

Faculté de Médecine

Année 2020

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 24 novembre 2020

Par Jean Christophe EYSSARTIER

Né le 27 octobre 1989 à Périgueux

Identification du parcours de soins des médecins généralistes libéraux de la région Nouvelle Aquitaine

Thèse dirigée par le Docteur Gaëtan HOUDARD

Examineurs :

Mme. le Professeur Nathalie DUMOITIER

M. le Professeur Daniel BUCHON

M. le Professeur Michel DRUET-CABANAC

M. le Docteur Gaëtan HOUDARD

Présidente

Juge

Juge

Directeur de thèse, Juge



Faculté de Médecine

Année 2020

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 24 novembre 2020

Par Jean Christophe EYSSARTIER

Né le 27 octobre 1989 à Périgueux

Identification du parcours de soins des médecins généralistes libéraux de la région Nouvelle Aquitaine

Thèse dirigée par le Docteur Gaëtan HOUDARD

Examineurs :

Mme. le Professeur Nathalie DUMOITIER

M. le Professeur Daniel BUCHON

M. le Professeur Michel DRUET-CABANAC

M. le Docteur Gaëtan HOUDARD

Présidente

Juge

Juge

Directeur de thèse, Juge



Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

Le 01 octobre 2019

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE (Surnombre jusqu'au 31-08-2020)
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe	DERMATO-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE (Surnombre jusqu'au 31-08-2020)
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION

DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE

MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
SAUTEREAU Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
KARAM Henri-Hani	MEDECINE D'URGENCE

MOREAU Stéphane

EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel

PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

BALLOUHEY Quentin

CHIRURGIE INFANTILE

BARRAUD Olivier

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

BEN AHMED Sabrina

CHIRURGIE VASCULAIRE

BOURTHOUMIEU Sylvie

CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

BOUTEILLE Bernard

PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

COUVE-DEACON Elodie

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

DUCHESNE Mathilde

ANATOMIE PATHOLOGIE

DURAND Karine

BIOLOGIE CELLULAIRE

ESCLAIRE Françoise

BIOLOGIE CELLULAIRE

HANTZ Sébastien

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

JACQUES Jérémie

GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE

JESUS Pierre

NUTRITION

LE GUYADER Alexandre

CHIRURGIE THORACIQUE et
CARDIOVASCULAIRE

LERAT Justine

O.R.L.

LIA Anne-Sophie

BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

RIZZO David

HEMATOLOGIE

TERRO Faraj

BIOLOGIE CELLULAIRE

WOILLARD Jean-Baptiste

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DUMOITIER Nathalie

(Responsable du département de Médecine
Générale)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan (du 1^{er} septembre 2019 au 31 août 2022)

LAUCHET Nadège (du 1^{er} septembre 2017 au 31 août 2020)

PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule (du 1^{er} septembre 2018 au 31 août 2021)

PROFESSEURS EMERITES

ALDIGIER Jean-Claude du 01.09.2018 au 31.08.2020

BESSEDE Jean-Pierre du 01-09-2018 au 31-08-2020

BUCHON Daniel du 01-09-2019 au 31-08-2021

MERLE Louis du 01.09.2017 au 31.08.2019

MOREAU Jean-Jacques du 01-09-2019 au 31-08-2020

TREVES Richard du 01-09-2019 au 31-08-2021

TUBIANA-MATHIEU Nicole du 01-09-2018 au 31-08-2020

VALLAT Jean-Michel du 01.09.2019 au 31.08.2020

VIROT Patrice du 01.09.2019 au 31.08.2020

Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 1^{er} novembre 2019

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

AUDITEAU Emilie	EPIDEMIOLOGIE (CEBIMER)
DAURIAT Benjamin	HISTOLOGIE, EMBRIOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
DERBAL Sophiane	CHIRURGIE ANATOMIE
DOUCHEZ Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
DUPONT Marine	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
DURIEUX Marie-Fleur	PARASITOLOGIE
GUYOT Anne	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
HERMINEAUD Bertrand	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
HUMMEL Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
LEFEBVRE Cyrielle	ANESTHESIE REANIMATION
PIHAN Franck	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
RIAHI Edouard	MEDECINE NUCLEAIRE
RIVAILLE Thibaud	CHIRURGIE-ANATOMIE
SANSON Amandine	ANESTHESIE REANIMATION
TCHU HOI NGNO Princia	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

ALBOUYS Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
ARMENDARIZ-BARRIGA Matéo	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBLANC Mathilde	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BAÏSSE Arthur	REANIMATION POLYVALENTE
BEEHARRY Adil	CARDIOLOGIE

BLOSSIER Jean-David	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
BOSETTI Anaïs	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
BRISSET Josselin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
CHAUVET Romain	CHIRURGIE VASCULAIRE
CISSE Fatou	PSYCHIATRIE
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DE POUILLY-LACHATRE Anaïs	RHUMATOLOGIE
DESCHAMPS Nathalie	NEUROLOGIE
DESVAUX Edouard	MEDECINE GERIATRIQUE
DUVAL Marion	NEPHROLOGIE
EL OUAFI Zhour	NEPHROLOGIE
FAURE Bertrand	PSYCHIATRIE d'ADULTES
FAYEMENDY Charlotte	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
FROGET Rachel	CENTRE D'INVESTIGATION CLINIQUE (pédiatrie)
GEYL Sophie	GASTROENTEROLOGIE
GHANEM Khaled	ORL
GILBERT Guillaume	REANIMATION POLYVALENTE
GUTTIEREZ Blandine	MALADIES INFECTIEUSES
HANGARD Pauline	PEDIATRIE
HARDY Jérémy	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
HESSAS-EBELY Miassa	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
KRETZSCHMAR Tristan	PSYCHIATRE d'ADULTES
LACOSTE Marie	MALADIES INFECTIEUSES
LAFON Thomas	MEDECINE d'URGENCE
LAHMADI Sanae	NEUROLOGIE

LALOZE Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
LEGROS Maxime	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
LEHMANN Lauriane	GASTROENTEROLOGIE
MAURIANGE TURPIN Gladys	RADIOTHERAPIE
MEUNIER Amélie	ORL
MICLE Liviu-Ionut	CHIRURGIE INFANTILE
MOWENDABEKA Audrey	PEDIATRIE
ORLIAC Hélène	RADIOTHERAPIE
PARREAU Simon	MEDECINE INTERNE ET POLYCLINIQUE
PELETTE Romain	CHIRURGIE UROLOGIE et ANDROLOGIE
PEYRAMAURE Clémentine	ONCOLOGIE MEDICALE
PLAS Camille	MEDECINE INTERNE B
QUILBE Sébastien	OPHTALMOLOGIE
SIMONNEAU Yannick	PNEUMOLOGIE
SURGE Jules	NEUROLOGIE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
VAIDIE Julien	HEMATOLOGIE CLINIQUE
VERLEY Jean-Baptiste	PSYCHIATRIE ENFANT ADOLESCENT
VIDAL Thomas	OPHTALMOLOGIE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

BERTRAND Adeline

SEVE Léa

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

MATHIEU Pierre-Alain CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et
TRAUMATOLOGIQUE

La plus grande victoire de l'existence ne consiste pas à ne jamais tomber, mais à se relever après chaque chute.

Nelson Mandela

Remerciements

Aux membres du jury

A Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER

Vous me faites l'honneur de juger ce travail et de présider le jury. Vous m'avez permis l'acquisition de compétences en médecine générale et inculqué les valeurs de la profession. Je vous remercie sincèrement de votre disponibilité et de votre implication. Veuillez trouver ici l'expression de toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Daniel BUCHON

Vous avez accepté de juger ce travail et je vous en remercie. Merci pour votre enseignement bienveillant de la médecine générale. J'ai apprécié le partage de votre expérience et de vos conseils, en particulier lors de mon stage d'autonomie. Ceux-ci m'ont été précieux et m'ont aidé à progresser. Soyez assuré de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Michel DRUET-CABANAC

Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury, je vous remercie d'avoir accepté d'être présent. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Gaëtan HOUDARD

Je vous remercie d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse et de m'avoir accompagné avec autant d'engagement et de bienveillance pour mener à bien ce travail. Merci pour votre temps, vos conseils précieux et votre disponibilité. Je tiens à vous témoigner ma très grande reconnaissance pour votre aide et mon profond respect. Je ne doute pas que Christina vous choisisse comme directeur de thèse, elle sera bien épaulée.

A mon tuteur de DES de médecine générale, Monsieur le Docteur Michel DALCOL,

Je vous remercie de m'avoir transmis votre amour de la Médecine lors de mon externat de médecine et de m'avoir aidé à réaliser mon portfolio.

Merci aussi à tous les médecins et équipes paramédicales que j'ai rencontrés qui, par leur compagnonnage bienveillant, ont renforcé mon amour de la médecine.

Merci à l'Union Régionale de Nouvelle Aquitaine d'avoir accepté diffuser mon questionnaire de thèse aux médecins de la région.

À mes parents

Je vous remercie de m'avoir accompagné tout au long de ces études et de m'avoir soutenu dans les moments de doute. Ma réussite est aussi la vôtre.

À mon épouse Christina

Tu remplies ma vie d'un immense bonheur qui s'est concrétisé par notre mariage l'an dernier. J'ai eu le coup de foudre dès notre première rencontre à l'île Maurice il y a plus de dix ans et de fil en aiguille nous voilà habitant ensemble à Thiviers. Merci pour ta force, ton engagement, ton sourire. Essaie juste d'être moins maladroite et de casser moins souvent les plats. Je suis heureux de partager le reste de ma vie avec toi.

À ma famille

A ma marraine, mes oncles, tantes, cousins, neveux, nièces, merci de votre soutien.

A mes beaux-parents, mon beau-frère, ma belle-sœur, merci pour votre affection, votre bienveillance.

À mes amis

À Romain, merci de ton soutien et de ton amitié depuis notre plus tendre enfance. Merci de ta disponibilité dans les moments de doute. Tu sais que tu es comme un frère pour moi.

À Q'ori, Hugo, Jenifer, Anusya, Kevin, Joran, Charlène, Hieu merci de votre amitié.

Merci à Sébastien, Ines, Marion, Julien, Sophie, Charline, Benjamin, Alice, des amis rencontrés tout au long de mon parcours.

A tous ceux que j'oublie.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Abréviations.....	20
Introduction.....	21
I. Le Parcours de soins coordonné	23
I.1. Le contexte	23
I.2. Définition.....	23
I.3. Historique.....	23
I.3.1. La convention du 4 décembre 1998 (8)	23
I.3.2. La loi du 13 août 2004 (1).....	24
I.3.3. La loi HPST de 2009 (Hôpital, Patients, Santé, Territoires) (9).....	24
I.3.4. La loi de santé de 2016 (10).....	24
I.4. Le médecin traitant, le pilier central de la réforme.....	24
I.4.1. Qui peut être médecin traitant ?	25
I.4.2. Le champ d'application	25
I.4.3. Quelles sont les situations dans lesquelles le patient se trouve dans le parcours de soins ?	25
I.4.4. Quelles sont les situations dans lesquelles le patient ne se trouve pas dans le parcours de soins ?.....	26
I.5. Une meilleure coordination des soins	26
I.6. La prévention, au cœur du parcours de soins (16) (17)	26
I.6.1. La prévention primaire	27
I.6.2. La prévention secondaire	27
I.6.3. La prévention tertiaire	27
I.6.4. La prévention quaternaire.....	27
I.7. Le médecin traitant, le principal acteur de la prévention	27
I.8. Les bénéficiaires de la réforme du médecin traitant.....	28
I.9. Quelle est la place du médecin malade dans ce parcours ?.....	29
II. Matériels et méthode.....	30
II.1. Le type d'étude	30
II.2. La population cible étudiée.....	30
II.3. Les critères d'inclusion	30
II.4. Les critères d'exclusion	30
II.5. L'échantillonnage.....	30
II.6. La diffusion	30
II.7. Le questionnaire	31
II.8. L'analyse statistique des résultats	31
II.9. Les méthodes de recherches bibliographiques	32
III. Résultats.....	33
III.1. La participation et les réponses	33
III.2. Les caractéristiques de la population.....	34
III.2.1. Le milieu d'activité	34
III.2.2. Le mode d'exercice.....	35
III.2.3. Le statut d'enseignant	36
III.2.4. Le type d'activité	37

III.2.5. La durée de travail hebdomadaire	38
III.2.6. Le médecin traitant déclaré	39
III.2.7. Les médecins généralement consultés en cas de maladie	40
III.2.8. La date de la dernière consultation médicale	41
III.2.9. Le moyen utilisé pour consulter un médecin spécialiste	42
III.2.10. La considération du suivi médical	43
III.3. L'influence des conditions d'exercice des médecins sur leur parcours de santé	44
III.3.1. Déclaration du médecin traitant et conditions d'exercice du médecin	44
III.3.2. Le médecin généralement consulté si malade et conditions d'exercice du médecin.....	45
III.3.3. La date de la dernière consultation médicale et conditions d'exercice du médecin	46
III.3.4. L'accessibilité pour consulter un spécialiste d'organe et conditions d'exercice du médecin.....	47
III.3.5. Les mesures jugées efficaces ou inefficaces pour améliorer le parcours de soins	48
IV. Discussion.....	50
IV.1. Les forces et les faiblesses de l'étude	50
IV.1.1. Les forces de l'étude	50
IV.1.2. Les limites de l'étude.....	50
IV.1.2.1. Le manque de puissance	50
IV.1.2.2. Le biais de sélection	50
IV.1.2.3. Le biais de déclaration.....	51
IV.1.2.4. Le biais de participation.....	51
IV.1.2.5. Le biais de mémorisation.....	51
IV.1.2.6. Le questionnaire	51
IV.2. Discussion des principaux résultats	52
IV.2.1. Le médecin traitant déclaré.....	52
IV.2.2. Le médecin généralement consulté en cas de maladie	52
IV.2.3. La date de la dernière consultation médicale	53
IV.2.4. L'accessibilité aux médecins spécialiste d'organe	53
IV.2.5. L'analyse de l'influence des conditions d'exercice sur le parcours de santé du médecin.....	54
IV.2.6. L'analyse des principaux paramètres pouvant améliorer le parcours de soins des médecins.....	55
IV.2.6.1. Les aides confraternelles et la facilitation des remplacements.	55
IV.2.6.2. Une prévoyance obligatoire.....	55
IV.2.6.3. Une consultation annuelle médicale obligatoire.....	55
IV.2.6.4. La création d'une structure indépendante de soins	55
Conclusion.....	57
Références bibliographiques	58
Annexes.....	61
Serment d'Hippocrate	72

Table des illustrations

Figure 1 Référentiel métier et compétences des médecins généralistes	28
Figure 2 Diagramme de flux.....	33
Figure 3 Milieu d'activité des médecins	34
Figure 4 Modes d'exercice des médecins	35
Figure 5 Statut d'enseignant des médecins.....	36
Figure 6 Type d'activité des médecins.....	37
Figure 7 Activité hebdomadaire des médecins.....	38
Figure 8 Médecin traitant déclaré	39
Figure 9 Médecin généralement consulté en cas de maladie.....	40
Figure 10 Date de la dernière consultation médicale	41
Figure 11 Moyen utilisé pour consulter un médecin spécialiste.....	42
Figure 12 Considération du suivi médical.....	43

Table des tableaux

Tableau 1 Tableau de contingence entre la déclaration du médecin traitant et conditions d'exercice du médecin.....	44
Tableau 2 Tableau de contingence entre médecin consulté si malade et conditions d'exercice du médecin	45
Tableau 3 Tableau de contingence entre la date de la dernière consultation médicale et les conditions d'exercice du médecin	46
Tableau 4 Tableau de contingence entre accessibilité du spécialiste d'organe et conditions d'exercice du médecin.....	47

Abréviations

ALD : Affection Longue Durée

ARS : Agence Régionale de Santé

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMUc : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

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

HAS : Haute Autorité de Santé

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

URPS : Unions Régionales des Professionnels de Santé

Introduction

Je commencerai cette thèse par une citation de Voltaire « *Il n'y a rien de plus ridicule qu'un médecin qui ne meurt pas de vieillesse...* »

Au cours de mes stages et de mes premiers remplacements, en discutant avec mes futurs confrères, je me suis rapidement aperçu que la plupart d'entre eux n'iaient le plus souvent les symptômes annonciateurs de la maladie par minimisation des symptômes, par déni de la maladie, par manque de temps, par surcharge de travail ou par crainte de la vérité aboutissant parfois à d'importants retards diagnostics.

La loi de 2004 relative à l'Assurance Maladie invite tout ayant droit à s'inscrire dans « un parcours de soins coordonné » en choisissant un médecin traitant dans un objectif d'une prise en charge de meilleure qualité et plus économe (1).

Cette loi prévoit de confier au médecin traitant l'orientation et les interventions des différents professionnels de santé pour un même assuré afin de rationaliser ses soins. Sa connaissance du dossier médical assure un suivi et une prévention personnalisés.

Le médecin, lui, dans ce parcours de soins, n'est pas un patient comme les autres, il est généralement coordinateur de son propre parcours de soins.

En 2008 le Conseil National de l'Ordre des Médecins publie un rapport sur la santé des médecins tiré d'un exercice de thèse sur les médecins libéraux en Ile de France indiquant que seulement un médecin sur dix avait déclaré un confrère comme médecin traitant. Il signale également que les soignants étaient globalement en bonne santé physique et relativement attentifs à la prévention mais ils étaient beaucoup plus fragiles sur le plan psychique et présentaient un taux de suicide 2 à 3 fois plus élevé que les autres professionnels ; 86% se prescrivaient leur traitement psychotrope et 31% d'entre eux ressentaient le besoin d'un soutien psychologique (2).

En 2008 également, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) réalise une enquête sur la santé physique et psychique d'un panel de 1900 médecins généralistes (3). Celle-ci montrait que l'hygiène de vie et les attitudes préventives étaient semblables à celles de la population générale, mais non supérieures comme on l'aurait pensé. Huit médecins sur dix se déclaraient être en bonne santé mais un médecin sur trois indiquait souffrir de problèmes de santé chroniques. Ils étaient également un peu moins d'un sur dix pris en charge au titre d'une Affection Longue Durée.

Dans cette enquête, 62% d'entre eux s'étaient désignés comme leur propre médecin traitant et 13% avaient fait le choix d'un confrère (4). Désigner un confrère comme médecin traitant semblait être associé au fait de disposer de plus de temps ; ceux exerçant en groupe avaient plus fréquemment fait ce choix (16 % vs 6 %), ainsi que ceux qui prenaient plus de quatre semaines de congés (13 % vs 8 %).

Le médecin libéral est donc potentiellement seul juge de sa propre santé, ne disposant pas de médecine préventive ou de travail. Il nie le plus souvent ses symptômes à cause de la stigmatisation sociale de la maladie, le sentiment de culpabilité, la peur, les difficultés financières avec notamment une prévoyance parfois non efficace (2).

Il fait partie de la couche de population recevant le moins d'attention sanitaire du fait entre autres de l'auto-prescription et de la négation de ses symptômes. En France, 14% des décès des médecins libéraux en activité ont pour cause le suicide, contre 5,6% dans la population générale (5). S'il a recours à un médecin tiers, son rapport au soignant peut être modifié car le soignant est un confrère ou une consœur, quelqu'un qui n'est pas seulement un thérapeute mais souvent un ami ou une connaissance ; dès lors, il ne s'établit pas de relation thérapeute-médecin malade adéquate.

Devant ces constatations, je me suis donc interrogé sur la manière dont les médecins de soins premiers de la région Nouvelle Aquitaine géraient leur parcours de soins.

Mon travail a pour objectif principal d'identifier le parcours de soins des médecins généralistes libéraux de la région Nouvelle Aquitaine.

Les objectifs secondaires sont de proposer un panel de solutions afin d'améliorer leur parcours de soin et de rechercher un éventuel lien entre l'activité du médecin généraliste et son parcours de soin.

Dans une première partie, je ferai une description du parcours de soins à la lumière de la littérature. Je décrirai ensuite la méthodologie de l'étude et présenterai les résultats obtenus. Enfin, j'analyserai les résultats en les confrontant aux données de la littérature.

I. Le Parcours de soins coordonné

I.1. Le contexte

Devant l'augmentation de l'espérance de vie et devant la progression des maladies chroniques, les patients vivant de nombreuses années avec leur maladie sont de plus en plus nombreux. En 2017, 10.7 millions de français présentaient une maladie chronique en affection longue durée alors qu'ils étaient 6 millions en 2004 (6).

La prise en charge de ces pathologies chroniques multiplie le nombre d'intervenants tout au long de la vie du patient et il en résulte des errements pour le patient, une multiplication des examens complémentaires, à l'origine de rupture dans les parcours et des coûts non justifiés pour la société.

Dans un objectif d'amélioration du suivi des patients et de rationalisation des soins, le parcours de soins a été instauré, visant à garantir la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

I.2. Définition

La Haute Autorité de Santé définit la coordination des soins comme « l'organisation délibérée des activités de soins à un patient entre plusieurs acteurs du système de santé. Elle implique la mobilisation de personnels et d'autres ressources nécessaires à la prise en charge du patient et est souvent gérée par l'échange d'informations entre les participants responsables de différents aspects de soins » (7).

L'objectif visé est de permettre au patient de bénéficier de la bonne réponse, au bon endroit et au bon moment.

I.3. Historique

I.3.1. La convention du 4 décembre 1998 (8)

Cette convention, signée entre les caisses et les organisations de médecins généralistes, prévoyait qu'un assuré de 16 ans ou plus pouvait choisir pour un an renouvelable un médecin généraliste comme médecin référent. Il devait s'engager à consulter en premier recours leur médecin référent. En contrepartie, ils pouvaient prétendre au tiers payant sur la part obligatoire, à la tenue d'un dossier médical et à la tarification conventionnelle en secteur 1.

Il n'y avait pas de sanction pour les patients n'adhérant pas au système du médecin référent.

Le médecin référent devait respecter un seuil maximal annuel d'activité compatible avec une médecine de qualité, ne pas recourir au dépassement d'honoraire, prescrire les médicaments les moins chers et assurer la permanence des soins ; en contrepartie, il percevait une rémunération forfaitaire annuelle de 150 francs par patient.

Ce système n'était pas ouvert aux spécialistes. Il a eu un maigre succès : 1 million d'assurés et 6000 médecins signataires. Il a été mis fin en 2004 lors de l'instauration du médecin traitant.

I.3.2. La loi du 13 août 2004 (1)

L'Assurance Maladie incite ses ayants droits à s'inscrire dans un « parcours de soins coordonné » en choisissant un médecin traitant. L'assuré doit solliciter l'accord formel du praticien qu'il a choisi à l'assurance maladie en remplissant une déclaration de médecin traitant. Cette déclaration n'est pas une obligation mais l'assuré risque une pénalité financière avec la majoration du ticket modérateur s'il ne s'inscrit pas dans ce parcours de soins coordonné, c'est-à-dire s'il ne choisit pas de médecin traitant ou s'il consulte un autre médecin sans prescription préalable de son médecin traitant.

Le médecin traitant a pour rôle d'assurer un suivi optimal et les soins de premier recours, de gérer le dossier médical personnalisé, de rédiger un protocole de soins et d'orienter le patient vers les avis spécialisés dont il a besoin dans un but de rationaliser les soins, d'améliorer l'organisation des soins autour du patient.

I.3.3. La loi HPST de 2009 (Hôpital, Patients, Santé, Territoires) (9)

Le rôle des médecins généralistes se trouve renforcé, il :

- Assure le premier niveau de recours aux soins.
- Assure pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé.
- Oriente les patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social.
- Veille à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés.
- S'assure de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé.
- Participe à la mission de service public de permanence des soins.

I.3.4. La loi de santé de 2016 (10)

Cette mesure permet notamment la désignation par les parents d'un médecin traitant pour leurs enfants qui pourra être soit un pédiatre soit un médecin généraliste. Cela renforce le rôle pivot du médecin traitant dans le suivi du parcours de soins des enfants de 0 à 16 ans afin de mettre en œuvre les mesures de prévention et les priorités de santé publique pouvant concerner cette population (vaccination, lutte contre l'obésité, prévention du tabagisme, lutte contre l'alcool ou la consommation de drogues).

I.4. Le médecin traitant, le pilier central de la réforme

En 2016, 93% des assurés du régime général ont déclaré un médecin traitant, (11) dont :

- 98,8% des patients en Affection Longue Durée,
- 98,6% des patients de plus de 60 ans,
- 87,2% des patients bénéficiant de la CMUc.

I.4.1. Qui peut être médecin traitant ?

Le médecin traitant doit être déclaré par les assurés sociaux auprès de leur organisme gestionnaire d'assurance maladie. Le choix de l'assuré peut s'effectuer et être modifié à tout moment.

Les assurés peuvent désigner, avec son accord :

- un médecin généraliste ou un médecin spécialiste,
- un médecin exerçant en secteur libéral ou dans un établissement de santé.

En 2015, le choix du médecin traitant s'est porté sur : (12)

- un médecin généraliste dans 92,7% des cas,
- un médecin à exercice particulier dans 4,2% des cas,
- un médecin salarié d'un centre de santé dans 1,1% des cas,
- autres cas : 2% (spécialiste, établissement public).

I.4.2. Le champ d'application

Le dispositif concerne tous les assurés sociaux et leurs ayants droit de moins de 16 ans, y compris les bénéficiaires de la CMU et de la CMUc et les bénéficiaires d'exonération de ticket modérateur. Il ne s'applique pas aux migrants de passage, aux bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat, aux ressortissants de la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

I.4.3. Quelles sont les situations dans lesquelles le patient se trouve dans le parcours de soins ?

- La consultation avec son médecin traitant.
- La consultation d'un autre médecin, à la demande de son médecin traitant, désigné « médecin correspondant »
 - Pour un avis ponctuel : le médecin correspondant laisse au médecin traitant le soin de surveiller l'application de ses prescriptions, il ne donne pas de soins continus.
 - Pour des séquences de soins nécessitant l'intervention de plusieurs spécialités différentes pour une même pathologie.
- La réalisation de soins itératifs :
 - dans le cadre d'un plan de soins, convenu entre les deux médecins,
 - dans le cadre d'un protocole de soins lorsque le patient est en affection de longue durée.

Dès lors qu'il respecte le plan ou le protocole de soins, le patient peut s'adresser directement au médecin correspondant sans passer par le médecin traitant dans les circonstances suivantes :

- la consultation en cas d'urgence médicalement constatée,
- la consultation auprès d'un médecin gynécologue, ophtalmologue, psychiatre, neuropsychiatre,
- la consultation d'un médecin dans le cadre d'une consultation hospitalière de tabacologie, d'alcoologie ou de lutte contre la toxicomanie,

- la consultation auprès d'un médecin en vue de la vaccination contre la fièvre jaune,
- la consultation pour un patient hors de sa résidence habituelle (vacances par exemple),
- la consultation auprès d'un médecin remplaçant.

I.4.4. Quelles sont les situations dans lesquelles le patient ne se trouve pas dans le parcours de soins ?

- La consultation d'un médecin traitant non déclaré.
- La consultation auprès d'un autre médecin sans prescription de son médecin traitant et hors situations particulières.

I.5. Une meilleure coordination des soins

Nous l'avons vu, la loi de santé de 2004 appuyée par la loi HPST renforce la place du médecin traitant qui est au centre du parcours de santé en assurant le suivi médical régulier de son patient et en l'orientant, si besoin, vers le médecin adapté à son problème de santé. Celui-ci lui communique en retour les informations nécessaires pour garantir la qualité du suivi médical.

Ce parcours permet entre autres, d'orienter le patient vers le bon interlocuteur afin de gagner en efficacité et en qualité de soins.

Il peut également permettre d'éviter des accidents iatrogènes en coordonnant l'ensemble des traitements qui sont parfois contre indiqués entre eux pouvant être prescrits par différents médecins. Environ 10% des hospitalisations de personnes de plus 65 ans seraient liées à une iatrogénie (13).

Selon un rapport de la Cour des Comptes publié en 2013, le taux de consultations réalisées dans le cadre du parcours de soins était de 91% (14). Cela montre une bonne adhésion au dispositif.

Afin d'inciter les assurés sociaux à suivre le parcours de soins, une incitation financière a été décidée. En effet, en ne respectant pas le parcours de soins, le patient s'expose à des majorations du ticket modérateur qui ne sont pas prises en charge par les organismes complémentaires (15). Si le patient consulte un médecin généraliste conventionné exerçant en secteur 1 sans avoir déclaré de médecin traitant, l'Assurance Maladie ne remboursera que 30% du tarif de la consultation soit 7.5 euros contre 17.5 euros si le parcours de soin était respecté.

Il y a donc un argument dissuasif pour les patients qui doivent avoir un médecin traitant s'ils veulent se faire rembourser correctement.

I.6. La prévention, au cœur du parcours de soins (16) (17)

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, « la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ».

Elle doit mettre en œuvre des mesures pour empêcher l'apparition des pathologies, les traiter pour éviter leur évolution et réinsérer socialement les malades.

L'OMS a défini 4 types de préventions correspondant aux états successifs de la maladie.

I.6.1. La prévention primaire

Elle vise à diminuer le nombre de nouveaux cas d'une pathologie observée pour une population et une période déterminée par la diminution des causes et des facteurs de risques. Elle utilise pour cela l'éducation pour la santé, la promotion de la santé et l'information auprès de la population.

I.6.2. La prévention secondaire

Elle vise à diminuer le nombre de cas de maladies présentes à un moment donné dans une population. Il s'agit de proposer des actes destinés à s'opposer à l'évolution d'une maladie dès l'apparition de celle-ci ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque de celle-ci.

I.6.3. La prévention tertiaire

Elle vise à diminuer la survenue de complications, d'invalidité et de rechutes des maladies. Il s'agit d'amoinrir les effets et les séquelles d'une pathologie ou de son traitement.

I.6.4. La prévention quaternaire

Elle vise à identifier des patients à risque de surmédicalisation, de les protéger d'interventions médicales invasives et de leur proposer des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables. Elle a pour but d'éviter les conséquences de l'intervention inutile ou excessive du système de santé.

I.7. Le médecin traitant, le principal acteur de la prévention

Par le fait que le médecin traitant suit ses patients dans la durée et coordonne ses soins, il est le plus à même à évaluer ses risques individuels, prendre en charge ses facteurs de risques, suivre le calendrier vaccinal et à recommander les examens de dépistage nécessaires.

Cela rentre dans le cadre de la loi HPST de 2009 où l'une des missions du médecin généraliste est de « contribuer à l'offre de soins ambulatoires, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. » (9).

La prévention est un élément majeur dans la prise en charge de maladies chroniques, nécessitant des actions dans les domaines sanitaires, sociaux et médico sociaux : il faut agir sur les patients mais également sur leur lieu de vie.

Elle fait pleinement partie de l'une des compétences du médecin généraliste.



Figure 1 Référentiel métier et compétences des médecins généralistes

I.8. Les bénéfices de la réforme du médecin traitant

Une étude de l'Assurance Maladie en 2009 a permis de mettre en évidence une progression de la prévention après la mise en place du médecin traitant (18).

- La couverture vaccinale antigrippale des personnes âgées de 65 à 69 ans qui avaient déclaré un médecin traitant était plus importante que celle qui n'avaient pas déclaré de médecin traitant en 2008 (57.5% contre 53%).
- Même chose pour le dépistage du cancer du sein, les femmes ayant déclaré un médecin traitant étaient dépistées à 70% contre 35% pour celles qui n'en avaient pas.
- On estime également une baisse de 7.5% le nombre de personnes de plus de 65 ans ayant diminué la consommation de benzodiazépines à demi-vie longue et une baisse de 18% la prise de vasodilatateurs.

I.9. Quelle est la place du médecin malade dans ce parcours ?

On retrouve dans la littérature de nombreuses thèses traitant de la santé du médecin. Le médecin libéral paraît cependant isolé de ce parcours coordonné quand il s'agit de sa propre santé. Le déni de la maladie, la difficulté à se retrouver dans le rôle du malade, la peur du non-respect du secret médical, les difficultés quant à la gestion de son propre cabinet de soins sont autant de raisons pouvant expliquer que le médecin se trouve seul face à sa maladie.

Dans la thèse du Dr Robert de 2017, sur les 328 médecins interrogés, il y avait une forte autogestion du parcours de soins : 60.7% s'étaient déclarés comme médecin traitant, 86% d'entre eux se prescrivait eux-mêmes leurs examens complémentaires sans voir leur médecin traitant. Néanmoins la jeune génération de médecins était favorable à une prise en charge dédiée spécifique puisque 40% d'entre eux souhaitaient une structure de soins dédiée (19).

Dans la thèse du Dr Suty en 2005, moins de 5% des médecins interrogés avaient consulté au moins une fois un généraliste dans l'année. Or, 40% d'entre eux avaient consulté un spécialiste au moins une fois dans l'année, en excluant les gynécologues et les psychiatres (20).

Alors qu'ils étaient globalement satisfaits de leur santé, parmi les 386 médecins questionnés dans la thèse du Dr Gillard de 2006, 55% d'entre eux estimaient que leur prise en charge était moins bonne que celle de leur patient (21).

Cela sous-entend probablement que le médecin a des difficultés à la prise en charge de sa propre santé. Ils ont une faible consommation médicale en comparaison à la population générale. Ils essaient de gérer leurs problèmes eux-mêmes dans un premier temps et s'ils se décident à consulter, ils vont plus volontiers vers un spécialiste.

II. Matériels et méthode

II.1. Le type d'étude

J'ai réalisé une étude épidémiologique observationnelle descriptive transversale réalisée dans une partie de la région Nouvelle Aquitaine de mars à mai 2018 par recueil d'opinion via auto-questionnaire au format Google Forms envoyé par e-mailing.

II.2. La population cible étudiée

L'enquête était réalisée auprès des médecins généralistes de Nouvelle Aquitaine, hormis le département de la Gironde, dont l'URPS de Nouvelle Aquitaine possédait l'adresse mail soit 1985 praticiens sur les 4274 praticiens exerçant sur le même territoire.

Le département de la Gironde a été exclu à la demande de l'URPS. En effet, une étude sur les spécificités des comportements personnels de santé et d'accès aux soins des médecins généralistes en Gironde par le Dr Kervern (22) avait lieu sur la même période.

II.3. Les critères d'inclusion

Les médecins généralistes en activité en Nouvelle Aquitaine hormis la Gironde, installés en cabinet, ayant pu être contactés par l'URPS de Nouvelle Aquitaine, quel que soit leur âge, leur sexe et leurs conditions d'exercice ont pu être inclus.

II.4. Les critères d'exclusion

Tout questionnaire non exploitable dans son intégralité.

II.5. L'échantillonnage

Il n'y a pas eu de tirage au sort au sein de la population cible qui a été incluse dans sa totalité.

II.6. La diffusion

Le recueil des données s'est déroulé du 22/03/2018 au 27/05/2018. Il a été réalisé au moyen d'un mail d'introduction contenant le lien vers le questionnaire. Ce mail contenait une présentation brève de l'objectif de mon sujet de recherche. (Annexe 1)

Les mails ont été adressés aux médecins via l'URPS de Nouvelle Aquitaine.

Le projet initial devait concerner l'ensemble des médecins généralistes exerçant en région Nouvelle Aquitaine dont l'URPS avait l'adresse mail. Cependant, une thésarde de l'Université de Bordeaux, le Dr Kervern, dont le projet se rapprochait du mien avait également sollicité l'URPS afin de diffuser son questionnaire à l'ensemble des départements de l'ancienne région Aquitaine, soit les départements 24, 33, 34, 40 et 47. Il nous a donc été proposé de couper la

région en deux, m'attribuant donc les sept départements des anciennes régions Limousin et Poitou Charentes.

Le Dr Kervern limitant finalement son étude au seul département de la Gironde, l'URPS m'a donc demandé si je souhaitais élargir la diffusion de mon questionnaire. Une relance a donc été effectuée le 25/04/2018 en sollicitant, en plus, les médecins des départements 24, 34, 40, 47 et en modifiant la population cible. (Annexe 2)

II.7. Le questionnaire

Il s'agit d'un questionnaire anonyme composé de 3 parties avec 14 items. (Annexe 2)

La première partie comprenait l'étude des caractéristiques socio-démographiques et professionnelles des médecins interrogés.

La seconde partie concernait le recueil des modalités d'accès aux soins et l'évaluation de leur suivi médical.

La dernière question venait à évaluer les mesures efficaces afin d'améliorer le parcours de santé des médecins, avec une cotation en 4 items : inefficace, peu efficace, efficace, très efficace.

II.8. L'analyse statistique des résultats

Le recueil et l'analyse des données s'est effectué sous tableur Microsoft Excel au format .xls.

J'ai analysé les données item par item puis je les ai croisées à l'aide de la fonction tableau croisé dynamique du logiciel.

Les comparaisons des variables qualitatives ont été réalisées par le test du chi 2 lorsque les effectifs étaient supérieurs à 5 et le test exact de Fisher lorsque l'un des effectifs était inférieur à 5.

Le seuil de significativité choisi pour l'ensemble des analyses statistiques est de 0.05.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel BiostatTGV.

Dans les analyses croisées, lorsque les tests étaient inapplicables du fait d'effectifs trop faibles, certains sous-groupes ont été regroupés afin de pouvoir être analysés.

Ainsi, l'effectif du groupe « Centre de santé » a été regroupé à l'effectif « Maison de Santé Pluridisciplinaire ». Ce sont tous les deux des regroupements fédérés autour d'un projet de santé commun qui lie les différents professionnels de santé y exerçant. Les principales différences sont notamment que les centres sont gérés par des organismes à but non lucratif, ils proposent le tiers payant, pratiquent les tarifs de secteur 1 et que les professionnels de santé y sont salariés ; différences acceptables pour l'étude.

Concernant la déclaration du médecin traitant, les réponses « oui, un spécialiste », « oui, un confrère », « oui, moi-même » ont été regroupées sous le terme « oui » et les réponses « non », « je ne sais pas » ont été regroupées sous le terme « non/ ne sait pas ».

De même, concernant la durée de travail hebdomadaire, les réponses « 40-50 heures » et « 50-60 heures » ont été regroupées sous le terme « 40-60 heures » et les réponses « 60 heures » et « plus de 70 heures » ont été regroupées sous le terme « plus de 60 heures ».

Aucun médecin salarié n'a pu répondre à l'étude, cette donnée n'a donc pas été prise en compte.

II.9. Les méthodes de recherches bibliographiques

Avant de débiter notre étude, nous avons effectué une recherche bibliographique sur les sites suivants : CISMef, SUDOC, Pub Med.

J'ai utilisé les termes suivants : « santé des médecins, parcours de soins, médecin malade, soigner un confrère ».

III. Résultats

III.1. La participation et les réponses

1985 médecins généralistes installés en Nouvelle Aquitaine ont été contactés via l'URPS de Nouvelle Aquitaine afin de répondre au questionnaire concernant leur parcours de soins. 185 médecins ont répondu, soit 9.4% de participation.

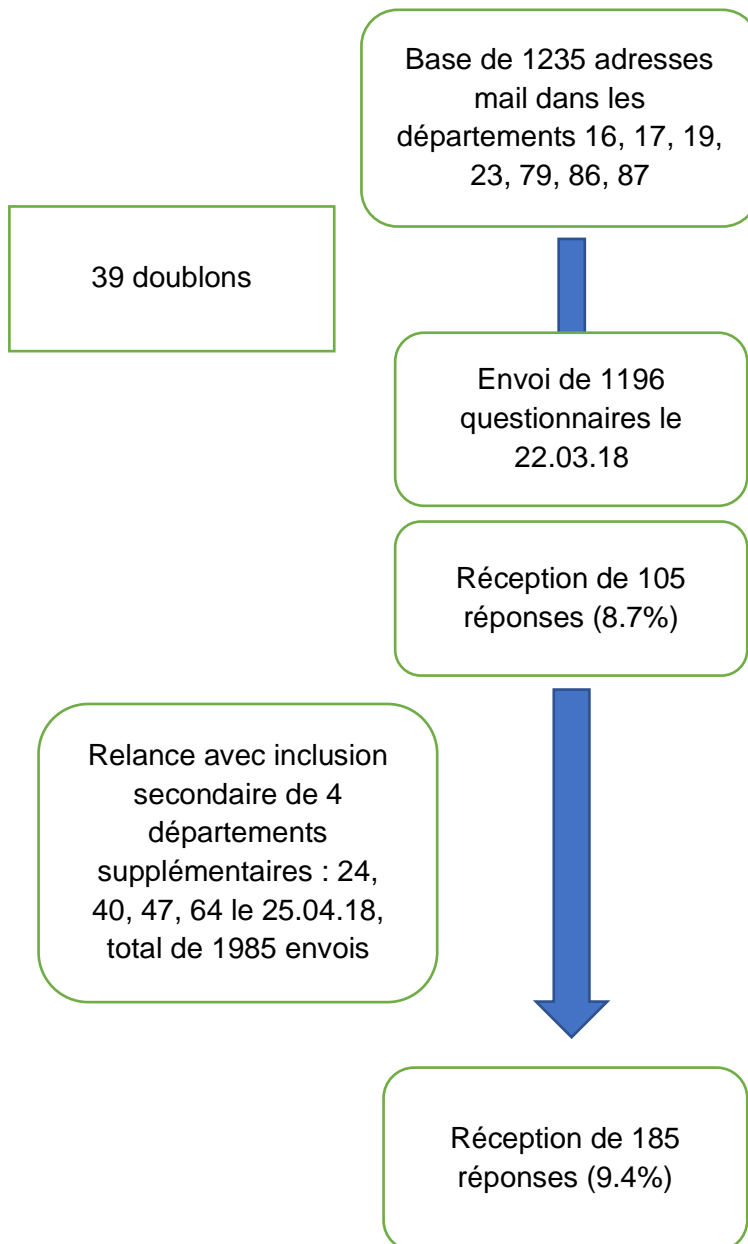


Figure 2 Diagramme de flux

III.2. Les caractéristiques de la population

III.2.1. Le milieu d'activité

Le milieu d'activité a été évalué de manière subjective selon le type de patientèle déclaré de chaque praticien.

67 médecins disent exercer en milieu rural soit 37%, 55 en milieu semi rural soit 29% et 63 en milieu urbain soit 34%, on note une répartition des secteurs de manière équitable.

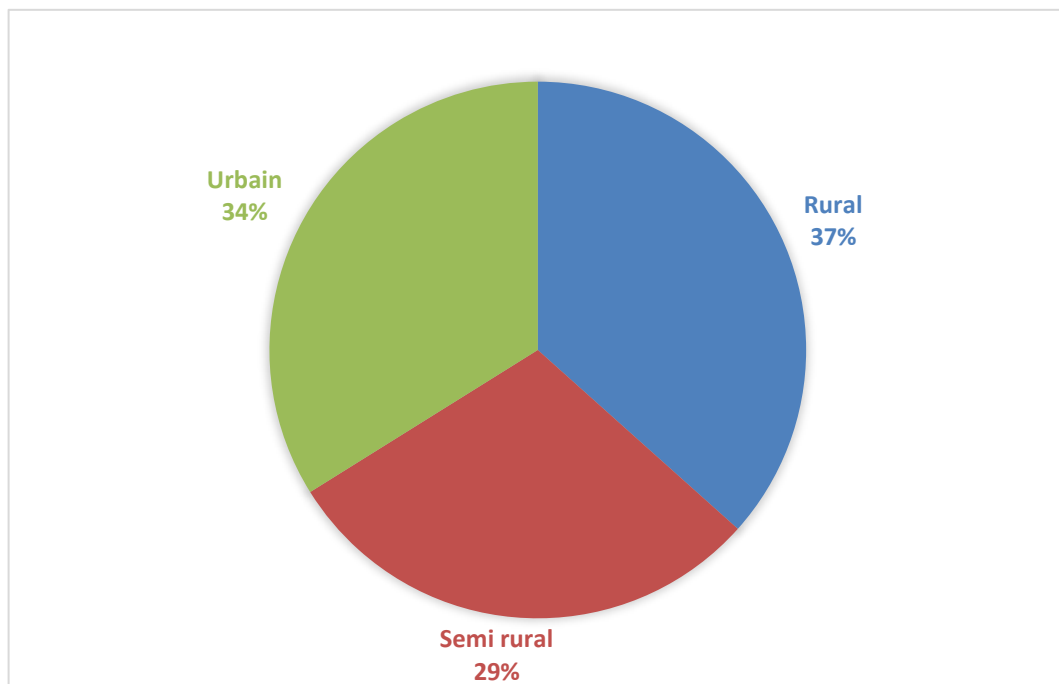


Figure 3 Milieu d'activité des médecins

III.2.2. Le mode d'exercice

95 médecins contactés exercent en groupe soit 51%, 70 exercent seuls soit 38%, 17 exercent en Maison de Santé Pluridisciplinaire soit 9% et 3 exercent en centre de santé soit 2% de l'échantillon.

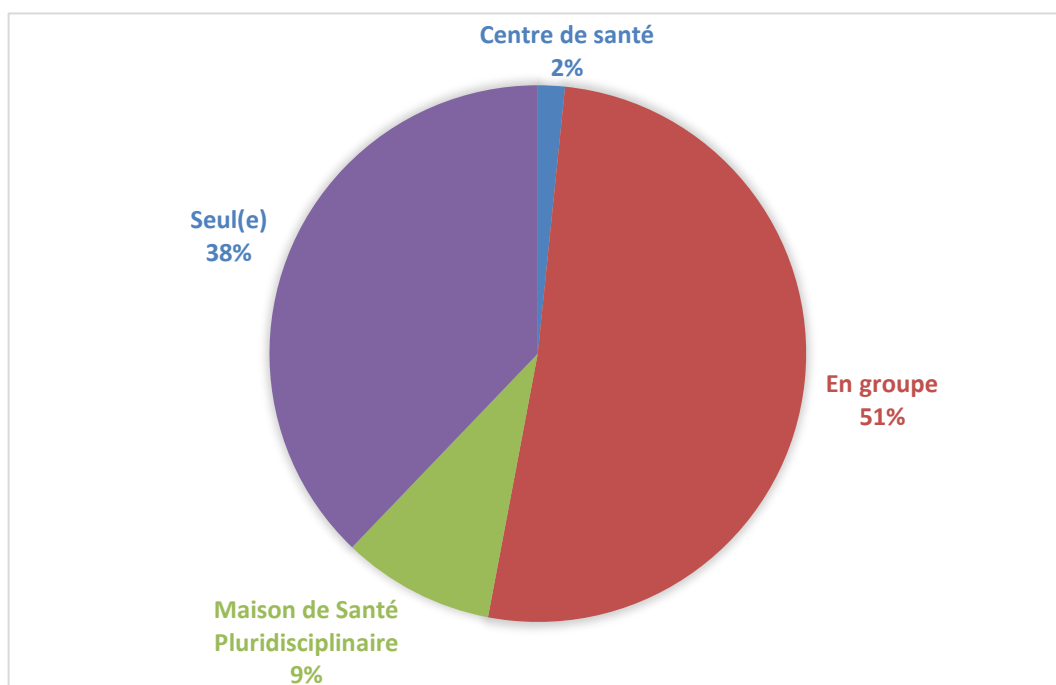


Figure 4 Modes d'exercice des médecins

III.2.3. Le statut d'enseignant

113 médecins interrogés n'ont pas le statut d'enseignant soit 61% alors que 72 des médecins sont enseignants soit 39%.

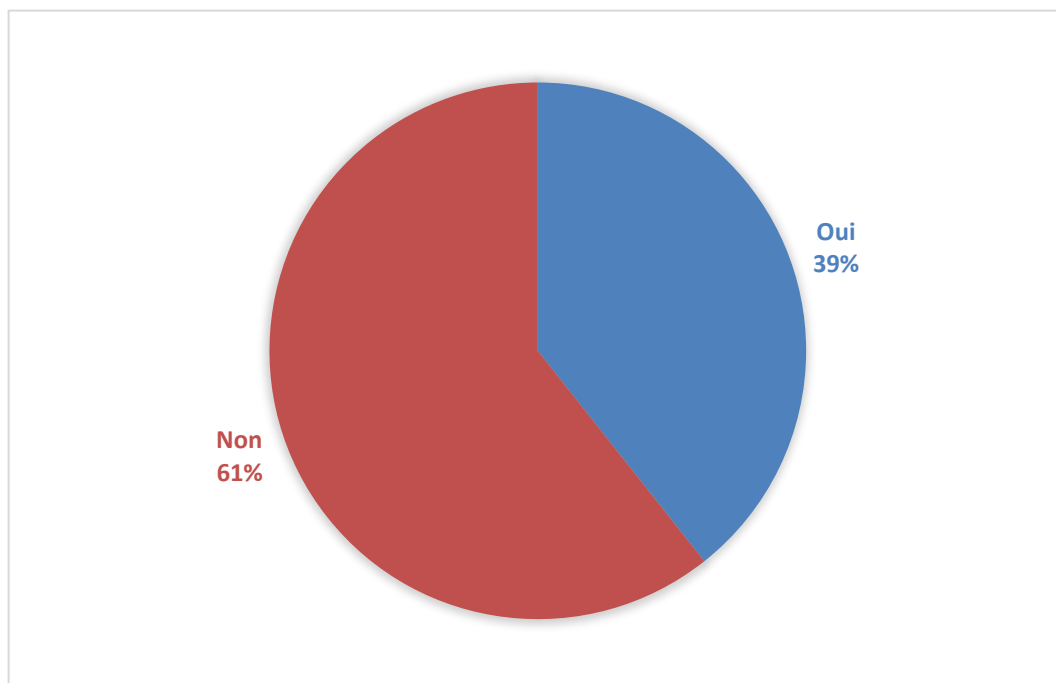


Figure 5 Statut d'enseignant des médecins

III.2.4. Le type d'activité

143 médecins ont une activité strictement libérale soit 78%, 42 médecins ont une activité mixte soit 22% et il n'y avait pas de médecin ayant une activité salariée stricte.

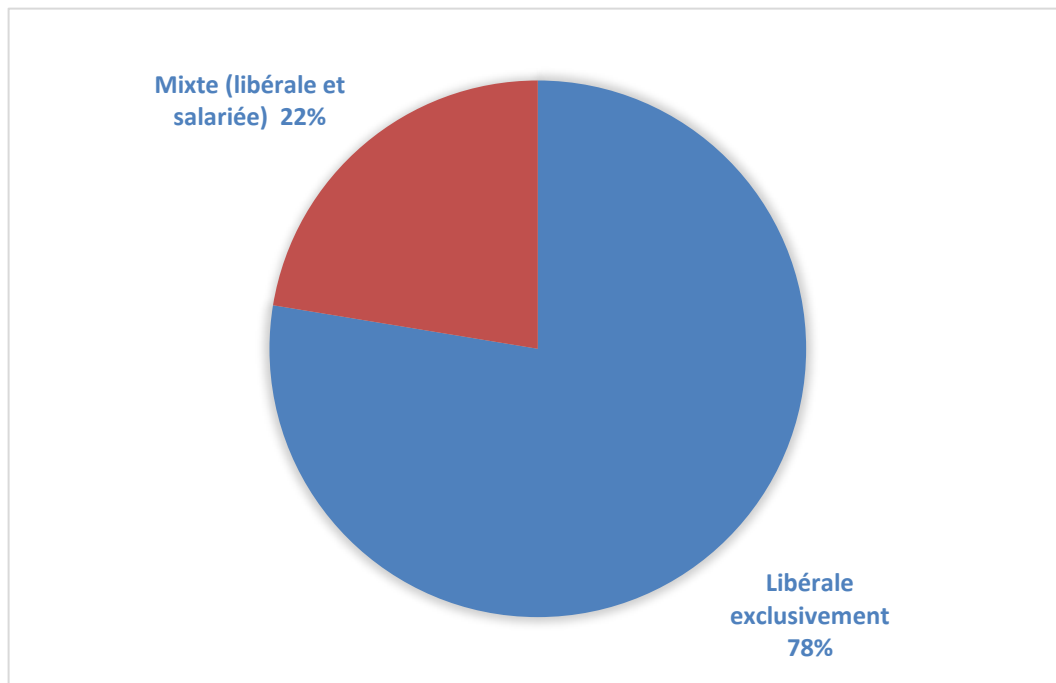


Figure 6 Type d'activité des médecins

III.2.5. La durée de travail hebdomadaire

25 médecins ont une activité hebdomadaire inférieure à 40 heures soit 14% de l'effectif, 58 ont une activité hebdomadaire entre 40 et 50 heures soit 32%, 57 ont une activité hebdomadaire entre 50 et 60 heures soit 31%, 35 ont une activité hebdomadaire entre 60 et 70 heures soit 18% et 10 ont une activité hebdomadaire supérieure à 70 heures soit 5%.

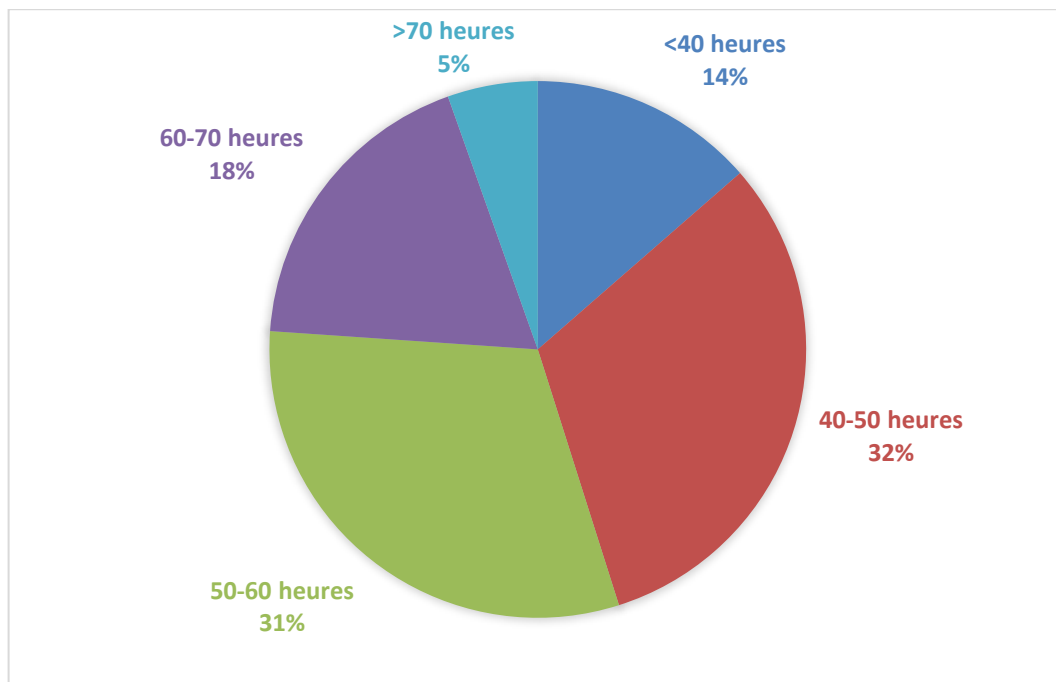


Figure 7 Activité hebdomadaire des médecins

III.2.6. Le médecin traitant déclaré

9 médecins interrogés soit 5% de l'échantillon ne savent pas qui est leur médecin traitant déclarés, 17 (9%) n'en ont pas déclaré, 3 médecins (2%) ont déclaré un spécialiste d'organe, 30 (16%) ont déclaré un confrère généraliste et 126 (68%), la majorité, se sont déclarés comme leur propre médecin traitant.

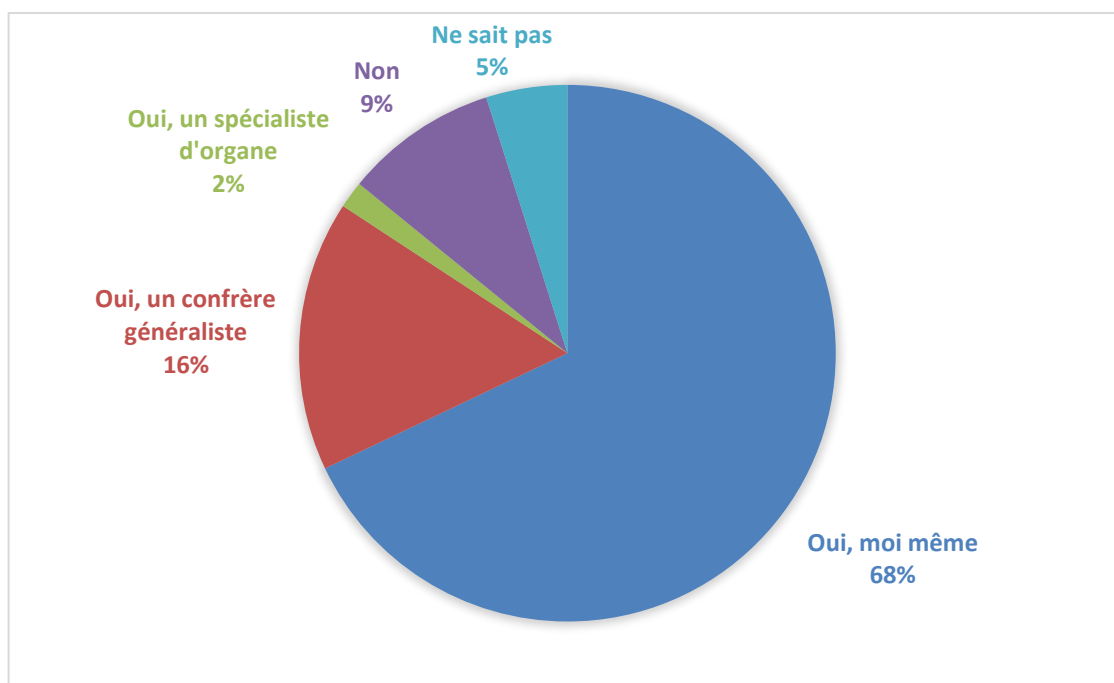


Figure 8 Médecin traitant déclaré

III.2.7. Les médecins généralement consultés en cas de maladie

La majorité des médecins s'autoconsultent.

88 médecins soit 48% de l'échantillon ne consultent généralement pas en cas de maladie.

3 médecins consultent un parent médecin soit 2%.

Seulement 14 médecins, soit à peine 7% de l'échantillon consultent leur médecin traitant.

19 médecins (10%) consultent un de leurs collègues et 61 (33%) consultent généralement un médecin spécialiste.

Aucun médecin n'avait utilisé le choix de réponse « aucun », ce groupe n'apparaît pas sur le graphique.

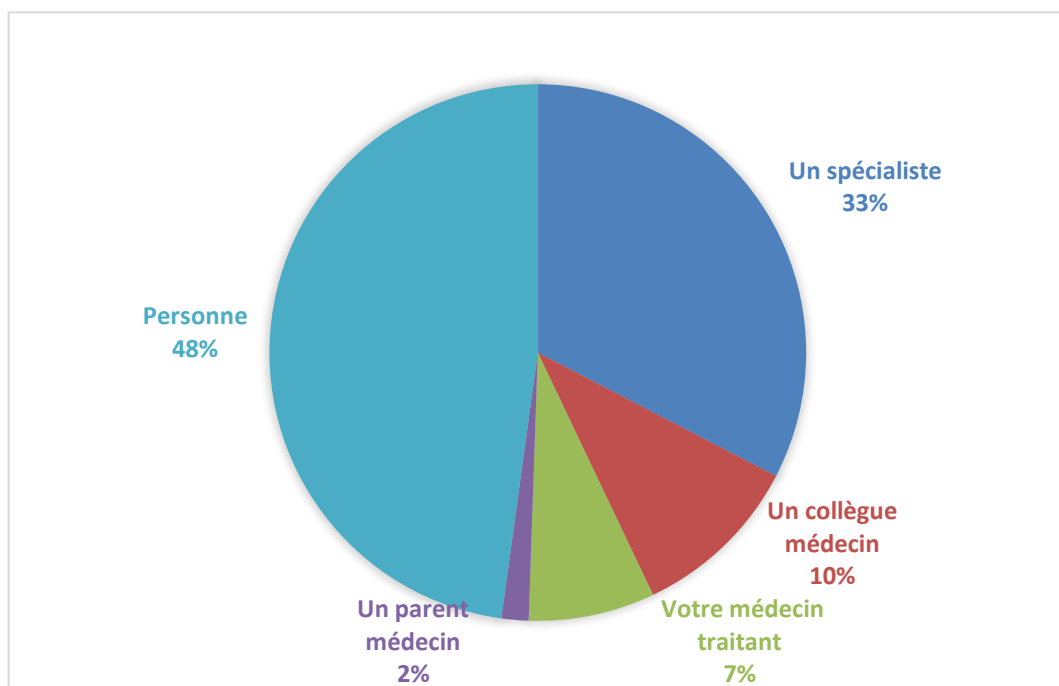


Figure 9 Médecin généralement consulté en cas de maladie

III.2.8. La date de la dernière consultation médicale

49 médecins ont consulté au cours des 6 derniers mois un confrère, soit 26% de l'échantillon. La dernière consultation date entre 6 mois et 1 an pour 38 d'entre eux soit 21%. 59 d'entre eux ont consulté un médecin entre 1 et 5 ans soit 31% et 39 n'ont pas consulté de médecin ces cinq dernières années soit 22% de l'échantillon.

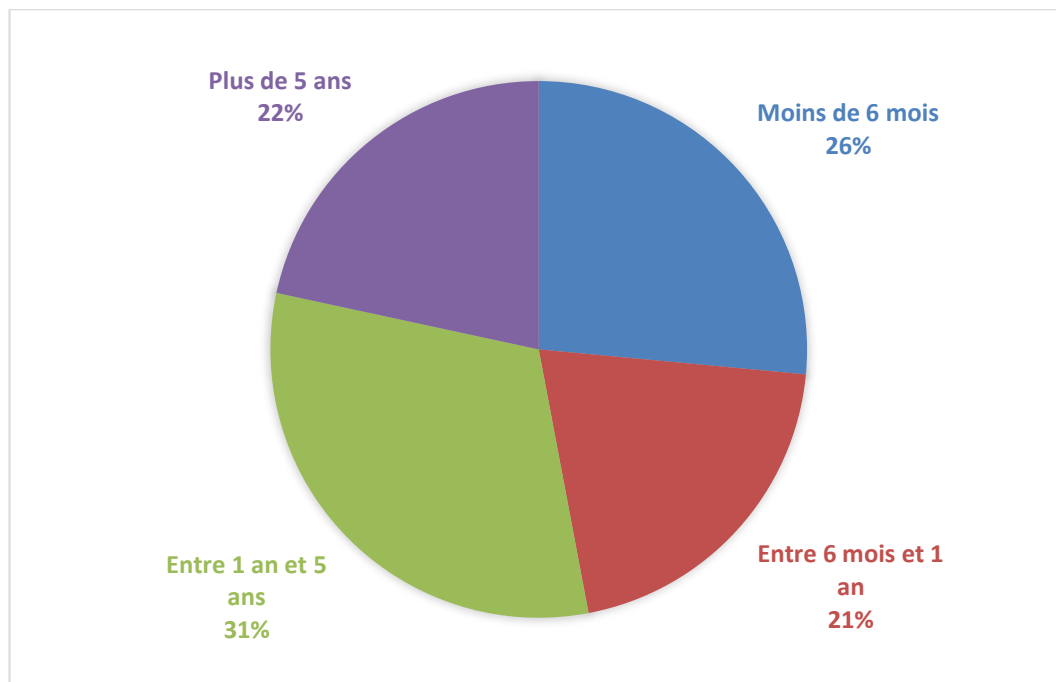


Figure 10 Date de la dernière consultation médicale

III.2.9. Le moyen utilisé pour consulter un médecin spécialiste

134 médecins ont pu consulter un spécialiste de leur propre chef sans consulter leur médecin traitant soit 73%, 30 médecins ont pu consulter un spécialiste car celui-ci était une connaissance amicale ou familiale soit 16%, 15 médecins ont pu consulter un spécialiste en consultant au préalable leur médecin traitant soit 8%, 6 médecins n'étaient pas concernés par cette question soit 3% de la population.

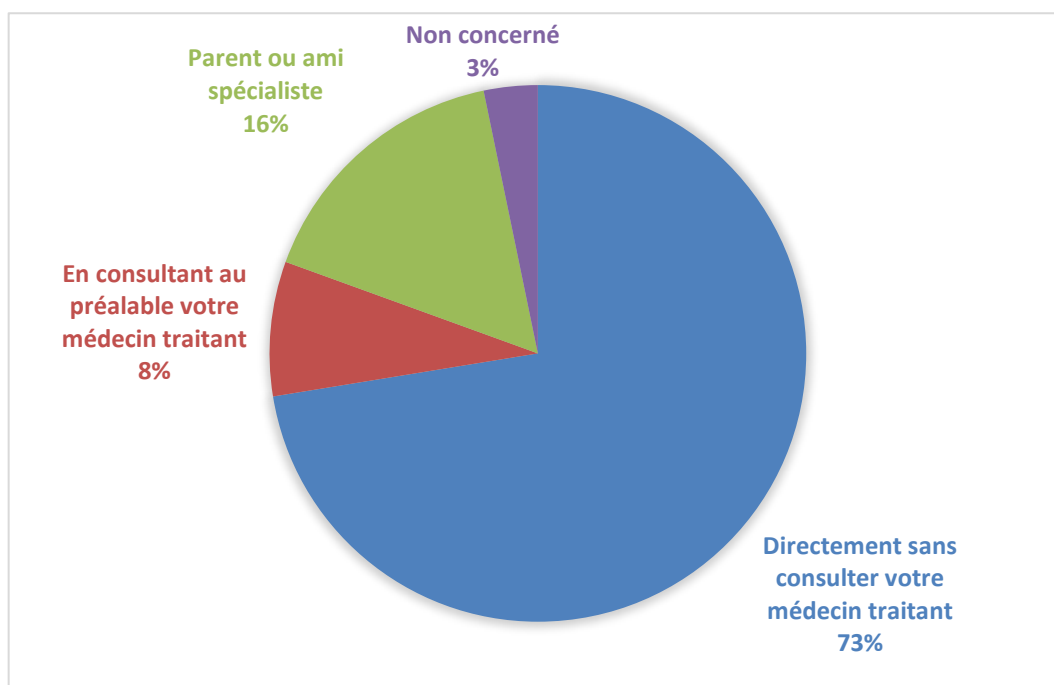


Figure 11 Moyen utilisé pour consulter un médecin spécialiste

III.2.10. La considération du suivi médical

40 médecins considèrent que leur suivi médical est insuffisant soit 22%, 48 le considèrent comme moyennement satisfaisant soit 26%.

90 médecins jugent leur état de santé comme satisfaisant soit 48% et 7 le jugent comme excellent soit 4%.

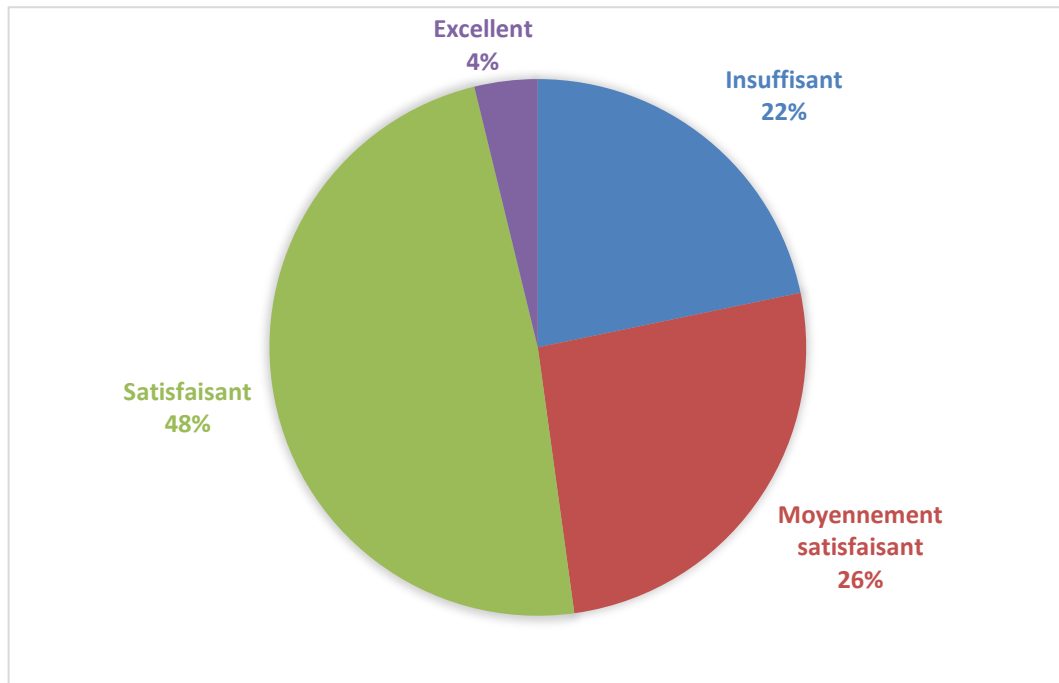


Figure 12 Considération du suivi médical

III.3. L'influence des conditions d'exercice des médecins sur leur parcours de santé

III.3.1. Déclaration du médecin traitant et conditions d'exercice du médecin

<u>Conditions d'exercice du médecin</u>	Déclaration du médecin traitant (%)			p
	Oui	Non/ Ne sait pas	Total	
Lieu d'activité				0.98
Rural	58 (86.5)	9 (13.5)	67 (100)	
Semi-rural	47 (85)	8 (15)	55 (100)	
Urbain	54 (85)	9 (15)	63 (100)	
Type d'installation				0.28
En groupe	82 (86)	13 (14)	95 (100)	
Maison de Santé Pluridisciplinaire et Centre de santé	15 (75)	5 (25)	20 (100)	
Seul	62 (88)	8 (12)	70 (100)	
Statut d'enseignant				0.95
Oui	62 (88.5)	10 (12.5)	70 (100)	
Non	97 (85.8)	16 (14.2)	113 (100)	
Type d'activité				0.20
Libérale	120 (84)	23 (16)	143 (100)	
Mixte	39 (93)	3 (7)	42 (100)	
Nombres d'heures d'activité hebdomadaire				0.0001
<40 heures	14 (56)	11 (44)	25 (100)	
40-60 heures	103 (89.5)	12 (10.5)	115 (100)	
>60 heures	42 (93)	3 (7)	45 (100)	

Tableau 1 Tableau de contingence entre la déclaration du médecin traitant et conditions d'exercice du médecin

Il existe une corrélation significative entre la déclaration du médecin traitant et le nombre d'heures d'activité hebdomadaire (Test exact de Fisher $p= 0,0001$). Les médecins travaillant plus de 60 heures par semaine étaient les plus nombreux à déclarer un médecin traitant (93%).

III.3.2. Le médecin généralement consulté si malade et conditions d'exercice du médecin

<u>Conditions d'exercice du médecin</u>	<u>Médecin généralement consulté si malade</u>						p
	Votre MT	Un spécialiste	Un parent	Un collègue	Personne	Total	
Lieu d'activité							0.635
Rural	4 (6)	27 (40)	2 (3)	5 (8)	29 (43)	67 (100)	
Semi-rural	4 (7)	14 (25)	1 (2)	6 (11)	30 (55)	55 (100)	
Urbain	6 (9.5)	20 (32)	0	8 (12.5)	29 (46)	63 (100)	
Type d'installation							0.049
En groupe	8 (8)	23 (24)	2 (2)	10 (11)	52 (55)	95 (100)	
MSP+CdS	0	5 (25)	0	4 (20)	11 (55)	20 (100)	
Seul	6 (9)	33 (47)	1 (1)	5 (7)	25 (36)	70 (100)	
Statut d'enseignant							0.277
Oui	3 (4)	22 (30.5)	0	7 (10)	40 (55.5)	72 (100)	
Non	11 (10)	39 (34.5)	3 (2.5)	12 (11)	48 (42)	113 (100)	
Type d'activité							0.401
Libérale	13 (9)	49 (34)	2 (1)	13 (9)	66 (47)	143 (100)	
Mixte	1 (2)	12 (28.5)	1 (2.5)	6 (14)	22 (53)	42 (100)	
Nombres d'heures d'activité hebdomadaire							0.465
<40 heures	1 (4)	8 (32)	1 (4)	2 (8)	13 (52)	25 (100)	
40-60 heures	11 (9.5)	41 (35.5)	1 (1)	14 (12)	48 (42)	115 (100)	
>60 heures	2 (4)	12 (27)	1 (2)	3 (6)	27 (60)	45 (100)	

Tableau 2 Tableau de contingence entre médecin consulté si malade et conditions d'exercice du médecin

Il existe une corrélation significative entre le type d'installation et le médecin généralement consulté si besoin (Test exact de Fisher $p=0,049$). Les médecins étaient plus nombreux à ne pas consulter de médecin quand ils étaient malades lorsqu'ils étaient installés en groupe (55%) et en MSP/ centre de santé (55%), alors que ceux qui exerçaient seuls étaient plus nombreux à aller voir un spécialiste d'organe (47%) lorsqu'ils étaient malades.

III.3.3. La date de la dernière consultation médicale et conditions d'exercice du médecin

<u>Conditions d'exercice du médecin</u>	<u>Date de la dernière consultation médicale</u>					p
	Moins de 6 mois	Entre 6 mois et 1 an	Entre 1 an et 5 ans	Plus de 5 ans	Total	
Lieu d'activité						0.2477
Rural	20 (30)	17 (25)	17 (25)	13 (20)	67 (100)	
Semi-rural	11 (20)	8 (14.5)	25 (45.5)	11 (20)	55 (100)	
Urbain	18 (28.5)	13 (20)	17 (27)	15 (24)	63 (100)	
Type d'installation						0.258
En groupe	20 (21)	17 (18)	34 (36)	24 (25)	95 (100)	
MSP+CdS	5 (25)	5 (25)	8 (40)	2 (10)	20 (100)	
Seul	24 (34)	16 (23)	17 (24)	13 (19)	70 (100)	
Statut d'enseignant						0.2607
Oui	21 (29)	17 (23.5)	25 (34.5)	10 (13)	72 (100)	
Non	28 (25)	21 (18.5)	34 (31)	29 (25.5)	113 (100)	
Type d'activité						0.383
Libérale	41 (28.5)	27 (19)	43 (30)	32 (22.5)	143 (100)	
Mixte	8 (19)	11 (26)	16 (38)	7 (17)	42 (100)	
Nombres d'heures d'activité hebdomadaire						0.0016
<40 heures	3 (12)	8 (32)	9 (36)	5 (20)	25 (100)	
40-60 heures	35 (30)	25 (22)	40 (35)	15 (13)	115 (100)	
>60 heures	11 (24)	5 (11)	10 (22)	19 (42)	45 (100)	

Tableau 3 Tableau de contingence entre la date de la dernière consultation médicale et les conditions d'exercice du médecin

Il existe une corrélation significative entre le nombre d'heures d'activité hebdomadaire et la date de dernière consultation médicale (Test exact de Fisher $p = 0.0016$). Les médecins travaillant plus de 60 heures par semaine étaient plus nombreux à avoir eu leur dernière consultation médicale datant de plus de 5 ans (42%).

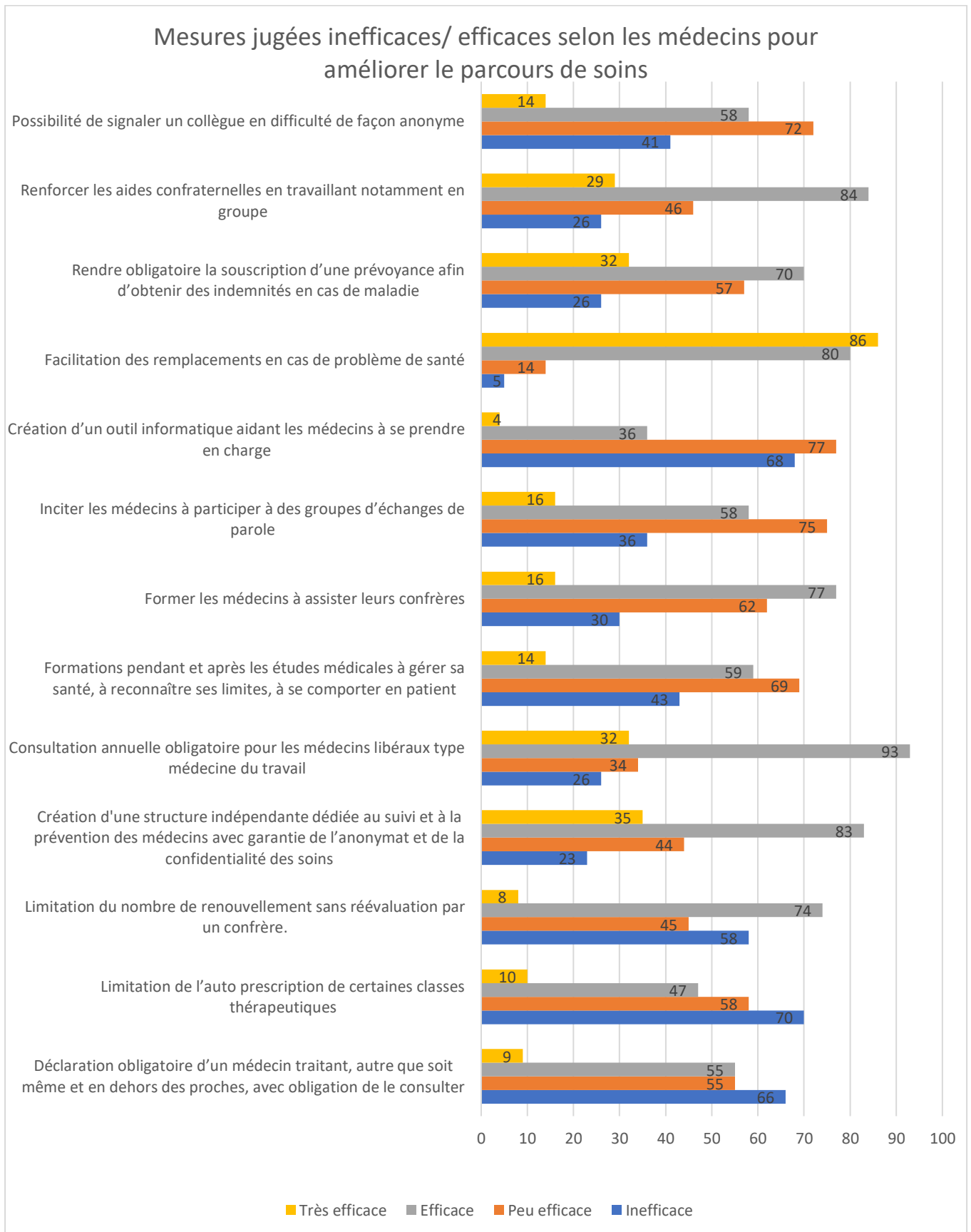
III.3.4. L'accessibilité pour consulter un spécialiste d'organe et conditions d'exercice du médecin

<u>Conditions d'exercice du médecin</u>	<u>Moyen utilisé pour consulter un spécialiste d'organe</u>					p
	Sans consulter le MT	En consultant au préalable le MT	Parent ou ami spécialiste	Non concerné	Total	
Lieu d'activité						0.0006
Rural	45 (67)	6 (9)	15 (22)	1 (2)	67 (100)	
Semi-rural	35 (64)	9 (16)	7 (13)	4 (7)	55 (100)	
Urbain	55 (87)	0	8 (13)	0	63 (100)	
Type d'installation						0.486
En groupe	69 (72.5)	9 (9.5)	15 (16)	2 (2)	95 (100)	
MSP+CdS	14 (70)	2 (10)	2 (10)	2 (10)	20 (100)	
Seul	52 (74)	4 (6)	13 (18.5)	1 (1.5)	70 (100)	
Statut d'enseignant						0.33
Oui	54 (75)	5 (7)	13 (18)	0	72 (100)	
Non	81 (71.5)	10 (9)	17 (15)	5 (4.5)	113 (100)	
Type d'activité						0.391
Libérale	106 (74)	13 (9)	21 (15)	3 (2)	143 (100)	
Mixte	29 (69)	2 (5)	9 (21)	2 (5)	42 (100)	
Nombres d'heures d'activité hebdomadaire						0.448
<40 heures	20 (80)	2 (8)	2 (8)	1 (4)	25 (100)	
40-60 heures	82 (71)	12 (10.5)	18 (15.5)	3 (3)	115 (100)	
>60 heures	33 (74)	1 (2)	10 (22)	1 (2)	45 (100)	

Tableau 4 Tableau de contingence entre accessibilité du spécialiste d'organe et conditions d'exercice du médecin

Il existe une corrélation significative entre le lieu d'activité et le moyen utilisé pour consulter un spécialiste d'organe (Test exact de Fisher $p=0.006$). Les médecins exerçant en secteur urbain étaient plus nombreux à se rendre chez un spécialiste d'organe sans consulter au préalable leur médecin traitant (87%).

III.3.5. Les mesures jugées efficaces ou inefficaces pour améliorer le parcours de soins



Parmi les mesures jugées efficaces pour améliorer le parcours de soins des médecins généralistes, on note le renforcement des aides confraternelles en travaillant notamment en groupe, le fait de rendre obligatoire la souscription d'une prévoyance, la facilitation des remplacements en cas de problèmes de santé, de rendre obligatoire une consultation annuelle type médecine du travail et de créer une structure indépendante dédiée au suivi et à la prévention des médecins avec la garantie de l'anonymat et de la confidentialité.

IV. Discussion

IV.1. Les forces et les faiblesses de l'étude

IV.1.1. Les forces de l'étude

Le choix de réaliser une étude observationnelle descriptive m'a paru pertinent pour étudier le parcours de soins des médecins libéraux de Nouvelle Aquitaine. Elle permet l'étude de plusieurs facteurs dans une population à un moment précis.

Bien qu'elle n'offre qu'un faible niveau de preuve, elle constitue une piste de recherche sur d'éventuels travaux de recherche prospectifs.

Il s'agit d'un sujet de santé publique ; comment prendre soin des médecins libéraux en charge de la santé de la population ? On peut en effet penser qu'un médecin en mauvaise santé peut avoir des difficultés à soigner ses propres patients. Les médias nous rappellent souvent l'état d'épuisement des professionnels de santé libéraux qui travaillent dans un environnement de plus en plus exigeant avec moins de temps à s'accorder à eux-mêmes et à leur santé. Ce thème a même été abordé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins en 2018 au cours d'une enquête nationale (23).

Il s'agit d'une étude originale, intéressant à la fois la médecine générale, la médecine du travail et la santé publique.

IV.1.2. Les limites de l'étude

IV.1.2.1. Le manque de puissance

Malgré le soutien de l'URPS de Nouvelle Aquitaine ayant diffusé le questionnaire à 1985 médecins, j'ai eu un faible retour de 185 réponses soit un taux de participation de 9.5%. Il y a un manque de puissance certain qui nécessiterait une plus grande population pour confirmer les résultats.

La diffusion du questionnaire par e-mailing me semblait être la méthode la plus efficace afin de recueillir un maximum de retours. En effet, celle-ci paraissait moins contraignante pour le médecin : pas besoin de cacheter et de renvoyer le questionnaire, ce qui aurait pu freiner certains médecins. J'aurais pu néanmoins peut être utiliser le moyen téléphonique afin d'augmenter le taux de réponses.

IV.1.2.2. Le biais de sélection

Par le fait que l'URPS de Nouvelle Aquitaine m'ait autorisé secondairement d'inclure les départements de la Dordogne, des Landes, du Lot et Garonne et des Pyrénées Atlantiques, ceux-ci n'ont pas eu de relance du questionnaire d'étude contrairement aux autres départements.

L'URPS m'a également signalé 39 doublons lors du premier envoi du questionnaire. Je n'avais pas constaté de réponses identiques mais l'anonymat ne me permettait pas de faire la part des choses.

L'envoi du questionnaire par e-mailing ne prenait pas en compte les médecins non informatisés.

IV.1.2.3. Le biais de déclaration

Les réponses sont déclaratives, il peut donc exister un biais, les médecins pouvant répondre de manière erronée sur leurs pratiques médicales. J'ai tenté de limiter au mieux ce biais en garantissant un anonymat maximal.

IV.1.2.4. Le biais de participation

Les médecins qui ont répondu au questionnaire peuvent se sentir plus concernés par le sujet. Il peut avoir une différence entre l'échantillon sélectionné et la population cible.

IV.1.2.5. Le biais de mémorisation

La question 11 portant sur la date de la dernière consultation médicale peut présenter un biais de mémorisation.

IV.1.2.6. Le questionnaire

J'ai respecté l'anonymat afin de limiter le biais de déclaration. Afin de favoriser le taux de réponses, j'ai tenu à présenter un petit nombre de questions et un temps de réponse estimé à moins de 5 minutes. Pour avoir un nombre maximal de réponses exploitables, j'ai choisi de bloquer toutes les questions ; pour terminer le questionnaire et le valider, le médecin devait répondre à toutes les questions.

Le questionnaire était divisé en 3 parties, la première partie recueillait les renseignements généraux du médecin interrogé, la deuxième partie les recours aux soins du médecin et en dernier, on recueillait les mesures pouvant potentiellement améliorer ce parcours.

Concernant l'analyse du questionnaire, on pouvait noter que la question 4 était subjective, elle était à l'appréciation du répondeur et ne tenait pas compte du nombre d'habitants.

J'ai bien spécifié à la question 6 que le statut d'enseignant regroupait les Maitres de Stage Universitaires, les tuteurs et les enseignants facultaires.

Le questionnaire a été réalisé selon les données de la littérature. Afin de pouvoir réaliser le questionnaire, je me suis inspiré du rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins de 2008 (2) et de plusieurs travaux de thèses (19,24–27). J'ai dès lors pris en compte sous le terme parcours de soins quatre données quantifiables : la déclaration de médecin traitant, le médecin généralement consulté si malade, l'accessibilité aux médecins spécialistes d'organes et la date de dernière consultation médicale.

Afin de pouvoir appliquer les tests statistiques avec analyses croisées, j'ai dû regrouper les heures de travail en 3 catégories au lieu de 5 initialement car les effectifs étaient très faibles. J'ai également regroupé l'effectif « centre de santé » à celui de « maison de santé pluridisciplinaire » (seulement 3 réponses).

Le questionnaire a été approuvé dans un premier temps par la commission des thèses du Département Universitaire de Médecine Générale de Limoges puis par la commission FMI-FMC Maîtrise de Stage de l'URPS des Médecins Libéraux de Nouvelle-Aquitaine avant sa diffusion.

IV.2. Discussion des principaux résultats

IV.2.1. Le médecin traitant déclaré

Depuis 2004, l'Assurance Maladie incite ses ayants droits à déclarer un médecin traitant, réforme qui concerne également les professionnels de santé.

Dans mon étude, sur les 185 médecins interrogés, 68% se sont auto déclarés médecin traitant, 16% avaient déclaré un confrère généraliste, environ 2% avaient déclaré un médecin spécialiste et 9% n'avaient pas de médecin traitant. Ces résultats sont assez comparables à ceux de la littérature existante.

La DREES, dans l'enquête du panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale en 2008, avait noté que 62% des praticiens s'étaient auto déclarés médecins traitant et 13% avaient fait le choix d'un autre confrère (4).

Ces chiffres étaient similaires dans la thèse du Dr Robert en 2017 où 60.6% des médecins étaient leur propre médecin traitant, 26.8% avaient déclaré un autre médecin généraliste, 9.2% n'avaient pas de médecin traitant (19).

On retrouve également les mêmes données dans la thèse du Dr Andrieu en 2018 où 69% des médecins étaient leur propre médecin, 22% ayant déclaré un autre médecin généraliste comme médecin traitant et 8% n'avaient pas déclaré de médecin traitant (28).

En 2018, le Conseil National de l'Ordre des Médecins publie un rapport dans lequel 68% des médecins déclaraient ne pas avoir de médecin traitant, ils étaient 27% à avoir déclaré un médecin traitant (23). Néanmoins, dans le cadre de l'enquête sur la santé des étudiants et des jeunes médecins, plus d'un participant sur deux avait déclaré avoir un médecin référent soit 2 fois de plus que pour les médecins inscrits au tableau de l'ordre (29). Cela pourrait signifier que la jeune génération serait plus à même à prendre avis auprès d'un confrère pour leur santé.

Malgré les recommandations de l'Ordre des Médecins (2), et malgré les années qui passent, on voit que l'autodésignation en tant que médecin traitant est toujours de mise, les proportions restant similaires au fil des années.

IV.2.2. Le médecin généralement consulté en cas de maladie

Dans mon étude, on constate une grande pratique de l'auto consultation puisque près de 48% de notre population ne consultaient généralement pas de médecin s'ils étaient malades.

Si nous soustrayons des résultats les médecins ne consultant pas, on trouve que 62% du reste de l'échantillon allaient voir un spécialiste, 15% leur médecin traitant, 3% un parent médecin et 20% un de leur collègue médecin en cas de maladie. Les médecins interrogés privilégiaient donc la consultation avec un spécialiste d'organe en premier recours quand ils estimaient avoir besoin d'une aide médicale.

Dans la littérature, on constate également que les professionnels de santé délaissent le généraliste et se tournent plutôt vers le spécialiste d'organe.

Dans une étude réalisée en 2006 par le Dr Suty, ils étaient 39% à avoir bénéficié d'une consultation dans l'année auprès d'un spécialiste d'organe et seulement 4.7% auprès d'un médecin généraliste (20).

Dans l'étude du Dr Kervern, ils étaient 13% à avoir eu à consulter un confrère généraliste dans l'année contre 68% à avoir eu à consulter un médecin spécialiste d'organe (22).

Si nous réalisons une autre analyse statistique et que nous croisons « le médecin généralement consulté si malade » avec « le médecin traitant déclaré », on s'aperçoit que parmi les 30 médecins qui ont déclaré un confrère généraliste comme médecin traitant, seulement 6 médecins vont généralement voir leur médecin traitant s'ils sont malades soit 20% d'entre eux, 4 médecins vont généralement voir un spécialiste s'ils sont malades soit 13% ; la majorité ne consultant pas (16 médecins soit 53%). L'idée d'obliger les médecins à avoir un autre médecin traitant qu'eux-mêmes ne suffirait donc probablement pas à améliorer leur parcours de soins.

Le Dr Robert avait étudié en 2017 les principaux freins à consulter un pair (19). L'un d'entre eux était l'intimité avec ce dernier. Le fait de consulter un confrère proche qu'on a désigné comme médecin traitant pourrait constituer finalement une gêne. La médecine préventive serait peut-être une solution à ce problème.

IV.2.3. La date de la dernière consultation médicale

Dans mon étude, 47% des médecins avaient consulté un médecin dans l'année, que ce soit un médecin généraliste ou spécialiste. Dans la littérature, il y a peu de données concernant l'attitude du médecin face à sa propre santé.

Dans les données issues de l'ARS, en Nouvelle Aquitaine, 84.8% de la population avait consulté un médecin généraliste en 2018 (28). Même si dans mon étude, je n'ai pas précisé la spécialité du médecin vu au cours de l'année, il apparaît clairement que le médecin consulte peu par rapport à la population générale.

IV.2.4. L'accessibilité aux médecins spécialiste d'organe

Parmi les médecins ayant eu besoin d'un avis d'un spécialiste, la majorité l'ont consulté sans consulter le médecin traitant (73%), 16% avaient consulté une connaissance amicale ou familiale et 8% avaient pris au préalable l'avis de leur médecin traitant.

Dans une étude concernant la santé des internes picards de 2015, 40% de l'échantillon avaient consulté un spécialiste d'organe sans consulter leur médecin traitant, 40% avaient consulté au préalable leur médecin traitant et les 20% restants avaient pu consulter une connaissance familiale ou amicale (30).

Dans l'étude du CNOM 2018, ils étaient 67% à avoir consulté un spécialiste en accès direct (2).

Si on croise la donnée « médecin traitant déclaré » et « accessibilité aux médecins spécialistes d'organe », parmi les 30 médecins ayant déclaré un confrère généraliste comme médecin traitant, 19 d'entre eux ont pu bénéficier d'un avis spécialisé sans le consulter au préalable. Seulement 6 d'entre eux ont consulté au préalable leur médecin traitant.

IV.2.5. L'analyse de l'influence des conditions d'exercice sur le parcours de santé du médecin

L'analyse comparative des groupes correspondant aux critères choisis pour le parcours de soins (déclaration du médecin traitant, médecin généralement consulté si malade, accessibilité aux médecin spécialiste d'organe, date de la dernière consultation médicale) permet de dégager certaines différences significatives. Elles sont au nombre de 4 pour 20 tests comparatifs.

Il conviendra de rester prudent si l'on considère le risque alpha représentant la probabilité de trouver une différence alors qu'il n'y en a pas, si ce n'est au hasard, définie à 5%.

- Etude du critère déclaration du médecin traitant :
Il existe une association significative entre la déclaration du médecin traitant et le nombre d'heures d'activité hebdomadaire. Les médecins travaillant plus de 60 heures par semaine étaient les plus nombreux à déclarer un médecin traitant (93%). Cette donnée diffère avec l'étude de la DREES de 2008 où désigner un médecin traitant semblait associer à disposer plus de temps (4).
- Etude du critère médecin généralement consulté si malade :
Il existe une association significative entre le type d'installation et le médecin généralement consulté si malade. Les médecins étaient plus nombreux à ne pas consulter de médecin quand ils étaient malades lorsqu'ils étaient installés en groupe (55%) et en MSP/ centre de santé (55%) alors que ceux qui exerçaient seuls étaient plus nombreux à aller voir un spécialiste d'organe (47%).
- Etude du critère date de la dernière consultation médicale :
Il existe une corrélation significative entre le nombre d'heures d'activité hebdomadaire et la date de dernière consultation médicale. Les médecins travaillant plus de 60 heures par semaine étaient plus nombreux à avoir eu leur dernière consultation médicale qui datait de plus de 5 ans. Cela s'explique probablement par le fait qu'ils aient moins de temps à accorder à leur santé.
- Etude du critère accessibilité pour consulter un spécialiste d'organe :
Il existe une corrélation significative entre le lieu d'activité et le moyen utilisé pour consulter un spécialiste d'organe. Les médecins exerçant en secteur urbain étaient plus nombreux à se rendre chez un spécialiste d'organe sans consulter au préalable leur médecin traitant (87%). Cela s'explique par le fait qu'ils disposaient probablement d'une facilité d'accès par rapport à leurs confrères travaillant en milieu semi rural et rural.

IV.2.6. L'analyse des principaux paramètres pouvant améliorer le parcours de soins des médecins

IV.2.6.1. Les aides confraternelles et la facilitation des remplacements

Dans le code de déontologie médicale, il est noté que « les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité » (31).

Dans mon étude, ils sont respectivement 61% à être favorables aux renforcements des aides confraternelles et 89% à demander une facilitation des conditions de remplacements.

Cela est retrouvé également dans la thèse du Dr Machuelle en 2017 (27) où les médecins demandaient davantage de solidarité confraternelle en cas de maladie et où ils exprimaient leurs principaux freins à se mettre en arrêt maladie ; à savoir : les contraintes financières liées à une prévoyance peu efficace, la nécessité de trouver un remplaçant, le sentiment d'abandon de la patientèle et de culpabilité envers ses associés.

Dans le rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins de 2008 (2) concernant le médecin malade, il a notamment été proposé de pouvoir signaler un médecin en difficulté de santé, la facilitation des remplacements, la souscription obligatoire d'une prévoyance, la réalisation d'une visite médicale régulière ou obligatoire auprès de médecins formés à soigner les professionnels de santé, d'encadrer l'auto prise en charge et l'auto prescription.

IV.2.6.2. Une prévoyance obligatoire

Ils sont 56% de mon étude à proposer une prévoyance obligatoire. Actuellement la CARMF indemnise un arrêt maladie au bout du 91^e jour. Des systèmes de prévoyances privées peuvent combler les déficiences du système obligatoire avec son lot d'exclusions et de surprimes. Il est probable que certains médecins renoncent à bénéficier d'un arrêt maladie justifié à cause d'une mauvaise prévoyance et de possibles difficultés financières de facto.

IV.2.6.3. Une consultation annuelle médicale obligatoire

68% des médecins souhaiteraient une consultation annuelle obligatoire. Cette consultation est également proposée dans le rapport du CNOM de 2008 sur le médecin malade.

L'Université de Paris a mis en place un diplôme inter universitaire à destination des médecins « soigner les soignants » dirigé par le Dr Galam (32,33). Elle se donne le but de professionnaliser l'expérience de terrain des médecins déjà impliqués dans l'entraide confraternelle (34).

Lorsque nous entrons dans le cursus des études médicales, nous avons généralement un examen médical à la médecine du travail lors du début de l'internat, puis plus rien. Il serait peut-être judicieux au cours de notre formation, de nous apprendre à limiter l'autogestion de notre propre santé, de limiter l'auto-prescription de soins et de médicaments.

IV.2.6.4. La création d'une structure indépendante de soins

64% des médecins interrogés trouvent qu'une structure indépendante de soins serait efficace pour améliorer le parcours de soins du médecin.

Dans une enquête sur la santé des médecins libéraux de Haute Normandie réalisée sur 552 médecins en 2008, 80% seraient favorables à la mise en place d'un service de médecine préventive dédiée spécifiquement à la médecine libérale (35). Ils attendaient de ce service une surveillance de leur santé (70%), un dispositif d'écoute (60%), une prévention des risques professionnels (56%), des conseils sur l'organisation du travail et l'hygiène du cabinet (33%).

Suite à cette étude, une association de médecine préventive pour les médecins libéraux avait été créée : IMHOTEP (36). Les actions étaient l'évaluation des facteurs de risques personnels et professionnels, les dépistages et la surveillance périodique de la santé, l'aide à l'orientation diagnostique et thérapeutique sans prescription directe et l'aide psychologique, en toute confidentialité, sans jugement sur l'aptitude à l'exercice professionnel. La consultation était anonyme et était réalisée par un médecin du travail. L'adhésion annuelle coûtait 66 euros. Des examens de dépistage et des examens complémentaires pouvaient également y être proposés. L'association comptait environ 80 médecins adhérents (pourtant environ 450 médecins étaient demandeurs de ce service lors de l'enquête réalisée en 2008). Cette activité a été suspendue pour des raisons financières et un manque de personnel.

D'autres structures existent : l'Association d'Aide aux Professionnels de santé et Médecins Libéraux (AAPML) (20) a été le premier dispositif d'aide aux soignants en difficulté psychologique dans l'exercice de leur profession. Elle met notamment à disposition des médecins une ligne téléphonique d'aide psychologique en préservant l'anonymat.

L'association Organisation du Travail et de la Santé des Médecins (MOTS) (21) a été créée en 2010. Il s'agit d'une unité clinique d'écoute, d'assistance et de recherche. Elle est surtout destinée à la prévention et à la prise en charge de l'épuisement personnel et professionnel.

Localement, on peut citer ASRA le réseau d'aide aux soignants de Rhône Alpes, ARENE l'association Régionale d'entraide du Nord Est, l'ASSPC Association Santé des soignants en Poitou Charentes, ERMB entraide régionale de médecins de Bretagne.

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie propose également un examen périodique de santé aux assurés du régime général, tous les 5 ans. Il est pris en charge par l'Assurance Maladie et s'inscrit dans une politique de prévention.

L'Entraide de l'Ordre des Médecins propose une prise en charge globale des difficultés du médecin, que ce soit d'ordre financier, juridique, administratif ou médical. Il s'agit de l'une des missions les plus importantes attribuée aux Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins (22).

En 2017, la commission de Santé des médecins anesthésistes-réanimateurs au travail (SMART) lance campagne de communication « Dis doc, t'as ton doc ? » (37). Elle affiche trois objectifs : inciter les praticiens à choisir volontairement, pour eux-mêmes, un médecin personnel dès la période de formation médicale initiale et durant toute leur carrière ; réduire l'autodiagnostic et l'automédication ; valoriser le rôle et la place du médecin spécialiste en médecine générale pour leur suivi médical.

Concernant la région Nouvelle Aquitaine, il n'existe pas de structure locale dédiée à la santé des médecins libéraux. Cette mesure est assez plébiscitée dans l'étude, mais est-ce que si ce genre de structure venait à être mise en place, les médecins l'adopteraient-ils et iraient-ils vraiment consulter ?

Conclusion

L'étude, quantitative et descriptive, menée sur 185 médecins de la Nouvelle Aquitaine, a permis d'étudier leur parcours de soins selon quatre critères : la déclaration du médecin traitant, le médecin généralement consulté si malade, la date de dernière consultation médicale et l'accessibilité pour consulter un spécialiste d'organe.

Dans mon étude, ils sont 68% à s'être déclarés eux-mêmes médecin traitant, donnée que l'on retrouve dans la littérature. Dans près de la moitié des cas, ils ne consultaient généralement pas de médecin lorsqu'ils étaient malades et s'automédiquaient. Près d'un quart d'entre eux n'avait pas consulté de médecin depuis plus de 5 ans. La consultation d'un confrère reste du domaine de la spécialité : parmi les médecins ayant déclaré un confrère généraliste comme médecin traitant, seuls 8% d'entre eux demandaient l'avis de celui-ci avant de se rendre chez un spécialiste d'organe. Globalement, on assiste à une forte autogestion de leur parcours de soins.

Parmi les mesures jugées efficaces pour améliorer leurs parcours de soins, les médecins généralistes souhaitent le renforcement de la solidarité confraternelle, rendre obligatoire la souscription d'une prévoyance, faciliter les remplacements en cas de problèmes de santé, rendre obligatoire une consultation annuelle type médecine du travail et créer une structure indépendante dédiée au suivi et à la prévention des médecins avec la garantie de l'anonymat et de la confidentialité.

L'analyse comparative des groupes correspondant aux critères étudiés a révélé quelques associations significatives. Les médecins travaillant le plus déclareraient plus souvent un médecin traitant ($p = 0,0001$) et leur dernière consultation médicale remonterait à plus de cinq ans ($p = 0,0016$). Les médecins installés en groupe et en MSP ne consulteraient pas de médecin lorsqu'ils auraient été malades alors que ceux exerçant seul consulteraient un spécialiste d'organe ($p = 0,049$). Les médecins exerçant en secteur urbain seraient plus nombreux à se rendre chez un spécialiste d'organe sans consulter au préalable leur médecin traitant ($p = 0,006$).

Une des solutions à envisager serait peut-être d'enseigner aux étudiants en médecine à passer de l'autre côté de la barrière et les sensibiliser à pouvoir être soigné par un confrère dès leur début de leur cursus, leur apprendre que le manque d'objectivité peut être dangereux, sensibiliser sur l'autodiagnostic et l'auto-prescription.

Références bibliographiques

1. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [Internet]. 2004-810 août 13, 2004. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158>
2. LERICHE B. Le médecin malade. Rapport du CNOM [Internet]. 2018 juin [cité 23 déc. 2017]. Disponible sur : http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/Details?_equation=automedication%20medecin&_ed=2017&_sort=auto&_start=39
3. DREES, URML, FNORS. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale [Internet]. 2008 nov. [cité 19 déc. 2019]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er731.pdf>
4. Bournot MC, Goupil MC. Vie professionnelle, vécu du travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2008. Rapport détaillé. | Base documentaire | BDSP [Internet]. OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DES PAYS DE LA LOIRE ; 2010 [cité 24 déc. 2017]. Disponible sur : <https://www.orspaysdelaloire.com/publications/vie-professionnelle-vecu-du-travail-et-etat-de-sante-des-medecins-generalistes-des-0>
5. BOUET P. Les médecins : des patients pas comme les autres. | Base documentaire | BDSP. CNOM. oct. 2008 ;22-7.
6. Assurance Maladie. Prévalence des ALD [Internet]. 2018 [cité 29 janv. 2020]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2017.php>
7. Missitout E. Évaluation de la coordination d'appui aux soins [Internet]. Inspection Générale des Affaires Sociales ; 2014 déc. Disponible sur : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2014-010R_Evaluation_coordination_appui_soins.pdf
8. Arrêté du 4 décembre 1998 portant approbation de la Convention nationale des médecins généralistes [Internet]. déc. 5, 1998. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000574203&categorieLien=id>
9. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. 2009-879, 0167 juill. 21, 2009. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
10. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [Internet]. 2016-41, 0022 janv. 26, 2016. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>
11. Plus de 9 assurés sur 10 ont déclaré un médecin traitant [Internet]. [Cité 29 janv. 2020]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/actualites/plus-de-9-assures-sur-10-ont-declare-un-medecin-traitant>
12. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Médecin traitant, négociation 2016. Disponible sur : http://www.apima.org/img_bronner/160601_seance_MT_forfait_patientele.pdf

13. Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées [Internet]. Haute Autorité de Santé. [Cité 25 mars 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801190/fr/prevenir-la-dependance-iatrogene-liee-a-l-hospitalisation-chez-les-personnes-agees
14. Cour des Comptes. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie [Internet]. 2013 p. 32. Disponible sur : https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/2_1_3_medecin_traitant_parcours_soins_coordonnees.pdf
15. Médecin traitant et parcours de soins coordonnés [Internet]. [Cité 25 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes>
16. Flajolet. LA PREVENTION : définition, notions générales sur l'approche française, et comparaisons internationales [Internet]. 2001 mai. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>
17. Santé / Prévention - Définition du concept de « Prévention en Santé Publique » | AP-HM [Internet]. [Cité 27 mars 2020]. Disponible sur : <http://fr.ap-hm.fr/sante-prevention/definition-concept>
18. Assurance Maladie. Le médecin traitant, adopté par la majorité des Français, favorise la prévention. 22 janv. 2009 ; Disponible sur : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Bilan_medecin_traitant_Vdef2.pdf
19. Robert S. Le médecin malade : parcours de soins coordonnés des médecins libéraux à La Réunion [Internet]. 2017 [cité 13 mars 2018]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01659316/document>
20. Suty R, Aubrège A. Attitude des médecins généralistes envers leur propre santé : enquête menée auprès de 530 médecins libéraux du département de Meurthe-et-Moselle [Internet]. [France] : UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ Nancy ; 2006. Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2006_SUTY_ROMAIN.pdf
21. Gillard L. LA SANTE DES GENERALISTES [Internet]. Paris ; 2006. Disponible sur : <http://www.urml-idf.org/upload/these/gillard.pdf>
22. Kervern A. Spécificités des comportements personnels de santé et d'accès aux soins des médecins généralistes en Gironde [Internet]. Bordeaux ; 2019. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02494759/document>
23. BOUET DP. LA SANTÉ DES MÉDECINS UN ENJEU MAJEUR DE SANTÉ PUBLIQUE_ DU DIAGNOSTIC AUX PROPOSITIONS [Internet]. 2018 p. 140. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cnom-sante_medecins-2017.pdf
24. Bonneaudeau S. Le médecin malade : un patient comme les autres ? [Internet] [Thèse d'exercice]. [France] : Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine ; 2011. Disponible sur : http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3583_These_Medecin_Malade-Bonneaudeau-05juil11.pdf
25. Romanet A. Le médecin généraliste et sa santé : un parcours de soin approprié ? Étude qualitative auprès de 16 médecins généralistes des Alpes-Maritimes [Internet]. [Nice] :

Université de Nice ; 2015 [cité 22 déc. 2017]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01297104/document>

26. CHAPUSOT-FILIPOZZI J. ATTITUDE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE VIS-A-VIS DE LA PRISE EN CHARGE DE SA SANTÉ : Etude qualitative auprès de 15 médecins généralistes lorrains [Internet]. [Nancy] : Université de Lorraine ; 2012. Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2012_CHAPUSOT_FILIPOZZI_JULIE.pdf
27. Machuelle L. Comment les médecins généralistes du Nord-Pas-De-Calais prennent-ils en charge leurs problèmes de santé ? [Internet]. [Lille] : université de Lille ; 2015 [cité 22 déc. 2017]. Disponible sur : <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-5107>
28. Andrieu S. La santé des médecins généralistes Enquête réalisée auprès de 220 médecins généralistes de l'Aveyron [Internet]. Toulouse ; 2018. Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/2421/1/2018TOU31079.pdf>
29. LE BRETON-LEROUVILLOIS G, MOURGUES JM, Conseil National de l'Ordre des Médecins. (C.N.O.M.). Paris. FRA. La santé des étudiants et jeunes médecins. [Internet]. Paris : Conseil National de l'Ordre des médecins ; 2016 juill. p. 99p. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1u012ze/sante_et_jeunes_medecins.pdf?fbclid=IwAR1KD6BtF2ps-vbceVw5gABzdp38qmRB9Hk0_J9qB7yuiY_Pi8E6S-Tsl0A
30. Delahaye V. Comment les internes picards prennent-ils en charge leur santé en termes de prévention, de dépistage et d'automédication ? [Internet]. [Amiens] : Université d'Amiens ; 2015 [cité 24 déc. 2017]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01288422/document>
31. Article 56 (article R.4127-56 du code de la santé publique) [Internet]. Mars 14, 2019. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/rapport-medecins-membres-professions-sante-art-56-68-1/article-56-confraternite>
32. DIU Soigner les soignants : spécificités et ressources [Internet]. 2020 [cité 9 avr. 2020]. Disponible sur : https://formations.univ-paris-diderot.fr/fr/offre-de-formation/diplome-d-universite-du-diu-1/sante-SA/diu-soigner-les-soignants-specificites-et-ressources-DIMSSSR_115.html
33. Galam É. Burn out des médecins : oser en parler. LA REVUE DU PRATICIEN MÉDECINE GÉNÉRALE. avr. 2017 ;31(979) :270-1.
34. Galam É. Santé des soignants : comment prendre soin de ceux qui nous soignent ? Santé des soignants : comment prendre soin de ceux qui nous soignent ? juin 2017 ;17(66) :5-15.
35. Enquête sur la santé des médecins libéraux de Haute Normandie [Internet]. Disponible sur : http://www.apima.org/img_bronner/enquete_HN_soigne_medecin.pdf
36. Association de médecine préventive pour les médecins libéraux IMHOTEP [Internet]. Disponible sur : https://rouen.cnge.fr/IMG/pdf/association_imhotep.pdf
37. Dis Doc, T'as ton Doc ? [Internet]. CFAR. [Cité 22 déc. 2017]. Disponible sur : <http://cfar.org/didoc/>

Annexes

Annexe 1. Mail d'introduction : Premier envoi du 22.03.2018	62
Annexe 2. Mail d'introduction : Relance du 25.04.2018	63
Annexe 3. Questionnaire	64

Annexe 1. Mail d'introduction : Premier envoi du 22.03.2018

Chère Consœur, Cher Confrère, Ce questionnaire vous est adressé afin de servir de support à la réalisation de ma thèse d'exercice de Médecine Générale sous la direction du Dr Houdard, Maître de Conférence en Médecine Générale de l'Université de Limoges.

Le thème de notre travail devrait retenir votre attention car il s'agit de s'intéresser au parcours de soins des médecins généralistes des anciennes régions Limousin et Poitou-Charentes de la Nouvelle-Aquitaine. Ce questionnaire de thèse comporte 14 questions et ne prend que quelques minutes à remplir.

Il a obtenu le support logistique de l'Union Régionale des Médecins libéraux Nouvelle-Aquitaine (URPS-ML N-A), qui a accepté de le diffuser ; je les remercie de m'aider dans ce travail. Ces données resteront strictement confidentielles et anonymes. Accédez au questionnaire via le bouton ci-dessous :

QUESTIONNAIRE

D'avance merci pour votre participation dont dépend la validité et l'intérêt de notre travail.
Jean Christophe Eyssartier

06.32.52.60.65
jceyssartier@gmail.com

Annexe 2. Mail d'introduction : Relance du 25.04.2018

Chère Consœur, Cher Confrère,

Ce questionnaire vous est adressé afin de servir de support à la réalisation de ma thèse d'exercice de Médecine Générale sous la direction du Dr Houdard, Maitre de Conférence en Médecine Générale de l'Université de Limoges.

Le thème de notre travail devrait retenir votre attention car il s'agit de s'intéresser au parcours de soins des médecins généralistes de la Nouvelle-Aquitaine. Ce questionnaire de thèse comporte 14 questions et ne prend que quelques minutes à remplir.

Il a obtenu le support logistique de l'Union Régionale des Médecins libéraux Nouvelle-Aquitaine (URPS-ML N-A), qui a accepté de le diffuser ; je les remercie de m'aider dans ce travail. Ces données resteront strictement confidentielles et anonymes. Accédez au questionnaire via le bouton ci-dessous :



En cas de problème, cliquer sur le lien ci-dessous pour accéder au questionnaire :

<https://goo.gl/forms/QS1coflqt4HTnKeG2>

D'avance, merci pour votre participation dont dépend la validité et l'intérêt de notre travail.
Jean Christophe Eyssartier

06.32.52.60.65

jceyssartier@gmail.com

Annexe 3. Questionnaire

La santé des médecins généralistes en Nouvelle Aquitaine : leur parcours de soins.

Merci de bien répondre à l'ensemble des questions pour permettre une bonne exploitation des données.

Le questionnaire comporte 14 questions et ne prend que quelques minutes à remplir. Ces données resteront strictement confidentielles et anonymes.

Je tiens à remercier le support logistique de l'URPS Nouvelle Aquitaine, qui a accepté de diffuser ce questionnaire de thèse.

N'hésitez pas à me contacter en cas d'interrogations jceyssartier@gmail.com
Jean Christophe Eyssartier, interne en médecine générale à l'Université de Limoges

La santé des médecins généralistes en Nouvelle Aquitaine : leur parcours de soins.

*Obligatoire

Profil

1. Etes-vous *

- Un homme
- Une femme

2. A quelle tranche d'âge appartenez-vous ? *

- < 30 ans
- 30-40 ans
- 40-50 ans
- 50-60 ans
- >60 ans

Profil

3. Dans quel département exercez vous? *

 ▼

4. Selon vous, pratiquez-vous dans un milieu *

- Rural
- Semi rural
- Urbain

5. Pratiquez vous *

- En groupe
- Seul(e)
- Maison de Santé Pluridisciplinaire
- Centre de santé

6. Êtes-vous enseignant de médecine générale (Maitre de Stage Universitaire, enseignant facultaire, tuteur) *

- Oui
- Non

La santé des médecins généralistes en Nouvelle Aquitaine : leur parcours de soins.

*Obligatoire

Profil

7. Quelle est votre type d'activité : *

- Libérale exclusivement
- Mixte (libérale et salariée)
- Salariée exclusivement

8. Combien d'heures travaillez-vous par semaine ? *

- <40 heures
- 40-50 heures
- 50-60 heures
- 60-70 heures
- >70 heures

La santé des médecins généralistes en Nouvelle Aquitaine : leur parcours de soins.

*Obligatoire

Recours aux soins

9. Avez-vous un médecin traitant déclaré ? *

- Oui, moi même
- Oui, un confrère généraliste
- Oui, un spécialiste d'organe
- Non
- Ne sait pas

10. En général, lorsque vous êtes malade, qui allez-vous consulter ? *

- Votre médecin traitant
- Un spécialiste
- Un parent médecin
- Un collègue médecin
- Personne
- Autre :

11. A quand remonte votre dernière consultation médicale ? *

- Moins de 6 mois
- Entre 6 mois et 1 an
- Entre 1 an et 5 ans
- Plus

La santé des médecins généralistes en Nouvelle Aquitaine : leur parcours de soins.

*Obligatoire

Recours aux soins

12. Dans le cas où vous avez eu besoin de consulter un médecin spécialiste, par quel moyen avez-vous bénéficié de cette consultation ? *

- Directement sans consulter votre médecin traitant
- En consultant au préalable votre médecin traitant
- Parent ou ami spécialiste
- Non concerné

13. Comment considérez-vous votre suivi médical ? *

- Excellent
- Satisfaisant
- Moyennement satisfaisant
- Insuffisant

14. Selon vous, ces mesures seraient-elles efficaces afin d'améliorer le parcours de soins des médecins ? *

	Inefficace	Peu efficace	Efficace	Très efficace
Déclaration obligatoire d'un médecin traitant, autre que soit même et en dehors des proches, avec obligation de le consulter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limitation de l'auto prescription de certaines classes thérapeutiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limitation du nombre de renouvellement sans réévaluation par un confrère.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Création d'une structure indépendante dédiée au suivi et à la prévention des médecins avec garantie de l'anonymat et de la confidentialité des soins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consultation annuelle obligatoire pour les médecins libéraux type médecine du travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Formations pendant et après les études médicales à gérer sa santé, à reconnaître ses limites, à se comporter en patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Formations pendant et après les études médicales à gérer sa santé, à reconnaître ses limites, à se comporter en patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Former les médecins à assister leurs confrères	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inciter les médecins à participer à des groupes d'échanges de parole	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Création d'un outil informatique aidant les médecins à se prendre en charge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Facilitation des remplacements en cas de problème de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rendre obligatoire la souscription d'une prévoyance afin d'obtenir des indemnités en cas de maladie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Renforcer les aides confraternelles en travaillant notamment en groupe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Possibilité de signaler un collègue en difficulté de façon anonyme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Identification du parcours de soins des médecins généralistes libéraux de la région Nouvelle Aquitaine

Introduction : La loi de 2004 relative à l'assurance maladie invite tout ayant droit à s'inscrire dans « un parcours de soins coordonné » en choisissant un médecin traitant. Le médecin, lui, dans ce parcours de soins, n'est pas un patient comme les autres, il est généralement coordinateur de son propre parcours de soins.

Objectif : L'objectif principal était d'identifier le parcours de soins des médecins généralistes libéraux de la région Nouvelle Aquitaine. Les objectifs secondaires étaient de proposer un panel de solutions afin d'améliorer leur parcours de soin et de rechercher un éventuel lien entre l'activité du médecin généraliste et son parcours de soin.

Méthode : Il s'agit d'une étude transversale observationnelle. Un questionnaire informatif a été adressé par mail à 1985 praticiens via l'URPS de Nouvelle Aquitaine le 22 mars 2018.

Résultats : 185 réponses ont été obtenues. 68% se sont auto déclarés médecin traitant. 48% s'autoconsultaient généralement lorsqu'ils étaient malades. La moitié d'entre eux n'ont pas consulté de médecin depuis plus d'un an et 22% n'ont pas consulté depuis plus de 5 ans de médecin. Lorsqu'ils avaient besoin d'un avis spécialisé, seulement 8% consultaient au préalable leur médecin traitant.

Conclusion : La position en tant que soigné du médecin reste à améliorer. Faudrait-il, comme le recommande l'Ordre des Médecins, interdire l'auto-prescription ou rendre obligatoire une visite médicale annuelle ?

Mots-clés : santé des médecins, parcours de soins, médecin malade

Identification of the general physicians coordinated healthcare circuit in the Nouvelle Aquitaine Region.

Introduction : The 2004 law relative to public health insurance invites all beneficiaries to adhere to a « coordinated healthcare circuit » by choosing one referring physician. The general physician however, unlike other patients within this standard care pathway, tends to be his/her own's health coordinator.

Objective : The primary objective of this study is to identify the individual coordinated healthcare circuit of general practitioners within the Nouvelle Aquitaine region. The secondary objectives are to provide a panel of solutions in order to improve their standard primary care pathways and to eventually demonstrate a causal link between a general practitioner's work activity and their healthcare circuit.

Methods : This is a cross-sectional observational study. A digital questionnaire was addressed by e-mail to 1985 general practitioners via the URPS of Nouvelle Aquitaine on the 22nd of March 2018.

Results : 185 validated questionnaires were collected. 68% of the respondents have self-declared themselves as their referring physician. 48% self-consulted when they were sick. 50% had not consulted another physician for more than a year within which 22% had not consulted another doctor for over 5 years. When specialist care was required, only 8% of them consulted their referring physician beforehand.

Conclusion : The role of being another doctor's patient stills need to be improved. Will there be a need, as recommended by the College of Physicians and Surgeons, to forbid self-prescription or to render mandatory an annual medical check-up?

Keywords : doctor's health, coordinated healthcare circuit, sick doctor

