



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

Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Recours aux soins premiers en France et en Angleterre :  
exploration du vécu des usagers par enquête qualitative et opinions  
des médecins français mesurées par questionnaire**

Présentée et soutenue publiquement le 19 septembre 2024 à 14h

au Pôle Formation

**par Amélie GEIGER**

---

**JURY**

**Présidente :**

**Madame la Professeure Florence RICHARD**

**Assesseures :**

**Madame la Professeure Associée Anita TILLY**

**Madame la Docteur et Cheffe de Clinique Gabrielle LISEMBARD**

**Codirection de thèse :**

**Madame la Docteur Cathie FAUSSAT**

**Monsieur le Docteur Paul BREGEAUT**

### **Avertissement**

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

## Liste des abréviations :

NHS : *National Health Service*

CMU : Couverture Maladie Universelle

PUMa : Protection Universelle Maladie

ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

AQP : *Any Qualified Provider*

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique

IRM : Imagerie à Résonance Magnétique

ARS : Agence Régionale de Santé

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

PCT : *Primary Care Trusts*

GP : *General Practitioner*

IPA : Infirmière de Pratique Avancée

ROSP : Rémunérations sur Objectifs de Santé Publique

QOF : *Quality Of Framework*

SEGUE : *Set the stage, Elicit information, Give information, Understand the patient's perspective, End the encounter*

SPIKES : *Setting, Perception, Invitation/Information, Knowledge, Empathy, Summarize/Strategize*

HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

CSP : Catégorie Socio-Professionnelle

PROMs : *Patient-Reported Outcome Measures*

PREMs : *Patient-Reported Experience Measures*

## Table des matières

1	INTRODUCTION .....	6
1.1	Systèmes de santé en France et en Angleterre : genèse et enjeux .....	6
1.2	Soins de santé primaires, <i>primary care</i> et soins de premier recours .....	8
1.3	Défis et organisation actuelle des systèmes de soins premiers en France et en Angleterre. ....	9
1.4	Soins de premiers recours et vécu des usagers .....	12
2	MATERIEL ET METHODE.....	14
2.1	Choix de la méthode .....	14
2.2	Population étudiée .....	15
2.3	Modalités de recrutement .....	16
2.4	Guide d'entretien .....	16
2.5	Déroulement des entretiens .....	17
2.6	Analyse des données.....	18
3	RESULTATS .....	19
3.1	Enquête qualitative auprès des patients .....	19
3.1.1	Caractéristiques de l'échantillon des enquêtés .....	19
3.1.2	Résultats de l'analyse des entretiens semi-dirigés : thèmes abordés.....	20
3.1.2.1	Géographie des soins premiers .....	21
3.1.2.2	Entrée dans les soins de premiers recours : prise de rendez-vous et organisation des consultations.....	24
3.1.2.3	Relation médecin-patient .....	26
3.1.2.4	Financement des systèmes de santé .....	31
3.1.3	Résultats des questionnaires destinés aux médecins généralistes français.....	34
3.1.3.1	Caractéristiques de la population ayant répondu au questionnaire .....	34
3.1.3.2	Analyse des résultats du questionnaire .....	35
4	DISCUSSION .....	39
4.1	Résultats principaux .....	39
4.2	Forces et faiblesses de l'étude .....	46
4.2.1	Faiblesses .....	46
4.2.2	Forces .....	47
5	CONCLUSION .....	49
6	BIBLIOGRAPHIE .....	50
7	ANNEXES .....	54

## RESUME

**Contexte** : Depuis la naissance des premiers systèmes de santé et de protection en Allemagne et en Angleterre, les changements socio-économiques et démographiques poussent les systèmes à évoluer, notamment les systèmes de soins de premiers recours pour répondre aux défis d'accessibilité et d'équité. Le système de premiers recours français présente de plus en plus de similitudes avec le système anglais. En revanche, une différence majeure persiste : tandis que le système anglais est hiérarchisé à travers les Primary Care Trust, le système français reste non hiérarchisé. Aucune étude n'a semble-t-il déjà confronté le vécu des patients face à ces deux organisations. Cette étude avait pour objectif principal d'explorer le vécu des patients ayant expérimenté ces deux systèmes puis secondairement d'interroger l'opinion de médecins généralistes français.

**Méthodes** : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de patients ayant vécu les systèmes de soins premiers anglais et français a été conduite dans un premier temps. Les entretiens ont été transcrits et ont fait l'objet d'une analyse thématique. Un questionnaire à destination des médecins généralistes a été construit à partir des données issues des entretiens.

**Résultats** : Dix patients et 16 médecins ont été enquêtés. L'étude qualitative a montré que les patients français apprécient la liberté de choisir leur médecin, mais que ce choix s'effectue principalement selon un critère géographique. Les patients anglais étaient globalement satisfaits de la territorialisation des soins, sans attachement particulier à un médecin référent unique contrairement aux enquêtés français. Les compétences relationnelles ont été mises en avant par les deux groupes de patients dans les éléments primant dans la relation médecin-patient. Les points de vue de la majorité des médecins généralistes français concordent avec les conclusions de l'enquête qualitative, notamment sur l'importance de la proximité géographique dans le choix du médecin par les patients, et avec le ressenti des usagers français concernant la nécessité d'un médecin référent unique.

**Conclusion** : Cette étude souligne l'importance de la relation médecin-patient et du critère de proximité géographique dans les parcours de soins premiers anglais et français. La territorialisation des soins de premier recours semble être une perspective plausible du point de vue de l'utilisateur, mais nécessitera un changement de paradigme français.

# 1 INTRODUCTION

## 1.1 Systèmes de santé en France et en Angleterre : genèse et enjeux

L'Europe a vu naître les systèmes de santé et de protection sociale : le système Bismarckien en Allemagne à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle, basé sur le principe « assurantiel » (1), et en 1948 le système Beveridgien du National Health Service (NHS) en Angleterre qui repose sur un principe dit « assistanciel » (1,2). Depuis, de nombreuses évolutions épidémiologiques et démographiques ont contraint les systèmes à évoluer (3).

Ces systèmes associent désormais à divers degrés les principes bismarckien et beveridgien (2), dans un concept plus global **d'Etat-Providence** : intervention de l'Etat dans le domaine social faisant naître les systèmes de protection sociale propres à chaque pays. Le système français après s'être initialement inspiré du système allemand<sup>1</sup>, évolue de plus en plus vers une logique mixte et « assistancielle » via la Protection Sociale Universelle en 1945, la Couverture Maladie Universelle (CMU) et plus récemment la Protection Universelle Maladie (PUMa). L'objectif est de lutter contre les inégalités de santé et de favoriser l'accès aux soins pour tous.

La mise en place des systèmes de protection sociale, l'amélioration des soins de santé primaires ainsi que les évolutions sociétales et technologiques ont permis une amélioration des qualités de vie et de l'espérance de vie considérable dans les pays occidentaux. En France (4), cette dernière a quasiment doublé au cours du XX<sup>ème</sup> siècle passant de 45 ans en 1900 à près de 80 ans en 2020. En Angleterre l'espérance de vie a également augmenté de 3 ans tous les 10 ans, sur le siècle dernier. Passant ainsi de 50,5 ans en 1900 à 81 ans en 2010 (5). Néanmoins, les systèmes de santé sont confrontés à des difficultés persistantes.

---

<sup>1</sup> 1928, Assurance Maladie pour les travailleurs

Tout d'abord, en France comme en Angleterre, il existe des **inégalités sociales de santé** persistantes. Ces inégalités sont marquées par l'influence de facteurs socio-économiques, géographiques et ethniques sur les déterminants de santé et l'état de santé des populations (6). Par exemple, des différences notables sont connues en matière de surpoids/obésité, de tabagisme, de santé mentale en défaveur des personnes à faible revenu, des chômeurs et des travailleurs précaires, jusqu'à se révéler par des différences en termes d'espérance de vie (7,8). En Angleterre, les régions du sud ont une espérance de vie plus élevée que celles du nord : dans la période 2020-2022, l'espérance de vie était la plus faible à Blackpool (nord-ouest), l'une des régions les plus défavorisées d'Angleterre, et la plus élevée à Hart (sud-est), l'une des régions les moins défavorisées (9).

En second lieu, en France, les régions rurales et certaines banlieues urbaines sont également touchées par des **inégalités d'accès aux soins** et aux services médicaux spécialisés. Ainsi les enjeux de démographie médicale sont souvent mis au rang des priorités politiques et sur le devant de la scène médiatique (10,11). En effet, compte-tenu du vieillissement de la population (transition démographique) qui s'est opéré suite à la transition épidémiologique, les besoins de santé des populations ont évolué en lien avec l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques. En conséquence, un manque de professionnels de santé est décrié, en particulier concernant les médecins en activité régulière (8,12,13).

Par conséquent, les années 2000 ont vu monter la préoccupation des politiques quant à la réorganisation possible des soins premiers sur le plan mondial (14), européen (15) et national (16). L'objectif était à la fois de sauvegarder la protection sociale envers laquelle les individus conservent de grandes attentes, et de maîtriser les dépenses de santé qui ne cessent d'augmenter (17). En effet, les premiers plans de maîtrise des dépenses de santé ont vu le jour dans les années 80 en France et ont connu une accélération après la récession de 2008 en se concentrant d'abord sur la performance des établissements de santé. Par exemple, le plan

Juppé (1995) qui a abouti à l'introduction des lois de financement de la Sécurité Sociale, à la fixation de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) (18), ou encore la tarification à l'activité mise en place en 2004. L'Angleterre a également mis en place des ajustements avec l'introduction des Foundation Trusts en 2004 et la logique *Any Qualified Provider* (AQP) en 2012. Ainsi le rapport du King's Fund (9) constate, en Angleterre, que les dépenses de santé par personne sont en dessous de la moyenne des pays de l'OCDE et que le pays dispose du taux le plus bas de ressources physiques (scanners, IRMs, nombre de lits d'hôpitaux) et de personnels de santé par habitant.

En France, des rapports ont souligné les problèmes de sous-financement des hôpitaux publics, le manque de personnel médical, la pénurie des lits d'hôpitaux et les inégalités d'accès aux soins. Les longues attentes pour des procédures médicales comme les dialyses ont été soulignées (19).

**En somme, les systèmes de santé se tournent désormais plutôt vers une recherche d'efficience organisationnelle des parcours de santé et notamment des soins premiers.**

## 1.2 Soins de santé primaires, *primary care* et soins de premier recours

Les systèmes de santé correspondent ainsi aux moyens mis en œuvre par les états pour assurer une continuité et une qualité des prestations de santé, avec l'objectif de favoriser une couverture sanitaire universelle (20).

Ainsi, en 1978, l'Organisation Mondiale de la Santé définit dans la déclaration d'Alma-Ata le concept de **soins de santé primaires**, comme la «  *pierre angulaire d'un système de santé durable et propice à la réalisation de la couverture sanitaire universelle* » (21). Les soins de santé primaires constituent «  *une approche [...] qui vise à garantir le niveau de santé le plus élevé possible et sa répartition équitable en accordant priorité aux besoins des populations le*



*plus tôt possible [...] et en restant le plus proche possible de l'environnement quotidien des populations » (21,22).*

Les **soins primaires** (*primary care*) sont une composante des soins de santé primaire. Ils correspondent aux offreurs de soins de premier recours, et ont pour objectif d'assurer l'accessibilité et la coordination des soins de l'utilisateur (23). En France, **les soins de premiers recours**, ou soins premiers, correspondent aux soins primaires et sont définis dans le Code de Santé Publique (24) comme étant le premier contact des patients avec le système de santé et structurant la suite de son parcours de santé.

Les soins de premiers recours, partie intégrante des soins de santé primaire des systèmes de santé, doivent répondre aux exigences d'accessibilité continue (permanence des soins) et de prise en compte du patient dans sa globalité.

### 1.3 Défis et organisation actuelle des systèmes de soins premiers en France et en Angleterre.

En France le médecin généraliste constitue la pierre angulaire du dispositif de soins premiers. Ce rôle de *Gate-Keeper* a été renforcé en 2004 par la création de la fonction de médecin traitant et du **parcours de soins coordonné**. Le respect de ce parcours par les patients, notamment en passant par leur médecin traitant pour être adressé à un médecin spécialiste, leur garantit de bénéficier du meilleur niveau de prise en charge par la Sécurité Sociale. La loi Hôpital-Patients-Santé-Territoire de 2009 a permis quant à elle une reconnaissance des soins premiers, notamment en organisant une permanence des soins au niveau de chaque région pour faciliter l'accès à un médecin de garde, en encourageant la coopération entre professionnels de santé par la création des Agences Régionales de Santé (ARS) (25). Cela s'est renforcé encore par la suite avec la loi de Modernisation du Système de Santé et la

création des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), dispositif de collaboration des professionnels de santé libéraux d'un territoire pour répondre aux besoins de santé spécifiques d'un bassin de population (3,25,26).

En Angleterre, les soins premiers sont organisés depuis la fin des années 90 autour du principe de *disease management* : un système coordonné d'intervention de soins et de communication pour les personnes atteintes de maladies chroniques dans lequel l'auto-prise en charge du patient est significative. Les *Primary Care Trusts* (PCT) constituent un réseau territorial de professionnels de soins premiers rassemblant le médecin de famille ou *General Practitioner* (GP), des infirmières, des travailleurs sociaux, des pharmaciens, odontologistes et autres auxiliaires médicaux. Le GP permet au patient d'accéder ou non aux soins secondaires et tertiaires, assurant un rôle de *gatekeeper*. Un PCT couvre entre 150 000 et 330 000 habitants (27). Les objectifs de cette coordination sont principalement d'améliorer la qualité des soins, de diminuer les temps d'attente pour accéder au parcours de soins et d'améliorer les prises en charge ambulatoires afin de réduire les taux d'hospitalisation (28). Une enveloppe budgétaire allouée par le ministère selon la population du territoire, doit permettre à chaque PCT de fournir les soins requis, qu'il s'agisse de soins primaires, soins hospitaliers, de médicaments ou d'actions de santé publique (27).

Ainsi, en Angleterre le modèle de soins peut être qualifié de « professionnel hiérarchisé » : la place du médecin généraliste est centrale, en tant que pivot et régulateur d'accès aux soins spécialisés généralement dispensés à l'hôpital. Alors qu'en France, le modèle des soins de premier recours peut être qualifié de « professionnel non hiérarchisé ». L'organisation des soins ambulatoires est laissée à l'initiative des acteurs, ce sans hiérarchiser les rôles entre médecins de spécialités différentes ni même entre secteurs ambulatoire et hospitalier (3).

Des points communs dans l'évolution récente de l'organisation des soins premiers anglais et français sont également notables, tel que le déploiement des Diplômes de Pratique Avancée

pour les soins infirmiers (IPA) en Angleterre et récemment en France, bien qu'encore limité à ce jour. Un autre point commun avec le système anglais est la rémunération des médecins généralistes par forfaits, notamment les Rémunérations sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) créées en 2011, qui évoquent le *Quality Outcome Framework* (QOF) mis en place en 2004 en Angleterre (29). Aussi, le principe des maisons pluriprofessionnelles largement déployé et favorisé par les ARS pour répondre aux enjeux de démographie médicales en France s'inspire des PCT.

Ces réorganisations récentes visent l'amélioration de l'efficacité de systèmes de santé, et une amélioration des parcours de santé des usagers. Partant des similitudes précédemment décrites entre les systèmes de santé en France et en Angleterre (IPA, rôle de gate-keeper des médecins traitants et PCT entre autres) mais également de leurs divergences (liberté de choix du médecin en France et affectation selon lieu de résidence en Angleterre), la question suivante se pose : est-il souhaitable que la France continue à s'inspirer des mesures anglaises de santé publique dans l'organisation des soins premiers ? Les évolutions et restructurations actuelles favorisent-elles une meilleure prise en soins des patients ?

**Plusieurs perspectives s'avèrent alors intéressantes à explorer face à cette question, et notamment le point de vue des usagers : sont-ils satisfaits de leur parcours de santé ? Que pensent-ils de l'organisation française et de celle proposée en Angleterre ? Puis, la perspective des médecins généralistes peut enrichir les retours des usagers : que pensent-ils de l'organisation proposée en France et de l'applicabilité de la logique mise en œuvre en Angleterre ? Leurs ressentis, opinions sont-ils en accord avec ceux des usagers ?**

## 1.4 Soins de premiers recours et vécu des usagers

Face au recours aux soins premiers du point de vue de l'utilisateur, plusieurs aspects de la relation au système de santé peuvent être explorés, telle que la dimension relationnelle, médicale (sentiment d'être bien pris en soins) ou encore organisationnelle et administrative (orientation, compréhension du système de santé, etc).

Des évaluations de la satisfaction des patients existent, mais elles sont françaises et se limitent souvent à la partie hospitalière. Par exemple, l'enquête IQSS-e-satis permettant de comparer la qualité des soins entre établissements (28) montre un haut niveau de satisfaction des patients hospitalisés en France, avec des scores positifs pour l'accueil, la prise en charge, et l'organisation de la sortie (30,31). L'étude Eurobaromètre de 2007 donne quant à elle un aperçu plus global de la satisfaction des usagers des systèmes de soins en Europe. Il ressort de l'édition de 2007 que la santé est une préoccupation importante pour les Européens, avec une forte demande pour une action accrue de l'UE dans ce domaine, en particulier concernant les pandémies et la lutte contre les maladies (32).

Une étude menée en 2021 sur le vécu des patients quant à l'accès aux soins et leurs pratiques de recours a également montré que la perception des obstacles à l'accès aux soins n'est pas exclusivement corrélée à la démographie des professionnels de santé. La réalité des difficultés pour les usagers comprend les conditions de vie réelles : capacités de mobilité, maîtrise des contraintes professionnelles, charge familiale... (10,12,13)

L'étude également conduite sur l'opinion des Français selon leur état de santé concernant l'accès aux soins et l'assurance maladie a également montré qu'une large majorité des Français était satisfaite de la qualité des soins dispensés par les professionnels de santé, sans différence selon l'état de santé. Exception faite des soins infirmiers jugés plus positivement par les personnes en mauvaise santé. Sur le plan financier, les Français sont satisfaits du

financement majoritairement public des soins de santé. De plus, les usagers en moyenne et mauvaise santé sont plus attachés au maintien du niveau actuel des prestations sociales et des remboursements d'assurance maladie que les usagers en bonne santé. Enfin, les Français sont globalement en bonne santé mais sont pessimistes sur l'état de santé de la population. L'état de santé perçu par l'utilisateur influence aussi son recours aux soins : plus on se considère en mauvaise santé, plus on a tendance à consulter un médecin en premier lieu.

Par ailleurs, en Angleterre (33), la proportion de patients satisfait du NHS aurait tendance à chuter depuis 2020 (34).

Aucune étude qualitative comparant le vécu des patients ayant expérimenté les deux systèmes de soins n'existe à ce jour. Par conséquent, cette étude visait à explorer le vécu des usagers du système de santé Français et Anglais par entretiens semi-dirigés et à explorer les opinions des médecins français quant aux retours faits par les usagers.

## 2 MATERIEL ET METHODE

### 2.1 Choix de la méthode

Afin de s'intéresser au vécu des usagers des soins de premiers recours en France et en Angleterre, il a été décidé de procéder en une étude en deux temps :

- Dans un premier temps, interroger les usagers via la réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés avec une analyse inspirée de la théorisation ancrée. Le but était d'explorer, du point de vue des patients, les éléments positifs et négatifs à dégager de l'organisation des soins premiers des systèmes de santé français et anglais.
- Dans un second temps, interroger les médecins généralistes via un questionnaire reprenant les principales idées rapportées par les usagers concernant leur vécu du système de santé. Le questionnaire destiné aux médecins généralistes a été créé à partir des notions se dégageant des entretiens semi-dirigés après analyse par méthode de théorisation ancrée.

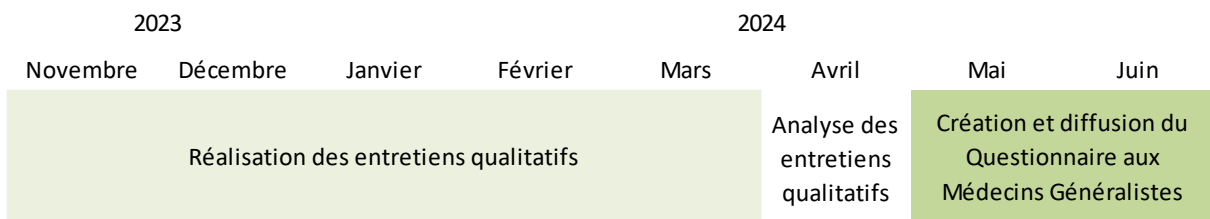


Figure 1. Déroulé de l'étude étapes clés de la recherche (Novembre 2023- Juin 2024)

## 2.2 Population étudiée

### Usagers du système de santé

Afin d'interroger les usagers sur les soins de premiers recours en France et en Angleterre, il a été décidé de recruter des interviewés selon les critères suivants :

- Personnes majeures ayant été confrontées pour elles ou pour un tiers (enfants, proches) aux soins de premiers recours dans l'un **ET** l'autre des deux pays (France, Angleterre).
- Afin de s'assurer d'avoir des expériences en lien avec les premiers recours, les interviewés devaient avoir consulté un médecin généraliste ou un PCT pour un problème de santé aigu dans un délai de 24 à 48h, quel que soit leur mode de requête envers le médecin (mode de requête direct c'est-à-dire où le patient contacte directement le médecin, ou indirect où le patient est adressé au médecin par un autre professionnel de santé des soins premiers).
- Afin d'éviter des biais de mémorisation, et afin de comparer les deux systèmes de soins premiers sur une décennie similaire, seuls les usagers ayant eu une expérience après 2010 ont été sélectionnés.

Le choix a été fait de se focaliser sur les expériences vécues en soins de premiers recours « en ville » (médecins généralistes, PCT) et d'exclure les expériences d'accès aux soins par les services d'urgence compte-tenu des spécificités de ces derniers.

### Médecins Généralistes

Les médecins généralistes ciblés par notre étude correspondaient à l'ensemble des médecins généralistes français en activité au 1<sup>er</sup> janvier 2024, exerçant en libéral, salariat ou mixte (libéral et salariat), installés ou remplaçants, quel que soit le secteur de conventionnement.

## 2.3 Modalités de recrutement

### Usagers du système de santé

Le recrutement pour les entretiens semi-dirigés a été effectué sur la période de novembre 2023 à mars 2024. Le recrutement s'est fait par recrutement direct auprès des patients répondant aux critères, par bouche-à-oreille, par diffusion par mail d'un document d'information, par les réseaux sociaux, mais également par le biais des entreprises ou institutions travaillant dans les deux pays (Eurostar, département de sécurité d'Eurotunnel, ambassade du Royaume-Uni) **[Annexe 1, 2]**.

### Médecins Généralistes

En ce qui concerne les médecins généralistes, le recrutement s'est fait en envoyant le questionnaire (Google Forms) aux Conseils de l'Ordre Départementaux des départements de la Région Centre-Val de Loire et du Nord-Pas-de-Calais.

## 2.4 Guide d'entretien

Un guide d'entretien a été préalablement écrit sur la base des recherches bibliographiques effectuées **[Annexe 3]**. Ainsi, le vécu des usagers a été interrogé selon une définition proposée par le psychologue et psychothérapeute français Vermersch. Il le définit comme étant ce que « *fait, vit et éprouve une personne à un moment donné de sa relation au monde* », « *ce sans que cette personne en ait nécessairement pris conscience au moment de le vivre* » (2011). Ainsi, face au recours aux soins premiers du point de vue de l'utilisateur, plusieurs aspects de la relation au système de santé ont été explorés : organisation du parcours de soins, relationnel médecin-patient et financier.



Des entretiens pré-exploratoires ont été effectués pour adapter le guide d'entretien et s'assurer que des thématiques n'avaient pas été oubliées.

## 2.5 Déroulement des entretiens

Préalablement à chaque entretien, une lettre d'information détaillant les droits des personnes interrogées leur était envoyée par mail [Annexe 4, 5]. Chaque participant avait été informé du thème de l'étude et de ses grandes lignes (comparaison des soins premiers en France et en Angleterre).

Concernant les modalités de réalisation des entretiens, pour faciliter leur réalisation et pour permettre un recrutement plus large, ces derniers ont été réalisés selon plusieurs formats : présentiel, visioconférence au moyen des logiciels Skype, Zoom ou What's App (le choix était laissé au patient interrogé).

Afin de permettre des retranscriptions les plus fidèles possibles, et après consentement oral des usagers interviewés, les entretiens ont été enregistrés via un dictaphone.

Les entretiens ont ensuite été retranscrits et anonymisés via le logiciel de traitement de texte Microsoft Word. L'anonymisation a consisté à remplacer tous les éléments permettant d'identifier la personne interrogée par des noms communs désignant l'information anonymisée (exemple : [ville 1], [ville 2], [nom de l'entreprise], [prénom de la sœur]...).

La saisie des données et le codage ont été également réalisées grâce au logiciel Microsoft Word.

Il a été proposé à chaque participant de lui soumettre la re transcription concernée.

Les enregistrements audios, les retranscriptions et le codage ont été sécurisés sur ordinateur personnel, avec stockage extérieur protégé sur disque dur externe, afin de limiter le risque de perte des données.

## 2.6 Analyse des données

L'analyse des entretiens menés auprès des usagers a été faite après la retranscription de ceux-ci. En se basant sur les méthodes qualitatives décrites en santé (35), chaque entretien a fait l'objet d'un déchiffrement structurel vertical. Une première lecture a été faite pour cerner les principaux thèmes présents dans le texte, résumer l'entretien en tenant compte du contexte de celui-ci, puis des lectures détaillées ont été faites pour s'efforcer de saisir le sens profond des propos tenus, à travers une étape décodification de verbatims révélateurs de nœuds de sens. Des étapes de catégorisation et de hiérarchisation ont suivi pour articuler les thèmes entre eux (analyse horizontale), dont la synthèse a abouti à une mindmap [**Annexes 6, 7, 8, 9**].

L'analyse des données quantitatives issues du questionnaire à destination des médecins a été réalisée sur Microsoft Excel. Ces données ayant un objectif descriptif, il a été décidé de présenter les résultats sous forme d'effectifs (n) et de pourcentages (%).

## 3 RESULTATS

### 3.1 Enquête qualitative auprès des patients

#### 3.1.1 Caractéristiques de l'échantillon des enquêtés

Dix patients, 7 femmes et 3 hommes, ont été interrogés d'octobre 2023 à janvier 2024. La moitié de ces patients était originaires d'Angleterre, et l'autre originaire de France (table I). Tous ont expérimenté les systèmes de soins anglais et français. Deux personnes anglaises ont également expérimenté le système de soins de pays du Commonwealth<sup>2</sup>. Deux personnes ont déclaré être célibataires et deux autres ont déclaré ne pas avoir d'enfants. Les personnes avec enfant(s) ont pu partager l'expérience des soins premiers en France et en Angleterre en tant que parent. La durée moyenne des entretiens était de 45 minutes, variant de 27 minutes minimum à 66 minutes maximum.

**Table I. Caractéristiques des usagers enquêtés.**

	Genre	Âge	Nationalité <sup>a</sup>	Situation familiale	Activité professionnelle	CSP <sup>b</sup>	Mode de recrutement <sup>c</sup>	Modalités de l'entretien
E1	H	33	UK	Marié sans enfants	En activité	3	Connaissance directe	Physique
E2	F	60	FR	Mariée, 2 enfants	En activité	3	Connaissance n+1	Physique
E3	F	70	FR	Célibataire, 1 enfant	Retraitée	3	Connaissance n+1	Physique
E4	H	45	UK	Marié sans enfants	En activité	3	Connaissance n+1	Visio (Skype)
E5	F	63	CW+UK	Mariée sans enfants	Retraitée	3	Connaissance n+2	Visio (Skype)
E6	F	55	UK	Mariée sans enfants	Chômage	3	Connaissance n+3	Visio (Skype)
E7	F	29	FR+UK	Mariée sans enfants	En activité	3	Connaissance n+1	Visio (Zoom)
E8	H	70	UK	Marié, 1 enfant	Retraité	3	Connaissance n+1	Visio (Skype)
E9	F	45	FR	Mariée 2 enfants	En activité	3	Connaissance n+1	Visio (Skype)
E10	F	31	FR	Célibataire, 1 enfant	En activité	4	Réseaux sociaux	Visio (Skype)

<sup>a</sup> Nationalité : UK = Royaume-Unis; FR = France; CW = Common Wealth

<sup>b</sup> CSP : Catégorie Socio-Professionnelle; 1 = Agriculteurs; 2 = Artisans, commerçants, chefs d'entreprise; 3 = Cadres, professions intellectuelles supérieures; 4 = Professions intermédiaires; 5 = Ouvriers

<sup>c</sup> Mode de recrutement = Degrés de connaissance par rapport à l'investigatrice : Connaissance directe; Connaissance n+1 = enquêté-e recruté-e via une connaissance directe de l'investigatrice; Connaissance n+2 = enquêté-e recruté-e via une connaissance au deuxième degrés de l'investigatrice; Connaissance n+3 = enquêté-e recruté-e via une connaissance au troisième degrés de l'investigatrice

<sup>2</sup> Fédération de territoires anciennement colonisés par les Britanniques formée au XXe siècle. Le Commonwealth regroupe plus de 50 pays adhérant à une charte permettant aux citoyens britanniques de se faire soigner gratuitement dans ces pays, par partenariat avec le National Health Service (NHS).

### 3.1.2 Résultats de l'analyse des entretiens semi-dirigés : thèmes abordés

Les dix usagers enquêtés ont mis en avant l'importance qu'ils accordent au relationnel dans les soins primaires, que ce soit dans le système territorialisé anglais ou le système français de libre recours aux médecins généralistes. Ils ont également mis en avant que, malgré une liberté de choix du médecin en France, c'est en général un critère géographique qui est retenu en premier lieu. Enfin, ils ont relevé que du point de vue des usagers, les enjeux liés au financement des soins s'articulaient entre « complexité administrative ressentie par l'utilisateur », absence de « reste à charge » ; régulation de la consommation de soins et qualité des soins perçue. Ainsi, les thèmes qui ont émergé des discours des enquêtés peuvent être déclinés en 4 grandes rubriques et enjeux : A) Géographie des soins premiers, B) Entrée dans les soins de premiers recours : prise de rendez-vous et organisation des consultations, C) Relation médecin-Patient et C) Financement des systèmes de santé (table II).

**Table II. Rubrique et thèmes émergents des entretiens avec les usagers**

Rubrique	Thèmes
<b>Géographie des soins premiers</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le choix : proximité géographique en France et territorialisation acceptée en Angleterre</li> <li>• Démographie médicale : des inégalités d'accès aux soins retrouvées dans les deux pays</li> </ul>
<b>Entrée dans les soins de premiers recours : prise de rendez-vous et organisation des consultations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des modalités de prises de rendez-vous similaires entre les deux pays</li> <li>• Gestion de la consultation : des consultations chronométrées en Angleterre, une flexibilité médecins-dépendante en France</li> </ul>
<b>Relation médecin-patient</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le référent médical unique : deux conceptions différentes en France et en Angleterre</li> <li>• Des attentes relationnelles partagées par les enquêtés anglais et français <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Des postures médicales qui différencieraient : paternalisme en France et patient-acteur en Angleterre</li> <li>○ Des compétences relationnelles médecin-dépendantes</li> <li>○ Interruptions : impact des éléments extérieurs nuisibles</li> </ul> </li> <li>• Une exigence interventionniste plus importante chez les patients français</li> </ul>
<b>Financement des systèmes de santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un système de remboursement plus complexe en France</li> <li>• Les particularités des prestations privées en Angleterre</li> </ul>

### 3.1.2.1 Géographie des soins premiers

- **Le choix : proximité géographique en France et territorialisation acceptée en Angleterre**

**En France**, les critères relatés aboutissant au « libre choix » du médecin traitant variaient : trois enquêtés anglais (E1, E4, E5), ont rapporté l'importance de la proximité géographique. E5 a rapporté la volonté d'avoir un praticien anglophone plaçant le critère de proximité géographique au second plan. Les enquêtés anglais semblaient satisfaits de ces modalités de choix. Néanmoins, le choix du médecin traitant/référent s'est parfois avéré conditionné par l'offre disponible sur le territoire habité et les disponibilités des médecins du secteur ; nécessitant même l'intervention d'une connaissance interposée pour permettre à l'enquêté E1 de se « glisser » dans la patientèle :

*« J'ai fait une espèce de... cercle pour trouver un docteur qui me suivrait [en France]. Il m'a accepté de me prendre, parce que j'avais....c'était urgent [...] Avec l'aide de ma copine on a réussi à... par téléphone d'avoir un rendez-vous » (E1, UK)*

Par ailleurs, pour certains enquêtés français E7 et E10), le médecin traitant a parfois fait l'objet d'un « non-choix ». En effet, certains ont gardé leur *médecin de famille* connu depuis leur enfance sans envisager de changement, notamment en raison d'un bon vécu sur le plan relationnel :

*« C'est un docteur qui connaissait toute ma famille donc c'était vraiment, assez... 'fin elle était toujours **agréable** » (E7, FR+UK)*

**En Angleterre**, les enquêtés n'ont pas fait de remarque particulière à propos du système territorialisé des soins de premier recours qui semble être vécu comme très simple pour les usagers :

*« The English system is... Or the british system is... **very simple**. Really. **In terms of administration. You just have to register with a doctor...** » (E4, UK)*

De plus, il semble que les personnes habitant dans des zones à forte densité médicale peuvent avoir le choix entre plusieurs centres de santé, comme l'a relaté l'enquête française E9, dont les propos illustrent là aussi un choix qui a finalement favorisé la proximité géographique :

*« Quand on est arrivés on s'est immatriculés euh, dans un centre de santé euh, on avait euh... plusieurs choix. Moi j'avais pris un qui me plaisait bien euh... géographiquement qui était pratique » (E9, FR)*

- **Démographie médicale : des inégalités d'accès aux soins retrouvées dans les deux pays**

**En France**, l'enquête anglais E1 a rencontré des difficultés lors de ses recherches pour trouver un médecin traitant. Toutefois, il a modéré cette pénurie en avançant le fait de vivre en ville.

*« Pour trouver un médecin généraliste qui accepte de me suivre, qui n'était pas déjà rempli, entre guillemets, c'est assez problématique... » (E1, UK)*

L'enquête E2, qui vivait dans un désert médical, n'a pas fait de remarque particulière à ce sujet. Les enquêtés E4 et E5, qui ont vécu le décès de leur médecin généraliste, ont déclaré avoir retrouvé un médecin généraliste sans difficulté même si E5 reconnaît de manière générale un déficit de médecins en France. Chacun a pourtant retrouvé un médecin traitant dans une ville à 1h de transport en commun. Leur choix s'est maintenu par la suite, même si la possibilité d'avoir un médecin traitant dans leur village d'habitation s'est présentée :

*« Je pourrais changer pour avoir un médecin en ce cab, euh ce maison médicale maintenant mais euh... j'suis contente du service que j'ai à [ville1] » (E4, UK)*

A noter que d'autres acteurs de proximité ont été mentionnés. Ainsi, un des enquêtés anglais a apprécié l'aide que pouvaient apporter les pharmacies en premier recours en France :

*« J'ai cru compris que les pharmacies en France sont... ils donnent beaucoup d'aide, par rapport à l'Angleterre » (E8, UK)*

**En Angleterre**, l'enquêté anglais E8 et l'enquêtée française E10, qui ne vivaient pas près de la capitale, ont rapporté de grandes difficultés à accéder à des soins premiers. Ils n'ont pas mentionné leur inscription à un PCT qui devrait leur donner accès à des médecins généralistes du territoire environnant et ont seulement mentionné la difficulté d'accès aux soins premiers :

*« Ici, où j'habite par exemple, maintenant c'est très, très difficile de voir un généraliste. Très difficile » (E8, UK)*

Plus précisément, l'enquêtée E10 a déclaré avoir téléphoné à un numéro d'urgence l'ayant orientée soit vers un GP<sup>3</sup> de garde, soit vers les urgences. Elle n'a pas été satisfaite des longs moments passés au téléphone et de la multiplicité des interlocuteurs.

*« Avant y avait une application mais l'application est plus dispo nulle part [...] Et y a le centre 111 qu'est un autre numéro c'est pour les choses moins urgentes. [...] En fin de compte il a fallu que je fasse, que je fasse, hum, une heure, plus une demi-heure, plus dix minutes avec 3 personnes différentes, pour avoir les médicaments pour mon fils » (E10, FR)*

A noter que des organisations alternatives existent, notamment les assurances privées fournies par le travail de l'utilisateur, mais ne permettent pas toujours de trouver plus rapidement un médecin généraliste - bien que l'enquêté E4 l'ait espéré. Néanmoins le vécu est variable puisque l'enquêtée française E7 a eu accès à un médecin anglais en urgence grâce à cela :

*« J'avais le droit, avec euh mon ancien travail, en Angleterre. Mais j'utilisais pas, parce que c'était pas pour les généralistes » (E4, UK)*

*« En Angleterre, dans beaucoup d'entreprises quand on, on travaille euh, on a une assurance en plus. Un système qui fait que tu peux...avoir les rendez-vous... en vidéo... très facilement. [...] Avoir vu quelqu'un... euh, donc en vidéo... euh... et c'était, et c'était incroyable [...] j'avais pris rendez-vous pour 21h, le soir, c'était le même jour, à 21h, ce qui était incroyable. (E7, FR+UK)*

---

<sup>3</sup> General Practitioner

### 3.1.2.2 *Entrée dans les soins de premiers recours : prise de rendez-vous et organisation des consultations*

- **Des modalités de prises de rendez-vous similaires entre les deux pays**

**Dans les soins premiers anglais et français**, l'accueil du patient chez le médecin ou en PCT se déroule selon un fonctionnement standard commun : prise de rendez-vous possible via Internet ou par téléphone avec mise en contact avec une secrétaire.

En France, la prise de rendez-vous en ligne a été soulignée par certains enquêtés anglais (E5,E6), car cela palliait à la barrière de la langue. Cela leur a permis de ne pas faire de confusion dans la date et l'heure du rendez-vous :

*« Doctolib was, for me... a life-changer ! » (E6, UK)*

Les enquêtés E4 et E5 ont, quant à eux, été reçus par un médecin français qui ne disposait pas de secrétariat, et répondait directement au téléphone. Ce fonctionnement était considéré comme délétaire par E4 :

*« Hm, on devait téléphoner si on voulait un rendez-vous, et c'était lui qui répondait au téléphone [...] Un système que je trouvais, pas très pratique » (E4, UK)*

En Angleterre, le système de prise de rendez-vous par téléphone ne soulevait pas de remarque particulière, comme pour E1, ou au contraire était l'objet de critiques concernant la longueur et la complexité du processus (E10)

*« Donc du coup j'appelle le 111 j'suis restée plus d'une heure avec eux au téléphone, y a quelqu'un qui m'appelle donc un espèce d'assistant, après j'ai parlé à une deuxième personne puis j'ai parlé à une 3è personne » (E10, FR)*

Aussi, selon les retours des enquêtés, les délais pour obtenir une consultation en France et Angleterre seraient équivalents, en règle générale : rendez-vous possible le jour même, d'autant plus si la personne consultante est un enfant, et jusqu'à 3 semaines après le moment



de la demande. Néanmoins, l'enquêtée 9 a relaté que les délais trop longs en Angleterre amenaient à une bifurcation vers le système privé :

*« Mon fils avait attrapé un rhume de hanche... et on devait faire une radio...[...] Les délais d'attente étaient très euh... très longs. Et euh, j'ai dû euh en fait solliciter une structure privée. Parce qu'elle me proposait euh un rendez-vous beaucoup plus rapidement » (E9, FR)*

- **Gestion de la consultation : des consultations chronométrées en Angleterre, une flexibilité médecins-dépendante en France**

D'après les enquêtés, **le temps passé en salle d'attente** serait moins long en Angleterre. Cela peut être mis en lien avec le fait que la consultation serait parfois chronométrée, comme l'ont rapporté certains enquêtés (E2, E9, E10, toutes françaises). Ainsi, l'enquêtée E9 a fait part d'un retour très positif concernant la grande **punctualité des rendez-vous en centre de santé (PCT)**, tout en reconnaissant le désavantage occasionné par ce manque de souplesse dans le cas où le temps de consultation ne peut être dépassé :

*« C'que j'avais apprécié, par rapport au système de santé français, c'est que quand j'avais rendez-vous à 10h30, en fait euh bah je passais à 10h30. Y avait... y avait euh une grande ponctualité. [...] Mais euh je serais venue pour un problème un peu plus grave ou euh j'sais pas comment se, 'fin... j'pense que j'aurais été frustrée de, de devoir partir au bout des 10 ou 15 minutes ». (E9, FR)*

En revanche, l'enquêtée française E10 a complètement réprouvé ce système de chronométrage par rapport à sa connaissance du système français :

*« Le docteur avait mis sur son écran, un grand, « 5 minutes » [...] Je regarde et j'fais « c'est quoi ça ? » Il fait « ha non, non, c'est... c'est à titre informatif » J'fais « ha ouais parce qu'on va prendre plus de 5 minutes hein » [rire] (E10, FR)*

*A contrario*, le système de santé Français serait caractérisé par une possibilité de flexibilité plus grande mais dépendante de l'organisation individuelle des médecins. Cette flexibilité a pu être appréciée par certains enquêtés (E2, E10, françaises) :

*« Après j'y vais depuis toute petite [chez son médecin traitant français] donc vraiment si j'suis pas bien j'peux, j'peux y aller elle va me prendre entre deux clients [...] [En Angleterre :] Donc là je suis là physiquement devant vous... il fait non je peux pas parce qu'il faut que je me loge sur votre système donc il faut reprendre un rendez-vous là j'ai pas le temps ».*

**(E10, FR)**

En revanche, selon le côté où le patient se trouve, la flexibilité peut être perçue comme un avantage (le patient en demande, cf. E10), ou elle peut être défavorable à la relation médecin-patient du point de vue du patient qui voit sa consultation interrompue ou dont le délai d'attente pour sa consultation se verrait allongé. Ainsi, les enquêtés français et anglais ont souligné leurs attentes en termes de ponctualité, exigeant alors des capacités d'organisation de la part des médecins ou des structures de soins de premiers recours. Ce tout en mettant en avant l'importance des enjeux relationnels qui en découleraient (rigidité versus flexibilité).

### 3.1.2.3 Relation médecin-patient

- **Le référent médical unique : deux conceptions différentes en France et en Angleterre**

**En Angleterre**, le fonctionnement des PCT implique qu'un même patient peut être reçu par des médecins ou professionnels de santé différents pour ses consultations. Globalement, les enquêtés anglais ont l'air de s'accommoder de cette organisation professionnelle. Les enquêtés anglais n'ont pas manifesté explicitement leur attachement à avoir un médecin référent - excepté l'enquêté E4 qui a semblé se satisfaire de l'organisation d'une maison de santé française similaire au PCT (absence de médecin attitré), car elle permettrait, selon lui, une prise de rendez-vous plus rapide :

*« C'est vrai que c'est pas toujours le même médecin mais c'est pas si grave pour un rendez-vous c'est pratique » (E4, UK)*

Il modère cependant son propos par la suite en rappelant le pendant des délais courts de prise de rendez-vous :

*« Oui... mais... l'inconvénient c'est pas, c'est que c'est pas toujours le même euh, médecin. » (E4, UK)*

*A contrario*, cette situation peut sembler contre-nature pour les enquêtés français. Par exemple, l'enquêté E9 a demandé à être reçu par un médecin en particulier en centre de santé anglais, ce qui aurait été peu apprécié. Ainsi, cette enquêtée a mis en place une stratégie en demandant à être reçu par un médecin de genre féminin, qu'elle percevait comme plus compétente, ce qui a semblé être mieux accepté :

*« Alors après quand on avait compris on insistait sur le... 'fin on précisait au moment du rendez-vous euh, euh... qu'on voulait plutôt tel ou tel médecin. C'était pas hyper bien apprécié. [...] Y avait une petite feinte euh, par exemple quand on était une femme, moi j'avais remarqué que les, les médecins femmes me convenaient mieux que les médecins hommes dans ce... dans ce centre médical » (E9, FR)*

Par ailleurs, cette accommodation anglaise à l'absence de référent unique a été nuancée par d'autres propos d'enquêtés, y compris anglais (E5) : d'une importance qui serait moindre dès lors que les motifs de consultation sont concis et ponctuels, elle a cependant été reconnue comme importante lorsqu'il s'agit de problèmes de santé chroniques. De manière générale, selon des enquêtés aussi bien FR que UK, le référent unique permettrait une réactivité en cas d'urgence relative comme pour la prise en charge suivant la découverte d'un cancer (E5), la prise en compte de symptômes inhabituels (E10). Selon cette enquêtée, il serait aussi gage de plus de flexibilité permettant plus facilement de prendre « en plus » un patient non programmé :

*« There was a lump, and they were watching it for eighteen months [...] So I saw him immediately, and immediately he wrote a note to the hospital » (E5, UK, à propos de soins en France)*

*« Après j'y vais depuis toute petite donc vraiment si j'suis pas bien j'peux, j'peux y aller elle va me prendre entre deux clients [...] » (E10, FR, à propos de son médecin traitant en France)*

Le référent unique pourrait également permettre une relation médecin-patient plus proche, plus intime, ressentie comme agréable telle que décrite par E6 :

*“She talks to me about her three children all girls [...] She made me feel, er, a ease, she made me feel comfortable” (E6, UK, à propos de soins français)*

- **Des attentes relationnelles partagées par les enquêtés anglais et français**

A travers leurs discours, les enquêtés ont mentionné l'importance de la qualité de la communication dans la relation médecin-patient. Ils ont relevé les éléments pouvant favoriser la relation de soins (ex : transparence) ou bien la pénaliser ou les deux selon les points de vue. Leurs discours ont notamment questionné la place de la médecine paternaliste et interventionniste en France comparativement à l'Angleterre.

- *Des postures médicales qui différencieraient : paternalisme en France et patient-acteur en Angleterre*

Pour sa part, l'enquêtée E9 a ressenti une différence de place dans la relation médecin-patient. En France, la position du médecin a été plutôt perçue comme paternaliste, donnant des ordres directs et descendant vers la patiente. En Angleterre, elle a été surprise de la place laissée aux initiatives du patient, sans que ce soit perçu pour autant comme positif d'emblée : l'enquêtée E9 a craint ne pas avoir un suivi adéquat si elle avait été moins habituée des suivis de santé :

*« Un dialogue, beaucoup plus important entre le patient et le médecin. [...] Au départ moi ça m'a un peu désarçonnée. [...] Je me disais, euh j'me disais qu'il fallait euh... que comme on était beaucoup plus acteur, qu'il fallait beaucoup plus euh connaître de, de choses pour être sûr d'obtenir une consultation de santé euh, satisfaisante. (E9, FR, à propos du système anglais)*

Les propos de l'enquêtée E9 sur son vécu en Angleterre rejoignent le sentiment d'un manque de suivi qu'a vécu l'enquêté E8 décrivant une méthode de « *patient-led-follow-up* » qu'il trouve peu efficace et qu'il a qualifié de « bricolage » :

*« [silence] Hum... c'est un peu du bricolage hein ?[...] Maintenant, hum... je n'ai plus de, je n'ai plus de rendez-vous. Hum... il faut que j'organise moi-même, les,, hum, les prélèvements de sang, les, euh, j'ai fait mon pression artérielle, moi-même » (E8, UK)*

- *Des compétences relationnelles médecin-dépendant*

Pour leur part, les usagers anglais apprécient les compétences de communication de leur médecin français sans en souligner la supériorité par rapport aux médecins anglais. Par ailleurs, E4 a trouvé une tendance à plus d'égalité entre le médecin français et le patient, qu'il pense dépendant plutôt de l'âge des médecins (relation plus horizontale avec des médecins jeunes) que du système de santé auxquels ils contribuent :

*« Je trouve que les médecins jeunes sont plus sympathiques, plus humains, que les euh... les médecins vieux... » (E4, UK)*

Aussi, selon l'enquêté E2, les qualités humaines telles que la transparence et la délivrance d'information seraient surtout une affaire d'individus plutôt que de tendances dans un pays ou dans un autre.

*« J'ai eu affaire à plein de médecins vraiment super. Généralistes, je veux dire, hein, hum...et puis même le spécialiste qui m'a traitée quand j'en ai eu besoin » (E2, FR, à propos du système anglais)*

Par ailleurs, les vécus des enquêtés E3 et E5 ont mis en avant que les qualités relationnelles et humaines telle que l'attention portée au patient permettraient de surmonter les appréhensions et difficultés liés à la barrière de la langue :

*« Y avait beaucoup de compassion, de... d'attention, c'était...très professionnel » (E3, FR, à propos de soins en Angleterre)*

« *Even at the hospital. When sometimes there was a language problem. It was all right* » (E5, à propos du système français)

- *Interruptions : impact des éléments extérieurs nuisibles*

Comme évoqué du point de vue de l'organisation des médecins, la flexibilité qui peut être perçue comme un élément positif notamment par des enquêtés français, peut également être un élément délétère selon le point de vue du patient qui peut voir sa consultation interrompue par les demandes d'autres patients :

« *Quand je suis allé le voir je n'avais pas l'impression qu'il prêtait complètement attention, il prenait les appels, il sortait de la salle...enfin, il était pas très respectueux, je trouvais.* » (E1, UK, à propos de soins français)

- **Une exigence interventionniste plus importante chez les patients français**

Pour les enquêtés E1 et E4, tous deux anglais, partir de la consultation sans ordonnance de médicaments paraît tout à fait naturel, voir même un élément attendu et préférable au fait de recevoir des traitements non indispensables :

« *Ça oui, ça je n'aimerais pas non plus qu'il me prescrive un truc juste pour que je me sente bien* » (E1, UK, à propos de son médecin traitant français)

« *J'ai l'impression que les médecins français sont beaucoup interventionnistes que les médecins britanniques. [...] Je trouve c'est plus normal de, de partir du médecin avec juste les conseils* » (E4, UK)

En complète opposition, l'enquêtée française E10 a été surprise de se heurter au refus de la part de médecins anglais lorsqu'elle exigeait des traitements symptomatiques. En contradiction avec les habitudes de son médecin de famille français, cela a contribué à un vécu négatif de son expérience du système anglais :

*« Et puis euh du coup il nous a juste donné euh, une solution pour nous réhydrater. Et c'est tout alors qu'en France je suis sûre que j'aurais eu des antibiotiques ou des choses, 'fin... » (E10, FR)*

Les autres enquêtés n'ont pas évoqué le sujet.

#### *3.1.2.4 Financement des systèmes de santé*

Globalement, ne pas avancer de frais est fortement apprécié chez les enquêtés anglais et français car cela simplifie la démarche de soins. En France, malgré le « sésame » de la carte vitale, le système est perçu comme beaucoup plus complexe alors que les soins sont, à l'instar de l'Angleterre, gratuits. Cette complexité est pour certains enquêtés un gage de non saturation et d'égalité du système.

- **Un système de remboursement plus complexe en France**

Concernant le système anglais, les enquêtés n'ont pas émis de remarques particulières sur le financement des soins classiques, excepté pour en souligner la simplicité ainsi que le progressisme du principe de gratuité.

*« C'est...tu paies rien. Tu précises que voilà, que, tu es NHS et...c'est pris en charge » (E1, UK)*

*C'est, c'est, c'est c'est...une idée fabuleuse [...] Vous vous rendez compte ? C'est complètement, c'est complètement gratuit ? (E2, FR)*

Concernant le système en France, les perceptions des usagers anglais et français sont un peu différentes.

Du point de vue des enquêtés anglais, le système de remboursement des soins premiers français est perçu comme complexe comparativement à l'Angleterre. Le fait de devoir avancer une partie ou la totalité du prix des soins pour se faire rembourser perturbe, même si le prix est perçu comme « très correct » :

*« J'avais un peu du mal à comprendre comment faire, c'était euh...je sais pas à quel point c'était moi qui comprenait mal ? A quel point c'était que c'était pas très bien expliqué ? Peut-être les deux ? [...] y avait toujours une confusion sur le paiement et...j'ai pas compris quand il fallait payer ce qui était à ma charge » (E1, UK)*

*« But I didn't have to pay for anything huge » (E6, UK)*

Face à la complexité administrative française, la carte vitale est perçue comme un sésame. Elle permet d'accéder au remboursement des frais de santé mais elle est surtout vue, au sens plus large, comme une clé permettant d'accéder à l'ensemble du système de soins français, notamment aux dépistages organisés de la population :

*“Well, they're all with the carte vitale, hum... is a very good thing. I think”  
(E6, UK)*

L'enquête E4 trouve toutefois un avantage à ce système de remboursement de frais, en cela qu'il diminuerait d'après lui la saturation du système de santé. L'enquêtée 2 abonde dans ce sens.

*“Because of the system where... you pay in advance... hum... hum... then they'll reimburse... it does seem... to provide a system that is a bit more robust than the british system” (E4, UK)*

*“Tout est couvert en fait. Mais c'est pour ça qu'ils sont complètement saturés je veux dire” (E2, FR)*

Du point de vue des enquêtés français, la complexité du remboursement dans l'Hexagone n'est pas abordée explicitement. L'enquêtée E7 a fait part de sa reconnaissance dans l'offre de santé existante et accessible en France grâce au système de protection sociale. Comparativement, le système anglais tendrait vers un système à deux vitesses selon elle :

*« Quand j'compare avec la France, euh, sans assurance, euh, on a beaucoup d'aide, mais ça c'est, c'est, c'est une grande chance en France. En Angleterre c'est pas le cas » (E7, FR+UK)*



E10 considère l'aspect financier comme secondaire dans son échelle de satisfaction car son médecin traitant français est disponible et adaptable à ses besoins.

*« Après ça, en fait j' préférerais avoir un médecin français, ici [en Angleterre], et le payer. » (E10, FR)*

Enfin, l'enquêtée 5 a fait part de son étonnement face à ce qu'elle estime être une rémunération insuffisante des médecins français.

*« I think GPs are totally underpaid. » (E5, UK)*

- **Les particularités des prestations privées en Angleterre**

Pour finir, quelques éléments ont été discutés par des enquêtés sur l'articulation des services de santé privés et publics. Les enquêtés français ont notamment mis l'accent sur les prestations privées anglaises et le montant de ces dernières lorsqu'ils y ont recours en Angleterre :

*« Je sais que l'ambulance privée aussi c'était très, très cher [rire] [...] c'était quelque chose comme euh... 250 euros ou quelque chose comme ça... Juste pour un transfert » (E2, FR)*

*« Non, non, non, c'était plusieurs centaines, c'était plusieurs, on va dire euh... euh allez peut être entre cent et... deux cent cinquante euros on va dire » (E9, FR)*

*« Après est ce que ça vaut le coup de payer 120 pounds pour une consultation ? Non. [rire] » (E10, FR)*

Par ailleurs, concernant ces prestations privées, deux enquêtés (E9, E10) ont eu l'impression de payer pour les services entourant la prestation de soins, plutôt que pour une qualité technique et relationnelle supérieure ; d'autant plus quand l'assurance du travail ne remboursait que partiellement, voire pas du tout les frais déboursés.

« Bah déjà c'était des locaux qu'étaient un peu somptueux j'avais l'impression d'être euh... dans un hôtel euh quatre étoiles. [...] mais est ce que j'aurais pas été prise en charge pareil au, pour, pour un enfant euh dans un service public je sais pas ? » (E9, FR)

### 3.1.3 Résultats des questionnaires destinés aux médecins généralistes français.

#### 3.1.3.1 Caractéristiques de la population ayant répondu au questionnaire

L'enquête par questionnaire a été remplie par 16 médecins, dont deux exerçant en milieu rural, six en milieu urbain et huit en milieu semi-rural (ou semi-urbain). Quatorze médecins exerçaient en libéral, et aucun en salariat. Deux avaient un exercice mixte (salaire et libéral). Deux médecins ont mentionné avoir déjà exercé à l'étranger : Irlande et Mayotte. Dans les faits, il n'y en a qu'une car Mayotte est officiellement une région de France.

La moyenne d'âge des médecins participants était de 37,2 ans. La population est majoritairement représentée par des personnes entre 30 et 44 ans : sur les 16 personnes répondantes, 15 appartiennent à cette tranche d'âge.

**Table III. Description de la population des médecins généralistes français ayant répondu au questionnaire**

Caractéristiques des répondants		Effectif	Pourcentage
Âge (années)	30 - 34	5	31,2
	35 - 39	7	43,7
	40 - 44	3	18,7
	45 - 49	0	0,0
	≥ 50	1	6,2
Exercice à l'étranger	oui	2	12,5
	non	14	87,5
Type d'activité	Libéral	14	87,5
	Salaire	0	0,0
	Mixte	2	12,5
Zone d'activité	Urbain	6	37,5
	Rural	2	12,5
	Semi-rural/semi-urbain	8	50,0

### *3.1.3.2 Analyse des résultats du questionnaire*

**Concernant la géographie des soins**, en accord avec les retours faits par les patients enquêtés, la quasi-totalité des médecins participant à l'enquête par questionnaire (n=15/16) étaient en accord avec le fait que les patients ont tendance à privilégier une proximité géographique dans la recherche de leur médecin traitant (Figure 2). En revanche, des avis plus contrastés ont été observés quant à l'intérêt que les médecins perçoivent de territorialiser les soins, puisque 4 participants sur 16 pensent que territorialiser les soins ne permettrait pas de simplifier les parcours de santé, et 4 participants sur 16 le pensent au contraire. Le reste des médecins ont exprimé un avis neutre sur cet item.

**Concernant la relation médecin-patient**, les médecins comme les enquêtés français semblent attachés au système français de référent médical unique (médecin traitant) puisqu'ils sont tous en accord avec le fait que d'avoir un médecin référent unique est important pour le patient (n=12/16 médecins « complètement d'accord », et n=4/16 médecins « plutôt d'accord ») (Figure 2). Les médecins ont également été majoritairement d'accord avec le fait que ce référent unique serait garant d'une bonne qualité de l'écoute dans la relation médecin-patient (Figure 2), même s'ils étaient moins nombreux à être complètement d'accord avec cette proposition (n=5/16). Enfin, les médecins ont eu des positions plus divisées entre eux sur le sujet de l'interventionnisme et du rôle du médecin dans l'accompagnement pour guider le patient dans son parcours de santé. En effet, sur le versant de l'interventionnisme, sept médecins étaient en désaccord avec le fait que les patients trouvent normal de repartir d'une consultation sans prescription et donc plutôt en accord avec les retours faits par les usagers enquêtés français, notamment E10. Toutefois, neuf médecins ont été plus en accord avec l'idée qu'une médecine non interventionniste serait aussi en développement. Cela en accord avec un des commentaires libres réalisés par un médecin attestant que les plus jeunes

accepteraient plus facilement des conseils seuls par rapport à des personnes plus âgées [Annexe 10].

**Sur le plan du financement des systèmes de santé**, il ne semble pas y avoir de consensus sur le tiers payant généralisé du point de vue des médecins. Notamment pas de consensus en ce qu'il permettrait un accès facilité aux soins premiers en France (neuf médecins complètement ou plutôt d'accord, trois en désaccord) ; en ce qu'il entraînerait une satisfaction du point de vue de l'usagers (huit médecins complètement ou plutôt d'accord) ; ou a contrario qu'il encouragerait une saturation du système de santé (11 médecins complètement ou plutôt d'accord). Cela en accord avec un des commentaires réalisés par un médecin. Selon ce dernier, la question n'était pas binaire et dépendrait plutôt des délais de remboursement. D'après ce médecin, l'avance des frais pourrait à participer à réduire la surcharge du système de santé en évitant les « consultations inutiles », tout en étant à double tranchant car cela retarderait aussi les consultations précoces qui auraient pu être « utiles ». Néanmoins en France, il estimait que le coût de la consultation permettait d'avancer les frais sans trop de réticence. Ce médecin résumait le problème par l'adjectif « insoluble » et expliquait que cela dépendrait de ce « que l'on souhaite et des capacités du système de soins ». La première partie de son commentaire se terminait sur une position sans appel : « Pour moi, en France, on peut plus se permettre l'open bar ».

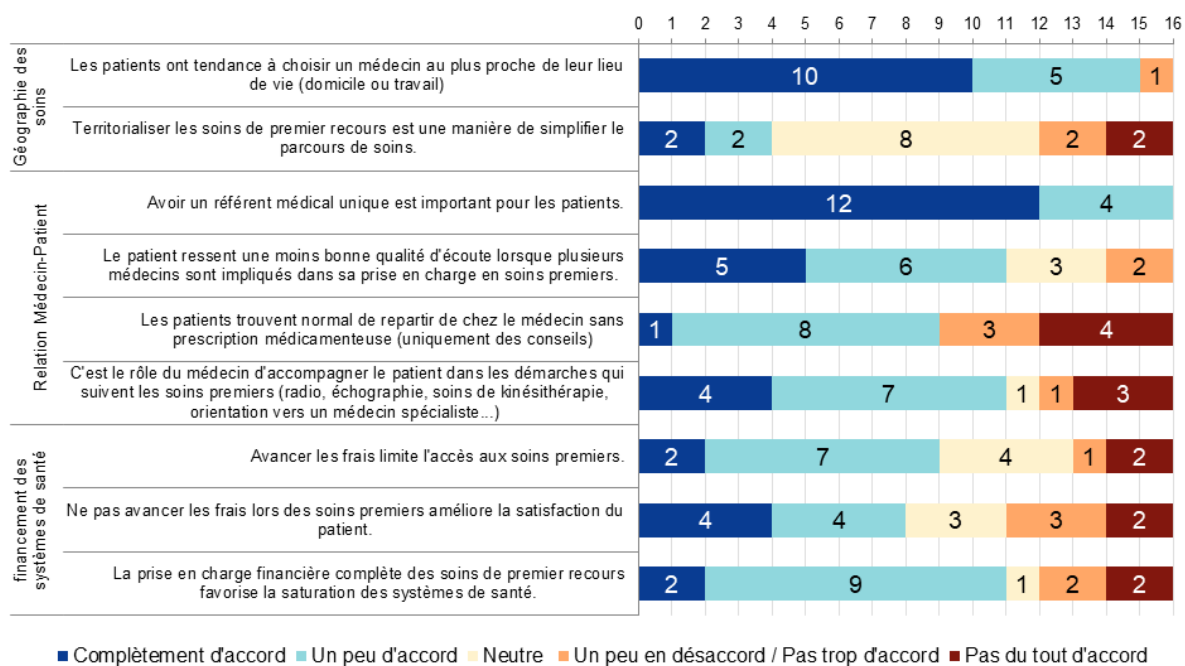


Figure 2 : avis des médecins généralistes français sur les verbatims dégagés des entretiens avec les patients (valeur absolue)

Parmi les propositions faites aux médecins quant aux critères primant pour les patients dans le choix de leur médecin, la réponse « compétences en relations humaines » a été majoritairement choisie comme première qualité nécessaire à la satisfaction du patient : 11 médecins ont choisi cet item sur les 16 participants (Figure 3). Deux médecins ont choisi l’item intitulé « compétences techniques du médecin : connaissances et expériences ». L’item « Choix libre du médecin » a été sélectionné une fois. L’item « Délais de rendez-vous » a été choisi deux fois. En commentaire libre, un médecin s’est également exprimé sur cette dimension, en indiquant que cela se jouait entre deux facteurs : « l’écoute et la compétence en fonction du patient et de sa plainte » [Annexe 10].

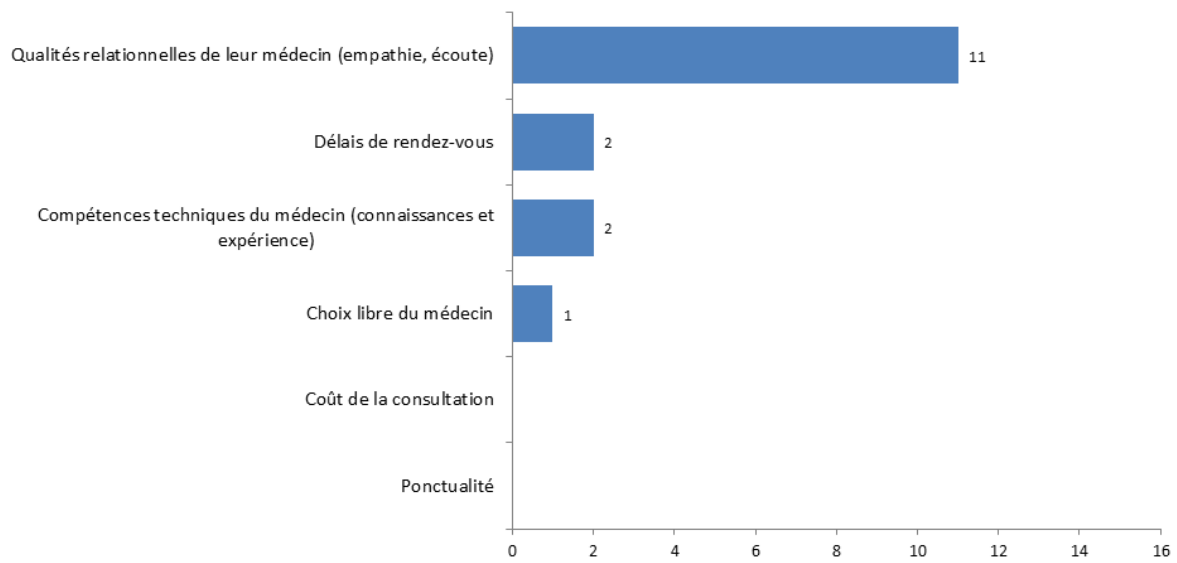


Figure 3 : avis des médecins généralistes français sur le critère primant pour le choix du médecin par les patients

## 4 DISCUSSION

### 4.1 Résultats principaux

L'enquête qualitative menée auprès d'usagers français et anglais ayant vécu les deux systèmes de santé permet de mettre en perspectives le vécu des usagers concernant l'organisation des soins de premiers recours. L'enquête permet ainsi de confronter les retours sur 2 types d'organisation. L'organisation non hiérarchisée établie en France, caractérisée par une coordination du parcours de santé essentiellement dépendante des médecins traitants, le libre-choix du médecin par les usagers, la liberté d'installation des médecins et la rémunération à l'acte ; et l'organisation hiérarchisée établie en Angleterre à travers les PCT et le système de capitation.

Concernant la liberté de choix française, les expériences des enquêtés ont montré qu'en France, la proximité géographique est un des premiers critères de recherche de médecin traitant retenu, choix qui peut être influencé par l'offre locale disponible compte-tenu des enjeux de démographie médicale pouvant rendre complexe la possibilité d'intégrer la patientèle d'un médecin.

En effet, la première difficulté notée par les enquêtés anglais est d'être accepté dans la patientèle d'un médecin généraliste. Les enquêtés français n'ont pas mentionné de difficulté particulière dans cette étude, sans doute car la majorité conservaient le même médecin traitant que dans leur enfance. Ces éléments sont en accord avec d'autres études menées en France, retrouvant généralement la proximité géographique parmi les critères les plus souvent cités (36,37). Aussi, les médecins français interrogés par questionnaire étaient très majoritairement (n=15/16) en accord avec le fait que les patients ont tendance à choisir un médecin au plus proche de leur lieu de vie (travail ou domicile).

En Angleterre, le rattachement à un PCT s'avère être un processus vécu de façon simple par les enquêtés anglais, mais parfois moins bien appréhendé par certains enquêtés français ayant vécu Outre-Manche. Les patients anglais n'ont pas fait de remarque négative sur le système de territorialisation des soins (et du choix du médecin traitant) : ils acceptaient le fait d'être reçu par des professionnels de santé différents. En revanche sur ce point, les médecins français interrogés par questionnaire étaient tous en accord avec le fait qu'avoir un référent médical unique est important pour les patients ; ce qui semble plutôt corrélé au sentiment des usagers français, sans doute habitués au fonctionnement français.

Concernant la démographie médicale, la majorité des enquêtés anglais habitaient en zone à forte densité médicale. Les deux enquêtés (un Anglais et une Française) habitant dans des zones anglaises peu denses médicalement ont quant à eux rapporté des difficultés à avoir des rendez-vous pour des soins non programmés, ainsi que pour le suivi de maladies chroniques. Ainsi, la continuité des soins a été soulignée comme un enjeu crucial, surtout pour les maladies chroniques ou les situations d'urgence. Comparativement aux habitants des zones considérées comme sous-dotées en France, ces deux enquêtés (E8, anglais et E10, française) ont exprimé plus fortement leurs difficultés. Une enquête réalisée en 2024, montre que la proportion de patients satisfait du NHS chute depuis 2020 (34). Une des raisons retrouvées par cette étude est notamment le délai de rendez-vous chez le médecin généraliste, mais l'attribution des GP en fonction du territoire n'est pas mentionnée. En ce qui concerne la satisfaction des patients anglais sur le système d'attribution des médecins traitants, une réforme a été mise en place en 1991 qui simplifiait les procédures pour changer de médecin généraliste (33). Le patient peut demander à un nouveau médecin de l'inscrire sur sa liste. Cependant, les transferts des dossiers et du nom du patient d'une liste à l'autre restent longs et administrativement compliqués. A noter que les enquêtés des zones à forte densité médicale



peuvent avoir le choix entre plusieurs centres de santé, ce qui peut mener à un choix par préférence.

Ces retours interrogent donc la possibilité de passer à un système équivalent au PCT en France, avec non plus un « médecin référent » mais des centres de santé référent, par le biais, par exemple, des maisons de santé pluriprofessionnelles dont le déploiement est fortement encouragé par les politiques publiques en matière de santé (élus, ARS). Aussi, cela vient nécessairement interroger la logique d'installation des médecins Français et du mode de rattachement des usagers à un centre référent.

**Sur le plan relationnel**, d'autres critères décrits dans la littérature, tels que la personnalité, le contact, la disponibilité, la confiance, l'orientation, l'écoute et le conseil ont été en partie mentionnés par les enquêtés. En effet, ils ont pu évoquer l'importance de la transparence, la volonté d'être patient-acteur dans une relation médecin-patient qu'ils veulent moins paternaliste. Cette relation médecin-patient semblerait différée quelque peu entre la France et l'Angleterre. En France, une enquêtée a pu évoquer une relation plus paternaliste, tandis qu'en Angleterre, il a été ressenti une plus grande autonomie laissée au patient. Toutefois, cette hypothèse est à nuancer, car les qualités humaines seraient également considérées comme des traits individuels plutôt que culturels, parfois pouvant être lié à l'âge. Une relation plus égalitaire pourrait être davantage observée chez les jeunes médecins français.

En revanche, le volet des compétences médicales généralement décrit (36,37) a été peu soulevé dans cette enquête, pouvant laisser supposer qu'une confiance *a priori* existe quant aux compétences des médecins français. Ainsi, le critère géographique devient le premier critère de recherche, et si le relationnel convient alors les usagers en seront généralement satisfaits. Le relationnel primerait néanmoins sur la proximité géographique, puisque des usagers se sont satisfaits d'avoir un médecin à 1h de transport en commun et d'autres ont cherché à changer de médecin après en avoir trouvé un premier dont le relationnel ne

convenait pas. La tendance à une plus grande égalité dans la relation constatée par un patient anglais en France, peut s'expliquer par l'arrivée récente de l'enseignement de techniques de communication dans les études de médecine françaises (38). Cet enseignement est présent dans le monde anglo-saxon depuis les années 90 notamment avec le SEGUE Framework (39) check-list de communication médicale établie à l'aide de la recherche dans les années 80. D'autres modèles de communication issues du monde de la recherche anglo-saxonne existent telles que le Calgary-Cambridge Observation Guide et le SPIKES (40). De manière générale, dans le monde occidental, les chercheurs constatent une évolution de la relation médecin-patient d'un mode paternaliste vers un mode de communication plus égalitaire depuis ces 20 dernières années (40).

L'enquête menée semble également mettre en avant que les patients français auraient des **attentes interventionnistes** plus importantes que les enquêtés anglais, préférant repartir de la consultation avec une ordonnance. L'hypothèse que les médecins français seraient plus « permissifs » que les médecins anglais peut aussi être soulevée.

Toutefois, les consommations pharmaceutiques continuent d'augmenter dans les pays de l'OCDE. Le Royaume-Uni se révèle être un plus grand consommateur de deux classes de médicaments sur quatre mentionnées dans le panorama de la santé de l'OCDE publié en 2015 (41) : la consommation anglaise d'anti diabétiques et d'anticholestérols fait partie des plus élevées en 2013. La France, bien qu'ayant augmenté comme les autres pays sa consommation des quatre classes de médicaments étudiés (anti-diabétiques, anticholestérols, anti-dépresseurs, anti-hypertenseurs), reste dans la deuxième moitié du classement, sauf pour les antidiabétiques.

**Sur le plan financier**, les enquêtés anglais ont trouvé le **système de remboursement** des soins en France complexe, comparativement aux retours des enquêtés anglais sur le système

en Angleterre. En France, l'avance des frais et leur remboursement dépendant de l'obtention d'une carte vitale a pu perturber des enquêtés, notamment anglais, et ce malgré des coûts qualifiés comme étant raisonnables par des enquêtés appartenant à la catégorie des cadres et professions intellectuelles supérieures. La rémunération des médecins français était parfois jugée faible. Un enquêté (E4) estimait cependant que ce système peut participer à la réduction de la saturation du système de santé.

En cohérence avec les éléments évoqués par les enquêtés, il faut rappeler que les enjeux des systèmes de santé et de leur mode de financement s'articulent entre l'accessibilité, l'équité et la justice sociale, la qualité et la réactivité de l'offre (20). Ainsi, les enquêtés français semblaient satisfaits des soins en France, les comparant favorablement à un système anglais pouvant être perçu comme inégalitaire car vu comme s'acheminant vers un système à deux vitesses.

La manière dont la tarification influence la satisfaction des patients et la valeur perçue des services a également été étudiée dans quelques pays européens, dont l'Angleterre et la France. Dans l'étude de Busse et al. il a été observé que l'Angleterre utilise majoritairement le prix des soins comme mesure de qualité, alors qu'en France l'attention est surtout concentrée sur les complications et l'expérience du patient (42). Cette revue, comme les références sus-citées, ne s'intéresse cependant qu'aux actes réalisés en hôpital. Un article américain paru dans le *Journal of Medical Systems* (43) a par ailleurs émis l'hypothèse que la transparence des prix pourrait mener à une plus grande satisfaction des usagers en réduisant l'anxiété et en augmentant la confiance entre les patients et les soignants. Cette transparence est cependant associée à un coût de fonctionnement global plus élevé d'après une autre étude américaine (44).

Enfin, en France, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) a publié un rapport en 2020 sur la manière dont les coûts des soins influencent la satisfaction des patients. Il fournit des recommandations pour améliorer la transparence des coûts et augmenter la satisfaction des usagers (45), notamment clarifier et rendre les informations sur les coûts disponibles avant le traitement ; uniformiser la présentation des coûts entre les prestataires ; sensibiliser les patients aux outils d'information sur les coûts ; et renforcer les régulations pour garantir la transparence chez tous les prestataires de soins. L'expérimentation Ipso, menée en Île de France, vise à proposer de nouvelles modalités de prise en charge refondées sur un « nouveau contrat médecin traitant ». Cela s'accompagne d'un paiement du médecin traitant au forfait par catégorie de patient (46). Ce contrat engage le patient à consulter spécifiquement dans la structure, sauf urgence et hors résidence habituelle, et le médecin à réaliser une évaluation globale partagée avec le patient, à proposer des programmes de prévention adaptés et à être plus disponible, notamment par messagerie.

Les politiques publiques sanitaires françaises tentent d'améliorer la continuité et la cohérence des prises en charge (47). Le dispositif Article 51, issu de la loi de financement de la Sécurité Sociale de 2018, a permis la mise en place de dispositifs destinés à améliorer la coordination des soins pour différents secteurs de la médecine ambulatoire : au niveau régional francilien, puis inter-régional, et enfin au niveau national (48).

**Concernant l'organisation même des consultations par les médecins**, l'enquête a montré un système de prise de rendez-vous et des temporalités équivalents, hormis peut-être une gestion du temps plus « stricte » en Angleterre, et *a contrario* des médecins français pouvant individuellement être plus « flexible ». Ces retours des enquêtés s'avèrent en accord avec une étude comparant les durées des consultations de médecine générale dans 67 pays, dont la France et l'Angleterre. En effet, les durées moyennes de consultation seraient les plus longues

en France (16,4 minutes) et seraient intermédiaires au Royaume Uni (9,4 minutes). Selon cette étude, la courbe d'efficacité d'une consultation semblerait obéir à une courbe en U inversé : une durée trop courte serait insuffisante, et une durée trop longue ne serait pas idéale, avec une moyenne située à 10,7 minutes (49). Une étude espagnole de 2018 montre quant à elle qu'un profil médical plus centré sur le patient, une prise de décision partagée accrue, une plus grande diversité de motifs de consultation, qu'il soit accompagné ou en centre urbain, et une moindre pression professionnelle semblent être associés à une consultation plus longue (50). Une autre revue de la littérature a établi que les preuves expérimentales d'une durée minimale ou optimale d'une consultation ambulatoire sont rares et obsolètes (51). Ainsi, il est important qu'une évolution future vers un système de responsabilité populationnelle et de « territorialisation des soins » s'inspirant du système anglais ne se fasse pas au détriment de la qualité de la relation médecin-patient instaurée en France, basée sur des temps de consultations plus longs, facteur important du point de vue des usagers, et semblant évoluer favorablement vers des relations moins paternalistes.

Concernant l'articulation des secteurs public/privé, et notamment les coûts élevés mentionnés en lien avec les prestations privées en Angleterre, une étude de 2012 a examiné les facteurs pris en compte par les gens pour décider de payer ou non un traitement de santé coûteux pour une maladie non létale (10). À mesure que les marchés privés des soins de santé se développent pour fournir davantage de services « non essentiels », les patients doivent développer de nouvelles compétences et être soutenus dans leur nouveau rôle de consommateurs.

D'autres travaux étudiant les critères de choix d'un médecin traitant ont montré que le premier critère de choix est la compétence relationnelle du médecin traitant, viennent ensuite les critères déclinables autour de l'organisation du cabinet : proximité du cabinet, la plage horaire importante, la propreté, le mode de prise de rendez-vous, etc... Les résultats de cette

étude sont comparables avec une autre enquête menée dans la région parisienne, à deux exceptions près : la proximité du cabinet est un critère jugé plus décisif dans le sud-Est que dans le Grand Paris. Ceci pourrait s'expliquer par un réseau de transport en commun plus développé en région parisienne qu'en province. La plage horaire importante est un critère moins décisif dans le Sud-Est. Une explication pourrait être que les horaires totaux (travail-trajet) sont probablement plus importants dans le Grand Paris qu'en province.

## 4.2 Forces et faiblesses de l'étude

### 4.2.1 Faiblesses

Si cette étude a permis de mettre en avant des questionnements liés à la logique d'organisation des soins premiers en France comparativement en Angleterre, et de montrer qu'une organisation territoriale n'est pas synonyme d'insatisfaction, ou encore de confirmer des attentes des usagers en cohérence avec des éléments déjà décrits dans la littérature, sa portée reste limitée en raison d'un échantillon relativement faible face à la diversité des vécus possibles (pas de suffisance des données réellement obtenues) et en raison d'un échantillon de personnes enquêtées par entretiens trop homogène qui a pu être favorisé par un mode de recrutement essentiellement par bouche à oreille :

- Au niveau du sexe : une majorité sont des femmes.
- De la CSP : une seule personne enquêtée n'appartient pas à la catégorie 3 (professions intellectuelles et cadres supérieurs), majoritairement représentée.
- Du lieu d'habitation : une grande majorité des enquêtés habitent en milieu urbain ou à proximité d'une ville de grande taille. A l'exception de 2 enquêtés (un Britannique et une Française) habitant en Angleterre, les personnes ont tous partagé des expériences

de soins se déroulant dans des zones où la densité médicale n'était pas considérée comme désertique.

Aussi, le questionnaire à destination des médecins généralistes Français ayant obtenu un faible taux de réponse et ayant été diffusé de façon très localisée ne permet pas un éclairage extrapolable à l'ensemble de la population des médecins Français.

#### 4.2.2 Forces

Aucune trace d'une étude ayant pour objectif d'explorer qualitativement le vécu des usagers concernant les soins premiers entre deux pays n'a été retrouvée dans la littérature. Il s'agit donc d'une étude mixte originale. Interroger l'organisation dans ces deux pays de niveaux socio-économiques semblables, mais avec des systèmes de soins de premiers recours organisés différemment tout en évoluant dans les mêmes directions face aux enjeux démographiques et épidémiologiques prégnants semblait pertinent.

Ainsi, cette enquête a permis de faire ressortir les points positifs du système français : une plus grande flexibilité du temps de consultation et des conduites des médecins qui s'adaptent plus aux demandes des patients, notamment pour ce qui est de la prescription de médicaments.

Les points positifs du système anglais soulignés par cette enquête sont la relative efficacité du système de territorialisation, sous réserve d'un nombre adéquat de médecins sur le territoire du PCT.

Face aux limites déjà mentionnées, il serait intéressant de mener une enquête similaire plus large, en cherchant des moyens de diffusion et de recrutement favorisant la participation pour

obtenir plus d'entretiens et avoir plus de réponses des médecins généralistes. Il serait intéressant d'élargir le recrutement des enquêtés à d'autres réseaux sociaux que Facebook, ce qui permettrait de rassembler un échantillon plus hétérogène au niveau de la CSP. Instagram pourrait être une piste en envoyant des messages privés individuels aux personnes réagissant sous les publications parlant de la médecine en Angleterre. Aussi, l'étude pourrait être élargie aux médecins anglais.

Enfin, il serait intéressant de faire une étude sur un modèle qualitatif en utilisant les échelles PROMs et PREM pour aboutir à une étude plus solide et de plus grande portée.



## 5 CONCLUSION

Cette enquête qualitative compare les expériences des usagers français et anglais concernant les soins de premiers recours dans leurs systèmes de santé respectifs. En France, le choix du médecin traitant est influencé par la proximité géographique tandis qu'en Angleterre, le système est plus territorialisé avec des patients rattachés à des territoires spécifiques via des PCT (Primary Care Trusts). Les patients anglais étaient globalement satisfaits de la territorialisation des soins, sans attachement particulier à un médecin référent unique contrairement aux enquêtés français. Les résultats montrent que les patients français apprécient la liberté de choisir leur médecin. Les deux systèmes semblent être marqués par des difficultés liées à la démographie médicale dans certaines zones. Sur le plan financier, le système français est perçu comme complexe. Interrogés sur ces résultats, les médecins généralistes français sont d'accord avec l'importance de la proximité géographique dans le choix du médecin par le patient. En général, leur avis concorde aussi avec le ressenti des usagers français concernant la nécessité d'un médecin référent unique. Les conclusions soulignent la nécessité d'une réflexion sur une potentielle adaptation du modèle anglais en France, tout en préservant la qualité de la relation médecin-patient.

## 6 BIBLIOGRAPHIE

1. Vie Publique . 2024 [cité 19 août 2024]. Systèmes bismarckien et beveridgien d'État-providence | vie-publique.fr. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/fiches/24113-systemes-bismarckien-et-beveridgien-detat-providence>
2. Nezosi G. Chapitre 1. Définitions et histoire. In: La protection sociale . Paris: La Documentation française; 2021 [cité 19 août 2024]. p. 7-49. (Découverte de la vie publique; vol. 2e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-protection-sociale--9782111574632-p-7.htm>
3. Bourgueil Y. Systèmes de soins primaires : contenus et enjeux. Rev Fr Aff Soc. 2010;(3):11-20.
4. INED. Ined - Institut national d'études démographiques. 2020 [cité 12 août 2024]. L'espérance de vie en France - Les graphiques interprétés - Les graphiques/ les cartes. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/graphiques-cartes/graphiques-interpretes/esperance-vie-france/>
5. Office For National Statistics. Office For National Statistics. 2015 [cité 19 août 2024]. English Life Tables No.17 - 2010 to 2012. Disponible sur: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/lifeexpectancies/bulletins/englishlifetablesno17/2015-09-01>
6. Menvielle G, Lang T. Les inégalités sociales de santé : vingt ans d'évolution. ADSP. 2021;113(1):2-2.
7. Creese S. In Search of Oblivion? How the 'Right to be Forgotten' Could Undermine Web-based Corpora. Procedia - Soc Behav Sci. 24 juill 2015;198:95-102.
8. Castell L, Dennevault C, DREES. Qualité et accès aux soins : que pensent les Français de leurs médecins ? | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Etudes Résultats. oct 2017;(1035):1-6.
9. Veena R. The King's Fund. 2024 [cité 19 août 2024]. What Is Happening To Life Expectancy In England? Disponible sur: <https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/long-reads/whats-happening-life-expectancy-england>
10. Barlet M, Collin C, DREES. Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité. Etudes Résultats. oct 2012;(817):1-4.
11. Cour des Comptes. Organisation territoriale des soins de premier recours | Cour des comptes . Cour des Comptes; 2024 mai [cité 19 août 2024]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/organisation-territoriale-des-soins-de-premier-recours>
12. Douangdara S. Démographie des professionnels de santé : qui sont les médecins en 2018 ? Quelle accessibilité aux médecins généralistes ? Combien d'infirmiers en 2040 ? Un outil de projections d'effectifs de médecins | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques . 2018 [cité 13 août 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/demographie-des-professionnels-de-sante-qui-sont-les-medecins-en-2018-quelle>
13. Vergier N, Lefebvre-Hoang I, Chaput H, DREES. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? Doss DREES. mai 2017;(17):1-63.

14. World Health Organization. Rapport sur la santé dans le monde 2008 : les soins de santé primaires - maintenant plus que jamais . Organisation mondiale de la Santé; 2008 [cité 13 août 2024]. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/43951>
15. WHO, The European Observatory on Health Systems and Policies. Building primary care in a changing Europe. 2015; Disponible sur: [https://who-sandbox.squiz.cloud/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/277940/Building-primary-care-changing-Europe-case-studies.pdf](https://who-sandbox.squiz.cloud/__data/assets/pdf_file/0011/277940/Building-primary-care-changing-Europe-case-studies.pdf)
16. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Exposé des motifs - Dossiers législatifs - Légifrance . Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000029589477/?detailType=EXP\\_OSE\\_MOTIFS&detailId=](https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000029589477/?detailType=EXP_OSE_MOTIFS&detailId=)
17. Soual H. Les dépenses de santé depuis 1950 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Etudes Résultats. juill 2017;(1017):1-6.
18. Ruellan R. La gouvernance de la Sécurité sociale à partir du plan Juppé de 1995. Vie Soc. 2015;10(2):153-71.
19. Cour des Comptes. Rapport public annuel 2020 - Tome I . Cour des Comptes; 2020 févr p. 105. (Rapport public annuel - Cour des Comptes). Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-rapport-public-annuel-2020>
20. World Health Organization. Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant . Organisation mondiale de la Santé; 2000 [cité 13 août 2024]. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/42282>
21. World Health Organization. World Health Organization. [cité 14 août 2024]. Soins de santé primaires. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
22. Bourgueil Y, Ramond-Roquin A, Schweyer FX. 1. Qu'appelle-t-on « soins primaires » ? In: Les soins primaires en question(s) . Rennes: Presses de l'EHESP; 2021 [cité 14 août 2024]. p. 5-13. (Débats Santé Social). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-soins-primaires-en-question--9782810908820-p-5.htm>
23. World Health Organization. World Health Organization. [cité 14 août 2024]. Primary care. Disponible sur: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/primary-care>
24. Legifrance. Code de la santé publique - Organisation des soins . Code de la Santé Publique. Sect. Article L1411-11 janv 26, 2016 p. 1. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000031930722](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930722)
25. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1). 2009-879 juill 21, 2009.
26. CERTAIN MH, LAUTMAN A, GILARDI H. Tour de France des CPTS . Ministère du travail, de la santé et des solidarités; 2023 juin. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/cpts-s-organiser-sur-un-meme-territoire-pour-renforcer-les-soins-aux-patients/article/le-tour-de-france-des-cpts>
27. Burrows M. Financement et organisation des soins primaires au Royaume-Uni, l'exemple du Primary Care Trust de Salford. Rev Fr Aff Soc. 2010;(3):21-33.
28. Haute Autorité de Santé. Haute Autorité de Santé. 2023 [cité 19 août 2024]. IQSS - e-Satis : mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés. Disponible sur:

[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2030354/fr/iqss-e-satis-mesure-de-la-satisfaction-et-de-l-experience-des-patients-hospitalises](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2030354/fr/iqss-e-satis-mesure-de-la-satisfaction-et-de-l-experience-des-patients-hospitalises)

29. Bras PL, Duhamel G. Le système de soins anglais, un modèle pour la France ? Trib Santé. 2010;26(1):39-48.
30. DESPRAT D. Causes des problèmes de santé, accès aux soins et assurance maladie : l'opinion des Français selon leur état de santé | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Etudes Résultats. févr 2021;(1181):1-5.
31. Forzy L, Titli L, Carpezat M. Accès aux soins et pratiques de recours. avr 2021;(N°77). Disponible sur: [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-04/DD77\\_0.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-04/DD77_0.pdf)
32. TNS Opinion & Social. Eurobaromètre 67 - L'opinion publique dans l'Union Européenne. Eurobaromètre Stand . juin 2007;(67). Disponible sur: <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/617>
33. Laplace L, Kamendje B, Nizard J, Coz JM, Chaperon J. Les systèmes de santé français et anglais : évolution comparée depuis le milieu des années 90. Santé Publique. 2002;14(1):47-56.
34. Jefferies D, Wellings D, Morris J, Dayan M, Lobont C. Public Satisfaction With The NHS And Social Care In 2023 | BSA . National Center for Social Research; 2024 mars [cité 14 août 2024] p. 1-55. Disponible sur: <https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/reports/public-satisfaction-nhs-social-care-2023>
35. Balard F, Kivits J, Schrecker C, Voléry I. Chapitre 9. L'analyse qualitative en santé. In: Les recherches qualitatives en santé . Paris: Armand Colin; 2016 [cité 20 août 2024]. p. 167-85. (Collection U). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200611897-p-167.htm>
36. Le choix du médecin généraliste et la confiance . Université Lille 2 Droit et Santé; 2017 [cité 20 août 2024]. Disponible sur: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-7777>
37. Koreneva-Castaigne N. Quels sont les critères de choix du médecin traitant par les patients ? Étude qualitative auprès de vingt patients du canton de Fayence . Nice; 2015 [cité 20 août 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01266920>
38. Polomeni A. Former des médecins « communicateurs » ? Psycho-Oncol. mars 2018;12(1):13-8.
39. Makoul G. The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. Patient Educ Couns. 1 oct 2001;45(1):23-34.
40. Brown RF, Wuensch A, Bylund CL. Models of communication skills training and their practical implications. In: Kissane DW, Bultz BD, Butow PN, Bylund CL, Noble S, Wilkinson S, éditeurs. Oxford Textbook of Communication in Oncology and Palliative Care . Oxford University Press; 2017 [cité 20 août 2024]. p. 0. Disponible sur: <https://doi.org/10.1093/med/9780198736134.003.0003>
41. OECD. Panorama de la santé 2015: Les indicateurs de l'OCDE . Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2015 [cité 20 août 2024]. Disponible sur: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2015\\_health\\_glance-2015-fr;jsessionid=JryBTRfinJqTAiCNInNOWck4N-1x51Z\\_UK27LXEs.ip-10-240-5-147](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2015_health_glance-2015-fr;jsessionid=JryBTRfinJqTAiCNInNOWck4N-1x51Z_UK27LXEs.ip-10-240-5-147)

42. Beaussier AL. Measuring the Quality of Care, a European Overview . Cogito. 2021 [cité 20 août 2024]. Disponible sur: <https://www.sciencespo.fr/research/cogito/home/measuring-the-quality-of-care-a-european-overview/?lang=en>
43. Miller BJ, Mandelberg MC, Griffith NC, Ehrenfeld JM. Price Transparency: Empowering Patient Choice and Promoting Provider Competition. *J Med Syst*. 5 mars 2020;44(4):80.
44. Han A, Lee KH, Park J. The impact of price transparency and competition on hospital costs: a research on all-payer claims databases. *BMC Health Serv Res*. 5 nov 2022;22(1):1321.
45. HCAAM. Avis sur l'évolution des dispositifs de régulation du système de santé . Assurance Maladie; 2020 juin [cité 20 août 2024]. (Rapport de HCAAM). Disponible sur: <https://www.securite-sociale.fr/home/hcaam/zone-main-content/rapports-et-avis-1/avis-sur-levolution-des-dispositif.html>
46. ARS Ile de France. ARS Ile de France. [cité 20 août 2024]. IPSO - Nouveau contrat médecin traitant en Île-de-France. Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/108582/download?inline>
47. Aubert I, Kletz F, Sardas JC. L'émergence d'une nouvelle figure de coordonnateur d'innovations dans le champ sanitaire : le chef de projet e-parcours. *Gest Manag Public*. 2022;10 / 2(2):53-76.
48. ARS Ile de France. ARS Ile de France. 2023 [cité 20 août 2024]. Article 51 : expérimentations autorisées en Île-de-France. Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/article-51-experimentations-autorisees-en-ile-de-france>
49. Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, Oishi A, Tagashira H, Verho A, et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open*. 1 oct 2017;7(10):e017902.
50. Valverde Bolívar FJ, Pedregal González M, Moreno Martos H, Cózar García I, Torío Durántez J. Communication with patients and the duration of family medicine consultations. *Aten Primaria*. déc 2018;50(10):621-8.
51. León-García M, Wieringa TH, Espinoza Suárez NR, Hernández-Leal MJ, Villanueva G, Singh Ospina N, et al. Does the duration of ambulatory consultations affect the quality of healthcare? A systematic review. *BMJ Open Qual*. oct 2023;12(4):e002311.

## 7 ANNEXES

### Annexe 1 : DOCUMENT D'INFORMATION A DESTINATION DES PERSONNES PARTICIPANT A L'ETUDE (français)

# RECHERCHE



Bonjour,

Dans le cadre de ma thèse de **médecine générale**, je recherche des personnes à interroger.

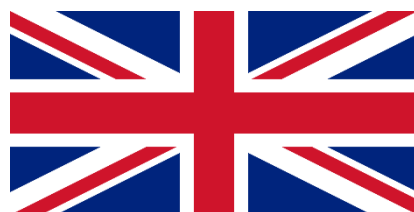
Elles doivent rassembler les caractéristiques suivantes :

- > 18 ans
- Français-e ou pays principal de résidence : France
- Ayant consulté un médecin généraliste ou ayant été aux urgences en **Angleterre**, entre **2010 et 2019**.

Je cherche à recueillir le vécu de ces personnes. Cela prendra la forme d'une discussion de 1h, où je vous poserai quelques questions pour guider l'entretien.

Si vous-même, ou quelqu'un de votre entourage correspond à cette description, contactez-moi au 06 35 91 12 02

Ou à l'adresse mail suivante : [amelie.geiger.etu@univ-lille.fr](mailto:amelie.geiger.etu@univ-lille.fr)



Annexe 2 : DOCUMENT D'INFORMATION A DESTINATION DES PERSONNES PARTICIPANT A L'ETUDE (anglais)



WANTED



I'm a French medical student doing my thesis to graduate as a family doctor.

I'm looking for volunteers who meet the following criteria:

- > 18 years old
- British national, OR main country of residency: Great Britain
- Have been to the General Practitioner (GP) or Emergency Room (ER), **in France**, between **2010 - 2019**.

Goal : to collect the experiences about this thematic. The interview would last 1 hour and I would ask you some questions to guide the discussion.

If you or one of your relatives meet these criteria, please contact me on: 0033 6 35 91 12 0

Or at this mail address: [amelie.geiger.etu@univ-lille.fr](mailto:amelie.geiger.etu@univ-lille.fr)



### Annexe 3 : guide des entretiens semi-dirigés

#### GRILLE D'ENTRETIEN SEMI DIRIGES (THESE RECOURS AUX SOINS PREMIERS EN FRANCE ET EN ANGLETERRE : COMPARAISON DU VECU DES PATIENTS ET DES MEDECINS PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGES)

Je viens de démarrer l'enregistrement, nous sommes le JJ/MM/AAAA ; pouvez-vous confirmer avoir accepté l'enregistrement et avoir compris les objectifs de ma recherche ?

Suivez le guide !

Cases orange : questions destinées à un Anglais ayant vécu le système de soins français

Cases bleues : questions destinées à un Français ayant vécu le système de soins anglais.

Cases blanches : questions en commun aux 2 situations

Thème exploré	Question principale → Relances	Élément à préciser / identifier ou non
<b>Qui</b>	Pour commencer, pouvez-vous vous présenter en quelques mots ; me parler brièvement de vous, des lieux où vous avez vécu et de votre profession par exemple... → Combien de temps avez-vous vécu en Angleterre ? → Combien de temps avez-vous vécu en France ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Âge :</li> <li>• Pays de naissance :</li> <li>• Nationalité :</li> <li>• Métier +/- études :</li> <li>• Lieu de résidence : à noter puis anonymiser en le transposant en terme de milieu urbain, rural...</li> <li>• Situation familiale :</li> </ul>
<b>Expérience vécue en France</b>	Pouvez-vous me parler/décrire vos expériences passées de recours aux soins en France ? → Vers quel(s) type(s) de structures vous êtes-vous tourné ? → Comment votre parcours de prise en charge s'est-il déroulé ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une fois ? Plusieurs fois ?</li> <li>• Médecin traitant ? Son remplaçant ?</li> <li>• Motif de la consultation ?</li> <li>• Structure privée ?</li> <li>• Cabinet de médecine générale ?</li> </ul>
<b>Expérience vécue en Angleterre</b>	Pouvez-vous me parler/décrire vos expériences passées de recours aux soins en Angleterre ? → Vers quel(s) type(s) de structures vous êtes-vous tourné ? → Comment votre parcours de prise en charge s'est-il déroulé ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une fois ? Plusieurs fois ?</li> <li>• Médecin traitant ? Son remplaçant ? Même interlocutrice à chaque fois ?</li> <li>• Motif de la consultation ?</li> <li>• Structure privée ?</li> <li>• Primary Care Trust d'appartenance ? Walk-in centers ?</li> </ul>



	<p>Pouvez-vous me préciser comment se déroulent les premiers contacts, la prise de rendez-vous ? Comment vous êtes-vous rendus sur place ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise de contact/rendez-vous : par téléphone ? Secrétariat ? Internet ? En se rendant dans la structure de soins ? Par connaissance interposée ? Possibilité de téléconsultation ?</li> <li>• Délai</li> <li>• Transport</li> <li>• Temps d'attente sur place</li> </ul>
	<p>Qu'avez-vous pensé des consultations que vous avez pu avoir ? Quelles ont été les suites ? Comment avez-vous été orienté ensuite ? Comment s'est déroulé le paiement / la prise en charge de vos soins ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Issue de la consultation : ordonnance ? Examen complémentaire ? Réorientation ? Hospitalisation ? Réévaluation dans quelques jours ?</li> <li>• Suite réelle de l'évènement : retour à domicile ? Examen complémentaire ? Hospitalisation ?</li> </ul>
<p><b>Opinion sur le système français</b></p>	<p>Enfin, de façon générale, que pensez-vous de l'accès aux soins en France ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Avez-vous été satisfait-e de votre/vos prises en charge ?</li> <li>→ Qu'est-ce qui vous a plu ou déplu ? Sur le plan médical ? Sur le plan humain ? Sur le plan administratif, financier ?</li> </ul>	<p>Délai ? Accessibilité ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Géographique ?</li> <li>- Temporelle ?</li> </ul> <p>Qualité d'écoute ressentie de la part du/de la praticien-ne ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Transparence ?</li> <li>- Délivrance des informations ?</li> <li>- Compréhension de vos besoins, votre demande ?</li> <li>- Intégration à la décision thérapeutique ?</li> </ul> <p>S'il y a eu lieu, qualité des soins techniques prodigués ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertinence des soins prodigués ?</li> <li>- Perception des compétences techniques ? Des compétences théoriques du praticien rencontré ?</li> </ul> <p>Informations, prévention, conseils délivrés ?</p>

<b>Expérience vécue en Angleterre</b>	<p>Comparativement à votre expérience en France, quelles expériences avez-vous vécues en Angleterre ? Que pouvez-vous m'en dire ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Structures fréquentées</li> <li>→ Premiers contacts</li> <li>→ La consultation en elle-même</li> <li>→ Suites/orientations</li> <li>→ Paiement/prise en charge</li> </ul>	
<b>Opinion sur le système anglais</b>	<p>Finally, de façon générale, que pensez-vous de l'accès aux soins en Angleterre ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Avez-vous été satisfait-e de votre/vos prises en charge ?</li> <li>→ Qu'est-ce qui vous a plu ou déplu ? <ul style="list-style-type: none"> <li>Sur le plan médical ?</li> <li>Sur le plan humain ?</li> <li>Sur le plan administratif, financier ?</li> </ul> </li> </ul>	<p>Délai ?</p> <p>Accessibilité ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Géographique ?</li> <li>- Temporelle ?</li> </ul> <p>Qualité d'écoute ressentie de la part du/de la praticien-ne ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Transparence ?</li> <li>- Délivrance des informations ?</li> <li>- Compréhension de vos besoins, votre demande ?</li> <li>- Intégration à la décision thérapeutique ?</li> </ul> <p>S'il y a eu lieu, qualité des soins techniques prodigués ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertinence des soins prodigués ?</li> <li>- Perception des compétences techniques ?</li> </ul> <p>Des compétences théoriques du praticien rencontré ?</p> <p>Informations, prévention, conseils délivrés ?</p>
<b>Expérience vécue en France</b>	<p>Comparativement à votre expérience en Angleterre, quelles expériences avez-vous vécues en France ? Que pouvez-vous m'en dire ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Structures fréquentées</li> <li>→ Premiers contacts</li> <li>→ La consultation en elle-même</li> <li>→ Suites/orientations</li> <li>→ Paiement/prise en charge</li> </ul>	
<b>Remarques libres</b>	<p>Avez-vous d'autre élément à ajouter ?</p>	

**Annexe 4 : fiche d'information à destination des personnes participant à l'étude (français)**

FICHE D'INFORMATION A DESTINATION DES PERSONNES PARTICIPANT A L'ETUDE

*Bonjour, je suis Amélie Geiger, interne en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse pour obtenir le titre de Docteur, je souhaite réaliser des entretiens semi-dirigés sur l'accès aux soins premiers en France et en Angleterre. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier le vécu de Français ayant utilisé le système de soins anglais. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être majeur, Français OU avoir comme pays principal de résidence la France et être francophone, et avoir ressenti la nécessité de consulter un médecin généraliste dans un délai de 24 à 48h, entre 2010 et 2019, en Angleterre, quel que soit leur mode de requête envers le médecin (direct, indirect)*

*Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.*

*Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.*

*Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.*

*Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°2023-167 au registre des traitements de l'Université de Lille.*

*Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : [dpo@univ-lille.fr](mailto:dpo@univ-lille.fr) . Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.*

*Merci à vous !"*

*Après l'entretien : merci beaucoup, si vous souhaitez connaître les résultats de cette étude, vous pouvez me contacter à l'adresse mail suivante : [amelie.geiger.etu@univ-lille.fr](mailto:amelie.geiger.etu@univ-lille.fr)*

Amélie Geiger

**Annexe 5: fiche d'information à destination des personnes participant à l'étude (anglais)**

NOTE FOR THE STUDY PARTICIPANTS

Hello, my name is Amélie Geiger. I'm a French medical student doing my thesis to graduate as a family doctor. The subject of my study is the comparison of primary health care between France and England. To do so, I need to interview some people who meet the following criteria : > 18 years old, British national, OR main country of residency : Great Britain ; have been to the General Practitioner one or many times in France between 2010-2019 for emergency reasons (medical consultation needed within 24-48h)

Your participation in the study is optional. You may end your participation at any time.

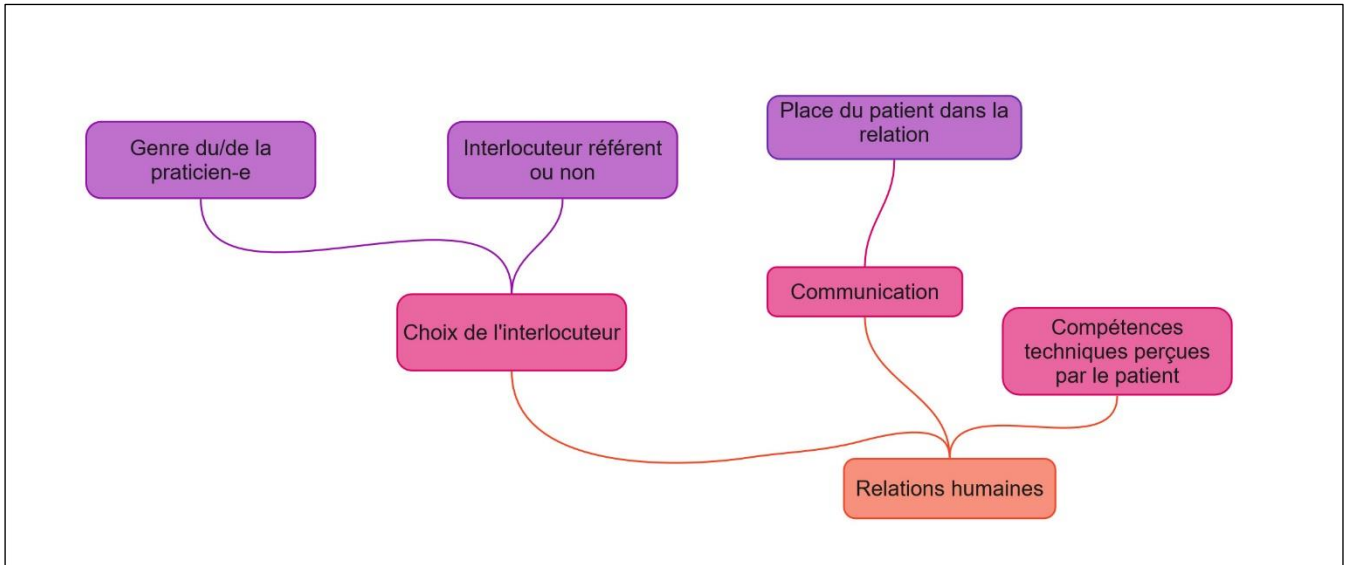
In accordance with the regulations on the protection of personal data, you can exercise your right of access, rectification, erasure and opposition to the data concerning you. To ensure optimal security, your data will be treated with the utmost confidentiality and will be deleted following the submission of the thesis.

This study has been declared to the University of Lille under the number 2023-167.

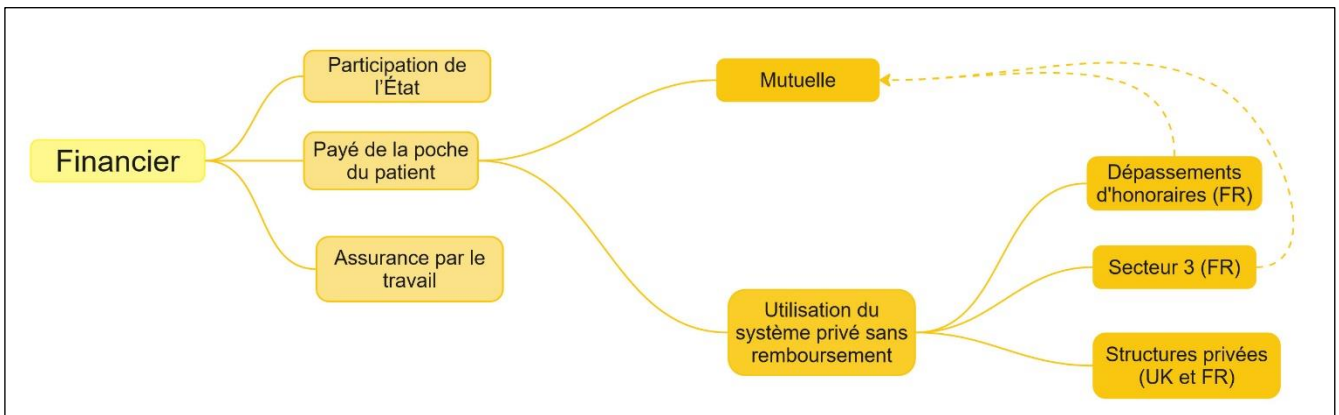
If you have any questions, you may contact the data protection officer at the following mail address : [dpo@univ-lille.fr](mailto:dpo@univ-lille.fr) (*I'm not sure he speaks English*). If you do not receive a response from us, you may submit a complaint to the Informatic and Freedom National French Commission (Commission Nationale Informatique et Liberté) (*not sure they speak English either...sorry*)

Thank you very much.

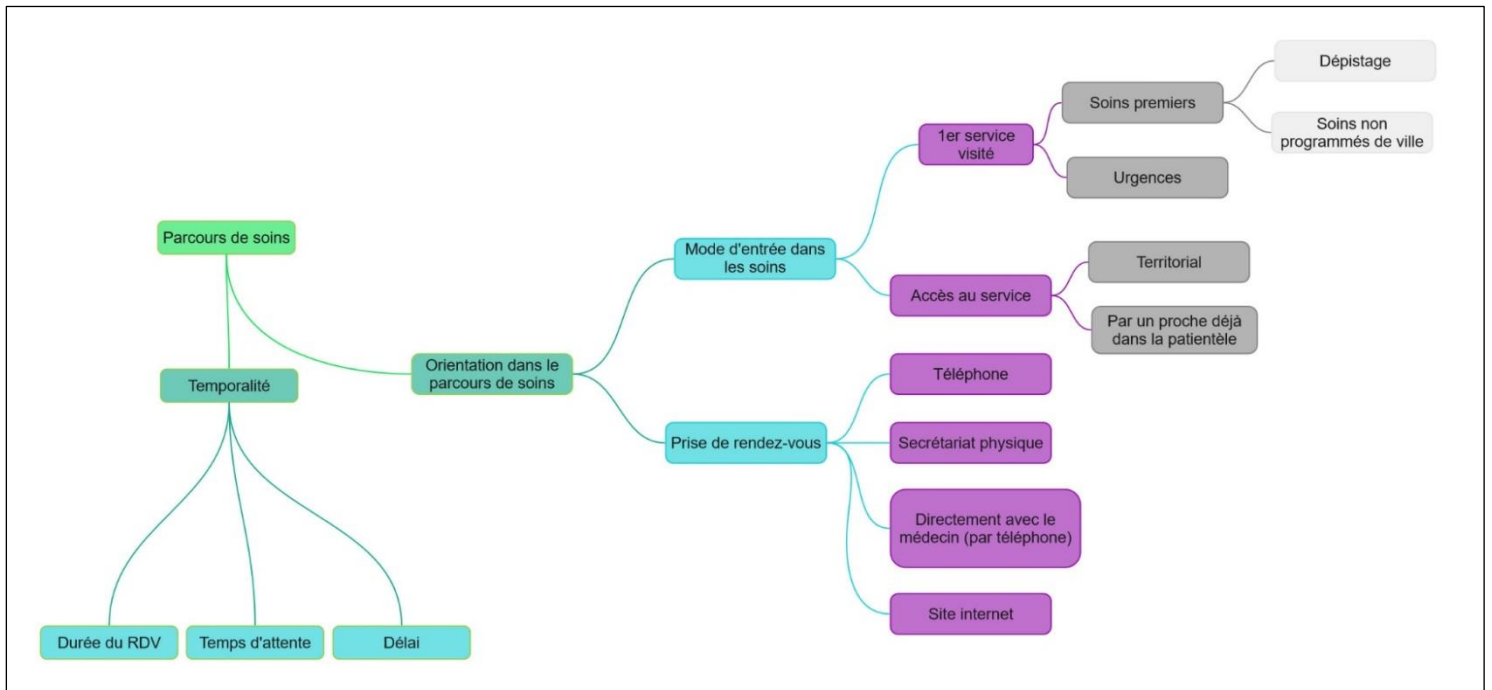
**Annexe 6 : mind map résumant les notions en lien avec les relations humaines tirées des entretiens semi-dirigés**



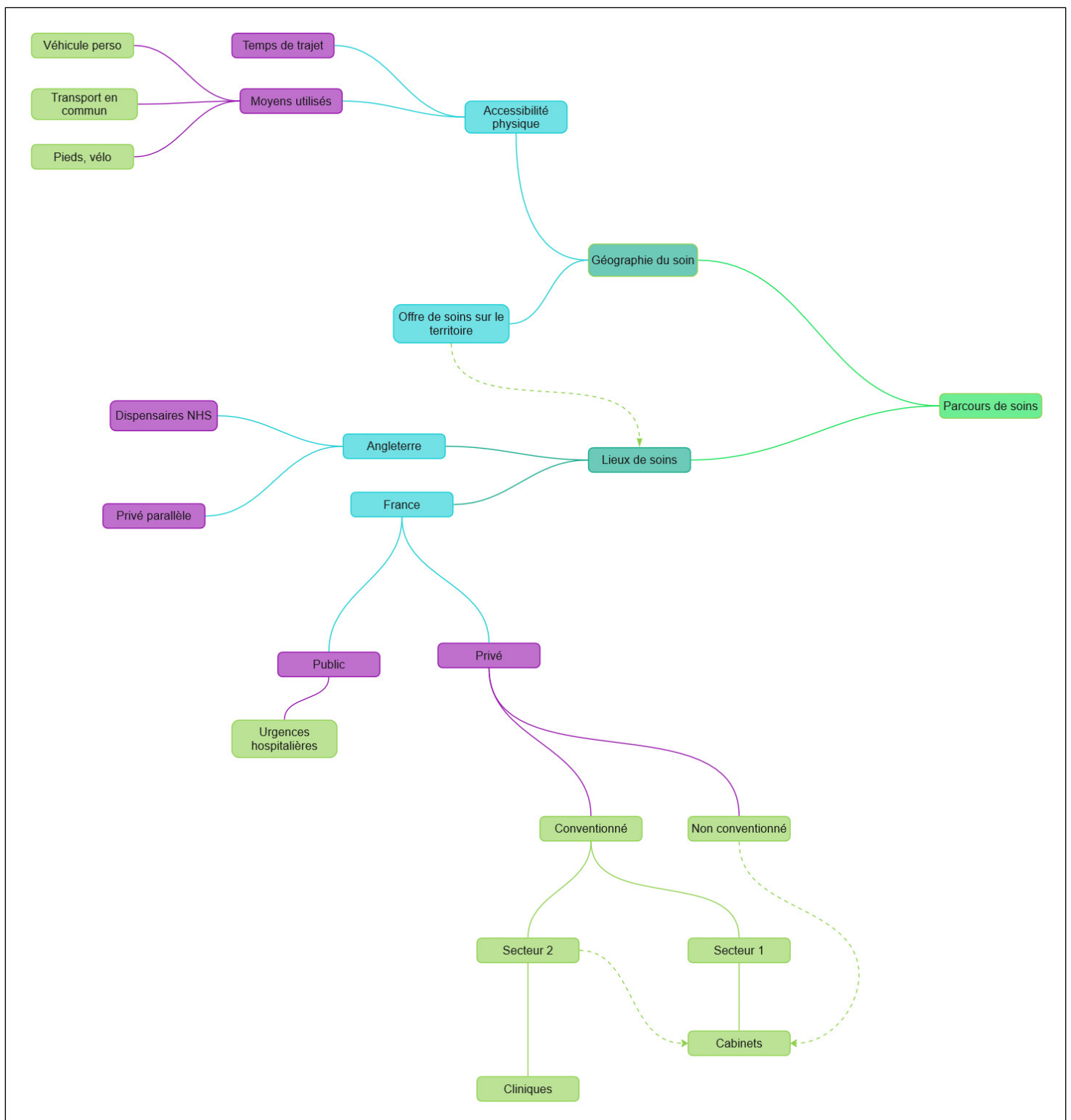
**Annexe 7 : mind map résumant les notions en lien avec l'aspect financier des soins tirées des entretiens semi-dirigés**



**Annexe 8 : mind map résumant les notions en lien avec le parcours de soins (organisation, temporalité) tirées des entretiens semi-dirigés**



**Annexe 9 : map résumant les notions en lien avec le parcours de soins (organisation, temporalité) tirées des entretiens semi-dirigés**



**Annexe 10 : commentaires libres des médecins généralistes interrogés par questionnaire.**

- 1) Je ne suis pas sûre d avoir bien compris l avant dernier item
- 2) Non
- 3) Avancer les frais : la question n'est pas binaire. Si c'est juste avancer et remboursé dans la semaine, non je ne pense pas, vu le coup de la cs en France. Si y a un reste à charge, ça va dépendre du reste à charge mais d'un autre côté ça évitera des cs inutiles (mais évitera aussi des cs précoces qui auraient pu être utiles) --> le pbl est insoluble, ça va dépendre de ce qu'on souhaite et des capacités du système de soin. Pour moi, en France, on peut plus se permettre l'open bar.  
Territorialiser les soins : je suis pas sur de ce que ça veut dire. Tu dois voir le doc du coin, comme en Angleterre ou t'es mis d'office sur la liste d'un doc ? Si c'est ça, c'est pas plus simple, c'est juste une autre manière de saturer le système. Tout le monde aura un médecin mais il faudra 1 ou 2 moins pour le voir.  
Qu'est ce qui est le plus important : ça dépendre franchement du patient. Ça se joue entre l'écoute et la compétence en fonction du patient et de sa plainte.  
Voilà !
- 4) jeunes = ok si conseils seuls, vieux sans ordo = comprennent mal



**AUTEURE : Nom : GEIGER**

**Prénom : Amélie**

**Date de soutenance : 19/09/2024**

**Titre de la thèse : Recours aux soins premiers en France et en Angleterre : exploration du vécu des usagers par enquête qualitative et opinions des médecins français mesurées par questionnaire**

**Thèse - Médecine - Lille « 2024 »**

**Cadre de classement : Médecine générale**

**DES + spécialité : Médecine générale**

**Mots-clés : soins de santé primaire – urgence - prise en charge personnalisée du patient - besoin et demandes de services de santé - mesure des résultats rapportés par les patients**

**Résumé : Contexte :** Depuis la naissance des premiers systèmes de santé et de protection en Allemagne et en Angleterre, les changements socio-économiques et démographiques poussent les systèmes à évoluer, notamment les systèmes de soins de premiers recours pour répondre aux défis d'accessibilité et d'équité. Le système de premiers recours français présente de plus en plus de similitudes avec le système anglais. En revanche, une différence majeure persiste : tandis que le système anglais est hiérarchisé à travers les Primary Care Trust, le système français reste non hiérarchisé. Aucune étude n'a semble-t-il déjà confronté le vécu des patients face à ces deux organisations. Cette étude avait pour objectif principal d'explorer le vécu des patients ayant expérimenté ces deux systèmes puis secondairement d'interroger l'opinion de médecins généralistes français.

**Méthodes :** Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de patients ayant vécu les systèmes de soins premiers anglais et français a été conduite dans un premier temps. Les entretiens ont été transcrits et ont fait l'objet d'une analyse thématique. Un questionnaire à destination des médecins généralistes a été construit à partir des données issues des entretiens.

**Résultats :** Dix patients et 16 médecins ont été enquêtés. L'étude qualitative a montré que les patients français apprécient la liberté de choisir leur médecin, mais que ce choix s'effectue principalement selon un critère géographique. Les patients anglais étaient globalement satisfaits de la territorialisation des soins, sans attachement particulier à un médecin référent unique contrairement aux enquêtés français. Les compétences relationnelles ont été mises en avant par les deux groupes de patients dans les éléments primant dans la relation médecin-patient. Les points de vue de la majorité des médecins généralistes français concordaient avec les conclusions de l'enquête qualitative, notamment sur l'importance de la proximité géographique dans le choix du médecin par les patients, et avec le ressenti des usagers français concernant la nécessité d'un médecin référent unique.

**Conclusion :** Cette étude souligne l'importance de la relation médecin-patient et du critère de proximité géographique dans les parcours de soins premiers anglais et français. La territorialisation des soins de premier recours semble être une perspective plausible du point de vue de l'utilisateur, mais nécessitera un changement de paradigme français.

**Composition du Jury :**

**Présidente : Professeure RICHARD Florence**

**Assesseures : Docteure TILLY Anita, Docteure LISEMBARD Gabrielle**

**Directeurs de thèse : Docteur FAUSSAT Cathie, Docteur BREGAUT Paul**