



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE – LILLE 2

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2018

**THESE POUR LE DIPLÔME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Le contenu de la consultation de médecine générale au Royaume-Uni

Une étude comparative avec la France

Présentée et soutenue publiquement le 12/10/2018 à 18h00

Au Pôle Formation de la faculté

Par Alizée CRUETTE

Jury

Président : Monsieur le Professeur Eric HACHULLA

Assesseurs : Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Madame le Docteur Sabine BAYEN

Madame le Docteur Muriel VAMPOUILLE-DENERVAUD

Directeur de Thèse : Madame le Docteur Sabine BAYEN

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

LISTE DES ABREVIATIONS

- A&E : Accident and Emergency
- A Level : Advanced Level
- AMELI : Assurance Maladie En Ligne
- AS : Advanced Subsidiary
- CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues
- CCG : Clinical Commissioning Groups
- CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
- CERIM : Centre d'Etudes et de Recherche en Informatique Médicale
- DDJ/1000h/j : Dose délivrée Journalière /1000 habitants /jour
- EARSnet : European Antimicrobial Resistance Surveillance Network
- ECDC : European Centre for Disease prevention and Control
- ECG : électrocardiogramme
- EU : Union Européenne
- FCV : frottis cervico-vaginal
- GCSE : General Certificate for Secondary Education
- GMC : General Medical Council
- GP : General Practitioner
- INSEE : Institut National de la Statistique et de Etudes Economiques
- IST : infection sexuellement transmissible
- MRCPCH : Membership of the Royal College of Pediatrics and Child Health
- NICE : National Institute for Health and Care Excellence
- NHS : National Health Services
- ORL : Oto-Rhino-Laryngologiste
- PMI : Prévention Maternelle et Infantile
- ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

- SARM : Staphylococcus Aureus Résistant à la Méthicilline
- TDR : Test de Détection Rapide
- UK : United Kingdom
- WONCA : World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners

TABLE DES MATIERES

AVERTISSEMENT	2
REMERCIEMENTS.....	3
LISTE DES ABREVIATIONS	3
TABLE DES MATIERES	9
INTRODUCTION	13
1. Formation Des Médecins Généralistes Au Royaume-Uni.....	13
2. Le Système De Santé Au Royaume-Uni.....	15
MATERIEL ET METHODES	19
1. Constitution De L'échantillon.....	19
2. Recrutement	19
3. Questionnaire	19
4. Collecte Des Données	20
5. Analyse Statistique.....	20
RÉSULTATS.....	21
1. Caractéristiques Des Populations.....	21
2. Contexte De La Pratique Du Médecin Généraliste	22
3. Gestes Et Suivis Médicaux, Chirurgicaux Et Gynéco-Pédiatriques Réalisés Par Le Médecin Généraliste	23
DISCUSSION.....	25
1. Réponse Aux Objectifs	25
2. Biais De L'étude	25

3. Caractéristiques Des Populations Répondant Au Questionnaire	26
4. Contexte De La Pratique	26
4.1 Mode D'exercice	26
4.2 La Gestion Des Urgences	28
4.3 Déroulement D'une Consultation.....	29
5. Comparaisons De Gestes et Suivis gynéco-pédiatriques réalisés au cabinet de Médecine Générale entre la France et le Royaume-Uni	30
5.1 Le Suivi De La Femme En Médecine Générale.....	30
5.2 Le Suivi De L'enfant En Médecine Générale	31
6. Comparaisons des Gestes et Suivis médicaux et chirurgicaux réalisés au cabinet de Médecine Générale entre la France et le Royaume-Uni	33
6.1 Le Suivi Cardiologique En Médecine Générale.....	33
6.2 Le Suivi Des Patients Concernés Par Une Addiction.....	34
6.3 Le Suivi Des Patients Psychiatriques En Médecine Générale	35
6.4 Equipement Et Petite Chirurgie Au Cabinet	36
6.5 La Gestion Des Affections Infectiologiques	36
CONCLUSION.....	39
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	40
ANNEXES.....	46

1. Lettre explicative accompagnant le questionnaire en Anglais :.....	46
2. Traduction de la lettre explicative accompagnant le questionnaire en français :.....	47
3. Questionnaire en anglais :.....	48
4. Traduction du questionnaire en français	50

AUTEUR : Nom : CRUETTE

Prénom : Alizée

Date de Soutenance : 12 Octobre 2018

Titre de la Thèse : Le contenu de la consultation de médecine générale au Royaume-Uni
Une étude comparative avec la France

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : DES de Médecine Générale

Mots-clés : Europe, Royaume-Uni, France, Médecine Générale, Consultation, Médecins généralistes, Comparaison, Actes médicaux.

Contexte : La libre circulation des médecins en Europe et la reconnaissance mutuelle de leurs diplômes sont garanties par la Directive Européenne EU93/16 du 5 Avril 1993 mais l'harmonisation peine à se dessiner.

Objectif : Comparer le contenu d'une consultation de médecine générale en France et au Royaume-Uni au niveau des actes réalisés et du suivi du patient au cabinet.

Méthode : Entre le 5 Avril 2014 et le 5 Juin 2014 150 questionnaires ont été envoyés par voie postale en France. 200 questionnaires ont été envoyés au Royaume-Uni entre le 1^{er} Décembre 2017 et le 30 Janvier 2018.

Résultats : Il y avait 105 réponses en France dont 5 étaient exclues pour pratique exclusive de l'angiologie et 74 réponses au Royaume-Uni. L'âge moyen des médecins en France est de 52.3 ans en France contre 48.7 au Royaume-Uni. 97% des médecins français sont libéraux alors que seulement 7.5% des médecins britanniques travaillent dans le privé exclusivement, la durée de la consultation est de 11,0 minutes au Royaume-Uni contre 18,3 minutes en France. L'examen clinique est centré sur la maladie à 84% au Royaume-Uni contre 24% en France. La contraception orale est prescrite de façon identique, les dispositifs intra-utérins sont posés par 33.3% des médecins britanniques contre 18,9% des français, 56,9% des grossesses sont suivies jusqu'à 6 mois au Royaume-Uni contre 66,0% en France. Après 24 mois, les enfants sont suivis par 77,8% des médecins britanniques contre 93,0% en France. L'électrocardiogramme est réalisé chez 70.8% des britanniques contre 39,0% en France, le sevrage d'alcool en ambulatoire est réalisé par 30,6% des britanniques contre 60,0% des français, le renouvellement des substitutifs des opiacés est fait à 23,6% chez les britanniques contre 64,0% des français, l'initiation des anti-dépresseurs est faite chez 100% des britanniques contre 93% des français, le retrait des points de suture à 47,2% des britanniques contre 95,0% des français, les strepta-test chez 1,4% des britanniques contre 72,0% des français, la réalisation des bilans sanguins chez 84,5% des britanniques contre 15,0% des français. 66,7% des médecins britanniques ont une salle dédiée à la petite chirurgie contre 17% des français.

Conclusion : Cette étude a permis de mettre en exergue des différences dans le contenu de la consultation de médecine générale entre la France et le Royaume-Uni

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Eric HACHULLA

Assesseurs : Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Madame le Docteur Sabine BAYEN

Madame le Docteur Muriel VAMPOUILLE - DENERVAUD

INTRODUCTION

Depuis le 5 Avril 1993, la libre circulation des médecins en Europe et la reconnaissance mutuelle de leurs diplômes sont garanties par la Directive européenne EU 93/16 du Conseil Européen, révisée en 2003 (1). En 2002, la World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners (WONCA) explique dans sa définition de la médecine générale que cette directive « n'insiste pas assez sur le contenu et la qualité d'une formation post graduée » (2). Le Journal Officiel de l'Union Européenne du 30 Septembre 2005 L255/24 précise que « l'accès aux états membres par les professions de médecins [...] devrait être subordonné à la possession d'un titre de formation déterminé, ce qui donne la garantie que l'intéressé a suivi une formation qui remplit les conditions minimales établies. » (3). Malgré ces différentes déclarations, l'harmonisation sur le plan de la formation peine à se dessiner. Les pratiques de la médecine générale qui en découlent restent donc inhomogènes au sein des pays de l'Union Européenne, ainsi que l'expliquait déjà la WONCA en 2002(2). La littérature ne décrit cependant pas, à ce jour, de travaux permettant de comparer le contenu, et notamment les actes, réalisés lors d'une consultation de médecine générale entre les différents pays de l'Union Européenne.

1. Formation Des Médecins Généralistes Au Royaume-Uni

Le Royaume-Uni est composé de quatre nations : l'Angleterre, l'Irlande du Nord, l'Ecosse et le Pays de Galles. Les études de médecine sont uniformisées sur l'ensemble du territoire du Royaume-Uni. 38 écoles de médecine y sont réparties (4). Pour les anglais, les irlandais et les gallois, le minimum requis chez les étudiants avant l'arrivée à l'école de médecine est : une combinaison de General Certificate for Secondary Education (GCSE), Advanced Subsidiary (AS level) et Advanced level (A level), un bon niveau dans les matières scientifiques et un bon score au GCSE en anglais et mathématiques (5). Les AS level et A level sont des examens passés en deux ans à la fin de l'éducation secondaire et permettent d'accéder à l'Université. Pour les écossais, le niveau minimal requis est une combinaison de Scottish Highers et Advanced Highers (équivalents des AS Level et A level en Ecosse) notamment dans les matières scientifiques

telles que la biologie et la chimie. Les étudiants postulent ensuite à 4 voire 5 écoles selon leurs préférences et leurs aptitudes. En effet, chaque école de médecine applique des méthodologies différentes pour mener ses étudiants au titre de Bachelor. Les écoles proposent un test d'admission : selon l'école, les étudiants passent le UK Clinical Aptitude Test (UKCAT), le BioMedical Admissions Test (BMAT) ou le Graduate Medical School Admissions Test (GAMSAT). Un entretien a ensuite lieu pour juger de la motivation des candidats. Une fois la sélection passée, les études se poursuivent ensuite en 5 ou 6 ans pour obtenir un *Bachelor's degree* en médecine. La formation est très axée sur la théorie (6). Commence ensuite le « post-graduate » qui débute par deux ans de « Foundation » (7). La Foundation Year 1 (première année) fait le lien entre la théorie et la pratique (8). L'étudiant travaille dans différents services de médecine et de chirurgie de façon supervisée. A l'issue de cette année, l'étudiant en médecine est enregistré auprès du General Medical Council (GMC). Lors de la Foundation Year 2 (2^{ème} année de Foundation) l'étudiant a plus de responsabilités, notamment dans ses prises de décisions, mais reste supervisé. Les futurs médecins généralistes poursuivent ensuite trois ans de « General practice vocational training programme » dont au moins deux ans à l'hôpital et un an en cabinet pour obtenir leur certificat de médecin généraliste. Lors de ce Training, ils ont 18 à 24 mois pour effectuer des stages dans les services de gynécologie-obstétrique, de pédiatrie, de gériatrie, d'urgences ou de psychiatrie. A la différence de la France, cette maquette n'est pas obligatoire ; elle est fortement conseillée.

Les spécialistes des autres disciplines médicales en dehors de la médecine générale terminent eux 5 à 8 ans après.

Au Royaume-Uni, le nombre d'étudiants admis en faculté de médecine est défini par le secrétaire d'Etat à la santé à partir des données du Medical Workforce Advisory Committee (9). Ils étaient 39185 dans les universités du Royaume-Uni en 2016 avec une volonté d'augmenter les effectifs pour les années à venir (10).

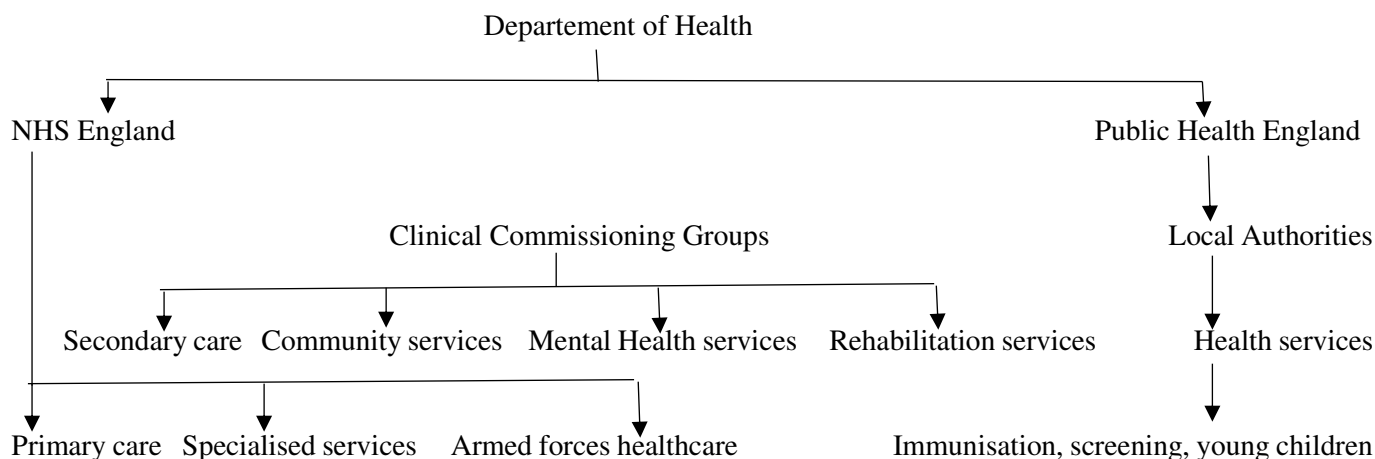
2. Le Système De Santé Au Royaume-Uni

Le National Health Services (NHS) a été instauré en 1948 par William Beveridge (11). Il est financé par les impôts. Tous les soins sont gratuits, sauf les soins dentaires et les médicaments sur ordonnance en Angleterre. Il s'agit d'un système de santé de modèle beveridgien dont les grands principes de sécurité sociale sont l'universalité, la généralité, l'unicité, l'uniformité des prestations en espèces, sous le seul critère de résidence (12). Dans son rapport de 1942, Lord Beveridge cherche à prendre en charge les risques sociaux de façon uniforme. Se mettent ensuite en place des lois sur la gratuité des services et biens médicaux, puis sur la prise en charge des accidents du travail et des maladies professionnelles. En 1948 une loi sur l'assistance définit un seuil de pauvreté pour bénéficier de prestations non contributives. Lord Beveridge s'oppose au système bismarckien en vigueur en France où prévaut le principe d'assurance lié au travail. Il y a donc une logique de soins pour tous et non de remboursement de soins pour tous.

En 1980, en supplément du modèle beveridgien, des prestations sociales pour les plus défavorisés et un système assurantiel se développent au Royaume-Uni (9). De nombreuses réformes ont eu lieu depuis la création du NHS. Le gouvernement Thatcher a notamment instauré la fin de la gratuité systématique des médicaments. Ceci est encore vigueur en Angleterre, mais un retour est opéré en 2007 au Pays de Galles, en 2010 en Irlande du Nord et en 2011 en Ecosse. Ce gouvernement a également instauré la prise en charge du versement des indemnités journalières par les entreprises, la simplification des prestations sous conditions de ressources et en avril 1991, l'introduction de la concurrence dans le système de soins. Le modèle de « marché intérieur » est introduit. Depuis 1998, le modèle du NHS a été scindé en quatre systèmes de santé distincts pour chaque nation. Le marché intérieur est abandonné en 2004 en Ecosse et en 2009 pour le Pays de Galles.

Le système de santé en Angleterre a été revu par la réforme de 2012, le Health and Social Care Act 2012(13). Le modèle de marché intérieur y est encore en vigueur. Le ministère de la santé en Angleterre a sous sa responsabilité différentes structures réparties selon le schéma suivant :

Schema 1 : Structure du département de la santé en Angleterre (13) :



Department of Health : ministère de la santé / Public Health England : Santé publique Angleterre / Local Authorities : autorités locales / Secondary care : soins secondaires / Community services : services de communauté / Mental Health Services : Département de psychiatrie / Rehabilitation services : services de rééducation / Primary care : soins primaires gérés notamment par les médecins généralistes / Specialised services : soins spécialisés / Armed forces healthcare : soins au personnel et familles des armées

Les Clinical Commissioning Groups (CCG) sont des associations de médecins généralistes répartis selon leurs zones géographiques. Ils sont 211 CCG et ont sous leur responsabilité une moyenne de 250000 patients. Ils sont également composés d'un comptable, d'un directeur financier, d'une infirmière et d'un médecin spécialiste. Ce système remplace les Primary Care Trusts. Les CCG gèrent les besoins des patients de façon locale, avec des médecins qui connaissent les besoins médicaux de leur population. Ils passent des contrats avec les services d'urgence, les services hospitaliers, les maternités et services de pédiatrie, les

services psychiatriques... Le Ministère de la Santé reçoit un budget global du trésor public. Le NHS England reçoit 90% de ce budget, qu'il redistribue pour 2/3 aux CCG pour gérer les services locaux. Le tiers restant sert à gérer les soins primaires, les services spécialisés, la santé publique et les soins aux personnels et familles de l'Armée. Ainsi donc, un système de marché intérieur est instauré, notamment avec la présence des CCG.

Le système de soin en Irlande du Nord est sensiblement équivalent à celui de l'Angleterre avec le système de marché intérieur. (14)

Le Pays de Galle en revanche n'accepte plus l'idée que la compétition soit un moteur pour améliorer les soins. En 2009, une restructuration a mené à la création de local health boards gérés par NHS Wales sous la direction du ministère de la Santé gallois(14). Chacun des local health boards gèrent : les services spécialisés, les soins primaires, les soins secondaires, les soins tertiaires et les services de communauté. Le ministère de la santé délivre un budget global qui est distribué aux différents local health boards selon leurs besoins définis à l'avance. Les budgets sont réévalués tous les 3 ans selon les bilans des 3 années précédentes.

Enfin, le système de soins en Ecosse est équivalent à celui du Pays de Galle, avec un système pyramidal distribué selon 14 régions qui composent cette nation(14).

Malgré ces nuances entre les nations au Royaume-Uni, l'administration et le financement, à l'exception des assurances vieillesse, l'ensemble de la protection sociale est étatisé. Chaque ministère de la santé dirige donc le NHS, l'assurance nationale, les services sociaux chargés d'assister les personnes âgées, handicapées... Il est responsable de la législation et de la politique générale de la santé. Il vote les dépenses majeures d'équipement et la fermeture des hôpitaux. En revanche, il délègue la gestion des budgets aux administrations régionales. En 2014, le budget alloué à la santé au Royaume-Uni était de 9.9% du PIB

contre 11.1% en France (15). Chaque nation décide du budget qu'elle consacre à la santé. En 2016, la santé représentait 24% des dépenses publiques en Angleterre, 21% en Ecosse et au Pays de Galles et 20% en Irlande du Nord (16).

Le médecin généraliste occupe une place centrale dans l'organisation du système de santé au Royaume-Uni. Il est le premier accès au soin des patients et permet d'adresser les patients auprès d'autres spécialistes ou dans une structure adaptée, sauf pour les urgences et les cliniques de médecine sexuelle (17). Il a le rôle de gate-keeper (médecin de premiers recours). Les patients se voient attribuer un médecin généraliste selon leur lieu de résidence. Le médecin généraliste a un rôle de soin primaire, de prévention, d'éducation à la santé, d'aide au sevrage tabagique et à la perte de poids, pratique les soins de petite chirurgie. Il dispose d'un accès en ligne où le patient peut gérer ses rendez-vous mais également renouveler des prescriptions, consulter une partie de son dossier médical rempli par le médecin généraliste (traitement, allergies, vaccinations, antécédents médicaux, résultats biologiques) et consulter les courriers avec les différents correspondants médicaux. Leur statut se distingue de leurs confrères spécialistes d'autres disciplines médicales qui exercent pour la plupart à l'hôpital. Ils sont travailleurs indépendants sous contrat avec le NHS pour la plupart. En 2015, le Royaume-Uni comptait un médecin généraliste pour 1267 habitants contre un pour 651 habitants en France (18).

MATERIEL ET METHODES

L'étude menée était observationnelle, quantitative, transversale, internationale. Elle comparait les contenus et les contextes des consultations de médecine générale en France et au Royaume-Uni. Les données françaises sont issues de la thèse réalisée en 2014 par Adil CHABABE permettant une comparaison avec les nouvelles données collectées au Royaume-Uni en 2017/2018.

1. Constitution De L'échantillon

Pour l'étude en France, un recrutement a été réalisé par tirage au sort d'un échantillon aléatoire et représentatif de la population de 350 médecins généralistes le 24 Février 2014 par le Centre d'Etudes et de Recherche en Informatique Médicale (CERIM) via l'Assurance Maladie En Ligne (AMELI) direct. L'étude du Royaume-Uni a quant à elle été menée en Angleterre, au Pays de Galles, en Ecosse et en Irlande du Nord. 400 médecins généralistes étaient recrutés de façon aléatoire via le site de la NHS en Novembre 2017. Le nombre de médecins britanniques étaient volontairement supérieur à 350 en première intention pour assurer un nombre de questionnaires renvoyés au moins équivalent au nombre français.

2. Recrutement

Le tirage au sort de 200 médecins généralistes parmi les 400 a été réalisé le 19 Novembre 2017 pour le Royaume-Uni.

Le critère d'inclusion était d'être médecin généraliste exerçant principalement la médecine générale.

Le critère de non-inclusion était d'être médecin n'exerçant pas majoritairement la médecine générale.

3. Questionnaire

Selon les données de la littérature (19), un questionnaire anonyme, à questions fermées et standardisé avait été réalisé en 2014 pour comparer la France et l'Allemagne. Le recueil des données du Royaume-Uni s'est

donc basé sur ce questionnaire, traduit en anglais. Il était composé d'une partie concernant l'examen clinique, les gestes et les suivis réalisés au cabinet de médecine générale (questions 1 à 28) et d'une partie concernant les caractéristiques de la population et le contexte d'exercice des médecins généralistes (questions 29 à 41). Il était envoyé aux médecins généralistes de la même façon qu'en 2014 avec une lettre d'introduction et une enveloppe retour pré-timbrée, cette méthodologie ayant montré son efficacité et un taux de réponses très satisfaisant (100 réponses sur 150 envois).

4. Collecte Des Données

Les questionnaires étaient diffusés du 5 Avril 2014 au 5 Juin 2014 en France. La nouvelle étude a permis un recueil des questionnaires au Royaume-Uni du 1er Décembre 2017 au 30 Janvier 2018. Devant un taux de réponse moins important que lors de l'étude en France une relance par courrier électronique a été effectuée chez 75 médecins généralistes du 3 au 4 Février 2018 mais n'a pas permis d'obtenir plus de réponses. Les réponses étaient répertoriées dans un fichier Excel dès réception.

5. Analyse Statistique

L'analyse des données avait été effectuée en 2014 avec l'aide du service d'information et d'activités médicales du pôle de Santé Publique du CHRU de Lille. En 2018, l'analyse a été réalisée de la même façon.

Le critère de jugement principal est la différence du contenu d'une consultation de médecine générale au Royaume-Uni par rapport à la France au niveau des actes réalisés et du suivi du patient. Les critères de jugement secondaires sont les différences dans les cadres d'exercice des médecins généralistes au Royaume-Uni par rapport à la France (contexte de la pratique).

RÉSULTATS

Le nombre de réponses était de 79 sur les 200 questionnaires envoyés au Royaume-Uni. 5 avaient été exclus car renvoyés vierges, le médecin généraliste n'exerçant plus au cabinet. En France 105 des 150 questionnaires avaient été renvoyés. 5 avaient été exclus pour pratique exclusive de l'angiologie. Les taux de réponses exploitables étaient donc de 74/200 (37%) au Royaume -Uni et de 100/150 (66.7%) en France.

1. Caractéristiques Des Populations

Tableau 1 : Comparaison entre la France (FR) et le Royaume-Uni (UK) des caractéristiques des populations étudiées

		UK	FR
REPARTITION PAR SEXE (%)	Hommes	56,1%	69,0%
	Femmes	43,9%	31,0%
AGE MOYEN (ANNEES)	Hommes et Femmes	48,7 ans	52,3 ans
	Femmes	47,6 ans	46,1 ans
	Hommes	49,3 ans	53,9 ans
MILIEU D'EXERCICE (%)	Rural	29,0%	20,0%
	Semi-rural	43,5%	36,0%
	Urbain	27,5%	44,0%

ND : donnée non disponible car non recherchée

La répartition des réponses sur le territoire du Royaume-Uni était de 22,4% de réponses en Angleterre, 20,9% au Pays de Galles, 28,4% en Ecosse et 28,4% en Irlande du Nord.

2. Contexte De La Pratique Du Médecin Généraliste

Tableau 2 : Comparaison entre la France (FR) et le Royaume – Uni (UK) du contexte de la pratique du médecin généraliste

		UK	FR
MODE D'EXERCICE (%)	Privé	7,5%	97,0%
	Privé et Employé	16,4%	ND
	Privé et Hôpital	3,0%	3,0%
	Employé	32,8%	ND
	NHS	40,3%	ND
	Exercice seul	15,6%	ND
	Exercice en groupe	71,4%	53,0%
ANNEES D'INSTALLATION (moyenne)	Hommes et Femmes	17,7 ans	21,5 ans
	Femmes	17,0 ans	13,1 ans
	Hommes	18,0 ans	24,9 ans
EXERCICE PARTICULIER		31%	28%
GARDES		33,3%	69%
HEURES TRAVAIL PAR JOUR (moyenne)		9,8 hrs	9,9 hrs
NOMBRE PATIENTS RECUS PAR JOUR (moyenne)		32,4	29,3
DUREE D'UNE CONSULTATION (en minutes)		11,0 min	18,3 min
VISITEURS MEDICAUX		38,8%	76%
ASSISTANT MEDICAL		21,5%	ND

ND : donnée non disponible car non recherchée

Hrs : heures

Min : minutes

Parmi les exercices particuliers au Royaume-Uni, 27,8% des médecins généralistes pratiquent la médecine du sport, 11% les soins palliatifs, 11% la médecine légale, 5,5% la diabétologie, 5,5% la médecine d'urgence rurale, 5,5% la dermatologie, 5,5% la pneumologie, 5,5% la médecine de la sexualité, 5,5% la psychiatrie de la personne âgée, 5,5% la médecine du travail et 5,5% pratique des actes de chirurgie à l'hôpital.

En France, 28 médecins sur 100 avaient un exercice particulier, parmi lesquels 68% pratiquaient l'homéopathie, 29% la médecine du sport et 29% l'acupuncture.

3. Gestes Et Suivis Médicaux, Chirurgicaux Et Gynéco-Pédiatriques Réalisés Par Le Médecin Généraliste

L'examen clinique est pratiqué de façon loco-régionale, centré sur la maladie à 84% au Royaume-Uni et à 24% en France.

Tableau 3 : Comparaison des gestes et suivis gynéco-pédiatriques réalisés au cabinet de médecine générale entre la France (FR) et le Royaume-Uni (UK)

		UK			FR		
		H et F	F	H	H et F	F	H
GYNECOLOGIE	Prescription CO	100,0%	100,0%	100,0%	96,0%	97%	96%
	Réalisation FCV	58,3%	89,6%	27,0%	51,0%	71,0%	42,9%
	Pose stérilet	33,3%	55,2%	18,9%	9,0%	6,5%	10,0%
	Retrait implant sous-cutané	37,5%	51,2%	29,7%	24,0%	25,8%	23,2%
	Suivi 6 premiers mois d'une grossesse normale	56,9%	58,6%	54,1%	66,0%	71,0%	64,3%
PEDIATRIE	Suivi enfant avant 24 mois	86,1%	86,2%	83,8%	92,0%	96,7%	90,0%
	Suivi enfant après 24 mois	77,8%	75,9%	78,4%	93,0%	96,8%	91,4%

H : Hommes / F : Femmes - FCV : frottis cervico-utérin - CO : contraception orale

Tableau 4 : Comparaison des gestes et suivis médicaux et chirurgicaux réalisés au cabinet de médecine générale entre la France (FR) et le Royaume-Uni (UK)

		UK	FR
CARDIOLOGIE	Réalisation électrocardiogramme	70,8%	39,0%
	Réalisation échographie cardiaque	5,6%	0,0%
	Réalisation épreuve d'effort	2,8%	0,0%
UROLOGIE	Pose cathéter sus-pubien	5,6%	3,0%
ADDICTOLOGIE	Sevrage alcool en ambulatoire	30,6%	60,0%
	Renouvellement traitement substitutif opiacés	23,6%	64,0%
PSYCHIATRIE	Initiation prescription anti-dépresseur	100,0%	93,0%
PETITE CHIRURGIE	Retrait points suture	47,2%	95,0%
	Suture	48,6%	70,0%
	Incision hémorroïde externe	11,1%	22,0%
	Retrait corps étranger intra-oculaire	37,5%	31,0%
	Salle dédiée à la petite chirurgie	66,7%	17,0%
DERMATOLOGIE	Soins d'ulcères et d'escarres	45,8%	53,5%
INVESTIGATIONS COMPLEMENTAIRES	Réalisation échographie abdominale	4,2%	2,0%
	Test de dépistage rapide du Streptocoque A	1,4%	72,0%
ACTES MEDICAUX	Retrait bouchon de cérumen	58,3%	85,0%
	Réalisation d'une aérosolthérapie	20,3%	12,0%
	Pose d'une voie veineuse périphérique	35,2%	13,0%
	Réalisation d'un bilan sanguin	84,5%	15,0%
	Moyens techniques de réaliser un bilan sanguin	34,8%	1,0%

DISCUSSION

1. Réponse Aux Objectifs

L'objectif de l'étude est de comparer le contenu d'une consultation de médecine générale en France et au Royaume-Uni. Le nombre de réponses est de 74 questionnaires exploitables au Royaume-Uni contre 100 en France. Ces résultats permettent d'effectuer des comparaisons pertinentes à analyser.

2. Biais De L'étude

Pour assurer la comparabilité des résultats, la méthodologie de l'étude devait être la même que celle appliquée lors de l'analyse de 2014 initiée par Adil CHABABE.

Le biais de sélection est limité par la constitution d'un échantillon par tirage au sort. Les médecins sont sélectionnés de façon aléatoire sur le site AMELI en France et sur le site du NHS au Royaume-Uni. Cela permet une représentativité de l'échantillon mais les données ne sont pas extrapolables à l'ensemble de la population devant le nombre de réponses. Un biais de sélection aurait pu se produire avec une levée de l'anonymat lors de la relance par courrier électronique ; cela ne s'est pas produit.

Le biais d'envoi est maîtrisé. L'étude de 2014 a permis de déterminer que l'envoi des questionnaires par courrier postal permet un bon taux de réponse.

Un biais de mesure est introduit par la comparaison de données en 2014 versus 2018. Des résultats peuvent ne plus être à jour. Par ailleurs, ce biais de mesure est limité par l'utilisation d'un questionnaire standardisé avec réponses à cocher.

Un biais de confusion est présent à la question 23 concernant l'utilisation du strepta-test. Certains participants annotent que la formulation n'est pas claire. En effet, certaines questions n'ont pas la même pertinence suivant les recommandations des pays.

3. Caractéristiques Des Populations Répondant Au Questionnaire

Le résultat obtenu pour la France correspond aux données épidémiologiques de l'INSEE qui déclare l'âge moyen à 51,6 ans chez les médecins généralistes en 2017 (20). Il y a une différence concernant les âges moyens des populations entre la France et le Royaume-Uni avec une moyenne d'âge à 48.7 ans au Royaume-Uni et 52,3 ans en France. La répartition des sexes obtenue au Royaume-Uni équivaut aux données épidémiologiques du General Medical Council (GMC) qui déclare que 45% des General Practitioners (GP) sont des femmes en 2015. Une féminisation de la profession s'observe au Royaume-Uni puisque 60% des GP de moins de 50 ans sont des femmes (21). A noter que les données de l'étude concernant la France ont évolué depuis 2014 avec ce même phénomène de féminisation de la profession, puisqu'il y a une augmentation de 6% du nombre de femmes entre 2014 et 2017 (22). En 2017 en France, tout comme au Royaume-Uni, il y a 45% de femmes GP (23). Concernant la répartition sur le territoire, la différence majeure concerne l'installation des médecins en zone urbaine (24) puisque 44% des français s'installent en ville contre 28% au Royaume-Uni.

4. Contexte De La Pratique

4.1 Mode D'exercice

Au Royaume-Uni, l'exercice privé concerne 3% des médecins contre 97% en France. Parmi ces 3%, 40% précisaient par une annotation qu'ils travaillent pour le NHS. Il en va de même pour 23% des médecins cochant la réponse « employé ». En effet, la plupart des médecins généralistes au Royaume-Uni ont le statut de travailleur indépendant sous contrat avec le NHS. En Angleterre, ils sont payés selon un mode de rémunération appelé capitation. Le médecin perçoit une somme forfaitaire par patient inscrit à son cabinet (25).

Ce forfait est indépendant du volume de soins que le médecin prodiguera à son patient sur une période donnée. Il est ajusté en fonction du sexe, de l'âge, du fait d'être atteint d'une maladie chronique ou non et le secteur d'habitation du patient. Le forfait est réévalué tous les trimestres. L'objectif de ce système est de favoriser la prévention, une diminution des temps d'attente, une prise en charge en ambulatoire avec une meilleure collaboration ville-hôpital. Cependant, un modèle néerlandais a montré que les soins peuvent être délivrés de façon à coûter le moins cher possible et la gestion financière peut se révéler compliquée lorsque la prise en charge d'un patient nécessite l'intervention de multiples intervenants (26) (27).

En Ecosse, au Pays de Galles et en Irlande du Nord, un système de type «Block contract» prévaut encore, même s'il tendra à être remplacé par la capitation. C'est un forfait global déterminé à l'avance pour chaque activité et réévalué annuellement(14). Il permet aux professionnels de santé d'anticiper un paiement précis mais ne permet pas de palier des soins onéreux inattendus et à une augmentation inhabituelle de la patientèle. Ce système peut amener les GP à être moins performants et à prendre en charge moins de patients pour alléger leur pression financière (28).

Le système français a introduit une rémunération à la performance avec les Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) en addition de leur paiement à l'acte (29). En 2015, le salaire moyen anglais varie de 55412£ (soit 62183 euros) à 85298£ (soit 95721 euros) par an avec 1 GP pour 1267 habitants (18). En France le salaire moyen est de 75500€ par an avec 1 médecin pour 651 habitants (30).

Chaque système de rémunération a ses avantages et ses inconvénients et ont une influence sur la pratique médicale des médecins (31). Toutefois, des études ont montré qu'un système de rémunération mixte permettait d'atténuer les défauts de chacun de ces système sans les supprimer(25).

4.2 La Gestion Des Urgences

Au Royaume-Uni, selon l'étude, 33% des GP effectuent des gardes. En France, selon le Conseil de l'Ordre, 63% des médecins participent à la permanence des soins en 2014 (69% selon notre étude). Ils sont recrutés sur la base du volontariat et si les effectifs ne sont pas suffisants le Conseil de l'Ordre désigne les médecins. A partir de minuit, 67% du territoire français est sans effectif et les patients sont orientés vers les services d'urgence (32). Au Royaume-Uni, le système d'urgence est régulé par le 111. Les emergency departments (les A&E) gèrent les urgences vitales où les patients peuvent se rendre librement. Les Urgent Care Centres (ou Minor Injury Units ou Walk In Centre) gèrent les soins urgents sans que le pronostic vital ne soit engagé. Ils sont gérés par des GP lors de gardes de 12 heures et prennent en charge les suspicions de fractures, les plaies, les brûlures, les infections, les pathologies ophtalmologiques et ORL, les douleurs abdominales, les contraceptions d'urgence. Les patients y sont adressés par leur GP ou par le 111 (33) (34). Cela correspond au système de permanence de soins français mais ces centres sont ouverts toute la nuit. Une infirmière est présente pour assister le GP. En 2012/2013, le NHS a enregistré 18.3 millions de passages contre 20.3 millions en France en 2015 (35). Les soins d'urgence sont dispensés d'avance de frais pour les résidents du Royaume-Uni. Tout comme en France, le Royaume-Uni souffre d'un déficit d'installation en libéral, une surcharge de travail la journée et des tâches administratives qui diminuent les effectifs de permanence de soins la nuit.

Réfléchir à une revalorisation des gardes de médecins généralistes en France et au Royaume-Uni, à une meilleure coordination entre les médecins et les urgences, réaliser des campagnes d'information des usagers de la permanence des soins, penser à une avance des soins pour les soins réalisés en garde en ville permettrait une meilleure répartition des patients selon le degré d'urgence en garde.

4.3 Déroutement *D'une Consultation*

Le médecin généraliste britannique travaille autant d'heures par jour que son homologue français. Il reçoit 3 patients de plus pour une consultation. Il y a cependant une différence concernant la durée d'une consultation : 11.0 minutes au Royaume-Uni contre 18.3 minutes en France en moyenne. Cette différence de durée peut s'expliquer par le fait que les britanniques ont une approche clinique loco-régionale, centrée sur la maladie (84% des médecins interrogés) ; alors qu'en France la formation des médecins généralistes se veut globale, en prenant en charge l'ensemble des données bio-psycho-sociales du patient. De ce fait, seulement 24% des médecins français déclarent avoir une approche loco-régionale lors de la prise en charge d'un patient. Le gain de temps se fait également en termes d'organisation administrative. En effet, les britanniques enregistrés au NHS n'avancent aucun frais de consultation quelle que soit la pathologie. Contrairement à la France, il n'y a pas de carte à présenter ni de paiement à avancer. Cela libère du temps « médical » à la consultation. L'étude a permis de mettre en exergue une donnée non questionnée et qui méritera une analyse plus précise. En effet, des médecins annotaient le nombre de patients reçus par jour et il leur semblait nécessaire de rajouter également le nombre de patients gérés par téléphone : ce nombre allait de 6 à 50 appels par jour selon les médecins. Cette donnée n'est pas comparée avec la France mais le chiffre est non négligeable dans une journée de travail. La question de la prise en charge à distance est également permise par la prescription en ligne via le site du NHS (36). Cela permet au patient de renouveler de façon électronique un traitement de fond avec une pharmacie désignée à l'avance. Les médecins peuvent via ce système envoyer directement l'ordonnance à une pharmacie lors d'une consultation. L'objectif est de réduire le risque d'erreur, de diminuer les coûts et de gagner du temps. Cependant, une étude a montré que des difficultés nouvelles apparaissaient : les systèmes informatiques peuvent être incompatibles, des informations peuvent être manquantes ou inadaptées sur les ordonnances, des dosages peuvent être erronés. De plus cette étude a montré que les appels au prescripteur étaient plus fréquents sur les prescriptions en ligne que sur les ordonnances manuscrites ce qui introduit une perte d'efficacité et un plus haut risque d'erreur(37).

La prescription en ligne est un outil encore peu utilisé en France mais qui va vite se répandre dans les années à venir, notamment avec la télémédecine. Il nécessite à ce jour un perfectionnement pour être efficace et dénué d'erreurs.

5. Comparaisons De Gestes et Suivis gynéco-pédiatriques réalisés au cabinet de Médecine Générale entre la France et le Royaume-Uni

5.1 Le Suivi De La Femme En Médecine Générale

Concernant la gynécologie, les médecins généralistes anglais et français prescrivent la contraception orale sans difficulté (100% des anglais et 96% des français). Cependant, il y a une différence significative dans la pose du stérilet, plus pratiquée au Royaume-Uni et notamment par les femmes. Il n'y a pas de différence concernant le retrait de l'implant sous-cutané ou la réalisation du FCV mais les chiffres suivent cette même tendance.

Cette différence peut être expliquée par le fait que les patientes doivent être référées par leur médecin généraliste pour consulter un gynécologue obstétricien. Le médecin traitant est donc en première ligne pour le suivi gynécologique. Leur formation en gynécologie n'est pas obligatoire mais fortement conseillée. Ils peuvent exercer en obstétrique, en maternité, en PMI (38) (39). Lors de leurs 12 à 18 mois en médecine générale ils peuvent approfondir leurs connaissances. Cette formation est d'autant plus importante que le Royaume-Uni comme la France souffre de délais d'attente chez les gynécologues qui varient selon les régions, entre 14 et 18 semaines pour une prise en charge non urgente et de 2 à 6 semaines pour les prises en charge urgentes de type cancérologie (40)(41)(42)(43). Les GP nurses aident les médecins généralistes dans le suivi puisqu'elles sont formées à réaliser les FCV. La formation des GP nurses durent 3 à 4 ans avec la moitié de la formation théorique à l'université et la moitié de la formation pratique pour obtenir le NMC-approved course. Elles peuvent compléter leurs études pour se spécialiser dans la prise en charge des

adultes, des enfants, dans la santé mentale.(44) Au cabinet, elles ont sous leur responsabilité les « health care assistant » pour les aider. The General Practice Nursing Workforce Development Plan publié en mars 2017 élargit leur champ de compétences.

Des centres équivalents à des plannings familiaux accueillent cependant les patients sans lettre de recommandations. Il s'agit des sexual health services, les sexually transmitted infection testing clinics, les genitourinary medicine clinics... Y sont pris en charge la contraception, les IST, la maltraitance...(45). Les sages-femmes sont également à même de suivre ces patientes (46) (47). En France, les patientes peuvent consulter un gynécologue sans lettre du médecin traitant et se tournent parfois plus facilement vers le professionnel de leur choix pour leur suivi (gynécologue, sage-femme, médecin généraliste). Il leur est également possible d'être suivies par un gynécologue médical, spécialité spécifique à la France. Les délais d'attente pour voir un gynécologue sont en moyenne de 40.5 jours (soit environ 6 semaines) (48).

On peut se poser les questions d'élargir la formation des gestes de gynécologie tels que le FCV aux infirmières en France et de l'intérêt d'une lettre de recommandation par le médecin généraliste au Royaume-Uni.

5.2 Le Suivi De *L'enfant* En Médecine Générale

Avant 24 mois le suivi de l'enfant est comparable chez les médecins généralistes britanniques et français. En revanche, après 24 mois, il y a une différence significative avec un suivi est plus important en France par les médecins généralistes.

Les études de pédiatrie au Royaume-Uni commencent après un *Bachelor's Degree* en médecine. Le Level 1 (niveau 1) se déroule en 2 à 3 ans où l'étudiant acquiert les connaissances de pédiatrie générale, de néonatalogie et valide le Membership of the Royal College of Pediatrics and Child Health (MRCPCH). Le Level 2 (niveau 2) dure 1 à 2 ans et est axé sur la pratique clinique à l'hôpital. Le Level 3 (niveau 3) dure 2

à 3 ans et permet de terminer la validation de pédiatre généraliste dans un centre agréé pour les uns ou de se sur-spécialiser pour les autres(49). En France, la formation de pédiatrie dure 4 ans après l'internat, la sur-spécialisation peut rajouter 3 ans. Concernant les médecins généralistes, les britanniques sont fortement conseillés de faire un stage de pédiatrie dans leur maquette mais ce stage n'est pas obligatoire, contrairement à la France (50). Il est constaté que seulement un tiers recevra une formation de pédiatrie alors que les statistiques montrent que chaque GP reçoit 400 à 600 enfants en 6 mois. Des progrès sont à faire dans le délai de diagnostic des cancers, le suivi de maladies chroniques et la réduction du nombre d'admissions aux urgences. Devant ce problème largement reconnu des différents Collèges et du GMC, en 2012 été introduite une période de 2 ans dans le Training Programme pour réaliser 6 mois de médecine, de médecine générale, de pédiatrie et de psychiatrie. Cependant la Health Education England a fait cesser cette innovation en 2015 en évoquant des raisons budgétaires.

Au Royaume-Uni, les « GP nurses » et les « Health visitors » peuvent aider le GP. En effet, le Health visitor est une infirmière ou une sage-femme qui se déplace au domicile des parents ou reçoit dans les GP surgeries (maisons médicales). Elles pratiquent les examens obligatoires de l'enfant à 72 heures de vie, 1 semaine, 1 an et 2 ans. Seul l'examen des 6 semaines doit être fait par un GP obligatoirement. Elles réalisent les mesures anthropométriques de l'enfant, vérifient son bon développement et réalisent l'éducation thérapeutique des parents (sommeil, alimentation, sécurité...). Ces consultations dédiées, souvent faites à domicile, permettent de connaître l'environnement de l'enfant et de prévenir des difficultés sociales ou familiales (51). Cette éducation est renforcée sur le site internet du NHS qui explique les conduites à tenir selon les difficultés et les conseils aux parents. En France, le site AMELI est plus succinct et renvoie le plus souvent à consulter son médecin (52). La GP nurse est habilitée à réaliser les vaccins et dispense elle aussi des conseils aux parents (53).

Enfin, pour faciliter les relations ville-hôpital et améliorer l'accès aux soins pour les enfants, le programme « Facing the Future » a été instauré en 2010 et révisé en 2015 (54). Des rotations ont été mises en place pour qu'un pédiatre soit toujours présent à l'hôpital ou joignable par téléphone. Un système de permanence

téléphonique est organisé entre les GP et les pédiatres, y compris jusqu'en début de soirée pour s'adapter aux horaires des cabinets. Selon l'audit de 2017 du programme, 11% des GP ont également accès à une « hot line » et les retours sont satisfaisants. Pour faire face à l'afflux d'enfants à l'hôpital, l'audit note par ailleurs l'augmentation de 26% à 38% depuis 2013 de pédiatres consultants notamment les week-ends et périodes de fortes affluences. Des réflexions sont donc en cours pour améliorer les conditions de travail et la qualité des soins en pédiatrie. Le nombre de pédiatres au Royaume-Uni est de 6853 mais avec une augmentation de 16% du nombre de consultants chaque année (55). En France les pédiatres sont 7256 mais le *numerus clausus* à l'internat a diminué de 6% entre 2015 et 2018 malgré le déficit de pédiatres en France (56).

Au Royaume-Uni, instaurer une formation obligatoire en pédiatrie pour les GP assurerait une meilleure qualité de soins et romprait avec 40 ans de statu quo sur le sujet. En France étendre les soins d'éducation, prévention et vaccination aux sages-femmes et infirmières permettrait de libérer du temps aux médecins généralistes pour gérer les pathologies aiguës et chroniques.

6. Comparaisons des Gestes et Suivis médicaux et chirurgicaux réalisés au cabinet de Médecine Générale entre la France et le Royaume-Uni

6.1 Le Suivi Cardiologique En Médecine Générale

Sur le plan de la cardiologie, la différence la plus marquante réside dans l'utilisation des ECG pour 71% des GP contre 39% des français. 8% des médecins britanniques interrogés précisaient de façon manuscrite qu'ils sont réalisés par les GP nurses. Il n'y a pas de recommandation sur les équipements cardiologiques nécessaires au cabinet au Royaume-Uni. La seule obligation concerne les défibrillateurs en Angleterre et au Pays de Galles, avec au moins une personne formée à leur utilisation par surgery (maison médicale). Cependant, une étude se conforme à nos résultats puisqu'elle décrit que 85% des surgeries ont des ECG 12

dérivations, 88% des brassards à tension, 45% des systèmes d'automesure tensionnels et 19% des holters ECG. De façon surprenante, 73% des GP ont été formés à la lecture des ECG alors qu'ils sont 97% à en assurer l'interprétation. La plupart des ECG sont réalisés par les GP nurses, 97% d'entre elles sont formées à l'utilisation (57). Des formations sont proposées pour réviser régulièrement l'interprétation de l'ECG (58)(59).

Concernant les échographies cardiaques et les épreuves d'effort, au Royaume-Uni comme en France, la plupart sont réalisées par les cardiologues. Les indications de ces examens sont les mêmes dans les deux pays (60)(61). Cependant, les cardiologues sont 2725 enregistrés en 2018 au Royaume-Uni (62) contre 6996 en France en 2016 (63). La plupart des britanniques travaillent à l'hôpital alors que 43% des français travaillent en libéral et 25% ont une activité mixte. La répartition géographique et les effectifs sont donc différents(64) (65).

Le regroupement en surgery permet l'acquisition de matériel et notamment d'un ECG, essentiel en soin primaire. Cela doit cependant s'accompagner d'une formation à l'utilisation pour tous les intervenants, ce qui n'est pas forcément le cas pour tous les GP.

6.2 Le Suivi Des Patients Concernés Par Une Addiction

Selon l'étude, les médecins généralistes français effectuent deux fois plus de sevrage en alcool et prescrivent trois fois plus de substitutifs des opiacés que leurs homologues britanniques. Ces différences sont significatives. En effet, en France les formations d'addictologie sont ouvertes à toutes les spécialités notamment la médecine générale (66). Au Royaume-Uni le principe est le même mais les psychiatres addictologues sont les plus nombreux. En addictologie, le rôle du GP est de dépister, orienter, conseiller et effectuer les prescriptions dans les cas non complexes. Les cas complexes doivent être pris en charge par les intermediate-level doctors (médecins généralistes ayant une formation d'addictologue) et les psychiatres.

Or, les patients avec des besoins complexes et des problèmes sévères sont très fréquents en addictologie. Une étude de 2017 décrit que 279000 patients ont été pris en charge entre 2016 et 2017 au Royaume-Uni concernant le sevrage alcool et des opiacés. Leur prise en charge psychosociale est effectuée à 96% par les Community et à 7% par les Primary Care et leurs prescriptions à 90% par les Community et à 17% par les Primary Care (67); ces résultats suivent la tendance de nos données. Les Community drugs and alcohol treatment and recovery services ont été créés en 1990 sous l'égide du National Health Service and Community Care Act. Ce sont des services de référence pour la prise en charge en addictologie, ils aident les patients et leur entourage sur le plan social et médical. Depuis 2010, tous les patients en addictologie ont un keyworker (réfèrent) qui peut être le GP, l'infirmier, le pharmacien et le consulte régulièrement (68). Un plan de soin est établi après une évaluation initiale complète à la fois sur le plan médical, social et un bilan biologique. L'induction de traitement se fait progressivement et le patient doit voir son GP plusieurs fois par semaine (69). Il reçoit son traitement de façon quotidienne à la pharmacie puis toutes les semaines. En France, la charge de travail du médecin généraliste ne permet pas toujours un suivi aussi rapproché du patient en début de traitement. La France développe depuis 2006 un système équivalent aux Community que sont les CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) et les CAR-RUD (Centres d'accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues) mais leur maillage sur le territoire est encore peu développé et disparate(70).

Promouvoir le développement des CAARUD et les CSAPA permettrait de prendre en charge de façon homogène les patients en addictologie sur l'ensemble du territoire français.

6.3 Le Suivi Des Patients Psychiatriques En Médecine Générale

Selon l'étude, 7% des médecins généralistes français n'initient pas de traitement anti-dépresseur alors que tous les GP le font. Cette tendance peut s'expliquer par le fait que le Conseil de l'Ordre des Médecins enregistrait presque deux fois plus de psychiatres en France en 2017 (12591) (63) que le Royal College of

Psychiatrists (7068)(71). Malgré les efforts de diminution de consommation traitement à visée psychiatrique, la France continue de consommer 4 fois plus de benzodiazépines que le Royaume-Uni. Elle est la deuxième consommatrice d'Europe derrière l'Espagne. Cependant des progrès ont été réalisés avec une diminution de sa consommation de 10% entre 2012 et 2015 (72).

Continuer les efforts commencés permettra de réduire encore la consommation de benzodiazépines en France.

6.4 Equipement Et Petite Chirurgie Au Cabinet

Selon l'étude, 67% des GP ont une salle dédiée à la petite chirurgie contre 17% des français. Cette différence significative leur permet de réaliser des gestes et notamment les bilans sanguins (85% au Royaume-Uni contre 15% en France). Concernant les points de suture, 27% des médecins interrogés au Royaume-Uni annotaient que le retrait était fait par la GP nurse. Il en va de même pour 24% des médecins interrogés concernant les soins d'ulcères. Les taux obtenus sous estiment probablement le nombre exact de gestes réalisés aux chirurgies puisque la plupart doivent être faits par les GP nurses.

Une étude serait donc à mener sur les gestes techniques réalisés par les GP nurses au sein des chirurgies.

6.5 La Gestion Des Affections Infectiologiques

Selon l'étude, le strepta-test est utilisé chez 1% des GP au Royaume-Uni contre 72% des français. En effet, il ne fait pas partie des recommandations éditées par le National Institute for Health and Care Excellence (NICE). La prise en charge thérapeutique d'une angine au Royaume-Uni est régie par le Fever Pain Score (73) :

- Hyperthermie dans les 24 heures : 1 point

- Absence de toux : 1 point
- Symptômes depuis moins de 3 jours : 1 point
- Amygdales purulentes : 1 point
- Inflammation grave des amygdales : 1 point

Il est différent du score de Mac Isaac utilisé en France. Un Fever Pain Score entre 0 et 1 amène à ne pas prescrire d'antibiotique. Pour un score entre 2 et 3, il faut considérer l'antibiotique non nécessaire ou à considérer si les symptômes s'aggravent sous 3 à 5 jours. Un score entre 4 et 5 amène à considérer la prescription d'antibiotique de façon immédiate ou retardée de 3 à 5 jours. L'antibiotique de première intention est au Royaume-Uni la phénoxyméthylpénicilline (Péni V) 2g/jour pendant 5 à 10 jours. La recommandation française est d'initier une antibiothérapie si le Score de Mac Issac est supérieur ou égal à 2 avec un test de détection rapide (TDR) du Streptocoque Béta Hémolytique du Groupe A positif (74). Malgré cette utilisation prouvée efficace du TDR, les prescriptions d'antibiotiques en France concernent à 44% la sphère ORL chez les médecins généralistes en France. Malgré des campagnes successives de prévention sur l'antibiorésistance, la consommation d'antibiotiques est à nouveau à la hausse depuis 2010 alors qu'elle avait bien diminuée entre 2000 et 2005 (+5.6% de prescription d'antibiotiques en ville entre 2011 et 2016 en France). Une attention particulière est à porter sur les pénicillines dont la consommation en ville a augmenté de +21.4% entre 2000 et 2016 (notamment concernant les associations de pénicillines)(75). La consommation d'antibiotiques en France en ville en 2016 est évaluée à 30.3 DoseDélivréeJournalière/1000habitants/jour (DDJ/1000h/j) contre 19.6DDJ/1000h/j au Royaume-Uni. Le Royaume-Uni est au 4^{ème} rang européen concernant la consommation raisonnée d'antibiotiques en ville alors que la France est 10^{ème} rang derrière la Grèce et Chypre, selon le rapport 2016 de *l'European Centre for Disease prevention and Control* (75).

La lutte contre l'antibiorésistance est donc de vigueur au Royaume-Uni comme dans le reste de l'Europe. Depuis 1989, les laboratoires hospitaliers recueillent leurs données sur la banque de données LabBase 2 désormais relayée par la Second General Surveillance System. Cela permet d'agir lorsque des souches

émergentes sont détectées. Cela a par exemple été le cas lors de l'émergence des *Staphylococcus Aureus* Résistant à la Méthicilline (SARM). Le plan d'action du gouvernement a permis de diminuer le nombre de bactériémies à SARM de 80.6% entre 2004 et 2013. Devant le phénomène mondial d'antibiorésistance, le plan d'action « The UK 5-year Antimicrobial Resistance Strategy » a été mis en place en 2013. Pour les GP le plan «Uptake of the Target Antibiotics toolkit» a été instauré pour les aider dans leurs prescriptions et dans le dialogue à adopter avec les patients pour justifier la non prescription (76). Les premières études montrent un meilleur contrôle des prescriptions à la suite de cette initiative (77). «L'European Antimicrobial Resistance Surveillance Network» (EARSnet) dirigé par «l'European Centre for Disease prevention and Control» (ECDC) va dans ce sens également. Par exemple la résistance de l'*Escherichia Coli* aux céphalosporines de 3^{ème} génération est passée de 10-25% au Royaume-Uni en 2013 à 5-10% en 2016 alors que le phénomène inverse s'observe en France. Le Royaume-Uni rapportait 10 à 25% de SARM isolé en 2013 contre 5 à 10% en 2016 alors que le pourcentage de SARM est resté entre 10 et 25% en France. Ce sont les évolutions les plus marquantes décrites par l'EARSnet entre la France et le Royaume-Uni entre 2013 et 2016, le reste des antibiorésistances décrites restant stables.

Les campagnes de lutte contre l'antibiorésistance auprès des patients et des professionnels de santé ont montré leur efficacité au Royaume-Uni comme en France. L'ECDC avec l'EARSnet permet de surveiller et d'aider à contrôler le phénomène d'antibiorésistance en Europe. Il pourrait être intéressant de renforcer les campagnes de prévention en France pour retrouver les taux de prescriptions du début des années 2000.

CONCLUSION

A ce jour aucune analyse comparative de type quantitative n'avait été réalisée pour comparer le contenu d'une consultation de médecine générale entre la France et le Royaume-Uni.

Le travail de recherche a permis de mettre en exergue des différences sur le plan du contexte de la consultation : le système de rémunération des médecins généralistes, le déroulement de la consultation. D'autre part, le contenu même de la consultation dans chacun des pays présente des particularités intéressantes à analyser : les gestes réalisés par la GP nurse, les gestes en gynécologie, la réalisation d'un strepta-test... Ces actes varient entre les pays notamment par la différence de coordination des soins entre médicaux et paramédicaux en France et au Royaume-Uni. L'étude permet donc une réflexion sur les pratiques de l'ensemble des professionnels de santé.

Des études basées sur le même questionnaire ont à ce jour été menées en Allemagne et en Italie et sont en cours en Suède, en Espagne et aux Pays-Bas. S'intéresser au reste des pays de l'Union Européenne permettrait d'obtenir une vision globale des pratiques des états membres. Cela pourrait être une piste pour aboutir au processus d'harmonisation qui peine à se dessiner malgré les différents avertissements, de la WONCA notamment.

Concernant le cas particulier du Royaume-Uni, la question du Brexit se pose désormais. Le système de soin au Royaume-Uni est face à un risque potentiellement dangereux de son histoire devant l'éventualité d'un « no-deal brexit ». Des questions essentielles telles que l'approvisionnement en médicaments et en équipement, le nombre de professionnels de santé, la sécurité des patients et la recherche médicale seraient posées. Les différentes instances appellent à une réflexion approfondie et éclairée sur les conditions de sortie de l'Union Européenne (78).

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. directive_cee-2.pdf [En ligne]. [cité le 18 avr 2018]. Disponible: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/directive_cee-2.pdf
2. Allen DJ, Heyrman PJ. préparé par la WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille) 2002. :52.
3. PDF.pdf [En ligne]. [cité le 18 avr 2018]. Disponible: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32005L0036&from=FR>
4. [En ligne]. Medical schools | Medical Schools Council; [cité le 24 avr 2018]. Disponible: <https://www.medschools.ac.uk/studying-medicine/medical-schools>
5. [En ligne]. BMA - Applying to medical school for school leavers; [cité le 24 avr 2018]. Disponible: <https://www.bma.org.uk/advice/career/studying-medicine/becoming-a-doctor/school-leaver>
6. [En ligne]. Course types | Medical Schools Council; [cité le 24 avr 2018]. Disponible: <https://www.medschools.ac.uk/studying-medicine/course-types>
7. [En ligne]. After medical school | Medical Schools Council; [cité le 24 avr 2018]. Disponible: <https://www.medschools.ac.uk/studying-medicine/after-medical-school>
8. [En ligne]. About | UK Foundation Programme; [cité le 6 août 2018]. Disponible: <http://www.foundationprogramme.nhs.uk/content/about>
9. Anne-Laurence LE FAOU. Les systèmes de santé en questions. ellipses; 2003.
10. somep-2017-final-executive-summary.pdf [En ligne]. [cité le 8 août 2018]. Disponible: <https://www.gmc-uk.org/-/media/about/somep/somep-2017-final-executive-summary.pdf?la=en&hash=5AC75C7ABF3723FE0CBD3ADA3F088105C39030F9>
11. The Conversation [En ligne]. Street A. Le National Health Service britannique : un seul modèle, quatre systèmes; [cité le 8 avr 2018]. Disponible: <http://theconversation.com/le-national-health-service-britannique-un-seul-modele- quatre-systemes-83517>
12. [En ligne]. LA PROTECTION SOCIALE; [cité le 8 mai 2018]. Disponible: https://www.senat.fr/lc/lc10/lc10_mono.html
13. NHS England. Understanding the New NHS [En ligne]. 2014. Disponible: <https://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Documents/simple-nhs-guide.pdf>
14. OECD iLibrary [En ligne]. OECD Reviews of Health Care Quality: United Kingdom 2016 | READ online; [cité le 8 avr 2018]. Disponible: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-care-quality-united-kingdom-2016_9789264239487-en
15. [En ligne]. File:Current healthcare expenditure, 2014 YB17-fr.png - Statistics Explained; [cité le 8 mai 2018]. Disponible: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Current_healthcare_expenditure,_2014_YB17-fr.png

16. [En ligne]. England Public Spending in 2016 - Charts; [cité le 8 mai 2018]. Disponible: https://www.ukpublicspending.co.uk/year_spending_2016ENbt_17bc1n#ukgs302
17. Role GP (NHS) [En ligne]. Disponible: <https://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/doctors/Pages/gp-referrals.aspx>
18. [En ligne]. File:Physicians, by speciality, 2015 HLTH17.png - Statistics Explained; [cité le 8 mai 2018]. Disponible: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Physicians,_by_speciality,_2015_HLTH17.png
19. Bernard Gay / Pascale Saccone / Angel Valverde-Carillo. 80 gestes techniques en médecine générale Guide des bonnes pratiques. Elsevier Masson. 2006.
20. [En ligne]. Beyond 20/20 WDS - Affichage de tableau - TABLEAU 6. AGE MOYEN DES MÉDECINS par spécialité, mode d'exercice, zone d'inscription et sexe; [cité le 11 juin 2018]. Disponible: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx>
21. GMC_SOMEPEP_2016__Executive_summary.pdf_68137466.pdf [En ligne]. [cité le 11 juin 2018]. Disponible: https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/GMC_SOMEPEP_2016__Executive_summary.pdf_68137466.pdf
22. [En ligne]. Beyond 20/20 WDS - Affichage de tableau - TABLEAU 1. EFFECTIFS DES MÉDECINS par spécialité, mode d'exercice, sexe et tranche d'âge; [cité le 10 sept 2018]. Disponible: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx>
23. [En ligne]. Personnels et équipements de santé – Tableaux de l'économie française | Insee; [cité le 11 juin 2018]. Disponible: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303478?sommaire=3353488>
24. [En ligne]. Définition - Unité urbaine / Agglomération / Agglomération multicomcommunale / Agglomération urbaine / Agglomération / Agglomération multicomcommunale / Agglomération urbaine | Insee; [cité le 10 sept 2018]. Disponible: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1501>
25. Direction générale du Trésor [En ligne]. Trésor-Éco n° 42 - Mode de rémunération des médecins; 5 sept 2008 [cité le 10 sept 2018]. Disponible: <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Articles/2008/09/05/tresor-eco-n-42-mode-de-remuneration-des-medecins>
26. Full Text PDF [En ligne]. [cité le 8 avr 2018]. Disponible: https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=SPUB_021_0047
27. [En ligne]. BMA - Capitation; [cité le 2 juill 2018]. Disponible: <https://www.bma.org.uk/collective-voice/policy-and-research/nhs-structure-and-delivery/nhs-structures-and-integration/models-for-paying-providers/capitation>
28. [En ligne]. BMA - Pay guidance for salaried GPs; [cité le 2 juill 2018]. Disponible: <https://www.bma.org.uk/advice/employment/pay/general-practitioners-pay>
29. [En ligne]. Rosp et nouveau « forfait structure » : la déclaration des indicateurs ouverte jusqu'au 5 février; [cité le 9 juill 2018]. Disponible: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/rosp-et-nouveau-forfait-structure-la-declaration-des-indicateurs-ouverte-jusquau-5-fevrier>

30. Le Quotidien du Médecin [En ligne]. À 89 775 euros, hausse timide du revenu moyen des médecins libéraux en 2016; [cité le 2 juill 2018]. Disponible: https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2017/11/22/89-775-euros-hausse-timide-du-revenu-moyen-des-medecins-liberaux-en-2016_852636
31. EffectivePaymentSystemEightPrinciples.pdf [En ligne]. [cité le 2 juill 2018]. Disponible: <https://www.health.org.uk/sites/health/files/EffectivePaymentSystemEightPrinciples.pdf>
32. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE. :5.
33. Urgences 1 (NHS) [En ligne]. Disponible: <https://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/Emergencyandurgentcareservices/Pages/NHS-111.aspx>
34. Urgences 5 (NHS MIU) [En ligne]. Disponible: <https://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/Emergencyandurgentcareservices/Pages/Minorinjuriesunit.aspx>
35. 28-2.pdf [En ligne]. [cité le 2 juill 2018]. Disponible: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/28-2.pdf>
36. nhs.uk [En ligne]. Start using electronic prescriptions; 14 août 2018 [cité le 2 sept 2018]. Disponible: <https://www.nhs.uk/using-the-nhs/nhs-services/pharmacies/electronic-prescription-service/>
37. Odukoya OK, Chui MA. E-Prescribing: A Focused Review and New Approach to Addressing Safety in Pharmacies and Primary Care. Res Social Adm Pharm [En ligne]. 2013 [cité le 6 août 2018];9(6). Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3709012/>
38. rcgp-curriculum-1-being-a-gp-jan2018_pdf-73517306.pdf [En ligne]. [cité le 13 juin 2018]. Disponible: https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/rcgp-curriculum-1-being-a-gp-jan2018_pdf-73517306.pdf
39. Health Careers [En ligne]. Training and development (GP); 11 mai 2015 [cité le 13 juin 2018]. Disponible: <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/doctors/roles-doctors/general-practice-gp/training-and-development>
40. [En ligne]. Choices NHS. NHS waiting times in England - NHS Choices; 18 nov 2016 [cité le 13 juin 2018]. Disponible: <https://www.nhs.uk/NHSEngland/appointment-booking/Pages/nhs-waiting-times.aspx>
41. [En ligne]. Welsh Government | NHS cancer waiting times; [cité le 13 juin 2018]. Disponible: <https://gov.wales/statistics-and-research/nhs-cancer-waiting-times/?lang=en>
42. [En ligne]. Welsh Government | NHS diagnostic and therapy service waiting times; [cité le 13 juin 2018]. Disponible: <https://gov.wales/statistics-and-research/nhs-diagnostic-therapy-service-waiting-times/?lang=en>
43. [En ligne]. Waiting times; [cité le 13 juin 2018]. Disponible: <https://www.nhsinform.scot/care-support-and-rights/health-rights/access/waiting-times>
44. Role nurse (GP nurse) [En ligne]. Disponible: <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/nursing/roles-nursing/general-practice-nurse>

45. [En ligne]. Choices NHS. Guide to sexual health services - The NHS in England - NHS Choices; 14 nov 2017 [cité le 13 juin 2018]. Disponible: <https://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/sexual-health-services/Pages/guide-to-sexual-health-services.aspx>
46. Health Careers [En ligne]. Maternity support worker; 26 mars 2015 [cité le 13 juin 2018]. Disponible: <https://www.healthcareers.nhs.uk/Explore-roles/wider-healthcare-team/roles-wider-healthcare-team/clinical-support-staff/maternity-support-worker>
47. Health Careers [En ligne]. Midwife; 25 mars 2015 [cité le 13 juin 2018]. Disponible: <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/midwifery/roles-midwifery/midwife>
48. [En ligne]. Délai d'attente rendez-vous gynécologue - Data.gouv.fr; [cité le 13 juin 2018]. Disponible: </fr/datasets/delai-d-attente-rendez-vous-gynecologue-0/>
49. Health Careers [En ligne]. Training and development (paediatrics); 21 avr 2015 [cité le 8 juill 2018]. Disponible: <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/doctors/roles-doctors/paediatrics/paediatrics/training-and-development>
50. Modi N, Simon C. Child health care: adequate training for all UK GPs is long overdue. *Br J Gen Pract.* mai 2016;66(646):228-9.
51. [En ligne]. Your baby's health and development reviews - NHS.UK; [cité le 17 juin 2018]. Disponible: <https://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/baby-reviews/>
52. premiers-pas_assurance-maladie.pdf [En ligne]. [cité le 17 juin 2018]. Disponible: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4086/document/premiers-pas_assurance-maladie.pdf
53. Health Careers [En ligne]. General practice nurse; 26 mars 2015 [cité le 17 juin 2018]. Disponible: <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/nursing/roles-nursing/general-practice-nurse>
54. Facing the Future audit 2017 - report (April 2018).pdf [En ligne]. [cité le 17 juin 2018]. Disponible: <https://www.rcpch.ac.uk/sites/default/files/2018-04/Facing%20the%20Future%20audit%202017%20-%20report%20%28April%202018%29.pdf>
55. [En ligne]. [cité le 8 juill 2018]. Disponible: <https://data.gmc-uk.org/gmcdata/home/#/reports/The%20Register/Stats/report>
56. Remede.org [En ligne]. Nombre de Postes et Rangs en Pédiatrie pour l'examen national classant (ENC) 2018; [cité le 17 juin 2018]. Disponible: <http://www.remede.org/internat/cartes-enc/index.html>
57. The British Journal of Cardiology [En ligne]. BrJCardiol. Availability of cardiac equipment in general practice premises in a cardiac network: a survey; [cité le 18 juin 2018]. Disponible: <https://bjcardio.co.uk/2008/05/availability-of-cardiac-equipment-in-general-practice-premises-in-a-cardiac-network-a-survey/>
58. [En ligne]. ECG skills; [cité le 18 juin 2018]. Disponible: https://learning.bmj.com/learning/course-intro/ecg-skills.html?courseId=10046609&locale=en_GB
59. [En ligne]. Revise ECGs online | GPonline; [cité le 18 juin 2018]. Disponible: <https://www.gponline.com/revise-ecgs-online/cardiovascular-system/article/936238>

60. ETT_consensus_March_2008.pdf [En ligne]. [cité le 18 juin 2018]. Disponible: http://www.scst.org.uk/resources/ETT_consensus_March_2008.pdf
61. L'épreuve d'effort. :7.
62. [En ligne]. [cité le 18 juin 2018]. Disponible: <https://data.gmc-uk.org/gmcdata/home/#/reports/The%20Register/Stats/report>
63. ATLAS DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE 2016. :326.
64. nhs.uk [En ligne]. Echocardiogram; [cité le 18 juin 2018]. Disponible: <https://www.nhs.uk/conditions/echocardiogram/>
65. Profil Médecin [En ligne]. Chiffres clés : Cardiologue; 24 juin 2014 [cité le 18 juin 2018]. Disponible: <https://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-medecin-cardiologue/>
66. [En ligne]. Les formations aux professionnels; [cité le 24 juin 2018]. Disponible: <http://cms.centrede-saddictions.org/index.php/enseignements/les-formations-aux-professionnels>
67. Adult substance misuse statistics from the National Drug Treatment Monitoring System (NDTMS). :74.
68. GOV.UK [En ligne]. Developing pathways for referring patients from secondary care to specialist alcohol treatment; [cité le 24 juin 2018]. Disponible: <https://www.gov.uk/government/publications/developing-pathways-for-alcohol-treatment/developing-pathways-for-referring-patients-from-secondary-care-to-specialist-alcohol-treatment>
69. Community drug and alcohol treatment and recovery services - CNWL NHS [En ligne]. [cité le 24 juin 2018]. Disponible: <https://www.cnwl.nhs.uk/services/addictions-and-substance-misuse-services/community-drug-and-alcohol-treatment-and-recovery-services/>
70. efxcdy3.pdf [En ligne]. [cité le 8 juill 2018]. Disponible: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxcdy3.pdf>
71. [En ligne]. Census; [cité le 25 juin 2018]. Disponible: <https://www.rcpsych.ac.uk/workinpsychiatry/workforce/census.aspx>
72. ANSM_Rapport_Benzo_2017.pdf [En ligne]. [cité le 25 juin 2018]. Disponible: http://www.pharmacovigilance-limoges.fr/sites/default/files/files/Documentation/ANSM_Rapport_Benzo_2017.pdf
73. visual-summary-pdf-4723226606.pdf [En ligne]. [cité le 8 juill 2018]. Disponible: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng84/resources/visual-summary-pdf-4723226606>
74. [En ligne]. Haute Autorité de Santé - Rhinopharyngite aiguë et angine aiguë de l'adulte; [cité le 8 juill 2018]. Disponible: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2722790/fr/rhinopharyngite-aigue-et-angine-aigue-de-l-adulte
75. [En ligne]. Bien utiliser les antibiotiques - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé; [cité le 8 juill 2018]. Disponible: [http://ansm.sante.fr/Dossiers/Antibiotiques/Bien-utiliser-les-antibiotiques/\(offset\)/0](http://ansm.sante.fr/Dossiers/Antibiotiques/Bien-utiliser-les-antibiotiques/(offset)/0)

76. [En ligne]. TARGET Antibiotic Toolkit; [cité le 8 juill 2018]. Disponible: <http://www.rcgp.org.uk/clinical-and-research/resources/toolkits/target-antibiotic-toolkit.aspx>
77. McNulty C, Hawking M, Lecky D, Jones L, Owens R, Charlett A, et al. Effects of primary care antimicrobial stewardship outreach on antibiotic use by general practice staff: pragmatic randomized controlled trial of the TARGET antibiotics workshop. *J Antimicrob Chemother.* mai 2018;73(5):1423-32.
78. BMA. A health service under threat: the dangers of a « no deal » Brexit [En ligne]. 2018. Disponible: <https://www.bma.org.uk/collective-voice/influence/europe/brexit/bma-brexit-briefings/a-health-service-under-threat-the-dangers-of-a-no-deal-brexit>

ANNEXES

1. Lettre explicative accompagnant le questionnaire en Anglais :



DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE

Theme : « Comparing and analysing the content of a general practice appointment between France and the United Kingdom. »

London,
27th of November 2017,

Dear colleague,

I am a final year medical student in the field of General Practice at the University of Lille. As part of my studies, I am writing a thesis on the similarities and differences of a general practice appointment between France and the United Kingdom.

Your name was randomly selected on the National Health Services website amongst 400 other General Practitioners (using the same methodology as previously applied in France).

In order for me to build a meaningful analysis, I would very much appreciate if you could take a moment to answer the attached questionnaire. I also enclose a pre-stamped envelope with a return address in the UK – otherwise please feel free to scan and return by email. I would be grateful if you could provide me with the completed questionnaire before the end of the year.

Please do not hesitate to email or phone me should you need any further clarifications.

Kind regards,

Alizée Cruette

2. Traduction de la lettre explicative accompagnant le questionnaire en français :

Cher collègue,

Je suis étudiante en dernière année de Médecine Générale à l'Université de Lille. Dans le cadre de mes études, je réalise une thèse sur la comparaison du contenu d'une consultation de médecine générale entre la France et le Royaume-Uni.

Votre nom a été tiré au sort sur le site du NHS parmi 400 autres médecins généralistes (la même méthodologie a été réalisée en France).

Afin de réaliser une étude de qualité, je vous remercie de répondre au questionnaire ci-joint. J'y ai joints une enveloppe retour préimbrée - libre à vous de me répondre également par email ou me scanner la réponse. Une réponse avant la fin de l'année est souhaitée.

Je reste à votre disposition par email ou par téléphone pour toute information complémentaire.

Cordialement,

Alizée Cruette

3. Questionnaire en anglais :

General :

Q1. Which examination do you perform most often :

- a general physical examination
- a loco-regional physical examination

Please tick the actions you have performed at least once during the past year :

Cardiology

- Q2. Electrocardiogram
- Q3. Cardiac ultrasound
- Q4. Stress test

Urology

- Q5. Placing a supra-pubic catheter

Addictions

- Q6. Managing a medical ambulatory alcohol withdrawal
- Q7. Renewal of an opiate substitution treatment order

Gynecology

- Q8. Prescription of oral contraception
- Q9. Performing a Pap smear test (screening for pre-cancerous lesions)
- Q10. Intrauterine device fitting
- Q11. Withdrawal of subcutaneous contraceptive implant
- Q12. Follow-up of the six first months of a normal pregnancy

Pediatrics

- Q13. Following an infant (less than 24 months old)
- Q14. Following a child

Psychiatry

- Q15. Initial prescription of an antidepressant

Small surgery

- Q16. Removal of stitches
- Q17. Stitching at the your office
- Q18. Incision of external haemorrhoidal thrombosis
- Q19. Removal of an ocular foreign body
- Q20. Do you have a room dedicated to small surgery ?

Dermatology

- Q21. Ulcer and pressure ulcer treatment at the your office

Complementary investigations

- Q22. Abdominal ultrasound at the your office
- Q23. Rapid Strep test

Medical act

- Q24. Removal of an earwax blockage
- Q25. Nebulazer at the your office
- Q26. Placing of a peripheral venous pathway at the your office
- Q27. Blood test at the your office
- Q28. Do you have the technical means to realize a blood test ?

Context of the practice

Q29. Age : years

Q30. Sex : Male Female

Q31. Practice environment : rural semi-urban urban *

* rural : less than 2,000 inhabitants, semi-urban : between 2,000 and 10,000 inhabitants, urban : over 10,000 inhabitants

Q31 bis. In which part of the United Kingdom do you practice

England Wales Scotland Northern Ireland

Q32. How long have you been practising General Medicine in your own office ? : years

Q33. What is your pattern of practice ?

Private

Private + Employee

Private + hospital

Employee only

Q34. Do you exercise alone ? Or in group ?

Q35. Do you have a special way of exercise ?

No

Sports medicine

Homeopathy

Acupuncture

Others to precise ...

What percentage of your global activitie does it represent on average ? :%

Q36. Do you participate to out-of hours services ? : Yes No

Q37. On average how many hours per day do you work ? : hours

Q38. How many patients do you receive per day on average ? : ... patients

Q39. What is the lenght of a consultation on average ? : ... min

Q40 Do you receive medical representatives ? : Yes No

Q41. Do you have a medical assistant? Yes No

Yes I want a copy of the conclusions of your work. My email adress is :

.....

No I don't want a copy of the results

4. Traduction du questionnaire en français

Q1 Faites vous le plus souvent un examen général ou un examen locorégional ?

Au cours de l'année 2017, cochez les actes que vous avez réalisé au moins une fois :

Q2 ECG

Q3 Echographie cardiaque

Q4 Epreuve d'effort

Q5 Pose de cathéter sus-pubien(Cystocath® ...)

Q6 Organisation d'un sevrage d'alcool en ambulatoire

Q7 Renouvellement d'une ordonnance de traitement de substitution des opiacés

Q8 Prescription d'une contraception orale

Q9 Frottis cervico -vaginaux de dépistage

Q10 Pose de stérilet

Q11 Retrait d'implant contraceptif sous-cutané

Q12 Suivi des 6 premiers mois de la grossesse normale

Q13 Suivi du nourrisson

Q14 Suivi de l'enfant

Q15 Prescription initiale d'un traitement par antidépresseur

Q16 Retrait des fils de suture

Q17 Sutures au cabinet

Q18 Incision de thrombose hémorroïdaire externe

Q19 Ablation d'un corps étranger oculaire

Q20 Avez-vous une salle consacrée à la petite chirurgie?

Q21 Soins d'ulcères et d'escarres au cabinet

Q22 Echographie abdominale au cabinet

Q23 Test de dépistage rapide du streptocoque A

Q24 Ablation de bouchon de cérumen

Q25 Aérosols au cabinet

Q26 Pose d'une voie veineuse périphérique au cabinet

Q27 Prises de sang au cabinet

Q28 Disposez-vous des moyens techniques pour analyser les prises de sang ?

CADRE d'EXERCICE:

Q29 Age ____ ans

Q30 Sexe: Homme Femme

Q31 Milieu d'exercice:

rural

semi rural

urbain

Q32 Depuis combien de temps êtes vous installé en Médecine Générale ?... ans

Q33 Quelle est votre mode d'exercice ?

libéral exclusif

libéral+salarié

libéral+hospitalier

salarié exclusif

Q34 Exercez-vous seul ou en groupe ?

Q35 Avez-vous un mode d'exercice particulier ?

Non

médecine du sport

homéopathie

acupuncture

si autres à préciser: _____

Quelle pourcentage représente cette activité par rapport à votre activité totale (par rapport à vos actes) _____ %

Q36 Participez-vous à un tour de garde ? Oui Non

Q37 Combien d'heures par jour travaillez vous en moyenne ? _____ h

Q38 Combien de patients recevez vous par jour en moyenne ? _____ patients

Q39 Quelle est la durée d'une consultation en moyenne? _____ min

Q40 Recevez-vous des visiteurs médicaux? Oui Non

Oui, je veux une copie des conclusions de votre travail. Mon adresse mail: _____

Non , je ne veux pas de copie des résultats.