



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine générale

par

Aude ACKET

le 30 mai 2013

Évaluation du ressenti et des attentes des médecins généralistes concernant leur collaboration avec les cardiologues

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Jean-Marc BOIVIN	Président
M. le Professeur Serge BRIANÇON	Juge
M. le Professeur Marc KLEIN	Juge
M. le Docteur Jacques BIRGÉ	Directeur et Juge
M. le Docteur Francis DAVID	Juge



Médecine



**Président de l'Université de
Professeur Pierre**

**Doyen de la Faculté de
Professeur Henry COUDANE**

Vice-Doyen « Pédagogie »
Vice-Doyen Mission « Sillon lorrain »
Vice-Doyen Mission « Finances »

Mme la Professeure Karine ANGIOI
Mme la Professeure Annick BARBAUD
Professeur Marc BRAUN

Assesseeurs :

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUÉL
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
• « <i>DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques</i> »	
• « <i>DES Spécialité Médecine Générale</i> »	Professeur Paolo DI PATRIZIO
- Commission de Prospective Universitaire :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Relations Internationales :	Professeur Jacques HUBERT
- Universitarisation des études paramédicales et gestion des mono-appartenants :	M. Christophe NEMOS
- Vie Étudiante :	Docteur Stéphane ZUILY
- Vie Facultaire :	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Étudiants :	M. Xavier LEMARIE

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Patrick BOISSEL Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL
Claude CHARDOT - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE
Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX
Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET
Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE
Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX
Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET
Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET
Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL
Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT
Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT
Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET
Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL
Professeur Michel BOULANGE - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE
Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ - Professeure Michèle KESSLER
Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON
Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER - Professeur Hubert
UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET - Professeur Michel
WAYOFF

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre BORDIGONI - Professeur Pierre FEUGIER - Professeure Marie-Christine BENE

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)
Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteure Aude MARCHAL

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteure Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Docteure Laure JOLY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

40^{ème} Section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Françoise DREYFUSS-Monsieur Jean-Louis GELLY-Madame Ketsia HESS-Monsieur Hervé MEMBRE
Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline
HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

Remerciements

À notre Maître et Président de thèse

Monsieur le Professeur Jean-Marc BOIVIN
Professeur des Universités de Médecine Générale

Nous vous remercions d'avoir accepté de présider cette thèse.
Pour l'intérêt porté à ce sujet d'étude et pour nous avoir aidée à mûrir ce travail.
Pour la qualité de votre enseignement.
Veuillez trouver ici notre sincère reconnaissance.

À notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Serge BRIANÇON

Professeur d'Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention

Merci pour votre présence dans le jury de cette thèse.

Nous gardons un très bon souvenir de votre enseignement tout au long de nos études.

À notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Marc KLEIN

Professeur d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques

Pour la qualité de votre enseignement au fil des années.

Avec le souvenir d'un stage d'externat dans votre service très formateur.

Recevez l'expression de notre sincère reconnaissance pour votre présence dans ce jury.

À notre Directeur et Juge

Monsieur le Docteur Jacques BIRGÉ

Médecin généraliste à Boulay-sur-Moselle (57)

Pour m'avoir confié ce sujet de thèse.

Pour votre disponibilité tout au long de ce travail.

Pour m'avoir tant appris lors de vos enseignements à la faculté et lors de mon stage professionnalisant.

Pour votre enthousiasme contagieux.

À notre Juge

Monsieur le Docteur Francis DAVID

Cardiologue à Montigny-lès-Metz (57)

Merci d'avoir spontanément accepté de participer à ce jury.

Pour votre aide et votre enthousiasme.

Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude.

À tous les médecins généralistes qui ont accepté de participer à cette étude. Un immense merci pour m'avoir accordé de votre temps précieux.

À Marie-France BAUDOUIN, présidente de l'AMMPPU et **à France CAMERLENGO**, secrétaire de l'AMMPPU, pour avoir accepté de me prêter une salle de réunion afin d'organiser un *focus groups*.

Aux différents membres de l'AMPPU 54, pour leur aide au recrutement des participants. **À Christelle ALTIERI**, coordonnatrice médicale du réseau ICALOR, **à Céline ROUX**, cadre administratif du réseau ICALOR et **à Linh DEPREZ**, secrétaire de direction de l'URPS médecins Lorraine, pour leur aide précieuse dans le recrutement des participants et pour la confiance qu'elles m'ont accordée en me prêtant une salle de réunion.

Aux bibliothécaires de la faculté de médecine pour m'avoir initiée à la recherche bibliographique.

À Pascale VINCENT et **à Laurence GOURET**, du Département de Médecine Générale. **À Valérie FABRE** et **à Mathieu TOURTELLE**, du Secrétariat des thèses. Je remercie particulièrement Mathieu TOURTELLE pour son aide dans toutes les démarches administratives, avec une disponibilité et une gentillesse à toute épreuve.

À l'ensemble des soignants qui m'ont formée et accompagnée tout au long de mes stages, aussi bien les médecins que les infirmières, aides-soignantes, kinésithérapeutes, secrétaires, et j'en oublie... **À mes maîtres de stage de médecine générale**, qui m'ont fait découvrir et apprécier l'exercice de ce métier. S'ils m'ont transmis leurs connaissances et leur expérience, ils m'ont surtout appris à cultiver le doute. Je remercie particulièrement **Jean LAFARGUE** : pour la qualité et la diversité de votre exercice (*avec enthousiasme raisonné*, comme vous dites), pour votre capacité à donner confiance à vos stagiaires, mais aussi à leur montrer qu'une vie extraprofessionnelle est possible.

Aux médecins généralistes que je remplace régulièrement, un grand merci pour votre accueil et pour la confiance que vous m'accordez.

Ci-après, une petite prose pour remercier mon entourage¹...

Moi, animer tes focus groups ? (pause de réflexion) Ok, j'veux bien.

C'est ainsi que, de son plein gré, Renaud a mis son nez dans mon travail. Outre son implication dans les *focus groups*, il m'a appris à ne pas paniquer devant les humeurs aléatoires de Zotero, OpenOffice et Beamer. S'il me voyait contrariée face à mon ordinateur, il débarquait, souriant, et me disait patiemment : *T'en fais pas, on finit toujours par y arriver*, tandis qu'Olivier déclarait : *Elle a le stress destructeur*. Heureusement, il ne parlait pas de moi mais de la voisine du dessus. Je vous ai bien eus.

Tant d'autres personnes m'ont soutenue et encouragée. *Allez Aude, courage c'est bientôt fini !*, me répétaient mes parents, *Lâche pas le manche !*, fredonnait Cécile avec bonne humeur. Si le travail se faisait trop pesant, j'écoutais Benoît, qui savait de quoi il parlait : *Profites-en pour faire une petite méditation*. Mais pour vraiment prendre du recul, il fallait s'adresser à mon frère Marco : *Au fait c'est quoi déjà le sujet de ta thèse ?*

Il y avait la thèse et puis... les moments de détente. Merci à vous la famille et les potes, pour tous ces bons moments passés à vos côtés. Comment vous rendre meilleur hommage que d'insérer quelques unes de vos citations, qui alimentent mes archives depuis tant d'années ? *Alors ça on va considérer que c'est assimilé parce que j'comprends rien* (Fräulein, fournisseur officiel de phrases drôles, vive notre amitié), *Ça part en brioche* (Guigui mon fillot), *On dirait un bol tibétain où t'attends et ça te fait méditer* (Léa S., bientôt viendra ton tour de te lancer dans une thèse), *Aujourd'hui j'ai réfléchi comme j'avais rien à faire* (Kro, toi aussi, ton tour viendra), *Aude Acket largue les amarres* (JB, alias pg), *Ah ben c'est normal que t'aimes la patate douce parce que t'aimes les carottes* (Julie ma sœur, je suis bien d'accord avec toi), *En général les gens qui sont de mèche ils font des bougies* (πr, sale moqueur), *Mille piqûres de moustique sont pires qu'un coup sur la tête* (Charlène, que c'était drôle les cours en amphï avec toi). J'ajoute pêle-mêle d'autres personnes non citées mais qui comptent pour moi : les tontons et les tatas, Christina, Alex, David S. (si drôle à lire), Thibault, ce Baoune, les-potes-à-Renaud, Rémi, Aude M., Béné, Steph, Yann, le Pylch, Dav et Aurore, Ad, Delphine, Amélouche, Marielle, etc., pardon pour ceux que j'oublie ! Spéciale dédicace aux footeux du dimanche aprèm qui m'ont intégrée sans broncher.

Et puis il y a les moments de formation professionnelle placés sous le signe de la détente. Irina, Sandrine, Julie M. : les séances AMMPPPU ont une saveur particulière quand on les passe ensemble. Que nos soirées continuent, y compris hors FMC ! Irina, merci pour ton soutien constant, ton amitié m'est précieuse.

L'air de rien, le travail a avancé. Tant et si bien qu'il a fallu le faire relire. Bizarrement, il y avait du monde au portillon ! Un grand merci à toutes les personnes qui m'ont proposé leurs services, un immense merci à celles qui se sont effectivement coltiné les multiples relectures. Renaud, tes talents de reformulation m'ont épatée, à croire que tu as déjà rédigé une thèse dans ta vie. Merci à toi Mum, tu as eu droit à l'ultime relecture de mon mémoire, partie intégrante de ma thèse. Jean, mon cher tonton, la langue française a si peu de secrets pour toi. Merci pour ta touche finale.

Une date de soutenance a alors été fixée. Badaboum. Qui dit soutenance dit pot de thèse. Famille et belle-famille ont accepté de retrousser leurs manches. *Ah bon tu veux qu'on t'aide à préparer ton pot de thèse ? D'accord !* (Papa-Maman), *Pas de problème je ferai plein de tapenade !* (Isabelle), *Si t'as besoin on peut apporter le chapiteau et des bancs !* (Patrick).

Le jour J approche. Cela nécessite une préparation psychologique pour ma petite sœur : *Quoi ? Tu vas porter une toge le jour de ta thèse ???* (Lélé)

Ben oui, ben oui...

¹ Les passages en italique correspondent à d'authentiques citations.

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

Table des matières

Liste des abréviations.....	17
Introduction.....	19
I. Le fonctionnement du système de santé en France.....	19
1. Le parcours de soins coordonnés.....	19
2. Exercice de la médecine générale et de la cardiologie en France.....	20
2.1. Différents modes d'exercice.....	20
2.2. La convention avec l'Assurance Maladie.....	21
2.3. Modes de rémunération.....	22
3. Rapports entre généralistes et spécialistes : spécificités du système de santé français.....	22
3.1. Proportion des médecins généralistes et des spécialistes.....	22
3.2. Mode d'exercice et activité des cardiologues.....	24
II. Matériel et méthode.....	25
1. La recherche qualitative.....	25
1.1. Historique de la recherche qualitative.....	26
1.2. Choix des focus groups et des entretiens individuels.....	26
1.3. Critères de scientificité.....	28
1.4. Triangulation.....	28
2. Élaboration de l'étude.....	29
2.1. Élaboration du guide d'entretien.....	29
2.2. Recrutement des médecins généralistes.....	31
III. Résultats.....	33
1. État des lieux de la communication avec les cardiologues.....	33
1.1. Courrier adressé au cardiologue.....	34
1.2. Réponse du cardiologue.....	35
1.3. Choix du cardiologue.....	36
1.4. Accessibilité des cardiologues.....	38
2. Ressenti des généralistes.....	39
2.1. Accessibilité.....	39
2.2. Réponse du cardiologue.....	41
3. Pistes d'amélioration.....	49
3.1. Se rencontrer, se mettre d'accord sur les références.....	49
3.2. Des fiches de liaison généraliste / cardiologue ?.....	50
3.3. Amélioration du courrier du généraliste.....	50
3.4. Réponse du cardiologue.....	51
3.5. Un document de recommandations, à l'image d'Antibioville.....	52
3.6. Un certain scepticisme quant aux possibilités de changement.....	52
3.7. Courrier-type résumant les attentes des généralistes.....	52
IV. Discussion.....	56
1. Concernant la méthode de l'étude.....	56
1.1. Le guide d'entretien.....	57
1.2. Inclusion du premier focus group dans l'analyse.....	57
1.3. Analyse du biais de recrutement pour les focus groups.....	57
1.4. Interventions de la thésarde en fin de focus group.....	58
1.5. Questionnement appuyé en entretien individuel.....	58
2. Concernant les résultats.....	58
2.1. Facteurs de bonne entente entre généralistes et cardiologues.....	59
2.2. La déontologie dans la gestion des désaccords.....	60
2.3. Sentiment d'infériorité des médecins généralistes.....	61
2.4. Influence du type d'exercice.....	61

2.5.Nécessité d'une communication renforcée.....	62
2.6.Courrier-type : risque d'échec.....	65
Conclusion.....	66
Bibliographie.....	68
Annexes.....	73
Document en annexe : Tableau récapitulatif des participants	
CD-Rom du <i>verbatim</i> des entretiens disponible à la faculté de médecine de Nancy	

Liste des abréviations

AA2 : Antirécepteur de l'Angiotensine 2

AEM : Agence Européenne du Médicament

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

AMMPPU : Association Médicale Mosellane de Perfectionnement Post-Universitaire

AMPPU 54 : Association Médicale de Perfectionnement Post-Universitaire de Meurthe-et-Moselle

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

ECG : électrocardiogramme

FMC : formation médicale continue

HAS : Haute Autorité de Santé

ICALOR : réseau Insuffisance Cardiaque de Lorraine

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

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

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

Introduction

Le système de santé français a été considérablement modifié suite à la loi du 13 août 2004, qui a instauré le parcours de soins coordonnés (1–3), avec l'apparition du statut de *médecin traitant* (qui est le plus souvent un médecin généraliste). Dans ce système, le médecin traitant organise la prise en charge globale du patient ; plus spécifiquement, c'est lui qui aiguille le patient vers la plupart des médecins spécialistes. Cela implique une redéfinition des rôles de chacun dans la prise en charge des patients. Le généraliste et le spécialiste doivent trouver un nouvel équilibre dans leur collaboration, ce qui risque de susciter des difficultés. Celles-ci peuvent être exacerbées par l'absence de culture de coordination médicale en France (4).

Ce thème a déjà été étudié en France, plus particulièrement la collaboration des généralistes avec les psychiatres en 2011 (5), ou encore avec les urgentistes en 2010 (6). Étant donné que les cardiologues sont les principaux correspondants des généralistes (7), nous avons choisi de nous intéresser à cette collaboration, en nous concentrant sur le point de vue des généralistes.

Dans cette étude qualitative, menée de mars à octobre 2012 dans deux départements de Lorraine et un département alsacien, nous avons interrogé des médecins généralistes par le biais de *focus groups* et d'entretiens individuels. Nous nous sommes particulièrement intéressés à la perception qu'ils ont de leur collaboration avec leurs correspondants cardiologues, afin de recenser les problèmes qu'ils rencontrent et de faire émerger des pistes d'amélioration.

Dans une première partie, nous présenterons les nouveautés et spécificités du système de santé français et nous estimerons l'impact éventuel sur la relation généralistes / cardiologues. La partie suivante sera consacrée à la présentation de la méthode utilisée pour cette étude. Nous en exposerons ensuite les résultats, en détaillant les modes de communication entre généralistes et cardiologues, le ressenti des généralistes et leurs suggestions pour améliorer leur collaboration. Enfin, nous analyserons la validité de la méthode de recherche et discuterons les résultats de cette étude, en essayant d'en dégager les idées principales, ce qui nous permettra d'évaluer la pertinence des pistes d'amélioration proposées.

I. Le fonctionnement du système de santé en France

1. Le parcours de soins coordonnés

Depuis la réforme de la Sécurité Sociale par la loi du 13 août 2004 (1), le système de santé français repose sur le parcours de soins coordonnés (2,3). Dans ce système, le patient est incité à consulter en premier recours toujours le même médecin, appelé *médecin traitant*, dans le cadre de son suivi médical. Il est alors correctement remboursé de ses consultations. Si un patient souhaite l'avis d'un médecin spécialisé, il doit passer par le médecin traitant pour qu'une lettre soit rédigée à l'intention du médecin spécialiste ; c'est la condition pour que le

patient soit correctement remboursé de la consultation spécialisée.

Il existe quelques exceptions à ces règles :

- Le patient a le droit de consulter n'importe quel médecin généraliste dans certaines situations (2) : âge inférieur à 16 ans, urgence médicale, éloignement du domicile, médecin traitant absent de son cabinet.
- Le patient peut accéder directement à certains médecins spécialistes sans pénalité de remboursement (8) : il s'agit des gynécologues, ophtalmologistes, psychiatres ou neuropsychiatres (pour les patients de 16 à 25 ans), stomatologues.

Pour accéder à un cardiologue en étant correctement remboursé, les patients doivent donc passer par le médecin traitant.

Ce parcours de soins place le médecin traitant au cœur de la prise en charge des patients : il est leur premier recours, il les oriente vers des spécialistes s'il le juge nécessaire, il coordonne leur suivi, tient à jour les dossiers médicaux et assure une prévention personnalisée (2). Ce système a pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients, au travers d'une meilleure coordination entre les soignants.

Avant cette loi du 13 août 2004, les patients avaient un accès totalement libre aux médecins généralistes et spécialistes, ce qui favorisait le nomadisme médical, d'où un suivi probablement moins bon (tous les médecins consultés n'ayant pas la totalité des informations sur le patient) et un vraisemblable surcoût pour la Sécurité Sociale, puisque les patients pouvaient consulter autant de médecins qu'ils le souhaitent, y compris pour la même spécialité. À noter qu'en 1998, l'Assurance Maladie avait déjà tenté de recentrer le suivi des patients autour des médecins généralistes, avec la mise en place du statut de *médecin référent*, par l'arrêté du 4 décembre 1998² (9). Cette option conventionnelle *médecin référent* était présentée comme *la possibilité d'établir avec les assurés [...] qui le souhaitent, une relation s'inscrivant dans la continuité des soins et la coordination des différents intervenants* (10). Le *médecin référent* avait globalement les mêmes missions que l'actuel *médecin traitant* et les patients adhérant à ce dispositif bénéficiaient d'une dispense d'avance de frais. Ce système a cependant suscité très peu d'adhésion (10), si bien qu'il a finalement été abrogé en avril 2007, par l'avenant n° 18 à la convention médicale (11).

2. Exercice de la médecine générale et de la cardiologie en France

2.1. Différents modes d'exercice

Les médecins peuvent choisir d'exercer leur activité en mode libéral, salarié, ou mixte (salarié et libéral). Début 2012, 41 % des médecins français optaient pour un mode d'exercice salarié exclusif et 59 % pour un exercice libéral ou mixte³ (13) (46 % en libéral exclusif, 8 % en exercice mixte, et 5 % en remplacements) (14).

Ces proportions sont à peu près identiques pour les omnipraticiens (67 % optant pour un exercice libéral ou mixte, soit un effectif de 67 000 médecins) et pour les cardiologues (65 % faisant ce même choix, soit un effectif de 4 100) (13). Parmi les omnipraticiens (ce terme englobant les médecins généralistes, mais aussi d'autres médecins plus spécialisés,

2 La convention nationale des généralistes avait été approuvée en mars 1997, puis annulée en juillet 1998, pour être finalement ré-approuvée le 4 décembre 1998. Le dispositif initial n'a été effectif que de janvier à juin 1998.

3 Ces proportions étaient comparables en 2010 (12) et en 2011 (13).

comme les acupuncteurs, angiologues, nutritionnistes,...), le nombre de généralistes exerçant exclusivement en libéral est de 55 000 (chiffres de 2011) (15).

Par ailleurs, les médecins travaillant en libéral peuvent choisir d'exercer en cabinet individuel ou en cabinet de groupe.

Concernant la médecine générale en mode libéral, l'exercice de groupe est actuellement majoritaire. Le nombre de généralistes libéraux déclarant exercer en groupe a progressé, passant de seulement 43 % en 1998 à 54 % en 2009 (16). Cette augmentation est particulièrement importante chez les médecins âgés de moins de 40 ans, qui sont près de 80 % à exercer en groupe. La moyenne du nombre de médecins par groupe est de 2 à 3 (16,17).

Pour les cardiologues libéraux, la tendance est également au rassemblement en cabinets de groupe (18), les avantages étant une gestion plus facile du cabinet (gestion du personnel, du temps de travail, des investissements dans le matériel) et une complémentarité des compétences. En 2001, 49 % des cardiologues libéraux de la tranche d'âge 45-49 ans exerçaient en groupe, contre 59 % pour la tranche d'âge 35-39 ans.

2.2. La convention avec l'Assurance Maladie

Les médecins libéraux conventionnés avec l'Assurance Maladie peuvent exercer en secteur 1 ou en secteur 2, depuis la convention nationale de 1980 (8,19) :

- En secteur 1 s'applique le tarif "conventionnel" ou "opposable", il n'y a pas de dépassement d'honoraires, sauf cas exceptionnel (8).
- En secteur 2, les honoraires sont librement fixés par le praticien (mais fixés *avec tact et mesure*), le patient étant remboursé par l'Assurance Maladie uniquement sur la base du tarif conventionnel. L'accès au secteur 2 était initialement ouvert à tout médecin. Devant la hausse trop importante de médecins choisissant cette option, une convention a été adoptée en 1990 (9), instaurant des conditions d'accès plus restrictives : le choix du secteur 2 est alors réservé aux praticiens en situation de primo-installation, et ayant des titres hospitaliers, essentiellement des anciens chefs de clinique ou des assistants des hôpitaux. D'autre part, devant le problème d'accès aux soins posé par la hausse des pratiques de dépassements d'honoraires, le gouvernement a engagé une réforme fin 2012 visant à encadrer le secteur 2 : le taux de 150 % du tarif opposable a été défini comme seuil au-delà duquel les médecins s'exposent à des sanctions (20,21).

Les médecins peuvent aussi choisir de ne pas se conventionner, auquel cas la consultation n'est pas remboursée au patient ; les prescriptions du médecin sont en revanche prises en charge.

D'après les chiffres de l'INSEE⁴ (22), en 2005, le pourcentage d'omnipraticiens (dont une majorité de généralistes) et de cardiologues exerçant en secteur 2 était assez voisin (respectivement 13 % et 19 %), ces chiffres étant inférieurs à la moyenne nationale de l'ensemble des médecins français (25 % en secteur 2). On constate également que les cardiologues étaient en-dessous de la moyenne nationale de l'ensemble des spécialistes optant pour le secteur 2, qui était de 38 %⁵.

En 2010, la moyenne nationale des médecins exerçant en secteur 2 était identique à celle de 2005, de même que la proportion de cardiologues optant pour le secteur 2, tandis que celle

4 INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques.

5 Parmi les autres spécialistes dont la proportion est inférieure à la moyenne nationale des spécialistes exerçant en secteur 2, on retrouve les radiologues et les pneumologues.

des généralistes avait un peu diminué (10 %, contre 13 % en 2005) (23).

2.3. Modes de rémunération

En France, la rémunération des médecins libéraux généralistes et spécialistes est fondée sur le *paiement à l'acte* (24) (consultation et actes supplémentaires éventuels).

Pour les médecins généralistes, la consultation (C) est rémunérée 23 € ; on peut citer certains actes courants, tels que le prélèvement cervicovaginal (9,64 €), la réalisation d'un électrocardiogramme (ECG) avec au moins 12 dérivations (13,52 €).

Pour les spécialistes, la consultation, dite spécialisée (CS), est rémunérée 28 €. Concernant les actes de cardiologie, outre l'ECG, on peut citer l'échographie-doppler transthoracique du cœur et des vaisseaux intrathoraciques (96,49 €), ou encore l'épreuve d'effort (76,80 €) (25).

3. Rapports entre généralistes et spécialistes : spécificités du système de santé français

Dans cette partie, nous allons mettre en perspective les spécificités du système de santé français, en le comparant à ceux de nos voisins européens.

3.1. Proportion des médecins généralistes et des spécialistes

Au premier janvier 2012, la France comprenait près de 214 000 médecins en activité (dont 208 000 en France métropolitaine) (13), ce nombre ayant suivi une progression constante depuis des décennies, pour stagner depuis les années 2000 (26).

Parmi eux, d'après les données de l'INSEE (13) (voir Illustration 1) :

- 103 000 sont des omnipraticiens⁶ (soit 48 %), dont 100 600 en France métropolitaine, ce qui représente une densité de 161 généralistes pour 100 000 habitants.
- 110 000 sont des médecins spécialistes (55 % de spécialistes médicaux et 45 % de spécialistes chirurgicaux), dont 108 000 en France métropolitaine, soit une densité de 173 spécialistes pour 100 000 habitants. Les cardiologues représentent la 4^{ème} spécialité médicale en France en termes d'effectifs (6 400 cardiologues en France, soit 10 % des spécialistes médicaux), avec une densité de 10 cardiologues pour 100 000 habitants.

L'exercice de la médecine générale et de la cardiologie en France se fait surtout sur le mode ambulatoire libéral ou mixte. En effet, en 2011, 66 % des généralistes (soit 61 500 en effectifs totaux) exerçaient en libéral ou mixte, dont 55 000 exclusivement en libéral (15), et début 2012, 65 % des cardiologues (4 100 en effectifs totaux) choisissaient l'exercice libéral ou mixte (13).

6 Parmi les omnipraticiens, la majorité sont des médecins généralistes.

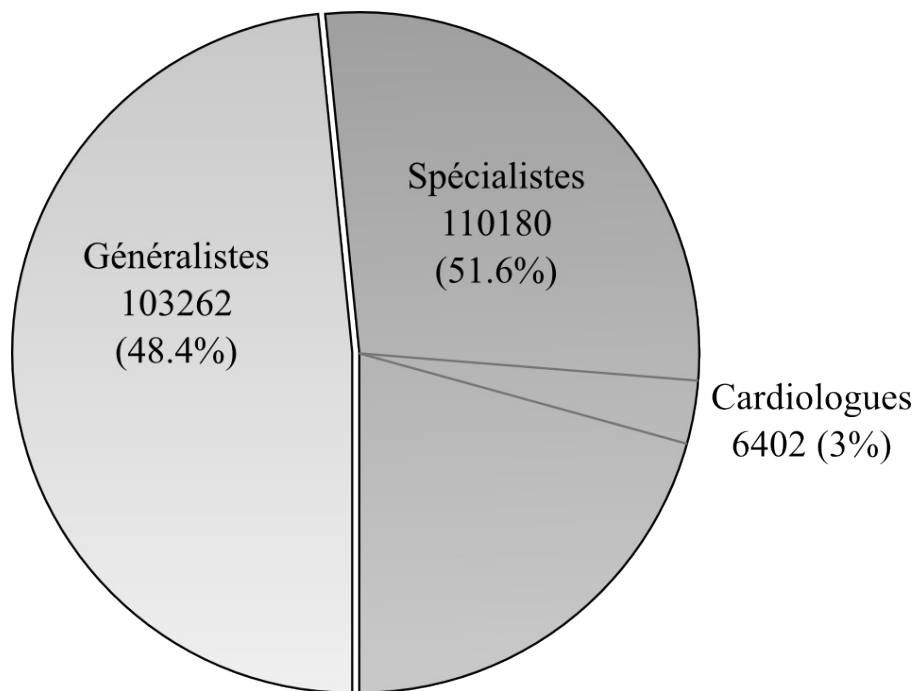


Illustration 1 : Répartition des médecins généralistes et spécialistes en France, en 2012 (chiffres de l'INSEE (13)). On note les effectifs bruts et, entre parenthèses, le pourcentage par rapport aux effectifs totaux des médecins.

Par ailleurs, d'après les premiers résultats d'une étude débutée fin 2010 par l'Observatoire européen de la démographie médicale (27), la France est le pays ayant la plus forte densité de médecins généralistes, chiffrée à 2,1 pour 1 000 habitants, contre une densité inférieure ou égale à 1,2 pour 1 000 habitants dans les autres pays européens (notamment le Royaume-Uni, la Belgique, l'Allemagne).

Selon cette même étude, la densité des spécialistes est comparable dans la plupart des pays européens, sauf au Royaume-Uni où elle est la plus faible, à 1,3 pour mille habitants. Dans les autres pays, elle se situe entre 2,1 et 2,9 (France, Allemagne, Roumanie, Espagne, Belgique).

En revanche, si l'on se concentre sur la densité des cardiologues, on constate que la France se caractérise par l'une des densités les plus élevées d'Europe (voir Illustration 2). En effet, d'après les données de 1997 et de 2000 fournies par Block (28,29), qui compare la densité de cardiologues dans différents pays d'Europe, la France était en 3^{ème} position derrière la Grèce et l'Italie, avec une densité de 83 par million d'habitants (voisine de celle de 2012). Les autres pays européens avaient une densité plus basse, allant jusqu'à seulement 8 cardiologues par million d'habitants au Royaume-Uni⁷, soit une densité dix fois inférieure à celle de la France.

On peut noter que la densité de cardiologues aux États-Unis était voisine de celle de la France en 1997, avec 70 cardiologues par million d'habitants.

⁷ A noter que Block donne des chiffres un peu différents entre ses 2 publications (28,29), notamment pour l'Italie, le Portugal, les Pays-Bas, la Norvège. On peut attribuer ces différences à des corrections qu'il a apportées dans le second article, même s'il ne le dit pas explicitement.

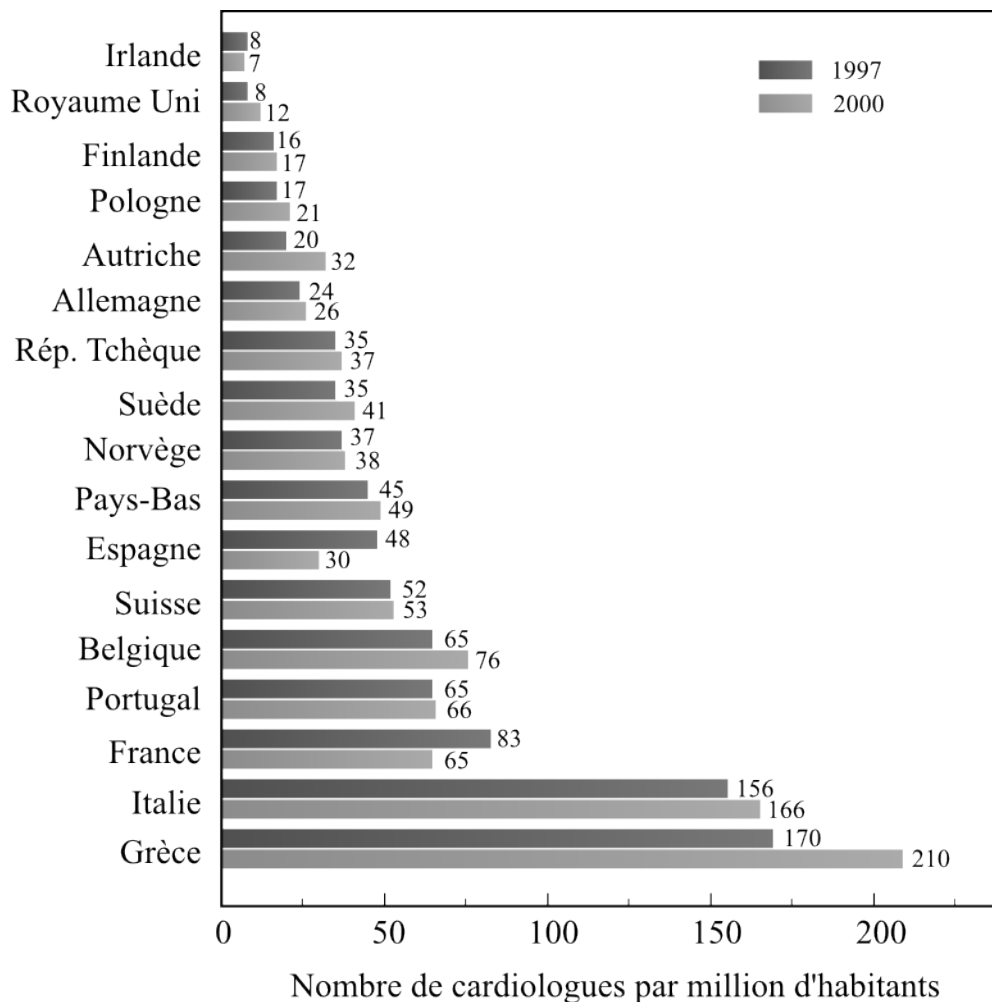


Illustration 2 : Nombre de cardiologues par million d'habitants dans différents pays européens en 1997 et en 2000 (d'après(29))

3.2. Mode d'exercice et activité des cardiologues

Le mode d'exercice des cardiologues varie d'un pays à l'autre, en fonction de la définition de l'activité, du rôle qui est attribué aux cardiologues. En effet, d'après Block (28), il semble que dans les pays à forte densité de cardiologues, ceux-ci ont souvent un mode d'exercice privé et sont moins nombreux à exercer une activité très technique. À noter que ces données sont à interpréter avec précaution, du fait d'un recueil incomplet d'informations pour certains pays ; il faut être d'autant plus prudent qu'elles datent de 1997.

Parmi les pays à forte densité de cardiologues, on peut citer la France, la Grèce et l'Italie. Les patients présentant des pathologies cardiaques y sont essentiellement pris en charge par les cardiologues, qu'il s'agisse de pathologies non graves, ou plus complexes nécessitant une expertise en cardiologie et d'importants moyens techniques. Les médecins généralistes ont alors un rôle minime dans la prise en charge des patients cardiaques.

En revanche, dans la plupart des pays ayant une densité de cardiologues plus faible, les patients ayant des pathologies cardiaques dénuées de caractère urgent ou grave ont d'autres recours que le cardiologue, notamment les généralistes et les spécialistes en médecine interne,

qui peuvent si nécessaire réaliser des examens spécialisés comme des électrocardiogrammes, voire des échocardiographies. Dans ces pays, les cardiologues sont des médecins très spécialisés, ils s'occupent majoritairement de patients ayant de lourdes pathologies cardiaques. Leur activité requiert d'importants moyens techniques, d'où un exercice presque exclusivement hospitalier. Le Royaume-Uni et l'Irlande sont les exemples les plus représentatifs de ce modèle de prise en charge.

Ce mode d'exercice principalement hospitalier des cardiologues britanniques est donc très différent de celui des cardiologues français, dont une majorité exerce en ambulatoire (65 % ont une activité libérale).

Dans cette première partie descriptive du système de soins français, nous avons observé qu'il s'est produit assez récemment une grande transition en termes d'accessibilité des médecins : auparavant, le patient accédait sans contrainte à tout médecin de son choix, que ce soit un généraliste ou un spécialiste. Actuellement, l'accès aux médecins généralistes est plus régulé car, pour être correctement pris en charge par l'Assurance Maladie, il faut déclarer un *médecin traitant*. L'accès aux spécialistes, notamment aux cardiologues, est également restreint car le patient doit être adressé au spécialiste par un médecin (habituellement le médecin traitant) pour être correctement remboursé.

Ce système de *parcours de soins coordonnés* réduit le risque de nomadisme médical, et donne plus de place au médecin généraliste, qui devient le pivot de la prise en charge du patient. Par conséquent, les rôles du médecin traitant et du cardiologue ont évolué, chacun devant trouver sa nouvelle place, ce qui peut générer des difficultés.

Cette étude se concentre sur l'évaluation de la collaboration entre généralistes et cardiologues, car ces derniers figurent parmi les principaux correspondants des généralistes. En effet, lorsqu'un généraliste adresse un patient à un spécialiste, il s'agit dans 20 à 30 % des cas d'un cardiologue (7). Nous nous intéresserons ici uniquement au ressenti et aux attentes des médecins généralistes concernant cette collaboration.

II. Matériel et méthode

Nous allons d'abord exposer le choix de la méthode utilisée pour cette étude, en précisant les modalités théoriques de celle-ci, puis nous détaillerons l'élaboration proprement dite de l'étude.

1. La recherche qualitative

La recherche qualitative s'attache à la compréhension de phénomènes du point de vue psychosocial. Elle répond à des questions de type *pourquoi ?* ou *comment ?* et s'appuie sur des éléments non mesurables, le plus souvent des données verbales (31). Notre étude vise à mieux comprendre le fonctionnement de la collaboration entre les médecins généralistes et les cardiologues, elle relève donc de la recherche qualitative.

Ce type de recherche dispose de nombreux outils, les plus courants étant les entretiens, qu'ils soient individuels ou en groupes (alors appelés *focus groups*). Les entretiens sont habituellement semi-directifs (32,33), c'est-à-dire s'appuyant sur un guide d'entretien qui

contient plusieurs questions ouvertes (6 ou 7) relatives au thème de la recherche.

En recherche qualitative, il n'est pas nécessaire d'être représentatif d'une population : l'important est la diversité des participants recrutés, pour recueillir une grande variété de points de vue (33).

1.1. Historique de la recherche qualitative

Les débuts de la recherche qualitative remontent aux années 1920, lorsque des anthropologues et sociologues se sont intéressés à l'étude des phénomènes humains dans leur environnement naturel (31).

Au début de la seconde guerre mondiale, la recherche qualitative, notamment par *focus groups*, est utilisée dans l'étude de l'efficacité de la propagande et de l'entraînement des troupes (34,35). Puis, dans les années 1950, l'industrie s'approprie les techniques de recueil de données en recherche qualitative, pour l'évaluation de la productivité des travailleurs (34), ou encore pour le marketing commercial (36) (par exemple le recueil des attentes des consommateurs, permettant de rendre un produit plus attractif) (31,37).

Dans les années 1980, ce mode de recherche s'étend au monde universitaire, dans des domaines variés tels que la santé publique, l'éducation, les sciences sociales, l'environnement. La recherche qualitative est largement utilisée par les anglo-saxons dans l'évaluation des soins primaires. En France, les sociologues effectuent depuis longtemps de la recherche qualitative (33), mais celle-ci s'étend progressivement au domaine de la médecine générale (31).

1.2. Choix des *focus groups* et des entretiens individuels

1.2.1. Justification du choix des *focus groups*

La méthode des *focus groups* consiste à réunir plusieurs personnes (5 à 8 en moyenne) pour échanger leurs points de vue sur une question de recherche. La dynamique de groupe (31) permet de stimuler la discussion, de reformuler et clarifier des pensées, de faire ressortir un large éventail d'opinions, pas forcément attendues par le chercheur (33). Ainsi, cette méthode a semblé parfaitement adaptée à notre étude.

1.2.2. Modalités pratiques

a. Élaboration de la question de recherche et du guide d'entretien

Après avoir défini précisément la question de recherche, il faut établir un guide d'entretien, qui contient plusieurs questions ouvertes. La première question est très générale, afin de lancer la discussion et de mettre les participants en confiance ; les questions suivantes abordent des thèmes plus précis mais restent ouvertes, afin de ne pas influencer les participants dans leurs réponses et de favoriser l'émergence d'idées nouvelles. Ces questions doivent être assez courtes, formulées de manière simple, claire et sans connotation positive ou négative (36). Chaque question est associée à des sous-questions plus précises, qui permettent surtout de relancer la discussion si nécessaire.

b. Recrutement des participants

La phase suivante est celle du recrutement des participants. Ceux-ci doivent tous être

volontaires, si possible ne pas se connaître, ne pas être experts dans la question de recherche (pour éviter un *effet leader* dans le groupe) et avoir une expérience comparable quant au thème de l'étude (36,38). Par ailleurs, il est nécessaire d'obtenir l'accord de tous les participants à un enregistrement audio ou vidéo, et de leur garantir l'anonymat.

c. Organisation des *focus groups*

Le lieu des réunions doit être accessible à la population étudiée, neutre, confortable, et doté d'une acoustique permettant un enregistrement audio ou vidéo de qualité (33,36). Il est possible de prévoir un buffet pour la séance, afin de garantir une ambiance conviviale. La date et l'horaire de la réunion sont choisis de manière à respecter les contraintes des participants (36) : il est préférable d'organiser une séance un soir en semaine, en évitant les veilles de week-end et de jour férié.

La séance est alors menée par un *animateur*, qui doit être une personne neutre, non experte dans le sujet de l'étude. En début de séance, il insiste sur le fait que chacun doit pouvoir s'exprimer librement, qu'il n'y a pas d'idée vraie ou fausse, et que toutes les opinions sont intéressantes pour l'étude. L'animateur se base sur le guide d'entretien pour diriger le *focus group* (39). Il est assisté par un *observateur*, généralement le chercheur lui-même, qui n'intervient pas dans la discussion (40) mais prend note des aspects non verbaux de la discussion. Chaque séance peut durer entre une et trois heures.

Il est possible de faire un premier groupe-test, à l'issue duquel l'observateur et l'animateur peuvent déterminer les adaptations éventuelles à apporter au guide d'entretien et au déroulement des séances futures (36). Le nombre total des *focus groups* n'est pas défini *a priori* : on cesse d'organiser des réunions lorsque l'on arrive à *saturation* (41), c'est-à-dire lorsque l'on ne voit plus émerger de nouvelles idées (31,33).

d. Recueil et analyse des données

Enfin, l'ensemble des données enregistrées est retranscrit intégralement (*verbatim*), en incluant le cas échéant les aspects non verbaux des discussions. La méthode d'analyse est définie au préalable dans le protocole de l'étude, pour être systématique et reproductible. Les phases de recueil et d'analyse ne sont pas forcément séparées : elles peuvent s'alterner au fur et à mesure que les *focus groups* sont réalisés (33).

L'analyse consiste à extraire, classer, et confronter les idées exprimées (33,38), à les regrouper et les étiqueter en grands thèmes puis sous-thèmes plus précis. Lors de cette phase de *codage* de l'information (33,38), on s'attache à la fréquence (ou occurrence) de chaque idée (combien de fois cette même idée a-t-elle été exprimée ?), à son étendue (combien de personnes l'ont exprimée ?) et à son intensité (quelle est la force de ce point de vue ?) (42). À noter que l'occurrence et l'étendue d'une idée n'en font pas une idée plus valide, plus importante, qu'une idée exprimée une seule fois (43). Cette technique d'analyse est inspirée de l'ancienne méthode dite de la *table longue* (33,38).

En pratique, notre analyse a été effectuée au fur et à mesure des retranscriptions. Nous avons systématiquement recensé et classé les idées émises par les participants (codage), en tenant compte de l'importance qu'elles avaient pour ceux qui les exprimaient. Cette méthode nous a permis d'aboutir à un ensemble de thèmes regroupant des idées caractérisées par leur fréquence et de leur étendue.

1.2.3. Les entretiens individuels, complémentaires des *focus groups*

Les *focus groups* ont certaines contraintes qui ne permettent pas toujours un recrutement

diversifié : il faut pouvoir réunir plusieurs personnes à une même date, en un même lieu géographique qui n'est pas toujours proche du lieu de résidence des participants ; ce lieu doit être assez vaste pour accueillir une dizaine de personnes ; la réunion est par ailleurs chronophage.

Les entretiens individuels sont plus flexibles pour le participant interrogé (lieu et date plus faciles à définir, entretien moins long que pour un *focus group* (41)). Le recrutement est donc plus aisé, et permet de compléter l'échantillonnage des *focus groups*.

Dans un entretien individuel, c'est le chercheur lui-même qui dirige l'entretien sur la base du guide d'entretien, et non un animateur indépendant. Les autres modalités pratiques sont comparables à celles des *focus groups*.

1.3. Critères de scientificité

La recherche qualitative expose par nature à un risque de subjectivité, qu'il est possible de minimiser si l'on respecte certaines règles (ou *critères de scientificité*). Le respect de ces règles améliore la crédibilité de ce type de recherche (44). Les principaux critères de scientificité sont la validité interne, la validité externe, la cohérence interne et l'objectivité.

- La *validité interne* (ou *crédibilité*), d'après Drapeau (44), implique de vérifier si les observations sont effectivement représentatives de la réalité ou crédibles, c'est-à-dire d'évaluer si ce que le chercheur observe est vraiment ce qu'il croit observer. Les *focus groups* et entretiens individuels permettent d'obtenir une bonne validité interne, car l'animateur reformule régulièrement les idées émises par les participants, dans le but de vérifier qu'il a bien compris ce qui a été dit.
- La *validité externe* (ou *transférabilité*) renvoie à la possibilité de généraliser les observations à d'autres objets ou contextes (44). Cette généralisation n'est envisageable que si l'échantillon de la population étudiée est suffisamment représentatif de la problématique (et non représentatif de la population). Ainsi, il faut interroger une population assez diversifiée pour recueillir des informations complètes sur la problématique. Il faut aussi décrire précisément la population étudiée (les participants, le contexte, ...) pour pouvoir comparer les résultats et obtenir une bonne validité externe. Dans les *focus groups* et les entretiens individuels, nous nous attachons justement à effectuer un recrutement diversifié et à décrire précisément les participants, pour ne pas généraliser de manière excessive les résultats de l'étude.
- Pour définir la *fidélité* (ou *cohérence interne*), Lessard (45) évoque la persistance d'une procédure de mesure à procurer la même réponse, peu importe quand et comment celle-ci est produite. Cela se rapproche de la validité externe (44), ces deux critères garantissant une reproductibilité des résultats. Dans les *focus groups* et les entretiens individuels, la définition d'un protocole d'analyse avant de débiter le recueil des données et la description précise de la population étudiée permettent une certaine reproductibilité des résultats.
- Enfin, pour obtenir une bonne *objectivité*, il faudrait mettre de côté les données subjectives et se concentrer sur les informations objectives. Drapeau (44) souligne que cela est difficile à obtenir en recherche qualitative, car peu compatible avec l'étude de phénomènes essentiellement subjectifs.

1.4. Triangulation

Les critères de scientificité que l'on vient de définir permettent d'augmenter le crédit des

résultats d'une recherche qualitative. En pratique, on peut valider les résultats obtenus en recherche qualitative par des méthodes dites de *triangulation*, qui consistent à analyser la question de recherche selon plusieurs perspectives. Patton (46) explique que le but de la triangulation n'est pas d'obtenir un accord parfait entre les différentes sources de données ou méthodes d'analyse mais plutôt de faire ressortir des divergences qui permettent une analyse plus profonde des données recueillies.

Guion *et al.* (47) indiquent que la triangulation peut prendre plusieurs formes :

- **La triangulation des sources de données** consiste à diversifier les sources des données recueillies afin d'augmenter la validité de l'étude. Cependant, notre question de recherche ciblant spécifiquement les médecins généralistes, l'application de ce type de triangulation à notre étude est très limitée.
- **La triangulation des enquêteurs** consiste à faire mener la même étude par différents enquêteurs, c'est-à-dire que plusieurs chercheurs suivent le même protocole expérimental (guide d'entretien, méthode d'analyse, ...) pour comparer les résultats auxquels ils arrivent. Évidemment, du fait de la limitation en moyens matériels et humains à notre disposition, nous n'avons pas pu mettre en œuvre cette triangulation.
- **La triangulation de théorie** fait intervenir de multiples perspectives d'interprétation des données recueillies. Une approche assez populaire est de fournir les données à des personnes extérieures au domaine d'étude pour comparer les analyses qu'elles en font. Ce type de triangulation a été en partie appliqué à ce travail dans la mesure où l'animateur des *focus group* a pris part à l'analyse des données. Nous avons pu à chaque étape de l'analyse confronter son interprétation à la nôtre.
- **La triangulation méthodologique** implique l'utilisation de différentes méthodes pour analyser la même question de recherche. Elle se rapproche beaucoup de la triangulation des sources de données. C'est ce type de triangulation que nous avons majoritairement mis en place dans cette étude en combinant les données issues des trois *focus groups* à celle des sept entretiens individuels.
- **La triangulation environnementale** est utilisée pour déterminer les facteurs environnementaux qui influent sur les résultats de l'étude. Pour cela, il faut diversifier les environnements dans lesquels l'étude est menée (lieux, saison, ...). Pour notre étude, nous nous sommes surtout attachés à diversifier l'environnement médical des médecins interrogés (lieux d'exercice, proximité d'un CHU, ...).

2. Élaboration de l'étude

Nous présenterons ici l'élaboration du guide d'entretien puis les modalités de recrutement des médecins.

2.1. Élaboration du guide d'entretien

Comme nous l'avons expliqué plus haut, il est préférable que les premières questions soient assez générales, afin de lancer la discussion et de mettre les participants en confiance. Ainsi, les deux premières questions du guide d'entretien portent sur les derniers échanges avec les cardiologues et sur les modes de communication avec ces derniers.

Puis nous abordons des aspects plus précis, en lien avec les changements occasionnés par la mise en place du parcours de soins coordonnés en 2004. La communication entre les

généralistes et les spécialistes (dont les cardiologues) ayant évolué, nous posons plusieurs questions dans l'objectif de détecter, sans *a priori*, à quelles étapes de la communication peuvent émerger des problèmes, concernant notamment :

- l'accessibilité des cardiologues,
- le choix du cardiologue (sachant que le patient n'accède au cardiologue que s'il est adressé par un médecin, qui est le plus souvent son médecin traitant),
- la réponse du cardiologue.

Les problèmes éventuels de communication ayant été soulevés, la dernière question porte sur les solutions possibles pour améliorer les relations entre les généralistes et les cardiologues.

Ce guide d'entretien a été légèrement modifié à l'issue du premier *focus group* : nous avons ajouté une question plus spécifique portant sur le diagnostic d'insuffisance cardiaque par les cardiologues.

Voici le guide d'entretien définitif :

Questions globales	Questions de relance
<u>Question initiale :</u> Parlez-nous de vos derniers échanges avec vos correspondants cardiologues.	
Comment communiquez-vous avec les cardiologues ?	- dans vos courriers, précisez-vous vos attentes ? (examens complémentaires, avis diagnostique, thérapeutique)
Que pensez-vous de l'accessibilité des cardiologues ?	- au téléphone pour un avis ponctuel ? - délai de rendez-vous pour une consultation ? - tarifs (secteur 1 ou 2) ?
Comment se fait le choix du cardiologue ?	- intervenez-vous dans le choix du cardiologue ? Orientez-vous le patient dans son choix ? - en cas de désaccord avec le patient, tentez-vous de modifier son choix ?
Que pensez-vous de la réponse de votre correspondant ?	- propositions d'examens complémentaires par le cardiologue : validées et argumentées ? - propositions thérapeutiques : adaptées et validées ? - comment gérez-vous vos désaccords avec le cardiologue, en parlez-vous avec lui ?
Que pensez-vous du diagnostic d'insuffisance cardiaque par vos correspondants cardiologues ?	- diagnostic posé clairement par le cardiologue ?
Comment pourrait-on améliorer les relations entre cardiologues et médecins généralistes ?	- meilleure correspondance écrite ? - dans le courrier au cardiologue, préciser les examens complémentaires attendus ? - lorsque vous écrivez à un cardiologue, vous semblerait-il utile d'y joindre un document succinct précisant vos attentes globales ?

2.2. Recrutement des médecins généralistes

Tant pour les *focus groups* que pour les entretiens individuels, le principe du recrutement était d'établir un premier contact par téléphone et éventuellement par courriel, puis, pour les médecins acceptant de participer, nous demandions une confirmation téléphonique de leur présence, quelques jours avant la date fixée.

2.2.1. Recrutement pour les *focus groups*

Trois *focus groups* ont été nécessaires pour recueillir une assez grande diversité d'idées et atteindre globalement la saturation des données.

Les principales règles méthodologiques de recrutement ont été respectées, sauf pour le premier *focus group* dans lequel tous les participants se connaissaient. Cette entorse à la règle était volontaire : ce premier *focus group* étant le groupe-test, il était plus aisé de réunir des médecins qui se connaissaient et le déroulement de la séance était facilité par une ambiance d'emblée très détendue. À noter que les buffets servis au cours des *focus groups* avaient été préparés par nos soins.

En principe, une séance-test n'est pas censée être prise en compte dans l'analyse. Néanmoins, la richesse des idées émises lors de ce premier *focus group* nous a poussés à l'inclure dans l'étude.

Le recrutement des médecins pour les *focus groups* s'est déroulé comme suit :

- Pour le 1^{er} groupe, nous avons contacté par courriel l'ensemble des médecins d'un groupe de FMC⁸ en Moselle-Est. 6 médecins ont pu être réunis, les autres n'étant pas disponibles à la date convenue. Ce *focus group* a eu lieu le 6 mars 2012 dans la salle habituelle de réunion de ce groupe FMC, au sein d'un hôpital mosellan, et a duré 2 heures.
- Pour le 2^{ème} groupe, nous avons contacté par courriel deux listes de groupes de FMC de Moselle (au total 17 médecins) et 4 autres médecins exerçant dans la même grande zone géographique. Malgré une relance, 10 médecins n'ont pas répondu ; 2 médecins n'étaient pas intéressés par le sujet ; 4 médecins n'étaient pas disponibles aux dates proposées. Finalement, 5 généralistes ont pu être recrutés. Le *focus group* a eu lieu le 20 avril 2012 dans une salle de réunion de l'AMMPPU⁹ en Moselle, il a duré 1h25min.
- Pour le 3^{ème} groupe, nous avons choisi d'interroger des médecins d'une zone géographique plus éloignée, afin de ne pas nous cantonner à d'éventuels problèmes locaux, spécifiques à la Moselle. Le but était de savoir si les problèmes de communication soulevés dans les deux premiers *focus groups* étaient similaires dans une autre zone géographique, en l'occurrence la Meurthe-et-Moselle.

Nous avons tenté de faire cette réunion au mois de juin 2012, en contactant une liste de 29 médecins appartenant au même groupe d'Enseignement Post-Universitaire de l'AMPPU 54¹⁰. Malgré nos relances, nous n'avons pas pu réunir un nombre suffisant de médecins (seulement 3 généralistes étaient disponibles ; 1 médecin n'était pas intéressé, 2 n'étaient pas concernés de par leur activité médicale, 3 n'étaient pas disponibles en raison de nombreuses réunions en juin, et les autres médecins n'ont pas répondu aux courriels).

8 FMC : Formation Médicale Continue.

9 AMMPPU : Association Médicale Mosellane de Perfectionnement Post-Universitaire.

10 AMPPU 54 : Association Médicale de Perfectionnement Post-Universitaire de la Meurthe-et-Moselle

Nous avons donc contacté d'autres médecins de Meurthe-et-Moselle : le réseau ICALOR¹¹ nous a fourni une liste de 28 médecins adhérents¹², exerçant dans un périmètre de 25 km autour de Nancy ; nous avons également contacté 14 autres médecins exerçant dans ce même périmètre, et un médecin de Moselle qui n'avait pas pu participer à un précédent *focus group*, mais qui pouvait se rendre au troisième *focus group* aux dates proposées. 2 médecins ne souhaitaient pas participer à une réunion, 1 n'était pas intéressé par le sujet, 5 n'étaient pas disponibles aux dates proposées, 23 n'ont pas répondu aux courriels ou n'étaient pas joignables par téléphone. On peut supposer que l'absence de réponse aux courriels était due soit à un manque d'intérêt pour le sujet, soit à des départs en vacances.

Finalement, 8 médecins ont accepté de participer à la réunion, mais le jour du *focus group*, l'un d'entre eux a dû se désister pour des raisons personnelles. Parmi les sept généralistes présents, 6 exercent en Meurthe-et-Moselle et 1 travaille en Moselle. À noter que l'un des participants a dû partir au bout d'une heure, ce dont il nous avait prévenu. Cette réunion a eu lieu dans une salle de l'URPS¹³ médecins, le 29 août 2012, elle a duré 1h39min.

Les caractéristiques plus précises des participants sont détaillées dans le tableau récapitulatif en annexe.

2.2.2. Recrutement pour les entretiens individuels

Les trois *focus groups* ayant permis d'avoir une idée générale du ressenti des généralistes sur leur collaboration avec les cardiologues, nous avons complété l'étude en réalisant sept entretiens individuels.

Il s'agissait d'interroger certains médecins n'ayant pas pu se rendre aux *focus groups*, mais aussi de diversifier l'échantillonnage, en termes d'âge, de sexe, de type d'exercice (seul ou en groupe), de lieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain), mais aussi en termes de catégories de médecins.

En effet, le recrutement pour les *focus groups* se fondait en partie sur des groupes préexistants de médecins qui effectuent régulièrement de la FMC. Cela laissait supposer une implication assez importante de ces participants dans la recherche en médecine générale et donc un certain biais de sélection, avec un risque que les idées émises par cette catégorie de médecins soient trop voisines. Nous avons donc choisi d'interroger d'autres médecins généralistes, pas forcément aussi impliqués dans la recherche en médecine générale, et ayant peut-être d'autres idées à apporter sur le sujet de recherche.

Nous avons effectué les entretiens individuels entre le 10 septembre et le 4 octobre 2012. Le sixième entretien a permis d'interroger une généraliste n'ayant pas pu se rendre à un *focus group*. La durée des entretiens variait de 15 à 40 minutes. Les entretiens avec les médecins installés se sont déroulés à leur cabinet médical, tandis que les médecins remplaçants ont été interrogés à leur domicile ou à celui du chercheur.

Des informations plus détaillées sur les participants sont précisées dans le tableau récapitulatif en annexe.

2.2.3. Récapitulatif des participants

Au total, 25 médecins généralistes ont été interrogés, dont 10 femmes et 15 hommes.

11 ICALOR : Insuffisance Cardiaque de Lorraine.

12 Au moment de contacter les médecins adhérent au réseau ICALOR, nous leur avons bien précisé que leur degré d'implication dans le réseau n'avait aucune importance pour le sujet de l'étude.

13 URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé.

14 médecins exercent en Moselle, 9 en Meurthe-et-Moselle, une médecin remplaçante travaille dans ces deux départements, et une participante est installée en Alsace, dans le Haut-Rhin.

9 médecins interrogés exercent en milieu urbain, 6 en semi-rural, 1 en milieu rural ; une remplaçante exerce en urbain et semi-rural, une autre remplace dans les trois milieux d'exercice.

Concernant les modes d'exercice, 10 médecins sont installés en cabinet seul, 11 médecins sont installés en association (7 en cabinet de groupe de 2 à 3 médecins, et 4 en maison médicale ou maison de santé comprenant 2 à 5 médecins), 4 participants sont remplaçants.

La moyenne d'âge des médecins interrogés était de 48,9 ans, la répartition étant la suivante : 2 participants de moins de 30 ans, 3 participants de la tranche d'âge 30-39 ans, 7 participants de la tranche d'âge 40-49 ans, 10 participants de la tranche d'âge 50-59 ans et 3 participants âgés de 60 ans ou plus.

III. Résultats

Dans cette partie, nous allons exposer les grandes idées exprimées par l'ensemble des médecins généralistes interrogés. Toutes les parties de texte écrites en italique correspondent à des citations. À la suite de chaque citation figurent entre parenthèses : le pseudonyme attribué au médecin cité (Dr A, Dr B, ...), puis le *focus group* (FG) ou l'entretien individuel (E) d'où la citation est extraite, puis le numéro du *focus group* ou de l'entretien (FG1, E1, ...), et enfin la page à laquelle se trouve la citation.

Nous avons choisi de ne pas insérer en annexe le *verbatim* des *focus groups* et des entretiens individuels, car il contient des données susceptibles de compromettre l'anonymat des participants et la confidentialité de leurs échanges. Nous avons donc préféré ne pas diffuser largement ces retranscriptions. Elles sont disponibles en format numérique à l'université de Lorraine.

Nous expliquerons d'abord comment s'effectue en pratique la communication entre les généralistes et les cardiologues. Puis nous aborderons le ressenti des généralistes concernant cette collaboration. Enfin, nous préciserons leurs attentes, et leurs propositions en vue d'améliorer la communication avec les cardiologues.

1. État des lieux de la communication avec les cardiologues

Avant d'analyser le ressenti des généralistes concernant leur collaboration avec les cardiologues, il est nécessaire de s'intéresser aux différentes facettes de cette collaboration. En particulier, il nous paraît important de savoir comment ils communiquent (par courrier et par téléphone), quelle est l'accessibilité des cardiologues, mais aussi comment se fait le choix du cardiologue.

1.1. Courrier adressé au cardiologue

1.1.1. Des courriers systématiques

La plupart des médecins interrogés¹⁴ rédigent leurs courriers de manière systématique, en y faisant figurer le motif d'adressage au cardiologue, les antécédents du patient, son traitement habituel, l'examen clinique, ainsi que les événements intercurrents éventuels. Les généralistes qui ont un électrocardiographe fournissent une copie de l'ECG au cardiologue.

Ils apprécient l'aide apportée par les logiciels informatiques qui permettent d'insérer automatiquement certains éléments du dossier médical : cela constitue un gain de temps et leur permet de rédiger des courriers assez précis.

Plusieurs participants¹⁵ distinguent trois grandes situations motivant une consultation de cardiologie : la situation du patient adressé pour la première fois à un cardiologue (nécessitant un courrier très détaillé), le suivi de routine (occasionnant des courriers plutôt succincts, voire pas de courrier du tout pour une participante¹⁶ s'il n'y a pas eu d'événement intercurrent), et la situation où le généraliste se pose une question bien précise en raison d'un point d'appel clinique (occasionnant un courrier assez détaillé).

1.1.2. Adaptation du courrier selon le cardiologue destinataire

Certains participants¹⁷ adaptent leurs courriers selon le cardiologue auquel ils adressent le patient.

L'un d'eux est manifestement assez concis dans ses demandes pour les cardiologues qui connaissent bien sa façon de travailler, ses compétences et ses attentes. En revanche, lorsqu'il écrit à un cardiologue qui le connaît moins, il précise ses attentes : *C'est explicite depuis peu. Je rajoute un post-scriptum [...] un truc où il comprend qu'il a le droit de dire ce qu'il veut mais que c'est moi qui prescris quoi [...] C'est poli, c'est gentil.* (Dr H, FG2, p3).

Une participante rédige son courrier selon le tempérament du cardiologue, selon la relation qu'elle a avec le cardiologue. Par exemple, pour l'une de ses correspondantes cardiologues, qui lui semble *beaucoup plus susceptible*, elle rédige son courrier *avec beaucoup plus de prudence*. (Dr X, E6, p2).

1.1.3. Propositions d'examens complémentaires

Certains médecins généralistes suggèrent parfois la réalisation d'examens complémentaires, essentiellement lorsqu'ils sont assez sûrs d'eux sur l'indication de ces examens. Ils formulent leurs propositions de manière prudente, en évitant d'imposer leur avis, mais plutôt en posant la question de l'indication de tel ou tel examen : *toujours en laissant... la porte ouverte* (Dr C, FG1, p9) ; *Je sou mets [...] à ton expertise l'utilité de faire tel examen ou tel autre.* (Dr X, E6, p2).

Ils expliquent leur attitude par la crainte de suggérer des examens inappropriés : *on détient pas la vérité* (Dr E, FG1, p9). Ils veulent rester ouverts aux propositions du cardiologue. Une participante explique sa prudence dans ses propositions : *[...] c'est justement pour qu'il soit*

14 (Drs A, B, C, et E, FG1, p7-8) ; (Dr S, E1, p1) ; (Dr T, E2, p1) ; (Dr V, E4, p1) ; (Dr W, E5, p6) ; (Dr Y, E7, p2)

15 (Dr D, FG1, p8) ; (Dr G, FG2, p2) ; (Dr Q, FG3, p5 et acquiescement de quelques participants) ; (Dr W, E5, p6)

16 (Dr J, FG2, p4 et p7)

17 (Drs H et I, FG2, p3) ; (Dr X, E6, p2)

pas [...] obligé, par politesse, de faire quelque chose de totalement inutile. (Dr C, FG1, p9).

Un participant insiste plutôt sur ce qu'il recherche, sur le diagnostic qu'il veut confirmer ou éliminer, mais sans suggérer d'examen particuliers (Dr L, FG3, p5).

D'autres médecins ne proposent jamais ou quasiment jamais d'examen complémentaires, pour diverses raisons : la crainte de suggérer des examens inappropriés, le fait que ce n'est pas leur travail mais celui du spécialiste (même s'ils ont parfois des idées d'examen complémentaires à suggérer), la crainte de vexer le cardiologue en lui donnant l'impression de lui dicter sa conduite. Voici plusieurs citations illustrant ces raisons évoquées :

- *[...] je pense qu'ils connaissent leur travail et puis, euh, j'ai pas envie non plus de me planter.* (Dr S, E1, p2)

- *[...] je pense qu'ils savent mieux que moi, et puis que si on leur soumet un peu [...] les examens qu'ils devraient faire, ils risquent de le prendre mal quoi. [...] comme euh n'importe quel spécialiste [...].* (Dr T, E2, p2)

- *C'est pas mon boulot.* (Dr W, E5, p6)

1.1.4. Hypothèses diagnostiques

Certains participants formulent systématiquement leurs hypothèses diagnostiques, avec plus ou moins de prudence, comme pour les examens complémentaires. D'autres médecins ne font des propositions que s'ils sont relativement sûrs de ne pas se tromper dans leurs hypothèses. Plusieurs participants restent très vagues dans leurs propositions : *pour éliminer une cause cardiaque* (Dr Y, E7, p2) ; *pour [...] bilan [...] dans tel cadre* (Dr Q, FG3, p9).

1.1.5. Demandes d'avis thérapeutiques

Les attitudes des médecins généralistes sont variables : certains ne souhaitent qu'un avis et veulent garder la maîtrise de la prescription, d'autres attendent du cardiologue qu'il propose un traitement précis. Souvent, la demande varie selon la situation de chaque patient¹⁸ : *dans la lettre, c'est ou je laisse [...] le libre choix de me proposer un traitement ou je lui demande une prise en charge thérapeutique. Je fais au cas par cas.* (Dr G, FG2, p2).

Un autre médecin ne précise pas qu'il souhaite garder la main sur le choix du traitement, mais si la proposition du cardiologue ne lui convient pas, il changera de lui-même le traitement (Dr I, FG2, p4).

1.2. Réponse du cardiologue

Pour la majorité des médecins interrogés, la réponse du cardiologue est bien structurée et très technique (cf § III. 2.2.1.a.). Sur le plan thérapeutique, le cardiologue fait généralement une proposition de traitement, sans faire l'ordonnance au patient (Dr V, E4, p6).

Ils reçoivent assez rapidement les courriers des cardiologues, soit sous forme de courrier papier, soit par Apicrypt¹⁹.

¹⁸ (Dr G, FG2, p2) ; (Dr U, E3, p1-2)

¹⁹ Apicrypt : Système informatique permettant de recueillir des résultats biologiques et des courriers de spécialistes, via internet.

1.3. Choix du cardiologue

1.3.1. Libre choix du patient

La plupart du temps, le médecin demande au patient s'il souhaite voir un cardiologue en particulier. Si le patient fait spontanément son choix, une majorité des médecins interrogés respectent ce choix ; s'il n'a pas d'avis, la plupart des participants proposent plusieurs noms de cardiologues, avec plusieurs critères pour aider le patient dans son choix :

- cardiologue de sexe masculin ou féminin
- situation géographique par rapport au domicile du patient :

Pour la plupart des participants exerçant en milieu urbain ou semi-rural, la grande accessibilité des cardiologues permet au patient d'avoir un grand choix sans se soucier du critère géographique. En revanche, la participante qui exerce en rural tient compte de la situation géographique : elle n'adresse jamais spontanément ses patients au cardiologue qui est difficile d'accès en hiver en raison de la neige.

- accessibilité du cardiologue en cas d'urgence :

Pour un avis ponctuel par téléphone ou pour une demande de consultation spécialisée en urgence²⁰.

- compatibilité de caractère :

Un participant insiste sur la compatibilité de caractère entre le patient et le cardiologue (Dr Q, FG3, p16). Plusieurs médecins soulignent l'importance de la compatibilité de caractère entre le généraliste et le cardiologue²¹ : ils ont tendance à proposer des cardiologues avec lesquels ils ont l'habitude de travailler, avec lesquels ils s'entendent bien et peuvent discuter de la prise en charge du patient. Un médecin évoque l'importance de *respect mutuel* (Dr L, FG3, p18) ; pour un autre participant, *c'est la particularité de notre relation avec eux [les cardiologues] qui fait [...] que ça marche bien (acquiescement des Docteurs C, D et E)* (Dr F, FG1, p10).

Un médecin évoque la notion de relation triangulaire, et rappelle l'importance de la qualité de la relation entre le patient, le généraliste et le cardiologue (Dr L, FG3, p18).

Les médecins remplaçants interrogés proposent, si le patient le souhaite, les noms des correspondants habituels du médecin remplacé.

Par ailleurs, certains participants évoquent la situation d'un patient souhaitant consulter un cardiologue avec lequel ils n'ont jamais travaillé : ils acceptent ce choix et se feront leur opinion sur le cardiologue au fil du temps (Drs C, E et F, FG1, p18-19 ; Dr G, FG2, p11).

1.3.2. Attitude des généralistes en cas de désaccord

a. Certains interfèrent peu

Ces médecins avancent diverses raisons motivant le respect systématique du choix du patient, même en cas de désaccord :

20 (Dr C, FG1, p3) ; (Dr W, E5, p2) ; (Dr O, FG3, p11)

21 (Dr C, FG1, p9-10) ; (Dr F, FG1, p10 et 18) ; (Dr M, FG3, p15) ; (Dr N, FG3, p2) ; (Dr X, E6, p7) ; (Dr Y, E7, p4)

- Plusieurs participants se font un devoir de respecter le choix du patient²², sans évoquer de raison particulière, mais il semble que le motif soit déontologique. Une participante dit par exemple : *je m'en sens pas le droit* (Dr E, FG1, p14). Plusieurs généralistes mettent clairement en avant le devoir de déontologie²³.

- Trois participants²⁴ respectent toujours le choix du patient, sauf si la sécurité du patient est menacée. L'un d'eux explique : *y a deux obligations qui s'affrontent, y a les règles de confraternité [...] et puis [...] la qualité de soins qu'on doit au patient. [...] je me fais un devoir de respecter leur choix, et ça a dû m'arriver une ou deux fois où vraiment j'ai eu l'impression que le cardio mettait le patient en danger, et là je pense que la sécurité du patient passe avant les règles de confraternité.* (Dr N, FG3, p17).

- Un médecin évoque la lourde responsabilité du généraliste en cas de prise en charge inadaptée par le cardiologue qu'il avait recommandé, alors que le patient avait fait un choix initial différent (Dr Q, FG3, p16).

- Un participant considère que son ressenti (positif ou négatif) sur les compétences et la manière de travailler d'un cardiologue n'est pas un argument suffisant, car ce n'est pas forcément le reflet de la réalité. Il considère qu'en se fondant uniquement sur son *expérience individuelle su un cas ou une dizaine de cas*, il n'est pas légitime pour déconseiller tel ou tel spécialiste (Dr A, FG1, p16-17).

- Pour deux généralistes²⁵, ce n'est pas au patient d'assumer ses propres désaccords avec le cardiologue : *[...] je vais pas non plus demander au patient d'assumer les positions qui sont avant tout les miennes [...] j'essaie de faire au mieux, [...] sans prendre le patient en otage [...].* (Dr M, FG3, p15).

Certains médecins font quand même comprendre au patient qu'ils ne sont pas trop favorables à son choix, mais n'insistent pas, et ne lui suggèrent pas directement de modifier son choix²⁶ : *Je ne préfère pas Docteur Untel* (Dr F, FG1, p11) ; *[...] je fais savoir au patient qu'il est bien sûr libre [...] mais que, voilà, je fais la moue* (Dr D, FG1, p12). Une participante pense que le généraliste est trahi par son langage corporel, son attitude non verbale, qui conduisent forcément le patient à comprendre son désaccord (Dr C, FG1, p14).

b. Certains influencent le choix du patient

Plusieurs médecins justifient cette attitude par le fait que si le généraliste ne s'entend pas bien avec le cardiologue, la prise en charge du patient sera moins bonne : *on est quand même dans le relationnel, [...] c'est complètement subjectif, [...] je dis pas que c'est de la science [...]. Mais si je communique pas bien avec lui [le cardiologue], la qualité de la prise en charge de mon patient va en pâtir.* (Dr D, FG1, p18). Un autre ajoute : *c'est... essentiellement dans l'intérêt du patient, le nôtre on s'en fout.* (Dr F, FG1, p18).

Un participant considère que si le patient a une préférence, cela doit être justifié. Or pour lui, le patient n'a pas les compétences pour évaluer la qualité du travail du cardiologue, il se base souvent sur le bouche-à-oreille : *la pratique, le niveau intellectuel [du cardiologue] [...], sa façon de travailler, ne peut pas être appréciée directement par mon patient.* (Dr F, FG1, p17). En revanche, le médecin généraliste a des arguments plus objectifs, notamment sa propre

22 (Dr E, FG1, p14) ; (Dr A, FG1, p14-15) ; (Dr N, FG3, p17) ; (Dr S, E1, p3) ; (Dr V, E4, p3) ; (Dr W, E5, p7) ; (Dr Y, E7, p5)

23 (Dr U, E3, p3) ; (Dr G, FG2, p11)

24 (Dr A, FG1, p14) ; (Dr M, FG3, p15) ; (Dr N, FG3, p17)

25 (Dr H, FG2, p11) ; (Dr M, FG3, p15)

26 (Dr F, FG1, p11) ; (Dr H, FG2, p11) ; (Dr J, FG2, p17)

expérience de travail avec tel ou tel cardiologue (Dr F, FG1, p16). Ce participant ajoute qu'il se permet d'avoir cette attitude parce qu'il est installé depuis longtemps et connaît bien ses correspondants. Par ailleurs, pour lui, si le patient l'a choisi comme médecin traitant, c'est qu'il est intéressé par son avis.

Pour un autre participant, puisque c'est le médecin traitant qui reconduit les traitements préconisés par le cardiologue, il est nécessaire que généraliste et cardiologue aient une bonne relation. C'est pourquoi il lui arrive d'intervenir dans le choix du cardiologue fait par le patient (Dr H, FG2, p15).

Plusieurs médecins ont des objections contre l'argument du devoir de déontologie qui empêche certains généralistes d'influencer le patient dans son choix. Pour l'un d'eux, *la déontologie [ne] se place pas à ce niveau-là* (Dr F, FG1, p12). Un autre médecin reconnaît qu'il n'est *pas sûr d'être parfaitement "déontologique"* (Dr I, FG2, p15) et il explique plus loin : *Parce que il faut que je donne des raisons quand même [...]*. S'il a de grosses divergences avec un cardiologue, pour des raisons qui lui paraissent valables, de l'ordre de la compétence médicale, il est délicat d'expliquer au patient les raisons de son désaccord. Par ailleurs, pour ce médecin, la déontologie doit aller dans les deux sens. Or il a le sentiment d'être instrumentalisé par certains correspondants cardiologues, c'est pourquoi il se permet d'interférer dans le choix du patient.

Enfin, lorsque l'une des participantes doit expliquer au patient les raisons pour lesquelles elle préfère l'orienter vers un autre cardiologue, elle lui parle *toujours de l'expertise [...] du cardiologue* (Dr X, E6, p5) : elle explique que tel cardiologue est très compétent pour la maladie du patient, ainsi ce dernier se laisse facilement convaincre de modifier son choix de cardiologue.

1.4. Accessibilité des cardiologues

La grande majorité des participants considèrent que l'accès aux cardiologues est très facile, aussi bien pour demander un avis téléphonique ponctuel que pour obtenir une consultation. L'accès aux cardiologues est aussi aisé en libéral qu'en hospitalier, et autant pour les urgences que pour les semi-urgences ou pour les suivis de routine, avec des délais de rendez-vous raisonnables.

Plusieurs médecins ajoutent que les cardiologues sont très accessibles, en comparaison à d'autres spécialités (Drs H et K, FG2, p5-6), notamment en termes de délais de rendez-vous.

Pour les rares cas où le cardiologue libéral n'est pas joignable en cas d'urgence, une participante explique qu'elle a toujours la possibilité d'adresser à l'hôpital (Dr Y, E7, p3), et qu'elle n'a donc pas de gros problème d'accessibilité. Cette participante qui exerce en rural, explique par ailleurs à ses patients que l'un de ses correspondants cardiologues est difficile d'accès en hiver à cause de la neige, mais ce cardiologue est joignable par ailleurs.

Une participante exerçant en semi-rural indique que si un cardiologue n'est jamais joignable, elle propose simplement au patient de changer de correspondant, ce qui est toujours accepté, voire demandé, par le patient. Ainsi, elle n'a pas de réel problème d'accessibilité (Dr X, E6, p3).

Enfin, plusieurs médecins²⁷ ont des passe-droits très appréciés : soit le numéro direct du téléphone du cardiologue de garde, soit le portable de certains cardiologues, ce qui constitue un gain de temps important.

27 (Drs D et E, FG1, p5) ; (Dr N, FG3, p11) ; (Dr M, FG3, p12) ; (Dr V, E4, p2) ; (Dr X, E6, p9)

2. Ressenti des généralistes

Après avoir exposé les aspects factuels de la communication avec les cardiologues, nous allons maintenant nous intéresser au ressenti des généralistes concernant cette collaboration : comment perçoivent-ils l'accessibilité aux cardiologues, notamment du point de vue tarifaire ? Que pensent-ils de la réponse du cardiologue, tant sur le plan diagnostique que thérapeutique ? Nous aborderons également la gestion des désaccords.

2.1. Accessibilité

2.1.1. Raisons évoquées de la facilité d'accès aux cardiologues

Pour plusieurs médecins interrogés²⁸, c'est la forte densité de cardiologues qui explique leur grande accessibilité. D'ailleurs, les rares problèmes d'accessibilité sont signalés par les médecins qui exercent dans des zones à densité de cardiologues plus faible : une généraliste en milieu semi-rural (Dr X, E6, p3) et une en milieu rural (Dr Y, E7, p3 et p5).

2.1.2. Tarifs des cardiologues

a. Méconnaissance de leur secteur d'activité

Seule une participante est certaine que tous ses correspondants cardiologues exercent en secteur 1 (Dr X, E6, p3) ; un participant sait que l'un de ses correspondants exerce en secteur 2, c'est d'ailleurs le seul cardiologue pour lequel les patients parlent de tarifs excessifs.

Tous les autres participants ne se sont jamais posé la question du coût des consultations et examens complémentaires des cardiologues, ils ne connaissent pas la sectorisation de leurs correspondants, d'autant plus que leurs patients n'abordent quasiment jamais cette question²⁹. Pour eux, les tarifs sont probablement raisonnables et les cardiologues exercent en secteur 1. Deux médecins estiment que, si les coûts étaient excessifs, les patients en parleraient (Drs H et I, FG2, p9-10), de même qu'ils parlent des dépassements d'honoraires de la part d'autres spécialistes³⁰.

Pour trois participants³¹, les tarifs des cardiologues en secteur 1 sont suffisamment élevés pour que ceux-ci n'aient pas besoin d'exercer en secteur 2. L'un d'eux explique : *leurs honoraires de secteur 1 sont très confortables grâce aux actes techniques*. (Dr A, FG1, p25).

b. Fractionnement des consultations

Néanmoins, quelques participants³² évoquent le *saucissonnage des consultations* par certains cardiologues, pour obtenir une tarification avantageuse : *[...] ils font venir en plusieurs fois pour découper la consult et en rajouter à chaque fois et... enfin on sait très bien que ils font venir plusieurs fois pour [...] toucher plus*. (Dr H, FG2, p9). Un autre médecin pondère : il pense qu'il existe maintenant des nomenclatures qui donnent un forfait aux cardiologues³³, et il leur est donc *moins possible de saucissonner leurs consultations [...] qu'avant*. (Dr I, FG2, p9).

28 (Dr F, FG1, p10) ; (Drs H et I, FG2, p6) ; (Dr U, E3, p2)

29 (Drs A, F, C et E, FG1, p21-22) ; (Dr R, FG3, p14) ; (Dr T, E2, p3) ; (Dr U, E3, p2) ; (Dr V, E4, p3) ; (Dr W, E5, p5) ; (Dr T, E7, p3)

30 (Drs A et F, FG1, p22) ; (Drs H et K, FG2, p10) ; (Dr R, FG3, p14)

31 (Drs D et A, FG1, p24) ; (Dr O, FG3, p13-14)

32 (Drs J, et H, FG2, p5) ; (Dr H et I, FG2, 9) ; (Drs L et R., FG3, p13-14)

33 Voir par exemple (48)

c. Le tiers-payant

Plusieurs participants³⁴ ont l'impression que le tiers-payant est accepté par les cardiologues, ce qu'ils apprécient beaucoup. Une généraliste explique qu'il n'est jamais proposé d'emblée, mais accepté si le patient le demande (Dr X, E6, p4).

D'autres médecins pensent ou savent que le tiers-payant est systématiquement refusé par certains cardiologues (Dr L, FG3, p14 et Dr N, FG3, p15).

d. Retours des patients

Plusieurs participants disent n'avoir aucun retour de la part des patients concernant les tarifs des cardiologues (*cf* § III. 2.1.2.a.).

Pour un généraliste, les patients sont résignés quant au fait que les consultations chez les spécialistes, d'une manière générale, coûtent cher (Dr N, FG3, P14). Ils ne semblent pas mécontents du tarif des cardiologues pour plusieurs raisons : même si cela coûte cher, c'est remboursé (Drs Q et R, FG3, p14), et *comme c'est le cœur, [...] ils sont prêts à payer pour ça* (Dr Y, E7, p5).

2.1.3. Contacts avec les secrétaires

Plusieurs médecins regrettent parfois le *barrage qui est fait par les secrétariats* (Dr R, FG3, p10). Un participant considère qu'il *faut se faire bien avec les secrétaires* (Dr N, FG3, p10) pour s'assurer un accès facile aux cardiologues. Un autre médecin déplore la lourdeur administrative du filtre des secrétaires : *[...] il faut leur faxer souvent le résultat de l'électrocardiogramme et éventuellement même le dossier du patient [...]. Toi t'as l'urgence à domicile et puis on te demande de faxer le dossier que t'as à ton cabinet.* (Dr R, FG3, p12).

De nombreux autres participants n'ont pas ou peu de problème de filtrage des secrétaires³⁵, ce qui est facilité par le fait de bien les connaître (Dr U, E3, p2). L'un d'eux apprécie le fait qu'elles donnent facilement des rendez-vous pour les urgences, mais il regrette d'avoir rarement le cardiologue directement au téléphone pour discuter du patient (Dr I, FG2, P5).

Quelques participants soulèvent le problème des plages horaires des secrétariats, jugées trop restreintes et compliquant l'accès aux cardiologues (Dr N, FG3, p11 ; Drs O et P, FG3, p30).

2.1.4. Hyperspécialisation des cardiologues

Un participant regrette l'*hyperspécialisation* progressive des cardiologues : *il n'y a plus de cardiologue "général" [...], de cardiologues traitants* (Dr L, FG3, p10). Il regrette l'époque où le patient avait un unique cardiologue qui le connaissait dans sa globalité. Par ailleurs, d'après lui, c'est cette hyperspécialisation qui a conduit au *morcelage [...] de la réponse* des cardiologues.

2.1.5. Prise en charge des patients âgés

Plusieurs participants (Drs L, R, N et O, FG3, p11) ont l'impression que certains cardiologues sont parfois réticents à prendre en charge des personnes âgées, qui nécessitent une consultation plus longue et plus complexe (difficultés à se mobiliser, possibles troubles cognitifs associés). Dans ces situations, il est souvent demandé au médecin traitant d'adresser le patient aux médecins urgentistes, qui évalueront s'il relève réellement d'une prise en charge

34 (Drs M, Q et R, FG3, p14) ; (Dr X, E6, p3-4)

35 (Dr I, FG2, p5) ; (Dr S, E1, p2) ; (Dr T, E2, p3) ; (Dr U, E3, p2) ; (Dr W, E5, p4)

cardiologique. Voici un échange de ces participants (FG3, p11) illustrant ce point de vue :

Dr L : [...] à partir du moment où c'est une personne âgée, à mobilité réduite...

Dr R : Plus personne n'en veut ! [...]

Dr O : Ah ça ils en veulent plus. Ça les petits vieux ils en veulent plus.

Dr L : [...] parce que ça leur prend trop de temps pour l'installer [...]

2.1.6. Gestion du rythme de suivi cardiologique

Une participante regrette que le rythme de suivi cardiologique soit rarement précisé : *on sait pas la surveillance, on sait pas quand il faut que le patient revienne* (Dr X, E6, p11).

D'autres généralistes³⁶ déplorent surtout des *délais de "revoyure"* trop courts et injustifiés, qui peuvent expliquer les indisponibilités de certains cardiologues (Dr C, FG1, p17), notamment pour les urgences : *ils sont tellement encombrés par les gens [...] qu'ils reconvoquent, qui vont bien* (Dr O, FG3, p11) ; *ils vont revoir trop souvent de la pathologie simple, que nous on peut gérer, [...] qui ne nécessite pas forcément un suivi aussi précis. Et après, quand on a un truc, pour un rendez-vous [...] en semi-urgent, [...] ben là ça coince* (Dr Y, E7, p9). Un participant estime que le problème de fond est l'absence de recommandation officielle concernant les rythmes de suivi dans le domaine cardiovasculaire : *y a une fréquence pour les mammographies, pour ci, pour ça, ben chez les cardiologues y a pas vraiment de [...] C'est des accords professionnels, c'est des habitudes qu'ils ont, mais y a pas vraiment de recommandations...* (Dr H, FG2, p25).

Pour l'une des généralistes (Dr V, E4, p5-6), ce problème de délais de "revoyure" exagérés existe mais est anecdotique. Les autres participants n'évoquent pas particulièrement de problème quant au rythme de suivi cardiologique.

2.2. Réponse du cardiologue

2.2.1. Structure, contenu global et délais de réception

a. Satisfaction globale

La majorité des généralistes sont globalement satisfaits de la réponse des cardiologues avec lesquels ils correspondent habituellement, rares sont les gros désaccords. Le courrier du cardiologue est correctement structuré, bien lisible, comprend des éléments techniques et toujours une conclusion³⁷. Certains participants apprécient particulièrement les réponses assez concises et qui donnent des directives pour la prise en charge thérapeutique et la surveillance.

Les délais de réponse sont également très satisfaisants, que ce soit par Apicrypt³⁸ (délai maximal d'un jour) ou par voie postale³⁹. Deux participants apprécient notamment le rappel téléphonique par le cardiologue pour donner des nouvelles d'un patient vu en urgence (Dr T, E2, p4 ; Dr W, E5, p1).

36 (Drs C et E, FG1, p21) ; (Drs I et H, FG2, p4 et p5) ; (Dr V, E4, p5) ; (Dr Y, E7, p9)

37 (Drs R et L, FG3, p19) ; (Dr Q, FG3, p20) ; (Dr S, E1, p6) ; (Dr T., E2, p4) ; (Dr U., E3, p4) ; (Dr V, E4, p3-4) ; (Dr X, E6, p5) ; (Dr Y, E7, p6)

38 (Dr E, FG1, p4) ; (Dr J, FG2, p1) ; (Dr N, FG3, p20) ; (Dr U, E3, p7) ; (Dr W, E5, p7) ; (Dr X, E6, p8)

39 (Dr X, E6, p8)

b. Quelques insatisfactions

Rythme de suivi non précisé

Une participante regrette que le rythme de suivi cardiologique du patient soit rarement précisé par le cardiologue (Dr X, E6, p11).

Obtention de la réponse à la question posée : variable

L'obtention de la réponse à la question posée par le généraliste est variable : *c'est cardiologue-dépendant* (Dr H, FG2, p20). Plusieurs participants ont souvent la réponse à la question qu'ils avaient posée⁴⁰, ce qui est plus rare pour d'autres médecins interrogés⁴¹. Ces derniers ont l'impression que leur courrier n'a pas été lu, ce qui est parfois décourageant : *Ben y en a des fois qui lisent pas le courrier [...] J'ai des fois des retours : "Oh ben il a même pas lu la lettre." [...] des fois je, je fatigue* (Dr Y, E7, p11). Une participante (Dr E, FG1, p5 et p7) pense que c'est parfois le patient qui perd ou oublie la lettre pour le cardiologue.

Des réponses sortant du domaine de la cardiologie

Pour certains participants, il arrive que les cardiologues s'étendent dans des domaines qui ne relèvent pas de leur rôle, de leur compétence, qu'ils s'immiscent dans les missions du médecin traitant : *quand on demande un avis sur quelque chose de précis on aimerait que la réponse soit précise et ne digresse pas sur d'autres problèmes [...] qui rentrent plutôt dans le cadre à ce moment-là de la médecine générale.* (Dr A, FG1, p32).

Voici quelques exemples de situations jugées comme sortant de la mission du cardiologue : les conseils donnés sur la gestion du diabète du patient (Dr D, FG1, p40), les prescriptions de bilans biologiques alors que le généraliste est à jour sur la surveillance biologique du patient (Dr E, FG1, p41), la réalisation d'une échographie thyroïdienne après avoir fait l'échocardiographie : *les nodules thyroïdiens. Alors ça c'est un peu énervant* (Dr J, FG2, p24). Un autre participant explique : *ce que j'apprécie pas trop, c'est qu'on me rappelle que pour la Cordarone® il faut suivre [...] la TSH* (Dr L, FG3, p20).

2.2.2. Prise en charge diagnostique

a. Examens complémentaires

Les demandes d'examens par le médecin généraliste

Les généralistes constatent que les examens qu'ils suggèrent ne sont pas toujours réalisés par les cardiologues. Pour une participante, les cardiologues effectuent systématiquement les examens qu'elle a demandés (Dr J, FG2, p20). Pour un autre médecin, *ils [les cardiologues] vont tout faire avant de faire ce que tu demandes* (Dr H, FG2, p18).

Certains généralistes regrettent de n'avoir *pas beaucoup d'impact* (Dr E, FG1, p26) sur le choix et la réalisation des examens complémentaires : *J'ai l'impression qu'ils font quand même ce qu'ils veulent, quelle que soit la question qu'on peut poser* (Dr F, FG1, p6).

Points de vue très mitigés quant à l'indication des examens complémentaires

Trois participants⁴² sont toujours satisfaits de leurs correspondants cardiologues : *j'ai toujours eu l'impression que c'était [...] des examens utiles* (Dr T, E2, p4). Un médecin explique que *c'est vraiment leur boulot à eux* de choisir les examens adaptés (Dr W, E5, p8). Ces cardiologues sont parfois choisis, parfois pas, notamment dans le cas des participants qui

40 (Drs R et L, FG3, p19) ; (Dr O, FG3, p20)

41 (Drs F et C, FG1, p6) ; (Dr I, FG2, p15) ; (Dr J, FG2, p4)

42 (Dr T, E2, p4) ; (Dr U, E3, p4) ; (Dr W, E5, p8)

effectuent des remplacements.

Pour de nombreux généralistes, la satisfaction concernant la prise en charge diagnostique est variable selon les cardiologues. Le plus souvent, ils sont satisfaits des correspondants qu'ils ont choisis et avec lesquels ils ont l'habitude de travailler. Ils apprécient que les examens complémentaires soient justifiés et argumentés par certains cardiologues, et déplorent l'attitude d'autres cardiologues qui réalisent trop d'examens jugés inutiles⁴³. Un médecin résume très bien cette pensée : *Y a certains cardiologues qui font des examens [...] de façon systématique, ils font la batterie complète à tous les patients [...] et... dans les courriers on n'a pas l'impression qu'y ait un discernement particulier [...] y en a qui se limitent aux examens habituels, et puis qui vont [...] proposer tel ou tel autre examen parce que il leur semble que c'est nécessaire.* (Dr S, E1, p4).

Un participant regrette que les cardiologues modérés dans leurs prescriptions d'examens fassent *plutôt partie d'une minorité* (Dr I, FG2, p20). Une généraliste exerçant en semi-rural pense que ses correspondants cardiologues habituels ont tellement de travail qu'ils n'ont de toute manière pas le temps de *multiplier les actes inutiles* (Dr X, E6, p5).

Certains médecins n'ont parfois pas d'avis tranché sur la bonne indication ou non-indication de certains examens complémentaires⁴⁴ : *Y a des situations où [...] techniquement je n'ai pas d'argument pour remettre en cause ce qu'il dit* (Dr F, FG1, p34).

Les participants insatisfaits soulèvent plusieurs problèmes :

- La proposition d'examens n'est quasiment jamais argumentée par certains cardiologues, notamment les épreuves d'effort⁴⁵, les échodopplers artériels (Dr D, FG1, p41), les dépistages du syndrome des apnées du sommeil (Dr C, FG1, p9), les holters tensionnels (Dr M, FG3, p37). Plusieurs participants déplorent particulièrement la réalisation trop systématique de *l'épreuve d'effort, qui pour un grand nombre [de patients] n'est pas nécessaire mais aujourd'hui on a l'impression depuis [...] 5-6 ans qu'y a pas un contrôle qui ne sort pas avec une épreuve d'effort* (Dr F, FG1, p26) ; *l'épreuve d'effort ça fait [...] longtemps que ça existe, c'était quand même beaucoup [...] moins pratiqué* (Dr C, FG1, p32).

- Pour un participant, *l'obligation de moyens* ne doit pas conduire à la réalisation d'examens à outrance (Dr I, FG2, p26). Pour lui, *c'est la porte ouverte à toutes les pratiques possibles* (Dr I, FG2, p19).

- Deux participantes⁴⁶ constatent quelquefois des *propositions d'examens [...] surdimensionnées* par rapport à l'état général ou aux attentes du patient : *par rapport à l'âge, à... à ce que fait encore le patient* (Dr Y, E7, p6).

- Les implications de ces excès d'examens complémentaires sont la mise en danger du patient (notion de balance bénéfice-risque des épreuves d'effort, soulevée par le Dr D, FG1, p28), un coût important pour le patient (Dr W, E5, p3) et pour la Sécurité Sociale (Dr I, FG2, p26).

- Plusieurs raisons sont évoquées pour expliquer les excès d'examens complémentaires :

- le fait que les généralistes ne précisent pas toujours leurs demandes d'examens complémentaires : *chaque fois qu'y a pas de demande, faut pas s'étonner qu'ils fassent ce qu'ils veulent selon [...] leur démarche à eux de médecin [...]* (Dr F, FG1, p46).

43 (Drs G, I, et H FG2, p19-20) ; (Dr S, E1, p4) ; (Dr V, E4, p7) ; (Dr X, E6, p5) ; (Dr Y, E7, p6)

44 (Dr C, FG1, p29) ; (Dr F, FG1, p34) ; (Dr A, FG1, p43)

45 (Dr F, FG1, p26) ; (Dr C, FG1, p32) ; (Dr I, FG2, p16) ; (Drs H, K et I, FG2, p18) ; (Drs P et R FG3, p38)

46 (Dr K, FG2, p15-16) ; (Dr Y, E7, p6)

- "l'ouverture du parapluie" : certains cardiologues souhaitent peut-être se couvrir, se rassurer en multipliant les examens, *a fortiori* si les patients leur transmettent leurs propres angoisses⁴⁷.

- l'argument financier : le maintien du fonctionnement du cabinet de cardiologie passe par la réalisation d'actes techniques. Un participant parle de *logique d'entreprise* (Dr I, FG2, p27), il évoque la nécessité de rentabilité pour un cabinet dans lequel des angiologues se sont associés à plusieurs cardiologues installés en groupe (Dr I, FG2, p13). Une autre participante ayant soulevé le problème d'examens injustifiés auprès d'un cardiologue s'est vu répondre : *Faut qu'on paye nos appareils*. (Dr X, E6, p8). Enfin, d'autres médecins évoquent la simple recherche du chiffre d'affaires⁴⁸.

Mécontentement concernant le fractionnement des consultations

Plusieurs participants⁴⁹ regrettent le *saucissonnage des consultations* par certains cardiologues : *ils font venir le patient une fois pour l'électrocardiogramme, deux jours après pour l'échographie, deux jours après pour le doppler, [...] la semaine d'après pour le holter, enfin c'est, c'est assez effrayant comme démarche [...]* (Dr X, E6, p7).

La répétition des aller-retour chez le cardiologue pour chaque nouvel examen est souvent compliquée pour les patients, notamment les personnes âgées qui se déplacent difficilement (Dr H, FG2, p12) ; cela est *ressenti [...]* *comme une perte de temps par les gens* (Dr U, E3, p5) qui ne comprennent pas pourquoi les examens ne sont pas regroupés en une seule date.

Un participant explique le cercle vicieux engendré par un tel fonctionnement des cabinets de cardiologie : *c'est le mode de fonctionnement du cabinet qui fait qu'ils ont pas d'échographe dans la même pièce, [...] la salle d'échographie elle peut être occupée par un autre cardiologue donc ils peuvent pas... [...] tout est fait pour que ça tourne pas rond quoi. [...] Et tout est fait pour que ça s'améliore pas parce que c'est plus rentable comme ça*. (Dr H, FG2, p20). Pour lui, seule la concurrence entre les cardiologues permet qu'ils soient plus raisonnables en termes de fractionnement des consultations : *[...] y a que depuis que l'autre [cardiologue] [...] s'est installé et qu'ils ont un concurrent dans la même ville que ça s'est calmé [...]*. (Dr H, FG2, p9).

Pour deux participants⁵⁰, le morcellement des consultations est favorisé par l'hyperspécialisation des cardiologues : *l'un qui fait de l'écho, l'autre qui fait du vasculaire, l'autre qui fait de la rythmologie, etc., etc. Et ça fractionne*. (Dr L, FG3, p10).

Gestion des désaccords

Une participante évite les situations problématiques : quand elle évoque les cardiologues avec lesquels elle a des désaccords, elle explique : *d'office, je ne travaille pas [...] avec eux*. (Dr X, E6, p7).

Trois médecins interrogés évitent de dire au patient qu'ils sont en désaccord avec le cardiologue. L'un d'eux estime que cela serait néfaste pour la relation médecin / malade, et il serait vain de lui parler de l'inutilité d'un examen complémentaire si ce dernier a déjà été réalisé (Dr F, FG1, p26). Un autre met en avant l'obligation de déontologie, de confraternité (Dr S, E1, p4). La troisième trouve qu'il est trop délicat d'en parler au patient : *sur les actes*

47 (Drs C et E, FG1, p30-31) ; (Dr N, FG3, p20)

48 (Drs D, C, FG1, p31) ; Dr K, FG2, p28) ; (Dr I, FG2, p29) ; (Dr W, E5, p2-3) ; (Dr X, E6, p7)

49 (Dr H, FG2, p9) ; (Dr R et L, FG3, p13) ; (Dr X, E6, p7)

50 (Dr I, FG2, p13) ; (Dr L, FG3, p10)

techniques [...] c'est assez difficile de dire : "Ne le faites pas." (Dr E, FG1, p26).

Plusieurs participants ne parlent pas au cardiologue de leurs éventuels désaccords sur sa prise en charge diagnostique, pour diverses raisons :

- Un médecin pense que cela est vain car il n'aura pas d'impact sur la réalisation des examens complémentaires qu'il juge inappropriés, puisqu'ils sont généralement programmés par le cardiologue : *Parce que y a la fameuse formule : "Avec votre accord, je reverrai Monsieur Untel à telle date." Le rendez-vous est déjà donné quoi. Ça c'est un peu irritant quelque part. C'est un accord tacite préalable, en préambule, acquis, donc [...] ils feraient mieux de changer de formule [...]* (Dr I, FG2, p4).

- Il est très délicat de dire à un spécialiste que sa prise en charge est inadaptée : *je me vois mal prendre mon téléphone et dire au cardiologue : "Je comprends pas pourquoi vous avez fait tel examen"* (Dr V, E4, p7). Le statut de remplaçant complique davantage encore cette démarche : *je vais pas l'appeler pour lui dire [...] peut-être que le jour où je serai installé ça changera [...]* (Dr S, E1, p4).

- Pour d'autres participants : *c'est quand même anecdotique. Et puis [...] quelque part je me dis, si il l'a fait y avait peut-être une raison.* (Dr V, E4, p7). Un autre explique : *je suis content de pouvoir avoir un accès [...] rapide pour certains patients, et donc euh peut-être que pour ça je laisse filer sur certaines choses.* (Dr S, E1, p4).

En revanche, d'autres participants en parlent avec les cardiologues : la discussion entre le généraliste et le cardiologue est facilitée par le fait de bien se connaître, *a fortiori* s'ils sont amis (Dr W, E5, p3). Si le désaccord est très important, ou récurrent, certains généralistes prennent l'initiative d'en parler avec le spécialiste concerné (Dr X, E6, p7-8), ou avec le patient : *Les tests d'effort bidons [...] là je leur dis aux patients : [...] ça sert à rien, à rien, on ne peut rien en déduire [...] je leur dis hein. Parce que [...] c'est trop fréquent ça.* (Dr I, FG2, p17).

b. Diagnostic d'insuffisance cardiaque

La plupart des médecins interrogés sont satisfaits des cardiologues concernant le diagnostic d'insuffisance cardiaque, ou n'ont pas vraiment d'avis à ce sujet⁵¹. Elle n'est ni sur-diagnostiquée ni sous-diagnostiquée (Dr S, E1, p5), et les courriers sont relativement précis (Dr V, E4, p4). Une participante pense néanmoins que le diagnostic n'est pas assez précis, le stade et le degré d'insuffisance cardiaque étant rarement mentionnés dans le courrier du cardiologue. Elle pondère cependant : *mais [...] ça m'a jamais trop embêtée non plus.* (Dr T, E2, p5).

Deux généralistes⁵² estiment que cette pathologie est sous-diagnostiquée, ou diagnostiquée trop tardivement par le cardiologue, et c'est souvent le médecin traitant qui en fait le diagnostic au vu des multiples décompensations du patient. Pour plusieurs participants, ce diagnostic est en effet difficile à poser (Drs R, M et N, FG3, p23), tant par le cardiologue que par le généraliste. Une participante pense d'ailleurs qu'elle *passe [...] plus facilement à côté [du diagnostic]* (Dr Y, E7, p9). À noter qu'un médecin interrogé a plutôt l'impression d'un sur-diagnostic d'insuffisances cardiaques : *à l'hôpital [...] on les a réputés insuffisants cardiaques, [...] ils ont plus jamais fait le moindre... [sous-entendu : problème de décompensation cardiaque]* (Dr N, FG3, p23).

Enfin, un médecin regrette la prise en charge inadaptée de l'insuffisance cardiaque, *sur le*

51 (Drs I, H et G, FG2, p23-24) ; (Dr U, E3, p4) ; (Dr V, E4, p4) ; (Dr Y, E7, p8)

52 (Dr X, E6, p8) ; (Dr O, FG3, p23)

plan exercice physique, rééducation à l'effort (Dr U, E3, p4). D'après lui, la prise en charge par le réseau ICALOR est limitée. [...] ils poussent pas forcément trop les gens, y a peu d'encadrement [...] ils prennent des nouvelles de changement de traitement. Mais j'ai plus l'impression que c'est des études prospectives qu'autre chose quoi. (Dr U, E3, p6). Ce médecin ajoute que les kinésithérapeutes ne sont pas assez formés à la rééducation à l'effort pour les insuffisants cardiaques.

2.2.3. Propositions thérapeutiques

a. Globalement d'accord

Un grand nombre de participants⁵³ adhèrent généralement aux propositions thérapeutiques de leurs correspondants cardiologues, elles sont cohérentes et parfois argumentées⁵⁴ : *y a quand même de grandes chances que ce soit parfaitement pertinent*. (Dr I, FG2, p4). Ce médecin apprécie la *marge de manœuvre* laissée par le cardiologue pour les ajustements de traitements, et explique : *de temps en temps je suis pas tout à fait d'accord avec le traitement et [...] je le recompose au besoin. Mais ça, ça c'est pas fréquent*.

Pour une généraliste, le traitement proposé est certes idéal en théorie, mais pas toujours adapté aux conditions de vie des patients âgés, notamment à la fréquence de passage des infirmières pour distribuer les médicaments (Dr T, E2, p4).

Enfin, plusieurs participants évoquent essentiellement leurs désaccords avec les propositions des cardiologues, que nous allons détailler plus loin.

b. Points de désaccords

Génériques déconseillés par les cardiologues

Pour quelques participants⁵⁵, les médicaments génériques sont trop souvent déconseillés par les cardiologues, sans que cela soit vraiment justifié. En effet, les génériques sont considérés comme équivalents aux princeps (Dr V, E4, p4), ou au moins pour certains médicaments (Dr E, FG1, p49). Une participante pondère : *quand y a des petites doses à prendre et que y a certains génériques qui se coupent pas pareil euh, c'est embêtant*. (Dr V, E4, p4). Elle ajoute : *y a des noms à rallonge pour les génériques et où les gens s'y perdent un peu*.

Cela place les généralistes dans une situation d'autant plus délicate qu'ils subissent une certaine pression de la CPAM⁵⁶ pour prescrire des génériques : *ils [les cardiologues] ont tendance à dire au patient qu'il faut pas qu'il prenne de médicaments génériques, mais c'est pas eux qui font les ordonnances [...] on est quand même pressés comme des citrons pour prescrire plus de génériques donc c'est sûr que si les cardiologues derrière [...] ils cassent tout le truc sur les génériques, nous on est un peu euh courts-circuités ...] c'est quand même nous qui avons à gérer ça face aux, avec les patients en face [...] (Dr V, E4, p4 et p5).*

Par ailleurs, il est très chronophage de faire des ordonnances complètes sans génériques, car la loi exige que la mention *Non Substituable* soit manuscrite à côté de chaque médicament : *c'est nous qui nous retrouvons à expliquer au patient que bon euh, mettre Non Substituable après chaque ligne [...], on va pas pouvoir le faire pendant des années*. (Dr V, E4, p4).

53 (Drs K, G, I et H, FG2, p21) ; (Dr S, E1, p5) ; (Dr T, E2, p4-5) ; (Dr U, E3, p4) ; (Dr X, E4, p4)

54 (Dr K et G, FG2, p21) ; (Dr S, E1, p5)

55 (Dr E, FG1, p49) ; (Drs O et N, et acquiescement de tous les autres participants, FG3, p19) ; (Dr V, E4, p4-5)

56 CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Nouvelles molécules : trop systématiquement conseillées, pas toujours validées

De nombreux participants⁵⁷ déplorent la préconisation trop fréquente des nouvelles molécules, pourtant non recommandées en première intention : *C'est impressionnant. Surtout les cardiologues. [...] ils sont toujours dans [...] le dernier médicament arrivé sur le marché.* (Dr X, E6, p6).

Les principales classes médicamenteuses concernées sont les traitements antihypertenseurs, les hypolipémiants, les antiagrégants et les anticoagulants. Par exemple : *le sempiternel m... Olmetec® à la mode là* (Dr C, FG1, p3) ; *une génération Rasilez® impressionnante !* (Dr X, E6, p6) ; *ils te le mettent sous Crestor® au lieu de Pravastatine euh... Ils donnent le dernier AA2⁵⁸ au lieu de le mettre sous euh, sous Hydrochlorothiazide...* (Dr H, FG2, p34) ; *des nouveaux machins là, genre du Pradaxa®* (Dr Y, E7, p7).

Le problème de nombreuses nouvelles molécules est qu'elles ne sont pas plus efficaces que les traitements de référence, et sont même parfois plus dangereuses : *le dernier sorti euh, qui n'apporte rien par rapport à l'ancien quoi.* (Dr M, FG3, p22) ce à quoi répond le Dr N : *Et dont on nous dit dans les bonnes revues qu'il est en plus plus dangereux que les autres n'est-ce pas.* De nombreux participants précisent qu'ils s'appuient sur les recommandations officielles et sur la revue médicale *Prescrire®*, indépendante des laboratoires pharmaceutiques.

Plusieurs participants évoquent les probables conflits d'intérêt des cardiologues vis-à-vis des laboratoires pharmaceutiques, notamment au travers des financements privés de nombreux congrès de formation : *où est-ce qu'on les a encore emmenés en congrès [...]* (Dr C, FG1, p3) ; *elle se fait bien soigner par les labos ça c'est sûr.* (Dr J, FG2, p23).

Une participante fait remarquer que la CPAM contrôle les généralistes concernant la validité scientifique de leurs prescriptions, et le fait que des cardiologues préconisent parfois des traitements non conformes aux recommandations met les généralistes dans une position difficile : *nous on se fait coïncider euh, en permanence et puis euh, bah, le premier truc qu'ils mettent [...]* (Dr C, FG1, p3).

c. Gestion des désaccords

La situation du désaccord sur les traitements est souvent compliquée à gérer, probablement parce que les généralistes peuvent avoir un impact sur le choix des traitements, ce qui est moins possible pour le choix des examens complémentaires.

Un médecin explique qu'il se sent parfois obligé de suivre l'avis du cardiologue : *si on envoie [un patient] voir un spécialiste c'est quand même qu'on fait confiance dans son avis, et qu'on, on va avoir quand même des réticences à ne pas suivre son avis. [...] quelque part on se sent obligé de suivre cet avis [...]* (Dr A, FG1, p44).

Néanmoins, puisque le cardiologue propose des traitements mais ne rédige pas l'ordonnance, il est assez facile pour le généraliste de garder sa liberté de prescription : *il [le cardiologue] a un rôle de [...] conseil* (Dr A, FG1, p32), *de consultant* (Dr F, FG1, p33), et un participant précise : *la décision finale nous appartient parce que c'est quand même [...] nous qui référons l'ordonnance.* (Dr A, FG1, p33). Pour plusieurs médecins⁵⁹, la modification du traitement est facilitée lorsqu'il existe une recommandation officielle sur laquelle s'appuyer pour se justifier.

57 (Dr C, FG1, p3) ; (Drs F et A, FG1, p32-33) ; (Dr J, FG2, p17) ; (Dr I, FG2, p22) ; (Dr H, FG2, p34) ; (Drs R, N et O, FG3, p19) ; (Drs L, N et M, FG3, p21-22) ; (Dr X, E6, p6) ; (Dr Y, E7, p7)

58 AA2 : Antirécepteur de l'angiotensine 2.

59 (Dr E, FG1, p26) ; (Drs O et N, FG3, p21)

Lorsque les généralistes ne suivent pas l'avis du cardiologue, leur attitude face au patient est variable :

- Certains évitent de montrer au patient leur désaccord avec le cardiologue, car il est très délicat d'expliquer pourquoi ils ont un avis divergent concernant le traitement. L'un d'eux explique que *c'est toujours désagréable pour le patient de voir le médecin et le cardiologue qui sont pas d'accord [...]* (Dr H, FG2, p3). Pour un autre, il s'agit d'éviter de décrédibiliser le cardiologue et de se décrédibiliser lui-même en ayant une attitude inappropriée, non déontologique (Dr S, E1, p4-5).

- Quelques participants essaient d'expliquer diplomatiquement au patient pourquoi ils préfèrent prescrire un autre traitement que celui préconisé par le cardiologue : *je vais discuter avec mon patient pour pas le mettre lui dans cette situation où quand il va repasser [chez le cardiologue] il va avoir des réflexions très désagréables [...] je vais arranger le coup [...]* (Dr F, FG1, p35). Une participante explique systématiquement à ses patients les raisons de son désaccord, notamment au sujet des nouvelles molécules ; cette attitude est toujours comprise et appréciée par ses patients. Elle leur explique : *moi je préfère fonctionner avec des molécules qui sont validées, que je connais bien parce que je connais les effets secondaires et tout, donc si vous avez un problème, je pourrai euh comprendre ce qui vous arrive. Là c'est un nouveau médicament, j'ai pas de recul, euh on attend un peu si ça vous dérange pas.* (Dr X, E6, p6).

L'attitude des généralistes envers le cardiologue est également variable :

- Certains participants⁶⁰ modifient le traitement proposé sans en avertir le cardiologue, mais expliquent parfois le motif du changement de traitement dans le courrier qu'ils adressent au cardiologue pour la consultation suivante.

- Parfois, notamment dans des situations complexes, certains généralistes⁶¹ téléphonent d'emblée au cardiologue afin de discuter et de trouver un accord. Ce type d'entretien se passe généralement bien, lorsque le généraliste et le cardiologue se connaissent et s'entendent bien⁶² : *Moi je, je fais ça avec des copains [...] spécialistes. [...] J pense qu'y a suffisamment d'amitié pour que ça se passe bien mais, c'est un peu difficile d'aller faire une leçon euh... de cardiologie à un cardiologue.* (Dr D, FG1, p37).

2.2.4. Cas particulier de la collaboration avec les cardiologues hospitaliers

a. Moins d'examens inappropriés à l'hôpital ?

Trois participants ont l'impression que les cardiologues hospitaliers font moins d'examens inutiles, peut-être du fait de leur mode de rémunération salarié, par opposition au paiement à l'acte comme les cardiologues libéraux (Drs H et I, FG2, p20 ; Dr Y, E7, p6).

b. Difficultés à nouer une relation spécifique

Pour l'un des participants (Dr U, E3, p3), il n'y a aucun problème de collaboration avec les cardiologues des hôpitaux périphériques de son secteur, il reçoit régulièrement des informations concernant ses patients hospitalisés. En revanche, sa collaboration avec les

60 (Drs A et A, FG1, p32-33) ; (Dr D, FG1, p38) ; (Dr I, FG2, p21) ; (Drs M, O, N et L, FG3, p20) ; (Dr X, E6, p6) ; (Dr Y, E7, p7)

61 (Dr S, E1, p4-5) ; (Dr I, FG2, p22) ; (Drs R et N, FG3, p21) ; (Dr W, E5, p8)

62 (Dr W, E5, p8) ; (Dr D, FG1, p37)

cardiologues travaillant dans les hôpitaux plus lointains, notamment ceux du CHU⁶³, lui semble de bien moins bonne qualité.

Pour certains participants⁶⁴, la collaboration avec les cardiologues hospitaliers est difficile. Il est compliqué d'accéder à un cardiologue en particulier, en raison du "turnover" des soignants, et du grand nombre de correspondants possibles à l'hôpital. Ainsi, il est difficile de nouer une relation spécifique avec un cardiologue hospitalier. *Quand j'envoie à l'hôpital les gens disparaissent dans une espèce de trou noir...* (Dr N, FG3, p28) ; *Y a un "turnover" dans les personnes qui fait qu'on a du mal à s'attacher à un cardio, à savoir comment on peut bosser avec lui [...]* (Dr O, FG3, p30). Plusieurs généralistes considèrent même que la collaboration avec les spécialistes hospitaliers est quasiment inexistante : *les gens qui communiquent pas avec nous, pour lesquels on n'existe pas, c'est les cardiologues hospitaliers* (Dr N, FG3, p26) ; *tout est à faire [...]* *C'est une question de création [de la relation]* (Dr Q, FG3, p28), *les relations sont éteintes, elles sont distantes* (Dr N, FG3, p31), *méfiantes* (Dr P, FG3, p31).

Pour les patients, la relation avec les cardiologues hospitaliers est tout aussi complexe : *un jour ils voient le Docteur Tartempion, un jour ils voient l'interne Bidule, euh qui leur dit tout et son contraire, [...]* *Ils sortent mécontents, ils ont été mal traités et on les a engueulés [...]* (Dr N, FG3, p28).

c. Problèmes de transmission des informations

Plusieurs participants décrivent des situations de sorties d'hospitalisation catastrophiques pour leurs patients, pour diverses raisons. D'une part, le médecin traitant n'est pas toujours informé de la sortie de son patient et ne peut donc pas anticiper la poursuite de prise en charge⁶⁵. D'autre part, certains généralistes déplorent des modifications de traitements de fond parfois inopinées, inappropriées, non expliquées dans le courrier de sortie⁶⁶. Cela conduit à une grande confusion pour les patients, une incompréhension du traitement de sortie. Deux médecins témoignent : *quand c'est une personne âgée, croyez-moi, elle a déjà du mal à suivre son traitement, si on lui change tout, il y comprend plus rien.* (Dr M, FG3, p26) ; *ils ont fait un nettoyage, comme si ils traitaient une question de l'internat quoi, comme si y avait pas de patient en face.* (Dr I, FG2, p22).

3. Pistes d'amélioration

Après avoir interrogé les médecins généralistes sur leur ressenti concernant leur collaboration avec les cardiologues, nous leur avons demandé de préciser leurs attentes, ainsi que les éventuelles pistes qu'ils auraient à proposer pour améliorer cette collaboration.

3.1. Se rencontrer, se mettre d'accord sur les références

Pour de nombreux participants, l'un des principaux freins à une bonne collaboration avec les cardiologues et plus généralement avec les spécialistes, est le fait de ne pas bien se connaître, de ne pas avoir de relation privilégiée. C'est le problème avec les cardiologues hospitaliers d'après certains médecins interrogés (III. 2.2.4.). Plusieurs participants regrettent de ne jamais avoir rencontré les cardiologues avec lesquels ils correspondent. D'une manière plus générale, les spécialistes ignorent probablement la manière de travailler des généralistes, et réciproquement, ce qui conduit certainement à des incompréhensions entre les médecins

63 CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

64 (Drs N, P et O, FG3, p28 et p30)

65 (Dr E, FG1, p8) ; (Dr N, FG3, p26) ; (Dr Y, E7, p12)

66 (Drs I et G, FG2, p22) ; (Drs M et N, FG3, p26)

(Dr F, FG1, p48).

Ainsi, de nombreux participants⁶⁷ sont demandeurs de séances de formation médicale continue réunissant généralistes et cardiologues, pour prendre le temps de se connaître, ouvrir la discussion sur des questions qui ne font pas consensus, et éventuellement trouver un accord sur certains points (prescription légitime ou non des génériques, référentiels communs sur lesquels s'appuyer dans la prescription de traitements...) :

- *on se connaîtrait et du coup euh on serait à peu près sur la même longueur d'ondes [...]*. (Dr T, E2, p5).

- *les polypathologies [sous-entendu : cardiaques] [...] ça mériterait plus d'informations, de mise à niveau [...]* (Dr W, E5, p10).

- Un participant souhaite particulièrement que généralistes et cardiologues se mettent d'accord sur les références : *je dis pas [...] qu'ils devraient avoir les nôtres [...]* (Dr F, FG1, p37) et plus loin : *Se mettre d'accord sur les arguments permet d'améliorer beaucoup [...]* (Dr F, FG1, p51).

D'ailleurs, quelques généralistes ont l'habitude de se réunir avec les cardiologues, ce qui semble les satisfaire⁶⁸. Une participante est particulièrement satisfaite de sa collaboration avec les cardiologues de son secteur, qui sont très ouverts et très investis dans la formation continue des médecins généralistes : *le cardiologue qui vient [...] en soirée de FMC, il va voir 10-15-20 médecins sur lesquels il va mettre, il va mettre un visage à des noms. Ce qui fait que quand on va téléphoner, il va y avoir une relation qui se crée, un échange, et c'est là qu'on fera du bon travail.* (Dr X, E6, p14).

3.2. Des fiches de liaison généraliste / cardiologue ?

Une participante suggère la mise en place de fiches de liaison généraliste / spécialiste, avec tous les types de spécialistes. Les fiches généraliste / cardiologue contiendraient les éléments importants du suivi cardiologique : *on pourrait cocher euh, tension, pouls, crépitants [...] comme ça tout de suite on a les choses qui sont mises en, en apparence, et puis donc le, le résultat bio avec le iono, la créat [...] et puis que le cardio nous renvoie un, un courrier un peu équivalent avec les choses qui sont importantes [...]* (Dr X, E6, p10).

3.3. Amélioration du courrier du généraliste

Pour deux participants⁶⁹, il arrive que les courriers des généralistes soient incomplets. Si la lettre ne contient pas certains éléments cliniques ou biologiques (notamment la fonction rénale du patient), le cardiologue n'a pas toutes les données à sa disposition pour faire des propositions diagnostiques ou thérapeutiques appropriées. De même, si le généraliste ne précise pas ses demandes d'examens complémentaires, il est moins légitime pour se plaindre ensuite que le cardiologue a fait trop d'examens. Un médecin explique qu'il faudrait *être plus précis dans le courrier et les demandes. [...] si y a pas de question et si y a pas de chose très précise, [...] il faut pas trop qu'on s'étonne que il réponde euh... qu'il fasse ce qu'il a envie de faire.* (Dr F, FG1, p39).

Un participant considère d'ailleurs que pour revaloriser la médecine générale auprès des spécialistes, il faut que chaque médecin généraliste commence par revaloriser sa propre façon

67 (Drs O et P, FG3, p36) ; (Dr S, E1, p5-6) ; (Dr T, E2, p5) ; (Dr V, E4, p5) ; (Dr W, E5, p10)

68 (Drs N, M et R, FG3, p36) ; (Dr X, E6, p14)

69 (Drs E, FG1, p38) ; (Dr F, FG1, p39)

de faire de la médecine générale (Dr N, FG3, p32). La rédaction de courriers de qualité serait un moyen parmi d'autres.

Au total, ce courrier nécessite d'être *suffisamment détaillé* (Dr M, FG3, p32), c'est-à-dire contenir systématiquement les antécédents du patient, les derniers bilans biologiques susceptibles d'être utiles au cardiologue, les événements intercurrents du patient, l'examen clinique fait par le généraliste, et enfin la question que se pose le généraliste, avec une suggestion éventuelle d'examens complémentaires et de traitements, en précisant sur quelles références bibliographiques il s'appuie.

Néanmoins, plusieurs participants estiment qu'un courrier détaillé ne permettra pas de limiter les examens complémentaires inutiles. Ils évoquent le fait que leur courrier n'est pas toujours lu⁷⁰ (cf § III. 2.2.1.b.), la peur d'imposer quelque chose au cardiologue⁷¹ et la susceptibilité⁷² de celui-ci si le généraliste demande des examens précis : *Je suis pas sûr que le cardio en tienne compte. Et puis euh, moi à titre personnel j'aime pas trop euh... qu'on m'impose, qu'on me dise euh "voilà il faut faire tel truc et tel truc", [...] (Dr S, E1, p6) ; on ne demande pas toujours ce qu'on veut comme type d'examens [...] parce que ça les irrite. (Dr H, FG2, p18).*

3.4. Réponse du cardiologue

3.4.1. Concise, argumentée, donnant des directives

Certains médecins⁷³ attendent du cardiologue qu'il fasse un courrier assez concis, et qu'il donne des directives concernant le rythme de surveillance cardiologique, les modalités d'adaptation d'un nouveau traitement, des propositions d'alternatives thérapeutiques en cas d'intolérance à un traitement. Ces médecins souhaitent que le cardiologue leur fasse confiance et leur confie davantage la gestion du patient, en indiquant une marche à suivre assez détaillée.

Plusieurs participants souhaitent que le cardiologue argumente systématiquement sa réponse, notamment ses examens complémentaires et ses propositions thérapeutiques, en indiquant les recommandations sur lesquelles il s'appuie. Cela permettrait au généraliste de comprendre sa démarche, d'entamer la discussion en cas de désaccord (Dr F, FG1, p51-52), et d'éviter la réalisation d'examens excessifs (Drs F et C, FG1, p47). Certains participants⁷⁴ souhaitent que les propositions de traitements soient faites en termes de classes thérapeutiques, sans donner un nom de molécule en particulier.

Un autre médecin suggère qu'au moment de rédiger sa réponse, le cardiologue reprenne la lettre du généraliste pour répondre précisément à la question posée (Dr D, FG1, p7).

3.4.2. Continuité de la prise en charge pour les sorties d'hospitalisation

Concernant les sorties d'hospitalisation des patients, les médecins souhaiteraient être informés de la sortie du patient par téléphone, ou au moins d'obtenir rapidement un courrier manuscrit résumant la prise en charge du patient à l'hôpital, en attendant de recevoir un courrier détaillé (Dr Y, E7, p12, et cela est implicite dans le 3^{ème} focus group p26-27).

70 (Dr C, F et E, FG1, p6-7) ; (Dr J, FG2, p4 et p7) ; (Dr W, E5, p10) ; (Dr Y, E7, p11)

71 (Dr S, E1, p6)

72 (Dr H, FG2, p18) ; (Dr W, E5, p11)

73 (Dr Q, FG3, p20) ; (Dr X, E6, p4 et p10-11) ; (Dr Y, E7, p10)

74 (Drs D, E et A, FG1, p46) ; (Drs Q et N, FG3, p19)

3.5. Un document de recommandations, à l'image d'Antibioville

De même que les infectiologues ont rédigé un guide de recommandations pour la prescription des antibiotiques (Antibioguide en hospitalier, Antibioville en ambulatoire), un des participants (Dr S, E1, p6) apprécierait d'avoir le même type de guide en cardiologie. Ce guide contiendrait des recommandations en fonction des pathologies cardiovasculaires, concernant la périodicité des consultations de cardiologie de contrôle et celle des examens complémentaires (épreuves d'effort, échodopplers artériels,...). Cela permettrait au généraliste de savoir précisément à quel moment réadresser son patient au cardiologue, et cela limiterait peut-être la quantité d'examens complémentaires parfois perçus comme excessifs.

Pour un autre participant, c'est effectivement l'absence de recommandations sur les rythmes de surveillance en cardiologie qui conduit certains cardiologues à réaliser des examens jugés injustifiés (Dr H, FG2, p25 et cf § III. 2.1.6.).

3.6. Un certain scepticisme quant aux possibilités de changement

Quelques participants craignent de grosses difficultés à améliorer les relations avec les cardiologues. D'après eux, les spécialistes avec lesquels la collaboration est insatisfaisante sont justement ceux qui ont une très mauvaise image des généralistes, et qui n'ont aucun désir d'amélioration de la situation :

- Par exemple, une généraliste évoque quelques cardiologues avec lesquels les relations sont problématiques : *pour elle [l'une des cardiologues], on pourra jamais changer quoi que ce soit, parce qu'elle est figée. Les cardiologues de la ville c. , ils sont très figés aussi, on n'y arrivera pas.* (Dr X, E6, p9).

- Pour deux autres participants, le fait que le généraliste demande explicitement certains examens complémentaires au cardiologue ne permettra pas de limiter les excès : *je crois que ça n'aura aucun impact* (Dr I, FG2, p26), et réponse du Dr H : *Ouais. Ils s'en foutent. [...] Complètement.*

Un généraliste déplore d'ailleurs le refus catégorique des cardiologues de parler du problème des batteries d'examens, malgré ses tentatives d'ouvrir la discussion à ce sujet (Dr I, FG2, p26-27).

Enfin, pour ce généraliste, les problèmes viennent de l'organisation du système de santé, d'où les difficultés à les résoudre. Ce sont notamment le paiement à l'acte et l'obligation de moyens qui incitent les médecins à effectuer des examens complémentaires à outrance : *les problèmes on les connaît hein. C'est le paiement à l'acte et puis l'obligation de moyens [...] c'est une question de fonctionnement du système de santé en France. [...] Je suis persuadé que si tous les cardiologues [...] étaient salariés, ben ils feraient moins d'examens complémentaires inutiles [...] ils se retranchent derrière l'obligation de moyens, qui à mon avis dans notre système de santé [...] est une bannière qu'on ne devrait plus brandir à tout bout de champ comme cela parce que c'est, c'est intenable. [...] Qu'ils soient exploités, en soi ça n'a pas, ça n'est pas étonnant.* (Dr I, FG2, p26).

3.7. Courrier-type résumant les attentes des généralistes

3.7.1. Principe

Avant de débiter l'étude, nous supposons qu'il découlerait des différents entretiens plusieurs

typologies d'attentes des médecins généralistes : une catégorie de généralistes qui préfère confier l'essentiel de prise en charge cardiologique du patient au spécialiste ; une catégorie qui préfère conserver la gestion des pathologies cardiaques du patient, en faisant appel ponctuellement au cardiologue pour avis ; et probablement une catégorie intermédiaire.

Ainsi, nous leur avons demandé s'ils seraient favorables à l'envoi aux cardiologues d'un courrier-type assez succinct, dépersonnalisé, résumant les attentes globales des généralistes. Il pourrait exister plusieurs versions de ce courrier-type, selon la typologie des attentes des médecins généralistes.

Ce courrier pourrait être associé à chaque lettre que le médecin généraliste rédige lorsqu'il adresse un patient à un cardiologue. Il s'agirait de fournir des exemplaires de ce courrier-type à une large population de médecins généralistes (par exemple sur toute la Lorraine), pour toucher un grand nombre de cardiologues.

Au total, 6 médecins généralistes y étaient favorables⁷⁵ (3 d'un même *focus group*, 1 d'un autre *focus group*, 2 médecins interrogés individuellement), 8 y étaient défavorables⁷⁶ (4 dans un même *focus group*, 1 dans chaque autre *focus group* et 2 en entretien individuel) ; 7 n'avaient pas d'avis tranché⁷⁷ sur cette question (plutôt favorables, mais craignant que cela ne soit pas faisable en pratique, ou encore que cela soit inefficace). Enfin, 2 médecins ne se sont pas prononcés⁷⁸ sur la question (uniquement dans les *focus groups*).

À noter que la question n'a pas pu être posée à un participant (le Dr L qui a dû partir avant la fin du 3^{ème} *focus group*). Elle n'a volontairement pas été posée à un autre médecin interrogé en entretien individuel (Dr U, E3) pour deux raisons : nous étions très limités pour la durée de l'entretien, et ce médecin était tellement satisfait de sa collaboration avec les cardiologues qu'il n'avait pas de remarque particulière à faire pour améliorer cette collaboration.

3.7.2. Arguments en faveur du courrier-type

a. Faire passer un message

Un médecin estime que courrier-type pourrait être utile, d'autant plus que d'après lui, trop de médecins généralistes se taisent et ne font pas remonter leurs désaccords avec les spécialistes. Ce courrier-type serait l'occasion de transmettre un message général à l'ensemble des cardiologues : *ça serait quand même un message hein, qu'ils, qu'ils recevraient [...] ça serait leur rappeler que on n'est pas ignorant de tout et qu'on ne se rend compte de rien [...] ça serait un peu "marquer le coup". [...]* (Dr I, FG2, p30).

Un médecin considère que ce courrier serait un *moyen de pouvoir entamer la discussion* (Dr F, FG1, p52). Pour lui, ce n'est pas aux cardiologues de deviner les attentes des généralistes, mais c'est bien aux généralistes d'exprimer clairement leurs attentes.

b. Efficacité d'une action massive

Pour plusieurs participants⁷⁹, seule une action massive aura un impact : *un courrier-type prend de l'intérêt si effectivement y a beaucoup de gens qui l'utilisent.* (Dr F, FG1, p49). Plusieurs généralistes plutôt opposés à ce courrier-type concèdent que *par influence, par [...]*

75 (Drs A, D, F du FG1 ; Dr I du FG2 ; Dr X ; Dr Y)

76 (Dr C du FG1 ; Dr G du FG2 ; Drs N, O, P et R du FG3 ; Dr T ; Dr V)

77 (Drs B et E du FG1 ; Drs H, J et K du FG2 ; Dr S ; Dr W)

78 (Drs M et Q du FG3)

79 (Dr F, FG1, p49) ; (Dr I, FG2, p30)

marketing viral (Dr C, FG1, p52), une action de masse peut être efficace⁸⁰. Un autre explique : *tout est dans le rapport de force [...] Si y a pas de rapport de force y a rien qui change [...] Mais le rapport de force il faut donc le créer [...]* (Dr I, FG2, p30).

Une participante a un avis plus nuancé concernant l'efficacité de cette démarche. Pour elle, l'impact serait limité aux cardiologues motivés à améliorer la collaboration et ne serait que transitoire : *dans le lot y a des cardiologues qui vont être sensibilisés à notre attente et qui vont probablement [...] y adhérer , et puis [...] y aura des réfractaires [...] Et puis ceux qui vont y adhérer, ben ils vont y adhérer un certain temps. Et après y aura à nouveau un échappement [...]*. (Dr X, E6, p13). Par ailleurs, pour elle, il n'y a aucun problème de faisabilité en pratique, concernant l'organisation du cabinet pour stocker les différents courriers-types (Dr X, E6, p12).

c. Modalités pratiques

D'un point de vue pratique, ce courrier-type devrait être validé par plusieurs médecins généralistes pour avoir de la valeur, et formulé diplomatiquement : *un courrier-type qui a pu être potassé et qui a pu avoir l'avis de tout le monde pour que justement ça tienne la route et qu'il [le cardiologue] se le prenne pas comme une claque [...]* (Dr F, FG1, p46) ; *[...] assez diplomatique. [...] il faudrait vraiment bien bien réfléchir aux mots qu'on utilise* (Dr S, E1, p8).

Par ailleurs, plusieurs participants pensent qu'il faudrait rédiger différents courriers-types : *des courriers nuancés* (Dr A, FG1, p45 et acquiescement du Dr D) suivant la relation que le généraliste a avec tel ou tel cardiologue. Certains suggèrent d'y associer un *mode d'emploi* (Dr F, FG1, p52) expliquant aux généralistes l'objectif de cette démarche de courriers-types, la manière dont ils ont été rédigés, et indiquant *que c'est à leur libre arbitre [...] d'envoyer ou pas ce courrier aux cardiologues* (Dr I, FG2, p32).

3.7.3. Arguments contre le courrier-type

a. Inutile et trop formaté

Deux participants⁸¹ ne voient pas l'intérêt du courrier-type, car si le médecin généraliste souhaite transmettre un message particulier au cardiologue, il peut le faire très simplement dans un courrier classique. Une participante explique les inconvénients du courrier-type : *ça robotise un peu* (Dr C, FG1, p44), *J'aime pas les trucs formatés moi...* (Dr C, FG1, p50). En revanche, dans un courrier classique, il est facile d'adapter ses demandes aux cardiologues : *si j'ai une demande spécifique je la formule dans mon courrier*. (Dr G, FG2, p33).

Pour deux autres médecins⁸², les problèmes de collaboration avec les cardiologues sont tellement anecdotiques qu'il n'y a pas d'intérêt à faire une action de masse comme l'envoi d'un courrier-type. L'un d'eux explique la rareté de ces problèmes par le fait qu'il a *fait [son] tri des cardiologues [...]*. Il n'est pas fondamentalement opposé à l'idée du courrier-type mais n'en voit pas l'utilité : *j'ai pas besoin de faire ça*. (Dr W, E6, p12).

b. Difficultés à faire passer le message de manière diplomatique

Pour de nombreux participants⁸³, il paraît très difficile de rédiger un courrier-type de façon diplomatique, sans que cela soit perçu comme une agression : *c'est-à-dire que... de façon*

80 (Dr C, FG1, p52) ; (Dr H, FG2, p32) ; (Dr J, FG2, p34)

81 (Dr C, FG1, p49-50) ; (Dr G, FG2, p33)

82 (Dr V, E4, p7) ; (Dr W, E5, p12)

83 (Drs B et C, FG1, p53) ; (Drs R, P et O, FG3, p32) ; (Dr S, E1, p8) ; (Dr V, E4, p7) ; (Dr W, E5, p12)

diplomatie euh, ça paraît un peu délicat ! (Dr V, E4, p7) ; je pense pas qu'on peut être dogmatique [...] (Dr R, FG3, p32) ; On peut pas faire des trucs comme ça [...] (Dr O, FG3, p32).

Deux généralistes évoquent le problème de faisabilité de ce courrier-type : *difficile à mettre en place et à adapter de façon... au cas par cas, au patient, au cardiologue... (Dr B, FG1, p53), aux susceptibilités individuelles. (Dr C, FG1, p53).*

c. Trop intrusif

Deux participants semblent penser que l'envoi de ce courrier-type équivaldrait à faire la leçon aux cardiologues : *Ils sont grands les cardiologues (Dr P, FG3, p32) ; je trouverais ça assez intrusif. (Dr S, E1, p8).* Dans un entretien, avant d'avoir évoqué le courrier-type, un médecin explique : *j'ai pas l'impression que ce soit à moi de... de limiter ou de, ou d'entrer en conflit avec pour qu'y ait moins [...] de choses qui soient faites [...] (Dr S, E1, p6).*

Pour un autre participant, adresser ce type de courrier reviendrait à jouer un rôle de contrôleur, de policier : *Non mais moi je suis pas médecin conseil, je suis pas là pour voir si le gars a fait l'échographie en plus ou en moins euh... ça ne m'intéresse pas. [...] Je suis pas là pour euh redresser la barre de la Sécu. J'ai autre chose à faire. (Dr G, FG2, p33).*

d. Inefficacité prévisible de cette démarche ?

D'après trois participants, ce courrier ne ferait que rappeler aux cardiologues des choses qu'ils savent déjà.

Plus précisément, pour l'un d'eux, ce courrier-type ne sera pas lu par les cardiologues avec lesquels la collaboration est problématique, ceux-ci ne souhaitant simplement pas changer leurs pratiques. Il explique que ce courrier finira à la poubelle *[...] parce que ils savent. Enfin moi je suis persuadé qu'ils savent et puis qu'ils veulent au fond, ils veulent travailler comme ça, et [...] ils ont de toute façon conscience que nous on sait aussi. (Dr H, FG2, p30).*

Pour un autre, ce courrier-type est *redondant dans le cas où on travaille avec un cardio qui nous connaît déjà. (Dr N, FG3, p33).* Il serait éventuellement utile pour les cardiologues hospitaliers qui connaissent moins bien les généralistes, mais d'après ce participant, les hospitaliers *sont déjà noyés dans la paperasse* et ne liraient probablement pas ce courrier.

Pour la troisième, ce courrier-type pourrait même aggraver la situation : *ça serait [...] envenimer une situation si jamais elle est, elle est déjà mauvaise. (Dr T, E2, p6).*

3.7.4. Des solutions alternatives au courrier-type ?

Un participant considère que s'il est insatisfait d'un cardiologue, il lui suffit de changer de correspondant, sachant que ses patients se fieront à lui s'il propose de changer de cardiologue : *Si t'as un correspondant qui te satisfait pas tu en changes ! [...] les patients t'écoutent quand même [...] (Dr G, FG2, p32-33).*

Comme nous l'avons mentionné précédemment (*cf* § III. 3.1.), plusieurs participants préféreraient des rencontres plus fréquentes avec les cardiologues, que l'envoi d'un courrier-type impersonnel et pouvant être perçu comme agressif. Des rencontres en soirée de formation permettraient de mieux se connaître et d'entamer la discussion sur d'éventuels désaccords.

Enfin, plusieurs participants défavorables au courrier-type, jugé peut-être trop agressif, pensent néanmoins qu'il serait utile de diffuser aux cardiologues les résultats de cette thèse,

par exemple par le biais d'une publication dans une revue médicale⁸⁴.

IV. Discussion

Après cet exposé des données que nous avons recueillies au sujet du ressenti des médecins généralistes concernant leur collaboration avec les cardiologues, il est nécessaire de faire une synthèse des problèmes rencontrés et de discuter des possibilités d'amélioration qui ressortent de ce travail.

Nous analyserons la validité méthodologique puis les résultats de cette étude, en essayant de les mettre en perspective avec les données de la littérature.

1. Concernant la méthode de l'étude

Contrairement à la recherche quantitative qui dispose d'outils statistiques rigoureux de vérification, les études qualitatives comme la nôtre sont beaucoup plus sujettes à des interprétations subjectives. Il est donc relativement difficile d'en assurer une validité incontestable. Cependant, la recherche qualitative a elle aussi mis en place des garde-fous qui permettent de la rendre aussi crédible que possible. Nous avons déjà évoqué les critères de scientificité et la triangulation dans les parties II. 1.3. et II. 1.4. en indiquant la manière dont nous les avons mis en œuvre dans notre étude.

Néanmoins, satisfaire à ces deux critères n'est en aucun cas une condition suffisante pour garantir la valeur d'une étude qualitative. Par exemple, une étude dont la question de recherche est mal posée, dont la collecte de données est erronée ou dont la méthode d'analyse est biaisée peut parfaitement satisfaire aux critères de scientificité et proposer une triangulation efficace ; ses résultats n'en seront pas moins contestables.

Pour pallier ce problème, de nombreux chercheurs (37,49) ont établi, au fil des ans, des *checklists* présentant les points à vérifier pour valider une étude qualitative. En 2007, l'équipe de Tong *et al* (49) a proposé une *checklist* complète, résultant d'une revue de l'ensemble des *checklists* publiées dans la littérature. Ce type de liste contient plusieurs items, dont il est nécessaire de vérifier qu'ils ont été détaillés dans l'étude, notamment la définition de la question de recherche, les caractéristiques du ou des chercheurs, la méthode d'échantillonnage, les caractéristiques des participants, la méthode de recueil et d'analyse des données et l'identification des grands thèmes ressortant de l'étude. Pour la réalisation et la validation méthodologique de notre étude, nous nous sommes appuyés sur ces *checklists*.

À noter que l'utilisation de ce type de liste n'est pas encore largement répandue parmi les revues médicales majeures dont, en 2007, seul le British Medical Journal proposait des critères de vérification d'une étude qualitative (50). Il y était précisé que cette liste n'est pas systématiquement utilisée et qu'elle ne constitue qu'un guide à la disposition des relecteurs qui doivent juger une étude qualitative.

Dans ce qui suit, nous allons présenter les principaux biais méthodologiques auxquels nous avons été confrontés.

84 (Drs Q, N et R, FG3, p34-35)

1.1. Le guide d'entretien

1.1.1. Modifications du guide d'entretien

La question sur le diagnostic de l'insuffisance cardiaque a été ajoutée à l'issue du premier *focus group*. Ainsi, six participants n'ont pas été confrontés à cette thématique, qui n'a donc pas pu être autant approfondie que les autres questions de l'étude.

Par ailleurs, dans le troisième *focus group*, l'ensemble des participants ont longuement évoqué deux thèmes non prévus dans le guide d'entretien : les contacts avec les secrétaires des cardiologues, et la particularité des relations avec les cardiologues hospitaliers. Par conséquent, nous avons parfois choisi d'approfondir ces questions dans les entretiens individuels, lorsque la conversation s'y prêtait. Ces ajouts mineurs nous ont permis d'explorer des hypothèses de recherche apparues au cours de l'étude. Ils entrent dans le cadre des modifications qu'il est possible d'apporter au guide d'entretien sans introduire de biais méthodologique.

1.1.2. Une imprécision méthodologique lors des entretiens individuels

Lors de la plupart des entretiens individuels, nous n'avons pas posé la dernière question de relance relative au courrier du généraliste pour le cardiologue, à savoir la demande d'avis thérapeutique. Néanmoins, cette imprécision méthodologique compromet très peu l'exhaustivité des données recueillies, car le thème des traitements a toujours été abordé en fin d'entretien, lors du questionnement sur les propositions thérapeutiques du cardiologue. Par ailleurs, la question précise des demandes d'avis thérapeutique par le généraliste n'a eu de réponse particulière ni dans les *focus groups*, ni dans le seul entretien individuel au cours duquel elle a été abordée.

1.2. Inclusion du premier *focus group* dans l'analyse

Comme nous l'avons expliqué plus haut, nous avons choisi de prendre en compte les résultats du premier *focus group* dans l'analyse, en raison de la richesse de son contenu. Les recommandations en recherche qualitative autorisent l'utilisation des données du groupe-test pour l'analyse, à la condition que le guide d'entretien n'ait pas subi trop de modifications dans la suite de l'étude (36), ce qui est parfaitement respecté dans le cas présent. Par ailleurs, la plupart des idées exprimées lors de cette première réunion sont similaires à celles émises dans les autres *focus groups* ou dans les entretiens individuels.

1.3. Analyse du biais de recrutement pour les *focus groups*

Les participants des *focus groups* ont été recrutés majoritairement sur la base de listes de médecins adhérant à des associations de FMC ou à des groupes de pairs, ils sont donc habitués à débattre des problèmes qu'ils rencontrent dans leur pratique de la médecine. Ainsi, nous supposons qu'ils seraient globalement moins satisfaits de leur collaboration avec les cardiologues que la moyenne des médecins généralistes.

Cependant, l'analyse comparée des résultats des *focus groups* et des entretiens individuels n'a pas montré de franche différence entre les idées évoquées lors de ces deux types de réunion.

1.4. Interventions de la thésarde en fin de *focus group*

Les *focus groups* étaient animés par une personne extérieure au domaine médical, afin d'éviter toute influence sur les réponses des participants. La thésarde avait le rôle d'observateur, l'objectif étant de prendre note des aspects non verbaux des échanges ; l'observateur n'est pas censé intervenir dans la discussion.

Cependant, à la fin de deux *focus groups*, nous avons jugé nécessaire d'intervenir, car certaines hypothèses de recherche méritaient d'être vérifiées. Or elles nécessitaient d'avoir des connaissances médicales, que n'avait pas l'animateur. Ces interventions ont duré moins de cinq minutes.

Ainsi, à la fin du premier *focus group*, nous avons approfondi la question des modalités pratiques de rédaction du courrier-type, en demandant aux participants de préciser comment il pourrait être rédigé (principalement dans la forme).

D'autre part, à l'issue des deux premiers *focus groups*, nous avons remarqué que le problème des examens complémentaires était important, notamment concernant les épreuves d'effort. Or, à la fin du troisième *focus group*, nous constatons que ce thème avait été peu évoqué par les participants et il nous semblait nécessaire de nous assurer qu'il n'avait pas été occulté par les autres sujets de discussion. Cela nous semblait d'autant plus important que ce dernier *focus group* se déroulait dans un département différent de celui des deux premières réunions. Cette intervention n'a pas suscité plus de réaction au sujet des examens complémentaires, elle n'a donc, de toute évidence, pas influencé les participants et nous a permis de vérifier l'hypothèse d'une cause environnementale pour cette difficulté particulière.

1.5. Questionnement appuyé en entretien individuel

Dans les *focus groups*, l'émergence des idées est favorisée par une dynamique de groupe, qui est, par essence, absente des entretiens individuels. Ainsi, il était parfois utile d'insister auprès des participants se disant très satisfaits, pour rechercher d'éventuels problèmes de collaboration, et s'assurer d'avoir suffisamment approfondi les entretiens. Il arrivait que cela mène effectivement à l'émergence de certains problèmes de collaboration, non mentionnés initialement.

Cette légère insistance n'est pas préconisée dans ce type d'étude qualitative, mais nous pensons qu'elle ne constitue pas un biais important dans le sens où la triangulation des données recueillies dans les entretiens individuels avec celles des *focus groups* montre que les problèmes évoqués lors des deux types d'entretiens sont les mêmes.

On peut expliquer la réticence qu'ont les médecins généralistes à parler de leurs problèmes de collaboration avec les cardiologues par l'importance que revêt à leurs yeux le *devoir de confraternité* inscrit dans le code de déontologie médicale (voir § IV. 2.2. pour une analyse plus détaillée de ce thème).

2. Concernant les résultats

Dans cette partie, nous tenterons d'abord de comprendre ce qui favorise la bonne correspondance entre les généralistes et les cardiologues. Ensuite, nous analyserons la place de la déontologie dans la gestion des désaccords. Nous montrerons que les points de discordance ne sont pas les mêmes selon le lieu d'exercice des médecins généralistes. Nous nous interrogerons également sur les origines éventuelles de certains désaccords. Enfin, nous

évaluerons l'idée d'un courrier-type pour améliorer la collaboration entre généralistes et cardiologues.

2.1. Facteurs de bonne entente entre généralistes et cardiologues

Nous tenons d'abord à préciser que l'ensemble des participants ont une perception globalement positive de leur collaboration avec les cardiologues. L'objet de cette étude étant d'évaluer de manière approfondie la qualité de cette relation, une grande partie des discussions se concentrait néanmoins sur les problèmes rencontrés. Comme l'a expliqué l'un des participants⁸⁵, *on ne parle que des trains qui arrivent en retard [...] et puis quand ça marche bien, on s'en rend pas compte [...]*.

Les médecins généralistes interrogés sont globalement satisfaits de l'accessibilité des cardiologues, tant au niveau des délais de rendez-vous que des honoraires pratiqués. La forte densité de cardiologues sur le territoire (*cf* § I. 3.1.) explique probablement leur grande disponibilité. D'après l'Atlas de la démographie médicale en France (15), en 2011, la densité de cardiologues était de 9,3 pour 100 000 habitants en France métropolitaine, avec des données comparables pour l'Alsace et la Lorraine (respectivement 10,9 et 8,7). En outre, l'impression, partagée par la plupart des généralistes, que les cardiologues exercent majoritairement en secteur 1 est confirmée par les chiffres de 2010 de l'Assurance Maladie (*cf* § I. 2.2.), indiquant que moins de 20 % des cardiologues exercent en secteur 2 (contre près de 40 % pour la moyenne des spécialistes).

Par ailleurs, il ressort clairement de cette étude que les généralistes les plus satisfaits sont ceux qui ont sélectionné leurs correspondants cardiologues⁸⁶. Ils ont pris l'habitude de travailler ensemble et connaissent leurs attentes réciproques. La prise en charge des patients se fait conjointement, avec la possibilité d'en discuter d'égal à égal et en pleine confiance. On remarque toutefois que deux médecins installés⁸⁷ sont également très satisfaits de leurs correspondants habituels, sans avoir eu besoin de les sélectionner. Cette tendance à choisir ses correspondants est confirmée par une étude de la DREES⁸⁸, menée en 2008 dans cinq régions de France. Elle montre que plus de 80 % des généralistes déclarent que, la dernière fois qu'ils ont adressé un patient à un spécialiste, ils ont pris en compte *l'habitude qu'ils ont de travailler avec ce confrère* (7).

D'autre part, la plupart des problèmes mentionnés par les médecins apparaissent dans la durée (obtention de la réponse à la question posée, délais de "revoyure", examens complémentaires excessifs, etc.). *A contrario*, les aspects de court terme de la collaboration avec les cardiologues semblent perçus positivement : accessibilité (tant pour les avis médicaux que pour les tarifs de consultation), bonne structuration des réponses. Cela explique probablement que les médecins installés soulèvent davantage de problèmes de collaboration que les médecins remplaçants⁸⁹. En effet, les quatre remplaçants interrogés semblent globalement satisfaits de leurs relations avec les cardiologues. L'un d'eux a évoqué plus de problèmes que les autres, probablement du fait de sa plus longue expérience (11 ans, contre 1 an de remplacements pour les autres). De par leur statut de remplaçant, ces médecins ont des relations assez hachées avec les spécialistes, qui s'inscrivent peu dans la durée. Ils ont plus de difficultés à connaître les spécialistes (entre autre, les cardiologues) et à nouer des relations

85 (Dr N, FG3, p32)

86 Il s'agit de l'ensemble des médecins installés interrogés dans les *focus groups*, et de trois médecins installés interrogés en entretiens individuels.

87 Dr U (E3) et Dr V (E4)

88 DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

89 Il s'agit surtout des remplaçants interrogés en entretiens individuels. Les deux autres remplaçantes des *focus groups* ont peu parlé, mais n'ont pas soulevé beaucoup de problèmes de collaboration.

durables avec eux. En effet, ils ne côtoient pas les mêmes cardiologues selon les différents cabinets dans lesquels ils remplacent, et le courrier de réponse du spécialiste n'est pas souvent réceptionné par le médecin remplaçant.

2.2. La déontologie dans la gestion des désaccords

Le terme *déontologie professionnelle* fait référence à l'ensemble de principes et règles éthiques (Code de déontologie) qui gèrent et guident une activité professionnelle. Ces normes sont celles qui déterminent les devoirs minimums exigibles par les professionnels dans l'accomplissement de leur activité. Pour les médecins, le code de déontologie est inscrit dans les articles R4127-1 à R4127-112 du code de la santé publique et largement inspiré du serment d'Hippocrate.

La notion de déontologie a été largement mentionnée tout au long des discussions, mais elle était interprétée de différentes manières selon les participants, surtout lorsqu'était évoquée la gestion des situations de désaccords. Nous verrons que ces interprétations diverses sont toutes justifiées et se réfèrent à différentes parties du code de déontologie qui peuvent, dans certaines situations, entrer en conflit.

Pour certains généralistes, on ne peut pas remettre en cause le devoir de déontologie. Cette obligation de confraternité les incite à ne pas montrer leurs désaccords aux patients. Ainsi, ils respectent le choix du patient s'il veut être suivi par un cardiologue qui ne leur convient pas ; de même, au sujet d'examens complémentaires jugés inappropriés, ces médecins évitent de parler de leur désaccord, car cette attitude les conduirait à décrédibiliser un confrère cardiologue. Ce que ces médecins appellent *devoir de déontologie* se réfère par exemple à l'article R4127-56 qui stipule que *Les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité*. Or, ils considèrent que montrer leur désaccord au patient revient à ne pas être confraternel.

Pour d'autres médecins⁹⁰, le devoir de déontologie est à mettre en balance avec le devoir d'assurer une certaine qualité de soins aux patients. Ainsi, un participant reconnaît ne pas être toujours parfaitement "déontologique" lorsqu'il fait part au patient de ses désaccords. Il justifie son attitude par le fait de placer la sécurité et la bonne prise en charge du patient au-dessus du "devoir de déontologie". En réalité, pour lui, il ne s'agit pas de discréditer un confrère, mais de justifier son désaccord auprès du patient en expliquant, sur la base d'arguments médicaux objectifs, pour quelles raisons il désapprouve la prise en charge du cardiologue. L'attitude de ces médecins est tout aussi justifiée par le code de déontologie, dont l'article R4127-61 indique que *Quand les avis du consultant et du médecin traitant diffèrent profondément, à la suite d'une consultation, le malade doit en être informé. Le médecin traitant est libre de cesser ses soins si l'avis du consultant prévaut auprès du malade ou de son entourage*.

Enfin, d'autres généralistes considèrent que ces situations de désaccord ne concernent pas la déontologie, mais plutôt la diplomatie, la politesse. Or, d'après eux, il faut parfois passer outre ces valeurs lorsque la qualité de la prise en charge du patient est menacée.

Quelle que soit l'attitude adoptée par les généralistes, nous voyons ici qu'ils utilisent tous le terme *déontologie* pour désigner la confraternité mais, dans les faits, leur comportement se fonde bien sur le même code de déontologie, dont l'ordre de priorité des articles est interprété différemment.

90 (Dr I, FG2, p15) ; Dr N, FG3, p17)

2.3. Sentiment d'infériorité des médecins généralistes

Il ressort de cette étude que certains médecins généralistes éprouvent un certain sentiment d'infériorité par rapport à leurs collègues cardiologues. Cela a une influence sur l'attitude adoptée par ces médecins, notamment dans le cadre d'un désaccord avec le spécialiste. Par exemple, certains médecins ne se considèrent pas compétents pour proposer des examens complémentaires au cardiologue, même si, *a posteriori*, ils ne sont pas toujours d'accord avec ses propositions. Ce complexe d'infériorité a déjà été mis en évidence dans une étude qualitative sur la vision qu'ont les médecins généralistes de leur spécialité (51). On peut supposer que ce sentiment est exacerbé par le fait que la médecine générale n'est considérée comme une spécialité médicale que depuis le décret 2004-67 du 16 janvier 2004. Auparavant, les médecins n'avaient pas à passer le concours de l'internat pour devenir généralistes et les candidats qui échouaient au concours devenaient, "par défaut", généralistes. Le statut de spécialité de la médecine générale n'est donc pas profondément ancré dans les esprits et, dans l'inconscient collectif des médecins comme des patients, le généraliste est peut-être considéré comme moins compétent que les autres spécialistes, par exemple les cardiologues.

D'après une étude qui a fait l'objet d'une thèse en 2008 (52), le mauvais classement de la médecine générale aux choix des Épreuves Classantes Nationales (c'est le choix restant aux dernières places du concours) n'est pas dû à un désintérêt des jeunes médecins pour ce domaine, mais plutôt au fait que les spécialités médicales incarnent à leurs yeux (consciemment ou non) une plus grande réussite sociale que la médecine générale. Ceci explique aussi que les médecins généralistes puissent ressentir un certain sentiment d'infériorité.

2.4. Influence du type d'exercice

2.4.1. Départements d'exercice

En interrogeant des médecins dans trois départements, nous avons pu constater que les problèmes ne sont pas les mêmes selon les lieux d'exercice des généralistes.

Dans le premier et le second *focus groups*, qui ont essentiellement réuni des médecins mosellans, les désaccords portaient surtout sur les examens complémentaires parfois jugés excessifs, particulièrement les épreuves d'effort. Certains participants désignaient même spécifiquement certains cabinets de cardiologie. Par ailleurs, les participants du premier *focus group* exprimaient également leur mécontentement concernant les avis thérapeutiques des cardiologues, tandis que les médecins du deuxième *focus group* étaient globalement satisfaits. Aucun problème relationnel avec les cardiologues hospitaliers n'est ressorti de ces deux *focus groups*.

En revanche, dans le troisième *focus group* qui rassemblait principalement des médecins de Meurthe-et-Moselle, les problèmes portaient essentiellement sur les propositions thérapeutiques et sur les relations avec les cardiologues hospitaliers du CHU. Les participants ont un peu évoqué les excès d'examens complémentaires, mais sans désigner un examen en particulier, ils semblaient relativement satisfaits de la prise en charge diagnostique des cardiologues libéraux.

À noter qu'un médecin interrogé en entretien individuel a également signalé des problèmes de collaboration avec les cardiologues du CHU, tandis qu'il était satisfait des hôpitaux périphériques. L'analyse des autres entretiens individuels ne permet pas de confirmer cette corrélation entre les difficultés rencontrées et les lieux d'exercice, du fait de la diversité de

l'échantillonnage.

Pour résumer, il semble qu'il existe des difficultés locales (liées aux structures de soins de cardiologie locales), que l'on ne peut pas extrapoler à l'ensemble des cardiologues.

En revanche, le problème du fractionnement des consultations de cardiologie a été largement évoqué par l'ensemble des participants, quel que soit leur lieu d'exercice. Cela est probablement lié au fait que la nomenclature des actes de cardiologie est nationale, avec une définition unique des tarifs opposables.

2.4.2. Milieux d'exercice (urbain, semi-rural, rural)

Le milieu d'exercice ne semble pas influencer sur la satisfaction des généralistes concernant la prise en charge diagnostique ou thérapeutique.

Seuls deux médecins ont signalé quelques problèmes d'accessibilité : la seule généraliste interrogée exerçant en milieu rural, et une généraliste exerçant en milieu semi-rural et qui évoquait la restructuration récente d'un hôpital proche, avec la fermeture d'un service de cardiologie. L'ensemble des autres participants (y compris ceux exerçant en semi-rural) attestaient d'une très grande accessibilité des cardiologues, ce qu'ils expliquaient par une forte densité de cardiologues comparativement à d'autres spécialistes. Ce point de vue est confirmé par les données de l'INSEE que nous avons présentées dans la première partie (*cf* § I. 3.1.).

2.4.3. Mode d'exercice

Le mode d'exercice des généralistes, seul ou en groupe, n'a pas semblé influencer sur leurs réponses. Certes, les médecins exerçant en groupe discutent probablement de leurs relations avec leurs correspondants. Néanmoins, les échanges téléphoniques ou par courrier entre le cardiologue et le médecin traitant se font seul à seul et dépendent très peu de l'existence d'un associé.

2.5. Nécessité d'une communication renforcée

2.5.1. Propositions thérapeutiques et conflits d'intérêts

Pour plusieurs participants, il existe des conflits d'intérêts entre certains cardiologues et les laboratoires pharmaceutiques, les poussant à prescrire de nouvelles molécules, tandis que les recommandations préconisent d'autres traitements.

Les données de la littérature sont pauvres, voire inexistantes, concernant la prescription par les cardiologues de molécules récentes ou non recommandées en première intention. Cela s'explique notamment par le fait que, généralement, ces derniers préconisent un traitement mais ne rédigent pas l'ordonnance pour le patient.

Les conflits d'intérêts et les interrogations qu'ils suscitent sont de plus en plus étudiés, notamment au sein de la profession médicale. Le Ministère de la Justice en propose une définition simple : *le conflit d'intérêts est une situation de fait dans laquelle se trouve placée une personne face à deux intérêts divergents, un intérêt général et un intérêt particulier, devant lesquels il a un choix à faire*. Dans le domaine de la santé, l'intérêt du patient peut être par exemple confronté à l'intérêt personnel d'un médecin, d'un chercheur, d'une firme pharmaceutique. Les conflits d'intérêts peuvent prendre des formes diverses (financière, intellectuelle, professionnelle, etc.). On distingue classiquement les intérêts directs et indirects, que la Haute Autorité de Santé (HAS) définit comme suit dans son guide des

déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts : un intérêt direct implique *pour l'intéressé la rémunération ou une gratification, occasionnelle ou régulière, à titre personnel [...]*, un intérêt indirect concerne une personne ou une institution avec laquelle l'intéressé est habituellement en relation. Concernant les conflits commerciaux des médecins, Sculier (53) précise qu'ils peuvent correspondre à un remboursement de frais de congrès, à des honoraires pour des activités de consultant, à la possession d'actions dans une industrie, à des cadeaux en nature, etc.

La fréquence des conflits d'intérêts a été démontrée dans plusieurs études, notamment dans une enquête américaine (54) menée en 2003 et 2004 auprès de plus de 3000 médecins (six spécialités y étant représentées) : 94 % d'entre eux avaient des conflits d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique. D'autre part, une revue de la littérature a été réalisée par Blumenthal en 2004 (55), au sujet des relations entre les médecins et l'industrie pharmaceutique. Il ressort de cette étude que les conflits d'intérêts des médecins (cadeaux, repas offerts, rétribution d'activité d'orateur dans une formation médicale, etc.) influencent clairement leurs prescriptions. Plus spécifiquement, une étude menée par Mendelson *et al* en 2011 aux États-Unis (56), a conclu à l'existence de conflits d'intérêts majeurs dans l'élaboration de guides de recommandations en cardiologie, mais aussi à l'absence de conflits chez un certain nombre d'experts chargés d'établir ces recommandations. Une autre étude américaine (57) a évalué, entre autres, l'application de la loi dans certains États, qui impose aux médecins de rendre publics leurs conflits d'intérêts : il semble qu'il existe une certaine opacité concernant l'accès à ces déclarations de conflits.

Les études européennes sur ce sujet sont moins nombreuses, mais il est probable que les problèmes soulevés par les travaux menés outre Atlantique soient transposables en Europe. Par exemple, la revue médicale *Prescrire* insiste régulièrement sur la nécessité d'une indépendance des médecins et des autorités sanitaires envers les laboratoires pharmaceutiques. En juillet 2012, elle a fait un nouvel appel à la transparence en relatant les conclusions d'un audit mené par la Commission Européenne, concernant la gestion par l'Agence Européenne du Médicament (AEM) des conflits d'intérêts des personnes impliquées dans les activités de celle-ci (58). De nombreux intervenants chargés des procédures d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) avaient des conflits d'intérêts avec certaines firmes fabriquant des médicaments pour lesquels une demande d'AMM était examinée.

En définitive, le problème des conflits d'intérêts est répandu dans de nombreux pays et concerne la profession médicale dans son ensemble, toutes spécialités confondues. La méfiance des généralistes concernant les prescriptions de certains cardiologues trouve probablement son origine dans l'importance qu'ont ces conflits d'intérêts, tant par leur nombre que par leurs conséquences. C'est pourquoi, afin de lever toute ambiguïté, les généralistes suggèrent que les cardiologues argumentent systématiquement leurs propositions thérapeutiques, en détaillant les références (si possible indépendantes) sur lesquelles ils s'appuient.

2.5.2. Examens complémentaires et logique d'entreprise

Outre le problème des propositions thérapeutiques, de nombreux participants sont frappés par le grand nombre d'examens complémentaires réalisés par certains cardiologues et par l'absence d'argumentation de ces examens. Ils déplorent également le fractionnement des consultations, chaque examen programmé étant réalisé à une date différente. Ils citent particulièrement les épreuves d'effort, les holters tensionnels et rythmiques, ainsi que les échodopplers vasculaires. Ces généralistes signalent également des problèmes dans la gestion du rythme de suivi des patients, estimant que les délais de "revoyure" de certains cardiologues sont trop courts et injustifiés et que ces derniers sont en partie motivés par le gain financier

que cela représente.

Cette impression qu'ont les généralistes d'une prescription importante d'examens par les cardiologues peut être expliquée par les données de l'IRDES⁹¹ et de l'Assurance Maladie. D'une part, les statistiques de l'IRDES (59) indiquent qu'en 2010, les cardiologues représentaient la deuxième spécialité en terme de fréquence de prescription d'actes techniques hors imagerie (par exemple : électrocardiogrammes, épreuves d'effort). D'autre part, l'Assurance Maladie (60) indique qu'en 2010, chaque cardiologue de France métropolitaine a réalisé en moyenne 2582 actes techniques⁹², mais il existe de fortes disparités régionales. En effet, ce nombre s'élève à 3645 pour la Lorraine (soit 41 % de plus que la moyenne nationale) et à 3229 pour l'Alsace (+ 25 %). Au sein de la Lorraine, le nombre d'actes techniques est similaire pour la Moselle et la Meurthe-et-Moselle (respectivement 3723 et 3625 actes par cardiologue). Concernant l'Alsace, les données du Haut-Rhin sont proches de la moyenne nationale (2668 actes par cardiologue, soit + 3,3 % par rapport à la moyenne nationale), tandis que la moyenne du Bas-Rhin est de 3585 actes par cardiologue, soit 38,8 % de plus que la moyenne nationale.

Le nombre élevé d'actes pratiqués en cardiologie n'est pas, a priori, une donnée très surprenante. En revanche, les chiffres très élevés constatés en Alsace-Lorraine indiquent que le problème du nombre d'examens complémentaires réalisés par les cardiologues est peut-être une spécificité de ces deux régions dans lesquelles notre étude a été menée.

La prescription excessive d'épreuves d'effort a été particulièrement évoquée, avec la généralisation de cet examen ces dernières années sans justification explicite. Plusieurs médecins soulevaient également le problème du rapport bénéfice / risque de l'épreuve d'effort, jugé défavorable dans certaines situations. Leurs réticences sont probablement liées à la sensibilité et la spécificité assez limitées de cet examen (respectivement de 68 % et de 77 % (61), ainsi qu'une mortalité de 1/70 000 (62). Les épreuves d'effort ne sont qu'un exemple, mais il ressort clairement de cette étude que les généralistes s'interrogent sur le rapport bénéfice / risque des examens complémentaires et ne comprennent pas toujours les raisons pour lesquelles les cardiologues les prescrivent. De même, ils s'interrogent sur la gestion du rythme de suivi des cardiologues.

Ainsi, de même que pour les propositions thérapeutiques, de nombreux participants souhaitent que les cardiologues argumentent systématiquement leurs prescriptions d'examens complémentaires et leur rythme de suivi, afin d'éviter tout malentendu.

2.5.3. Nécessité de renforcer la communication

Cette étude a montré que les médecins généralistes attendent de leurs correspondants cardiologues une argumentation systématique de leurs réponses, tant pour les propositions thérapeutiques que pour la réalisation d'examens complémentaires. Ce désir de communication plus importante se trouve confirmé par les données de la DREES (7), indiquant que pour choisir leurs correspondants spécialistes, la majorité des généralistes prennent en compte *la certitude qu'ils [les spécialistes] les tiendront informés*.

Par ailleurs, l'efficacité d'une bonne collaboration entre les soignants sur la prise en charge des patients a été confirmée par plusieurs expériences menées en Belgique. Il s'agit d'expériences des systèmes locaux de santé (SYLOS) (63,64), débutées en 1994 et plus largement menées depuis 2004, favorisant des rencontres régulières entre médecins généralistes, spécialistes et responsables hospitaliers afin d'analyser les situations

91 IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé

92 Ce nombre correspond aux actes techniques totaux, qui incluent les actes techniques hors imagerie.

problématiques et de les améliorer. Ces rencontres ont par exemple abouti à l'élaboration d'une liste commune d'antibiotiques pour les généralistes et les urgentistes. Une métaanalyse réalisée en 2010 (65) a également démontré l'efficacité d'une bonne communication entre généralistes et spécialistes, lorsque cette dernière comporte des rencontres, des consultations conjointes, etc. Elle a par exemple mis en évidence un meilleur équilibre du diabète ou encore une amélioration du syndrome dépressif chez les patients bénéficiant d'une prise en charge plus collégiale.

En définitive, il semble qu'une collaboration plus étroite entre les généralistes et les cardiologues soit nécessaire pour lever certains malentendus et améliorer ainsi leurs relations. Cette nécessité est d'autant plus grande qu'il est démontré qu'une communication renforcée entre les soignants améliore réellement l'état de santé des patients.

2.6. Courrier-type : risque d'échec

Enfin, l'idée d'un courrier-type résumant les attentes des généralistes, que ceux-ci joindraient à leur courrier lorsqu'ils adressent un patient à un cardiologue, n'a pas recueilli une très forte adhésion. Rappelons que l'objectif est de sensibiliser les cardiologues au ressenti et aux attentes des généralistes ; ce courrier-type devrait donc être proposé à un grand nombre de médecins généralistes (au niveau régional par exemple) pour avoir un impact suffisant.

Néanmoins, un tiers seulement des participants y était favorable, un autre y était défavorable, et le dernier tiers n'avait pas d'avis tranché sur la question. Les médecins favorables mettaient en avant l'idée de transmettre un message de manière massive aux cardiologues ; les participants opposés au courrier-type le considéraient trop formaté, difficile à rédiger de manière diplomatique et risquant d'être perçu comme une agression.

L'ensemble des médecins interrogés étaient *a priori* intéressés par le thème de leur collaboration avec les cardiologues. Lors des *focus groups* et entretiens individuels, ils ont eu le temps de s'imprégner de l'idée du courrier-type, de ses principes et objectifs. Si ces médecins n'expriment pas unanimement un avis favorable à l'idée du courrier-type, nous pouvons craindre qu'elle soit rejetée davantage encore par les autres médecins généralistes.

C'est pourquoi cette piste d'amélioration ne nous semble pas adéquate. D'ailleurs, les participants opposés au courrier-type proposaient d'autres pistes, moins intrusives et plus acceptables par les cardiologues. Ils insistaient notamment sur leur volonté de mieux connaître les cardiologues, par le biais de réunions de formation médicale continue. D'autres proposaient une diffusion d'un résumé de cette étude, laissant aux cardiologues la liberté de s'y intéresser.

Conclusion

La réforme du système de soins en 2004 a conduit à des changements dans la collaboration entre les généralistes et les spécialistes, car, dorénavant, le patient doit passer par le médecin traitant pour accéder à la plupart des médecins spécialistes. Ces modifications impliquent des difficultés nouvelles dans les interactions entre les soignants.

Les cardiologues figurant parmi les principaux spécialistes correspondant avec les généralistes, nous avons choisi d'évaluer l'impact des changements du système de santé sur leur collaboration, en nous concentrant sur le point de vue des généralistes.

Cette étude qualitative nous a permis de montrer les points positifs de cette communication : d'une manière générale, les généralistes sont satisfaits de leurs échanges avec les cardiologues. Plus particulièrement, la sélection de leurs correspondants leur permet d'établir une collaboration durable, marquée par la confiance et le respect mutuels. Il ressort également de cette étude une satisfaction générale concernant l'accessibilité des cardiologues, aussi bien pour des avis ponctuels téléphoniques que pour des demandes de consultation, en urgence ou pour un suivi de routine. Les tarifs pratiqués par les cardiologues semblent également raisonnables aux yeux des généralistes, avec un mode d'exercice majoritaire en secteur 1.

Nous avons également pu mettre en évidence les principales difficultés rencontrées par les généralistes. La plupart déplorent le fractionnement des consultations de cardiologie, qui ne paraît justifié ni pour les médecins généralistes ni pour les patients, et qui est souvent mal vécu par les patients. D'autres problèmes semblent plus locaux : les relations avec les cardiologues hospitaliers sont positivement perçues pour les hôpitaux périphériques, alors qu'elles apparaissent plus problématiques avec le CHU. Les plus gros désaccords concernant les avis thérapeutiques des cardiologues semblent spécifiques à certaines zones géographiques. De même, les examens complémentaires sont jugés excessifs uniquement dans certains cabinets de cardiologie.

Nous avons évalué les différentes pistes d'amélioration proposées par les généralistes ainsi que l'idée d'un courrier-type que nous leur avons soumise. Ce courrier-type résumant les attentes des généralistes, que l'ensemble des médecins traitants pourraient joindre à leur lettre classique pour le cardiologue, n'a pas reçu une forte adhésion. Il était notamment jugé trop formaté, et risquant d'être perçu comme intrusif et agressif. De nombreux généralistes préféreraient rencontrer davantage les cardiologues, afin de mieux les connaître et d'entamer progressivement la discussion sur les points de désaccords. Ils sont notamment très demandeurs de soirées de formation médicale continue. Une autre alternative au courrier-type, jugée moins intrusive, est la publication d'un résumé de cette étude, qui serait facilement accessible tant pour les généralistes que pour les cardiologues. Un article résumant ce travail sera soumis à une revue scientifique.

Par ailleurs, les médecins généralistes suggèrent d'améliorer la manière dont ils rédigent leurs lettres aux cardiologues. Ils préconisent un courrier assez précis, contenant tous les éléments pouvant être utiles aux cardiologues, et des demandes précises concernant les examens et les traitements. Ils souhaiteraient également que les cardiologues enrichissent leurs réponses, notamment qu'elles donnent des directives et qu'elles soient plus argumentées, tant pour les examens complémentaires que pour les traitements proposés. D'autres idées ont

été évoquées, par exemple des fiches de liaison généraliste / cardiologue, ou encore un guide de recommandations de cardiologie à l'usage des généralistes.

Ce travail nous a permis de mettre en lumière les principales attentes des généralistes vis-à-vis de leurs collègues cardiologues. Nous en avons dégagé des propositions d'amélioration de leur collaboration. Il nous apparaît indispensable de compléter cette étude par l'évaluation du ressenti des cardiologues, pour avoir une vision d'ensemble et rendre la collaboration la plus efficace possible. La même étude réalisée dans d'autres régions de France permettrait de juger de la spécificité géographique des problèmes évoqués. Afin d'optimiser la prise en charge collégiale des patients, on peut imaginer appliquer ce type d'étude aux autres correspondants des généralistes.

Bibliographie

1. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie | Legifrance [En ligne]. [consulté le 03/07/2012]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158>
2. Assurance Maladie. Le parcours de soins coordonnés [En ligne]. [consulté le 02/07/2012]. Disponible sur : http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/comment-etre-rembourse/le-parcours-de-soins-coordonnes/objectif-des-soins-coordonnes_rhone.php
3. Parcours de soins coordonnés : fonctionnement [En ligne]. vosdroits.service-public.fr. 29/06/2012 [consulté le 02/07/2012]. Disponible sur : <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F10870.xhtml>
4. Vega A. Cuisine et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français [En ligne]. CERMES; 2011[consulté le 18/01/2012]. Disponible sur : www.formindep.org/IMG/pdf/rapport_final3.pdf
5. Ribaud S. [Thèse] Collaboration entre les médecins généralistes et les psychiatres dans la prise en charge de la dépression - Opinions de médecins généralistes au travers d'une enquête qualitative [En ligne]. 2011 [consulté le 06/02/2012]. Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2011_RIBAUD_STEPHANIE.pdf
6. Wimel M. [Thèse] Que pensent les médecins généralistes et urgentistes de leurs relations ? État des lieux dans le bassin de Roanne et dans le Nord-Ouest de Lyon entre juillet et novembre 2008. [En ligne]. UCB Lyon 1; 2010. Disponible sur : http://www.urps-med-ra.fr/upload/editor/Maud_WIMEL_These__1334765612395.pdf
7. DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques). Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. Études et résultats [En ligne]. août 2008 [consulté le 25/04/2013];(649). Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er649.pdf>
8. Assurance Maladie. Les consultations en métropole [En ligne]. [consulté le 03/07/2012]. Disponible sur : http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/consultations/les-consultations-en-metropole/les-consultations-en-acces-direct-autorise_rhone.php
9. IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé). Les conventions médicales : historique [En ligne]. 04/2012 [consulté le 02/07/2012]. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/HistoriqueConventionsMedicales.pdf>
10. Aguzzoli F, Aligon A, Com-Ruelle L, Frérot L. Choisir d'avoir un médecin référent. Une analyse réalisée à partir du premier dispositif mis en place début 1998 [En ligne]. 11/1999 [consulté le 03/07/2012]. Disponible sur : www.irdes.fr/Publications/Rapports1999/rap1281.pdf

11. Avenants à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 12 janvier 2005 | Legifrance [En ligne]. 04/2007 [consulté le 26/08/2012]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?dateTexte=&cidTexte=JORFTEXT000000796268&fastPos=1&fastReqId=583318697&oldAction=rechExpTexteJorf>
12. IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé). Données de cadrage : Démographie et activité des professions de santé [En ligne]. 2010 [consulté le 26/07/2012]. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/DemoMedecins.htm>
13. INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques). Médecins suivant le statut et la spécialité en 2012 [En ligne]. 2012 [consulté le 15/08/2012]. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06102
14. DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques). Les médecins au 1er janvier 2012. Études et résultats. mars 2012;(796).
15. Le Breton-Lerouillois G, Romestaing P. Atlas national de la démographie médicale, situation au premier janvier 2011. CNOM [En ligne]. [consulté le 30/08/2012]; Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/Atlas2011.pdf>
16. Baudier F, Bourgueil Y. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. IRDES [En ligne]. 2010 [consulté le 20/08/2012]; Disponible sur : www.irdes.fr/Publications/2010/Qes157.pdf
17. Bourgueil Y. La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives dans le contexte français - Cairn.info. Santé Publique. 2009;21:27-38.
18. Daubert J-C. Les medecins specialistes de cardiologie et maladies vasculaires [En ligne]. 2007 [consulté le 20/08/2012]. Disponible sur : http://www.sfc cardio.net/enseignement/cardiologues-en-formation/des/4eme-seminaire-national-de-cardiologie-et-maladies-vasculaires/files/ResumePrDaubert_000.pdf
19. IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé). Secteurs conventionnels [En ligne]. [consulté le 05/07/2012]. Disponible sur : <http://www.ecosante.fr/DEPAFRA/355.html>
20. Arrêté du 29 novembre 2012 portant approbation de l'avenant n° 8 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011 [En ligne]. 2012 [consulté le 10/04/2013]. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20121207&numTexte=21&
21. Assurance Maladie. Régulation des pratiques tarifaires excessives [En ligne]. 2013. Disponible sur : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/regulation-des-pratiques-tarifaires-excessives.php>
22. Attal-Toubert K, Fréchou H, Guillaumat-Tailliet F. Le revenu global d'activité des médecins ayant une activité libérale. INSEE Références [En ligne]. 2009 [consulté le 05/07/2012]; Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ref/revaind09f.PDF

23. SNIR (Système National Inter Régimes). Démographie et conventionnement par région. 2010.
24. DGTPE (Direction Générale du Trésor et de la Politique Économique). Mode de rémunération des médecins libéraux [En ligne]. 09/2008 [consulté le 05/07/2012]. Disponible sur : <http://www.tresor.economie.gouv.fr/file/326885>
25. Assurance Maladie. Nomenclatures et codage [En ligne]. Ameli.fr. [consulté le 06/07/2012]. Disponible sur : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/nomenclatures-et-codage>
26. INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques). Quelles perspectives pour la démographie médicale ? [En ligne]. [consulté le 06/07/2012]. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=fsr10g
27. Ordre National des Médecins. Médecins bulletin n°22 [En ligne]. 2012 [consulté le 06/07/2012]. Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/bulletin/liste/2012>
28. Block P, Petch MC, Letouzey JP. Manpower in cardiology in Europe. Eur Heart J. janv 2000;21(14):1135-1140.
29. Block P, Weber H, Kearney P. Manpower in cardiology II in western and central Europe (1999–2000). Eur Heart J. janv 2003;24(4):299-310.
30. CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants) de Lille. Site du Collège des Généralistes Enseignants de Lille - La recherche en médecine générale et en soins primaires. [En ligne]. 2010 [consulté le 18/12/2011]. Disponible sur : http://www.lille.cnge.fr/article.php3?id_article=88
31. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;84:142-5.
32. Fanjeaux A. [Thèse] Ressenti des professionnels de santé du territoire sud-meusien vis-à-vis d'une réorganisation des réseaux de santé, étude qualitative par focus groups [En ligne]. 2011 [consulté le 29/07/2012]. Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2012_FANJEAUX_AMANDINE.pdf
33. Moreau A, Dedienne MC, Letrilliart L, Le Goaziou MF, Labarere J, Terra JL. S'approprier la méthode du focus group. La Revue du praticien. Médecine générale. 2004;(645):382-4.
34. Morgan DL. Focus Groups As Qualitative Research. SAGE; 1997.
35. Merton RK, Lowenthal MF, Kendall PL. The focused interview: A manual of problems and procedures. Free Press; 1990.
36. Davister. Les groupes focalisés, fiches méthodologiques. Stop j'agis. févr 2004;
37. Vermeire E, Van Royen P, Griffiths F, Coenen S, Peremans L, Hendrickx K. The critical appraisal of focus group research articles. European Journal of General Practice. janv 2002;8(3):104-108.
38. Rabiee F. Focus-group interview and data analysis. Proceedings of the Nutrition Society.

2004;63(04):655-660.

39. Letrilliart L. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative Première partie : d'« Acteur » à « Interdépendance ». Exercer, La Revue Française de Médecine Générale. 2009;20(87):74-79.
40. Letrilliart L. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Deuxième partie : de « Maladie » à « Verbatim ». Exercer, La Revue Française de Médecine Générale. 2009;20(88):106-112.
41. Laforest J, Bouchard LM, Maurice P. Guide d'organisation d'entretiens semi-dirigés avec des informateurs clés [En ligne]. Institut national de santé publique du Québec; 2009 [consulté le 11/08/2012]. Disponible sur : http://www.crpsspqc.ca/V11_TDX_Guide_entretiens_web_fr_2011.pdf
42. Onwuegbuzie AJ, Dickinson WB, Leech NL, Zoran AG. Toward More Rigor in Focus Group Research: A New Framework for Collecting and Analyzing Focus Group Data. International Journal of Qualitative Methods. sept 2009;8(3):1-21.
43. Pasquier E. Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en médecine générale. Mémoire de médecine générale, Université Claude-Bernard Lyon [En ligne]. 2004 [consulté le 24/01/2012]; Disponible sur : http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/memoire_E_PASQUIER.pdf
44. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. Pratiques Psychologiques. mars 2004;10(1):79-86.
45. Lessard-Hébert M, Goyette G, Boutin G. La recherche qualitative: fondements et pratiques. De Boeck université; 1997.
46. Patton MQ. Qualitative Research & Evaluation Methods. SAGE; 2002.
47. Lisa A. Guion DCD. Triangulation: Establishing the Validity of Qualitative Studies [En ligne]. 10/08/2011 [consulté le 24/04/2013]. Disponible sur : <https://edis.ifas.ufl.edu/fy394>
48. CNAM (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie). Circulaire CIR-13/2012. Décision UNCAM du 20 mars 2012 concernant la Liste des actes et prestations (LAP) et modifiant la NGAP et la CCAM (V28). juin 2012;
49. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. janv 2007;19(6):349-357.
50. Editor's checklists | BMJ [En ligne]. [consulté le 25/04/2013]. Disponible sur : <http://www.bmj.com/about-bmj/resources-authors/article-types/research/editors-checklists>
51. Aniel T. [Thèse] Comment les médecins généralistes se représentent leur spécialité ? [En ligne]. Université Claude-Bernard Lyon 1; 2008. Disponible sur : http://www.urps-med-ra.fr/upload/editor/These_Thibaut_ANIEL_1264764709139.pdf
52. Gaidioz C, Ruhlmann S. [Thèse] Pourquoi la spécialité Médecine Générale est-elle mal

classée aux choix des Epreuves Classantes Nationales ? Université Claude-Bernard Lyon 1; 2008.

53. Sculier J-P. Conflits d'intérêt: une notion souvent (volontairement) ignorée des médecins. *Revue médicale de Bruxelles*. 2010;31(3):199-205.
54. Campbell EG, Gruen RL, Mountford J, Miller LG, Cleary PD, Blumenthal D. A National Survey of Physician–Industry Relationships. *New England Journal of Medicine*. 2007;356(17):1742-1750.
55. Blumenthal D. Doctors and Drug Companies. *New England Journal of Medicine*. 2004;351(18):1885-1890.
56. Mendelson TB MM. Conflicts of interest in cardiovascular clinical practice guidelines. *Arch Intern Med*. mars 2011;171(6):577-584.
57. Ross JS LJ. Pharmaceutical company payments to physicians: Early experiences with disclosure laws in vermont and minnesota. *JAMA*. mars 2007;297(11):1216-1223.
58. Agence européenne du médicament : trop de conflits d'intérêts. *Prescrire*. juill 2012; (345):535.
59. IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé). Données de cadrage : Démographie et activité des professions de santé : Les actes techniques [En ligne]. 2010 [consulté le 27/04/2013]. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/ActesTechniques.htm>
60. Assurance Maladie. Données géographiques détaillées, activité des médecins par région et par département [En ligne]. 2010 [consulté le 27/04/2013]. Disponible sur : <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/donnees-geographiques/activite-prescriptions-des-medecins.php>
61. Fox K, Garcia MAA, Ardissino D, Buszman P, Camici PG, Crea F, et al. Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary The Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*. janv 2006;27(11):1341-1381.
62. Foulst J-M, Attal B, Ducardonnet A, Hoffman O, Uzan L, Verdier J-C, et al., éditeurs. *L'épreuve d'effort en cardiologie*. 2009^e éd. Springer; 2010.
63. Unger J-P. Les systèmes locaux de santé (SYLOS) : Une démarche de recherche-action pour l'amélioration de la coordination entre hôpital et médecins généralistes. *Santé conjugulée*. oct 2004;(30).
64. Heymans I. La collaboration entre médecins généralistes et spécialistes au service du patient. *Santé conjugulée*. janv 2011;(55).
65. Foy R, Hempel S, Rubenstein L, Suttrop M, Seelig M, Shanman R, et al. Meta-analysis: Effect of Interactive Communication Between Collaborating Primary Care Physicians and Specialists. *Annals of Internal Medicine*. févr 2010;152(4):247-258.

Annexes

Tableau récapitulatif de l'ensemble des participants⁹³

Sexe, pseudonyme attribué	Âge	Date d'installation, ou de début d'exercice pour les remplaçants	Autres fonctions éventuelles ⁹⁴	Département, Milieu et mode d'exercice ⁹⁵
Premier <i>focus group</i> (6 participants) :				
Homme Dr A	45 ans	Installé depuis 16 ans (1996)	Pairs/FMC	57 Semi-rural Seul
Femme Dr B	29 ans	Remplaçante depuis 2 ans (2010)	Pairs/FMC	57 Semi-rural --
Femme Dr C	48 ans	Installée depuis 16 ans (1996)	Pairs/FMC	57 Semi-rural Groupe (2 méd.)
Homme Dr D	64 ans	Installé depuis 33 ans (1979) Maître de stage	Maître de stage Pairs/FMC	57 Semi-rural Groupe (3 méd.)
Femme Dr E	49 ans	Installée depuis 19 ans (1993) Maître de stage	Maître de stage Pairs/FMC	57 Semi-rural Groupe (2 méd.)
Homme Dr F	61 ans	Installé depuis 30 ans (1982)	Pairs/FMC	57 Semi-rural Seul
Deuxième <i>focus group</i> (5 participants) :				
Homme Dr G	56 ans	Installé depuis 25 ans (1987)	Maître de stage FMC	57 Semi-rural Maison médicale (dont 2 méd.)
Homme Dr H	45 ans	Installé depuis 5 ans (2007)	Maître de stage FMC ?	54 Urbain Maison médicale (dont 5 méd.)

93 L'âge, la durée d'exercice depuis l'installation et le nombre d'années d'exercice pour les remplaçants se réfèrent à l'année 2012, pendant laquelle a été réalisée l'étude.

94 Pairs/FMC : participations à des groupes de pairs / participations à des soirées de FMC

95 Pour les cabinets de groupe, le nombre de médecins du cabinet figure entre parenthèses.

Homme Dr I	60 ans	Installé depuis 32 ans (1980)	Maître de stage FMC ?	57 Urbain Seul
Femme Dr J	49 ans	Installée depuis 13 ans (1999)	Maître de stage Pairs/FMC	57 Urbain Groupe (2 méd.)
Femme Dr K	33 ans	Remplaçante depuis 1 an (2011)	FMC	57 et 54 Urbain et semi-rural --
Troisième focus group (7 participants) : à noter que le Dr L. a dû partir au bout d'1 heure.				
Homme Dr L	51 ans	Installé depuis 20 ans (1992)	Maître de stage Pairs/FMC Conseiller ordinal	54 Semi-rural Seul
Homme Dr M	58 ans	Installé depuis 30 ans (1982)	Maître de stage Pairs/FMC	54 Urbain Seul
Homme Dr N	51 ans	Installé depuis 16 ans (1996)	Maître de stage FMC	54 Semi-rural Seul
Homme Dr O	50 ans	Installé depuis 22 ans (1990)	Maître de stage Pairs/FMC	54 Semi-rural Maison de santé (dont 4 méd.)
Femme Dr P	55 ans	Installée depuis 13 ans (1989)	FMC ?	54 Urbain Seule
Homme Dr Q	59 ans	Installé depuis 33 ans (1979)	FMC	57 Semi-rural Maison médicale depuis 1986 (dont 2 méd.)
Homme Dr R	52 ans	Installé depuis 21 ans (1991)	FMC ?	54 Semi-rural Groupe (2 méd.)
Entretiens individuels (7 entretiens) :				
Homme Dr S	38 ans	Remplaçant depuis 11 ans (2001)	FMC	57 Urbain --
Femme Dr T	29 ans	Remplaçante depuis 1 an (2011)	FMC	54 Urbain, semi-rural et rural --
Homme Dr U	39 ans	Installé depuis 8 ans (2004)	Pairs/FMC	54 Urbain Seul

Femme Dr V	48 ans	Installé depuis 14 ans (1998)	Un peu de FMC	57 Urbain Seule
Homme Dr W	52 ans	Installé depuis 23 ans (1989)	FMC de mésothérapie	57 Urbain Groupe (2 méd.)
Femme Dr X	56 ans	Installée depuis 28 ans (1984) Maître de stage	Maître de stage Pairs/FMC	57 Semi-rural Seule
Femme Dr Y	46 ans	Installée depuis 15 ans (1997)	FMC	68 Rural (3700 habitants) Groupe (2 méd.)

Résumé de la thèse

Depuis l'instauration du parcours de soins coordonnés par la loi du 13 août 2004, les médecins généralistes et spécialistes ont dû trouver un nouvel équilibre dans leur collaboration. Les cardiologues et les généralistes étant amenés à travailler ensemble très fréquemment, nous avons choisi d'évaluer leur communication, en nous concentrant sur le ressenti et les attentes des généralistes. La première partie de ce travail décrit le fonctionnement du système de santé français. Dans une seconde partie, nous détaillons la méthode utilisée pour cette étude qualitative, menée de mars à octobre 2012 en Lorraine et en Alsace auprès de 25 médecins généralistes. Trois *focus groups* et sept entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés. Dans la partie consacrée aux résultats, nous faisons d'abord un état des lieux de la communication entre généralistes et cardiologues, puis nous détaillons le ressenti des généralistes sur leur collaboration. Il ressort de cette étude une satisfaction globale de ces derniers, mais aussi quelques difficultés, comme le fractionnement des consultations, des excès d'examens complémentaires, des désaccords sur les avis thérapeutiques, ou encore des relations difficiles avec les cardiologues du CHU. Parmi les pistes d'amélioration proposées, la plus consensuelle consistait à favoriser les rencontres avec les cardiologues par le biais de soirées de formation médicale continue. D'autres idées ont été évoquées, telles que la rédaction d'un guide de recommandations de cardiologie, l'amélioration des courriers ou encore la publication des résultats de cette étude. Cette dernière nécessite d'être complétée par l'évaluation du ressenti des cardiologues, donnant alors une vision d'ensemble des difficultés de collaboration et permettant de les résoudre efficacement, dans l'intérêt du patient.

Titre en anglais :

Evaluation of the feeling and expectations of general practitioners in their collaboration with cardiologists

Thèse : médecine générale - année 2013

Mots-clefs :

généraliste, cardiologue, collaboration, communication

Intitulé et adresse de l'U.F.R. :

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDŒUVRE LÈS NANCY Cedex

VU

NANCY, le **05 mai 2013**

Le Président de Thèse

NANCY, le **06 mai 2013**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

3.

Professeur H. COUDANE

4.

5. **Professeur J-M. BOIVIN**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/6146

NANCY, le 16/05/2013

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Professeur P. MUTZENHARDT