Oui
M14	F	53	G	Urbain	1987	Oui
M15	F	39	G	Urbain	2005	Oui
M16	H	56	G	Rural	1985	Oui
M17	H	46	S	Urbain	2002	Oui

Abréviations.

H=Homme F=Femme

G=Cabinet de groupe S=Seul au cabinet

B) PRISE EN CHARGE DU PATIENT ET COORDINATION DES SOINS

L'un des principaux objectifs de la mise en place du parcours de soins coordonnés était une meilleure prise en charge du patient dans sa globalité, avec pour conséquence une amélioration de la qualité des soins dispensés en médecine générale comme en médecine de spécialité. Quel a donc été l'impact, tel que le ressentent les médecins interrogés, de ce dispositif institué par la loi du 13 Aout 2004.

1. L'impression de fonctionner comme avant

L'une des premières choses qui se dégage de ces entretiens est l'impression pour une très large majorité des interviewés de continuer à fonctionner comme avant, que ce soit dans leurs rapports avec les spécialistes ou avec leur patientèle, et que l'instauration du dispositif du médecin traitant n'a fait qu'apporter une dimension légale à quelque chose qui existait déjà avant sa mise en place.

« C'est peut être quelque chose de... je veux pas dire que ça avait pas lieu d'être... parce qu'on était déjà un peu dans cette philosophie du parcours de soins plus ou moins tacite avec la grande majorité des... de la patientèle », M1.

« J'avais la sensation que on avait déjà instauré nos réseaux et nos propres parcours pour que les choses se passent correctement », M6.

« Je pense que les gens ont l'habitude de consulter un médecin traitant avant d'aller voir un spécialiste, donc moi j'avais l'habitude de faire des courriers, quand j'envoie quelqu'un chez le cardiologue, chez le pneumologue, le gastro-entérologue, je fais un courrier, donc ça change rien pour moi. », M8.

« Ben en fait, ça officialise ce qui existait déjà. Finalement, c'est exactement la même chose que ce qui était en place avant, sauf que là c'est devenu obligatoire et, enfin, le rôle du généraliste c'est déjà d'être coordinateur de soins et d'aiguiller les patients. Donc pour moi ça n'a rien changé. », M10.

Cela est plus marqué encore avec les patients en ALD.

« Les gens en ALD se sont souvent des gens qui sont, euh, qui ont une polypathologie, qui ont des pathologies relativement lourdes, si il y a des gens qui sont vraiment, comment dire, scotchés à leur médecin et..., à leur médecin traitant pour qui... quand on parle de médecin traitant, ça prend une signification, chez eux encore beaucoup plus importante, hein, donc c'est vraiment des gens pour qui le parcours de soins...enfin moi ça a vraiment rien changé », M1.

« Le parcours de soins pour les gens en ALD, non, je ne trouve pas que ça ait changé grand-chose à ma prise en charge. », M2.

« J'en suis pas sûre, que ça ait apporté un plus dans le suivi, parce que c'est vrai que ceux en ALD, en général, connaissent globalement bien les spécialistes à qui ils doivent avoir à faire, et donc en général, on en parle, en fait. », M14.

Un médecin pense à contrario que *« c'est peut-être pas mal pour eux, pour centraliser le dossier. Oui, ça, moi je crois, pour ceux qui sont en ALD, si, c'est bien. », M13.*

2. Améliorer le suivi du patient

2.1. Une meilleure définition des rôles entre généralistes et spécialistes

Cependant, malgré cette première impression d'une formalisation d'un mode de fonctionnement qui existait déjà, cela a permis de recentrer le rôle du médecin généraliste dans ses fonctions de coordinateur des soins et de centralisation du suivi du patient, pour plus d'un tiers des médecins interviewés.

« C'est vrai que de formaliser quelque chose qui devrait être naturel ou de contraindre les gens à passer par ce parcours peut redonner du sens à notre fonction parce que ce sens a été perdu, je dirais compte tenu de l'évolution du monde médical avec l'hyperspécialisation où notre place a quand même été fortement malmenée. », M2.

« Oui, je pense que ça définit clairement les rôles. Enfin, les spés avec qui je travaille ils se substituent pas du tout. », M5.

« Je trouve que c'est intéressant finalement parce que ben, on suit le patient... je trouve qu'on a peut-être plus l'impression de maîtriser le parcours », M15.

« Le parcours de soins, il est utile quand même, parce que, le médecin généraliste, ça lui permet quand même probablement d'avoir un petit peu ce rôle pivot, en termes au moins d'information des patients », M16.

2.2. Communiquer avec les spécialistes

2.2.1. Une meilleure qualité des retours

Une autre amélioration qu'a permis la mise en place du parcours de soins coordonnés est d'améliorer la communication entre les spécialistes et les médecins généralistes, comme en témoigne M17 : *« faire connaissance aussi avec ceux, un peu plus rapidement, avec ceux avec lesquels je fonctionne bien. Du coup, on s'identifie beaucoup plus facilement, on se connaît beaucoup plus facilement ».*

En effet, même si trois médecins sur les dix sept interrogés n'ont pas noté de changement...

« Ça a pas modifié, on avait les mêmes courriers, mêmes, voilà, non non, ça a pas modifié grand-chose », M1.

« Non, pareil. À chaque fois qu'on envoie un patient à un spécialiste il nous fait toujours un courrier, donc ça change rien. », M11

...dix médecins considèrent que le retour d'information s'est amélioré, d'une part du fait que certains spécialistes qui ne leur écrivaient pas avant se soient mis à faire des courriers, mais également par une amélioration de leur qualité :

« Plus de courriers systématiques, ils vont chercher le médecin traitant, envoyer systématiquement au médecin traitant. Et c'est vrai que quand on appelle et qu'on dit ben je suis le médecin traitant de monsieur untel, vous l'avez vu il y a six mois, je n'ai pas eu de courrier, sans forcément rouspéter, est-ce que vous pourriez m'envoyer un courrier parce que je suis le médecin, j'aimerais être au courant, là, il n'y a pas de souci, quoi. Ça permet cet automatisme là. », M4.

« Si je fais un courrier il y a un courrier systématique », M5.

« On envoie un courrier, alors du coup ils nous répondent. », M8.

« Les dermatos, oui, ils nous répondent, alors qu'avant ils ne nous répondaient pas. », M14.

« Par exemple les endocs et les pneumos, il y a deux nanas qui sont là. Avant, je ne voyais pas les patients, c'était fini. Elles faisaient les cent pour cent et tout. Maintenant elles sont obligées de m'écrire, c'est pas mal. », M17.

« Je dirais que les courriers de cardiologie sont vraiment détaillés, maintenant », M12.

A noter également que deux médecins se sont plaints du fait que lorsque les patients consultaient des spécialités en accès direct, ils ne recevaient plus aucune information concernant le suivi. Cette constatation n'est pas forcément partagée par tous les médecins, car quelques uns ont signalé à contrario une augmentation des courriers de la part des gynécologues et des ophtalmos depuis la mise en place du dispositif du médecin traitant.

2.2.2. Des progrès à faire en psychiatrie

Malgré ces progrès dans la communication entre les différents acteurs du parcours de soins, il persiste cependant un gros problème au niveau du retour d'information de la part des psychiatres libéraux, les médecins traitants étant souvent tenu à l'écart, cela pouvant entraîner des complications, notamment au moment de

remplir les protocoles de soins, comme le constatent plus d'un tiers des praticiens interrogés.

« La psychiatrie par exemple. Là, il y a, il y a un point noir qui est constaté par, assez largement par mes collègues... Les psychiatres qui ne se considèrent pas comme des médecins comme les autres [...] et c'est vrai que quelquefois c'est pas évident puisque c'est à nous de faire le PIREs, et quelquefois on n'a aucun élément clinique pour remplir le PIREs. Il faut pleurer auprès des psychiatres pour qu'ils nous donnent quelques informations... Ça c'est un point... Un point noir, c'est de la difficulté mais en même temps ça apporte quelque chose puisque du coup ça oblige les psychiatres à se considérer comme un médecin parmi d'autres médecins qui est chargé de l'état de santé d'une partie de son patient. », M3.

« Il y a plus que les psychiatres où on n'a pas trop le retour donc c'est... Ah, eux ils envoient jamais de mots par contre », M5.

« Alors, les psychiatres c'est pas la peine. Là par exemple, les psychiatres, on fait des lettres, et ben ils répondent jamais. », M7.

« La psychiatrie on n'a jamais de courrier. Ça peut arriver,... Là je viens de recevoir un super courrier d'un psychiatre, et ben dit donc, alors lui c'est un champion ! Je l'ai reçu aujourd'hui, et waouh... C'est exceptionnel ! Les comptes-rendus de psychiatres, on n'en a jamais », M8.

« Pas toujours, par contre. Les psychiatres, pas toujours. En général oui, mais pas toujours », M11.

3. Améliorer la qualité des soins

Comme nous l'avons exposé plus haut, le parcours de soins coordonnés a donc permis d'améliorer le suivi des patients, même si certaines choses pourraient encore être améliorées. Concernant les répercussions sur la qualité de soins, les réponses sont plus réservées. Il se dégage tous de même trois grands thèmes ayant permis de contribuer à cette amélioration.

3.1. Un adressage plus pertinent

Un tiers des interrogés constatent une meilleure orientation du patient avec un examen clinique préalable qui permet de mieux diriger le patient vers le spécialiste adapté à ses besoins, ainsi qu'aux spécialistes de travailler dans de bonnes conditions, en recevant des patients relevant de leurs compétences.

« Je pense que pour eux ça a sûrement été un plus dans leur pratique que pour nous, en termes de qualité de, de prise en charge du patient dans de bonnes conditions avec une

lettre du médecin, avec un rendez-vous, avec des gens...avec des consultations, ben, plus pertinentes en fonction de leurs, de leurs compétences. », M1.

« Il y a un examen clinique qui permet de savoir vers quoi... Ce qui est le mieux. », M11.

« Ils aiment bien, quand ils ont besoin d'un avis spécialisé, que nous on puisse les renseigner sur tel ou tel spécialiste, sur lequel nous on irait plus, quoi, vers lequel on ferait confiance », « ils mélangent un petit peu les orthopédistes et les kinés, ou les podos, il y a quand même une grande salade là-dedans. », M12.

Toujours dans le cadre de cet adressage, nous nous sommes intéressés à la manière dont les médecins généralistes choisissaient les spécialistes à qui ils confient leurs patients. C'est une évidence, les compétences du médecin spécialiste est le premier facteur décisionnel (10 médecins). Sont ensuite cités le côté relationnel entre confrères, le fait d'avoir l'habitude de travailler avec certains spécialistes (8 médecins), la qualité de l'accueil du patient (6 médecins), la proximité (6 médecins), la disponibilité (4 médecins), le secteur conventionné et les dépassements d'honoraires (4 médecins), les spécialistes que les patients connaissent (3 médecins), les spécialistes libéraux (3 médecins), les spécialistes exerçant en dehors de Nantes, notamment pour les personnes âgées qui ont peur de circuler en ville (3 médecins), et enfin les spécialistes qui ont été conseillés par un confrère (2 médecins).

3.2. Limiter les erreurs

Le rôle du médecin traitant permet également de limiter des erreurs du fait des interactions entre les prescriptions des différents spécialistes...

« Chacun voit dans son petit bonhomme de chemin et s'occupe pas du confrère à côté, du spécialiste d'à côté. Parce que des fois il y en a qui donnent des trucs, moi j'en ai vu un, il est sous anticoagulant, il lui a donné des anti-inflammatoires. Donc... Ouais, c'est pas terrible, quoi », M7.

« Il faut aussi réfléchir un peu à ce qu'on fait et pas prendre comme, le discours du spécialiste comme le seul et unique discours qu'il faut respecter. Parce que des fois ils ne savent pas à côté qu'il y a, les autres problèmes qu'il y a. Enfin, ils vont changer un traitement, mais ça peut poser problème ailleurs. », M9.

...De limiter la redondance de certains examens...

« Des fois ça rend service, quand on passe un petit coup de fil, pour avertir que telle ou telle chose a été faite », M13.

« Je pense qu'il y a un bénéfice aussi à ce niveau-là, parce qu'effectivement il y a quand même une meilleure cohérence, à mon avis dans le suivi, et éviter un certain nombre de redondances, d'examens, d'avis spécialisés multiples... », M16.

...ainsi que les oublis dus à la non-observance de certains patients.

« Et puis ici, comme on est à Saint-Nazaire, il y a beaucoup de gens qui sont suivis pour des maladies avec de l'amiante, donc ils oublient de temps en temps qu'il faut aussi aller voir un pneumologue, de temps à autre, faire des EFR, quoi. », M12.

3.3. Mieux se former

Enfin, le fait d'obliger les patients à considérer le médecin traitant comme médecin de premier recours permet à celui-ci de se former sur la prise en charge de certaines pathologies pour lesquelles les patients seraient allés directement voir un spécialiste. Cela est vrai notamment pour la dermatologie, principale spécialité touchée par la mise en place du dispositif du médecin traitant, comme nous le verrons plus avant.

« Pour un problème dermatologique, de voir d'abord le médecin ça nous apporte parce que forcément, si on ne voyait plus de dermato, ce serait embêtant. Donc là ça permet de progresser. Moi je suis jeune médecin, donc ça permet de progresser. », M9.

4. Améliorer la prise en charge globale

Au-delà des partenaires traditionnels du parcours de soins coordonnés que sont médecins généralistes et spécialistes, libéraux ou hospitaliers, nous nous sommes également intéressé aux autres partenaires avec lesquels les médecins traitants peuvent interagir, ainsi qu'aux outils pouvant leur être utiles dans le suivi du patient et susceptibles d'améliorer la prise en charge. Nous nous intéresseront successivement à l'utilisation qui est faite des réseaux de soins, aux contacts avec l'assurance maladie, et enfin nous aborderons l'intégration d'outils informatiques dans la pratique quotidienne.

4.1. Les réseaux de soins

4.1.1. Une aide à la prise en charge

La moitié des médecins interrogés utilise des réseaux de soins dans la prise en charge de leurs patients. Les plus cités sont le réseau respecticoeur et le résodiab⁴⁴. Vient ensuite le réseau asthme⁴⁴. Deux médecins sont membres du réseau toxicomanie. Enfin, ont également été cités les réseaux mélanome, l'hospitalisation à domicile (HAD), et le centre local d'information et de coordination (CLIC). Le réseau VIH a également été nommé sans que les interviewés en aient eu l'utilité.

Parmi les raisons évoquées ayant poussé les médecins à les utiliser, la première est celle de l'éducation thérapeutique du patient.

« Il y a deux réseaux qui fonctionnent bien sur le plan, disons, départemental. Il y a le respecticoeur, le réseau d'insuffisance cardiaque et le réseau diabète [...] moi c'est plus à but d'éducation patient, c'est vraiment à but d'éducation patient... Le réseau asthme aussi c'est, c'est pas mal. Au niveau éducation patients c'est surtout là le plus qu'ils peuvent

apporter, et puis, voilà,... Un patient mieux informé et plus compétent c'est vachement plus facile à gérer », M1.

« L'impression que ça apporte plutôt aux patients », M3.

« Ça m'a fait découvrir l'éducation thérapeutique [...] on voit que ces patients on les voit moins après, parce qu'ils se prennent plus en charge, on est content », M6.

« Ça permet aussi de faire de l'éducation thérapeutique, beaucoup de gens ne comprennent pas bien leur pathologie, donc c'est bien qu'il y ait aussi des explications qui soient données », M11.

Une deuxième raison est que les réseaux de soins apportent un meilleur suivi, avec des interlocuteurs faciles à identifier :

« Ils apportent un suivi un peu plus, encore plus spécifique. C'est sûr que c'est pas moi qui vais aller peser le patient toutes les semaines et voilà. Et un accès facile à l'hospit en cas de problème », M5.

« Souvent ils nous donnent des informations qu'on n'a pas réussi à avoir ou qu'on n'a pas eu le temps d'avoir », M6.

« le réseau cardio. C'est sûr qu'il y a un bon suivi,... Si, je trouve que c'est quand même pas mal, on a un référent. Au moins c'est toujours le même, parce qu'en cardio ça change souvent quand même », M7.

Enfin, une troisième raison évoquée est que cela permet de faire se rencontrer des intervenants multiples, adaptés en fonction des besoins du patient :

« L'offre sur les conseils diététiques, l'offre d'activités physiques, ça je trouve que ça apporte quelque chose au patient. C'est surtout ça, des patients qui iraient pas s'inscrire dans un club de gym, qui iraient pas faire une démarche vis-à-vis d'une diététicienne ne serait-ce que par le coût de la prise en charge, ou qui iraient pas même dans une association ou dans un centre médico-social », M3.

« J'utilise le réseau de soins palliatifs. Celui là je l'utilise parce que c'est un réseau où vraiment ils viennent au chevet du malade, on peut faire des réunions au chevet du malade, avec la famille », M4.

« Ça va être des réseaux de soins à chaque fois modifiés en fonction des besoins du patient [...] ça m'a fait connaître des structures que je ne connaissais pas », M6.

Bien sûr, les praticiens ayant recours à des réseaux ne les utilisent pas forcément tous, parfois parce qu'ils n'en ressentent pas l'utilité, comme le fait remarquer M5 :
« j'utilise pas le réseau diab parce que, parce que ma femme est endocrino et j'ai une

bonne connaissance de la diabéto et que j'ai d'autres structures qui permettent, enfin j'utilise plutôt l'hôpital, du coup ».

C'est également fréquemment pour une question de timing, l'adhésion à un réseau nécessitant fréquemment un temps de formation : *« moi je suis médecin... Je suis à mi-temps ici, le reste du temps je suis médecin coordonnateur d'un réseau de santé [...] mais ceci dit ça me permet pas d'aller dans les autres réseaux parce que j'ai pas le temps », M4 ; « je pense que ça serait nécessaire mais j'ai pas eu le temps d'aller tellement dans les formations », M7.*

4.1.2. Des avis partagés

Comme nous l'avons vu plus haut, la deuxième moitié des médecins interrogés n'a pas recours à ces réseaux de soins. La première raison évoquée est l'absence de bénéfice pour leurs patients et pour eux même.

« J'ai pas l'impression d'être en difficulté avec ces trois types de pathologies : diabète, insuffisance cardiaque ou asthme qui justifierait que les patients intègrent un réseau [...] j'ai pas connaissance des bilans évaluant je dirais, l'intérêt d'une prise en charge réseau pour la qualité de survie d'un patient atteint d'une telle maladie », M2.

« Je pense que c'est des usines à gaz énormes, où il y a encore des réunions partout, pour faire la même chose qu'on faisait sans réseau », M12.

« Les réseaux on a eu l'expérience avant, et en fait les patients on les voyait plus. Ils étaient happés par le réseau et puis on se demandait ce qu'on... Nous on était la boîte postale », M13.

« Une fois que les gens commencent à s'inscrire dans une structure ils peuvent très bien se passer de notre avis, et je suis pas toujours sûr que les patients s'y retrouvent tant que ça », M16.

Deux médecins, comme cela a déjà été évoqué plus haut par ceux étant impliqués dans des réseaux de soins, constatent l'aspect chronophage de la formation nécessaire à l'adhésion aux réseaux.

« Les formations, ça se fait à Nantes, il y a déjà ça. Donc il y a la distance. On est suffisamment pris », M13.

« Ce qu'il y a aussi c'est que moi je bosse douze à quatorze heures par jour, quand est-ce que je me forme à tout ça », M17.

Un médecin n'y pense pas spontanément.

« Je n'y pense pas forcément spontanément », M9.

Enfin, deux d'entre eux sont tout de même demandeurs d'une meilleure connaissance de ces structures.

« Au contraire, je suis même un peu demandeur de feed-back sur comment ça s'est passé, est-ce que ça vous apporte quelque chose », M2.

« Non, justement, je suis à la ramasse. Mais je compte là-dessus, la MSU, pour me former à ça », M17.

4.2. Relations avec l'assurance maladie

4.2.1. Des contacts utiles dans la prise en charge

Sur dix sept médecins interrogés, neuf d'entre eux déclarent avoir régulièrement des contacts avec l'assurance maladie, leur apportant une aide dans la prise en charge de leurs patients, surtout sur un plan administratif :

« Ça peut m'apporter une information que je n'ai pas. Parce qu'on est inondés d'infos, donc on en passe beaucoup à la trappe, et qu'on vienne me pointer précisément sur cette procédure qui vient me faciliter la prise en charge du patient, ça ça m'intéresse. Soit parce qu'il va y avoir une procédure électronique qui est plus simple que la procédure papier. Soit une adresse ou un contact que je vais pouvoir moi mettre de côté pour renseigner un patient. Bon, voilà, ce sont des points de détail pratique au service du patient, ça m'intéresse », M2.

« On a de très bons rapports, alors justement, pour par exemple la hotline, l'espace pro, bon, parfois il faut faire un ou deux numéros pour avoir la bonne personne mais ça se passe très bien, ils sont très réactifs je trouve, après, pour les questions, j'arrive à avoir les médecins-conseils relativement facilement pour les questions d'ordre médical... Administrative aussi, moi j'ai un bon rapport, je trouve qu'il y a des bons délais, ils sont très réactifs », M9.

« Le gros souci qu'on avait à un moment donné, c'est qu'on avait pas d'interlocuteur, on était obligé de passer par le standard général, le même que pour les patients, là. Alors maintenant ils ont mis en place une ligne [...] ça c'est quand même bien. Parce que avant c'était quand même super galère », M 10.

« Les personnes, je trouve, moi qu'on peut joindre sur notre numéro là, 0811709044, elles sont quand même à priori bien formées et sont capables de nous orienter correctement », M12.

« Pour la mise en invalidité, là, d'une personne, là, que j'ai demandé, tout ça, c'est eux qui m'ont conseillé de comment faire, etc », M15.

« Ce patient là, qui a une histoire de fou, avec une maladie professionnelle qui ne sera pas reconnue parce qu'il n'a pas fait la déclaration à temps, il essaye de m'aider à l'aider », M17.

4.2.2. Une dégradation des relations

Six médecins trouvent par contre qu'il y a une dégradation des relations en défaveur du patient.

« L'assurance-maladie au départ c'était solidaire, ils étaient au service des assurés, aujourd'hui ils sont au service de leur propre boutique [...] on peut pas les joindre, on peut pas discuter, c'est, c'est très très compliqué », M4.

« C'est surtout des problèmes administratifs, quoi. C'est sûr que eux, pour le coup, ils facilitent pas particulièrement les choses », M5.

« Les choses se sont très nettement corsées ces dernières années. Moi j'ai l'impression qu'il y a une dizaine d'années, ils étaient beaucoup plus malléables et tout ça. Maintenant on voit des médecins conseils qui tranchent dans le vif avec la situation sociale des gens, peut importe [...] on sent très bien qu'il y a une pression de plus en plus importante à ce niveau-là », M6. Hors entretien, M6 a également fait remarqué que les médecins conseils changeaient beaucoup plus qu'avant, avec selon lui la volonté de la part des caisses d'éviter que ceux-ci et les médecins libéraux se connaissent trop bien.

4.2.3. Pas de modification

Enfin deux médecins (M1, M3) ont l'impression que leurs relations avec l'assurance maladie ne se sont pas modifiées depuis la mise en place du parcours de soins.

« Non, j'ai pas vu de différence. Franchement non, franchement j'ai pas vu de différence », M3.

4.3. Outils informatiques et prise en charge du patient

Nous nous sommes également intéressés au cours de nos entretiens aux outils informatiques, indissociables de la modernisation de la médecine, pour savoir quelle en était l'utilisation que les praticiens en faisaient dans leur pratique quotidienne dans le cadre du suivi du patient au sein du parcours de soins coordonnés. Après nous être intéressés à leur relation avec l'assurance maladie, nous aborderons logiquement l'utilisation faite de l'espace professionnel, puis nous nous intéresserons aux logiciels de transmissions de données concernant les patients, et aux outils informatiques utiles dans le cadre d'une prise en charge plus large.

4.3.1. Des progrès à faire au niveau de « l'espace pro »

La moitié des médecins interrogés ont spontanément parlé de l'espace professionnel dédié aux professions de santé fourni par l'assurance maladie. Même si ils l'utilisent de temps à autre, cette utilisation est fortement entravée par des bugs informatiques trop fréquents ou des procédures trop longues par rapport à la procédure papier.

« L'espace pro sur Internet, on peut faire les déclarations de médecin traitant par Internet par exemple, pour rester dans le cadre où on est, bon, hier ça marchait pas, par exemple. Mais c'est pas que hier, ça marche quand ça veut [...] entre les fois où c'est pas passé, les fois où ça marche pas », M5.

« L'espace pro, là je commence à m'y mettre, je commence tout juste [...] parce que j'ai pas pris l'habitude, parce qu'il y a eu des dysfonctionnements au départ », M6.

« Le truc SESAM vitale pro, enfin, l'utilisation du site en ligne, là il y a pas longtemps j'ai reçu ma nouvelle carte professionnelle et ça m'a planté mon truc. J'ai été obligé d'appeler l'informaticien, enfin, des trucs comme ça, quoi », M10.

« C'est aussi le problème du temps, c'est qu'ils mettent des choses qui sont souvent plus chronophages que si on utilise une version papier », M10.

« On comprend bien qu'ils aient intérêt à ce qu'on mette les arrêts de travail par Internet. Nous ça nous prend plus de temps, un arrêt de travail à écrire, il faut cinq secondes. Là il faut trois minutes », M11.

Seul un médecin déclare utiliser l'espace professionnel sans problèmes.

« Il y a AMELI, aussi, qui a révolutionné plein de choses. Si on utilise bien les certificats, on peut tout faire par AMELI, arrêts de travail, déclarations de 100 %, déclarations de médecin traitant », M12.

4.3.2. Courriers et bilans biologiques

Pour communiquer avec les différentes spécialités médicales, le courrier papier reste sans conteste et à l'unanimité le moyen le plus utilisé par l'ensemble des médecins. Le téléphone est également très utilisé en cas d'urgence, de nécessité d'un avis téléphonique ou pour accélérer une prise de rendez vous, parfois le fax. La transmission de courriers par mail, notamment avec l'utilisation de Planetsanté ou Apicrypt, reste limitée. Sept médecins déclarent l'utiliser, dont trois avec des réserves.

« Planetsanté c'est un système de plate-forme sécurisée avec des courriers cryptés mais alors c'est un peu lourdingue, quoi. C'est un peu lourd, c'est un peu lourd et c'est vrai que c'est un peu trop complexe », M4.

« Quand un spécialiste nous envoie un courrier papier, dans la journée il est scanné par notre secrétaire et il est dans notre logiciel. Le Planetsanté, finalement il faut aller le chercher dans une boîte aux lettres, faut le transformer, enfin c'est un peu compliqué, et quelque part presque plus difficile pour la secrétaire que quand on l'a sur papier », M6.

« Aucun système n'est uniformisé, pour l'instant. Dans les échanges autres, les logiciels d'information ne sont pas toujours les mêmes, donc... », M16.

Sept autres déclarent ne jamais utiliser le mail afin de communiquer avec les spécialistes de ville.

Quand aux logiciels de télétransmission d'examens complémentaires, deux médecins ont déclaré spontanément en utiliser, en citant Hprim, quatre autres ne pas s'en servir.

4.3.3. Logiciels divers

Comme autres outils informatiques, trois médecins ont déclaré utiliser les alertes de leur logiciel métier afin d'éviter l'oubli d'examens complémentaires ou de consultations spécialisées pour leur patients.

L'utilisation de sites internet est également utile pour certains médecins : deux ont citer la Haute Autorité de Santé (HAS), deux antibioclic, un le site du centre hospitalo-universitaire (CHU) de Nantes, et un médecin a cité l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS).

5. La nouvelle convention, vers quelle prise en charge

Afin de clore ce chapitre, nous nous sommes intéressés à la nouvelle convention médecins-assurance maladie, suite logique de la loi d'août 2004 (à laquelle avait fait suite la convention de février 2005), qui vient réaffirmer une volonté de qualité du suivi des patients et de maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Qu'en pense les médecins interrogés en termes de répercussion sur la qualité des soins dispensés à leurs patients.

5.1. Le CAPI, une aide à l'évaluation des pratiques

Déjà avant la nouvelle convention existait une évaluation des pratiques individuelles par le biais de statistiques concernant les prescriptions, avec une rémunération à la clé dès 2009 suite à la mise en place du CAPI en fonction d'objectifs de prescription à atteindre, avec une réaction plutôt positive de la part de cinq des médecins interrogés essentiellement du fait du retour d'information apporté par ces bilans.

« le CAPI, oui. Je l'avais fait à la base... Enfin, l'objectif, c'était pas financier, c'était vraiment, j'aime bien avoir les statistiques de ce que je fais. Donc ça c'était assez rentable [...] ça m'a fait prendre conscience que des fois je prescrivais...au début je prescrivais que de l'Inexium », M5.

« Moi je le vis plutôt bien, parce que les personnes qui sont venues me voir on pouvait discuter avec elles et puis elles étaient pas là pour nous dire il faudra tenir tel objectif. Elles nous présentaient nos chiffres. Après tout, avoir un retour sur ce que l'on fait... », M6.

« Moi j'ai signé le CAPI [...] il y a pas des trucs complètement débiles dedans, et en fait c'est beaucoup de bon sens, et déjà si on respecte un peu de bon sens, à priori ce qu'on fait souvent, hein, déjà. Si en plus on nous paye pour ça », M12.

Trois médecins ont critiqué cette pratique des statistiques effectuées par l'assurance maladie.

« Quand on vient vous montrer les barèmes, les étoiles dans vos activités, les histogrammes par rapport aux confrères et le reste, c'est plus de la médecine libérale », M13.

« Ça peut me donner une idée sur ma pratique, mais c'est tellement... Enfin, je trouve que c'est beaucoup faussé », M16.

5.2. Impact pressenti sur la qualité des soins

5.2.1. Une convention majoritairement contestée

L'impression qui se dégage de ces entretiens est nettement en défaveur de cette nouvelle convention, onze médecins ayant déclaré qu'ils la trouvaient inadaptée à une amélioration de la qualité des soins de leurs patients, deux d'entre eux ayant même refusé d'adhérer à la convention.

« Vous pouvez avoir un diabétique qui a eu ses quatre hémoglobines glyquées dans l'année et on ne vous demande que le nombre d'hémoglobines glyquées, si vous n'en avez rien fait en termes de qualité des soins c'est Peanuts. C'est pas parce que vous allez remplir un PIREs ou des documents sur informatique que vous allez améliorer la qualité des soins », M1.

« Pas positivement parce que j'estime que ce qu'on nous demande ça devrait même pas être considéré comme une performance mais comme une condition d'exercice de base, parce que les critères, comment dirais-je, incitatifs qui pour moi sont évidents, d'avoir l'informatique, d'avoir une connexion, enfin, de pouvoir, enfin pour ce qui est des critères de qualité d'installation. Après, les critères spécifiques sur des thèmes médicaux, certains sont évidents, d'autres sont discutables quant à leur pertinence, donc... Comment dire, je suis très, enfin, je suis déçu », M2.

« Travailler sur des critères de qualité, quand on voit les critères de qualité pondus, moi je suis exclu de deux ou trois critères de qualité parce que je suis pas assez gros prescripteur. Je suis exclu du critère de qualité sur les benzodiazépines parce que j'en prescris pas assez », M4.

« Comme c'est des pourcentages de traitement, on peut être tenté d'augmenter la part globale des médicaments pour diminuer sa part de... Et puis des fois on n'est pas d'accord avec la recommandation, si on les écoute on met Kardegic à tout le monde, c'est pas forcément raisonnable », M5.

« Forcer un médecin à s'informatiser...comme si la santé du patient ça dépendait d'un logiciel médical [...] comme si, on traitait que des bêtes. Non, on traite des diabétiques, quoi, chacun a son traitement adapté. Donc ça, vouloir tout uniformiser je pense que c'est une erreur », M9.

Trois autres médecins se sentent éloignés de cette convention, avec toujours le sentiment que cela ne modifiera pas leurs pratiques.

« Moi je l'ai pas dénoncée mais alors je m'en fous, les points et les trucs comme ça, je m'en fous [...] même si je suis pas dans les clous, alors là je vais pas essayer de faire mieux pour rentrer dans les clous », M7.

« Donc voilà ça m'intéresse pas... Enfin, ça m'intéresse pas, c'est vrai que je m'intéresse pas suffisamment, c'est sûrement un tort mais j'ai pas le temps. En fait c'est pas mon métier, quoi, j'ai envie de faire de la médecine », M8.

Enfin, si trois médecins approuvent cette convention, deux d'entre eux émettent des réserves quand aux dérives possibles.

« Moi je pense que c'est une bonne chose dans le sens où... Qu'il y ait une valorisation financière d'un travail entre guillemets bien fait, moi je trouve que c'est pas forcément mal. Ça va permettre je pense à certains médecins qui font pas trop attention à certaines choses de se poser des questions [...] Le problème, c'est toujours la même chose, ça dépend ce qu'on met comme critères. Donc actuellement, les critères ils me semblent assez valables et justifiables, mais dans l'avenir c'est amené à changer, quoi. », M10.

« Après, c'est les objectifs, c'est toujours pareil. Il faut que ce soit des objectifs qui soient tenables et gérables, ce qui est le cas pour l'instant, mais enfin, on sait que après à tout moment les choses peuvent changer, puisqu'ils ont l'entière direction de ces éléments », M11.

5.2.2. Une nécessaire discussion avec les partenaires adaptés

Autre élément important, comme le fait remarquer M11 dans cette dernière citation, est la nécessité d'introduire une discussion avec les partenaires adaptés permettant d'améliorer ces critères dits « de qualité », comme en témoignent trois autres médecins.

« Un indicateur de qualité même s'il n'est pas forcément pertinent, c'est fait pour se poser des questions. Si vous n'avez pas un espace pour vous poser des questions, pour discuter

avec des confrères de ce que vous allez faire, ce que vous envisagez éventuellement de modifier dans vos pratiques, je ne pense pas qu'en termes d'efficacité ça soit quelque chose d'utile », M1.

« Il y a eu concertation avec des syndicats médicaux mais il n'y a pas eu de concertation avec les sociétés savantes de médecine générale [...] c'était pas les syndicats le bon interlocuteur [...] que la qualité de la prestation intervienne dans la rémunération moi ça me semble pas aberrant du tout, complètement. À partir du moment où on introduit le terme qualité, ben on introduit une marge de discussion l'aidant », M3.

« La caisse va être juge et partie, c'est-à-dire que c'est elle qui détermine les critères de qualité, c'est elle qui va dire qui les a respectés, donc, avec son service statistique, et c'est elle qui va payer. Donc elle va avoir une interprétation qui risque d'être un peu faussée », M4.

5.2.3. Un risque d'exclure certains patients

Enfin, dernière inquiétude révélée par cette étude, le risque de voir des médecins exclure délibérément certains patients de leur patientèle afin d'améliorer leur objectifs dans le but d'obtenir une meilleure rémunération, comme en témoignent M4 et M7.

« Ça arrive aussi que des gens qui par leurs troubles du comportement, il y en a quand même quelques-uns, qui peuvent être limités, enfin ne puisse pas rentrer, enfin ne puissent pas respecter les critères de qualité parce que, enfin bon, ils sont en souffrance... Les médecins les refusent, en tout cas se débrouillent pour les refiler. On sait comment faire. On n'est pas obligé de les mettre à la porte », M4.

« On ne choisit pas les patients que l'on a, en plus. Si il faut choisir, dire celui-là il est bien, il va pas nous faire dépenser trop de sous, il va pas faire trop d'examens, on sera bien dans les... », M7.

C) RETENTISSEMENT SOCIOECONOMIQUE DU DISPOSITIF DU PARCOURS DE SOINS COORDONNES

1. Impact sur la consommation médicale

Un deuxième objectif de ce parcours de soins coordonnés était de promouvoir la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, par un adressage aux spécialistes plus pertinent, en incitant les patients à consulter leur médecin traitant en premier recours, et évitant ainsi des consultations spécialisées pour des motifs relevant de la médecine générale. Nous verrons que même si certains recours au spécialiste ont pu être évités, la diminution des dépenses de santé est loin d'être évidente pour les praticiens interrogés.

1.1. Des consultations évitées

En effet, quinze médecins sur les dix sept interrogés déclarent qu'ils ont pu éviter certaines consultations de médecine spécialisée. Pour treize médecins, ce retentissement est essentiellement lié aux motifs de consultation en rapport avec la dermatologie, les autres spécialités médicales ne faisant qu'exceptionnellement spontanément l'objet de la part des patients d'une demande d'être adressé au spécialiste en question. Quinze médecins au total ont cité la dermatologie. Deux médecins ont également cité la radiologie ; deux médecins la gastro-entérologie et l'ORL, et l'urologie pour l'un d'entre eux.

« Certains patients en particulier pour les dermatos où...voilà, le courrier c'était un peu au début, faut me faire une lettre, j'ai pris rendez vous, donc il a fallu un petit peu..., replacer un petit peu la philosophie première de cette chose là [...]Jen disant que un examen cutané c'était quelque chose qui était quand même tout à fait accessible au médecin généraliste », M1.

« Les patients qui demandent le courrier pour, comment, valider une décision qu'ils ont prise eux c'est l'occasion d'expliquer. Expliquer à quoi ça sert le parcours de soins », M3.

« Il y a des choses un peu casse-pieds du genre des gens qui vous appellent parce que ils ont un rendez-vous chez le dermato le lendemain voire même le jour même, et que il faut, ben, il leur faut une lettre sinon ils vont pas être remboursés [...]Donc moi, ben je refuse. Je refuse ce genre de choses », M4.

« Et il y a plein de choses dont on filtre, enfin moi je leur dis, si je leur dis je suis sûr que ça c'est tel type de lésion, ils me disent bon ben d'accord », M5.

« Quand c'est pour une verrue plantaire, un bouton d'acné... Et que les gens veulent absolument voir le dermato moi je dis non, mais on est capable aussi de traiter ça, hein, un psoriasis du cuir chevelu », M8.

« Pour le radiologue ça change, parce que quelquefois effectivement, les gens auraient pu aller directement », M11.

« mais les gens vont venir pour avoir, dans leur tête, un rendez-vous avec tel ou tel médecin, dermato, un O.R.L., et parfois ils se rendent compte que finalement en venant là, si c'est pour se faire déboucher les oreilles, ou un problème dermato de base, ils n'ont pas besoin de voir le spé en question [...] gastro pas mal aussi », M12.

Quatre médecins pensent que cela diminue un peu la consommation médicale, sans pour autant avoir un impact très important.

« Ça augmente pas la consommation de soins. C'est sûr que ça l'augmente pas mais je dirais que ça la diminue même », M5.

« Peut-être que globalement, à part ceux qui sont hypocondriaques, les autres sont peut-être un peu plus freinés, quand même », M7.

« Pour les spécialistes, peut-être une petite diminution de la consommation, c'est possible », M14.

1.2. Un impact mitigé

1.2.1. Des consultations de médecine générale inutiles et des consultations de spécialiste plus onéreuses

Nous venons de voir qu'un certain nombre de consultations spécialisées ont donc pûes être évitées du fait du parcours de soins coordonnés, notamment en dermatologie. Pour autant, l'impression qui se dégage de ces entretiens n'est pas en faveur d'une diminution du coût des dépenses de santé. Ce sentiment est exprimé chez quatorze des médecins interrogés. Plusieurs raisons sont avancées.

Tout d'abord, le fait que certains patients consultent leur médecin traitant juste pour avoir un courrier, lorsque l'adressage au spécialiste était justifié, ce qui a tendance à augmenter le coût des consultations de médecine générale, même si comme le fait remarquer M16, *« on ne prend pas d'acte, généralement, parce que sinon ça alourdit encore la charge des finances »*, ou M15, souvent *« les gens, ils ne viennent pas nous voir exprès, voilà. C'est lors d'une consultation, ils viennent pour quinze trucs »*. M16 déclare également à ce propos qu'il pense *« qu'il y a un certain nombre de petits actes qui pourraient très bien nous échapper sans que ce soit problématique »*, au sujet de la dermatologie. Cette idée est également avancée par M7 et M8.

Une seconde raison évoquée dans ces entretiens par plusieurs des médecins interrogés est le fait que les spécialistes puissent coter 2C une consultation effectuée dans le cadre du parcours de soins coordonnés, augmentant ainsi le coût de la médecine de spécialité, comme le fait remarquer entre autres M12 : *« je ne pense pas que ça ait augmenté la consommation, en tout cas de la médecine générale. Maintenant, je pense que ça a augmenté le coût de la consommation de spés »*.

1.2.2. Un dispositif souvent détourné

Au-delà de ces deux causes qui sont implicites à la mise en place du parcours de soins, une troisième raison avancée par les interviewés est un détournement du dispositif.

1.2.2.1 Par les patients...

En effet, la moitié des médecins interrogés constatent que les patients, afin d'obtenir un meilleur remboursement, contournent facilement le dispositif.

« on est quelquefois sollicités simplement pour avoir un courrier pour éviter, enfin, pour être bien remboursés [...] Ce que ça a modifié par rapport à avant c'est justement ces gens qui spontanément allaient consulter, qui maintenant profitent de ce passage par le médecin traitant pour se faire rembourser puisque sinon ils ne le seraient pas », M2.

« c'est des gens qui sont déjà suivis par les dermatologues, il faut repasser par le médecin pour avoir le petit mot. Donc ça, c'est un petit peu exagéré », M9.

Parfois en exerçant une pression au niveau des médecins.

« c'est souvent où ils appellent en disant faudra faire un courrier pour m'envoyer voir un dermato, et puis j'ai même pas vu la lésion. Donc ça c'est... Et puis ils veulent pas venir de toute façon », M5

« La petite jeune qui avait son petit bouton [...] je peux pas aller dire t'as rien à y voir au dermato, parce qu'elle vient, elle exige... Ou elle demande, je sais pas si elle exige mais... C'est plus difficile de dire non », M7

« Ils veulent leur I.R.M., le rendez-vous est déjà pris, vous pouvez, enfin, c'est difficile. Bon, des fois ça se passe très bien, des fois c'est un peu sport de dire que non, il n'y aura pas d'ordonnance. C'est pas évident », M15.

En changeant de médecin traitant.

« Tous ceux qui ont décidé... Moi, les mammos à trente-deux ans, parce que je le vau bien... Alors eux, t'es tranquille, ils changent de médecin traitant pour avoir ce qu'ils veulent[...]du coup, tous ceux qui veulent fonctionner comme ça, ça a tout à gagner, parce que du coup tu leur a donné les moyens de se prémunir d'un point de vue légal », M17.

A ce sujet M12 estime que ce n'est pas aux médecins de faire la police.

« C'est vachement rare que je mette hors parcours de soins. Des types je connais pas, je sais pas si il a un médecin traitant ou pas, et... Il vient pas de la ville, il suffit... Il y a toujours moyen de mettre médecin traitant remplacé, même si il a voulu changer. Après, j'estime que ce n'est pas à moi de faire la police dans les médecins traitants[...]en sachant qu'il faudra que je refasse sa feuille au comptoir dans deux semaines parce qu'il n'a pas été bien remboursé », M12.

1.2.2.2 ...Et par les médecins

Malheureusement, on constate que les patients ne sont pas les seuls à profiter des lacunes du dispositif du médecin traitant, et que certains médecins n'hésitent pas à s'en servir dans un but financier. Cela a été rapporté par huit des praticiens interviewés.

« Parfois même c'est le dermato qui leur dit, écoutez, je serai pas payé pareil donc moi je veux être payé pareil donc moi je serai pas... Je vous ferai payer le même prix [...]C'est un peu une manière de détourner... », M4.

« parce qu'ici, je sais pas si c'est partout pareil, les dermatos c'est tiroir-caisse [...] vous n'avez pas le mot du médecin traitant, on ne vous prendra pas. Ils ne peuvent pas exiger ça, tout simplement. C'est vraiment simplement lamentable, vous avez le droit de faire aussi des consultations en dehors du parcours de soins si vous voulez pas passer par votre généraliste, ça vous regarde et donc j'ai du mal à comprendre pourquoi les spécialistes exigent... Voilà. Parce qu'ils peuvent prendre 2C, et que quand il n'est pas adressé par le médecin traitant ils ne peuvent pas prendre 2C, ça doit être une cotation inférieure. Moi ça m'horripile », M8.

« J'ai reçu un courrier d'un rhumatologue qui me disait qu'il avait bien reçu un patient, que je ne lui ai jamais envoyé, qui est allé de son propre chef. Mais comme il fait un courrier, il se considère comme requis et je sais... », « En blind test, vous prenez un rendez-vous avec un spé, vous tombez d'abord sur la secrétaire qui vous dira qu'elle ne peut pas vous prendre un rendez-vous si vous n'avez pas de lettre », M12.

« il y a des spés, au début je comprenais pas [...] Je vous remercie de votre lettre concernant... Je dis, ben j'ai pas écrit, qu'est-ce qu'il me raconte. Et c'est là que j'ai compris qu'il y avait un bakchich pour celui qui coordonnait les soins. C'est là que j'ai compris que effectivement si il ne marquait pas ça il ne se couvrait pas vis-à-vis de la sécu », M17.

2. La déclaration de médecin traitant

Nous nous sommes également intéressés dans ce chapitre à la façon dont les patients percevaient le dispositif du parcours de soins coordonnés, ou du moins au reflet que les médecins traitants en ont à travers leur expérience personnelle et les retours des patients.

2.1. Une très large adhésion au dispositif

L'un des aspects qui ressort de cette étude est que l'immense majorité des patients ont adhéré au dispositif du médecin traitant. En effet, lorsque l'on demande aux praticiens interrogés s'ils ont dans leur patientèle des patients qui persistent à rester hors parcours de soins coordonnés, tous répondent en disant que c'est effectivement le cas, mais que les patients en question représentent vraiment une très petite minorité de la population.

Nous leur avons également demandé qui selon eux étaient ces patients qui restent en dehors du parcours du parcours de soins coordonnés. La première catégorie de patients évoquée sont des gens qui consultent très peu, et donc très éloignés du système de soins et ne voulant pas s'embêter (pour 6 médecins). En deuxième position, ils citent

les patients à faible niveau intellectuel et qui ne comprennent pas le système (4 médecins). Sont ensuite cités les patients avec la mentalité de faire ce que bon leur semble, sans distinction de milieu socioculturel (3 médecins), les patients aisés (3 médecins), les hypochondriaques (3 médecins), les patients consultant en dermatologie (2 médecins), les patients qui n'ont pas pu avoir un rendez-vous avec leur médecin traitant et qui estiment avoir besoin d'une consultation tout de suite (2 médecins), des patients jeunes ayant déménagé en semi-rural pour des raisons de prix immobilier, et ayant gardé leur médecin traitant sur Nantes (2 médecins), les étudiants ayant gardé leur médecin traitant chez leur parents (1 médecin), les patients qui font de l'esthétique (1 médecin), les bénéficiaires de la CMU (1 médecin), et enfin les patients ayant un emploi du temps personnel très rempli (1 médecin).

A noter que trois médecins ont également cité les patients de leur associé, et un médecin les patients d'un confrère lorsque celui-ci partait en vacances, même si ces patients sont théoriquement dans le parcours de soins coordonnés.

2.2. Cependant un faible impact sur la responsabilisation des patients

Le parcours de soins semble donc avoir été adopté presque à l'unanimité par la population. Cela a-t-il pour autant responsabilisé les patients vis-à-vis du fait, comme le signale M3, que le « *système de soins est un bien commun* » et « *que chacun ne peut pas à sa guise puiser sur les ressources de la collectivité sans contrôle et sans cadre et sans règles* ».

Pour la plupart des médecins interrogés, ils n'ont pas eu l'impression que les patients aient été plus responsabilisés par la mise en place du dispositif du médecin traitant. Lorsque l'on interroge les praticiens sur la façon dont les patients le perçoivent, le terme qui revient presque constamment et exclusivement est le mot « *contrainte* ». C'est l'opinion de douze des médecins interrogés. Mais comme en témoignent quatre d'entre eux, en dehors de cet aspect de contrainte, il ne semble pas y avoir de réflexion de la part des patients sur l'intérêt de ce parcours.

« *Je sais pas si ils comprennent, enfin, en tout cas ils l'entendent* », M3.

« *Je crois qu'ils sont contents d'avoir leur médecin traitant, de dire ah oui, c'est bien vous mon médecin, mais le parcours, je crois que ça leur échappe un petit peu, quand même* », M14.

« *Je pense qu'ils ne se posent pas beaucoup de questions, c'est comme ça. C'est comme ça, hein, je suis pas sûr qu'il y ait une réflexion par rapport à la nécessité ou pas de ce parcours de soins. En fait, ils sont dans l'acceptation d'une situation [...] mais bon, est-ce que derrière ils en voient un bénéfice, je suis pas persuadé* », M16.

Deux médecins pensent par contre que le parcours de soins est bien compris par les patients, dont un ne perçoit pas ce sentiment de contrainte.

« il y a pas de contraintes [...] Je pense qu'ils le comprennent bien et beaucoup trouvent ça tout à fait normal », M1.

« Globalement, oui, ils le comprennent bien. Je pense qu'il y a ceux qui vont être un peu agacés, mais ils ne vont pas le dire », M9.

Trois médecins signalent que c'est d'autres facteurs qui ont responsabilisé les patients : le déremboursement de certains médicaments (M7 et M12), la mise en place de la franchise (M7), et la crise financière (M15).

2.3. Le choix du médecin traitant

2.3.1. Un choix motivé par la qualité de la relation

Lorsque l'on interroge les différents participants à l'étude sur les raisons qui selon eux poussent les patients à les choisir comme médecin traitant, la qualité de la relation est le motif qui revient le plus souvent (11 médecins), puis le bouche à oreille (8 médecins), ce dernier incluant les compétences mais reprenant également le thème du relationnel. Seulement ensuite viennent la proximité (4 médecins), le fait de prendre à l'heure (3 médecins), les délais de rendez-vous (2 médecins), et le hasard (2 médecins).

2.3.2. Des patients en quête de médecin traitant

En effet, une autre raison est avancée dans le choix du médecin traitant, le choix par défaut. On sous entend par ces termes le fait que de plus en plus de médecins ne prennent plus de nouveaux patients dans leur patientèle. C'est le constat effectué par huit des dix-sept praticiens interrogés.

« Par rapport à disons, ce désaccordage entre l'offre et la demande, les gens choisissent maintenant contraints et forcés comme ils peuvent. C'est-à-dire là j'exerce sur Nantes nord en pleine zone urbaine et tous les jours je reçois des coups de fil de patients qui disent ben, vous êtes le dixième que j'appelle, des gens qui arrivent sur Nantes, personne ne veut prendre de nouveaux patients. Donc le choix, maintenant il est plus contraint que choisi », M3.

« Par manque de médecins, enfin, par défaut. Enfin, par défaut, j'en ai plein qui me disent, est-ce que vous acceptez, parce qu'on a trouvé personne », M5.

« On a aussi un certain nombre de patients qui, dans la région, viennent d'autres communes et qui disent, ben, les médecins ne prennent plus de nouveaux patients, on m'a parlé de vous », M6.

« Ici, on est quand même en sous démographie médicale, donc les gens ont du mal à trouver un médecin traitant, moi je ne suis plus disponible comme médecin traitant », M8.

3. Un faible impact sur les inégalités d'accès aux soins

Dernier point que nous aborderons dans ce chapitre, la mise en place du parcours de soins coordonnés a-t-il un impact sur les inégalités d'accès aux soins, c'est-à-dire dessert-il les plus démunis. Sur l'ensemble des médecins interviewés, seize médecins ont répondu par la négative à cette question. Ils n'ont globalement pas l'impression que les patients à faible revenu consultent moins qu'avant en rapport avec cette mesure. M3 constate d'ailleurs que *« le plus fort taux d'adhésion au système du parcours de soins c'était dans les départements du Nord-Pas-de-Calais, là où il y a, enfin des endroits en France où il y a le plus de misère sociale et de difficultés d'accès aux soins »*.

Seul M4 estime que le parcours de soins coordonnés a pu créer des inégalités d'accès aux soins, non pas propres au dispositif en lui-même, mais par la suppression du médecin référent qui avait été mis en place quelque années auparavant :

« Avec le médecin référent il y avait quand même le tiers payant, du coup le tiers payant quand même ça a un impact sur l'accès aux soins. Là, ils l'ont supprimé [...] Ceux qui pâtissent de tout ça, c'est les gens qui sont entre la CMU et suffisamment pour se payer une mutuelle ».

Par contre, comme M4, trois autres médecins déclarent qu'il y a des gens pour qui l'accès aux soins est difficile, sans que cela ait de rapport avec la mise en place du dispositif du médecin traitant.

« Il y en a quelques-uns où, quand on prescrit une radio ou un examen biologique [...] ils réfléchissent à deux fois, ils vont dire oui mais attendez, moi le radiologue à côté il fait pas le tiers payant, du coup je suis obligé de payer donc ils veulent aller à l'hôpital », M4.

« Des fois c'est au moment du règlement ou après qu'on apprend qu'il y a un chèque qui a été fait... Moi je les mets à l'aise, je leur dis, faut nous prévenir de ça, et vous nous prévenez, vous nous dites si il faut attendre un mois ou deux », M13.

Pour M10, un autre facteur limitant l'accès aux soins est *« les dépassements d'honoraires de certains spécialistes qui sont un peu délirants »*.

D) IMPACT SUR LES CONDITIONS D'EXERCICE DU MEDECIN GENERALISTE EN MEDECINE LIBERALE

1. Un sentiment de non-revalorisation de la médecine générale

L'un des objectifs déclaré de ce parcours de soins coordonnés était une revalorisation du travail effectué par le médecin généraliste, que ce soit sur un plan intellectuel, financier, ou personnel. Quel est le sentiment exprimé par les médecins interviewés à ce sujet ? Nous nous y intéresserons tout d'abord d'un point de vue médecin généraliste-patient, puis d'un point de vue médecin généraliste-spécialiste.

1.1. Une revalorisation auprès des patients mitigée

Lorsque l'on interroge les médecins sur ce sentiment de revalorisation de leur travail auprès des patients, près de la moitié des praticiens répondent en expliquant qu'ils sont partagés sur ce point de vue. Le parcours de soins a selon eux eu un impact positif dans le sens où les patients ont pu se rendre compte qu'ils possédaient des compétences, notamment en dermatologie, que les consultants ignoraient.

« Ça a permis de remettre les... les pendules à l'heure [...] en disant que un examen cutané c'était quelque chose qui était quand même tout à fait accessible au médecin généraliste qui est sensibilisé au problème... Bon, ça permet de recadrer un petit peu le, le domaine... je veux dire de compétences », M1.

« Auprès des patients peut-être, oui, peut-être [...] Peut-être que ça aurait eu un impact plutôt positif », M2.

« Ils se rendent compte que souvent ils n'ont pas besoin d'y aller, du coup, le problème est réglé. Donc voilà, ça remet aussi les choses en place », M10.

« Il y a peut-être des accès de spécialités où on se rend compte que le généraliste a sa place, enfin, je pense que là, je sais pas, la gynéco, même si c'est en accès direct, il y a un certain nombre de patients qui se rendent compte que finalement, enfin, de patientes qui se rendent compte que finalement, il n'y a peut-être pas besoin d'aller systématiquement chez un gynéco pour une pilule, enfin, pas mal d'actes comme ça. Beaucoup de pathologies pseudo cardiaques, précordialgies diverses », M16.

Mais cet aspect positif, chez ces mêmes médecins, est entaché par le fait que les patients, comme nous l'avons évoqué plus haut, n'ont pas toujours bien intégré l'intérêt de ce dispositif, le vivent comme une contrainte, et considèrent parfois le médecin traitant comme un « distributeur de ticket ».

« On peut pas concevoir de valoriser le médecin traitant en parlant d'obligation de passer par cette étape. Si vous obligez les gens à passer par cette étape, et qu'à cette étape là il y a pas, y'a pas une prise en charge... Disons, euh, comment dire, je veux pas dire

performante,... Si c'est vécu comme un aiguillage indispensable c'est pas valoriser les choses de, d'imposer cette chose là », « On valorisera la médecine générale si... si ce parcours de soins il paraît au patient quelque chose d'important pour lui, et pas non plus quelque chose d'obligatoire qu'on lui impose », M1.

« C'est mitigé. C'est valorisant parce que du coup voilà, on parlait des problèmes de dermato, bon, on va peut-être voir ce qui est de notre ressort, donc nous on se sent quand même valorisés, mais d'un autre côté on a l'impression d'être une super secrétaire », M9.

« Je pense qu'il y a les deux réponses qui sont possibles, quoi. Parce que aux yeux des patients où... Qui le vivent comme une contrainte, je pense que ça nous a dévalorisé, au contraire, parce que on passe pour des distributeurs de tickets, quoi, et ils n'ont pas intégré l'intérêt de ce premier avis », M10.

« Mais, quand c'est effectivement pour faire des papiers, on a l'impression qu'on est là aussi... Qu'on sert un peu de gratte-papier [...] donc c'est pas toujours aussi valorisant que ne le voudrait peut-être la finalité », M16.

M2 fait également remarquer que pour lui, afin de valoriser ce parcours de soins toutes les spécialités devraient y être intégrées.

« Avec l'ambiguïté concernant la pédiatrie et la gynéco qui sont quand même une activité importante de notre exercice quotidien[...]on a bien compris les enjeux derrière, les difficultés que ça aurait créé côté spécialistes gynéco-pédiatre et côté patientèle si on avait interdit l'accès. C'était politiquement intenable, mais, justement ça n'a pas de sens d'avoir exclu ces deux spécialités parce que le sens du parcours de soins c'est identifier en premier recours le généraliste », M2.

Voilà donc l'avis de la première partie des interviewés. Pour l'autre moitié, ce parcours de soins véhicule une image globalement négative du médecin généraliste. Tout d'abord pour les raisons déjà évoquées ci-dessus, mais également parce qu'ils estiment que le dispositif du médecin traitant n'a pas permis d'améliorer auprès du grand public l'image que celui-ci se fait de leurs compétences.

« Celui qui sait c'est le spécialiste d'organes et le généraliste, bon, il soigne les angines, quand même dans la tête de beaucoup de gens », « L'histoire que je vais te raconter, c'est, ma fille [...] la maîtresse demandait, voilà, mon petit frère un problème de peau, il va voir le... Alors il fallait répondre quel médecin aller voir, le dermatologue [...] mon petit frère est malade il va voir le... Ma fille répond le généraliste, bien entendu, fille de médecin généraliste, et la maîtresse raye en rouge et met le pédiatre. Donc voilà. À aucun moment le généraliste n'était cité comme réponse », M6.

« Il y a beaucoup de gens qui considèrent que de toute façon, nous, on ne sait rien », M12.

« Pour définir le médecin généraliste, c'est celui qui fait les bons, et puis le spécialiste c'est celui soigne, ça oui, ça ça a marché », M15.

« On a foutu un îlotier, je fais la circulation, et franchement, les mecs ils ne sont pas là pour se garer [...] les gens ils n'ont pas idée d'obéir au médecin ! Ils savent mieux que toi, hein, ce que tu as à faire », M17.

Certains ont parfois l'impression que tous les problèmes entre spécialistes et patients leur retombent dessus.

« quand les gens ne sont pas contents, c'est ici qu'ils viennent râler », M12.

Mais cette dégradation n'est pas liée uniquement au parcours de soins coordonnés.

« C'est du à l'évolution de la société. C'est, là, les patients qui prennent rendez-vous, qui viennent pas, qui s'excusent pas... Oh c'est pas grave, j'ai pas, j'ai pas eu le temps d'aller au supermarché aujourd'hui, j'ai pas eu le temps d'aller chez le médecin », M3.

« Ce que je trouve mais je pense que ça n'a rien à voir avec le parcours de soins, c'est que les gens viennent faire leurs courses comme chez Leclerc, enfin, veulent en tout cas, veulent un rendez-vous comme si ils allaient chez le coiffeur, et c'est urgent. Voilà. Alors, considérés, par les patients, franchement, pas plus, mais c'est un phénomène de société plutôt qu'autre chose », M15.

Enfin M6 explique pourquoi selon lui cela ne revalorise pas le médecin généraliste et ce qu'on pourrait changer pour mieux y parvenir.

« Pour moi c'est un discours politique, c'est-à-dire que d'un côté on voulait dire aux généralistes ben voilà, vous êtes le pivot, mais ça ça fait longtemps qu'on nous le chante [...] Ça pouvait être une toute petite partie de la méthode pour mettre les soins primaires au centre du système de santé, mais il fallait faire bien autre chose à côté [...] au niveau de la formation initiale le nombre de médecins généralistes impliqués, je parle pas des maîtres de stage, mais au niveau du noyau dur du DMG, les postes il en faudrait beaucoup. Quand on regarde le nombre d'internes formés en médecine générale et le nombre d'enseignants qu'il y a, par rapport aux autres spécialités, on est encore loin du compte si tu veux », M6.

1.2. Un impact négatif vis-à-vis des spécialistes

En effet, l'ensemble des médecins interviewés au cours de l'étude estime que le parcours de soins coordonnés a dévalorisé la médecine générale par rapport à la médecine de spécialité, et ce pour plusieurs raisons.

L'image de la médecine générale n'est pas meilleure auprès de certains spécialistes qui pensent tout comme les patients que le passage par la case médecin traitant est juste un moyen pour le patient d'être mieux remboursé (2 médecins).

« Un feedback pas très positif de la part des dermatos...faudra demander à votre médecin, si vous voulez vous faire rembourser, voilà, enfin ils demandent une lettre », « si le spécialiste il voit arriver des gens qui ne sont pas de son, enfin, qui n'ont rien à faire chez lui parce que c'est quelque chose qui aurait très bien pu être pris en charge, il va pas avoir une image très très valorisée du médecin généraliste », M1.

« Ce que je ressens c'est que justement pour éviter d'avoir à faire payer les gens sans remboursement, ils insistent pour que les gens passent par nous, mais pas obligatoirement dans le sens qu'on soit un filtre incontournable », M2.

Les spécialistes se déchargent de certaines tâches administratives sur le médecin traitant pour un tiers des interviewés:

« L'histoire du cardiologue où il faut juste faire ordonnance. Est-ce bien utile, quoi ? On peut se poser la question quand on a un planning qui est déjà chargé, ils ont vu le cardiologue le matin, ils viennent l'après-midi, je veux juste l'ordonnance... Ça va parce qu'on a un réseau de spécialistes qui écrivent les courriers quasiment instantanément donc c'est... Mais des fois ils pourraient aussi faire l'ordonnance », M5.

« Des fois les gens, ils (les spécialistes) les ont vus, ils ont dit ce qu'il faut prescrire, mais ils ont pas fait l'ordonnance. Alors là, ça me gonfle. Je me dis qu'ils auraient pu la faire. Je pense qu'il y a des spécialistes, ils doivent se dire qu'ils ont pas le droit, c'est pas possible [...] Quand c'est pas l'arrêt de travail qui n'a pas été fait par le... Ça aussi. « Il a dit qu'il faut que vous me mettiez trois semaines »... La dernière fois c'était pour une entorse », « les demandes de cent pour cent [...] j'ai un petit bout de chou qui a une myopathie, et bien la pédiatre elle me dit qu'il fallait que je la fasse. Je croyais que c'était eux qui faisait. J'avais la notion, vaguement, que les enfants qui étaient hors parcours coordonné les spécialistes pouvaient faire », M7.

« Je pense qu'il y a une chose que ça a fait, ça a déresponsabilisé les spécialistes, par contre. Par ce qu'ils nous renvoient tout en bloc, en disant, allez voir votre médecin, il va vous prescrire ceci et cela », M14.

« Les spécialistes, ça les décharge parfois aussi d'un certain nombre de tâches administratives qu'ils n'ont pas envie de faire. Donc, l'arrêt de travail, voyez donc votre médecin, telle ou telle demande, voyez donc le médecin traitant. On a l'impression que ça les... Ça les soulage un peu aussi sur certains côtés, alors que, c'est pas la finalité », M16.

Enfin, sur un plan financier, quatre médecins estiment que la rémunération du parcours de soins n'est pas faite pour revaloriser la médecine générale, mais celle de spécialité.

« C'est nous qui passons du temps, finalement, à transmettre, à décortiquer le truc, et à expliquer par un courrier et en fait, c'est le spé qui a une majoration, quoi, donc c'est ça qui est pas très logique », M10.

« Le fait d'adresser quelqu'un à un spé, il est considéré comme requis et il a droit de coter 2C. Donc, pour les gens, ils sont toujours très surpris. Ce que j'essaie de leur expliquer, c'est que ça a d'abord été fait, c'est vendu concernant les médecins généralistes, mais c'est fait pour les médecins spécialistes. C'est mon avis », M12.

« Au niveau financier, pour nous, je ne pense pas que ça ait changé grand-chose, par contre, pour les spécialistes, comme ils font 2C », M15.

2. La relation médecin malade globalement conservée

Malgré un sentiment de la part des praticiens plutôt en faveur d'une dévalorisation du statut de médecin généraliste apporté par la réforme, ceux-ci estiment que la relation qui les unit à leur patients est la même que celle qui préexistait avant le parcours de soins. En effet, c'est ce que déclarent dix des dix sept médecins interrogés.

« Moi ça a rien changé, ça, ça... Au niveau de la relation, hein, ça a rien changé », M1.

« A part les cas là, que je disais initialement de gens qui viennent réclamer des lettres, auquel cas ça tend un peu la relation, après pour le reste... », M4.

« Je pense pas [...] ça change pas la dynamique de base », M5.

« Nous ça n'a pas changé ni notre façon de travailler, ni les rapports qu'on a avec les gens », M11.

« Pour ceux qui veulent pas fonctionner, qui veulent cacher, qui veulent escamoter. Mon dermato m'a dit que... Par contre, pour tout ceux qui ont besoin des soins, même avec des spés avec lesquels je suis pas toujours à l'aise, ça s'est amélioré », M17.

Deux médecins déclarent même qu'elle serait plutôt meilleure, notamment avec l'engagement que représente la déclaration de médecin traitant pour les adolescents, au moment du passage à seize ans.

« Le fait de signer, je choisis untel comme médecin traitant je trouve que ça solennise un peu la relation, ça formalise mais surtout ça lui donne un poids, un poids social [...] on le voit bien avec les ados, à 16 ans, c'est un acte important pour un ado, je signe ma feuille de choix de médecin traitant. Il y a quelque chose de, à mon avis important », M3.

« Ça [...] n'a pas changé grand-chose dans mon attitude ou dans l'attitude des gens si ce n'est ce passage au moment, justement, au moment de 16 ans. J'ai trouvé que ça pouvait être intéressant, justement [...] ça m'a permis d'introduire le fait que ben ils prenaient la décision de me choisir comme médecin, ça a réaffirmé la notion aussi, avant 18 ans, de secret médical et tout ça », M6.

Seuls deux médecins mettent l'accent sur les consultations de médecine générale dans le but de consulter un spécialiste qui dégradent légèrement la relation.

« C'est juste, voilà, pour ceux qui sont pas contents, donc ça fait une agressivité de plus à gérer », M10.

« Ça s'est modifié, mais il y a Internet, il y a tout ça. Alors, l'histoire du parcours de soins, je ne sais pas [...] ou modifié dans le sens où on dit, puisqu'on est obligé de venir vous voir, si on veut aller à tel endroit. Il y a le côté un peu négatif de la chose », M13.

3. Relations avec l'assurance maladie

Acteur essentiel du système de soins, nous nous sommes intéressés au début de ce chapitre à comment les rapports entre l'assurance maladie et les médecins généralistes intervenaient dans la prise en charge des patients. Nous nous intéresserons maintenant aux répercussions que ceux-ci peuvent entraîner, du point de vue des médecins généralistes, sur le vécu des praticiens au quotidien.

Sans surprise, on retrouve chez les médecins interrogés une proportion similaire déclarant avoir de bons ou de mauvais rapports. En effet, huit médecins estiment avoir de bons rapports avec l'assurance maladie. Pour certains, il en a toujours été ainsi.

« Moi les relations avec l'assurance-maladie... Depuis trois ans je travaille avec eux dans le cadre des groupes qualité [...] Ça permet de comprendre quand même plein de choses [...] enfin, c'est quand même deux mondes à part qui se connaissent mal et qui gagneraient à mieux se connaître », M1.

« On a de très bons rapports [...] Si j'ai un problème pour une transmission de feuille de soins j'ai un mail où je dois écrire [...] Il y a des contacts par services. C'est plutôt bien fait, je trouve qu'ils ont de bons rapports. On a une visite semestrielle, ou trimestrielle, je sais plus, d'un agent de la sécurité sociale qui vient nous présenter parfois nos statistiques, les nouvelles mesures, les conventions, donc on a de très bons rapports je trouve », M9.

« Moi j'aime bien, ouais. Franchement j'aime bien [...] les médecins-conseils, ils sont quand même sympas, il faut reconnaître qu'il y en a quand même quelques-uns qui ont quand même travaillé en libéral et qui savent comment ça se passe. J'en connais personnellement... Des gens qui sont ouverts et qui savent qu'on fait pas un métier facile », M12.

Pour d'autres ces rapports se sont même améliorés depuis la mise en place du dispositif du médecin traitant.

« Les échanges plus fréquents sont pas de ma part, sont de la leur. On est extrêmement sollicités, on est visités très régulièrement. Bon ils ont fait un effort de communication, je suis plutôt ouvert à ça parce que c'est vrai que c'est un organisme qu'on connaît mal. Bon, je suis pas obligatoirement d'accord avec tout [...] Maintenant dans le cadre, de votre question, des relations, j'ai plutôt de bonnes relations », M2.

« Il y a eu des périodes plus difficiles, là je trouve que les relations sont tout à fait correctes avec les médecins de la CPAM. On peut avoir des différents, on peut avoir des... Mais, non, j'ai vraiment pas de souci avec eux [...] il y a un échange, on peut prendre un téléphone, on peut argumenter, discuter, je trouve que c'est infiniment plus correct, peut-être, qu'à une certaine période », M16.

Cinq médecins déclarent que leur relations sont plutôt vécus comme une contrainte avec une dégradation de celles-ci ces dernières années.

« Depuis la réforme, je sais pas si c'est depuis la réforme mais je trouve qu'elles se dégradent, enfin elles se dégradent... Ouais elles se dégradent [...] On peut pas les joindre, on peut pas discuter, c'est, c'est très très compliqué », M4.

« Un fait très récent, au mois de juillet j'ai reçu un papier... Alors j'avais déjà vu donc cette personne sur les arrêts de travail, parce que je suis à priori un gros prescripteur d'arrêts de travail [...] là j'ai reçu, non plus la personne qui me disait ben voilà, vous êtes un peu haut, tout ça, mais qui avait été très, qui arrivait à relativiser les chiffres avec moi, là j'ai reçu un papier en disant que j'étais sous surveillance. À partir de juillet. Alors j'ai dit tiens, les choses se corsent [...] Alors je sais pas si ça fait parti du parcours de soins, mais, voilà », M6.

« De toute façon, on est contrôlés, par la CPAM, ça c'est sur... Parce qu'on a une petite dame qui passe, bon, qui est gentille, qui nous dit qu'on a prescrit trop d'antibiotiques ou on a fait des arrêts de travail, que ci que ça, donc on est contrôlés, hein », « mais on n'a pas tellement de relations directes avec la sécurité sociale [...] on sait pas trop ce qu'il se passe derrière notre dos », M7.

Enfin, quatre d'entre eux ont une impression plutôt mitigée.

« Autant la nouvelle convention là j'ai l'impression que ça modifie beaucoup de rapports,... Le parcours de soins en lui-même, non, j'ai pas ce sentiment-là, sauf les PIREs. La rigueur avec laquelle il faut écrire les PIREs, quelquefois un peu agaçant », M3.

« Le gros souci qu'on avait à un moment donné, c'est qu'on avait pas d'interlocuteur, on était obligé de passer par le standard général, le même que pour les patients, là. Alors maintenant ils ont mis en place une ligne [...] ça c'est quand même bien. Parce que avant

c'était quand même super galère. Et après, moi ce qui me pose problème c'est, bon, des soucis techniques de remboursement, ou alors ils nous imposent d'utiliser des trucs, mais ça marche jamais [...] enfin c'est des conneries, des détails, mais bon nous c'est notre quotidien quand même, dans la gestion du cabinet, avant on avait des relevés papier qui nous donnait les remboursements des tiers payants, et maintenant on les a plus. Donc c'est une économie pour eux, je comprends bien, mais on est censé les voir sur informatique, sauf que sur informatique n'apparaît que ceux de la CPAM, mais pas la MSA, le RSI, etc, et du coup on en a pleins en attente, on sait pas si ça a été réglé, on sait pas quand ça va être réglé », M10.

« Moi, il n'y a jamais eu de distension, enfin, de conflits ou de choses comme ça mais je trouve que c'est un peu étouffant, hein, quand on vient vous montrer les barèmes, les étoiles dans vos activités, les histogrammes par rapport aux confrères et le reste, c'est plus de la médecine libérale », M13.

4. Impact sur la charge de travail administrative

La charge de travail administrative est souvent considérée comme une dégradation des conditions d'exercice. Quel est le ressenti des médecins généralistes libéraux vis à vis de celle-ci depuis la mise en place du dispositif du médecin traitant ? Il se dégage de ces entretiens que sept de ces derniers estiment que le parcours de soins coordonnés en lui-même n'a pas fortement augmenté la charge administrative.

« La charge administrative ! C'est... Euh, non j'ai pas l'impression. Il y a plus une appropriation des outils informatiques au niveau de remplir les PIREs et tout ça, donc c'est un truc où il faut s'approprier un petit peu l'outil, c'est ça qui est un petit peu long, après, ça vient tout seul », M1.

« Au niveau des papiers, non, j'ai pas l'impression... Moi j'ai l'impression d'avoir de plus en plus de gens qui ont des pathologies complexes avec des demandes d'ALD, avec des demandes diverses [...] ma collègue en face elle fait surtout des jeunes où il y a peu d'administratif finalement à faire. Moi j'ai beaucoup plus d'APA à faire, d'ALD, j'ai l'impression de passer beaucoup de temps dans les papiers, dans les courriers et tout ça, mais est-ce que c'est plus qu'avant... Je sais pas, c'est pas si sûr », M6.

« Les ALD c'est toujours pareil, moi je vois pas de changement. Non, moi ça a été crescendo avec le développement de ma clientèle, mais je suis pas sûre que ça ait un lien avec le parcours de soins », M8.

« le parcours de soins ce sont ces courriers supplémentaires qui sont vraiment un peu ridicules pour par exemple, des verrues. Bon, c'est sans doute pas colossal, mais c'est toujours un petit plus », M16.

Huit médecins pensent au contraire que la charge de travail administrative a beaucoup augmenté en rapport avec cette mesure.

« C'est lié au parcours de soins, puisqu'à la fin, c'est nous qui faisons tout. Chacun va essayer de se défausser sur nous. L'hôpital, qui veut pas faire les arrêts, l'hôpital qui veut pas faire les bons de transport, les maisons de retraite ou plus personne ne fait de bons d'entrée sans que ce soit nous qui fassions des dossiers complets », M12.

« Ça fait donc longtemps que je suis installé maintenant, depuis 87 et j'ai quand même des patients très âgés qui sont lourds et donc, tous ces gens-là en ALD ça demande quand même pas mal de temps [...] une démarche énorme pour nous c'est tout l'APA, les maisons de retraite, et tout ça... Ce matin je viens de remplir encore deux », M14.

Trois d'entre eux trouvent tout de même cela en partie justifié.

« Elle a sûrement augmenté, alors j'espère un peu l'améliorer là avec la mise en ligne, l'accès en ligne avec la sécu, déclaration de médecin traitant, protocole PIREs [...] on a un temps qui est incompressible. Bon maintenant, certains s'en plaignent, moi je l'accepte parce que ça fait parti de notre travail, on serait à l'hôpital ça serait pareil, je veux dire, tout professionnel a un temps incompressible qui dépasse le simple temps de soins. Alors, est-ce que ça pourrait être délégué, j'en sais rien, c'est possible oui. Maintenant, voilà, ça fait parti de mes tâches », M2.

« Ben, du coup oui, pour les PIREs, mais dans la mesure où c'est quand même bien rémunéré, il faut bien le dire, du coup je les fais de moins mauvais gré. C'est un travail qui est rémunéré, si il est rémunéré c'est normal que je le fasse bien donc, donc c'est vrai que ça alourdit un petit peu... Bon ça alourdit de plus en plus au fur et à mesure qu'on avance dans la carrière avec le nombre de patients en ALD qui augmente », M3.

« On fait quand même beaucoup de courriers [...] je sais pas si j'en fais plus que j'aurais dû en faire,... C'est vrai qu'avant, les spécialistes pouvaient les faire, donc peut-être qu'on en fait plus, mais enfin bon [...] moi je trouve que c'est bien, que ce soit nous, finalement, qui le fassions, parce que du coup, ben on a la feuille avec nous, et on sait, voilà », M15.

Enfin, pour trois autres, plus qu'une augmentation de cette charge, c'est une complexification de celle-ci.

« Les gens se plaignent beaucoup, c'est pas tant beaucoup de papiers à faire, quoique, des fois on nous demande des trucs à faire de gens qu'on voit plus. Là ce qui a changé aussi c'est par exemple le renouvellement d'accidents de travail, un accident de travail ne peut être renouvelé que par le médecin traitant. C'est un peu, la demande d'ALD, elle ne peut être faite que par le médecin traitant, donc, c'est un peu casse-pieds, quoi. Parce que des fois, nous, on le voit pas, enfin on les voit pas tant que ça. Au sein d'un cabinet c'est celui qui le voit le plus qui fait la demande et puis c'est le médecin traitant qui signe », « Sur les

traitements de substitution de la dépendance aux opiacés, traitement de Subutex ou méthadone [...] je vois des gens pour des traitements, je ne suis pas le médecin traitant. Le médecin traitant ne sait pas, ou n'a pas prescrit ces traitements là depuis dix ans. Et c'est lui qui va signer », M4.

« par exemple les ALD, qu'il faut refaire tous les cinq ans. Pour moi c'est de la paperasserie inutile quoi, enfin... A priori un diabétique, je pense pas qu'il va guérir son diabète tous les trois ans [...] De la même manière, devoir recommencer le protocole en entier quand il a une nouvelle pathologie », M10.

5. L'avenir de la nouvelle convention

Enfin, nous terminerons ce chapitre en nous intéressant, comme nous l'avons fait au premier chapitre et pour les mêmes raisons, à la nouvelle convention de juillet 2011, dans le but de comprendre comment les médecins généralistes l'appréhendent en terme de retentissement, non plus du point de vue de prise en charge des patients, mais au niveau de leurs conditions d'exercice.

5.1. Une adhésion pas toujours consentie

A titre d'information, nous nous sommes intéressés à la façon dont les praticiens avaient été au courant de cette nouvelle réforme. Il apparaît que pour la majorité d'entre eux, ils en ont été informés et par les journaux médicaux, et par le biais de l'assurance maladie, que ce soit par les délégués de l'assurance maladie (D.A.M.), ou par courrier papier et informatique. Il apparaît également que la majorité d'entre eux a eu connaissance des informations avant la mise en place officielle du dispositif, soit le premier janvier 2012. Cependant, trois médecins déclarent qu'ils n'ont pris connaissance des modalités exactes qu'après cette date. C'est par exemple le cas de M8 : *« j'ai eu une visite au premier semestre... Je sais plus, premier semestre 2012, je sais plus quand elle est venue. Voilà, pour essayer de m'expliquer comment ça allait se passer. Et en fait, ce que j'ai compris, si on avait pas envoyé le papier, en fait on acceptait forcément ».*

Plusieurs médecins déclarent à ce sujet qu'ils déplorent comme le dit M3, le fait que *« pour la première fois on a pas reçu un document écrit qu'il fallait signer, envoyer »* et qu'ils pensent que *« il y a plein de collègues qui y ont adhéré sans le savoir [...] ils ont déjà signé par défaut »* et que *« c'est quand même un peu catastrophique ce système ».*

Outre le fait que trois médecins aient pris conscience après coup qu'ils avaient adhéré au dispositif, deux d'entre eux, ainsi que trois autres déclarent ne pas avoir eu le temps de se renseigner convenablement sur cette nouvelle convention

5.2. Le paiement à l'acte, un mode de rémunération à bout de souffle ?

Un autre aspect qui ressort de ces entretiens, même si, comme nous l'avons vu plus haut, la majeure partie des médecins critique la rémunération à la performance, du

fait des critères dit « de qualité » qui y sont associés, est que le paiement à l'acte n'est pas pour autant un mode de rémunération qui leur convient. C'est le constat fait par sept des intervenants, et ce quelque soit l'âge des personnes interrogées.

« L'argument essentiel qui m'a fait adhérer sans trop de restrictions en tout cas, c'est que ça enfonçait un coin dans le paiement à l'acte. Le paiement à l'acte, c'est le système le pire de toute façon [...] c'est aberrant quoi, plus on bosse et plus on bosse mal plus on est rémunéré. Il y a quand même quelque chose d'un peu bizarre », M3.

« Le paiement à l'acte, c'est pas mon truc, donc, déjà à la base. Mais je suis pas non plus que pour... Moi je pense qu'il faut un truc mixte, quelque chose qui soit un peu mélangé, et en particulier des forfaits. Des paiements au forfait. Mais des vrais paiements au forfait qui donnent aussi les moyens d'avoir un plateau », M4.

« Moi si on me disait demain je suis salarié de la sécu, pas de problème, je signe immédiatement. Par contre avec les contraintes qui vont pas avec. Mêmes horaires que la sécu,... », M5.

« C'est vrai que la rémunération à l'acte que nous avons, pour certains patients, honnêtement, c'est pas suffisant. Les patients lourds, comme je parlais tout à l'heure, qui nous prennent du temps, c'est vrai que c'est pas assez. Les patients plus dans la pathologie classique et courante, je dirais, ben oui, ça semble peut-être bien, les autres non », M16.

M10, par contre signale les dangers d'un tel système.

« ça va être remis en cause [...] tous les cinq ans, à chaque convention donc ça veut dire qu'on a par contre un financement... Si la part devient vraiment importante, ça peut quand même poser des problèmes au niveau de l'équilibre financier, parce que si on est pas sûr d'avoir une pérennité d'un certain chiffre d'affaires, on a quand même des charges qui changent pas. Donc on ne peut pas trop se permettre d'avoir des variations tous les cinq ans de manière très importante ».

5.3. Evaluer la pratique d'un médecin

Un autre problème soulevé par les praticiens au cours de ces entretiens concernant la nouvelle convention, est de savoir comment évaluer réellement les pratiques d'un médecin. Cinq d'entre eux signalent l'existence de biais au sujet des données recueillis par l'assurance maladie les concernant, qui ne sont pas toujours le reflet exact de leur pratique.

« On n'a jamais le temps d'aller voir dans le fond du problème pourquoi [...] on sait pas sur quels chiffres ils basent ça... En plus notre activité est identifiée, enfin, nos résultats sont identifiés à notre activité mais on a des remplaçants, on a des internes, donc on n'est pas

complètement le seul signataire de nos prescriptions. Donc ça a pas obligatoirement de sens même si c'est moi qui est identifié comme étant le prescripteur », M2.

« L'aspect que la pratique d'un médecin est considérée comme la pratique d'un seul médecin [...] en fait un médecin il a des remplaçants, il a des internes, et finalement qu'est-ce que ça reflète, ça reflète la pratique du cabinet... Au sein d'un cabinet de groupe le patient peut aller voir n'importe quel membre du cabinet de groupe, c'est le rôle d'un cabinet de groupe le remplacement. Du coup le médecin est honoré ou pénalisé sur des résultats qui concernent un patient qui n'est pas forcément son patient », M3.

« Sur les statines par exemple, si le cardiologue lui décide qu'il faut mettre une statine, ben, il faut le suivre, quoi. Moi j'ai un taux de statines génériques qui est catastrophique, après la cardio avec qui je travaille, elle met que du Tahor [...] je peux pas aller à l'encontre, surtout que les études elles montrent, enfin, il y a un bénéfice en tout cas prouvé, qui l'est pas avec les autres », M5.

« Je trouve que c'est beaucoup faussé [...] vous pouvez faire une prescription de médicaments sans prendre d'acte, on ne fait pas de télétransmission, par exemple, d'actes gratuits. Les caisses ne veulent pas. Donc déjà, quand après on vient vous... Estimez votre prescription, c'est, rapporté aux consultations, c'est déjà faussé par des critères comme ça », M16.

Trois autres médecins signalent encore que ce mode de rémunération, tel qu'il est défini actuellement par la nouvelle convention, correspond à une qualité envers des patients âgés, souvent polypathologiques. En d'autres termes, elle n'est pas adaptée aux jeunes médecins, qui ont souvent une patientèle plus jeune et ne percevront qu'une faible rémunération, alors qu'un médecin dont la patientèle sera constituée essentiellement de patients plus âgés sera considéré comme plus performant, même si tout deux exercent une médecine de qualité.

« Je ne serai pas trop concerné non plus, parce que j'ai pas assez de patients, de patients déclarés, quoi », « pour les patients en ALD, moi je vais pas être concerné. Il faut avoir au moins, je sais pas, quel pourcentage de patients ou nombres de patients diabétiques, peut-être vingt-cinq. Moi j'en ai même pas déclaré quatre ou cinq. Sinon, je vois les autres de mon collaborateur mais... Je vais pas leur dire, vous me déclarez, par ce que je vais avoir des points pour ma convention », M9.

« On peut voir correctement des gens jeunes et ne pas avoir une rémunération élevée. Et quelqu'un qui verra soixante patients par jour qui sont tous vieux, sera considéré comme super performant en ayant des critères de rémunération qui sont, qui seront beaucoup plus avantageux pour lui », « ça devrait intégrer le jeune, dès qu'il a seize ans », M12.

DISCUSSION

A) DISCUSSION SUR L'ETUDE ET LA METHODE

1. Intérêts de l'étude

1.1. Une étude originale

En effet, comme nous l'avions fait remarquer dans la problématique de ce travail, il existe peu de documentation sur la façon dont les médecins généralistes ont vécu et vivent encore aujourd'hui ce rôle de « médecin traitant », tel qu'il est défini par la loi du 13 août 2004 (et réaffirmé depuis par la convention de juillet 2011). De plus, les enquêtes réalisées jusqu'à présent l'ont été sur un mode quantitatif, par le biais de questionnaires. Il nous a donc semblé intéressant d'aborder le sujet en utilisant un mode de recueil des données qualitatif, dans le but de faire apparaître de nouvelles idées qui n'auraient pu être apportées par une enquête quantitative.

1.2. Un aspect indissociable de l'exercice quotidien

Le parcours de soins coordonnés fait à présent parti intégrante de la pratique de la médecine libérale, les médecins généralistes se retrouvant en première ligne. Comme en ont témoigné certains des médecins interviewés, il influence de façon quotidienne leur pratique. Il semble donc intéressant d'approfondir ce sujet compte tenu de son importance au sein de la communauté de la médecine générale, mais également de son influence sur la médecine de spécialité, celui-ci étant au cœur de l'actualité en ce qui concerne les politiques de santé.

2. Limites de l'étude

2.1. Limites liées à l'enquêteur

Ce travail de recherche est ma première expérience en matière d'enquête qualitative. Cela a pu influencer la construction du guide d'entretien, ainsi que la réalisation des entretiens eux-mêmes et l'analyse du discours. De meilleures connaissances sur un plan sociologique auraient pu m'aider à mieux m'orienter et structurer cette réalisation. En effet, il m'a parfois été difficile de recadrer l'entretien lorsque les interviewés s'éloignaient trop du sujet, ou de les relancer afin d'approfondir certains aspects. Cependant, ma technique s'est progressivement affinée au fur et à mesure de la progression de l'enquête.

De plus, de manière inhérente à la méthode qualitative, l'enquêteur ne peut jamais être totalement neutre dans sa relation avec l'enquêté. De par sa personnalité, ses opinions, son regard, il peut interférer dans l'échange et influencer le discours de l'interviewé. Dans ce cadre, je me suis efforcé de ne pas donner mon avis sur le sujet. Je me suis présenté comme médecin remplaçant effectuant un travail de thèse. Ce statut a

pu avoir une influence sur les propos recueillis. Cependant, je me suis abstenu de préciser que mon directeur de thèse était médecin de l'assurance maladie (sauf pour les trois premiers entretiens « tests »), afin de préserver une plus grande spontanéité du discours.

2.2. Limites liées aux médecins interviewés

Certains médecins ont pu avoir des difficultés à exprimer leur vécu et leur ressenti, ceci se traduisant par des réponses plus courtes. Je me suis cependant efforcé de les mettre à l'aise. Dans cette optique, l'ensemble des entretiens ont ainsi été réalisés dans des lieux qui leur étaient familiers (cabinet du médecin, salle de repos du cabinet et salle du DMG), et où il leur était plus facile de se positionner par rapport à leur fonction.

Cela dit, les entretiens réalisés au cabinet des personnes interrogées sont soumis aux contraintes du lieu, avec parfois des interruptions (coup de téléphone, ordonnance à remettre à une infirmière...), ainsi qu'aux contraintes de temps, lorsque ceux-ci ont été intercalés entre deux consultations, et de ce fait les réponses n'ont peut-être pas toutes été exhaustives. Cela n'a pas été le cas avec les entretiens réalisés en salle de repos ou au DMG qui n'ont pas été interrompus, et ont une durée supérieure à la moyenne.

2.3. Limites liées à la méthode

Afin de constituer notre échantillon, certains médecins ont été sélectionnés parmi nos connaissances ou les connaissances d'amis, dans le but d'obtenir plus facilement leur accord à participer à l'étude. Cela représente bien évidemment un biais, mais facilite par contre une spontanéité du discours. De plus, une autre partie de mon échantillon a été sélectionnée uniquement sur des critères géographiques, de mode d'exercice et de sexe, ce qui a permis d'obtenir une diversité de l'échantillon, lui permettant d'être exploitable dans le cadre d'une enquête qualitative.

Par ailleurs, la taille modeste de notre échantillon ne permet pas d'établir de données statistiquement valables et généralisables à une population plus large. Cependant, le but de la méthode qualitative n'est pas la réalisation de statistiques mais l'émergence d'hypothèses et de pistes de réflexion et permet d'apporter une plus grande diversité de réponses.

Un autre élément est que cette enquête analyse le ressenti, qui peut parfois être différent de la réalité, et que certains aspects peuvent également être modifiés par des facteurs extérieurs au parcours de soins coordonnés (c'est le cas par exemple pour la charge de travail administratif, qui est également corrélée à l'augmentation et au vieillissement de la patientèle, à laquelle se surajoute la réalisation de divers certificats de plus en plus envahissante). Mais ce biais est également présent dans les enquêtes quantitatives, l'analyse qualitative ayant l'avantage de permettre aux interviewés d'y apporter des précisions.

Enfin, concernant l'analyse des données, celle-ci est subjective et dépend de celui qui la réalise. Il aurait été plus pertinent que les données soient analysées par une autre

personne que l'intervieweur. Cela n'a pas été réalisé pour des raisons de complexité de mise en œuvre. Afin de limiter ce biais, je me suis efforcé d'illustrer mes propos par de véritables extraits des entretiens réalisés.

B) DISCUSSION SUR LES RESULTATS

1. Impact du parcours de soins coordonnés sur l'exercice quotidien de la médecine générale

1.1. Une officialisation bienvenue

En effet, comme l'ont constaté la majeure partie des médecins interrogés, ils n'ont pas l'impression que la loi du 13 août 2004 ait fondamentalement modifié leurs pratiques, ni leurs rapports à leur patientèle et aux confrères spécialistes. Ce constat est également retrouvé dans la littérature. Une étude de l'institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), publiée en 2007 (7), déclare que « le médecin traitant se substitue très souvent au schéma informel du médecin de famille » [...] « parmi les personnes ayant choisi un médecin traitant, 93 % ont déclaré avoir déjà un médecin habituel ou de famille », que « ce médecin a été choisi presque systématiquement (92 %) » et conclut que « le dispositif apparaît donc dans l'immense majorité des cas s'être superposé à l'existant ». Ce même constat est retrouvé dans une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), publiée également en 2007 (27), dans laquelle les médecins interrogés sont seulement de l'ordre de 30 % à 40 % à penser que le dispositif du médecin traitant a vraiment modifié leurs pratiques.

Côté patient, ce sentiment est également retrouvé puisque 82 % ont eu le sentiment d'une absence de changement dans leur suivi, soit plus de huit patients sur dix interrogés (7). Un travail de thèse réalisé en 2009 par M. Boissie (28) sur les expériences des patients concernant le parcours de soins coordonnés précise que ce sentiment est plus marqué encore pour les patients en ALD qui n'ont pas l'impression d'avoir modifié leurs habitudes depuis la réforme. Cette impression est également présente dans notre travail, seul un médecin ayant la sensation que le parcours de soins coordonnés ait pu apporter une amélioration dans la prise en charge des patients en ALD.

La première impression qui se dégage donc de notre enquête et de la littérature, est le sentiment pour les médecins et les patients qu'ils continuent de fonctionner globalement de la même manière qu'avant la mise en place du médecin traitant, même si comme l'ont fait remarquer certains des participants à notre étude, cette formalisation de quelque chose qui devrait être naturel leur semble positive. Il est toutefois intéressant de noter qu'il ne s'agit que d'un ressenti, car comme le faisait également remarquer M. Boissie au sujet des patients les plus âgés, même si une grande partie a « l'impression d'avoir toujours fonctionné selon le parcours de soins avant qu'il y ait une appellation », il existe « quelques incohérences entre leur paroles et leur actes » (28). Nous allons à

présent nous pencher sur les bénéfices que cette réforme semble tout de même avoir apporté aux praticiens dans le cadre de la prise en charge de leurs patients.

1.2. Communiquer entre professionnels de santé

L'adressage d'un patient par le médecin traitant à un spécialiste est l'un des points clés de la réforme de 2004. Nous nous sommes intéressés au cours de nos entretiens à la manière dont se passaient les échanges entre ces deux acteurs. L'ensemble des praticiens interrogés lors de notre travail déclarent faire systématiquement un courrier (principalement sur papier) lorsqu'ils adressent un de leurs patients au spécialiste, et le joindre régulièrement par téléphone en cas d'urgence, de nécessité d'un avis téléphonique ou pour accélérer une prise de rendez vous. Cela concorde avec les résultats retrouvés dans une publication de la DREES datant d'août 2008 (29), dans laquelle les généralistes déclarent faire un courrier papier dans 95 % des cas, et joindre le spécialiste une fois sur trois par téléphone ou par mail.

Par ailleurs, cette même étude précise que « le dernier compte rendu de consultation spécialisée reçu à leur cabinet est arrivé dans des délais satisfaisants pour assurer la suite de la prise en charge » (29), et que cette situation est encore plus satisfaisante (à 95%) pour les spécialistes libéraux. Il semble donc que la qualité des retours de la part des spécialistes soit très bonne à l'heure actuelle. Cependant, toujours selon les mêmes sources, seul un médecin sur trois estime qu'il est maintenant plus facile de connaître le parcours de soins de ses patients et que les retours de comptes rendus de spécialistes se sont améliorés. Ces chiffres sont pourtant contradictoires avec le fait que plus de la moitié des praticiens déclarent voir, depuis la réforme, des patients qui étaient auparavant pris en charge exclusivement par un spécialiste. Notre étude nous oriente d'ailleurs vers une amélioration puisque la grande majorité des médecins que nous avons interrogé déclarent que non seulement la qualité est meilleure, mais également qu'ils ont à présent des retours de certains spécialistes qui jusqu'à présent ne leur écrivaient que peu ou pas du tout. Et si trois médecins n'ont pas constaté de différence, aucun d'entre eux n'a noté de détérioration. Cette même constatation est effectuée en 2011 par C. Tayou Beugre au cours d'une étude quantitative réalisée dans le cadre d'un travail de thèse, dans laquelle les médecins généralistes interrogés déclarent « un meilleur retour des courriers des confrères spécialistes » (12)

Le choix du confrère est d'ailleurs très fortement conditionné par cet aspect, puisque « la dernière fois qu'ils ont adressé un patient à un spécialiste, plus de 80 % des généralistes disent avoir pris en compte l'habitude de travailler avec ces confrères et la certitude qu'ils les tiendront informés » (29). Seulement ensuite vient la réputation (70 %), la proximité géographique (65 %), le délai d'attente (50 %), le mode d'exercice du spécialiste (25 %) et la situation sociale du patient (11 à 19 %). Ces critères de décision sont également retrouvés dans notre étude. De plus, les interviewés ont cité la qualité de l'accueil du patient, qui peut être rattachée à la « réputation du spécialiste » mais en donne une notion plus précise. Ils ont également déclaré avoir parfois recours à tel ou tel

confrère en fonction des volontés du patient (nous parlons bien évidemment ici du choix du spécialiste et non de l'indication à aller le consulter).

Malgré ces progrès dans la communication entre médecins traitants et spécialistes, il persiste cependant un important problème de retours en psychiatrie. Un tiers des praticiens interrogés font ce constat, certains se plaignant de n'avoir presque jamais de courriers de la part de leurs confrères psychiatres sur l'évolution de leurs patients. L'étude de la DREES citée ci-dessus fait ce même constat : « parmi les généralistes [...] seulement 40 % disent pouvoir contacter facilement le secteur psychiatrique en cas de besoin et 22 % être régulièrement informés de la situation de leurs patients qui y sont suivis ». Même si, comme l'a fait remarquer M3, le fait d'être médecin traitant permet d'obliger les psychiatres « *à se considérer comme un médecin parmi d'autres* » et à leur répondre lorsqu'ils les appellent, par exemple pour remplir les protocoles de soins, il reste d'importants progrès à effectuer dans ce domaine.

1.3. Impact sur la qualité des soins

Il s'agit là d'un des autres objectifs principaux de la mise en place du dispositif du médecin traitant. L'impact dans ce domaine est difficile à mesurer et les différents avis sont parfois contradictoires. En effet, si dans une étude de la DREES parue en 2008 (30), concernant l'évolution des opinions des français en matière de santé, 75 % d'entre eux estimaient que le parcours de soins coordonnés avait contribué à améliorer la qualité des soins, avec une progression de 6 points par rapport à 2006, on retrouve dans la thèse réalisée par M. Boissie en 2009 la notion que « les patients ont du mal à évaluer l'impact de la réforme sur leur prise en charge, mais elle ne leur semble pas avoir été modifiée ». En ce qui concerne les médecins, on retrouve dans le travail de C. Tayou Beugre la notion que 65,8 % des médecins ne pensent pas mieux prendre en charge leurs patients depuis la mise en place du dispositif, et ce quel que soit l'âge des médecins interrogés. Même si cela signifie qu'un tiers a tout de même noté une amélioration, il est difficile d'évaluer cet impact de manière objective. En effet, face à la question « pensez vous mieux prendre en charge vos patients ? », certains généralistes pourraient être tentés de comprendre « êtes vous plus compétent depuis la mise en place du parcours de soins ? », et cela peut entraîner un biais au niveau des réponses que l'on comprend aisément.

Notre travail apporte sur ce point des éléments de réponses. Les praticiens que nous avons interrogés ont d'abord fait valoir le fait que lors du déclenchement d'un épisode de soins, le principe d'inciter les patients à consulter en premier recours le généraliste permet un adressage plus pertinent au médecin spécialiste, en adressant le patient vers la spécialité adaptée à ses besoins. Ils estiment également que cela permet aux médecins spécialistes de travailler dans de meilleures conditions, en recevant des patients relevant de leurs compétences. De plus, ils estiment que la centralisation du dossier du patient permet de diminuer la iatrogénie en rapport avec les prescriptions multiples, ainsi que de limiter la redondance de certains examens. Cette notion est

également retrouvée dans le travail de C. Tayou Beugre (12). Enfin, deux autres notions sont apparues au cours de notre étude. La première est que ce parcours de soins, par un meilleur suivi du patient, permet au médecin traitant de savoir avec une plus grande certitude si les patients ont consulté un spécialiste, cela diminuant le risque de non observance des consultations de suivi régulier, notamment dans les pathologies chroniques. La deuxième, comme le fait remarquer M9, est que cela permet au médecin de voir un plus grand nombre de pathologies pour lesquelles les patients allaient autrefois directement chez le spécialiste, et ainsi de mieux se former. Nous pouvons donc constater une amélioration sensible de qualité des soins depuis la mise en place du dispositif, à la fois indépendante et liée aux compétences des médecins.

Concernant justement ces compétences médicales, la loi du 13 août 2004 stipule que « Tout médecin, libéral ou salarié, doit s'engager dans une démarche d'évaluation individuelle de sa pratique professionnelle » (31). Il est intéressant de noter que dans ce cadre, seize des médecins que nous avons interrogé ont adhéré à une formation médicale continue (FMC) et/ou sont membres d'un groupe de pairs. Cela concorde avec les résultats obtenus par la DREES qui constatait en 2007 que 91,3 % des médecins des Pays de la Loire déclaraient participer à des FMC(27).

1.4. Une revalorisation de la médecine générale insuffisante

Assurer une perspective d'avenir aux médecins libéraux. C'est en ces termes que la convention médicale de 2005 aborde la valorisation, c'est-à-dire les intérêts (personnels et financiers) nécessaires à la pérennité d'un mode d'exercice en passe à une réelle crise des vocations (32).

1.4.1. L'aspect financier

Sur le plan financier, les médecins généralistes semblent penser qu'afin de valoriser leur travail, il faudrait améliorer la rémunération des médecins (12). Plusieurs des praticiens de notre échantillon vont dans ce sens. Ils précisent même que selon eux, la rémunération liée au parcours de soins coordonnés a été faite pour les spécialistes. C'est pourtant cette même convention médicale de 2005 qui instaurait le rôle du médecin traitant qui prévoyait une augmentation de la valeur du C, qui est passée de 20 à 23 euros de 2006 à 2012. A cela, elle ajoutait une rémunération liée aux ALD, des majorations pour les enfants et nourrissons, respectivement de 3 et 5 euros, ainsi qu'une aide financière à la transmission des feuilles de soins électroniques. De plus, un tiers des médecins ont bénéficié de l'aide du CAPI. Avec un nombre d'actes resté stable depuis la mise en place du dispositif (33) selon leurs déclarations, cela équivaut à une augmentation du chiffre d'affaire supérieure à 15 % en 6 ans. Devant ce sentiment de n'avoir cependant pas été valorisés sur un plan financier, il est légitime de se demander si ce point revêt réellement l'importance qui semble lui être accordé afin de valoriser l'exercice de la médecine générale.

1.4.2. Une revalorisation professionnelle à améliorer

En effet, lorsque nous avons abordé le sujet de la revalorisation de leur métier, c'est en tout premier lieu dans la grande majorité des cas à l'image de leur profession que les praticiens ont fait référence. Et sur ce point de vue, ils se divisent en deux catégories.

La première est partagée quand à la valorisation de leur travail. En effet, le parcours de soins coordonnés a permis pour certains patients de recadrer le domaine de compétences, mais nombreux encore sont les patients qui ne comprennent pas l'utilité de ce passage par le médecin traitant et considèrent le généraliste comme « un distributeur de tickets », continuant d'ignorer les compétences qui sont les siennes. Certains médecins vont même jusqu'à déclarer que cet avis serait partagé par certains spécialistes. Lorsque nous nous tournons vers la littérature, on constate qu'effectivement, « environ 70 % des médecins interrogés partagent l'idée que certaines consultations ont uniquement pour objet la délivrance d'une ordonnance d'accès au spécialiste, permettant au patient d'être mieux remboursé » (29). Du point de vue des patients, cette notion est également présente puisque même si 80 % d'entre eux consultent leur médecin traitant avant un spécialiste, près de 40 % ne jugent pas cela utile contre 60 % qui estiment que c'est important (34).

On peut se demander alors si le parcours de soins coordonnés a mieux défini les rôles entre la médecine de spécialité et la médecine générale. Un peu plus d'un tiers de notre échantillon le pense, ce qui correspond aux données retrouvées dans la littérature (environ 40 % contre 60 % qui pensent que les rôles étaient déjà définis avant l'instauration du dispositif du médecin traitant (29)).

Intéressons nous maintenant à la deuxième catégorie de nos interviewés. Celle-ci estime par contre que le parcours de soins coordonnés n'a pas permis d'améliorer l'image que se fait l'opinion publique de la médecine générale, d'une part du fait des éléments sus-cités, mais également car celle-ci était déjà mauvaise avant la mise en place du dispositif qui n'a pas réussi à changer les choses. De plus, certains ont la sensation que de par cette position de médecin traitant certains spécialistes se déchargent sur eux de leurs obligations administratives. M9 s'auto-qualifie de « *super secrétaire* ».

Mais pour plusieurs des médecins interrogés, ce regard porté sur la médecine générale n'est pas uniquement le reflet des politiques de santé, mais également l'évolution de la mentalité de plus en plus consumériste de nos concitoyens. M3 signale notamment que cette tendance est également constatée par ses confrères spécialistes.

Quelques pistes ont été proposées au cours de nos entretiens afin de valoriser cette discipline :

- tout d'abord, afin de permettre à la médecine générale d'accéder pleinement au statut de spécialité qui est officiellement le sien depuis quelques années déjà, il faudrait lui donner les moyens de développer la formation initiale, notamment en augmentant le

nombre de postes d'enseignants de manière comparable à celui des autres spécialités, ce qui n'est pas le cas actuellement en rapport avec le nombre d'étudiants qui y sont formés.

- ensuite, si la médecine générale doit s'imposer comme une médecine de premier recours, il aurait été naturel d'intégrer la gynécologie et la pédiatrie au dispositif du parcours de soins coordonnés. Exclure ces spécialités qui représentent une part importante de l'activité en médecine générale va à l'encontre de la philosophie première du rôle du médecin traitant, même si, comme le dit M2, « *on a bien compris les enjeux derrière, les difficultés que ça aurait créé côté spécialistes gynécos-pédiatres et côté patientèle* » et que « *c'était politiquement intenable* ».

- enfin, certains médecins pensent qu'une information du public, c'est-à-dire des patients, à grande échelle, sur le rôle que joue leur médecin traitant dans ce dispositif, ainsi que l'intérêt de ce dernier pour eux et la collectivité permettrait de mieux leur faire accepter le parcours de soins tout en valorisant ce passage par le généraliste, ainsi que son travail.

Dans la littérature, nous retrouvons cette notion de développer la formation initiale dans le travail de C.Tayou Beugre, les médecins interrogés exprimant le souhait de réformes du troisième cycle avec par exemple une durée de l'internat à quatre ans. La formation semble effectivement un bon moyen de valoriser l'exercice professionnel comme en témoigne une thèse réalisée sur la maîtrise de stage par E-M.Vivot qui conclut que cette activité a un impact positif sur l'image que se font les praticiens de leur exercice(32). Concernant l'intérêt d'une plus large information des patients par les pouvoirs publics, cette idée est également avancée par les médecins généralistes dans le travail de C. Tayou Beugre, tout comme par les patients qui expriment un besoin d'une information plus précise sur la réforme dans plusieurs publications (28), (7).

1.5. La relation médecin-malade inchangée

« Les patients attendent beaucoup de la qualité de la relation qui s'établit avec ceux qui les soignent », car « ce qui se passe entre un malade et un médecin est considéré par tout le monde comme un élément déterminant dans la qualité et donc l'efficacité des soins » (35). L'importance de cette relation est d'ailleurs citée comme principal motif dans le choix du médecin traitant par notre échantillon. Devant le constat que nous venons de faire concernant le sentiment des praticiens de médecine générale d'une absence de valorisation de leur travail aux yeux de la population, il paraît donc naturel de s'intéresser à cette relation entre les soignants et les soignés, dont les répercussions peuvent être conséquentes sur la qualité de la prise en charge et qui pourrait logiquement s'être détériorée de par ce sentiment négatif ressenti par les médecins généralistes au travers de leurs patients.

Il ressort cependant de notre étude que la relation médecin malade reste la même pour la grande majorité des praticiens que nous avons interrogés. Malgré un certain

agacement de leur part lorsque des patients les sollicitent afin d'obtenir un courrier pour un spécialiste dans le simple but d'être remboursés, celle-ci ne semble pas modifiée. Comme le fait remarquer M5, cela « *ne change pas la dynamique de base* ». Et même si deux médecins pensent qu'elle est un peu moins bonne depuis quelques années, il n'est pas évident que ce soit lié à la réforme du médecin traitant comme le signale M13. Pour deux autres praticiens, le parcours de soins coordonnés a permis de donner plus de poids à cette relation, notamment lors du passage à 16 ans où les adolescents doivent effectuer le choix de celui qu'ils souhaitent désigner comme médecin traitant.

L'enquête de C. Tayou Beugre révélait également que cette relation n'avait été modifiée dans un sens négatif que pour une minorité de praticiens. Cet avis est d'ailleurs partagé par les patients interrogés dans le travail de M. Boissie.

1.6. La charge de travail administratif

La partie administrative est souvent présentée par les médecins comme une contrainte de leur exercice. Nous nous sommes intéressés à l'impact qu'a eu sur ce point le dispositif du médecin traitant. Selon l'IRDES, près de neuf généralistes sur dix estimaient en 2007 que leur charge administrative avait augmenté suite à la mise en place de la réforme relative au médecin traitant, qui représentait deux cent quatre-vingt cinq minutes hebdomadaire, soit 4 heures et 45 minutes (36). La même proportion de médecins estimait cette charge augmentée depuis la réforme de 2004, soit 90,4 %, contre 0,8 % pour qui elle avait diminué et 8,8 % pour qui elle était restée stable, dans le travail de thèse de V.Régis. Mais si il paraît indéniable que la charge administrative a augmenté, quelle est réellement la part de cette augmentation imputable à la réforme du médecin traitant ?

Selon notre enquête, ce pourcentage semble dépendre de ce que l'on entend par les termes « augmentation liée à la réforme ». En effet, sept médecins de notre échantillon, s'ils constatent effectivement une importante charge de travail administratif, déclarent que celle-ci est plus liée à l'augmentation et au vieillissement de leur patientèle qu'en rapport direct avec les modifications apportées par la réforme. Cela représente plus de 40 % de notre échantillon, même si ce chiffre n'est pas interprétable compte tenu de la taille de celui-ci. Pour huit médecins, cette augmentation est liée au parcours de soins coordonnés, mais parfois de façon indirecte comme le constate M12 qui fait remarquer que de nombreux acteurs du système de soins renvoient les patients vers leur médecin traitant pour gérer les tâches administratives qu'ils pourraient également effectuer.

Enfin, deux autres notions sont apparues au cours de notre enquête. La première est que plus qu'une majoration de leur charge de travail administratif, la réforme de 2004 a complexifiée celle-ci, notamment pour la rédaction des formulaires d'ALD, lorsqu'il s'agit de patients qu'ils ne voient que très peu car suivis plus fréquemment par un autre médecin quelle qu'en soit la raison, ou l'obligation de refaire entièrement un protocole

de soins en cas de nouvelle affection exonérante se surajoutant à la première. La deuxième notion apparue est que certains médecins jugent cette surcharge de travail justifiée pour plusieurs raisons : une bonne connaissance du patient par son médecin traitant contribue à une meilleure gestion des dossiers administratifs le concernant, le traitement des protocoles de soins d'ALD (et donc le temps qui leur est consacré) est rémunéré depuis la mise en place du dispositif , et enfin le fait que dans tout travail médical il existe une part administrative incompressible que l'on doit accepter si l'on tient à effectuer celui-ci convenablement.

2. Les outils dans la coordination des soins

2.1. Les réseaux de soins

Egalement appelés réseaux de santé, ils sont de création récente pour la plupart, et connaissent des situations régionales contrastées par leur nombre, leur couverture géographique, leur organisation et ont des missions qui diffèrent d'une région à l'autre (29). La proportion de médecins généralistes déclarant y adhérer est de l'ordre de 31 % en Pays de la Loire. 72 % des généralistes adhérents pensent que les réseaux leur permettent d'améliorer leur connaissance des problèmes de santé des patients. Sur le plan de la coordination des soins, une proportion importante (de l'ordre de 60 %) estime que ces dispositifs renforcent la collaboration avec le milieu hospitalier, le secteur médico-social, et les spécialistes libéraux. En prenant l'exemple des réseaux diabète, on constate que plus de 70 % « des médecins qui y adhèrent expliquent leur participation en disant qu'il s'agit d'un problème de santé de première importance, mais aussi parce qu'il est nécessaire d'organiser la coordination entre les différents intervenants, pour travailler de manière moins isolée et pour permettre à leurs patients de bénéficier d'une prestation remboursée » (29).

Nous nous sommes intéressés au cours de notre enquête à l'utilisation que pouvaient avoir les médecins de Loire-Atlantique de ces réseaux, notamment dans le cadre de la coordination des soins. Dans notre échantillon, environ la moitié des médecins interrogés déclaraient adhérer à au moins l'un d'entre eux, les plus fréquemment cités étant effectivement le résodiab44 et le réseau respecticoeur. L'écart des proportions entre notre échantillon et la littérature pourrait s'expliquer par la faible taille de celui-ci, mais également par le fait que les médecins que nous avons interrogé présentent une proportion importante de praticiens investis dans la formation des internes de médecine générale, ce qui pourrait être possiblement un biais. De plus, les chiffres dont nous disposons se rapportent à la région et non au département. En ce qui concerne les raisons qui les poussent à utiliser ces réseaux de soins, trois motifs sont évoqués. Premièrement, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) qui est dispensée dans ces réseaux leur semble améliorer l'autonomie de celui-ci, avec pour résultat des patients « *qui se prennent mieux en charge* », tout en permettant aux médecins de se former également à l'ETP. Deuxièmement, certains pensent que cela permet un meilleur

suivi du patient, tout en sachant qu'ils ont un interlocuteur référent à qui ils peuvent s'adresser lorsqu'ils souhaitent obtenir des informations complémentaires sur leur patient. Troisièmement, cela permet comme nous l'avons déjà abordé plus haut une meilleure coordination entre les divers intervenants, qui peuvent être choisis selon les besoins du malade.

La seconde moitié de notre échantillon déclare par contre ne pas avoir recours aux réseaux de santé, car ils n'ont pas l'impression que cela pourrait apporter une aide dans la prise en charge de leurs patients, mais également du fait du temps nécessaire aux formations, qui leur semble trop important compte tenu de leur emploi du temps déjà très chargé. Et seul un médecin a notifié qu'elle avait déjà eu de mauvaises expériences avec des réseaux, mais plus anciens que les réseaux de santé actuels. Deux médecins font également remarquer que s'ils n'ont adhéré à aucun réseau, ils sont demandeurs de plus d'informations sur le sujet.

Comme nous l'avons vu, la majeure partie des médecins adhérents à un ou plusieurs réseaux de soins, dans notre étude comme dans la littérature, semblent y trouver un bénéfice. Par contre, lorsqu'ils ne sont pas adhérents, « ils sont deux fois moins nombreux à estimer bien identifier les missions de ces structures et à considérer qu'elles peuvent s'intégrer dans leurs pratiques (29) ». Il semble donc que les médecins réticents à y adhérer le soient en partie par méconnaissance du fonctionnement de ces structures et qu'une plus ample information, dont certains sont demandeurs, soit nécessaire auprès des praticiens si l'on souhaite développer cette activité, le principal problème résidant dans la manière de transmettre cette information en tenant compte des contraintes de temps liées à l'exercice de la médecine générale.

2.2. Informatique et suivi du patient

En 2007, 85 % des médecins généralistes déclaraient être informatisés (27). Un rapport de l'IRDES de 2001 évaluait l'utilisation qu'ils font de l'outil informatique (37). Concernant les alarmes thérapeutiques et préventives intégrées à leur logiciel métier, 67 % des médecins généralistes déclarent les utiliser (soit deux fois plus que les spécialistes), dont 81 % se disent satisfaits ou très satisfaits de ce module. Pour quatre médecins sur cinq, il s'agit d'alarmes personnalisées, en modifiant les paramètres prévus par défaut dans le logiciel, et un sur cinq utilisant les alarmes programmées automatiquement dans celui-ci. Par contre, concernant les guides de bonne pratique, seuls 15 % des médecins s'en servent sur support informatique, et semblaient avoir peu d'attentes sur le sujet, mais deux médecins sur trois déclaraient consulter des bases de données et des sites par le biais d'internet (alors que l'utilisation de journaux professionnels est citée par 85 % des médecins). Seuls 16 % déclaraient utiliser des standards pour la transmission d'examens biologiques, le frein principal à cette utilisation étant la faiblesse de l'équipement des laboratoires, et 27 % utilisaient le transfert de données numérisées (comptes rendus d'examens, transfert d'images pour demander un avis à un confrère,...)

Dans notre échantillon, même si l'informatisation du cabinet paraît s'être généralisée (l'ensemble des médecins que nous avons interviewés étaient informatisés), l'utilisation de l'informatique semble être toujours relativement limitée. En effet, afin de communiquer avec les spécialistes, seuls sept médecins de notre échantillon déclarent utiliser des logiciels de transmission cryptée des données pour les comptes rendus d'examens, et trois d'entre eux ne sont pas pleinement satisfaits de leur utilisation. Les principales critiques sont une utilisation complexe, ne permettant pas de gagner de temps, et l'absence d'uniformisation des logiciels. Le risque de perte ou de vol de données n'est par contre pas évoqué par les praticiens que nous avons interviewés. Sept médecins déclarent par ailleurs ne jamais avoir recours à la voie électronique pour communiquer avec les médecins spécialistes. De même, même si la question n'a pas été posée explicitement, seuls deux médecins ont déclaré spontanément avoir recours aux logiciels de transmission d'examens biologiques, contre quatre qui ne s'en servent jamais. Concernant l'utilisation de l'espace professionnel mis à disposition par l'assurance maladie, la moitié des médecins l'ont évoqué lorsqu'on leur a posé la question de savoir quels outils informatiques ils utilisaient. Son utilisation semble donc répandue, mais la grande majorité des praticiens se plaint de nombreux problèmes de maintenance informatique, avec un risque de perte ou de non transmission des données. De plus, certains estiment que le fait de remplir les documents administratifs est plus chronophage que lors de l'utilisation de la version papier. Enfin, certains médecins de notre échantillon déclarent utiliser les alarmes de leur logiciel métier ainsi que le recours aux bases de données disponibles sur internet.

D'après notre étude, il semble donc que malgré une informatisation à l'heure actuelle de plus en plus présente au sein des cabinets de médecine générale, les différentes possibilités qu'elle pourrait offrir restent encore aujourd'hui très en dessous de ce que l'on serait en droit d'espérer. Afin d'obtenir une optimisation de ces possibilités, il conviendrait donc, selon l'opinion des praticiens de notre échantillon d'uniformiser les différents logiciels existants, logiciels métiers mais également de transmission des données. Des efforts semblent être faits dans ce sens puisque la convention de 2011 prévoit une homologation de certains logiciels métiers, mais des efforts plus importants doivent être poursuivis. Il faudrait également une réflexion sur la manière de simplifier l'utilisation des logiciels de transmissions électroniques des données.

2.3. Rapports avec l'assurance maladie

Dans le parcours de soins coordonnés, l'assurance maladie joue un rôle essentiel puisque c'est entre elle et les syndicats de médecins que sont signées tous les cinq ans les différentes conventions médicales. Dans le travail de V. Régis (33), réalisé en 2006, 96 % des médecins disent ressentir une pression de la part des caisses de par l'augmentation du travail administratif, 70 % du fait des appels de la sécurité sociale (de façon plus importante lorsque l'âge des médecins augmente), et 60 % à travers les bilans

trimestriels. De son côté, l'assurance maladie reconnaît que « la relation médecin/régulateur des dépenses revêt un caractère particulier, lié à la nature de la profession médicale qui a une éthique, à la nature du bien soin qui se caractérise par l'incertitude, et à l'aspect administratif du régulateur et au pouvoir d'autorité qu'il exerce », et déclare que « le processus de coordination entre médecin et régulateur doit prendre en compte les caractéristiques intrinsèques propres à l'offre et la demande de soins afin de concilier les aspects éthique, économique et de bien être social » (38).

Au cours de notre étude, nous nous sommes intéressés à la notion de pression que certains médecins déclarent effectivement ressentir, mais également à la nature des relations qui sous-tendent ce partenariat. Contrairement à l'étude de 2006, la proportion des médecins de notre échantillon déclarant avoir de bon rapports confraternels avec les médecins conseil et le personnel administratif de l'assurance maladie est de l'ordre de 50 %, même si nous ne pouvons extrapoler ces données compte tenu de la taille restreinte de la population que nous avons observée. Ceux-ci déclarent que la qualité de cette relation leur permet d'obtenir plus facilement une aide, principalement d'un point de vue administratif, dans la prise en charge de leurs patients. Un tiers de notre échantillon déclare par contre constater une dégradation des relations avec les organismes d'assurance maladie, notamment de par les contrôles effectués induisant un sentiment de diminution de leurs libertés, et par la sensation d'une baisse de volonté de servir l'intérêt du patient. Compte tenu de la taille restreinte de notre échantillon, il est impossible d'évaluer si l'âge des praticiens et l'ancienneté de l'installation ont une influence sur ce sentiment comme semble le démontrer l'étude de V. Régis. Cependant, on peut constater que le fait d'avoir de meilleurs rapports avec les caisses d'assurance maladie semble lié à la fréquence et la qualité des rapports entretenus entre les deux parties. En effet, les médecins ayant un avis négatif sont ceux déclarant avoir des difficultés à joindre ou communiquer avec l'assurance maladie, alors que M12, par exemple, qui dit entretenir des liens d'amitié avec des médecins-conseils, ou M1, qui travaille avec eux dans le cadre de groupes qualité, déclarent avoir de meilleures relations. M1 nous dit d'ailleurs que « *ça permet de comprendre quand même plein de choses* » et qu'il s'agit de « *deux mondes à part qui se connaissent mal et qui gagneraient à mieux se connaître* ». Plusieurs médecins parmi ceux que nous avons interrogés constatent un effort de communication de la part des caisses, et y sont globalement favorables. Dans cette logique, pour assurer la réussite du programme de maîtrise des dépenses, l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) s'est engagée depuis 2004 dans la construction d'une relation stable avec les médecins (38), notamment avec la création des DAM, ou la sensibilisation des internes de médecine générale sur les problèmes de maîtrise médicalisée des dépenses de santé en introduisant des journées de formation au sein de l'assurance maladie lors du troisième cycle des études médicales.

En conclusion, nous pouvons en déduire que si les avis des médecins divergent concernant la pression exercée par l'assurance maladie au cours de leur pratique quotidienne, une plus grande implication des praticiens libéraux envers les objectifs fixés par les caisses passe nécessairement par une meilleure communication entre eux, en introduisant une discussion permettant à chacun de ces « *deux mondes* » de mieux s'appréhender.

3. Les patients dans le parcours de soins coordonnés

Cette partie s'intéresse à la façon dont les médecins perçoivent le vécu des patients. Sa portée reste donc limitée puisque nous n'avons pas interrogé directement les principaux intéressés. Nous pouvons cependant en tirer quelques informations intéressantes.

3.1. Une large adhésion au dispositif du médecin traitant, mais dont l'enjeu est mal compris

Le parcours de soins coordonnés semble avoir été adopté par la majorité de la population. Dans une étude de l'IRDES publiée en 2007, il était constaté que huit personnes sur dix avaient déclaré leur médecin traitant, et que seul 5 % des assurés restaient réfractaires à ce dispositif, le reste n'ayant pas eu, au moment de l'enquête, l'occasion de consulter (7). Cependant, en mars 2010, le taux de déclaration de médecin traitant n'avait pas changé puisqu'il était de 78,90 % pour les bénéficiaires de plus de 16 ans, selon les chiffres de l'assurance maladie (39).

Concernant les patients évoluant hors parcours de soins, il s'avère qu'en 2009, 20 % des patients déclaraient encore ne pas consulter leur médecin traitant avant de consulter un spécialiste (34). Ils sont majoritairement représentés par les jeunes patients, les actifs et les ménages aisés (34). Le niveau d'étude élevé semble également favoriser les consultations hors parcours de soins (6). Dans notre échantillon, les patients perçus par les praticiens comme évoluant hors parcours sont en tout premier lieu les patients ayant un rapport très éloigné au système de soins, consultant très rarement, c'est-à-dire ceux qui en ont le moins besoin puisqu'ils sont en bonne santé, ainsi que les jeunes patients. Puis ils citent les patients à faible niveau intellectuel n'ayant pas compris l'intérêt du dispositif, les patients ressentant une diminution de leur liberté, les ménages aisés et les hypochondriaques. Ils parlent également des patients qui ayant déménagé n'ont pas encore fait le changement de médecin traitant, et des patients qui ne peuvent pas avoir de rendez vous immédiat avec leur médecin traitant. Les actifs et bénéficiaires de la CMU ne sont cités qu'en toute dernière position.

Il apparaît ici une catégorie de patients qui n'est pas prise en compte par les études, qui analysent principalement le mode d'accès aux spécialistes, ce sont les patients consultant un autre médecin généraliste que celui avec qui ils ont signé la déclaration de médecin traitant, souvent lors d'« urgences » ressenties par le patient, comme par

exemple la nécessité d'obtenir un certificat de non contre indication à la pratique sportive pour le match de football du lendemain, mais cela peut également être dans le but d'un second avis (les patients ayant déménagé ne sont pas à proprement parler hors parcours puisqu'ils peuvent être considérés hors résidence). Cependant, comme l'ont notifié plusieurs médecins de notre échantillon, certains patients théoriquement hors parcours sont remis dans le parcours de par le codage de la feuille de soins.

Un autre point intéressant sur le sujet est que les praticiens que nous avons interrogés ont l'impression que les patients hors parcours ne représentent qu'une infime partie de la patientèle. Cette différence avec les 20 % retrouvés dans la littérature pourrait trouver deux explications. La première est que les praticiens interrogés ne sont pas conscients du comportement de certains de leurs patients. La seconde est qu'il s'agit de patients effectivement très peu malades, donc consultant globalement peu et représentant effectivement une part relativement faible non pas en terme de valeur absolue, mais en termes de nombre de consultations. Ces deux hypothèses reflètent probablement d'ailleurs chacune une part de vérité.

Nous allons à présent revenir sur la compréhension du dispositif par les patients. Selon un rapport de TNS Sofres réalisé en mars 2006 par l'assurance maladie, 94% des personnes interrogées savent ce que c'est d'avoir un médecin traitant déclaré. Ce rapport en conclut que « les assurés ont bien compris le nouveau dispositif et ont adopté rapidement le parcours de soins dans leur grande majorité » et que « non seulement ils connaissent bien le dispositif, mais ils le mettent en pratique » (40). Or comme en témoigne la majeure partie de notre échantillon, s'il semble que les patients aient bien compris leur intérêt financier à déclarer un médecin traitant, ils n'en retiennent que l'aspect de contrainte. Quatre des médecins interrogés développent d'ailleurs cette idée en affirmant qu'il ne leur semble pas y avoir de la part des patients une réflexion plus poussée sur la nécessité et les enjeux de ce parcours. Lorsque l'on s'intéresse à la littérature, on peut d'ailleurs constater ces difficultés de compréhension de plusieurs manières. La thèse réalisée par M. Boissie sur les expériences des patients concernant le parcours de soins coordonnés concluait qu'il existe une discordance « entre ce que les patients croient savoir et savent réellement », et que la réforme dans sa globalité est mal appréhendée, les patients n'évoquant que partiellement ses objectifs en les limitant à l'aspect financier (28). De plus, dans l'étude de la DREES portant sur l'évolution des opinions des français en matière de santé et d'assurance maladie entre 2000 et 2007, 68 % d'entre eux déclarent soutenir la mesure du parcours de soins, mais seuls 35 % déclarent trouver normal le fait d'être moins remboursé en passant directement chez un spécialiste sans consulter un généraliste auparavant(30). Cette surprenante contradiction au sein d'une même étude, c'est-à-dire au sein de la même population, dénote l'absence de compréhension réelle du dispositif instauré par la loi du 13 août 2004 et l'absence de réflexion que peuvent avoir les assurés à ce sujet. Un autre élément démontrant que les patients connaissent mal le dispositif est que lorsqu'on les a interrogés sur les raisons qui

les ont poussés à choisir un médecin traitant, 82 % ont déclaré l'avoir fait car c'est obligatoire, ce qui n'est pas le cas, contre 44 % seulement pour ne pas être pénalisés dans le remboursement.

Une information plus importante de la part des pouvoirs publics, et peut-être également des médecins, sur cette mesure, semble donc nécessaire à sa meilleure acceptation de la part des patients, en passant par une communication accrue sur les objectifs de santé publique et de prise en charge du patient dont le dispositif se veut le garant, qui heureusement, ne sont pas qu'économiques. Comme cela a déjà été évoqué plus haut, cela permettrait également de revaloriser le rôle du médecin traitant.

3.2. Le problème de la démographie médicale

On entend fréquemment parler de problèmes de démographie médicale, notamment en zone rurale, même si celle-ci est stable depuis une dizaine d'années sur un plan national en termes de densité (41). En Pays de la Loire, celle-ci est inférieure de 15 % à la moyenne nationale (42). Cependant, dans le département de Loire-Atlantique où nous avons mené notre étude, la densité des médecins généralistes en activité régulière est approximativement la même que sur l'ensemble du territoire (142 contre 147 médecins généralistes pour 100.000 habitants), et celle des spécialistes est supérieure (166 contre 137 médecins spécialistes pour 100.000 habitants) (43). 49,7 % de ces médecins exercent en libéral uniquement et 8,1 % en mode mixte. Ces chiffres sont proches de ceux de la moyenne nationale, respectivement 47,1 % et 10,3 % (43). Cependant, si la densité médicale est restée stable ces dernières années, on constate également un vieillissement de la population des praticiens. Cette diminution proportionnelle du nombre de jeunes médecins par rapport aux plus âgés est liée à l'instauration du *numerus clausus*, avec de nombreux départs en retraite dans les années à venir. Cela risque d'entraîner des déficits au niveau des effectifs médicaux jusqu'en 2020, (date à laquelle ils devraient croître de nouveau du fait du relèvement sensible du *numerus clausus* intervenu tout au long des années 2000) (41). De plus, les jeunes médecins travaillent en moyenne 2 à 4 heures de moins que leurs aînés (27).

Si nous nous intéressons ici à la démographie médicale, c'est parce que les médecins de notre échantillon sont plusieurs à déclarer, lorsque nous les interrogeons sur les raisons par les patients du choix du médecin traitant, que certains d'entre eux font ce choix par défaut, c'est-à-dire qu'ils choisissent les médecins qui sont encore « disponibles comme médecin traitant », souvent après avoir essayé auprès de plusieurs médecins généralistes. Certains des médecins interrogés déclarent devoir refuser de signer la déclaration avec de nouveaux patients car leur patientèle est déjà très importante, et qu'en accepter de nouveaux nuirait à leur disponibilité pour ceux qu'ils ont acceptés, et donc à la continuité des soins. Cela limite donc en partie la liberté de choix des patients, mais permet surtout de confirmer un déficit en médecins (ou du moins, comme le fait

remarquer M3, « *un déséquilibre entre l'offre et la demande* »), qui devrait s'aggraver dans les années à venir dans une région qui semble pourtant bien dotée

3.3. Impact du parcours de soins coordonnés sur les inégalités d'accès aux soins

Nous avons également demandé à notre échantillon leur avis sur l'égalité d'accès aux soins du fait de la réforme du médecin traitant. Avant sa mise en place, la probabilité d'entamer un épisode de soins était plus faible pour les 30 % de personnes qui se situaient au bas de l'échelle des niveaux de vie et les premiers recours des 10 % de ceux qui avaient les plus faibles niveaux de vie étaient davantage orientés vers la médecine générale. Mais au-delà du déclenchement de l'épisode de soins, ni le type de premier recours ni l'existence ultérieure d'un deuxième recours ne semblent, toutes choses égales par ailleurs, influencés par la couverture complémentaire du patient (44). Depuis la mise en place du dispositif, les études montrent que six français sur dix estiment qu'il existe des inégalités dans l'accès aux soins. Cependant, ce chiffre est stable par rapport à avant la réforme. Il est également intéressant de constater que cet avis est principalement celui des plus diplômés et non celui des classes les moins aisées de la population.

Sur l'ensemble des médecins interrogés au cours de notre étude, 16 sur 17 estiment que le parcours de soins coordonnés n'a pas modifié l'accès aux soins des personnes les plus pauvres, même si certains constatent tout de même certains patients pour qui l'accès aux soins est limité par le côté financier, mais sans rapport avec le dispositif. Un médecin fait cependant remarquer que le fait d'avoir supprimé le médecin référent et donc le tiers payant complet a pu limiter non pas le recours à un deuxième avis, mais le déclenchement de certains épisodes de soins. Toutefois, comme nous l'avons vu dans les généralités, compte tenu de la faible adhésion au dispositif du médecin référent, cet impact n'est probablement que minime, et en ce qui concerne la probabilité d'un second recours, tous les praticiens s'accordent à dire que la réforme ne l'a pas modifiée.

4. Impact sur les dépenses de santé

4.1. Le renoncement au spécialiste

Quatre raisons peuvent pousser l'assuré à différer ou renoncer à consulter un spécialiste du fait du parcours de soins coordonnés : le refus d'orientation du médecin traitant ; le coût financier supplémentaire induit par la nécessité de procéder à deux consultations ; le temps perdu lors de la consultation du médecin traitant ; enfin le coût financier supplémentaire associé à un accès direct. Cependant, seule une personne sur vingt (5 %) déclare avoir renoncé à consulter un médecin spécialiste depuis la réforme du médecin traitant, et le taux de personnes ayant renoncé pour des motifs directement liés à la réforme est lui de 3,7 %. Par contre, le renoncement au spécialiste est augmenté de 40 % chez les gens ayant déclaré un médecin traitant (7).

De notre côté, les médecins de notre enquête déclarent également qu'ils ont réussi à limiter certaines consultations de spécialistes dont les motifs relevaient de la compétence du médecin généraliste. Ce constat semble particulièrement important en ce qui concerne la dermatologie, puisqu'elle est citée par quinze des interviewés, mais relativement faible dans les autres spécialités. Certains ont tout de même cité l'ORL, la Gastro-entérologie, la radiologie, et l'urologie, mais dans des proportions très inférieures. La cardiologie, la pneumologie ou la plupart des spécialités chirurgicales ne sont jamais citées. Selon une étude de l'IRDES réalisée en 2008, il existe effectivement une diminution importante de l'accès direct en tout premier lieu en dermatologie, mais également en ORL, et dans de moindres proportions en psychiatrie, cardiologie et radiologie (20). Peu d'évolution par contre en rhumatologie, pneumologie, chirurgie et endocrinologie.

Il semble donc que le parcours de soins coordonnés ait eu un impact en diminuant le nombre de consultations spécialisées injustifiées, et que les patients se réfèrent à présent plus fréquemment à leur médecin traitant avant de consulter un spécialiste.

4.2. Des conséquences mitigées sur un plan financier

4.2.1. Des économies remises en doute

Nous venons donc de voir que la réforme du médecin traitant semble avoir eu, du moins en partie, l'effet escompté sur la réduction des consultations de spécialité dont les motifs peuvent être réglés en médecine générale. Cela permet-il pour autant des économies sur le budget global de la sécurité sociale. Les praticiens interrogés sont beaucoup plus dubitatifs sur le sujet.

En effet, ils ont exprimé au cours des entretiens le sentiment que si le dispositif du médecin traitant a permis de faire diminuer certaines dépenses, il en a par contre augmenté d'autres. C'est le cas notamment des consultations spécialisées dans le cadre de ce parcours de soins, les médecins correspondants ayant le droit de coter plus cher la consultation lorsque le patient est adressé par son médecin traitant, ce qui leur semble augmenter le coût de la médecine de spécialité même si le nombre d'actes a globalement diminué. De plus, certains déclarent que certaines consultations de médecine générale n'ont pour but que la délivrance d'un courrier afin de consulter le spécialiste de leur choix sans être pénalisés financièrement, augmentant ainsi le coût de la médecine générale. Dans la littérature, la proportion de médecins généralistes ayant également ce ressenti est évaluée à 70 % (29).

Il convient toutefois de prendre ces informations avec une certaine réserve. Premièrement, dans la plupart des cas où le patient se présente avec l'unique désir d'obtenir un courrier, et si celui-ci leur semble justifié, les médecins interrogés déclarent fréquemment ne pas prendre d'acte. Deuxièmement, cette demande s'effectue souvent au cours d'une consultation pour un tout autre motif, ne générant donc pas d'acte supplémentaire. Dans l'étude de V. Régis sur le vécu de la réforme de l'assurance maladie

2004 par les médecins généralistes dans la région Midi-Pyrénées (33), 77,7 % des praticiens interrogés déclarent que leur nombre d'actes est resté stable suite à la mise en place du dispositif du médecin traitant, 11,5 % qu'il a augmenté, et 10,8 % qu'il a diminué. Il semblerait donc que malgré l'impression de certains médecins généralistes, la réforme n'ait pas modifié de manière conséquente le nombre de consultations de médecine générale.

4.2.2. Un parcours difficile à faire respecter

En parallèle aux constatations faites ci-dessus, un autre paramètre est à prendre en compte lorsque l'on cherche à savoir si le parcours de soins coordonnés a réellement eu un impact sur les dépenses de santé. En effet, le fait qu'un patient soit ou non dans ce parcours est au final déterminé par le codage des médecins sur la feuille de soins, et il apparaît qu'une proportion non négligeable de patients qui aurait dû théoriquement se retrouver exclus du parcours ne le sont pas en définitive.

Tout d'abord, de par le comportement de ces mêmes patients, qui insistent fréquemment auprès de leur médecin traitant pour obtenir un courrier visant le remboursement d'une consultation spécialisée dont ils sont à l'origine, parfois même après que cette consultation ait déjà eu lieu. Les médecins de notre échantillon ressentent effectivement une pression de la part de certains de leurs patients dans ce sens. Plusieurs des praticiens font également remarquer que si le médecin traitant refuse ce type de démarche, ce qui est le cas de certains, le patient reste libre d'en changer pour un autre plus conciliant. M17 déclare à ce sujet que « *ceux qui veulent fonctionner comme ça, ça a tout à gagner, parce que du coup tu leur a donné les moyens de se prémunir d'un point de vue légal* ». On retrouve cette même constatation dans le travail de thèse de C. Tayou Beugre dans lequel certains praticiens exprime le fait que « les lettres sont inutiles car les patients ont déjà pris les rendez-vous chez les spécialistes avant les consultations ou ont consulté en accès direct et demandent un courrier pour un remboursement total » (ref). Le travail de V. Régis semble cependant indiquer que cette réalité est d'autant moins fréquente que le médecin est âgé (exception faite des plus de 60 ans), traduisant probablement la difficulté des plus jeunes à s'opposer à leurs patients. Le fait de vérifier que ceux-ci se conforment bien aux règles établies par la convention médicale de 2005 semble donc difficile, cela étant laissé à la seule appréciation des médecins, qui, comme le font remarquer certains de ceux que nous avons interrogés, n'ont pas vocation à être un organisme de contrôle. Par ailleurs, le libre choix du médecin par le patient reste l'un des fondements de l'exercice de la médecine libérale en France telle que l'a définie la CSMF en 1928, comme nous l'avons vu dans les généralités, et qui reste aujourd'hui encore cher aux patients et à la confrérie médicale.

Par ailleurs, un certain nombre de patients normalement hors parcours de soins coordonnés sont également remis dans le parcours par le codage de la feuille de soins du médecin spécialiste. L'article spécialistes et patients face au parcours de soins

coordonnés : comportements et opinions, publié par la DREES en 2009 met en lumière la difficulté à interpréter la notion de recommandation, notamment dans les suivis réguliers (34). D'après les données issues de l'enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) de 2006, au moins 13 % des consultations de spécialistes sans accès direct spécifique et qui sont effectuée pour les patients ayant désigné un médecin traitant, seraient hors parcours de soins (20). Etonnement, ce pourcentage tombe à 2 % selon les données de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). En ce qui concerne les patients, l'étude Modes d'accès aux spécialistes en 2006 et évolution depuis la réforme de l'assurance maladie (20), fait remarquer que certains patients sont amenés à consulter des spécialistes sur recommandation simplement orale de leur médecin traitant, par exemple lorsque celui-ci leur dit : « si ça ne s'améliore pas, allez donc voir tel spécialiste ». Il s'agit donc d'une recommandation émanant du médecin traitant, même si le patient n'a pas de lettre pour en attester. L'étude fait également remarquer que même si ce n'est pas le cas, le patient a tout intérêt à dire qu'il consulte sur les conseils de son généraliste pour éviter le risque de pénalités financières. D'où la difficulté parfois pour les médecins spécialistes d'évaluer cette notion de recommandation. Cette étude fait également remarquer que ces derniers peuvent aussi sur-déclarer les patients dans le parcours de soins, soit dans le but de ne pas les pénaliser, soit dans le but de ne pas les mécontenter afin qu'ils ne choisissent pas un autre spécialiste. Ces dernières suppositions sont également avancées par plusieurs des participants à notre étude, qui ont de plus la sensation que certains médecins spécialistes font en sorte de demander systématiquement un courrier du médecin traitant, où qu'ils déclarent des patients dans le parcours de soins dans le but de pouvoir utiliser une cotation supérieure (Soit C2 au lieu de Cs).

Si ces difficultés à faire respecter la coordination des soins, côté patients et côté praticiens, peuvent amener à se poser des questions sur l'aspect éthique et déontologique de certaines pratiques, elles soulèvent également deux autres interrogations. Premièrement, on constate que les considérations concernant les spécialistes sont plus fréquemment citées au sujet de la dermatologie. Dans une étude de la DREES sur les revenus des médecins libéraux, on constate un taux de croissance annuel moyen des revenus en euros constants entre 2002 et 2007 de - 0,7 % pour les dermatologues, alors que ce taux est positif pour l'ensemble des autres praticiens, quelque soit la spécialité exercée (45). Cela impose une certaine réflexion sur la manière dont les réformes peuvent influencer l'équilibre financier d'un praticien. Comme le constate M10 au sujet de la convention médicale de 2011 : *« ça peut quand même poser des problèmes au niveau de l'équilibre financier, parce que si on est pas sûr d'avoir une pérennité d'un certain chiffre d'affaires, on a quand même des charges qui changent pas [...] donc on ne peut pas trop se permettre d'avoir des variations tous les cinq ans de manière très importante »*. Sans remettre en cause pour autant la légitimité de placer la dermatologie dans les spécialités à accès indirect, il convient donc d'avancer prudemment dans les réformes en tenant compte de la situation de chacun. C'est d'ailleurs pour cette

même raison, et non pas pour des raisons de compétences comme le fait remarquer M2, que la pédiatrie et la gynécologie, qui représentent pourtant une activité importante en médecine générale, ont été exclues de la coordination des soins. Cela nous conduit à la deuxième interrogation suscitée par les déclarations de notre échantillon et les constats de la littérature : doit-on pour autant remettre la dermatologie hors parcours de soins coordonnés, du moins en ce qui concerne certains motifs de consultation, comme c'est actuellement le cas pour la gynécologie et l'ophtalmologie. Certains des médecins que nous avons interrogés semblent le penser. Le dépistage du mélanome est d'ailleurs depuis la dernière convention médicale devenu un motif de consultation ne nécessitant plus l'aval du médecin traitant avant de consulter un dermatologue (46). Il semblerait qu'il faille cependant rester prudent sur le sujet, du moins si l'on souhaite agir dans l'intérêt de la coordination des soins. En effet, les médecins généralistes que nous avons interrogés déclarent avoir les compétences nécessaires pour traiter une grande partie des problèmes de dermatologie. Or lorsqu'une spécialité est d'accès direct, beaucoup de praticiens et de patients la considère comme telle pour l'ensemble des motifs de consultation. Cela est notamment flagrant en ce qui concerne l'ophtalmologie, ce qui n'est pourtant pas le cas au regard de la loi, le glaucome et les troubles de la réfraction étant théoriquement les seuls motifs justifiant un accès direct dans cette spécialité, en dehors bien évidemment des urgences.

5. La convention médicale du 26 juillet 2011

Effective depuis le premier janvier 2012, réaffirmant et redessinant le rôle du médecin traitant, cette convention est relativement récente. Nous ne disposons donc que d'un faible recul concernant son impact réel sur les pratiques et le vécu des médecins généralistes, d'autant que les interviews de ce travail ont été réalisées à peine six mois après sa mise en application. De même, il existe peu de bibliographie concernant la manière dont elle influence le quotidien des praticiens. Cependant, nous avons recueilli les doutes et les espoirs des médecins traitants la concernant.

5.1. L'expérience du CAPI

Mis en place en 2009, il est considéré par beaucoup comme le prédécesseur de la nouvelle convention. Il permet une première approche de ce que les médecins généralistes pensent de celle-ci. Rappelons tout d'abord qu'un peu plus d'un praticien sur trois y avait adhéré. Nous retrouvons dans notre échantillon des chiffres similaires puisqu'environ un tiers des médecins interrogés déclarent qu'ils étaient adhérents au CAPI. Au delà de l'aspect financier, ils mettent en avant l'intérêt des indicateurs leur permettant d'avoir un retour sur leurs pratiques, ce qui a permis à certains de modifier leur prise en charge. D'autres praticiens ont par contre critiqué cette pratique de statistiques. Certains estiment qu'elle porte atteinte à leur liberté, d'autres que les critères retenus peuvent être faussés par de nombreux paramètres, et selon eux manquent parfois de pertinence. Dans l'enquête réalisée par V. Régis (33), on retrouve

toujours les mêmes proportions avec 67 % des médecins interrogés qui considèrent que les bilans trimestriels effectués par l'assurance maladie constituent une pression supplémentaire par rapport à avant la réforme de 2004. Cela est d'autant plus vrai que les médecins avancent en âge.

5.2. Des doutes sur l'amélioration de la qualité des soins

Comme on pouvait s'y attendre, on retrouve dans notre échantillon deux tiers des praticiens qui remettent en question la pertinence de la nouvelle convention concernant les progrès qu'elle est censée apporter en termes de qualité des soins. Plusieurs raisons sont évoquées.

Premièrement, de nombreux médecins critiquent la pertinence des items définis par l'assurance maladie et les syndicats de médecins, en faisant remarquer que certains de ces critères ne sont pas représentatifs de la qualité réelle des soins. Pour ce qui est des critères de suivi biologiques, par exemple, ils pensent que la volonté de standardiser la fréquence à laquelle ils doivent être réalisés n'est pas toujours compatible avec la réalité du terrain et que ceux-ci doivent être adaptés au cas par cas en fonction de chaque patient. Ils font également remarquer qu'ils ne sont pas d'accord avec certains des critères de prescription médicamenteuse ou de suivi, comme le signale M5, qui pour eux ne sont pas non plus forcément adaptables à tout les patients et ne contribuent pas toujours à améliorer la qualité des soins, contrairement à ce que dit la convention. Pour résumer, les médecins critiquant cette convention estiment donc qu'on ne peut pas généraliser un mode opératoire permettant une bonne qualité des soins mais que celle-ci passe nécessairement par une adaptation de l'exercice médical en fonction de chaque patient et de la relation que le praticien a établi avec celui-ci. Un article intitulé une approche critique de la démarche qualité dans les institutions sanitaires, sociales et médico-sociales écrit par C. Grandjean déclare à ce sujet que c'est en effet en pensant à la façon dont un résident (c'est-à-dire un patient) est en relation avec eux et à la façon dont ils sont en relation avec lui que les professionnels peuvent approcher la singularité de chaque résident (47). Enfin, on peut remarquer au cours de l'analyse de nos entretiens que les avis sur un même item peuvent être totalement opposés entre deux praticiens déclarant ne pas trouver pertinents les critères de qualité proposés par la nouvelle convention. M3 pense par exemple que l'informatisation d'un cabinet ne devrait même pas être considérée comme un critère de qualité mais comme une condition d'exercice de base, alors que M9 estime pour sa part que la qualité des soins n'a rien à voir avec l'utilisation de l'informatique.

Deuxièmement, plusieurs médecins ont exprimé des réserves sur la manière d'évaluer ces critères. Certains estiment qu'ils sont adaptés aux médecins ayant une patientèle âgée, souvent polypathologique, c'est-à-dire principalement les médecins étant installés depuis de nombreuses années, et n'encourage pas les nouvelles générations. Du fait de seuils de nombre de patients pour une pathologie donnée, un

médecin pourra ne pas percevoir de rémunération même si il applique correctement les recommandations préconisées par la convention de juillet 2011, du fait qu'il n'a pas assez de patients présentant ce type de pathologie, ce qui est le cas de deux des plus jeunes médecins interrogés au cours de notre enquête. Par contre, un médecin ayant un nombre important de patients présentant cette pathologie, même s'il ne parvient qu'à des résultats médiocres concernant l'application des critères de qualité, sera lui rémunéré. Toujours sur l'évaluation de ces critères, plusieurs praticiens signalent la difficulté d'évaluer avec précision ce qui est la pratique réelle d'un médecin. En effet, celle-ci est analysée en fonction de ses prescriptions, dont il n'est pas toujours le signataire, puisque celles-ci peuvent avoir été faites par un médecin remplaçant ou un interne si le médecin est maître de stage. De même, lorsqu'un spécialiste est à l'origine d'une prescription qui par la suite est renouvelée par le médecin traitant, celui-ci ne va pas, sous prétexte de rentrer dans les critères, s'amuser à changer toutes les prescriptions de ses correspondants lorsque le traitement est adapté. Cela pose également des problèmes dans les cabinets de groupe, puisqu'un patient peut consulter plus fréquemment un associé plutôt que le médecin traitant déclaré. Ce dernier sera donc rémunéré en fonction des résultats obtenus par son confrère. Une troisième critique concernant l'évaluation de ces objectifs, est qu'en ce qui concerne les prescriptions médicamenteuses, il s'agit d'un pourcentage de traitement, ce qui pourrait inciter certains médecins à augmenter leurs prescriptions globales afin d'atteindre ces objectifs. Enfin, certains remettent en question l'objectivité de l'assurance maladie concernant l'évaluation des critères, comme c'est le cas de M4 : *« La caisse va être juge et partie, c'est-à-dire que c'est elle qui détermine les critères de qualité, c'est elle qui va dire qui les a respectés, donc, avec son service statistique, et c'est elle qui va payer. Donc elle va avoir une interprétation qui risque d'être un peu faussée »*.

Le troisième point sensible concernant la pertinence de ces critères de qualité, est que certains médecins pensent que cela peut inciter les praticiens à exclure de leur patientèle les patients ne leur permettant pas d'atteindre les objectifs fixés par la convention, notamment les patients issus des milieux les plus défavorisés ou en souffrance d'un point de vue psychologique. Un article traitant du Quality and Outcomes Framework (QOF), équivalent britannique du paiement à la performance dans les systèmes de soins, signale également ce danger : *« Une des critiques envers le QOF a trait à sa tendance à favoriser la loi de corrélation inverse des soins (Hart 1971) - où les plus nécessiteux sont ceux qui reçoivent le moins de soins - en omettant de récompenser le travail supplémentaire nécessaire pour atteindre les objectifs de qualité dans les secteurs les plus démunis (McLean et al. 2006) »* (48).

Enfin, la quatrième et dernière critique concernant la convention médicale du 26 juillet 2011 porte non pas sur le fond mais sur la forme. Plusieurs praticiens regrettent en effet le fait que pour la première fois, l'adhésion par les médecins généralistes ne se soit pas faite en signant un document, mais était tacite. Lorsque l'on souhaitait ne pas

adhérer à cette convention, il fallait effectivement le signaler dans les trois mois suivant la publication de celle-ci par les syndicats et l'assurance maladie, par courrier recommandé avec accusé de réception adressé à la CPAM de son département. Plusieurs des médecins interrogés condamnent ce procédé, en déclarant qu'ils pensent que certains de leurs collègues y ont ainsi adhéré sans le savoir. Ces suppositions sont d'ailleurs confirmées par quelque uns des médecins de notre échantillon, qui déclarent effectivement avoir appris après la date buttoir qu'ils y avaient adhéré.

Parmi les autres médecins interrogés, trois d'entre eux n'ont pas eu le temps de prendre connaissance des modalités de la nouvelle convention ou déclarent ne pas s'y intéresser. Les trois derniers estiment par contre que pour l'instant les critères de qualité retenus leur semblent pertinents, et se prononcent pour cette réforme, même si ils restent conscients de l'importance d'une réflexion concernant les critères qui seront rajoutés dans les années à venir. M3, qui est lui par contre très critique, signale d'ailleurs à propos de l'élaboration de ces objectifs que si l'on souhaite réellement qu'ils correspondent à une qualité des soins, il conviendrait d'inclure à ce débat des intervenants appartenant aux sociétés savantes de médecine, tout en introduisant une marge de discussion. Ce discours concernant l'intervention des sociétés savantes de médecine est également repris par l'article sus cité sur le QOF : « Des systèmes avancés d'information clinique sont indispensables à la mise en place de programmes de rémunération au rendement (et, en général, pour toute initiative d'amélioration de la qualité) ».

5.3. Une large adhésion malgré les nombreuses critiques

En effet, même si comme nous venons de le voir, la majeure partie des médecins généralistes critique cette réforme tant sur le fond que sur la forme, on constate que les médecins ayant signifié aux caisses leur refus d'adhérer à la convention est relativement faible (une cinquantaine en Loire-Atlantique, et deux dans notre échantillon). Outre ceux qui déclarent être en accord avec la convention, ceux qui n'ont pas d'opinion, et ceux qui ont adhéré sans le savoir, plusieurs médecins pourtant critiques vis-à-vis de l'efficacité de la nouvelle réforme en termes de qualité des soins dispensés aux patients n'ont volontairement pas choisi de la dénoncer. Le principal argument en faveur de cette convention porte selon eux sur le type de rémunération. En effet, sept des médecins que nous avons interrogés se prononcent contre le mode de paiement à l'acte qui reste aujourd'hui prédominant en médecine libérale. La convention médicale de 2011 ouvre donc plus largement les portes vers un autre mode de rémunération, en association avec les forfaits instaurés par la réforme de 2004. Le travail de thèse réalisé en 2006 par V. Régis (33) retrouvait déjà un nombre important de médecins se déclarant contre ce mode de paiement exclusif. En effet, un praticien sur deux y était opposé, dont 75 % de jeunes médecins contre 25 % seulement chez les plus âgés.

Il semble donc que cette convention ait apporté des améliorations sur ce point. Toutefois, il ne s'agit que des débuts vers un mode de rémunération mixte. Nous devons donc avancer prudemment, et insister sur la nécessité d'une réflexion conjointe des différents acteurs de santé sur les modalités pour y parvenir, dans l'intérêt de la qualité des soins des patients.

CONCLUSION

L'instauration du parcours de soins a été vécu par une grande majorité des médecins généralistes comme une formalisation d'un mode de fonctionnement qui était déjà présent avant la mise en place du dispositif du médecin traitant par la loi du 13 août 2004. Malgré quelques améliorations en termes de suivi et de qualité des soins de leurs patients, et malgré l'agacement de certains praticiens concernant le respect de ce parcours, notamment dans le cadre de la dermatologie, et la sensation que leur charge de travail administratif est plus lourde qu'auparavant, les médecins interrogés n'ont globalement pas l'impression que cela ait modifié leurs pratiques ou leur prise en charge de manière importante. Il en va de même pour la relation qui les unit à leur patientèle.

Cependant, nous avons pu constater au cours de notre enquête l'importance de développer la communication, d'une part entre professionnels de santé, d'autre part envers les patients. Comme nous l'avons vu, les médecins ayant de meilleurs rapports et une meilleure compréhension du rôle de l'assurance maladie sont ceux ayant développé des relations confraternelles régulières avec les médecins conseils. De même, il serait souhaitable que l'assurance maladie développe la communication avec le public afin de permettre à l'avenir une plus grande lisibilité et une meilleure compréhension des dispositifs de santé par les patients.

Une plus grande reconnaissance du rôle et des compétences du médecin généraliste passe également par une meilleure communication des pouvoirs publics auprès de la population au sujet des dispositifs concernant ce rôle. Parallèlement, il convient de continuer à encourager et développer la formation initiale. La médecine générale étant depuis quelques années considérée comme une spécialité, il paraît souhaitable que son enseignement rejoigne celui des autres spécialités en termes de durée et de moyens mis à sa disposition. Ces notions semblent indispensables à la revalorisation de la profession, avant toute considération pécuniaire.

La dernière convention de juillet 2011 nous confirme encore une fois la place que les praticiens accordent aux échanges entre les différents acteurs du système de soins. Si elle ouvre la voie vers un mode de rémunération différent du paiement à l'acte et souhaité depuis longtemps par de nombreux praticiens, ceux-ci insistent cependant sur la nécessité d'une discussion ouverte.

Saurons-nous entendre leurs requêtes ? Et serons-nous capables de travailler ensemble, dans l'intérêt de tous, pour une médecine à la fois humaine et de qualité ?

Bibliographie

1. Tableaux de l'économie française (TEF), INSEE Références Web, édition 2012.
2. Plans de réformes de l'assurance maladie en France. Service documentation, IRDES. Mars 2011. <http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/PlansReformesSante.pdf>
3. Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158>
4. Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes.
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=FAEF657DB1A6049D1E5A5A4E84AB78D2.tpdjo11v_3?cidTexte=JORFTEXT000024803740&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id
5. Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes.
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000805768&dateTexte=&categorieLien=id>
6. Le Fur P, Lengagne P (2006) : Modes d'accès aux spécialistes : état des lieux avant la mise en place du parcours de soins coordonnés. Questions d'économie de la santé n°106, 8 pages.
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes106.pdf>
7. Dourgnon P, Guillaume S, Naiditch M, Ordonneau C (2007) : Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme. Questions d'économie de la santé n°124, 4 pages.
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes124.pdf>
8. Article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme, adoptée par les Nations unies en décembre 1948.
9. Palier B : La réforme des systèmes de santé. Paris, PUF, « Que sais-je ? », 2010.
10. Réformes de l'assurance maladie en Europe, La Documentation Française (2007)
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/assurance-maladie-europe/introduction.shtml>
11. Sécurité Sociale : Les grandes dates de l'histoire de la sécurité sociale depuis 1945.
<http://www.securite-sociale.fr/Les-grandes-dates-de-l-histoire-de-la-Securite-sociale>
12. Tayou Beugre C : Le vécu et l'appréciation du parcours de soins coordonnés par les omnipraticiens. Six ans plus tard : Enquête dans les départements de la marne et des Ardennes. Thèse : Médecine : Université de Reims. 2011.
13. Historique des conventions médicales. Service documentation, IRDES. Avril 2012.
<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/HistoriqueConventionsMedicales.pdf>
14. Numérus clausus PCEM1, Remède.org,
<http://www.remede.org/pcem1/numerus-clausus.html>

15. Arrêté du 17 octobre 1997 portant approbation de l'avenant n°1 à la Convention nationale des médecins généralistes.
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005624436>
16. Aguzzoli F, Aligon A, Com-Ruelle L, Frérot L : Choisir d'avoir un médecin référent. Une analyse réalisée à partir du premier dispositif mis en place début 1998. CREDES. Questions d'économie de la santé n°23 – Novembre 1999.
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/qes23.pdf>
17. L'assurance maladie : Le parcours de soins coordonnés.
http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/feuilles-de-soins/le-parcours-de-soins-coordonnes_loire-atlantique.php
18. L'assurance maladie : CAPI, Programme d'évolution des pratiques.
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/capi-brochure.pdf
19. CNAM : La convention médecins – Assurance maladie : un nouveau partenariat en faveur de la qualité des soins. Dossier de Presse. 26 juillet 2011.
http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/fileadmin/POITOU-CHARENTES/Actualites/20110726_DP_Convention_medicale2011_AM.pdf
20. Le Fur P, Yilmaz E : Modes d'accès aux spécialistes en 2006 et évolution depuis la réforme de l'assurance maladie. Enquêtes Santé Protection Sociale 2004 et 2006. IRDES. Questions d'économie de la santé n°134 – Août 2008.
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes134.pdf>
21. Chew-Graham CA, May C, Perry M: Qualitative research and the problem of judgement: lessons from interviewing fellow professionals. Family practice 2002; 19:285-289.
22. Hudelson P : La recherche qualitative en médecine de premier recours, Revue médicale suisse 503 (2004).
23. Blanchet A, Gotman A : L'entretien. Série l'enquête et ses méthodes. 2^{ème} édition. Armand Colin. 2012.
24. Mays N, Pope C : Qualitative Research : rigour and qualitative research. BMJ 1995 ; 311 : 109-112.
25. Britten N : Qualitative Research : Qualitative interviews in medical research. BMJ 1995 ; 311 : 251-253.
26. Pope C, Ziebland S, Mays N : Qualitative research in health. Care Analysing qualitative data. BMJ 2000 January 8 ; 320 (7227) : 114–116.
27. Aulagnier P et al. (2007) : L'exercice de la médecine générale libérale : Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises, Etudes et résultats n°610, DREES.
28. Boissie M : Le parcours de soins coordonnés. Expérience des patients en région PACA-EST. Etude qualitative par focus group. Thèse : Médecine : Université de Nice. 2009.
29. Bournot M-C, Goupil M-C, Tuffreau F. (2008). Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié, Etudes et résultats n°649, DREES, 8 pages.

30. David M, Gall B, L'évolution des opinions des français en matière de santé et d'assurance maladie entre 2000 et 2007, Etudes et résultats N°651, DREES, 6 pages.
31. L'assurance Maladie : présentation de la réforme de l'Assurance Maladie 2004 (2011)
<http://www.securite-sociale.fr/Presentation-de-la-reforme-de-l-Assurance-maladie-de-2004>
32. Vivot EM : La maîtrise de stage en médecine générale : un moyen de valoriser l'exercice professionnel du médecin généraliste ? Thèse : Médecine : Université de Lorraine. 2012.
33. Regis V : Le vécu de la réforme de l'assurance maladie 2004 par les médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées. Thèse : Médecine : Université de Toulouse. 2006.
34. Gouyon B. (2009), Spécialistes et patients face au parcours de soins coordonnés : comportements et opinions, dossiers solidarité et santé N°11, 9 pages, DREES.
35. Grimaldi A, Cosserat J : La relation médecin-malade. Paris, Elsevier, EMC référence, 2004
36. Le Fur P et al : Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. IDRES. Questions d'économie de la santé n°144 – Juillet 2009.
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes144.pdf>
37. Dourgnon P, Grandfils N, Sourty Le Guellec MJ, Zimina M : L'apport de l'informatique dans la pratique médicale libérale. Etude FORMMEL. 2000.
<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2001/rap1344Formmel.pdf>
38. Mahyaoui Y : Portage des réformes par les délégués de l'assurance maladie : mécanisme de surveillance versus mécanisme incitatif au sens moral.
<http://www.annuaire-secu.com/pdf/DAM-y-mahyaoui.pdf>
39. L'assurance maladie : Le médecin traitant.
http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/gerer-votre-activite/le-medecin-traitant/medecin-traitant-taux-de-declaration_seine-saint-denis.php
40. L'assurance maladie : Le parcours de soins coordonnés par le médecin traitant en 2006. Communiqué de presse. Octobre 2006.
<http://www.as-afas.com/2322.pdf>
41. Fauvet L : Les médecins au 1^{er} janvier 2012. Etudes et Résultats, DREES, n°796, Mars 2012.
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er796.pdf>
42. Legmann M, Romestaing P : La démographie médicale en France, conférence de presse. 18 octobre 2012, Conseil National de l'Ordre des Médecins.
43. Le Breton-Lerouillois G, Romestaing P : La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Pays de la Loire, situation au 1^{er} juin 2011, Conseil National de l'Ordre des Médecins.
44. Boisguérin B, Raynaud D, Breui-Genier P : Les trajectoires de soins en 2003, Etudes et résultats N°463, 12 pages, DREES.
45. Bellamy V : Les revenus libéraux des médecins en 2007 et 2008. Etudes et Résultats, DREES, n°735, Juillet 2010.
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er735-2.pdf>
46. Syndicat National des Dermatologues Vénérologues. Informations Mars 2012.

<http://www.syndicatdermatos.org/media/information-mars-2012-349-0.pdf>

47. Grandjean C : Une approche critique de la démarche qualité dans les institutions sanitaires, sociales et médico-sociales.

<http://www.atoute.org/n/Une-approche-critique-de-la.html>

48. Hutchison B : Pay for performance in primary care : Proceed with caution, pitfalls ahead. Healthcare Policy, 4 (1) 2008 : 10-22.

<http://www.longwoods.com/content/20003>

ANNEXE 1

cerfa
N°12485*02

DÉCLARATION DE CHOIX DU MÉDECIN TRAITANT

(art. L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale)

IMPORTANT { inscrire les nom, prénom et adresse en majuscules
inscrire les chiffres lisiblement (un chiffre par case)

identification de l'assuré(e) et du bénéficiaire

l'assuré(e)

nom
(suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

prénom

n° d'immatriculation

le bénéficiaire

nom
(suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

prénom

date de naissance

adresse de l'assuré(e)

identification de la structure d'exercice et du médecin traitant

raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement (*)

nom et prénom du médecin traitant

nom

prénom

n° de la structure (AM, FINESS, ou SIRET)

identifiant

(*) centre de santé, établissement ou service médico-social

déclaration conjointe du bénéficiaire et du médecin traitant

le bénéficiaire et le médecin traitant s'engagent conjointement à respecter les dispositions de l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale

bénéficiaire (et parent ou titulaire de l'autorité parentale pour les mineurs de +16 ans)	médecin traitant
Je soussigné(e), M., Mme, Mlle	Je soussigné(e), Docteur
déclare choisir le médecin identifié ci-dessus, comme médecin traitant	déclare être le médecin traitant du bénéficiaire cité ci-dessus
signature(s)	signature

déclaration signée le

Merci d'envoyer la déclaration complétée et signée à votre caisse d'assurance maladie.

S 3704a

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

ANNEXE 2

document d'adhésion à remplir par le médecin référent et le patient

IMPORTANT : le patient adresse le 1^{er} volet à son organisme d'assurance maladie,
le 2^{ème} volet à son organisme complémentaire éventuel, le 3^{ème} volet est conservé par le patient adhérent,
le 4^{ème} volet est conservé par le médecin référent

1^{ère} adhésion ☐

nouvelle adhésion suite à transfert ☐

identification du patient et de l'assuré(e) (à remplir à l'aide de la carte d'assurance maladie)

nom du bénéficiaire
prénoms
adresse
code postal
commune
mes ayants droit de moins de 16 ans bénéficient du tiers payant ☐ oui ☐ non

nom de l'assuré(e) (1)
prénoms (1)
n° d'immatriculation
date de naissance
date de naissance (1)

organisme de rattachement	organisme complémentaire
code	n° d'adhérent
adresse	nom et code de l'organisme
	adresse

(1) à remplir si l'assuré est différent du patient

identification du médecin référent

nom et prénom du médecin
n° d'identification
adresse du cabinet principal
date de l'adhésion du médecin à l'option

engagement conjoint du patient et du médecin généraliste

Le médecin référent et le patient s'engagent conjointement à respecter les dispositions de cette option conventionnelle garantissant une pratique médicale de qualité s'inscrivant dans la continuité des soins.*

fait le
signature du patient
signature et cachet du médecin

* les principales dispositions de cette option figurent au verso de cet imprimé

accusé de réception de l'organisme d'assurance maladie **

• adhésion enregistrée à compter du

• adhésion non enregistrée – motif :

cachet de l'organisme	date

** sans réponse de l'organisme d'assurance maladie dans un délai de 15 jours, l'adhésion est considérée comme acceptée pour le patient.

La loi 78.17 du 6.1.78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

647-12-2000

ANNEXE 3

A. Guide d'entretien :

1. Comment percevez-vous le parcours de soins pour les patients de plus de 16 ans ?

a) prise en charge des patients (qualité du suivi en général ; patients les plus concernés par les bénéfices du PDS(ALD)).

b) impact sur la consommation médicale (de médecine générale, en rapport direct avec la réforme ; de spécialité en distinguant si besoin les différentes spécialités ; impact sur la responsabilisation du patient et le nomadisme médical)

c) évolution de la relation Médecin/Malade.

d) revalorisation de la médecine générale (intellectuelle, image auprès des patients et des spécialistes, revalorisation financière). Meilleure définition des rôles généralistes/spécialistes dans leur rôle de coordinateur du parcours de soins.

e) rapports avec les spécialistes (modes et qualité des échanges ; modification de la fréquence d'adressage liée à la réforme ; choix du spécialiste : connaissance, réputation, proximité pour le patient, absence de dépassements d'honoraires, autres).

f) quels réseaux connaissez vous pouvant vous apporter une aide dans le suivi des patients (principalement chroniques) ? Lesquels utilisez vous, comment et pour quel types de patients ?

g) relations avec l'assurance maladie (fréquence et qualité des échanges, prise en charge des patients ALD, impact sur la modification des pratiques).

h) Pour vous aidez dans le parcours de soins, quels outils utilisez vous (logiciels informatiques, référentiels, autres). Comment vous sont-ils utiles (alertes pour examens ou consultations spécialisées, compte rendus de spécialistes, aide au diagnostique) et comment les améliorer ?

i) charge de travail administrative (quantité ; complexité, notamment avec les protocoles de soins remplis par le MT, ...)

j) impact sur les inégalités d'accès aux soins.

2. Le patient.

a) Selon vous, comment les patients perçoivent-ils ce dispositif (compréhension, prise en charge médicale, contraintes, impact sur les dépenses de santé)?

b) Comment choisissent-ils leur médecin traitant (relation, proximité, autre) ?

c) Qui sont les patients hors parcours de soins dans votre patientèle habituelle (*selon la définition du PDS, sont donc exclus d'office les <16 ans, les migrants de passage, les patients AME, les patients hors résidence habituelle, et les soins d'urgence*) ? (patients aisés, manquant de temps pour consulter un généraliste, souhaitant un deuxième avis,...)

3. Etes-vous au courant de la convention Médecins-Assurance Maladie de juillet 2011 ? Comment en avez-vous été informé ? Comment la percevez-vous (qualité des soins, retentissement sur les pratiques professionnelles, type rémunération) ?

B. Caractéristiques du médecin interrogé :

Age :

Sexe :

Lieu d'exercice (rural, semi-rural ou urbain) :

Mode d'exercice (seul ou cabinet de groupe) :

Participez-vous à une FMC et/ou un groupe de pairs :

Année de la première installation :

Nombre d'actes par jour : < 20 ; 20/40 ; > 40

Informatisé :

**Le parcours de soins Coordonnés :
Vécu et perspectives des médecins généralistes de Loire-Atlantique.**
Enquête par entretiens auprès de 17 praticiens.

RESUME

Le parcours de soins coordonnés a été institué par la loi du 13 août 2004. Ce dispositif vise à inciter les patients âgés de plus de 16 ans à ne plus consulter directement un spécialiste en libre accès, mais à s'adresser en premier recours à leur médecin traitant qui éventuellement les dirigera, si il le juge nécessaire, vers le spécialiste adapté. Les incitations sont d'ordre financières, le non respect du parcours de soins entraînant une baisse des remboursements par la sécurité sociale des consultations des assurés depuis le premier janvier 2006. Par cette réforme, l'assurance maladie entend également améliorer la coordination et la qualité des soins, tout en facilitant l'accès, en respectant le libre choix du patient, en assurant une perspective d'avenir aux médecins libéraux et la notion de maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé.

Six ans après sa mise en place, alors qu'une nouvelle convention médicale vient d'être signée en Juillet 2011 réaffirmant le rôle central du médecin traitant dans la prise en charge des patients, nous avons souhaité nous intéresser à la manière dont les médecins généralistes vivaient cette réforme au quotidien, par le biais d'une enquête qualitative réalisée auprès de médecins généralistes de Loire-Atlantique.

Il ressort de cette enquête une impression pour les praticiens d'une formalisation d'un mode de fonctionnement préexistant avant sa mise en place. Il semble cependant avoir eu un impact positif sur la coordination des soins, et dans une moindre mesure sur leur qualité. Il ne semble par contre pas avoir eu d'impact évident sur les dépenses de santé, contrairement à l'idée reçue de nombreux patients qu'il avait été institué dans cet unique but, et ne semble pas non plus avoir eu de conséquences sur le sentiment de revalorisation des médecins généralistes. Concernant la nouvelle convention de juillet 2011, même si certains saluent une alternative au paiement à l'acte, les praticiens sont nombreux à douter de l'efficacité de celle-ci en termes d'amélioration de la qualité des soins, et insistent sur la nécessité d'une concertation entre les différents acteurs du système de santé dans la démarche de qualité.

MOTS-CLES

Parcours de soins coordonnés, médecin traitant, convention médicale, reformes de santé, enquête qualitative