

**UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Visite des Délégués de l'Assurance Maladie :

Ressenti des médecins généralistes des Hauts de France

Présentée et soutenue publiquement le 17 octobre 2019 à 18h
au Pôle Formation
par **Xavier PAESBRUGGHE**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Philippe Amouyel

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Régis Beuscart

Monsieur le Docteur Benoît Dervaux

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Eric Legrand

Avertissement

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

Tables des matières

.....	1
Introduction.....	1
Contexte	1
Rôle du délégué de l'Assurance Maladie.....	2
Objectifs de l'étude.....	2
Matériel et Méthode.....	4
Choix de la méthode.....	4
Population cible et recrutement.....	4
Technique et déroulement des entretiens.....	5
Traitement des données.....	6
Recherche bibliographique.....	6
Éthique.....	6
Résultats.....	7
Le délégué de l'Assurance Maladie.....	7
Identification du délégué.....	7
La relation avec le délégué.....	9
L'échange avec le délégué.....	9
Compétences limitées du délégué.....	10
Une différence nette avec un médecin conseil.....	11
Le déroulement de la visite du DAM.....	12
Rappel des recommandations de bonne pratique.....	12
Des apports dans les informations administratives.....	15
Les relevés d'activité.....	17
Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP).....	20
Le DAM et les interactions avec la CPAM.....	22
Vecteur de communication avec la Caisse d'Assurance Maladie.....	22
Un vécu d'intrusion dans leur exercice de la médecine.....	25
L'influence sur la pratique médicale.....	27
Théorisation.....	32
Discussion.....	34
Discussion de la méthode.....	34
L'utilisation de la méthode qualitative.....	34
Les critères de scientificité.....	34
Originalité de l'étude.....	35
Discussion des résultats.....	35
Une amélioration de la communication avec l'Assurance Maladie.....	35
Un intérêt pour les éléments administratifs.....	36
Le contenu scientifique de la visite.....	37
Les questions des médecins généralistes.....	38
Une relation solide entre le DAM et le MG.....	39
Mais un sentiment d'intrusion dans l'exercice du médecin.....	40
Par l'évaluation de la pratique médicale du médecin généraliste.....	40
Une volonté d'influence des médecins par l'Assurance Maladie.....	41
Une méfiance envers les objectifs de l'Assurance Maladie	42
Une menace ressentie pour l'indépendance du médecin généraliste	44
Conclusion.....	48
Références bibliographiques	49
Annexes	53

Résumé

Introduction : Depuis 2004, l'Assurance Maladie a mis au point un réseau de délégués chargés d'effectuer des visites auprès des médecins généralistes (MG). Ces Délégués de l'Assurance Maladie (DAM) apportent des recommandations de bonne pratique et aident les médecins dans leur mise en application. L'objectif de l'étude est d'explorer le ressenti que les médecins généralistes ont des visites du Délégué de l'Assurance Maladie.

Matériel et Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative. Des entretiens individuels ont été réalisés. La méthode de théorisation ancrée a été utilisée. Elle a pour but de conceptualiser le vécu des médecins généralistes sans a priori, en laissant émerger les idées des entretiens. L'échantillon a été raisonné afin d'obtenir une variabilité maximale. Il s'agissait de médecins généralistes en exercice libéral dans la région des Hauts de France. La saturation des données a été obtenue. L'analyse des données a été réalisée avec la participation d'un deuxième chercheur.

Résultats : Dix médecins généralistes ont été rencontrés. La relation avec le délégué est bonne. Les médecins tissent un lien avec lui. La visite est un moyen de communication avec l'Assurance Maladie qu'ils apprécient. L'échange avec le DAM est possible cependant ses compétences sont limitées. Les médecins manifestent de l'intérêt pour les informations administratives qui leur sont apportées. Ils sont plus réservés sur le contenu scientifique. Les visites sont vécues comme une intrusion dans leur pratique médicale. L'exposé de leur relevé d'activité et les informations relatives à la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) les interrogent. Ils ressentent une menace pour l'indépendance et la liberté d'exercice du médecin généraliste.

Conclusion : Les visites des délégués de l'Assurance Maladie sont une amélioration de la communication entre médecins généralistes et Assurance Maladie. Les MG apprécient ce lien. Ils sont favorables à un travail en collaboration. Cependant ils souhaitent conserver leur indépendance.

Introduction

Contexte

Les décisions de prescription des médecins généralistes (MG) lors de la prise en charge de leurs patients sont la résultante de nombreux paramètres. La situation face à laquelle ils se trouvent, leurs connaissances et les préférences du patient sont les données qui semblent les plus évidentes. Des paramètres d'ordre économique entrent aussi en ligne de compte dans les choix qu'ils font lors de leurs consultations.

Le MG prend en charge chaque patient de manière spécifique en lui apportant les soins qu'il juge les plus appropriés. Ce rôle de soin est l'identité même du métier qu'il exerce conformément au serment d'Hippocrate qu'il prête à l'issue de ses études.

La mission de l'Assurance Maladie est d'assurer l'accès aux soins. Elle a aussi un rôle de régulateur du système de santé. Dans cette optique elle s'assure de concilier la qualité des soins et le meilleur coût. (1)

Les interactions entre eux sont permanentes.

Lors des premières décennies de l'Assurance Maladie, les dépenses de santé avaient progressivement augmenté. A partir de 1985, la croissance de consommation de soins et de biens médicaux s'est ralentie à la suite de la mise en œuvre de mesures de régulation des dépenses (2).

L'un des moyens utilisés est le délégué de l'Assurance Maladie (DAM). C'est la loi du 13 août 2004 qui a généralisé ce mode de communication entre l'Assurance Maladie et les professionnels de santé.

Rôle du délégué de l'Assurance Maladie

Son rôle est d'assurer la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il a pour mission la mise en œuvre des programmes mis au point par l'Assurance Maladie.

Cette mission se fait par le partage d'informations et l'accompagnement dans leur application. Il joue aussi un rôle en faveur de la santé publique par des actions de prévention des risques (3). Il s'agit d'un intervenant qui est en contact direct avec le médecin. Il rencontre le médecin de manière régulière. Les visites ont lieu au cabinet médical.

Le DAM a aussi un rôle de conseil sur des aspects réglementaires et techniques. Il est également une interface entre le médecin et les services de la CPAM afin de répondre à ses questions et lui faciliter l'accès aux services (3).

Le poste de DAM est accessible aux personnes détentrices d'un Bac +2 dans le domaine du commerce et sciences humaines. Une expérience en entreprise, de délégué médical ou de conseiller commercial en assurance, ou dans le cadre de l'Assurance Maladie est requise.

Une formation initiale est prodiguée lors de la prise de fonction (3)

Objectifs de l'étude

La communication entre la sécurité sociale et les prescripteurs que sont les médecins est donc un enjeu majeur du fonctionnement du système de soin en France. La revue de la littérature nous fournit peu d'informations sur le ressenti que les MG ont de ces visites des DAM.

Dans ce contexte, il semblait intéressant de se pencher sur le ressenti que les MG ont des visites du délégué de l'Assurance Maladie.

L'objectif principal de cette étude est d'explorer le ressenti que les médecins généralistes ont des visites du délégué de l'Assurance Maladie.

L'objectif secondaire est de cerner les enjeux qu'ils perçoivent dans ces rencontres et les perspectives qu'ils en dégagent.

Matériel et Méthode

Il s'agissait d'une étude qualitative dont le but était d'évaluer le ressenti des participants. La méthode de théorisation ancrée a été utilisée. Les entretiens ont été menés auprès de médecins généralistes installés en exercice libéral. L'échantillonnage était raisonné et diversifié.

Choix de la méthode

Nous avons cherché à explorer le ressenti des médecins, ce qui nous a orienté vers la méthode qualitative.

Nous avons voulu conceptualiser le vécu. Pour cette raison nous avons utilisé la méthode de théorisation ancrée. L'objectif de cette méthode est de rendre explicites et compréhensibles les grands thèmes dégagés par l'analyse des entretiens et de les mettre en relation (4).

Contrairement aux méthodes hypothético-déductives, l'objectif n'est pas ici de vérifier une hypothèse définie a priori. Une méthode inductive est utilisée afin de faire émerger des entretiens les éléments centraux de notre champ de recherche.

Population cible et recrutement

L'étude portait sur une population de médecins généralistes installés, ayant une activité libérale. Ils devaient être installés depuis plus d'un an dans la région des Hauts de France. Les médecins étaient contactés par téléphone afin de recueillir leur consentement pour participer à l'étude et de fixer un rendez-vous pour un entretien. Le sujet de l'étude n'était pas révélé au médecin, dans la mesure du possible, afin de conserver un maximum de spontanéité dans les réponses.

L'échantillon était raisonné. Des critères géographiques (urbain, péri-urbain et rural), de sexe et d'âge étaient retenus pour obtenir une variabilité maximale.

Technique et déroulement des entretiens

Des entretiens individuels ont été réalisés au cabinet des médecins généralistes. Une grille d'entretien regroupant des questions ouvertes et de relance a été utilisée (cf. annexe1).

Le champ de recherche étudié était la relation des médecins généralistes interrogés avec la Caisse d'Assurance Maladie au travers des visites des délégués de l'Assurance Maladie (DAM).

La question initiale était une question ouverte sur les intervenants dans le cabinet de médecine générale autres que les patients. En l'absence d'évocation spontanée des DAM, une question sur leurs visites était posée. L'interviewé était invité à décrire leurs visites et le ressenti qu'il en avait.

Ensuite l'investigateur s'est efforcé de laisser le champ libre au discours de la personne interrogée. Les questions de relance étaient les plus ouvertes possibles. Elles se sont basées sur des éléments évoqués par la personne interrogée ou sur des éléments recueillis dans les entretiens précédents (5).

Les entretiens étaient enregistrés sur un dictaphone dédié à cet usage. Ils étaient ensuite intégralement retranscrits grâce à un logiciel de traitement de texte (Openoffice writer®). Les enregistrements ont été détruits après retranscription. L'anonymisation des personnes était assurée en leur attribuant un numéro d'entretien. Les lieux ont également été masqués.

Cette retranscription a été envoyée par courriel aux personnes interrogées pour leur laisser la possibilité de faire part d'une discordance entre la retranscription et le sens de

leurs propos.

Traitement des données

L'analyse des données a été réalisée grâce au logiciel d'aide à l'étude qualitative NVivo 12®.

Le codage s'est fait au fur et à mesure des entretiens. Des segments décrivant une idée (ou codes) ont été extraites des retranscriptions. Ces codes ont ensuite été regroupés en catégories appelées nœuds. Ces nœuds ont été mis en relation afin de tenter d'établir une théorisation.

Les catégories émergentes permettaient de guider les entretiens suivants afin d'avancer toujours plus dans notre champ de recherche.

Un deuxième codage indépendant a été réalisé par un second chercheur pour sept entretiens. Les codes obtenus par les deux investigateurs faisaient ensuite l'objet de comparaisons et discussions afin de limiter la subjectivité liée à l'investigateur et de ne méconnaître aucune idée.

Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été réalisée grâce à GoogleScholar®, Sudoc® et Pubmed®. Les mots clés étaient délégué de l'Assurance Maladie, médecin généraliste, communication de l'Assurance Maladie et régulation des dépenses de santé.

Éthique

Le projet de cette thèse a été validé par le Comité d'Éthique Interne de la Recherche Médicale du Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille le 29/11/2016. Un enregistrement a été effectué auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

Résultats

Dix médecins ont été interrogés. Les entretiens ont duré de 15 à 41 minutes.

L'âge des médecins allait de 31 à 61 ans.

	Age	Sexe	Mode d'exercice	Secteur	Durée d'exercice
E1	60 ans	Homme	Travaille seul	Rural	30 ans
E2	61 ans	Homme	Cabinet de 2 médecins	Péri urbain	33 ans
E3	35 ans	Femme	Avec des paramédicaux	Urbain	2 ans
E4	50 ans	Homme	Cabinet de 3 médecins	Péri urbain	12 ans
E5	33 ans	Femme	Travaille seule	Semi rural	2 ans
E6	31 ans	Femme	Cabinet de 2 médecins	Urbain	3 ans
E7	56 ans	Homme	Travaille seul	Urbain	22 ans
E8	46 ans	Femme	Cabinet de groupe	Semi rural	13 ans
E9	55 ans	Homme	Cabinet de 3 médecins	Urbain	26 ans
E10	51 ans	Homme	Cabinet de 2 médecins	Péri urbain	20 ans

Tableau 1 : Description de l'échantillon

Les données ont été extraites des verbatim.

Le délégué de l'Assurance Maladie

Identification du délégué

Lorsqu'on les interroge sur les personnes qu'ils reçoivent au cabinet en dehors des patients, les médecins ne citent pas spontanément le DAM.

E2. *Bah très peu de monde [rire], on reçoit quelques délégués médicaux, [...] et sinon c'est des artisans quand on a une réparation à faire, des choses comme ça, et c'est tout.*

E3. *Ah non c'est que les patients.*

E6. *Ici au cabinet et bien il y a les patients et puis les labos. Voilà.*

Il faut les inviter à nous parler de leurs rencontres avec le DAM pour qu'ils se remémorent ses visites.

E1. *Oui j'en ai reçu un peu, des fois oui, des fois non.*

E5. *Tout à fait, ils viennent.*

E6. *Ah oui si si. [rire] ah oui je les oubliais. Si si on les reçoit.*

Certains les confondent avec les délégués médicaux de l'industrie pharmaceutique.

E4. *Je les reçois le mardi sur rendez-vous. J'en vois 2 officiellement, mais généralement j'en vois 4 ou 5 par semaine. Mais j'essaye de limiter parce que sinon ça prend du temps et j'ai un flux...*

Alors que d'autres les différencient nettement.

E3. *C'est pas le même but.*

Une fois qu'on évoque ces rencontres, les médecins identifient leur interlocuteur habituel.

Il est personnellement évoqué et les changements d'intervenant sont remarqués.

E2. *C'est toujours la même qu'on voit.*

E9. *Ça a déjà changé 3 ou 4 fois depuis que c'est mis en place.*

E10. *Très bien vraiment. Il y en avait une qui était géniale avant, elle était super, mais malheureusement elle a été mutée.*

La relation avec le délégué

Les médecins ont une impression positive de la personne qu'ils rencontrent.

E5. *La personne qui vient est très sympathique.*

E6. *Pas de souci on s'entend bien avec la DAM.*

E10. *Mais là franchement sur ce point là très bien. Je n'ai rien à redire, c'est vraiment très bien.*

Ils ont une bonne relation avec leur délégué.

E5. *C'est quelqu'un que j'apprécie.*

E6. *Moi je n'ai jamais eu de problème.*

E8. *Sur les relations avec les gens qui viennent nous voir ça va.*

Il existe une volonté d'entretenir cette relation

E2. *J'essaie d'avoir des bons rapports avec elle.*

L'échange avec le délégué

Des médecins décrivent les visites comme un temps d'échange au cours duquel le DAM expose les informations qu'il est chargé de délivrer, avec une discussion possible et même souhaitable sur les thèmes abordés.

E7. *Il y a un échange oui.*

E8. *Il faut qu'il y ait un échange.*

E9. *Elle présente ses sujets et on discute.*

Ils ressentent la possibilité de formuler leurs questions. Certains préparent des listes qu'ils soumettent au délégué lors de sa visite.

E7. D'avoir une réponse quand ils viennent à un problème précis. D'ailleurs j'anticipe maintenant, quand ils viennent je prépare ma petite liste de questions.

E9. Je présente des choses où je voudrais avoir leur avis.

Mais certains médecins n'y voient qu'un exposé d'informations. Le délégué apporte seulement les éléments prévus et le médecin écoute sans interaction réelle.

E8. C'est pas un échange. C'est une information. Ouais je pense [...] elle apporte les infos et c'est tout.

Compétences limitées du délégué

Les réponses apportées par le délégué aux questions posées ou aux remarques faites par le médecin sont parfois décrites comme assez restreintes voire décevantes.

E8. Elle apporte les infos et c'est tout

E10. La qualité de l'échange qui peut être parfois un peu décevante quand on demande une information précise. Qui est un petit peu en dehors du contexte. Là on est tout de suite... c'est le problème.

Le problème des connaissances médicales du DAM en est la cause selon eux. Les médecins expliquent cette limite par la formation qu'ils reçoivent.

E9. Après si je leur demande des choses sur les médicaments ça ira beaucoup plus vite parce qu'elle ne pourra pas. Enfin ça c'est normal.

Des fois on leur pose des questions, elles ne savent pas répondre, parce qu'elles [...] ne savent pas répondre ou qu'elles n'ont pas la compétence donc heu c'est normal.

E10. Ce sont des guidelines qui sont appris, des recommandations qu'ils ont apprises, après il ne faut pas, enfin pour peu qu'on soit, pour peu qu'on soit un peu intéressé par ce domaine là, il ne faut pas trop creuser [...].

Ce manque de réponse et de connaissance fait naître de l'agacement voire du mépris pour le délégué chez certains médecins.

E1. On pourrait les écouter sans rien dire, et laisser passer ça. Mais bon attention, on reste poli, moi je suis poli, mais j'aime bien leur dire aussi comment j'ai compris leur truc là. D'accord. Là il faut arrêter un petit peu, il faut quand même leur dire.

E10. Je les mets au même niveau que les visiteurs médicaux, qui racontent bêtement leur, [...].

Une différence nette avec un médecin conseil

Une distinction est faite entre les visites des DAM et les rencontres qu'ils peuvent avoir avec le médecin conseil de la sécurité sociale.

E1. Je les reçois, mais plutôt les médecins qui viennent, parce qu'un DAM qui vient...

E7. C'est juste des représentants, c'est des délégués donc c'est pas, ...

E9. Je pense qu'elles arrivent à rester dans leur cadre de non médecin, ce qui n'est pas toujours évident pour elles.

Cette différence est décrite dans la qualité des échanges qu'ils peuvent avoir avec l'un et l'autre.

E9. *Oui alors c'est quand même un peu limité. Du fait qu'elle ne soit pas médecin.*

Mais aussi par la légitimité d'un confrère médecin à les questionner sur leur manière d'exercer.

E8. *Tandis qu'avec le médecin on parle médical. Il me dit ah non, ce que vous avez fait là on n'est pas d'accord... c'est pas la même démarche.*

Ces échanges avec un confrère médecin de la sécurité sociale sont appréciés et jugés trop rares.

E8. *Plus l'échange est confraternel et mieux c'est quoi. Plus on avance. Ouais, voilà.*

Certains médecins vivent comme un manque de considération le fait de rencontrer une personne qui ne soit pas médecin. Le médecin conseil est plus à même de reconnaître leurs compétences et la complexité de leur travail.

E1. *Que le médecin vienne discuter de choses et d'autres sur la prescription, bon ok on peut discuter.*

E8. *Donc là on a un médecin sécu, et là c'est complètement différent.*

Le déroulement de la visite du DAM

Rappel des recommandations de bonne pratique

Une des parties qui est décrite dans le déroulement de la visite est la présentation des recommandations de bonne pratique sur un sujet médical donné.

E2. Sur un sujet bien déterminé en général, ça va être la prescription des statines, ça va être la prescription d'antibiotiques, ça va être la prévention du cancer du sein et cætera.

Ces rappels sont parfois pertinents et utiles dans la pratique des médecins. La justesse des informations est reconnue.

E1. Ils nous sortent des trucs, c'est justifié, ils ont raison.

E3. Ce qu'ils conseillent c'est généralement pas con hein.

E4. Globalement l'information est bonne.

Ils leur permettent de faire le point sur les connaissances qu'ils ont du thème abordé. Ils suscitent un questionnement sur leur pratique médicale.

E2. On est dans une routine, des fois sur telle pathologie ou autre on ne fait peut-être pas ce qu'il faut tout à fait, et le fait que la déléguée nous en parle, ça nous permet de retravailler la chose et puis de dire ben oui là effectivement elle a raison.

E9. C'est à dire que par exemple moi j'ai déjà mis de l'Oflocet® pour des infections urinaires, ce que je ne fais plus, mais je faisais mal. Et s'ils n'étaient pas venus peut être que j'aurais continué à le faire, ou à moins d'avoir une formation ou un truc comme ça.

Mais cette source d'information n'est pas la seule. Ils confrontent les données aux recherches qu'ils effectuent, aux articles qu'ils lisent dans des revues médicales et aux séances de Formation Médicale Continue (FMC) auxquelles ils assistent.

E7. Globalement je le sais. Je fais pas mal de FMC donc tout ce qui est suivi des maladies tout ça, j'ai pas l'impression d'être, que bon voilà.

E9. Mais je pense que c'est une source d'information parmi tant d'autres et je pense que

ça peut aider dans la décision, oui ça peut aider.

Ils retrouvent des référentiels issus des autorités de santé ou des sociétés savantes.

E9. Je ne suis pas pointilleux mais ça semble être issu de l'HAS ou des choses comme ça. C'est toujours à peu près, ...

Certains thèmes et certaines informations délivrées présentent moins d'intérêt à leurs yeux.

E5. C'est pas forcément très pertinent ce qu'ils ont à nous dire

E9. Il y a à boire et à manger.

Ils peuvent être redondants et déjà connus. Ils pensent être informés des dernières études et recommandations de bonne pratique avant la visite du DAM.

E3. Mais s'ils nous disent ce qu'on sait sur les recommandations c'est quoi l'intérêt ?

E8. Au début, quand elle venait, elle disait il faut mettre les génériques des statines. Aucun intérêt quoi. Elle partait je me disais on le sait qu'on doit mettre les génériques des statines.

Les recommandations de bonne pratique peuvent être éloignées de la réalité de leur pratique médicale quotidienne.

E4. Je pense qu'ils sont déconnectés de la réalité quoi.

E9. On sent que c'est des choses faites dans les bureaux.

Un manque d'actualisation de l'information est déploré.

E3. Il faudrait qu'ils se mettent à jour [rires], ce serait bien.

Un certain esprit critique est préconisé vis-à-vis du discours du délégué. Une analyse éclairée semble nécessaire.

E9. Maintenant il faut toujours faire attention aux données, que ça vienne de la sécu, d'un labo, il ne faut pas, il faut faire preuve de vigilance.

Ils se disent un peu déboussolés devant l'abondance d'informations qui leur sont communiquées et qui peuvent différer selon leur origine et au cours du temps.

E2. Concernant ces recommandations sur le PSA dans le dépistage du cancer de la prostate, moi depuis que je me suis installé ça n'arrête pas de changer voilà quoi.

Des apports dans les informations administratives

Parfois cette partie de la visite concerne des éléments d'ordre plus administratif.

Il peut s'agir d'informations sur les remboursements de soins.

E8. Elle nous explique ce qui change par rapport aux remboursements tout ça.

Les prescriptions d'arrêt de travail par le médecin et les difficultés qu'ils rencontrent sont aussi abordées.

E5. Moi ce que j'apprécie c'est qu'ils m'apportent des services dont je vous parlais tout à l'heure, comme un peu, réinsérer les gens quand il y a des arrêts de travail trop longs, les

choses comme ça.

Pour les médecins ce type d'information est difficile à trouver par eux-mêmes. La rencontre avec le DAM est alors un gain de temps important et bienvenu.

E9. Donc elle est allée voir, il y avait eu un bug quelque part quoi. Je pense que si elle n'était pas venue j'aurais dû me débrouiller tout seul.

Ils n'hésitent pas à poser leurs questions au délégué concernant des prises en charge de patients qui leur ont posé problème.

E7. Avoir une réponse quand ils viennent à un problème précis. D'ailleurs j'anticipe maintenant, quand ils viennent je prépare ma petite liste de questions.

E9. Mais il y a quand, même notamment sur le transport, des échanges assez fructueux et assez... je leur dis telle personne elle a ça, est-ce qu'elle peut faire ceci, qu'est-ce qu'elle ne peut pas faire.

Les médecins nous parlent de l'aide que le délégué leur apporte dans la gestion de l'informatique médicale. Le DAM leur facilite l'accès à l'espace informatique en ligne qui est dédié aux professionnels de santé. Ces informations et aides sont accueillies positivement par les médecins.

E6. Et puis aussi pour internet il y a eu pas mal de choses de mises en place avec les arrêts, les déclarations de grossesse, de médecin traitant, les protocoles de soins tout ça. Globalement elle montre comment on s'en sert tout ça, donc ça c'est bien aussi.

E7. Ils viennent faire de l'information, c'est un petit peu sur tous les sujets. Il y a 2

aspects, il y a le côté je vais vous informer sur des choses, bon parfois ils viennent prêcher à un convaincu, par exemple sur le diabète l'HTA, c'est exactement les protocoles que j'applique, j'ai pas forcément besoin de leur visite, après il y a les aspects techniques, l'espace Pro, toute la complexité du truc, enfin voilà.

Ils nous parlent aussi de l'aide qu'ils ont pu avoir pour informatiser leur cabinet médical.

E5. Elle a réussi à me dépatouiller les problèmes informatiques. Donc ça c'est intéressant

Pour certains, l'apport du délégué se limite à ces informations administratives. Les informations scientifiques sont pour eux uniquement apportées par le médecin conseil.

E8. Il y a la déléguée, je ne sais pas comment on l'appelle, qui vient avec des informations administratives, tout ce qui n'est pas médical.

La présentation et les rappels concernant la convention médicale sont appréciés. Ils évitent au médecin une lecture qu'ils décrivent comme fastidieuse.

E8. Par exemple là elle est venue me présenter la convention.

E8. Intéressantes, parce que ça évite de devoir lire toute la convention.

Les relevés d'activité

Un autre point cité du contenu des visites est la présentation des relevés d'activité. Le DAM expose au médecin les statistiques visant à décrire sa pratique médicale. Les paramètres de santé de sa patientèle sont exposés en fonction de critères ciblés. Une analyse de ses prescriptions est effectuée.

E1. *Ils nous donnent des chiffres aussi, sur notre activité.*

E2. *Elle vient toujours avec des tableaux chiffrés.*

Ils manifestent de l'intérêt pour ces chiffres. Ils apprécient d'avoir une vue d'ensemble de leur activité.

E1. *Ils nous donnent des chiffres aussi, sur notre activité. C'est intéressant de sortir la globalité, de savoir qu'on met 30% de ça ; voilà. Où on se situe, c'est pas mal. Les camemberts c'est pas mal.*

Prendre connaissance de ces chiffres peut faire naître chez eux une réflexion sur leur pratique médicale et leurs habitudes de prescription.

E6. *Donc c'est vrai que ça m'amène à réfléchir quand ils viennent.*

Certains médecins sont au contraire opposés à l'analyse de leur pratique médicale.

E7. *Et donc toutes ces histoires de me donner des pourcentages et des statistiques moi je ne suis pas d'accord quoi.*

Ils considèrent que les résultats qui leur sont exposés ne sont pas toujours fiables. Ils ne reconnaissent pas leurs prescriptions dans ces statistiques. Ils se demandent comment ces chiffres sont obtenus.

E4. *Et en fait ils nous montrent des stats qui sont pipeautées et ça c'est énervant au possible.*

E8. *On trafique les chiffres.*

La comparaison aux moyennes des autres médecins du secteur ne leur semble pas pertinente. Ils considèrent que selon les patients pris en charge, leur âge et le contexte démographique et social notamment, les activités des médecins ne sont pas comparables.

E7. On nous amène des statistiques, mais moi j'ai une clientèle pas très jeune. Par exemple j'ai des patients âgés qui sont déjà dans des foyers, des centres d'accueil et cætera qui ont énormément de problèmes. Par exemple mes statistiques des femmes qui font des frottis, suivi gynéco et cætera, et bien ils sont mauvais, mais c'est le reflet de femmes qui sont de milieux défavorisés.

Les médecins décrivent le caractère difficile de la retranscription de l'activité en médecine générale en statistiques et en chiffres.

E1. La santé c'est pas quelque chose de [...] chiffrable [...].

E3. Mais ça c'est pas quantifié ni quantifiable.

E7. Mais bon la médecine c'est tellement complexe qu'on ne peut pas... voilà.

Certains médecins qui trouvent ces chiffres informatifs regrettent que les autorités de santé ne les exploitent pas de manière plus globale et réactive. Pour eux, ces relevés d'activité représentent un outil de suivi épidémiologique sous-exploité.

Investigateur : Donc les ROSP comme outil d'analyse statistique de l'état de santé d'une population ?

E 10. Oui tout à fait.

Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)

Lorsqu'ils nous parlent des visites des DAM, les médecins abordent aussi le sujet de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP).

En effet le délégué leur apporte les informations relatives aux indicateurs pris en compte dans son calcul et leurs évolutions.

E7. Donc ils viennent mettre un cadre. Après il y a tout le côté ROSP.

Les indicateurs pris en compte semblent, pour certains, en adéquation avec les données issues des études qu'ils ont pu consulter. D'autres indicateurs sont liés à l'organisation du cabinet médical.

E1. Donc les ROSP c'est aussi l'organisation du cabinet, l'informatique c'est indispensable donc là il n'y a aucun problème. Le Vidal® ok hein.

E3. Ce qu'ils conseillent c'est généralement pas con hein. C'est généralement les recommandations.

E8. Oui c'est cohérent, ce qu'ils demandent c'est cohérent je pense.

Les éléments pris en compte dans le calcul de cette rémunération laissent parfois les médecins perplexes. Parfois les indicateurs leur semblent dépassés.

E3. C'est généralement les recommandations, à part quelques trucs où ils ne sont pas à jour mais ça c'est pas étonnant.

D'autres MG aimeraient que plus de paramètres de leur pratique soient pris en compte et valorisés.

E1. Alors qu'il y en ait plus pourquoi pas.

E6. *Il n'y a pas beaucoup de choses qui sont évaluées.*

Les indicateurs de la ROSP font parfois naître de l'agacement voire de la colère vis-à-vis du délégué.

E1. *Alors ça c'est les aberrations d'un système complètement pervers, ça c'est un peu énervant. Voilà.*

E7. *Et donc toutes ces histoires de me donner des pourcentages et des statistiques moi je ne suis pas d'accord.*

Les médecins font part de leur incompréhension du système de calcul de rémunération.

E3. *Ça me semble complètement ubuesque.*

E9. *Et le nombre de points et tout ça, ça ne m'intéresse pas, je ne vais pas passer mes soirées à vérifier mais si je voulais je ne le pourrais pas. Ça reste un peu flou quoi.*

E10. *Oh là. On n'y comprend déjà plus rien. C'est ridicule. Sur le fonctionnement on n'y comprend plus rien. On a l'impression que c'est une usine à gaz qui ne sert à rien.*

Certains ont un ressenti assez mauvais des éléments que le DAM leur présente sur ce sujet.

E1. *Donc un ressenti très très mauvais.*

E4. *Des stats qui ne sont pas fiables, moi je leur ai démontré par A + B que leurs stats c'était du bidon.*

Ils décrivent l'intervention du DAM comme une aide dans la déclaration qu'ils doivent fournir à la caisse d'Assurance Maladie. La déclaration de leurs paramètres leur semble complexe et ils apprécient d'être aidés dans cette étape.

E7. *Ils m'ont aidé à une époque avec le ROSP là, qui est un petit peu une usine à gaz donc voilà.*

E9. *Mais elle m'a déjà proposé, elle m'a dit rappelez-moi si vous n'y arrivez pas, ils s'investissent pas mal là-dedans, tant mieux pour nous.*

Le DAM et les interactions avec la CPAM

Vecteur de communication avec la Caisse d'Assurance Maladie

Les médecins nous font part de difficultés à communiquer avec la Caisse d'Assurance Maladie.

Lorsqu'ils essayent de joindre ses services, ils peinent à trouver une personne à même de répondre à leur requête.

E9. *Parce que sinon on téléphone, on tombe sur des plateformes, on a des gens des fois on ne connaît pas leur tête.*

Ces difficultés sont décrites aussi lors de leur passage dans les bureaux de la caisse. Ils ressentent alors des difficultés d'ordre organisationnel notamment dans les horaires et la disponibilité des correspondants.

Ils ont une impression assez désagréable sur l'accueil qu'ils rencontrent.

E1. *J'ai pas envie de passer trois heures, quatre heures cinq heures à les attendre au téléphone.*

Les médecins déplorent donc une difficulté à suivre les actualités des décisions de la CPAM.

E1. Les mecs de la sécu ils sont en réunion tout le temps, et il y a plein de trucs qui sortent et nous on n'est pas au courant, on est en dehors de ça.

Devant ces limites, ils saluent la volonté de la Caisse d'Assurance Maladie d'améliorer la communication avec les médecins généralistes.

E2. C'est un petit peu notre liaison avec la Caisse en direct et sinon c'est pas mal.

Ils apprécient l'idée d'un interlocuteur unique et privilégié qu'est le délégué. Il est un lien reconnu avec la CPAM. Ils se tournent vers lui en cas de question à poser à l'Assurance Maladie.

E2. Là au moins on a un lien avec l'Assurance Maladie, tous les 3-4 mois on voit la déléguée.

E3. Mais voilà, soit la ligne médicale soit la DAM.

E4. Je pense que c'est bien qu'il y ait du lien entre la sécu et nous.

E9. Oui c'est quand même quelque chose de charnière.

Ce rôle de messager du délégué et la nécessité d'échange avec la CPAM sont importants pour eux.

E2. Moi je ne suis pas contre la caisse. Je n'ai jamais été contre la caisse. Je pense qu'on doit travailler ensemble.

E7. Ils font de l'information. Je pense que c'est indispensable. Ils sont indispensables.

Ils comptent sur la connaissance qu'il a de son fonctionnement pour trouver la personne qui pourra les renseigner ou résoudre leurs problèmes.

E9. L'autre jour j'ai eu une infirmière libérale, elle était en arrêt grossesse, elle n'avait pas été payée, parce qu'il manquait certains papiers. C'est elle qui a dépatouillé les choses quoi. Si je ne l'avais pas eue, j'aurais téléphoné à la caisse, je serais tombé sur quelqu'un, une plateforme ou je ne sais pas quoi.

Ils voient aussi la visite du délégué comme une opportunité d'améliorer la connaissance que la caisse d'Assurance Maladie a des médecins.

E2. Elle voit notre vécu. Et ça je pense que c'est quand même important.

E2. Avant ils n'avaient pas idée de comment on travaillait.

Ils souhaitent que le DAM, en plus de leur délivrer les informations prévues, puisse aussi remonter leurs remarques aux services de la sécurité sociale. Ils restent cependant sceptiques sur le fait que ça soit le cas.

E8. Est ce qu'elle remonte l'info je ne sais pas hein. J'espère ! Mais voilà quoi.

E9. Quand je leur dis, ils me disent ah oui on va remonter l'information mais bon.

Les personnes rencontrées aimeraient plus de concertations entre les médecins et la caisse d'Assurance Maladie pour élaborer les référentiels d'évaluation de la pratique et les recommandations de bonne pratique.

E1. Ils devraient venir voir de quoi on a besoin ; nous demander de quoi on a besoin.

Voilà. C'est pas du terrain.

Un vécu d'intrusion dans leur exercice de la médecine

Les médecins nous parlent de la visite du délégué comme d'une intrusion de la sécurité sociale dans leur pratique médicale.

Elle se manifeste par une tentative de description de leur pratique avec les relevés d'activité, mais aussi par les indicateurs de calcul de la ROSP. L'exposé de recommandations de bonne pratique aurait aussi pour but de leur faire modifier leurs prescriptions.

E9. On sent bien aussi qu'ils ont un message à nous apporter, c'est à dire que, ils sont quand même payés pour qu'on prescrive moins, ou mieux, ou différemment.

Ils ont une impression d'infantilisation liée aux interventions du DAM.

E1. Je trouve ça un peu, enfin vous avez bien travaillé, vous êtes des bons élèves, [...] vous serez rémunérés si vous suivez bien les recommandations. Pfff. Je trouve ça un peu [...].

E4. Ça nous infantilise encore, voilà. Tu auras un bon point si tu fais les choses bien.

Ils ont un sentiment de contrôle de la qualité de leur travail.

E5. Donc ça se passe bien mais bon ça fait un peu on est les gendarmes et on vient remettre les points sur les « i ».

Ils sont attentifs aux remarques qui leur sont faites. La peur d'un rappel à l'ordre de la sécurité sociale les inquiète.

E2. Moi je dis toujours à mon délégué, si vous voyez que je déconne vous me le dites, parce que j'ai pas envie d'être convoqué.

Cette intervention de contrôle et de recommandation de la CPAM est jugée logique par certains médecins. En tant qu'organisme payeur des prestations de santé, ils considèrent qu'elle a un droit de regard sur leurs prescriptions.

E9. Oui ils s'immiscent parfois dans des choses, je ne vais pas dire qui ne les regarde pas, parce que ça les regarde, mais bon.

L'accès de la caisse à leurs données professionnelles est voué à se développer selon certains. Ils semblent parfois résignés à ce que les informations concernant leurs patients et leur exercice médical soient de plus en plus exploitées.

E3. Toutes les données qu'a la Caisse actuellement, elle en saura encore plus après. C'est le big data. C'est tout. Le big data appliqué à la médecine bon là c'est que le début mais vous vous connaîtrez la fin. [rire]. ça sera, [...] voilà.

E7. On sent qu'on va prendre l'accès sur nos dossiers. C'est quand même une base de données extraordinaires maintenant les dossiers des médecins.

Certains voient un conflit d'intérêt pour la caisse d'Assurance Maladie. Le fait qu'elle relaye des recommandations de bonne pratique leur semble incompatible avec son rôle de remboursement des soins. Cela crée une suspicion vis-à-vis des recommandations

émises. Celles-ci pouvant être influencées par un intérêt personnel de la CPAM.

E2. *Mais à la caisse, la ROSP, les DAM tout ça, ça introduit un conflit d'intérêt. Automatiquement.*

E9. *Il y a quand même une logique financière. Bien sûr.*

Un objectif financier, d'économie des ressources de l'Assurance Maladie, est soupçonné.

E3. *Elle me parle surtout de ce qui coûte cher à la sécu, et ce sur quoi elle voudrait qu'on fasse attention.*

Cet objectif est problématique pour les médecins. Le contrôle financier ne leur semble pas forcément compatible avec des soins de qualité.

E5. *L'Assurance Maladie va faire les recommandations, enfin c'est pas, je ne sais pas comment l'expliquer, mais va faire en sorte que ça coûte le moins d'argent possible, pour obtenir un résultat qui sera satisfaisant, mais c'est pas forcément compatible, je trouve.*

L'influence sur la pratique médicale

Les médecins perçoivent donc les visites des délégués de l'Assurance Maladie comme une volonté d'influencer leur manière d'exercer.

E6. *Je pense que c'est pour essayer de manager derrière et essayer de nous dire ce qu'on doit faire.*

Ils nous parlent de leur indépendance qu'ils considèrent comme préservée actuellement.

Ils se sentent libres et maîtres de leurs décisions.

E1. *Certains sont convaincus qu'il n'y a plus de liberté, moi je suis convaincu qu'il y en a encore.*

E2. *Mais enfin pour l'instant, on garde notre liberté hein. Pour moi, on a notre liberté.*

E3. *Moi en ce qui me concerne, je n'ai pas l'impression que le fait de me mettre des bons ou des mauvais points ça va changer ma manière de pratiquer la médecine, voilà.*

E8. *Pour l'instant ça ne change pas.*

L'influence perçue sur leur pratique médicale est limitée mais ils sont méfiants.

E5. *Après c'est peut-être une impression que j'ai, qu'inconsciemment je suis quand même, influencée là-dessus, mais c'est pas l'impression que j'ai en tout cas.*

Ils accordent beaucoup d'importance à cette liberté. Pour eux une distance et une indépendance vis-à-vis de la CPAM sont à conserver.

E2. *La Caisse c'est quand même un organisme payeur, donc forcément en face, il faut qu'on puisse avoir un certain degré d'indépendance, pour le patient.*

E4. *Si on est libéral, c'est aussi pour avoir cette certaine indépendance.*

Ils s'interrogent sur les dérives qui pourraient pousser certains médecins à agir dans le seul but d'augmenter leurs revenus, en perdant de vue la relation médecin/patient et la qualité des soins.

E3. *Ah oui c'est sûr que je pense qu'il y en a qui réfléchissent comme ça. Et peut-être que moi ça serait le cas, je n'en sais rien, il faut voir hein.*

E4. Je pense qu'il y aura des mecs qui vont, qui vont essayer d'avoir leur prime quoi

Une modification des montants mis en jeu dans la ROSP pourrait menacer la libre décision du médecin. Leur esprit critique vis-à-vis des recommandations émises par la caisse d'Assurance Maladie pourrait être mis en jeu.

E2. Et on peut très bien imaginer que la Caisse, fasse passer la rémunération de la ROSP, enfin tout ce suivi, soi-disant de bonne pratique médicale et cætera, enfin pousse la barre, ce forfait là jusqu'à 15 000 ou 20 000€. Et à ce moment-là on sera vraiment complètement liés à la Caisse. On sera obligé vraiment de, bon, et ça c'est un petit peu embêtant.

E9. Parce que plus un médecin touchera de ROSP et plus il écouterà la sécu mais c'est donnant donnant !

Une contrainte venue de l'extérieur pourrait peser sur le médecin généraliste.

E2. Si on extrapole un petit peu, la ROSP, on peut mettre ce qu'on veut dedans.

Pour eux la principale motivation des décisions qu'ils prennent est, et doit rester, l'intérêt de leur patient et sa santé. Ils soulignent la responsabilité qu'ils éprouvent vis-à-vis des personnes qu'ils prennent en charge.

E2. Et puis je pense que les médecins, enfin la majorité des médecins -il y a toujours des brebis galeuses. Mais bon la plupart des médecins essaient de tout faire pour bien soigner les gens.

E5. Nous la priorité c'est quand même d'apporter le meilleur pour le patient. Au niveau soins et qualité de soins aussi.

E9. *Mais bon on est quand même médecin avant tout. On est quand même là pour soigner le mieux possible. Tout ça c'est peut être philanthrope mais bon. Moi j'essaye d'être honnête et rigoureux. Je ne dis pas que je fais tout bien mais bon.*

Ils insistent aussi sur la liberté de chaque médecin d'adhérer ou non aux intéressements financiers qui leurs sont proposés. Ils restent confiants sur la motivation de chaque médecin à donner des soins de qualité.

E3. *Libre à nous d'accepter ou non la somme en question.*

E5. *J'espère qu'on est pas assez idiot pour tout faire pour rentrer dans les cases et puis obtenir cette rémunération.*

E6. *Je veux dire si on veut être totalement indépendant on peut dire j'en ai rien à faire d'avoir 2000€ ou 6000€.*

Les évolutions du lien et de la dépendance qu'ils pourraient avoir avec la sécurité sociale les inquiètent. S'ils sont pour l'instant globalement d'accord avec les exigences de la caisse, ils craignent d'être piégés à l'avenir. Ils devraient alors se conformer à des recommandations qu'ils n'approuvent pas forcément.

E2. *Parce que la Caisse va imposer.*

E2. *Je ne dis pas que tout est mauvais mais enfin ça peut dériver quand même.*

E8. *Des suites qui peuvent nous obliger à rentrer dans des cases dans lesquelles on n'a pas forcément envie de rentrer.*

Ils seraient favorables à un travail en concertation avec la CPAM. Mais pour eux l'objectif commun doit rester l'intérêt du patient et la qualité des soins. Ils aimeraient que cette

collaboration reste dénuée de liens financiers.

E2. Et même si on n'avait pas la ROSP, si on avait déjà le délégué, sans la ROSP, sans qu'il y ait de rémunération, mais juste pour nous dire bon voilà vous voyez, les antibiotiques maintenant vous voyez, pour nous faire réfléchir, ça c'était positif, et il n'y avait pas besoin de la ROSP au final. Juste les courbes, et pas de rémunération et puis l'avis de la caisse, comment elle voit les choses.

Théorisation

La fonction du DAM a été créée par l'Assurance Maladie. La possibilité pour les médecins de ne pas recevoir ce délégué est parfois évoquée par les médecins interrogés. Ils expriment néanmoins une relation positive et un ressenti globalement bon de la relation qu'ils ont avec lui.

Pour eux, le DAM incarne une volonté d'améliorer les relations entre la CPAM et les MG. Ce changement est vu comme une avancée qu'ils pensent bénéfique pour les différentes parties concernées. En effet ils pensent qu'une augmentation des échanges entre les médecins libéraux et l'organisme de sécurité sociale ne peut qu'améliorer et simplifier leur travail respectif.

Ils perçoivent cependant, au travers des visites mises en place, une volonté de la caisse d'Assurance Maladie de s'introduire dans leur pratique médicale. Les médecins ressentent une tentative de les influencer afin de modifier la manière dont ils exercent leur profession.

Certains moyens utilisés sont plutôt positifs. Il s'agit des rappels de recommandations de bonne pratique. Les médecins se disent assez en accord avec ceux-ci et leur ressenti est positif.

Les autres éléments de la visite du DAM font naître plus de méfiance chez les médecins. L'évaluation de leur pratique les inquiète. Ils sont hostiles à une tentative de mesure de la qualité de leur travail. Cette opposition concerne autant l'existence d'une telle évaluation que la manière dont elle est pratiquée. Ils la décrivent comme impossible de part la singularité de chaque patient, la variabilité du mode d'exercice de la médecine générale et le manque de temps des médecins pour une comptabilisation détaillée de chacune de leurs actions.

L'ajustement d'une partie de leur rémunération sur des critères d'efficacité est aussi discuté par les médecins. Ils craignent qu'une part plus importante de cette ROSP dans leurs revenus les prive de la liberté de prescription qu'ils ressentent actuellement.

S'ils se réjouissent d'une augmentation de leurs revenus, ils s'inquiètent des évolutions qui pourraient découler de ce système. En effet la liberté d'exercice qu'ils considèrent comme indispensable, pourrait être menacée par une dépendance financière plus importante des médecins vis-à-vis de la CPAM. Ils seraient alors dans l'obligation de se plier aux exigences de l'organisme d'Assurance Maladie.

Ils se disent en accord avec les critères pris en compte actuellement. Ils déplorent cependant que ces objectifs ne soient pas établis en concertation avec les médecins généralistes.

Leur crainte porte sur le fait que la Sécurité Sociale pourrait introduire de nouveaux critères dont l'objectif ne serait plus l'optimisation des soins mais une plus grande maîtrise des dépenses de santé. Ce triple rôle de recommandation, d'évaluation des pratiques et de prise en charge financière des soins crée donc des interrogations voire des inquiétudes chez les médecins interrogés.

Ils seraient favorables à un travail en concertation entre les médecins généralistes et la Caisse d'Assurance Maladie, en vue d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins, sans pour autant être liés financièrement à la Sécurité Sociale (et donc en conservant leur indépendance et leur liberté).

L'intérêt du patient doit, selon les médecins rencontrés, rester au centre des préoccupations du médecin. Il ne doit pas être influencé par des enjeux extérieurs, notamment financiers.

Discussion

Discussion de la méthode

L'utilisation de la méthode qualitative

L'objectif de l'étude était d'explorer le ressenti des médecins vis-à-vis des visites du délégué de l'Assurance Maladie. La méthode qualitative permet d'explorer des éléments subjectifs. Elle semblait être la plus adaptée (5). L'analyse par théorisation ancrée a été choisie pour la liberté qu'elle laisse aux personnes interrogées. L'investigateur définit le champ de recherche qu'il souhaite explorer puis se laisse guider par les données récoltées au cours des entretiens. Cette méthode permet de laisser libre cours aux discours lors de l'entretien. La théorisation se fait ensuite à partir des données recueillies (6). Elle conduit à voir l'émergence de nouvelles idées. (4)(7)

Les critères de scientificité

La suffisance des données a été obtenue après huit entretiens. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de s'assurer qu'aucune nouvelle idée ne faisait son apparition.

Les principaux critères de scientificité de la méthode qualitative ont été respectés (6).

Les entretiens retranscrits ont été présentés aux personnes interrogées afin qu'ils puissent demander le retrait de propos qui ne refléteraient pas leur pensée. Aucun n'en a fait la demande.

Le codage des résultats a été réalisé par un deuxième investigateur, médecin généraliste remplaçant, de manière indépendante. La confrontation des idées relevées permettait de

limiter le risque qu'une information échappe au codage.

Le recrutement s'est fait de manière raisonnée. L'objectif était l'obtention d'une variabilité maximale. Les critères de variabilité étaient l'âge, le sexe, la durée d'installation en médecine générale libérale et le lieu d'exercice. Les médecins étaient rencontrés au cabinet médical, ce qui permettait de les mettre en confiance. Il n'y avait aucun lien préexistant entre l'investigateur et les médecins.

Les résultats ont été confrontés aux données de la littérature.

Originalité de l'étude

Nous n'avons trouvé aucune étude évaluant le ressenti des MG vis-à-vis des visites des délégués de l'Assurance Maladie. Ce travail explore donc un champ de recherche encore peu décrit. Cette rareté pourrait s'expliquer par une généralisation relativement récente du dispositif des DAM. Ces visites ont été proposées par l'ensemble des caisses d'Assurance Maladie en 2005 et le recul commence juste à être suffisant pour pouvoir évaluer le ressenti des MG.

Discussion des résultats

Une amélioration de la communication avec l'Assurance Maladie

La communication avec l'Assurance Maladie était décrite comme difficile par les MG. L'accès des professionnels de santé aux décisions et campagnes d'information mises en place par la CPAM était retardé voire inexistant. A contrario, ils avaient du mal à poser leurs questions à l'organisme de Sécurité Sociale.

Depuis l'intervention du DAM, ils profitent de leurs rencontres pour prendre connaissance des nouveautés en matière de prise en charge des soins et de recommandations de bonne pratique émises par l'Assurance Maladie.

Un intérêt pour les éléments administratifs

Les apports de la visite du DAM portent, pour eux, surtout sur les éléments qu'ils qualifient d'administratifs. Les aspects réglementaires en matière de remboursement des soins, les informations concernant les arrêts de travail et prestations de santé, sont, selon eux, plus accessibles depuis l'instauration de ces visites.

Une étude de 2004, menée dans le département de la Loire, nous montre que les médecins généralistes invoquaient les difficultés d'ordre administratif comme une des causes d'épuisement professionnel. Les conflits avec les organismes sociaux étaient également cités (8).

Un des rôles du DAM semble être, pour les médecins, de faciliter le dialogue avec l'Assurance Maladie. Il peut donc apparaître comme un médiateur entre eux et les organismes sociaux. Il permet ainsi de clarifier des incompréhensions entre les MG et la CPAM et de limiter les conflits.

De plus il les informe, entre-autre, sur les nouveautés administratives de la CPAM. Il leur explique aussi les aides informatiques mises en place pour simplifier les déclarations d'arrêt de travail et les demandes de prise en charge dans le cadre des Affections de Longue Durée (ALD).

Ainsi il les aide à réduire le temps consacré à la recherche d'informations réglementaires ou à remplir des documents administratifs.

Le contenu scientifique de la visite

Concernant les éléments scientifiques de la rencontre, les médecins sont plus mitigés. Ils regroupent sous ce terme les recommandations de bonne pratique axées sur les prescriptions médicamenteuses et d'examens de suivi des patients.

Certains nous disent y retrouver des recommandations de bonne pratique conformes aux données de la science. D'autres expriment le besoin de conserver un esprit critique et de confronter les informations entendues à leurs recherches personnelles.

Le rapport de Michèle CARZON en 2011 nous rappelle que les informations délivrées par le délégué sont basées sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) (9). Cette méfiance semble donc surprenante. Le fait que ces informations soient délivrées par un représentant de l'Assurance Maladie contribue peut-être à faire naître une vigilance qu'ils n'auraient pas spontanément éprouvée.

Les recommandations de bonne pratique sont parfois aussi décrites comme inadaptées à leur pratique médicale quotidienne. Ils les jugent parfois éloignées du terrain et de l'exercice en médecine générale. La revue médicale *Prescrire* expliquait en 2010 ce décalage par le mode d'élaboration de ces référentiels. Elle mettait en évidence un déséquilibre au sein des groupes de travail. Les médecins spécialistes et hospitaliers sont, selon elle, surreprésentés dans les comités de rédaction. De plus les représentants des patients ne prennent pas part à cette conception (10). Ce point de vue tend à nous montrer que les recommandations amenées par le DAM, ne sont pas forcément applicables directement par le MG. Le fait de ne pas impliquer les patients pourrait, expliquer une faible adhésion des médecins aux recommandations de la HAS.

Une étude de 2006 confirme cette difficulté des MG à appliquer les recommandations émises par l'ANAES (puis la HAS) dans le cadre d'une population de patients diabétiques de type 2. Parmi les facteurs invoqués par les MG pour l'expliquer, on trouve le manque de prise en compte de la dimension relationnelle entre le professionnel de santé et son patient. Ils disent devoir adapter les recommandations en intégrant les caractéristiques de la population et l'implication des patients (11).

On retrouve ce ressenti chez les médecins interrogés qui trouvent les recommandations de bonne pratique parfois éloignées du terrain et de l'exercice quotidien de la médecine.

Ces raisons peuvent expliquer la vigilance observée dans notre étude des médecins vis-à-vis des recommandations de bonne pratique.

Les questions des médecins généralistes

Les MG mettent aussi à profit les visites pour poser leurs questions au DAM. Soit celui-ci peut y répondre directement, soit il fait le relais vers les services concernés de la CPAM. En ce sens la visite du délégué est pour eux un moyen d'échange réciproque entre les professionnels de santé et l'Assurance Maladie.

Les compétences du délégué sont parfois remises en cause. Sur des sujets scientifiques, les médecins ont l'impression que ses connaissances sont limitées. Le rapport de Michèle CARZON nous décrit la formation des délégués sur les sujets qu'ils devront aborder lors des visites. Il existe une volonté de formation scientifique des DAM, mais leurs aptitudes portent surtout sur les stratégies de communication (9). Ce même rapport nous dit que le Médecin Conseil de l'Assurance Maladie est la personne vers laquelle le DAM se tourne pour apporter des réponses aux questions scientifiques. Il intervient donc en complément

des visites du délégué.

La rencontre du médecin conseil est donc un autre moyen d'échange avec la CPAM. Les MG le rencontrent moins souvent que le DAM. Pour eux l'intervention d'un confrère est plus satisfaisante.

Ils acceptent plus facilement les commentaires sur leur activité quand ils sont délivrés par un confrère. Du fait qu'il soit lui aussi médecin, les MG se sentent reconnus dans leur statut. Ils semblent considérer qu'un confrère a plus de légitimité pour leur exposer une évaluation de leur pratique. De plus sa formation lui permet d'ouvrir une discussion autour des prises en charge des patients. L'échange est alors possible et constructif. Cette idée était retrouvée dans la thèse d'exercice de Jérôme Matou en 2017. Il mettait en évidence le ressenti positif qu'ont les MG de leurs rencontres avec un médecin conseil pour ces mêmes raisons (12).

Pour tenter d'assurer une qualité de la visite, l'Union des Caisse Nationales de Sécurité Sociale a demandé l'élaboration d'un Certificat de qualification professionnelle (CQP) des délégués de l'Assurance Maladie. Ce dernier permet une harmonisation et une meilleure connaissance des rôles et aptitudes du DAM (3)

Une relation solide entre le DAM et le MG

Le lien que les MG tissent avec le DAM est personnel. L'intervenant qu'ils rencontrent est identifié. Ils remarquent et déplorent le départ d'un délégué avec qui ils ont travaillé. En ce sens la relation avec le DAM est donc ressentie comme un lien réel et solide. Un travail en collaboration et un suivi dans le temps sont décrits.

Les médecins interrogés n'hésitent pas à distinguer les relations qu'ils ont avec

l'Assurance Maladie, avec laquelle ils sont parfois en désaccord, de la relation qu'ils tissent avec le DAM, qu'ils jugent plutôt courtoise et sympathique. Parfois la méfiance envers les objectifs de la CPAM les pousse à établir une distance par rapport au délégué.

Ce ressenti est concordant avec le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales de 2007. Ce dernier concluait à un accueil positif et à une bonne acceptation des visites du DAM par les MG (13).

Mais un sentiment d'intrusion dans l'exercice du médecin

Par l'évaluation de la pratique médicale du médecin généraliste

Les visites du délégué sont parfois décrites comme une intrusion de l'Assurance Maladie dans leur exercice professionnel.

Ce sentiment est en partie lié aux relevés d'activité du médecin qui lui sont exposés lors de la rencontre. Certains médecins contestent la justesse de ces chiffres.

Ceux-ci sont pourtant basés sur les données du Service National d'Information Inter Régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM) (14). Ce registre regroupe les remboursements de prestations de soins collectés dans la base de données des organismes d'Assurance Maladie. Les sources d'information sont donc les feuilles de soins émises par les professionnels de santé et les dépenses engendrées par les prescriptions qu'ils ont faites (15).

Les chiffres qui sont exposés aux MG sont basés sur leur activité réelle et représentatifs de leurs prescriptions.

Pour justifier le désaccord des médecins, on peut donc soulever l'hypothèse d'une réticence au principe même d'une évaluation de leur pratique.

Les tentatives d'évaluation des pratiques des professionnels de santé (EPP) ne sont pas récentes. Un article paru en 2007, dans la revue *Santé Publique*, rappelle les moyens qui ont été mis en place dans cette optique. Au début des années 1990 les Recommandations Médicales Opposables (RMO) ont été créées. Vintrent ensuite des référentiels émanant de l'Agence Nationale de l'Accréditation de l'Évaluation en Santé (ANAES) à destination des médecins libéraux. La participation à ces dispositifs se faisait sur la base du volontariat. Une des conclusions tirées après quelques années était, selon les auteurs, une nécessité de communication plus importante afin d'améliorer l'acceptation par les médecins d'une évaluation de leur activité (16).

La communication avec les médecins libéraux est donc un enjeu important dans les dispositifs d'EPP. La visite du DAM semble s'inscrire dans la dynamique d'accroissement de ces évaluations, d'autant plus que leur mise en place en 2005 coïncide avec la généralisation des EPP.

Cette volonté d'évaluation est légitimée par certains médecins. Un droit de regard est reconnu à l'Assurance Maladie dans la mesure où c'est elle qui assure la prise en charge financière des dépenses de santé. Cette mission de contrôle, dont découle le discours du DAM lors de sa visite auprès du MG, fait aussi partie des fonctions de l'Assurance Maladie (1).

Une volonté d'influence des médecins par l'Assurance Maladie

Au-delà du regard de l'Assurance Maladie sur l'activité des médecins généralistes, les personnes interrogées décrivent une volonté d'influencer leur exercice. Elles se sentent actuellement assez libres et pensent rester indépendantes dans leur activité. Pour elles, l'impact est actuellement assez faible.

Ce ressenti est en désaccord avec les résultats publiés par l'Assurance Maladie. Celle-ci a en effet observé une modification des prescriptions dans les domaines concernant des objectifs ayant fait l'objet de campagnes de communication à destination des MG. Les indicateurs ciblés ont entraîné des modifications dans la prise en charge des patients. Nous pouvons en déduire que la pratique médicale des médecins a été influencée par les campagnes mises en place (17). Il est cependant difficile de savoir si ces changements sont uniquement liés aux campagnes de communication à destination des MG. L'introduction de ces indicateurs dans la ROSP a pu aussi jouer un rôle dans la modification de leur pratique médicale.

Une autre preuve de l'influence des visites du DAM a été l'expérience menée en 2005 par la CPAM de l'Aude. Suite au message porté par des délégués auprès d'un échantillon de médecins, la prescription d'antibiotiques s'est sensiblement modifiée. Il y a donc eu dans ce groupe de médecins, et sur ce sujet précis, une réelle modification des prescriptions (13). L'influence de la visite du DAM semble donc bien réelle, même si les MG n'en ont pas forcément conscience.

Une méfiance envers les objectifs de l'Assurance Maladie

La mission du DAM a été définie par l'Assurance Maladie dans un contexte de rationalisation des dépenses de santé. Il n'est donc pas surprenant que les médecins perçoivent une volonté d'influencer leur pratique en ce sens.

Les MG rencontrés sont favorables à une utilisation efficiente des ressources. Cependant, pour eux, l'Assurance Maladie est tiraillée entre la qualité des soins d'une part et des enjeux financiers d'autre part. Ce double rôle est pour eux une deuxième raison de rester vigilant et critique à l'égard des recommandations apportées par le DAM. Ils préconisent la méfiance envers celles-ci.

Certains médecins n'hésitent pas à parler de conflit d'intérêts de l'Assurance Maladie. Dans un article paru dans le *New England Journal of Medicine* en 1993, les Anglo-saxons ont défini ce concept comme « une situation dans laquelle le jugement professionnel concernant une valeur essentielle (bien du patient, intégrité de la recherche...) est susceptible d'être influencé de manière excessive par un intérêt secondaire comme le gain financier » (18)

Cette définition semble applicable à l'Assurance Maladie qui doit d'un côté assurer une mission d'accès au soin pour tous et de l'autre assurer une réduction de ses dépenses dans le but d'assurer sa pérennité.

Les objectifs et la finalité des visites du délégué, énoncés clairement ou supposés par les médecins, font naître de la suspicion et de la méfiance chez eux.

La méfiance des médecins semble soulever l'idée que l'Assurance Maladie et l'intérêt du patient ne sont pas toujours concordants. Ils préfèrent à ce titre rester en dehors des considérations financières de la CPAM.

Cette volonté des MG de rester à l'écart des enjeux économiques de l'Assurance Maladie n'est pas en phase avec leur rôle tel qu'il est défini par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) repris par le Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Lille. En effet la prise en compte des contraintes médico-économiques fait partie des compétences que les internes de médecine générale doivent acquérir pour valider leur Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de médecine générale. La gestion des ressources en santé est donc un des enjeux à prendre en compte dans l'approche globale « centrée patient » en médecine générale (19).

Une menace ressentie pour l'indépendance du médecin généraliste

Les relevés d'activité et les indicateurs pris en compte dans le calcul de leur ROSP sont une tentative de transcription chiffrée de l'activité des médecins.

Certains MG semblent manifester de l'intérêt pour les relevés d'activité qui leurs sont présentés. Cependant, d'autres sont en désaccord avec ceux-ci. Pour eux chaque consultation est l'occasion d'aborder de nombreux sujets. De ce fait ils pensent qu'il est impossible de réduire la médecine générale en statistiques. Leur activité est, pour eux, trop complexe. Ils craignent que la poursuite d'objectifs déterminés par l'Assurance Maladie prenne le pas sur la relation qu'ils créent avec leurs patients et le soin à proprement parler.

Au delà des indicateurs de calcul de la ROSP, le principe du paiement ajusté à la performance est aussi abordé lorsqu'on interroge les médecins sur les visites du DAM.

Cela peut s'expliquer de plusieurs manières. Tout d'abord le dispositif de la ROSP et la fonction de délégué de l'Assurance Maladie ont été créés au même moment. Ensuite le DAM avait initialement pour fonction de venir expliquer ce nouveau mode de rémunération aux médecins. Enfin la visite est le lieu d'exposé des résultats du médecin concernant les indicateurs pris en compte dans son calcul. Le DAM aide le médecin à prendre connaissance de ses statistiques. Il fixe avec lui des perspectives d'amélioration de sa pratique. Il l'oriente aussi sur la manière de déclarer les indicateurs qui seront pris en compte dans le calcul de sa rémunération.

Cette partie de la visite et la rémunération sur objectifs inquiètent les médecins. Ils saluent une augmentation de leurs revenus. Mais ils s'interrogent sur la compatibilité de ce lien

financier avec l'Assurance Maladie et les intérêts de leurs patients.

Ils déclarent ne pas avoir l'impression de modifier leur pratique dans le but d'optimiser leurs revenus. Pour eux ils restent actuellement libres. Les visites du DAM sont vécues comme une source d'informations parmi d'autres. Ils pensent que l'impact sur leur pratique médicale est faible. Cette impression est discordante avec les résultats publiés par l'Assurance Maladie. En effet elle observe des évolutions des pratiques médicales concernant la plupart des indicateurs pris en compte dans le calcul de la ROSP (20).

Les comportements des MG concernant les indicateurs retenus se sont donc modifiés. La ROSP semble avoir un effet sur la décision médicale même si les médecins n'en ont pas conscience.

Les critères utilisés par l'Assurance Maladie et amenés par le DAM leur semblent parfois inadaptés. Ils les jugent non applicables en pratique courante, dépassés par de nouvelles recommandations issues de sociétés savantes ou en lien avec des paramètres non maîtrisables par les MG. Ils aimeraient que la mise au point des objectifs de santé publique et leurs critères d'évaluation soient établis en concertation avec les MG.

Dans les faits, les critères de la ROSP sont élaborés et validés avec les représentants des médecins lors de l'établissement de la convention médicale. Les syndicats de médecins généralistes prennent donc part à la validation des thèmes qui feront l'objet d'indicateurs de calcul de la ROSP.

Ceux-ci sont réévalués régulièrement et évoluent. La convention médicale de 2016 avait déjà fait évoluer certains d'entre eux. Ils ont encore été revus en 2018 avec la publication au journal officiel de l'avenant 6 à la convention médicale (21). Celui-ci fait évoluer les objectifs de certains indicateurs.

Ces évolutions ont pour but, selon l'Assurance Maladie, de s'adapter aux recommandations médicales afin d'améliorer la qualité des pratiques et l'efficacité des soins (22).

Nous observons donc un décalage entre le point de vue de l'Assurance Maladie et celui des médecins.

Que ce soit sur le principe de paiement ajusté à la performance (P4P) ou sur les indicateurs utilisés, les médecins interrogés ne semblent pas penser que ce dispositif puisse améliorer la santé des patients.

Une observation de ce qui a été mis en place au Royaume Uni nous montre l'impact de la rémunération sur objectifs, nommée Paiement for Performance (P4P). Le P4P est appliqué Outre Manche depuis 2004. Dans son article, le Professeur Grimaldi dresse un bilan négatif du système de rémunération. Pour lui le P4P n'a pas diminué la mortalité des patients et n'a pas amélioré la relation médecin patient (23).

Que ce soit en faisant le relais de recommandations de bonnes pratiques, en leur exposant leurs relevés d'activité ou en les aidant à entrer dans le système de ROSP, la visite du DAM est donc vécue comme une volonté d'instaurer une influence voire une dépendance des MG. Les médecins nous font part d'inquiétudes sur les évolutions possibles de ce système. Ils redoutent une dépendance croissante vis-à-vis de l'Assurance Maladie.

Le but supposé serait de réduire leur marge de manœuvre et leur liberté dans les choix relatifs à la prise en charge des patients.

Cette dépendance pourrait toucher le versant scientifique. Les recommandations émises par l'Assurance Maladie et apportées par le DAM pourraient devenir une source centrale

d'information du médecin. S'ils considèrent que la plupart des éléments sont en phase avec les données de la science, ils préfèrent garder un œil critique sur les informations délivrées et conserver la possibilité de s'en écarter s'ils jugent que c'est dans l'intérêt de leur patient.

Cette dépendance pourrait aussi prendre une forme financière. La rémunération des médecins pourrait à l'avenir, être principalement ajustée à leur activité. Ils craignent de perdre la liberté dans leur choix de prise en charge. Ils se verraient contraints de suivre les recommandations de l'Assurance Maladie, avec lesquelles ils ne sont pas toujours d'accord, sous peine de voir leurs revenus diminuer sensiblement.

On ressent donc chez les médecins une volonté de préserver leur indépendance vis-à-vis de l'Assurance Maladie. Pour eux elle est indispensable à la préservation de l'intérêt de leurs patients.

Conclusion

Les visites que les délégués de l'Assurance Maladie réalisent auprès des médecins généralistes ne les laissent pas indifférents. La visite est perçue comme un lien réel et solide. Ils saluent la volonté d'amélioration de la communication mise en place par l'Assurance Maladie. Le DAM qu'ils rencontrent est apprécié. Leur relation est globalement positive. Ils tissent un lien durable avec lui.

La visite est un lieu d'échange. Le délégué expose les messages mis au point par la CPAM. Leur intérêt se porte surtout sur les informations d'ordre administratif qu'ils apprécient. L'accueil des sujets d'ordre scientifique est plus nuancé.

Ils attribuent aussi au délégué un rôle de porteur de leurs remarques et questions vers l'organisme d'Assurance Maladie.

Ils vivent cependant l'intervention du DAM comme une intrusion dans leur activité. Ils y perçoivent une volonté d'évaluation et d'influence de l'Assurance Maladie. Ils se considèrent actuellement libres de leurs prescriptions mais craignent une menace pour l'indépendance en médecine générale. Ils sont favorables à un travail de collaboration avec l'Assurance Maladie. Pour eux, le médecin doit rester libre de choisir les soins qu'il juge appropriés à chaque situation qu'il rencontre. L'objectif, pour les médecins, doit rester l'intérêt du patient.

Références bibliographiques

1. Assurance Maladie. Notre mission générale. [En ligne].

<https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/action/mission-generale/mission-generale>

2. Direction de le Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Les dépenses de santé depuis 1950. [En ligne]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1017.pdf>

3. Assurance Maladie. Délégué de l'Assurance Maladie. [En ligne]. <https://assurance-maladie.ameli.fr/carrieres/metiers/efficacite-systeme-sante/delegue-assurance-maladie>

4. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cahier de recherche sociologique n°23. 1994 ; 147-181

5. François G. L'approche de le Grounded Theory ; pour innover ? Recherche qualitative. 2006 ; Vol26(1) ; 32-50

6. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz, Impert P, Letrilliart L, et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone. Revue médicale Exercer. 2008;84:142-5

7. Méliani V. Choisir l'analyse par théorisation ancrée: illustration des apports et des limites de la méthode. Recherches qualitatives; Hors série 15 :435-452

8. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Epuisement professionnel chez les médecins généralistes. La presse médicale. 2004Dec ; Vol 33(22) : 1569-1574
9. Carzon M. Note de synthèse Assurance Maladie Information des professionnels de santé sur les produits de santé. Les assises du médicament. 2011Mar
10. Le point après 2 ans d'analyse des guides de pratique clinique de la Haute Autorité de Santé. Prescrire. 2010Août ;30(322)614-615
11. Bachimont J, Cogneau J, Letourmy A. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-t-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2. Sciences sociales et santé. 2006Fev ; Vol.24:75-103
12. Matou J. Les représentations des médecins généralistes vis-à-vis des médecins conseil dans la région Hauts de France [Thèse de Doctorat, Médecine Générale]. Lille Faculté de médecine Henri Warembourg ; 2017
13. Bras PL, Ricordeau P, Roussille B, Saintoyant V. L'information du médecin généraliste sur le médicament. Inspection Générale des Affaires Sociales ; 2007Sept
14. Code de la sécurité sociale - Article L161-28-1
15. Assurance Maladie. Sniiram [En ligne]
<https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/sniiram/finalites-du-sniiram.php>

16. Vignally P, Gentile S, Bongiovanni I, Sambus R, Chabot JM. Évaluation des pratiques professionnelles du médecin : historique de la démarche en France. Santé publique. 2007Jan;Vol 19:81-86.

17. Assurance Maladie. La rémunération sur objectifs de santé publique : bilan et perspectives [En ligne].

<https://www.ameli.fr/medecin/actualites/la-remuneration-sur-objectifs-de-sante-publique-bilan-et-perspectives>

18. Thompson DF. Understanding Financial Conflicts of Interest. N Engl J Med. 1993Aug19;329:573-576

19. Département de Médecine générale de l'Université de Lille 2. [En ligne]

<http://medecine.univ-lille.fr/dmg/>

20. Assurance Maladie. La rémunération sur objectifs de santé publique en 2018. [En ligne] https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Rosp_2018_-_25042019.pdf

21. Légifrance. Arrêté du 1er octobre 2018 portant approbation de l'avenant n°6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie signée le 25 août 2016, [En ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037306389>

22. Assurance Maladie. La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) pour le médecin. [En ligne]. <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/remuneration-objectifs/nouvelle-rosp>

23. Grimaldi A. Faut-il financer la qualité des soins et adopter le « pay for performance » (P4P) des anglosaxons ?. Médecine des maladies Métaboliques. 2018Mai ;Volume 12, (3) : 284-290

Annexes

Grille d'entretien :

Pouvez-vous vous présenter, quelle est votre activité, depuis quand êtes-vous installé(e), quel âge avez-vous ?

Pouvez vous me parler des personnes que vous rencontrez ici au cabinet médical ? En dehors des patients, qui recevez-vous ?

En l'absence d'évocation du DAM :

Les délégués de l'Assurance Maladie ? Vous pourriez me parler de leurs visites ?

Comment vous percevez ces visites ?

Quel est votre ressenti par rapport à leurs interventions ?

Questions de relance :

Ah oui [...] ?

Pourquoi vous dites ça ?

Qu'est ce que vous en pensez ?

Entretien n°1

- L'enjeu c'est de savoir qui vous recevez au cabinet médical, en dehors des patients. Qui vous recevez au cabinet dans le cadre de votre activité.

Dans mon cabinet, heu ça peut être les visiteurs médicaux.

–d'autres gens ?

Je ne vois pas a priori mais peut être que ça va me revenir. Parce que les politiques tout ça on ne les rencontre pas dans mon cabinet. Hier j'ai reçu une nouvelle orthophoniste, j'ai convié quatre de mes confrères qui sont venus pour accueillir une nouvelle orthophoniste dans le cadre de la création de la maison médicale, par exemple. Sinon en dehors de ça non.

–Les délégués de l'assurance maladie ?

Oui j'en ai reçu un peu et des fois non, voilà, hein. Quand ils sont venus me raconter des choses sur le Crestor® et tout ça, comme quoi il fallait prescrire du générique, et comme Crestor® n'en avait pas, c'était embêtant pour moi. Là j'ai dit messieurs terminé, je ne veux plus vous voir.

–donc la vous ne les voyez plus du tout ?

Non je ne les vois plus.

–D'accord. Et avant cet épisode du Crestor® ?

Oui je les reçois, mais plutôt les médecins qui viennent, parce qu'un DAM qui vient, qui me raconte ça, c'est un peu décalé quoi. Que le médecin vienne discuter de choses et d'autres sur la prescription, bon ok on peut discuter, mais là, venir me dire que je serai payé si je prescris le générique [rire] et même si je ne prescris pas le générique du Tahor® (atorvastatine). Vous pouvez prescrire du Tahor® il a un générique atorvastatine vous serez payé, si vous mettez le Crestor® vous ne serez pas payé parce qu'il n'a pas de générique. Vous voyez c'était le discours, donc là j'ai coupé court en disant terminé vous ne venez plus ici pour ce genre de choses. Voilà, donc ils ne viennent plus. Médecins oui, j'ai encore eu une relation téléphonique récemment, donc la c'est encore peut être un peu différent, que physique, voilà. DAM.... voilà.

–Et donc c'était l'information qu'ils vous amenaient qui vous embêtait ?

Carrément oui. Moi j'appelle ça de la corruption non ?

–c'est l'influence qui vous embête la dedans ?

Moi, qu'on vienne me dire pour les bonnes pratiques,... vous connaissez le ROSP ? Donc pour les bonnes pratiques si vous mettez tel produit vous serez payé et si vous mettez tel autre produit vous ne serez pas payé, heu, je me demande ce que ça veut dire. D'accord ? Donc moi je ne supporte pas ce genre de choses donc il fallait,... voilà.

C'est donc l'information, il était venu pour deux messages, trois parce qu'ils ne peuvent pas en faire plus, hein ces gens là, a priori, et puis donc, c'était quand même malvenu.

–Et l'idée de rémunération en échange, enfin contre certaines pratiques médicales, ça aussi c'était un problème pour vous ?

C'est à dire ?

–Bah les ROSP en soit ?

Les ROSP en soit c'est quand même un peu grossier quoi. A mon avis c'est un peu grossier mais bon, il faut jouer le jeu. Sauf si c'est comme les recommandations qu'on avait à l'époque, qui nous ont permis de cibler les surveillances de diabétiques, heu la c'est intéressant.

Par exemple aujourd'hui on est rémunéré si on fait trois hémoglobines glyquées par an. D'accord, chez un diabétique pris en ALD. S'il a le bonheur ce diabétique d'être à 5, parce qu'il prend bien son traitement, qu'il fait bien sa diététique, il est toujours en ALD, donc vous vous dites à quoi ça sert de faire une hémoglobine

glycquée trois fois par an, on en fait deux voire une ; et la vous n'êtes pas payé [rire]. Alors ca c'est les aberrations d'un système complètement pervers, ça c'est un peu énervant. Voila.

Donc les ROSP c'est aussi l'organisation, du cabinet, l'informatique c'est indispensable donc la il n'y a aucun problème. Le Vidal® ok hein. On est payés sur quoi, heu, bah sur les hémoglobines glycquées, les objectifs hein, bon ça ça peut donner une petite dynamique. Et les deux exemples que je vous ai donnés la hein, les Crestor® et puis les hémoglobines glycquées, franchement, que des gens puissent sortir des choses comme ça, c'est vraiment aberrant quoi. Voila, je ne suis pas d'accord avec ça.

Sinon les ROSP globalement, alors j'ai calculé que un ROSP, ça me faisait gagner 1,50€ par patient

—par an ?

Oui, c'est déjà pas mal hein ? Mais bon à quoi ça sert franchement, qu'ils nous mettent la consultation à 30€ non [rire]. Tout le monde sera content.

Bon voilà. Moi je sais très bien aussi qu'on veut nous amener plus ou moins au forfait, déjà dans la maison de santé pluridisciplinaire on sera au forfait. Pas seulement hein. Ce sera à l'acte et puis on aura éventuellement des forfaits de santé publique, de projets de prise en charge de diabétiques, d'obèses et de BPCO. Ouais on essaye de faire quand même, de prendre en charge dans ce sens la, bon moi je ne suis pas contre. Mais il faut que ca soit logique quoi. Que ça ne soit pas pervers.

—sur le plan scientifique alors du coup ?

Scientifique ça veut dire ?

—sur le plan du contenu, ...

Bah bien sûr. Alors il y a un autre truc aussi, c'est que vous faites l'éducation thérapeutique, on ne juge pas l'hémoglobine glycquée avant et on ne juge pas l'hémoglobine glycquée après. On vous juge sur le fait que les gens ont participé et tout ça, bah ça ça ne va pas. Ça ne me va pas. Qu'il y ait une tension qui soit baissée à la fin, que les gens aient perdu du poids, que les gens aient une hémoglobine glycquée qui en six mois est passée de 8.5 à 7.7, sans qu'on ait touché aux médicaments, tout ça, ou éventuellement en en prenant moins, voila, ça c'est de la bonne éducation thérapeutique. Sinon c'est juger seulement si il vient à toutes les séances. Voila donc le système.

Là on parle plus ou moins de l'avenir la.

- C'est les perspectives que vous dégagez de ce qui est déjà fait

Tout à fait.

- Et la question de l'indépendance de la prescription du coup ? on parlait du Crestor® tout à l'heure.

Oui moi je reste la dessus. Là si j'ai envie de mettre du Crestor®, je mets du Crestor®. Si j'ai envie de mettre une hémoglobine glycquée en moins j'en mets une en moins. J'essaye de suivre ma logique. C'est vrai que quand elle m'a annoncé ca j'ai dit non écoutez, il n'y a plus rien à ajouter. Un peu provocateur, parce que bon, pour leur faire voir que, qu'est ce que vous me racontez là? Ils ne sont pas vraiment conscients de ce qui se passe parfois.

Ok, non sinon moi je suis assez ouvert. De toute façon j'ai fait gériatrie, donc j'essaye de réduire au maximum. C'est pas toujours évident, j'ai encore des ordonnances débordantes. Parce que c'est la lutte avec le patient. Mais sinon quand je peux, 90 ans 2 médicaments en moins c'est mieux.

- Et du coup l'influence des délégués de l'assurance maladie ?

Ah les délégués de l'assurance maladie, c'est-à-dire la caisse.

- Ouais, de la caisse. Sur la pratique médicale ?

Pfff. Bah à part venir nous expliquer la recommandation peut être, et la recentrer. Moi je le vois comme ça. Mais ça permet ils nous donnent des chiffres aussi, sur notre activité. C'est intéressant de sortir la globalité, de savoir qu'on met 30% de ça ; voila. Où on se situe, c'est pas mal. Les camemberts c'est pas mal. Voila. Ça ils nous ramènent ça pour nous appâter un peu, hein, et puis après voila. C'est pas mal de nous donner ces statistiques là. Donc ça nous situe notre activité, ça ouais. Mais après ça suffirait avec ça, ça suffit.

-Ok. Donc là l'objectif de mon travail de thèse ça serait ça, situer le ressenti des médecins généralistes de ces rapports avec la caisse, de ces visites des DAM. Qu'est ce que vous en pensez en fait ?

Ah ouais. Je ne reçois plus ces gens là. Moi je les mets au même niveau que les visiteurs médicaux, qui racontent bêtement leur, ... donc ils ne viennent plus. Voilà.

Alors qu'il y a des gens qui nous amènent, dans des études éventuellement, dans les effets secondaires ; des choses, on sent que ça va nous servir pour notre pratique, c'est mutuel quoi, on travaille ensemble.

Alors que là on a vraiment l'impression qu'ils arrivent à nous appâter avec des chiffres, c'est très bien, et puis d'un seul coup paf ils nous envoient un missile comme ça, parce qu'en fin de compte leur message c'est ça ; là c'est marketing et c'est très désagréable. Moi ça m'embête.

- Donc la crédibilité ?

Zéro. Ah oui. Ah bah oui. Parce qu'on pourrait les écouter sans rien dire, et laisser passer ça. Mais bon attention, on reste poli, moi je suis poli, mais j'aime bien leur dire aussi comment j'ai compris leur truc là. D'accord. Là il faut arrêter un petit peu, il faut quand même leur dire. Vous êtes venu ici pour dire ça, c'est pas la bonne solution. Voilà. Ça ce sont vraiment les DAM hein, pas les médecins. Les médecins on peut discuter avec eux. Là non on sent que le gars il vient poser là sur le bureau un dogme. Sécurité sociale qui n'a rien à voir avec le terrain.

- Donc crédibilité zéro ?

Oui parce que bon, ce que je pense...

Alors le ROSP, ça a l'avantage de pouvoir nous caler sur des chiffres, c'est pas mal, bon 7.5 d'HbA1c, heu ok, mais bon c'est très réduit, c'est que sur le diabète, l'hypertension artérielle, bon hein. Alors qu'il y en ait plus pourquoi pas. Oui plus de critères, le ROSP ça pourrait être intéressant, pour voir là où l'on va quoi. Non après, ..., dans les messages des DAM, non ça ne m'intéresse pas.

- Et, vous pensez qu'ils ont des objectifs, heu, qu'est ce qui guide leur discours du coup ?

Bah eux sont très polis aussi. [rires] ils disent ben oui oui vous avez raison, vu comme ça oui. Manifestement, heu voilà.

Mais là c'est imposer une thérapeutique, ça c'est pas bien. C'est imposer un suivi, même si il est aberrant, c'est pas bien. Voilà ce que je veux dire. L'hémoglobine glycosylée, si je veux en faire une, le patient il est équilibré, et bien il est équilibré. Voilà. Ben non je ne vais pas être payé d'en faire trois, d'accord ?

- Ouais du coup...

Je me répète non ?

- Non non. Une logique qui du coup ne serait pas influencée par une connaissance scientifique ?

Pas inspirée du terrain, tout simplement. Scientifique, si parce qu'ils nous sortent des trucs, c'est justifié, ils ont raison, mais ne pas penser que le patient il peut être à 5.5% d'hémoglobine glycosylée, ou bien 6. Ils ont pas pensé à ça. Donc ils se basent sur le scientifique, mais l'application, elle n'est certainement pas faite avec les médecins généralistes. Pas du tout. J'arrive avec mes gros sabots, voilà.

- Ok. Heu. Donc peu d'apport pour vous ?

Les DAM non, au contraire moi je les vois arriver avec leurs gros sabots. [rires]. Avec leur message caché derrière, ... comme un visiteur médical marketé. Voilà

- Poussé par des intérêts...

Poussé par des intérêts, pas d'intérêt vis-à-vis du patient ni du médecin ; intérêt, parce qu'il faut faire passer un message. C'est mal dit, c'est mal fait, c'est pas réfléchi, enfin voilà. Donc un ressenti très très mauvais.

En revanche, dernièrement j'ai un patient qui sort de cardiologie, c'est la première fois qu'il a son insuffisance cardiaque. Donc il y a un rapport avec la Sécu ; la sécu prend en charge des choses pour le suivi, la surveillance avec l'infirmière, la surveillance du poids tout ça. Ça c'est excellent ! D'accord ? La relation : ils m'appellent, vous êtes le Dr machin ; voilà là il y a un programme pour le bien du patient, pour la santé publique, pour l'avenir du malade global ; le gars il ne va pas repartir à l'hôpital trop vite. Parce que il est suivi, on le pèse, on prend sa tension, on le stimule un peu pour qu'il traite son diabète, son cœur un

peu, voilà il y a un plan, pour essayer qu'il prenne conscience, qu'il n'est pas allé à l'hôpital pour une appendoc, et c'est tout on peut recommencer comme avant. Non. Ça c'est bien. Ça c'est de la bonne ouvrage. Un bon exemple.

- Donc si on était sur des objectifs, un discours plus de terrain...

Ils devraient venir, voir de quoi on a besoin ; nous demander de quoi on a besoin. Voilà. C'est pas du terrain, un petit peu comme les maisons de santé pluridisciplinaires. Si c'est le politiques qui viennent, qui disent voilà et qui donnent tout gratos il n'y a personne qui vient. Aujourd'hui on va réussir notre projet parce que c'est une équipe, de professionnels de santé qui sont cohérents, qui ont une idée qui est cohérente et qui ont créé ça. Et les autres ils n'ont plus qu'à mettre leurs trucs parce qu'on est déjà là. Voilà. Là ça va marcher.

Je me demande comment on peut ne pas comprendre ça, uniquement un problème de pouvoir, la sécu qui ne veut pas,... voilà, je pense que c'est, il y a beaucoup de ça.

- un problème de pouvoir ?

Ils veulent monopoliser, ben oui.

- Les connaissances ?

Les connaissances non, monopolisation des professions.

- Dans quel but ?

Dans quel but, de dire voilà, c'est nous qui décidons de, parce que c'est nous les payeurs. Vous le savez ça.

- C'est une des discussions aussi autour de ce sujet : l'indépendance de la prescription.

Ah bah oui. Mais c'est gravissime. Toutes les lois que Touraine vote là, c'est pour apporter sur un plateau, pour les mutuelles dans 3 ou 4 ans. Il faut freiner des quatre fers. C'est pour ça que le tiers payant n'est pas passé. Parce que attention le tiers payant, on le fait le tiers payant. Il ne faut pas que ça soit officiel, bon bah voilà ça c'est le coup de couteau dans notre dos, et ça... [rire] enfin c'est peut être autre chose...

- Non non. C'est aussi une des réflexions sur les enjeux de ces visites des délégués de l'assurance maladie. Le pourquoi ?

Pourquoi quoi ?

- Pourquoi la sécurité sociale les envoie chez les médecins généralistes ?

Oui bien sur. Bah c'est comme les visiteurs médicaux. C'est pareil, il faut mettre ça au même niveau. Ils ont un ou deux messages à donner, ils ont un classement, lui c'est un râleur, lui c'est un gentil, lui c'est un emmerdeur ; ouais ils ont cinq catégories de gens qu'ils ont devant eux, et puis ils vont s'exprimer comme ça si on a repéré que c'était un comme ça,... ah oui ! Donc vous les voyez arriver ces gens là.

En sachant que ils tournent, ils tournent, et un moment donné paf il y a le message qui arrive, gros comme une maison, alors si il est cohérent, ça va, mais si il est pas cohérent, ... c'est pas acceptable.

Donc la sécu c'est une entreprise qui envoie ses délégués médicaux. Pour moi c'est ça. C'est une assurance. Moi à la limite j'ai appris à dire la sécu c'est pas nous. Les gens viennent se faire soigner, il y a un système en France qui fait qu'ils sont assurés, bon ; on en dépend bien entendu parce qu'ils nous ont mis tellement dans l'amalgame, de tout, que c'est tout, on est coincés par le système sécu. D'accord ? On essaie de garder un peu d'indépendance quand même, mais on n'est pas indépendant du tout.

On dépend beaucoup de la sécurité sociale aujourd'hui, parce qu'ils nous ont verrouillé tout ça tout doucement. Certains sont convaincus qu'il n'y a plus de liberté, moi je suis convaincu qu'il y en a encore. Voilà.

- Ok donc ce serait une dynamique qui annoncerait d'autres changements derrière ? Ces visites, ces relations entre...

Ouais bah entre autre hein. Toutes ces lois qui sortent c'est pour préparer les grandes manœuvres des mutuelles, la mutualité française. Je pense qu'ils poussent par là ; vers le privé. Mais dans ce cas la le système c'est plus pareil. Ça sera autre chose.

Mais de toute manière, moi j'ai participé à des montages de prise en charge de diabète, sur le réseau de XX,

sur XX pas exemple. Le réseau XX , qui est quand même en relation avec la sécu, hein, des choses sur les soins palliatifs, sur la maladie d'Alzheimer ; tout ça s'est fait avec la sécu, quand il y a des projets comme ça elle participe, ça c'est intéressant. Mais sinon, ... [rires] ah non non.

- Ok

Alors il y en a un qui vient prochainement la parce que je suis en panne d'ordinateur. Donc il vient de la sécu, pour essayer de voir si il peut faire passer les arrêts de travail différemment, par internet tout ça ; ça ne peut être que bénéfique pour eux et pour nous. Bon ça je suis d'accord, ça je ne suis pas contre au contraire, ça nous a aidé énormément d'être informatisés, mais bon, la ils vont venir nous aider à installer pour qu'on puisse faire les arrêts et tout sur Internet, enfin voilà ça ça arrange tout le monde. Ça les arrange eux.

Moi je me pose une question, s'ils n'avaient pas d'intérêt eux les DAM à venir ici, pourquoi ils viendraient ? Pourquoi ils les enverraient ?

- Et du coup quel est cet intérêt selon vous ?

Bah c'est de faire le lien entre la médecine de terrain, qui est peut être heu,..., parce qu'il y a un fossé quand même pour les informations. Les mecs de la sécu ils sont en réunion tout le temps, et il y a plein de trucs qui sortent et nous on n'est pas au courant, on est en dehors de ça. La ce soir je ne sais pas ce qu'ils ont raconté toute la journée. Donc après ils ont quelques messages à venir envoyer sur le terrain. D'accord ? Voilà c'est de faire le lien. Hein. Quelques fois ça sert. Et puis heu ; c'est un petit comme la ville et l'hôpital. On a des réseaux, d'accord, mais bon les réseaux ils ne sont pas très efficaces. A chaque fois qu'on fait les enseignements post universitaires, à l'hôpital, dans leurs services, service d'urgence, service de neuro tout ça, on essaie de faire le lien, bon ben après ça marche quelques mois et après ils ont changé leur système, on ne sait plus où ils en sont. Bah la sécu c'est pareil. Quand vous avez compris un truc, par exemple les arrêts de travail, les accidents de travail tout ça ; « ah bah oui mais la vous avez marqué ça. Ah bah la prochaine fois je marquerai ça. Ah bah non c'est plus ça. » [rires]. Vous vous rendez compte là on est manipulés, manifestement. La les cures, les cures avant il fallait remplir le papier de cure, on avait un tas de papiers comme ça, on recevait ça chez nous, on signait et voilà ok. C'était quatre fois par an, c'était pas énorme. Ah bah non après il fallait que les gens aillent chercher leur papier à la sécu, à Arras. Bon, voilà c'est tout. Vous dites ça aux gens pendant trois, quatre ans, et la ça y est depuis trois mois c'est changé, donc vous dites aux gens allez à Arras, et ils reviennent et ils disent, dites donc vous exagérez, c'est plus la peine. Donc voilà c'est tout le temps comme ça, tout le temps comme ça. On change les règles régulièrement, ça noie le poisson, ça occupe les gens, ça permet de... Mettre les pieds dans la boue eux, bon... Ça c'est vraiment un système pourri.

- Communication du coup ?

Ben non, ça casse la communication. Vous êtes énervé, quand vous voyez les gens revenir d'Arras en disant, ça fait quatre ans qu'il fallait aller à Arras et la ils ont décidé avant-hier que non c'était plus comme ça. Ah ils n'ont pas envoyé la DAM, enfin le DAM. Enfin vous voyez tout ça c'est embêtant. Les rapports avec l'assurance maladie, c'est quoi. C'est aussi que quand les gens reviennent -je veux dire des malades lourds, pour la médecine générale- Les gens vont en hospitalisation pour leur cœur, quand ils reviennent ils ont le droit à une consultation MIC, d'accord, et bien on est toujours embêtés. Ah bah non c'est pas pour lui. Après un polypathologique, paraplegique, coronarien, BPCO il va à l'hosto il revient, je fais un MSH, ah bah non c'est pas pour lui. Alors que c'est tout à fait pour lui. Donc tout ça les papiers, poubelle parce que j'ai pas envie de passer trois heures, quatre heures cinq heures à les attendre au téléphone. D'accord. Donc voilà, le jour ou ils prouveront qu'ils savent bien travailler avec nous, on sera peut être plus à même de... Globalement il ne faut pas qu'ils se plaignent, ça se passe bien. Au niveau des thérapeutiques, des prises en charge, ça évolue quand même pas mal. Par rapport à il y a 20 ans ou 30 ans, au niveau de la prévention, ça a quand même énormément évolué. Moi j'ai commencé en curatif. Les gens ils venaient, vous avez ça, vous prenez ça. Point. On ne faisait que ça. Quand vous aurez mal dans la poitrine vous viendrez me voir.

- Ouais, donc ces changements de pratique, qui passent par...

Donc ça ça a vraiment évolué. Alors maintenant est ce que ça fait faire des économies à la sécu je ne sais pas, parce qu'on les garde plus longtemps. Pas seulement pour ça d'ailleurs. L'alimentation, le travail a évolué.

Les rapports avec la sécu. En revanche quand on va chercher les formulaires tout ça on est toujours bien reçus, ça c'est impeccable. Mais quelque fois on tourne en rond quoi. Ouais c'est ça.

- Pour parliez d'économies ?

Pour faire des économies qu'est ce qu'il faut faire ?

- Non non, est ce que vous pensez que les DAM ont un rôle la dedans ?

Je crois que, ils sont théoriquement envoyés pour faire passer un message ou deux, la prescription par exemple de Crestor®, donc voilà. Mais pour faire des économies, je ne suis pas sur que ça soit, ... C'est comme les recommandations un jour ils ont dit qu'on ne pouvait pas mettre 2 traitements pour le prostatisme. D'accord, mais on est revenus en arrière. On s'est retrouvé avec des retentions urinaires, ils allaient aux urgences, c'était mettre une sonde, ça arrivait toujours à minuit, donc un moment donné, ils ont dit bon allez on peut peut être en remettre deux. Dans ce cas c'était obligatoire attention, on était rappelé à l'ordre. Bref, voilà.

Mais c'est vrai, quand on commence à sentir que les gens sont appelés à des sanctions tout ça, ça se complique. Ça vient de certaines caisses, à Arras tout va bien, quand on entend ça, [silence]

- Vous pensez que ça va se développer ? que ça va de paire avec cet aspect de...

Je ne leur souhaite pas. Je ne leur souhaite pas de le faire. Ça ne peut pas marcher..

- Pour le patient ?

Pour le patient non. On parle des sanctions du médecin par rapport aux prescriptions tout ça ? C'est obligatoirement néfaste pour tout le monde. Ca monte les gens les uns contre les autres, c'est peut être le but. Parfois. [rire]

Moi qui travaille dans l'autre sens, dans le sens des gens, dans le sens du soin. Moi j'ai connu les RMO là. Les premières RMO. Évidemment au début on s'est dit attention qu'est que vous me racontez la, au début, et puis on s'est vite appuyés dessus, et ça nous a beaucoup aidés. Combien de contrôles de créatinine par an, combien de fois on fait l'Hémoglobine glycyquée par an, combien de radio de thorax par an chez un BPCO. Enfin bref, tout ça, oui.

Les campagnes antibiotiques, nickel. Nous on avait déjà commencé à diminuer, alors la, nos luttes ont été un peu moins importantes avec le patient, ça c'est vachement bien. Pourquoi on ne fait pas plus de choses comme ça ? Hein ?

- Donc une communication à l'encontre des médecins et aussi à l'encontre des patients ?

A l'encontre ? C'est-à-dire ?

- Ciblée sur...

Ciblée sur, ouais. Moi qu'on vienne me dire, vous ne mettez pas assez de statine chez le diabétique, le type il m'embête. Parce que, sur quoi il se base, sur 20 ans, 30 ans, on n'en sait rien. Pour le Kardegic® je comprends mieux, mais bon. La solution des ROSP la dessus heu, c'est un peu limite. C'est un peu limite parce que un jour on va dire ça ne servait pas à grand-chose. Ça se sent. J'ai toujours l'exemple d'études sur l'Hydergine®. C'était de la poudre de perlimpinpin, qu'on mettait pour que les gens, pour éviter le vieillissement du cerveau, alors c'est dire. Ils mettaient de l'Hydergine® de 50 ans à 80 ans. C'est bien comme ça le mec il arrive il mettait de 50 ans à 80 ans, alors la le laboratoire il pouvait se... Non mais vous comprenez ? Voilà ça c'est, ... voilà.

Il y a des choses qui sont un peu exagérées, dans le... Ça c'est de la science incomplète.

- D'accord.

Mais il y a discussion. Comme le cardiologue qui met plutôt un Propranolol, un Coversyl®, du Kardegic®. Bon heu, arrivé à 88 ans et qui a tout ça, heu, on se dit bon allez, lequel j'enlève. Non mais c'est toujours le même système.

- Donc le problème du fondement sur les connaissances, de l'information qu'ils délivrent ? C'est ça qui a...

Je pense oui. Faut que ça soit cohérent quoi. C'est ça.

En revanche je pense la sécurité sociale parfaitement indispensable.

- Dans son rôle social ?

Dans son rôle social, c'est quelque chose d'extraordinaire. Ça je ne remets pas ça en question. Au contraire, il faut qu'elle reste sécurité sociale. Faut qu'elle ne passe pas aux mutuelles. Qu'elle reste neutre. Si elle peut survivre. Parce que maintenant c'est un problème de finance. Voilà, si elle arrive à survivre. Moi je pense comme ça. Après c'est un autre débat.

Après on peut parler de plein d'autres trucs. Par exemple elle ne prend pas en charge les psychologues. Pourquoi ? Les diététiciennes, si vous faites gagner 7 ou 10 kilos à certaines personnes, elles passent en dessous de 14 de tension, et ils passent sous les 7 de glycémie. Alors les gens ils payent parce qu'au bout d'un moment ils en peuvent plus, ils font 3, 4, 5 fois ; pour les plus fortunés. Voilà.

-ok

Envoyez nous des médecins, pas des DAM ! [rires]

Je ne sais pas ce qu'en pensent les autres mais...

Les plus jeunes, bon, ils se disent il faut passer par là. Il y a une certaine acceptation par rapport au fait que bon voilà, on verra bien on a encore 30 ans à faire. On n'a peut être pas la même façon de voir les choses.

Vous savez avant les DAM, j'étais très critique par rapport aux visiteurs médicaux. Bon, avant les DAM, eux aussi. Le jour où j'ai commencé à faire de la PMA et tout ça, je me suis dit non mais attend, ... c'est pas possible. A ce moment là j'ai pris conscience de certaines choses. Donc la lecture critique c'est aussi le jugement critique, dans nos cabinets, en se disant bon, il est en train de raconter quoi. Et puis bon est ce que je ne serais pas mieux à lire un Prescrire ou autre chose et de passer au patient suivant. D'accord ?

Il y a ça aussi. Il faut que les messages soient assez ciblés. Ils pensent qu'ils peuvent arriver avec des messages comme ça et puis allez, heu non.

Voilà voilà. J'espère que je n'ai pas été trop méchant.

AUTEUR: Nom : PAESBRUGGHE

Prénom : Xavier

Date de soutenance : 17 octobre 2019

Titre de la thèse : Visite des délégués de l'Assurance Maladie, ressenti des médecins généralistes des Hauts de France.

Thèse – Médecine – Lille 2019

Cadre de classement : Médecine générale

DES de Médecine Générale

Mots-clés : Assurance Maladie, Médecine générale, Délégué de l'Assurance Maladie

Résumé :

Introduction : Depuis 2004, l'Assurance Maladie a mis au point un réseau de Délégués chargés d'effectuer des visites auprès des médecins généralistes (MG). Ces Délégués de l'Assurance Maladie (DAM) apportent des recommandations de bonne pratique et aident les médecins dans leur mise en application. L'objectif de l'étude est d'explorer le ressenti que les médecins généralistes ont des visites du Délégué de l'Assurance Maladie.

Matériel et Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative. Des entretiens individuels ont été réalisés. La méthode de théorisation ancrée a été utilisée. Elle a pour but de conceptualiser le vécu des médecins généralistes et permet d'explorer notre champ de recherche sans a priori en laissant émerger les idées des entretiens. L'échantillon a été raisonné afin d'obtenir une variabilité maximale. Il s'agissait de médecins généralistes, en exercice libéral dans la région des Hauts de France. La saturation des données a été obtenue. L'analyse des données a été réalisée avec la participation d'un deuxième chercheur.

Résultats : Dix médecins généralistes ont été rencontrés. La relation avec le délégué est bonne. Les médecins tissent un lien avec lui. La visite est un moyen de communication avec l'Assurance Maladie qu'ils apprécient. L'échange avec le DAM est possible. Cependant ses compétences sont limitées. Les médecins manifestent de l'intérêt pour les informations administratives qui leur sont apportées. Ils sont plus réservés sur le contenu scientifique. Les visites sont vécues comme une intrusion dans leur pratique médicale. L'exposé de leur relevé d'activité et les informations relatives à la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) les interroge. Ils ressentent une menace pour l'indépendance et la liberté d'exercice du médecin généraliste.

Conclusion : Les visites des délégués de l'Assurance Maladie sont une amélioration de la communication entre médecins généralistes et Assurance Maladie. Les MG apprécient ce lien. Ils sont favorables à un travail en collaboration. Cependant ils souhaitent conserver leur indépendance.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Philippe Amouyel

Assesseurs : Monsieur le Professeur Régis Beuscart

Monsieur le Docteur Benoît Dervaux

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Éric Legrand