Le médecin malade : parcours de soins coordonnés des médecins libéraux à La Réunion

Sylvain Robert

▶ **To cite this version:**

Sylvain Robert. Le médecin malade : parcours de soins coordonnés des médecins libéraux à La Réunion . Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01659316

HAL Id: dumas-01659316

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01659316

Submitted on 8 Dec 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de BORDEAUX
Collège des Sciences de la Santé

Année 2016 - 2017

N° 100

THESE pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
le 06 Juillet 2017 par

ROBERT Sylvain
Né le 16 Avril 1985

Le médecin malade : parcours de soins coordonnés des médecins libéraux à la Réunion

Président du jury :
Professeur Jean – Marc FRANCO, Professeur des Universités

Rapporteur de Thèse et membre du jury :
Professeur Philippe CASTERA, Professeur associé des Universités

Membre du jury :
Mme le Docteur Line RIQUEL, Maître de conférence associée des Universités

Membre du jury :
Mme le Docteur Patricia CABON, Maître de stage universitaire

Membre du jury :
Mme le Docteur Flore BETTINI

Directeur de Thèse et membre invité :
Docteur Patrick GAILLARD, Maître de conférence associé des Universités

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean – Marc FRANCO, Professeur des Universités de médecine générale, Université de la Réunion.
Pour me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de mes sentiments les plus sincères. A titre personnel et en tant qu'ancien représentant MG OI, je te remercie Jean – Marc de ton investissement pour faire progresser la médecine générale péi !

A Monsieur le Professeur Philippe CASTERA, Professeur associé des Universités de médecine générale, Université de Bordeaux.
Veuillez trouver ici le témoignage de mes sincères remerciements pour avoir été rapporteur de cette présente thèse et membre du jury. Merci de votre grande disponibilité, malgré vos impératifs, qui m'a permis de soutenir cette thèse dans un délai qui me tenait à cœur.

A Madame le Docteur Line RIQUEL, Maître de Conférence associée de médecine générale, Université de la Réunion.
Je te remercie infiniment Line d'avoir accepté au pied levé de faire partie de ce jury. Merci également de l'énergie que tu emploies au sein du DMG et pour les internes de l'Océan Indien !

A Madame le Docteur Patricia CABON, Maître de stage universitaire de médecine générale, Université de la Réunion.
Merci énormément Patricia pour ton enseignement et ton implication personnelle dans cette dernière ligne droite universitaire que fut mon SASPAS à Bellemène. Merci pour ta grande gentillesse au quotidien. A travers toi, je remercie vivement Sylvie et Laurent pour leur enseignement. Merci enfin d'avoir pris le temps d'être membre de ce jury.

A Madame le Docteur Flore BETTINI.
Flore, mille mercis pour ton dynamisme qui a été un moteur essentiel à la diffusion du questionnaire de cette présente thèse. Merci d'avoir osé dire « oui » pour siéger parmi les membres du jury malgré ton agenda (très) rempli, dédié à notre noble art !

A Monsieur le Docteur Patrick GAILLARD, Maître de conférence associé des Universités de médecine générale, Université de la Réunion.
Il serait délicat de résumer ici l'ensemble des « mercis » qui te reviennent. Voici les principaux : merci de m'avoir montré et transmis ton amour du métier, merci d'avoir dirigé cette thèse depuis ses prémices en Avril 2015 et merci enfin de ton amitié qui m'est chère.

Merci à toutes les personnes qui m'ont fait évoluer en tant qu'être humain. Merci donc…

A tous les membres de ma famille : maman, papa, Mathildou, Kyky, les grands parents ROBERT, TIMAXIAN – BOUALEM et ANCONA, toute la grande famille TIMAXIAN et la famille ROBERT de Ners. Je suis une mosaïque de chacun de vous, et j'en suis fier !

A mes amis, pour avoir été là, être là, et la suite ! Sans le réconfort de vous savoir à mes côtés, je ne serai pas là où j'en suis. Merci de me laisser tout simplement vous appeler « ami(e)s ». Pour que vous apparaissiez dans un travail scientifique qui à n'en pas douter fera date, je vous cite, avec le risque d'en oublier sur le papier (mais pas dans l'esprit) : le club des Wisigoths (Guillaume, Fredo, Bruno), Eric, Sophie et le mix des deux (Evan), Laura, etc. Je prendrai soin de remercier les ami(e)s de la Réunion autour d'un rhum arrangé et les potes de fac, qui se reconnaitront aux moments d'épicure que nous allons partager encore et encore.

Merci encore aux membres du jury, ainsi qu'à l'ensemble des médecins qui ont échelonné mon parcours universitaire. Merci pour votre temps, enseigner n'est pas forcément une tâche aisée ! Merci à Fatmah, même si je ne suis que ton chouchou n°2 !

Merci aux équipes paramédicales des CHU qui supportent semestre après semestre des internes de tous bords ! Je penserai longuement à vous tout au long de mon exercice, soyez-en sûr(es) ! Merci tout particulièrement aux équipes de psychiatrie de (l'ex) Maloya et de Pédiatrie du CHU Sud St – Pierre.

Last but not least : MERCI enfin à ma minouche. J'espère que chaque nouvelle page avec toi en cache une autre ; page après page, après page, après page, après page…

SOMMAIRE

TABLE DES ILLUSTRATIONS 5

LISTE DES ABREVIATIONS 8

PREAMBULE 9

1 DE LA SANTE 9
2 DE LA RELATION MEDECIN – PATIENT 11
3 DU MEDECIN – MALADE 12
4 ETAT DES LIEUX EN FRANCE 20

INTRODUCTION 31

MATERIEL & METHODE 33

1 ETUDE 33
2 POPULATION 33
3 ECHANTILLONNAGE 33
4 PUISSANCE DE L'ETUDE 33
5 QUESTIONNAIRE 34
6 PHASE DE PRE-TEST 34
7 DIFFUSION 34
8 RECUEIL ET ANALYSES DES DONNEES 35
9 IMPLICATION DU THESARD AU TRAVAIL DE RECHERCHE 35
10 ETHIQUE ET REGLEMENTATION 36

RESULTATS 37

1 DIAGRAMME DE FLUX 37
2 DONNEES GENERALES 38
3 MEDECIN TRAITANT DECLARE 43
4 CONSOMMATION DE SOINS ET PARCOURS COORDONNE 46
5 FREINS A LA CONSULTATION DE PAIR 59
6 INFLUENCE DU PATIENT – MEDECIN 63
7 BESOIN DE SYSTEME DEDIE 64

DISCUSSION 66

1 FORCES ET FAIBLESSES DU TRAVAIL 66
2 DISCUSSION DES RESULTATS 70
3 OUVERTURES 81

CONCLUSION 83

BIBLIOGRAPHIE 86

ANNEXE 90

RESUME 93

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableau I. La perception de la santé en France, source CREDOC-HSCP 1992 ____ *10*

Tableau II. Effectifs détaillés des médecins libéraux exclusifs en France métropolitaine, au 1er janvier 2016 *22*

*Tableau III. Âge moyen des médecins libéraux exclusifs en France métropolitaine, au 1er janvier 2016*____ *22*

Tableau IV. Effectifs des médecins libéraux exclusifs à la Réunion, au 1er Janvier 2016 ____ *23*

*Tableau V. Âge moyen des médecins libéraux exclusifs à la Réunion, au 1er janvier 2016*____ *23*

Tableau VI. Réponse à la question « Ces douze derniers mois, vous avez consulté un médecin généraliste libéral : », par genre et groupe de spécialité ____ *47*

Tableau VII. Réponse à la question « Ces douze derniers mois, vous avez consulté un médecin spécialiste libéral : », par genre et groupe de spécialité ____ *48*

*Tableau VIII. Réponse à la question « Ces douze derniers mois, vous avez consulté un médecin hospitalier : », par genre et groupe de spécialité*____ *49*

Tableau IX. Réponse à la question « Eprouvez-vous des freins à consulter un autre médecin pour votre propre santé ? », par le genre et le groupe de spécialité ____ *61*

Figure 1. Perturbations de l'EBM ____ 16
Figure 2. Résultats du sondage en ligne, le Quotidien du Médecin ____ 25
Figure 3. Diagramme de flux ____ 35
Figure 4. Sex – ratio selon le groupe de spécialité (effectif cumulé) (n = 328) ____ 38
Figure 5. Sex – ratio selon la durée d'exercice chez les médecins généralistes (n = 237) ____ 39
Figure 6. Sex – ratio selon de la durée d'exercice chez les autres médecins spécialistes (n = 91) ____ 39
Figure 7. Sex – ratio selon l'éloignement du centre hospitalier le plus proche du domicile (n = 328) ____ 40
Figure 8. Sex – ratio selon la présence d'une pathologie chronique ou d'une ALD (n = 328) ____ 40
Figure 9. Déclaration d'une pathologie chronique ou d'une ALD selon la durée d'exercice (effectif cumulé) (n = 328) ____ 41
Figure 10. Répartition des spécialités autres que médecine générale (n = 91) ____ 42
Figure 11. Réponse à la question : « Avez-vous un médecin traitant déclaré ? », selon le genre (n = 328) ____ 43
Figure 12. Réponse à la question : « Avez-vous un médecin traitant déclaré ? », selon le groupe de spécialité (n = 328) ____ 44
Figure 13. Réponse à la question : « Avez-vous un médecin traitant déclaré ? », selon la durée d'exercice (effectif cumulé) (n = 328) ____ 44
Figure 14. Réponse à la question : « Avez-vous un médecin traitant déclaré ? », selon la présence d'une pathologie chronique ou d'une ALD (effectif cumulé) (n = 328) ____ 45
Figure 15. Réponse à la question : « Avez-vous un médecin traitant déclaré ? », selon le temps séparant le centre hospitalier le plus proche du domicile (effectif cumulé) (n = 328) ____ 45
Figure 16. Réponse à la question : « Ces douze derniers mois, vous avez consulté un médecin généraliste libéral : », selon le groupe de spécialité (n = 328) ____ 47
Figure 17. Réponse à la question : « Ces douze derniers mois, vous avez consulté un médecin spécialiste libéral : », selon le groupe de spécialité (n = 328) ____ 48
Figure 18. Réponse à la question : « Ces douze derniers mois, vous avez consulté un médecin hospitalier : » selon groupe de spécialité (n = 328) ____ 49
Figure 19. Réponse à la question : « Ces douze derniers mois, vous avez consulté un médecin généraliste libéral : », selon la présence d'une pathologie chronique ou d'une ALD (effectif cumulé) (n = 328) ____ 50
Figure 20. Réponse à la question : « Ces douze derniers mois, vous avez consulté un médecin spécialiste libéral : », selon la présence d'une pathologie chronique ou d'une ALD (effectif cumulé) (n = 328) ____ 50
Figure 21. Réponse à la question : « Ces douze derniers mois, vous avez consulté un médecin hospitalier : », selon la présence d'une pathologie chronique ou d'une ALD (effectif cumulé) (n = 328) ____ 51
Figure 22. Réponse à la question : « Ces douze derniers mois, vous avez consulté un médecin généraliste libéral : » selon la durée d'exercice (effectif cumulé) (n = 328) ____ 51
Figure 23. Réponse à la question : « Ces douze derniers mois, vous avez consulté un médecin spécialiste libéral : » en fonction de la durée d'exercice (effectif cumulé) (n = 328) ____ 52
Figure 24. Réponse à la question : « Ces douze derniers mois, vous avez consulté un médecin hospitalier : » en fonction de la durée d'exercice (effectif cumulé) (n = 328) ____ 52
Figure 25. Réponse à la question : « Quel médecin consultez-vous le plus souvent en 1ère intention ? », selon le groupe de spécialité et le genre (effectif cumulé) (n = 328) ____ 53
Figure 26. Réponse à la question : « Quel médecin consultez-vous le plus souvent en 1ère intention ? », selon la durée d'exercice (effectif cumulé) (n = 328) ____ 54
Figure 27. Réponse à la question : « Quel médecin consultez-vous le plus souvent en 1ère intention ? », selon le médecin traitant déclaré (effectif cumulé) (n = 328) ____ 54

Figure 28. Réponse à la question : « Vos propres médicaments sont prescrits : », selon le genre et le groupe de spécialité (effectif cumulé) (n = 328) ____ *55*

Figure 29. Réponse à la question : « Vos propres examens complémentaires sont prescrits : », selon le genre et le groupe de spécialité (effectif cumulé) (n = 328) ____ *55*

Figure 30. Réponse à la question : « Les demandes d'avis médical vous concernant sont prescrites : », selon le genre et le groupe de spécialité (effectif cumulé) (n = 328) ____ *56*

Figure 31. Réponse à la question : « Vos propres médicaments sont prescrits : », selon la durée d'exercice (effectif cumulé) (n = 328) ____ *56*

Figure 32. Réponse à la question : « Vos propres examens complémentaires sont prescrits : », selon la durée d'exercice (effectif cumulé) (n = 328) ____ *57*

Figure 33. Réponse à la question : « Les demandes d'avis médical vous concernant sont prescrites : », selon la durée d'exercice (effectif cumulé) (n = 328) ____ *57*

Figure 34. Origine de la prescription selon son contenu (effectif cumulé) (n = 328) ____ *58*

Figure 35. Déclaration du médecin traitant et origine des prescriptions, toutes confondues (effectif cumulé) (n = 328) ____ *58*

Figure 36. Freins déclarés à la consultation de pairs (n = 127) ____ *59*

Figure 37. Nombre de freins déclarés par médecin (n= 127) ____ *60*

Figure 38. Réponse à la question « Eprouvez-vous des freins à consulter un autre médecin pour votre propre santé ? », selon le groupe de spécialité (n = 328) ____ *61*

Figure 39. Réponse à la question « Eprouvez-vous un ou des freins à consulter un autre médecin pour votre propre santé ? », selon la durée d'exercice (n = 328) ____ *62*

Figure 40. Réponse à la question « Eprouvez-vous un ou des freins à consulter un autre médecin pour votre propre santé ? », selon l'influence du patient – médecin (n = 328) ____ *62*

Figure 41. Réponse à la question « Etes-vous influencé quand vous recevez un(e) patient(e) médecin ? » selon le genre et groupe de spécialité (effectif cumulé) (n = 328) ____ *63*

Figure 42. Réponse à la question « Etes-vous influencé quand vous recevez un(e) patient(e) médecin ? » selon la durée d'exercice (effectif cumulé) (n = 328) ____ *63*

Figure 43. Besoin de système dédié selon genre et groupe de spécialité (effectif cumulé) (n = 328) ____ *64*

Figure 44. Besoin de système dédié selon la durée d'exercice (n = 328) ____ *65*

Figure 45. Besoin de système dédié selon les freins à consulter un pair (n = 328) ____ *65*

Figure 46. Effectifs des médecins libéraux exclusifs depuis 2012, données DRESS ____ *69*

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD : Affection Longue Durée

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMUc : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CREDOC : Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

EBM : Evidence Based Medicine

HCSP : Haut Comité de la Santé Publique

MEP : Médecin à Exercice Particulier

MHD : Mesures Hygiéno-Diététiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PREAMBULE

1 De la santé

« Se refaire une santé », « boire à la santé de », « tant qu'on a la santé », « bonne année, bonne santé ! »… La richesse des expressions autour de ce mot ne peut que témoigner de son importance. Avoir la santé est une quête permanente, un leitmotiv.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la définit ainsi : la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (1). Cette définition apparaît dans le préambule à la Constitution de l'OMS, tel qu'adopté par la Conférence Internationale sur la Santé à New York en 1946. La définition n'a pas été modifiée depuis.

Le Haut Comité de la Santé Publique (HCSP), dans son rapport général de 1994, l'aborde sous d'autres angles complémentaires (2).
Elle est dans un premier temps définie par ce qu'elle n'est pas, *id-est* l'absence de mal-être, maladie, déficience, morbidité, douleur. Ainsi, elle devient « la vie dans le silence des organes », « lorsqu'on la possède on n'y pense plus », d'après l'aphorisme de René Leriche, chirurgien et physiologiste du début du XX^{ème} siècle.
Autre point de vue, celui du médecin – philosophe Georges Canguilhem : « cette santé, ce n'est pas un état impeccable, un ordre parfait, une espèce d'innocence organique définitive et pure de tout défaut – c'est au contraire un effort permanent de compromis précaire pour assurer l'équilibre en devenir, une tentative pour composer avec les contraintes extérieures et les écarts ou erreurs internes » (3).
Elle devient donc éminemment subjective et variable suivant l'époque, le lieu, le sexe, la catégorie sociale, l'âge. Cette dimension perceptuelle est essentielle : c'est à la population, première concernée, de dire comment elle juge sa santé (l'on peut s'étonner à cet égard du décalage qui existe entre mesure objective et perception subjective de la santé : des personnes âgées handicapées, des malades chroniques lourds peuvent juger leur état de santé satisfaisant).

On peut corréler à ces définitions l'enquête réalisée par le Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie (CREDOC) pour le HCSP en 1992 : « La

perception de la santé en France » (4). Nous voyons en effet dans le Tableau I que la bonne santé n'est associée qu'en 3ème position à l'absence de maladie, là où prendre plaisir à la vie et faire ce que l'on veut arrivent respectivement en 1ère et 2ème position.

Tableau I. La perception de la santé en France, source CREDOC-HSCP 1992

Associez-vous bonne santé et ...

En %

	Beaucoup	Un peu	Pas du tout	Ne sait pas
Prendre plaisir à la vie	88,0	10,9	0,8	0,4
Faire ce que l'on veut	79,5	18,0	1,5	1,0
Ne pas être malade	63,4	27,2	8,8	0,5
Vivre mieux	60,4	28,1	8,4	3,0
Ne pas souffrir	56,5	31,7	11,1	0,7
Ne pas avoir à consulter un médecin	39,7	34,5	25,7	0,2

Cet état de bonne santé, à travers l'absence de maladie ou la stabilisation de celle(s)-ci, la gestion de la douleur et de la souffrance (physique, psychique), n'est-ce pas là ce que cherche tout médecin pour ses patients ?

Mais qui s'occupe de celle de ce dernier ? A fortiori celle du médecin libéral, quelle que soit sa spécialité ? Médecin libéral qui ne dispose pas en France de médecine préventive ou du travail, qui peut s'auto-déclarer médecin traitant et s'auto-prescrire, donc être possiblement son seul médecin !

Les réformes dans le domaine de la Santé en France ont abouti notamment à la définition du médecin traitant dans le parcours de soins coordonnés. Nous verrons comment se placent les médecins libéraux dans ce paysage de santé et quelles sont les singularités de leur parcours.

Indépendamment de toute volonté de quantification de bon ou mauvais état de santé de la population médicale libérale réunionnaise, cette thèse s'attachera à dégager des faits déclarés d'habitude de soins et d'explorer d'éventuels besoins d'une prise en charge dédiée.

2 De la relation Médecin – Patient

Pour saisir le sens princeps d'un mot, une façon de commencer est l'étymologie. Approcher le binôme patient et médecin par ce biais me paraît intéressant.

Un patient n'est pas uniquement patient en ceci qu'il patiente dans la salle d'attente, mais bien parce qu'il est *patiens* : « endurant, dur à la souffrance, qui souffre » dérivé de *patior* « endurer, souffrir », que l'on peut rapprocher du grec *πάσχω* (páskhō) : « subir, expérimenter, ressentir » (à la base de « l'empathie »)(5,6). La notion de patient est donc liée à la passivité, au fait d'éprouver par opposition à l'idée d'agir.

De la racine latine *medicus* dérive le mot médecin. À l'origine, la racine indo-européenne *med-* exprime l'idée de mesure et d'ordre. Le médecin est donc un être mesuré et sage, un être de mesures (scientifique : chiffres et calculs) qui prend celles qu'il faut pour guérir son patient (7).
Là où le patient souffre, le médecin guérit. Là où le patient subit, le médecin agit.

L'époque est révolue où la relation médecin-patient était univoque, basée uniquement sur le paternalisme. Elle est maintenant davantage un échange, fondée sur l'Evidence Based Medecine (8).
Néanmoins, elle reste polarisée et codifiée : imaginons une boucle tel le cheminement des électrons d'une borne à l'autre d'un circuit électrique.
Cette boucle partirait du patient, dont la souffrance peut être perçue par exemple dans les battements du cœur grâce au stéthoscope, symbole s'il en est du corps médical. L'information arrivant aux oreilles du médecin est analysée et intégrée aux autres données, synthétisées grâce aux années d'apprentissage universitaire et de connaissances empiriques. *In fine*, émane une proposition de soins d'un côté du bureau médical, autre symbole, pour être accueillie de l'autre côté de ce même bureau, le côté patient. La boucle est bouclée.
Que se passe-t-il quand la polarité est rompue, quand l'objet de départ et d'arrivée de la boucle est le même ? Que se passe-t-il quand le médecin, acteur, décideur, détenteur de connaissances, en vient à basculer de l'autre côté du bureau ? Du côté de l'endurance, de la souffrance, de la passivité ?

3 Du Médecin – Malade

3.1 Approche historique, mythologique et artistique

Dans la version homérique, Chiron est l'ancêtre du médecin, et Asclépios (Esculape) est un de ses disciples. Chiron est une figure mythologique médicale puissante, seul Paieon pourrait se hisser au-dessus, étant le médecin des Dieux. Mais Chiron lui-même est un protagoniste contradictoire de la médecine grecque : immortel incurablement blessé par une flèche empoisonnée du venin de l'Hydre de Lerne, il demandera sa mort aux Dieux pour éviter une agonie sans fin.

Machaon, fils d'Asclépios, est chirurgien des Grecs à la guerre de Troie. Eurypyle, à la fin du chant XI de l'Iliade dira ceci : « Hélas ! Des deux guerriers qui soulagent nos maux, Podalire et Machaon, l'un, je crois, est blessé, et repose dans sa tente, implorant lui-même le secours d'un médecin habile ; et l'autre, au milieu des combats, s'oppose à la fureur des Troyens ». Non seulement les Grecs sont défaits, mais les Dieux permettent que leurs médecins soient eux-mêmes malades !

Notons plus pour l'anecdote que pour un premier degré, les propos du Christ dans l'évangile selon St Luc, chapitre 4.23 : « médecin, guéris-toi toi-même ».

Dans son livre Les médecins dans le monde grec : sources épigraphiques sur la naissance d'un corps médical, la professeure des universités en Histoire ancienne Evelyne Samama (9) aborde le médecin – malade sous l'angle de l'épitaphe. La réputation, le renom des médecins à cette époque était chose importante, sinon plus que les compétences ! Si quelque médecin venait à mourir de maladie, n'ayant pu lui-même se soigner, l'on s'empressait de souligner que c'était le destin ou les dieux qui étaient à l'origine du décès.

Voici 2 épitaphes choisies :

« Epaphroditus, tu as relevé bien des malades […] et pourtant, tu n'as pu te sauver toi-même de la maladie, car la Moire est par nature plus forte que les médecins. »

« […] Tu dors, Mélanthios qui aimais tes enfants, tu dors d'un sommeil profond,
toi le plus expérimenté des médecins, mais Hadès est un ennemi pour les vivants,
lui qui n'a pas protégé celui qui combattait les maladies
pour les guérisons des mortels. »

Avicenne, ou Ibn Sīnā (980 – 1037), fut un grand philosophe, écrivain, scientifique et médecin. Malgré tout, il n'arriva pas à se guérir d'une ultime affection digestive grâce à ses fameux remèdes. Probablement causée d'ailleurs par ses excès de chère. Selon les sources, se furent ses mêmes remèdes qui lui donnèrent le coup fatal, selon d'autres, il mourut empoisonné par un de ses servants.

Progressons dans la frise de l'Humanité pour arriver à la fin du XVI^{ème} siècle de Montaigne puis le siècle des Lumières de Voltaire.

Le premier, adressait cette critique du corps médical dans le chapitre 37 (Sur la ressemblance des enfants avec leurs pères) du 2ème Essai : « Quoi ? Eux-mêmes nous font-ils voir de l'heur et de la durée en leur vie, qui nous puisse témoigner quelque apparent effet de leur science ? ». Il pointait du doigt l'incapacité des médecins à ne pas vivre mieux ni plus longtemps que le reste de la population, dont ils souffrent des mêmes maux sans en guérir davantage.

Dans la correspondance de Voltaire (1674 – 1778), nous retrouvons en date du 6 novembre 1767 cette phrase adressée au comte d'Argental : « Je ne sais rien de si ridicule qu'un médecin qui ne meurt pas de vieillesse et je ne conçois guère comment on attend sa santé de gens qui ne savent pas se guérir ».

Je parlais plus haut du stéthoscope, un des symboles du médecin. Notons que son inventeur, René Théophile Hyacinthe Laennec (1781 – 1826), peut lui aussi illustrer parfaitement cette image du médecin – malade. Lui qui a tant contribué à la sémiologie pulmonaire à travers cet outil d'auscultation médiée est-il aussi mort de la tuberculose. Le diagnostic fut confirmé par son neveu qui décela la phtisie pulmonaire à travers l'instrument inventé par son oncle.

René Allendy (1889 – 1942) écrira durant les dernières semaines de sa vie, ce qui sera plus tard le Journal d'un médecin malade (1944). Il y consigne non seulement le bilan de sa vie mais également son expérience de médecin – malade en fin de vie, où on y apprendra entre autres sa difficulté à être un malade, l'impuissance face à la maladie et les relations délicates avec ses médecins.

Une autre contribution autobiographique datant de 1952, When doctors are patients, recense les récits de 33 médecins – malades. Ces médecins souffraient tous à degrés divers d'une ou plusieurs maladies chroniques, allant de la migraine au cancer, en passant par l'hypertension artérielle et la sclérose en plaques. L'article promotionnel

paru dans la revue Journal of the American Medical Association mettait en exergue le stoïcisme voire l'héroïsme de ces patients face à la rudesse de leur condition.
Citons d'autres publications : Les vrai secrets d'un médecin (2003) du Dr Claude Rougeron, Le temps d'un cancer : chronique d'un médecin malade (2005) du Dr Sylvie Froucht-Hirsch, Guérir et mieux soigner (2008) du Dr Pascal Hammel.

Le médecin – malade se retrouve également dans diverses œuvres artistiques fictives.
Qui ne connaît pas par exemple cet Etrange cas du Dr Jekyll et Mr Hyde (R.L. Stevenson, 1886) où un brave médecin philanthrope met au point une drogue pour dichotomiser son bon côté de son double maléfique, se faisant au final submerger par ce dernier.
Ou celle du Dr Poliakov, dans Morphine, une nouvelle de Mikhaïl Boulgakov (lui-même médecin russe décédé des complications d'une néphro-angiosclérose), publiée en 1927. Dans ce roman, le Dr Poliakov, victime d'isolement, de troubles psychiatriques et d'une affection incurable, sombre lentement dans l'addiction à la morphine dont seul le suicide le délivrera.
Céline (1894 – 1961), médecin et écrivain controversé, a décliné le médecin – malade à travers ses romans : docteur Bardamu dans Voyage au cœur de la nuit (1932) et docteur Clodovitz dans Guignol's band (1944), pour ne citer qu'eux (10).
Du côté du 7ème art, nous pouvons citer de façon tout à fait récente, le film de Thomas Lilti : Médecin de campagne (2016), avec François Cluzet et Marianne Denicourt. L'intrigue du film se noue autour de la maladie d'un médecin de campagne, notable, confident, soignant et fil rouge de son tissu social rural. Une jeune médecin issue du milieu hospitalier vient le seconder, entre bizutages, initiation, rivalité et finalement acceptation. Docteur Françoise Gailland, film de Jean-Louis Bertuccelli sorti en 1976, est une fiction dont le personnage principal, une femme de caractère, médecin et chef de service, découvre fortuitement qu'elle souffre d'un cancer pulmonaire. Le vécu de patiente vient s'ajouter et se heurter aux statuts de médecin, collègue, mère et femme. Il est adapté d'un roman de Noëlle Loriot, Un Cri (1974), et a valu à Annie Girardot en 1977 le César de la meilleure actrice.

Je ferai une longue citation du Dr Thibault (11) pour conclure ce chapitre, faisant le lien entre médecin « mythique », quasi divin et historique, et médecin « scientifique », technicien et contemporain. Il le décrira en ces termes :

« Aucun médecin ne recevra jamais plus, comme son ancêtre l'asclépiade parvenu à maturité en était honoré, une couronne d'or, symbole solaire d'une science lumineuse et divine.

Notre culture voit le médecin dans la perspective plus réaliste d'un spécialiste parmi d'autres. La société lui accorde encore une haute considération mais lui permet d'être lui-même malade, du moins physiquement. Elle réalise ainsi dans la maladie un égalitarisme qu'elle ne voyait autrefois que dans la mort.

Mais, le médecin n'est décidément pas un malade comme les autres, sa maladie demeurant mythique. Affirmer qu'il n'est pas un malade ordinaire, que sa mort exige l'apothéose d'une maladie rare ou déroutante, c'est maintenir la puissance symbolique du médecin autrement affadie par des maladies triviales. Toutes les maladies du médecin peuvent bien appartenir aux mythes tout en continuant à signifier l'ordre culturel dans lequel nous vivons. »

3.2 Approche relationnelle

A travers le chapitre précédent, nous avons vu que le médecin – malade n'est sociétalement pas un malade comme les autres.

Du point de vue de la relation d'aide également, que le médecin – malade soit son propre médecin ou non.

Evidemment, dans le premier cas, comment s'apporter soi-même les bienfaits du discours médical ? N'oublions pas que le médecin est en lui-même un médicament. C'est l'effet (ou remède) – médecin de Balint : « le médicament le plus fréquemment utilisé en médecine est le médecin lui-même et il n'existe aucune pharmacologie de ce médicament essentiel ».

Et quand bien même si ce médecin – malade disposerait d'un médecin tiers, la relation d'aide n'est-elle pas aussi modifiée ?

Carl Rogers était un psychologue clinicien éminent dans la relation d'aide. Sa démarche était centrée sur la personne. Sa méthode était centrée sur 3 principes (qui sont devenus les 3 attitudes Rogériennes) : l'empathie, la congruence et la considération positive inconditionnelle (12).

Le thérapeute est alors capable de comprendre une situation non pas depuis son propre cadre de référence, mais depuis celui de son patient. Il devient alors une personne non

directive qui ne cherche pas à conseiller ni à juger et se met à distance de ses propres expériences.
Jean – Louis Lascoux s'est approprié cette démarche sous le néologisme d'altérocentrage. L'objectif étant de se centrer sur l'autre de manière consciente et rationnelle dans l'objectif de l'aider dans une réflexion.

Cette approche relationnelle est par essence difficilement applicable dès lors que nous nous soignons nous-même ou que nous ayons recours à un autre médecin, appartenant nous le verrons souvent à l'entourage proche voire amical.
L'harmonie des cercles confluents de l'Evidence Based Medecine (EBM) est perturbée et les limites deviennent floues (Fig. 1, d'après (13)).

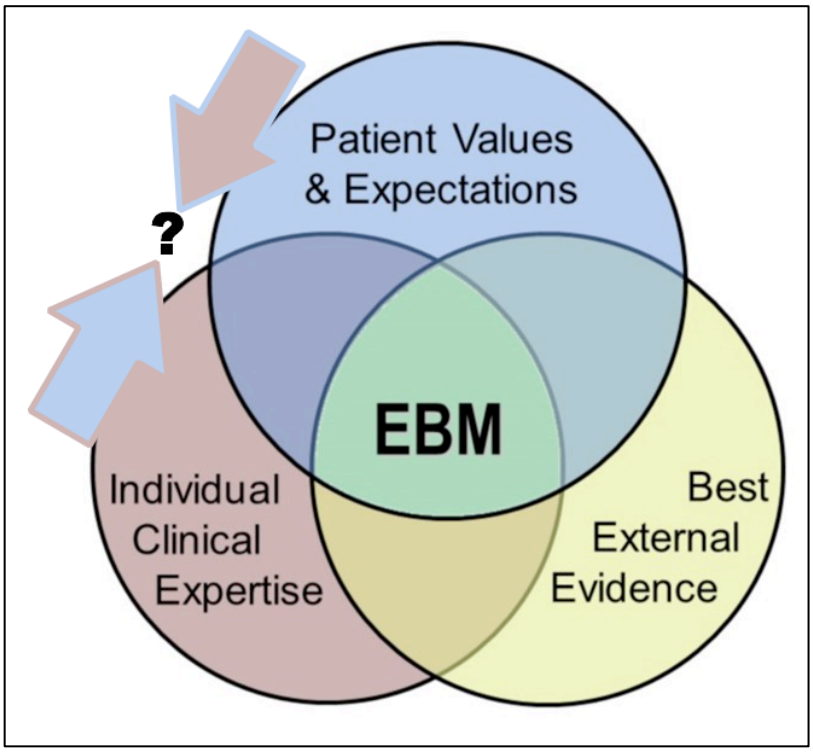


Figure 1. Perturbations de l'EBM
« Best External Evidence » = Données scientifiques, « Individual Clinical expertise » = Expérience du médecin, « Patient Values & Expectations» = Préférences du patient

3.3 Contexte scientifique

Le médecin-malade est donc une entité qui interroge autant le professionnel que le profane.

Son abord scientifique s'est largement fait au travers d'articles traitant de la santé psychique et des addictions. C'est d'ailleurs sur ces thèmes que l'on peut trouver parmi les plus anciennes publications : « Psychiatric syndromes, anxiety symptoms and responses to stress in medical students » paru en Octobre 1961 dans l'American Journal of Psychiatry, « Psychiatric illness in medical the profession », paru en Septembre 1967 dans le British Journal of Psychiatry, « Some psychologic vulnerabilities of physicians » paru en Août 1972 dans le New England Journal of Medicine, etc.

Deux axes principaux tiennent lieu de justification à ce travail de thèse :

- nous sommes en droit d'imaginer qu'un médecin affecté de troubles de la santé (en lien avec son travail ou non) puisse avoir une diminution de ses capacités, notamment professionnelles
- jusqu'à présent, l'approche du médecin-malade s'est surtout faite selon les troubles psychiques et les addictions. La partie somatique n'est que peu mise en lumière et l'aspect consommation et parcours de soins est quasi inexistant

3.3.1 Médecin en bonne santé = patients en meilleure santé ?

Il semblerait que joindre l'acte à la parole soit un des moyens efficaces pour discuter et surtout inciter à la prévention et à une bonne hygiène de vie.

Le Dr Erica Frank, enseignante-chercheur à la School of Population and Public Health de l'Université de Colombie-Britannique, s'est penchée sur ce thème.

Dans une revue de littérature (14,15), elle synthétise des articles s'intéressant à la crédibilité des médecins en matière de promotion des mesures hygiéno-diététiques (MHD). Elle paraissait accrue si les médecins montraient eux-mêmes des signes de bonne santé ou d'application personnelle de ces mesures.

Il apparaîtrait que les informations médicales sont plus crédibles si elles émanent d'un médecin versus par exemple un coach sportif ou un diététicien (16). Selon cette même étude, le médecin serait également un modèle global de santé pour ses patients. Un médecin serait plus à même d'entamer une conversation autour des MHD s'il est lui-même sensible à ce sujet et l'applique personnellement.

Une étude de cohorte (17) menée pendant 4 ans a comparé un groupe témoin d'étudiants en médecine « classique » versus un autre groupe d'étudiants en médecine où étaient dispensés de façon poussée des enseignements visant à promouvoir les

comportements positifs autour de l'alimentation, du tabac, de l'exercice physique et de l'alcool (groupe « enseignement + »). Non seulement cette intervention a permis dans le groupe « enseignement + » de meilleures conduites personnelles mais également davantage d'implication dans les conseils aux patients.
Pour finir sur cet aspect, je citerai une étude parue en 2013 (18) dont les atouts principaux sont la grande puissance et les mesures objectives de 8 indicateurs de santé. Elle visait à comparer les indicateurs de santé des médecins et de leurs patients, tous adhérents à la Clalit Health Services, un des 4 acteurs principaux du système de soins Israélien. Elle établissait un lien significatif entre bons indicateurs patients et bons indicateurs médecins.
Notons qu'un projet est initié par le Dr Franck depuis fin Novembre 2016 sur les réseaux sociaux scientifiques (19). Il s'intitule « Healthy Doc = Healthy Patient » et vise à concentrer toutes les données (articles, interventions, etc.) ayant trait à l'amélioration de la santé des patients à travers celle des soignants.

Pour autant, associer un comportement de santé positif de la part du patient selon un mimétisme ou une influence positive du médecin ne revient pas à affirmer son contraire.

3.3.2 Médecin en mauvaise santé = patients mal soignés ?

Il a été très difficile de trouver des articles traitant d'un lien entre altération de l'état de santé et altération de l'aptitude professionnelle. Le peu de données exploitables concernent essentiellement le domaine psychique.
Une étude de recueil d'opinion de 8000 chirurgiens (20) a étudié le lien entre l'état de santé perçu par les médecins et leur déclaration d'erreurs professionnelles. Il semblerait qu'un degré croissant de burn-out, de traits dépressifs et/ou de faible estime de la qualité de vie personnelle conduise à une déclaration d'erreurs professionnelles plus importante.
Une étude observationnelle rétrospective transversale menée aux Pays-Bas en 2009 (21) montre un accroissement du risque de perception de la part des patients de mauvaise qualité de soins à mesure que la charge de travail et le stress au travail augmente chez le médecin généraliste traitant.
Une importante méta analyse (22) publiée en juillet 2016 s'est axée sur un possible lien entre bien-être de divers professionnels de santé et sécurité des patients. 46 études ont

été incluses, objectivant un lien significatif entre pauvre qualité de vie et péjoration de la sécurité sanitaire des patients. L'influence sur cette sécurité semble aussi vérifiée pour des degrés modérés à élevés de burn-out des professionnels de santé. On regrette cependant la très faible prévalence parmi ces études d'enquêtes prospectives.
Enfin, citons une étude transversale par recueil d'opinion (23) de 2009, ayant récolté 2115 questionnaires de résidents en médecine hollandais. Les résidents en burn-out déclaraient davantage d'erreurs médicales.

3.3.3 Parcours de soins du médecin-malade

Dans 2 revues de littérature parues en 2004 et 2008 (24,25), le Dr Kay pointe le manque de données et leur faible degré de preuve, malgré une sélection à travers le monde. Elle constate cependant ceci :

- selon les pays, entre 21 et 100% des médecins ont un médecin traitant tiers, rarement indépendant (ami, connaissance, conjoint, etc.)
- entre 24 et 87% allèguent avoir vu un médecin dans l'année, souvent de façon informelle (« corridor consultation », traduisible comme consultation fortuite, consultation de coin de table, à la volée). Même dans les consultations formelles, le médecin rencontré n'est pas toujours le médecin référent
- entre 25 et 100% des médecins s'auto-médiquent, avec une prédominance pour les médecins généralistes versus les spécialistes non généralistes
- des freins existent, tant soit du côté patient (gêne, temps, coût, connaissances médicales), que du côté soignant (intimité avec le patient, tarification) voire même du système de soins (horaires d'ouvertures, structures dédiées)

Cette revue insistait sur deux éléments marquants : le peu de données sur le sujet et la grande disparité des parcours de soins observés.
Dans une présentation en septembre 2014 lors de l'International Conference on Physician Health tenue à Londres, le Dr Kay a présenté le projet : « The Doctors' Health Access Pathway – an educational framework to improve health access ». S'appuyant sur ses propres recherches (26) et d'autres existantes dans le domaine du parcours de soins des médecins (tant soit côté médecin – malade que médecin de médecins), elle a décrit un parcours de soins type. Ce parcours type a été à l'origine d'un programme d'éducation (le Doctors' Health Access Pathway) visant à anticiper les problèmes

pouvant être rencontrés lors de l'accès aux soins. Il n'y a pour l'heure aucun résultat publié.

4 Etat des lieux en France

4.1 Législation

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a été publiée au Journal Officiel du 17 août 2004 après validation par le Conseil constitutionnel (27–29). Intervenant dans un contexte financier extrêmement dégradé, elle a procédé à une réforme en profondeur de l'assurance maladie.

Cette loi a été précédée d'un travail de diagnostic qui a été confié, en octobre 2003, au Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. Il préconisait essentiellement la conjugaison de trois actions pour faire face à la gravité de la situation financière et aux perspectives de croissance des dépenses :

- améliorer le fonctionnement du système de soins et du système de protection sociale
- ajuster les conditions de prise en charge
- agir sur les recettes

Ainsi, nous y retrouvons deux notions majeures du système de soins : médecin traitant et parcours de soins coordonnés.

4.2 Médecin traitant

Le médecin traitant doit être déclaré par les assurés sociaux auprès de leur organisme gestionnaire d'assurance maladie.

Les assurés ont le libre choix et peuvent désigner, avec son accord :

- un médecin généraliste ou un médecin spécialiste non généraliste
- conventionné ou non
- exerçant seul, au sein d'un cabinet dans un centre de santé ou à l'hôpital
- situé à proximité du domicile ou non, selon ce qui sied le mieux au patient

Le choix de l'assuré peut s'effectuer et être modifié à tout moment. Le médecin traitant (30) :

- assure le 1er niveau de recours aux soins
- contribue à l'offre de soins ambulatoire

- participe à la prévention, au dépistage, au diagnostic, au suivi et au traitement des maladies ainsi qu'à l'éducation pour la santé
- rédige, le cas échéant, le protocole de soins en tenant compte des propositions du ou des médecin(s) correspondant(s)
- oriente le patient dans le parcours de soins coordonnés
- informe tout médecin correspondant des délais souhaitables de prise en charge du patient compatibles avec son état de santé
- favorise la coordination avec les autres professionnels et services participant à la prise en charge des patients notamment par la synthèse des informations transmises (intégrées dans le dossier médical personnel)

4.3 Parcours de soins coordonnés

Il consiste à prioritairement confier au médecin traitant les différentes interventions de santé pour un même assuré, dans un objectif de rationalisation des soins. Son respect conditionne la prise en charge normale des dépenses de santé. A défaut, les patients s'exposent à une majoration de leur participation financière.
Le dispositif concerne tous les assurés sociaux ainsi que leurs ayants droit de plus de 16 ans, y compris les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU).

En 2015 (30), 92% des assurés ont déclaré un médecin traitant, dont :

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

Le choix du médecin traitant s'est porté sur :

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

Selon la même étude, un médecin généraliste a en moyenne 864 patients médecin traitant, 320 pour un MEP et 4 pour un spécialiste (hors MG et MEP).

4.4 Démographie médicale

Nous allons voir dans ce chapitre la démographie médicale des médecins libéraux exclusifs en France métropolitaine ainsi qu'à la Réunion. Les données compilées par la Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) nous ont permis de définir les caractéristiques de notre population cible.

4.4.1 Métropole

Selon l'Atlas de démographie médicale 2016 publié par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (31), 285 840 médecins étaient inscrits au tableau de l'Ordre au 1er Janvier 2016. Parmi eux, 103 182 médecins métropolitains exerçaient en libéral exclusif (Tableaux II et III) (32).

Tableau II. Effectifs détaillés des médecins libéraux exclusifs en France métropolitaine, au 1er janvier 2016

Groupes de spécialités libérales	Effectifs
Médecins spécialistes non généralistes	**43 600 (42,3%)**
- dont hommes	28 255
- dont femmes	15 345
Médecins généralistes	**59 582 (57,7%)**
- dont hommes	37 196
- dont femmes	22 380
Total effectifs	**103 182 (100%)**

Tableau III. Âge moyen des médecins libéraux exclusifs en France métropolitaine, au 1er janvier 2016

Genre	Généralistes	Autres spécialistes
Hommes	54,8 ans	53,4 ans
Femmes	47,9 ans	48,6 ans
Tous genres confondus	51,7 ans	51,3 ans

4.4.2 Réunion

On comptait, au 1er janvier 2016, 2683 médecins en activité à La Réunion (32) :

- 1505 libéraux exclusifs (Tableaux IV et V)
- 97 médecins à exercice mixte
- 856 salariés hospitaliers

- et 225 autres salariés

Les hommes représentaient 71,1% des médecins spécialistes non généralistes pour 28,9% de femmes (sex-ratio 2,45). Parmi les généralistes, on retrouvait 65,1% d'hommes et 34,9% de femmes (sex-ratio 1,86).

Tableau IV. Effectifs des médecins libéraux exclusifs à la Réunion, au 1er Janvier 2016

Groupes de spécialités libérales	Effectifs
Médecins spécialistes non généralistes	**515 (34,2%)**
- dont hommes	366
- dont femmes	149
Médecins généralistes	**990 (65,8%)**
- dont hommes	644
- dont femmes	346
Total effectifs	**1505 (100%)**

Tableau V. Âge moyen des médecins libéraux exclusifs à la Réunion, au 1er janvier 2016

Genre	Généralistes	Autres spécialistes
Hommes	53,5 ans	56,0 ans
Femmes	45,7 ans	49,7 ans
Tous genres confondus	50,8 ans	54,1 ans

4.5 Eléments de santé des médecins

4.5.1 Santé psychique et physique

La santé physique et psychique des médecins a fait l'objet en France d'études, travaux de thèse et rapports institutionnels objectivant la difficulté de leur prise en charge (33).

La prévalence des atteintes psychiques chez les médecins est importante, principalement des éléments du spectre anxieux pouvant aller jusqu'au burn-out (34–38) voire au suicide (39). Selon un rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) en 2003 (40), le sur-risque de suicide en population médicale est estimé à 2,3. L'abus de substances et les addictions paraissent également être un enjeu d'importance dans cette population, bien que probablement largement sous-estimé (34,41,42).

Les données de santé physique des médecins sont plus rares et les résultats disparates. Des biais de sélection sont probables selon quelles populations sont comparées aux médecins.

Par exemple, la comparaison de l'espérance de vie des médecins par rapport à la population générale paraît en faveur de ces premiers (43,44). Cependant, en comparant avec des catégories socio-économiques équivalentes, les médecins peuvent avoir un taux de mortalité plus important (43,45) ou non (44). Nous pouvons apporter ici plusieurs nuances :

- la mortalité au sein même de la population médicale peut varier selon les spécialités (46,47)
- elle n'est pas due qu'aux seules pathologies somatiques (exemple des suicides, des pathologies somatiques induites par l'abus de substances, etc.)
- ne serait-il pas davantage intéressant de s'attacher par exemple à décrire le pronostic fonctionnel lié aux différents modes d'exercices de chaque spécialité (48–50) ?

Néanmoins globalement, la littérature abonde dans le même sens : les médecins ont une plus longue espérance de vie et meurent moins de cancer que la population générale, liée entre autres à des habitudes de vie plus saines et un meilleur recours aux dépistages. D'aucun dirait qu'ils sont en meilleure santé. Cette synthèse rassurante ne doit pas faire oublier la plus haute prévalence de pathologies psychiatriques et d'addictions chez les soignants, ainsi qu'une forte disparité entre les spécialités.

Elle ne doit pas faire oublier non plus un dernier élément sans lequel ce travail de thèse n'aurait eu que peu de sens, celui de la santé perçue.

4.5.2 Santé perçue

Comme nous l'avons vu en début de préambule, la perception de « bonne santé » est plurifactorielle et ne saurait être réduite à des critères objectifs d'espérance de vie, de mortalité par cancer, etc.

Ainsi, selon cette enquête de la DREES (34) auprès de 1900 médecins généralistes :

- 78,8 % des médecins déclaraient avoir un état de santé « bon ou très bon », 17,4% « assez bon » et 3,8% « mauvais ou très mauvais »
- le bon état de santé perçu décroissait avec l'âge

- il était, quelque soit le genre et l'âge, supérieur à l'ensemble de la population active mais inférieur aux cadres et professions intellectuelles supérieures interrogés alors que les médecins déclaraient un meilleur recours aux dépistages et de meilleurs comportements face aux facteurs de risques cardiovasculaires

Le Quotidien du Médecin, pour initier son dossier « La Santé des médecins » a effectué un sondage en ligne en février 2014. 1683 médecins y ont répondu. Malgré la faible valeur scientifique du contenu, la synthèse iconographique apporte quelques éléments intéressants (fig. 2).

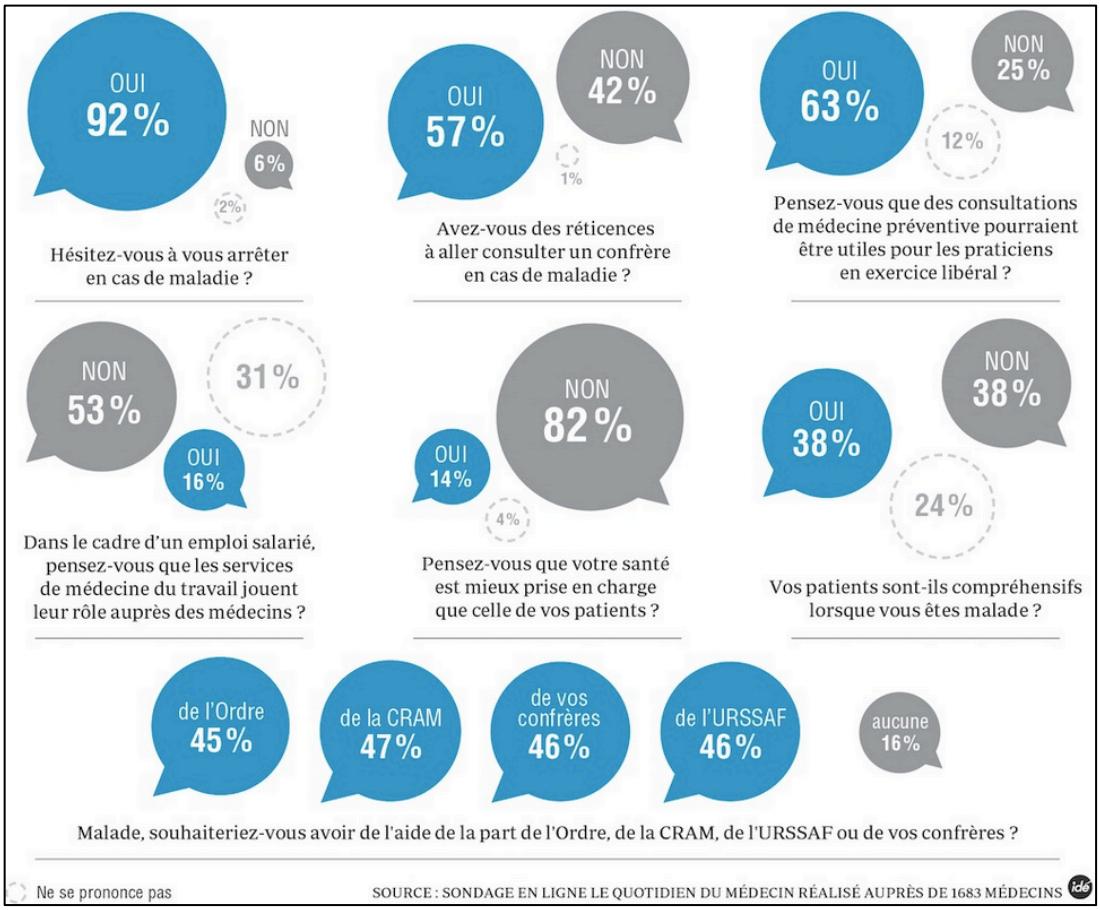


Figure 2. Résultats du sondage en ligne, le Quotidien du Médecin

Est-ce que par essence, notre profession pourrait être une des explications à cette perception négative ?

C'est une piste imaginable si l'on s'intéresse aux études de médecine. La fréquence des troubles anxieux, dépressifs et autres détresses psychologiques chez les étudiants en médecine n'est plus à démontrer (51,52).

Dans une étude menée par le CNOM auprès de 7858 étudiants en médecine français (53), il figurait qu'un quart des étudiants (24,3%) estimaient leur santé « moyenne à mauvaise ». Ce taux culminait même à 30,8%, soit presque un tiers des étudiants, pour le deuxième cycle d'études médicales !

Quels sont alors les systèmes en place pour essayer d'améliorer cet état de fait ?

4.6 Systèmes en place

4.6.1 A l'étranger

La nécessité d'une prise en charge dédiée aux médecins est reconnue depuis plusieurs années, parfois même des décennies dans certains pays et régions du globe.

Ainsi, nous pouvons citer :

- le Québec avec le Programme d'Aide aux Médecins du Québec, crée en février 1990
- la Catalogne avec le Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt (Programme d'Attention Intégrale pour le Médecin Malade), crée en 1998 et regroupé au sein de la Fundació GALATEA en 2001
- l'Allemagne avec son programme Hilfe statt strafe (Aider au lieu de punir), mis place progressivement depuis 2007
- la Norvège avec la structure Villa Sana en 1998
- les Etats – Unis d'Amérique avec la Federation of State Physician Health Programs (Confédération des Programmes de Santé des Médecins), etc.

Notons que l'International Conference on Physician Health regroupe tous les 2 ans l'American Medical Association, la Canadian Medical Association et la British Medical Association.

Sur le même principe d'échanges internationaux d'expériences et d'expertises, la European Association for Physician Health tient régulièrement des conférences, dont la dernière en Avril 2017 à Paris.

4.6.2 En France

L'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux (AAPML) a été mise en place en 2004 et reconnue d'intérêt général en 2014. Elle s'adresse à l'ensemble des soignants français connaissant des problèmes psychologiques liés directement ou

indirectement à l'exercice de leur profession. Elle dispose d'une plateforme d'écoute permanente et d'un site internet (http://www.aapml.fr/).

L'Association pour la Promotion des Soins aux Soignants (APSS) vise à promouvoir toutes les actions de prévention en matière de pathologie psychique et addictive chez les médecins depuis 2009. Elle est soutenue par les fonds d'action sociale de la Caisse Autonome de Retraites des Médecins de France (CARMF) et du CNOM. Il est possible de faire appel à ses services via son site internet (http://apss-sante.org/).

L'Association Régionale d'Entraide du Nord – Est (ARENE) résulte de l'union des expertises des Conseils Régionaux de l'Ordre des Médecins d'Alsace et de Lorraine en juillet 2015. Une soixantaine de médecins se relaient 24h/24 7j/7 pour une astreinte téléphonique dédiée. Le confrère reçoit l'appel et écoute la ou les difficultés et aura avec l'accord de l'appelant la possibilité de l'orienter vers une ou plusieurs personnes ressources (psychiatres, addictologues, avocats, conseillers juridiques et fiscaux, médecins du travail, services hospitaliers publics ou privés)

Le réseau d'Aide aux Soignants de Rhône – Alpes (ASRA) est opérationnel depuis mai 2012 suite à un colloque en 2010 sur « La Souffrance du Médecin » organisé par le Conseil de l'Ordre de la région. 42 médecins de soutien assurent une astreinte téléphonique permanente. 55 personnes ressources peuvent être mobilisées (psychiatres, psychologues, addictologues, avocats, conseillers fiscaux, etc.) (http://reseau-asra.fr/).

L'Association pour la Santé des Soignants en Poitou – Charentes (ASSPC), dont le 1er bureau s'est réuni en 2013, œuvre selon le principe de l'assistance dans l'adversité. Elle assure de nombreuses actions dans les domaines de l'aide et l'accompagnement, le maintien ou la restauration des capacités professionnelles, la réinsertion et la formation de « soignants de soignants ». Une permanence téléphonique est assurée et un site internet regroupe l'ensemble des informations utiles (https://associationsantedessoignantspc.jimdo.com/).

L'association de Médecine Préventive pour les Médecins Libéraux (IMHOTEP Haute Normandie) a vu le jour en 2010 suite à une enquête (35) où 80% des 1235 médecins libéraux répondeurs déclaraient être favorables à un système de médecine préventive dédié. Cette initiative insiste sur la confidentialité et son indépendance vis à vis des institutions (Ordre National, syndicats, CARMF, etc.). Elle dispose d'un numéro de téléphone et site internet (http://imhotephn.blogspot.com/).

L'association Organisation du Travail et Santé des Médecins (MOTS) a vu le jour en 2010 à l'occasion d'un congrès à Toulouse sur le thème « Mieux être pour mieux soigner ». Elle se défini comme une unité clinique d'écoute, d'assistance et de recherche destinée aux médecins en difficulté. Leur premier moyen d'action consiste en des consultations d'écoute, d'évaluation et de planification par des médecins compétents en ergonomie et santé au travail. Le contact se fait via un numéro de téléphone et un site internet (http://www.association-mots.org/).

L'association Soins aux Professionnels de Santé (SPS) a été fondée en octobre 2015. Elle souhaite susciter une véritable prise de conscience et proposer des actions concrètes, notamment via le repérage, l'orientation et la prise en charge des professionnels de santé en souffrance. L'optimisation du parcours de soins est également un de ses objectifs. Elle dispose d'un site internet (http://www.asso-sps.fr/) et d'un numéro accessible 24h/24 7j/7. Elle est interconnectée à d'autres associations de soins, à des médecins généralistes et d'autres spécialistes ainsi qu'à des structures existantes dédiées aux professionnels de santé.

L'entraide est une des missions les plus importantes attribuées aux Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM), la proximité permettant d'agir rapidement grâce à la connaissance du terrain, des difficultés locales et éventuellement des médecins. Chaque CDOM possède une commission départementale dédiée à l'entraide et parfois un budget annuel propre. La commission départementale est chargée de gérer les dossiers de demande d'entraide. Si l'entraide n'est pas prévue dans leurs missions, les Conseils Régionaux de l'Ordre des Médecins peuvent aider à la coordination de l'entraide. La commission nationale d'entraide se réunit cinq fois par an, à chaque session du Conseil National, pour instruire les demandes de secours et étudier

les dossiers d'entraide qui lui sont communiqués par les conseils départementaux. Elle décide alors de l'aide à apporter.

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) propose à ses assurés (médecins libéraux secteur 1) un examen de santé gratuit, tous les 5 ans, dans les centres agréés.
Le Régime Social des Indépendants (caisse d'assurance maladie pour les médecins libéraux exerçant en secteur 2 ou 3, hors convention) envoie périodiquement à ses assurés une invitation pour réaliser un bilan de prévention.

Suite à une enquête réalisée auprès de 3786 médecins en 2010, le groupe Pasteur Mutualité a mis sur pieds en décembre 2012 une consultation de prévention de l'épuisement professionnel des soignants. Elle est destinée aux adhérents qui éprouvent une souffrance ou mal être lié à leur profession. La consultation est prise en charge par le groupe et rémunérée à hauteur de 3C. Chaque médecin référent reçoit au préalable une formation à la prévention et au traitement de l'épuisement professionnel des soignants.

Depuis février 2014, le Conseil de l'Ordre des Médecins de Paris pilote une initiative de consultation de prévention gratuite pour les médecins libéraux de la ville. En une année, plus de 220 médecins parisiens ont consulté. Il a été décelé 47 cas d'anomalies ECG, 37 cas d'hypertension artérielle, 18 burn-out, 66 vaccins non à jour, 122 anomalies cliniques et biologiques, etc.
Une initiative semblable s'est ouverte dans le département du Vaucluse en février 2015 : MED DOC 84. Dans son travail de thèse, le Dr Léopoldine Sauvegrain (54) rapporte que 90% des premiers médecins ayant eu recours à cette consultation de médecine préventive étaient en exercice libéral exclusif et 45% présentaient des signes de burn-out.

L'association InterMed a vu le jour en été 2015. Cette consultation de médecine préventive dans le Gard répond à un cahier des charges établit par un travail de thèse (55) : le respect absolu du secret médical, l'indépendance de fonctionnement vis à vis des instances, l'absence de notion d'aptitude à l'exercice de la médecine à l'issu des consultations et la flexibilité.

Enfin, pour clore cette section, notons que le système des tontines peut apporter un soutien financier immédiat à tout médecin cotisant malade, en parallèle des fonds d'action sociale institutionnels qui sont généralement soumis à un délai de carence.

INTRODUCTION

En août 2004 en France a eu lieu la réforme de l'Assurance Maladie (28). Au-delà de l'objectif de maîtrise des dépenses de santé et du rétablissement financier, des mesures dites structurelles ont vu le jour. L'idée était de modifier l'organisation du système de soins et le comportement des acteurs de santé dans le sens d'une prise en charge de meilleure qualité et plus économe des deniers publics. Ainsi sont nées les notions de parcours de soins coordonnés et de médecin traitant.

Le parcours de soins coordonnés prévoit de confier à un médecin traitant les différentes interventions et l'orientation des professionnels de santé pour un même assuré afin de rationaliser et personnaliser de façon optimale ses soins. Sa connaissance du dossier médical assure un suivi médical et une prévention personnalisés et adapté.

Dans ce parcours à priori égalitaire, le médecin est un patient insolite. Comme tout individu il peut tomber malade, de la simple virose saisonnière au cancer, sans omettre les aléas psychologiques ou les addictions.
Ce n'est néanmoins pas un patient comme les autres (56). En tant que professionnel de santé, il peut légalement se déclarer comme son propre médecin traitant, faire ses propres diagnostics, prescriptions, etc. Il est donc potentiellement simultanément acteur et consommateur de soins.

Si l'on considère le « médecin – malade », le « médecin libéral – malade » est une entité à part. Ne disposant pas de médecine préventive ou du travail, le médecin libéral est potentiellement seul juge de sa santé, seul coordonnateur de son parcours de soins.
S'il choisi d'avoir recours à un médecin tiers, son rapport au soignant peut être modifié, car le soignant est un confrère, une consœur , quelqu'un qui n'est pas investi comme simple thérapeute, mais souvent comme ami(e), connaissance, appréciée ou non (57).

Nous avons vu dans le préambule que le médecin – malade n'est pas une entité de découverte récente. A contrario, les initiatives concrètes concernant sa santé le sont.
Elles dépendent de régions, de pays, de cultures. Les Catalans et les pays anglo-saxons font figures de pionner (58–60). Dans notre pays, des travaux de thèse de plus en plus

nombreux ainsi que des systèmes dédiés sont la preuve d'une prise de conscience récente (61).

A la lumière de ce constat, et devant l'absence de données dans le département d'outre mer de la Réunion, nous avons souhaité établir un premier travail scientifique tel une mise en évidence ou un état des lieux du parcours de soins coordonnés des médecins libéraux exclusifs du département.

Ainsi, avons-nous défini cette question de recherche : « quelles sont les principales caractéristiques du parcours de soins coordonnés des médecins libéraux exclusifs de la Réunion ? »

Pour y répondre, nous avons déterminé les objectifs suivants :

- Objectif principal : déterminer la proportion des médecins libéraux auto-déclarés médecins traitants
- Objectifs secondaires :
    - définir la population selon des critères démographiques et de santé
    - estimer la consommation de soins des médecins sur douze mois
    - estimer quel est le médecin consulté en 1ère intention
    - estimer la proportion d'auto-prescriptions (médicaments, examens complémentaires, avis médicaux spécialisés)
    - évaluer les freins à la consultation de pair
    - déceler un besoin de prise en charge dédiée

MATERIEL & METHODE

1 Etude

Nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive transversale par recueil d'opinion via auto – questionnaire. Il s'agissait de données déclaratives.

2 Population

2.1 Population cible

Elle est constituée de l'ensemble des médecins libéraux exclusifs en activité exerçant dans le département de la Réunion

2.2 Population de l'étude

2.2.1 Critères d'inclusion

Tout médecin libéral exclusif en activité à la Réunion au moment de l'étude, ayant pu être contacté par l'un des vecteurs de diffusion cité au chapitre 7 « Diffusion ».

2.2.2 Critères de non inclusion

Ils étaient : l'accès à une médecine du travail ou préventive, l'exercice en structure publique ou l'exercice salarié ou mixte.

2.2.3 Critères d'exclusion

Tout questionnaire non exploitable dans son intégralité ou la découverte après récupération du questionnaire de la non conformité aux critères de non-inclusion.

3 Echantillonnage

Il s'agissait d'un sondage. Il n'y a pas eu de tirage au sort au sein de la population cible qui a été incluse dans son intégralité.

4 Puissance de l'étude

Nous avons essayé d'obtenir le plus de questionnaires possible avec comme seul critère d'arrêt de la diffusion un débit nul de retour de questionnaires auprès du diffuseur nous permettant d'atteindre théoriquement le plus de médecins (mailing-list de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de l'Océan Indien). Il a été atteint au bout de la 3ème relance et 4 mois de durée de diffusion.

5 Questionnaire

Après définition de la question de recherche, des hypothèses et des objectifs, le thésard conjointement au directeur de thèse ont pu définir les 18 les items du questionnaire (cf. Annexe).

- 17 étaient des QCM à réponse unique
- 1 QCM (le QCM 15) était à choix multiples
- l'item 18 était un espace de commentaire libre

Nous avons pour se faire synthétisé et adapté à notre question de recherche des questionnaires et canevas d'entretiens semi-dirigés issus de thèses métropolitaines (54,57,62,63) et de travaux internationaux (64,65).

Il a été décliné sous 3 formes :

- une version en ligne via Google Forms® où les résultats étaient accessibles au format .xls grâce au logiciel Google Sheets®
- une version formulaire bloqué grâce au développeur de Microsoft Word 2011® pour Mac® (version 14.6.7 160 722)
- une version papier imprimée depuis un format .pdf (Aperçu®, version 8.1 877.7), à remplir manuellement et retourner à l'adresse de l'investigateur grâce à une enveloppe pré-timbrée jointe au questionnaire.

6 Phase de pré-test

La dernière version du questionnaire a été testée sur 4 médecins généralistes libéraux avant diffusion. Ceci afin de vérifier la compréhension des items, leur acceptabilité personnelle et la durée de remplissage. Il a été acceptée en l'état par l'ensemble des médecins du test et n'a donc pas été modifiée.

7 Diffusion

Le recueil des données s'est déroulé du 29/09/2016 au 29/01/2017.

Nous avons utilisé différents réseaux pour accéder à un maximum de médecins (population cible ~ population source).

- l'Union Régionale des Médecins Libéraux de l'Océan Indien (URML)
- le Département de Médecine Générale Océan Indien et Collège des Enseignants de Médecine Générale Océan Indien

- l'antenne réunionnaise de l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA)
- l'Association Régionale de Formation Continue en Allergologie de l'Océan Indien
- l'Association des Médecins du Port – Possession
- l'Associations RéuCARE (Réunion Cœur Artères Reins Educations) via la Fédération des Réseaux de Santé Océan Indien
- l'Association Réunionnaise de Formation Médicale Continue (AFORM)
- des établissements hospitaliers privés ne disposant pas de médecine préventive ou du travail : Clinique Jeanne d'Arc, Clinique Avicenne, Clinique les Flamboyants Ouest, Clinique les Flamboyants Sud, Clinique Saint Vincent
- enfin, un démarchage téléphonique arbitraire de chaque spécialité autre que médecine générale via l'annuaire Santé Outre-Mer Océan Indien, 21ème édition 2015

8 Recueil et analyses des données

Le recueil et l'analyse des données s'est effectué sous tableur Microsoft Excel 2011® pour Mac® (version 14.6.7 160 722) au format .xls.

Le thésard a analysé les données item par item puis les a croisées à l'aide de la fonction « tableau croisé dynamique ». Afin de n'ignorer aucun croisement de données, un tableau à double entrée a été réalisé avec l'ensemble des items en lignes et colonnes. Les résultats portés au chapitre éponyme ont été sélectionnés par le thésard pour leur pertinence, à l'inverse des résultats non probants qui n'y figurent pas.

Il n'y a pas eu d'analyse statistique de ces données déclaratives.

9 Implication du thésard au travail de recherche

Le thésard s'est investi dans :

- la définition de la question de recherche et des objectifs
- l'élaboration et la diffusion du questionnaire
- le recueil et la saisie des données
- l'analyse des résultats
- la rédaction de la thèse et de l'article

10 Ethique et réglementation

L'étude était une recherche non interventionnelle comprenant des données de santé. A ce titre, nous avons tenu à respecter drastiquement plusieurs critères :

- consentement éclairé et participation sur la base du volontariat
- usage des données strictement personnel pour la réalisation de ce présent travail et enregistrement dans un tableur .xls codé
- anonymat préservé notamment avec absence de tout critère d'identification et d'âge ou date de naissance

Une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés a été déposée sous le n° de dossier 2067438.

RESULTATS

1 Diagramme de flux

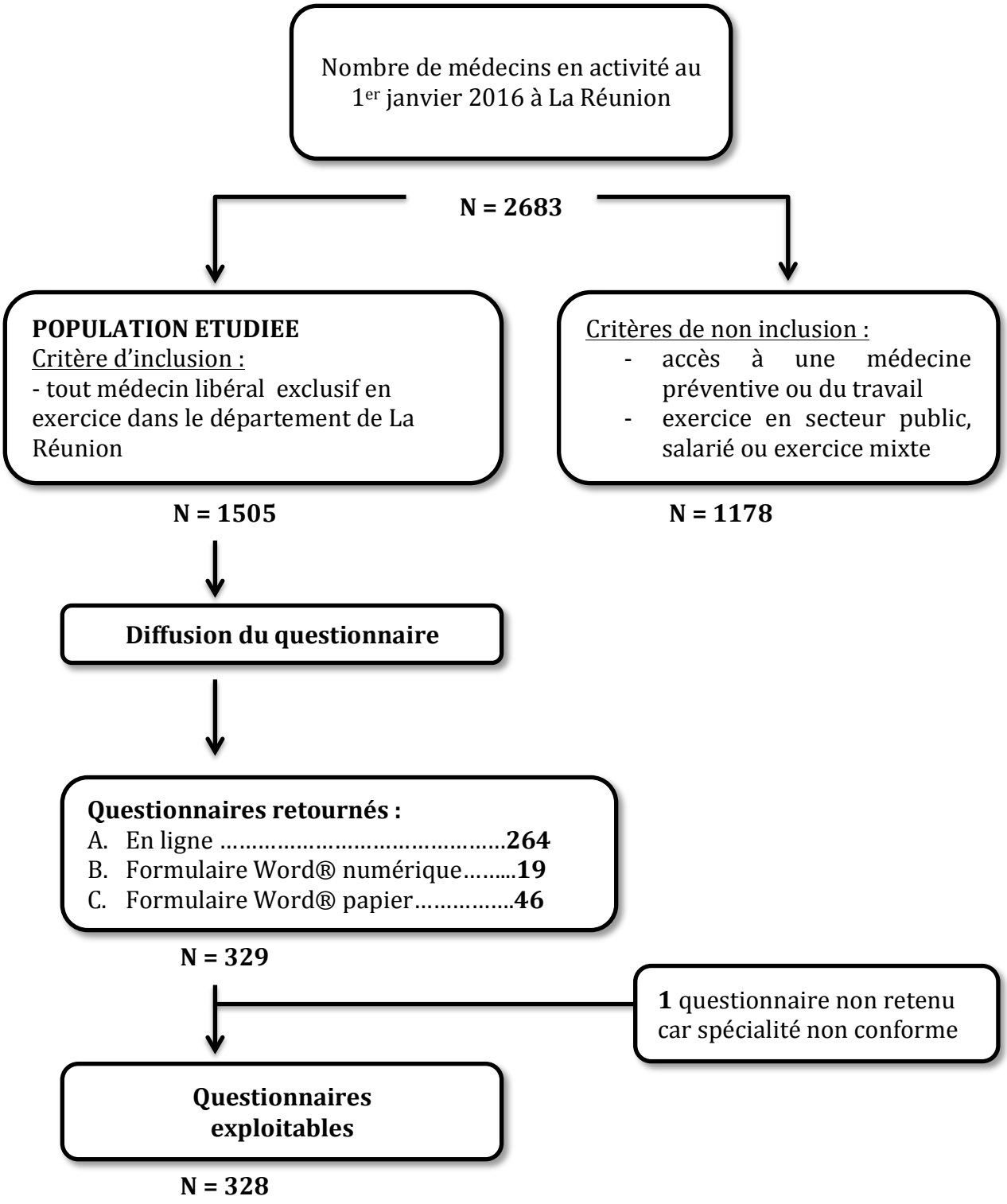


Figure 3. Diagramme de flux

2 Données générales

2.1 Etude des sex – ratio

Nous avons étudié le sex-ratio selon :

- le groupe de spécialité
- la durée d'exercice au sein de chaque groupe de spécialité
- l'éloignement du centre hospitalier le plus proche du lieu d'habitation
- l'existence d'une pathologie chronique ou d'une ALD

2.1.1 Groupes de spécialité

Nous avons comparé le sex-ratio dans chaque groupe de spécialité. 91 médecins spécialistes non généralistes (27,8% de l'échantillon) et 237 généralistes (72,2% de l'échantillon) ont répondu au questionnaire, soit un total de 328 médecins. Les effectifs détaillés sont inclus dans les histogrammes.

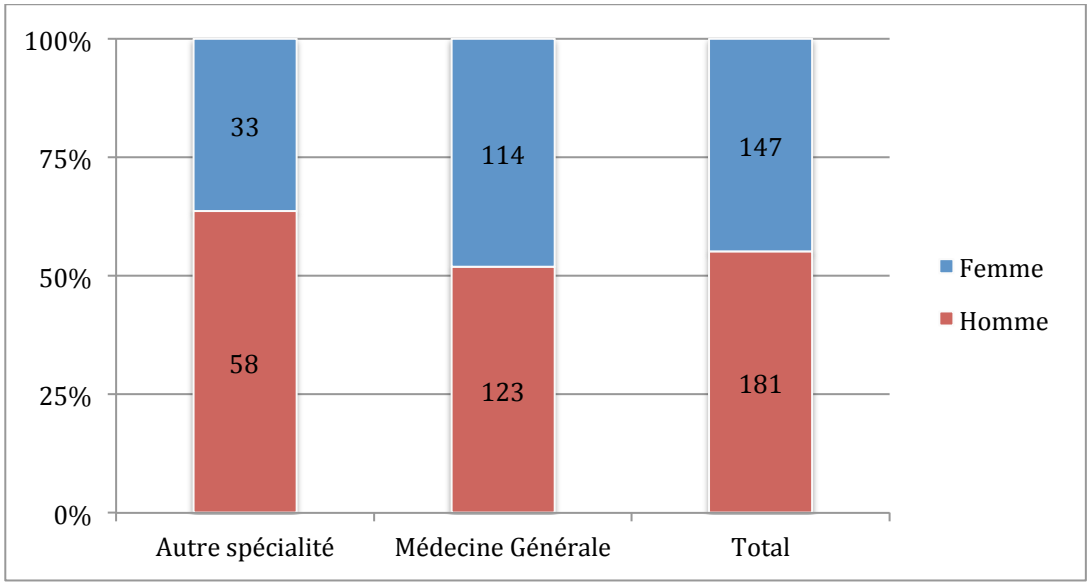


Figure 4. Sex – ratio selon le groupe de spécialité (effectif cumulé) (n = 328)

2.1.2 *Durée d'exercice (médecins généralistes)*

La répartition selon la durée d'exercice parmi les 237 médecins généralistes était la suivante : « 5ans ou moins » : 44 médecins, « Entre 6 et 10 ans » : 40 médecins, « Entre 11 et 20 ans » : 70 médecins, « Plus de 21 ans » : 83 médecins.

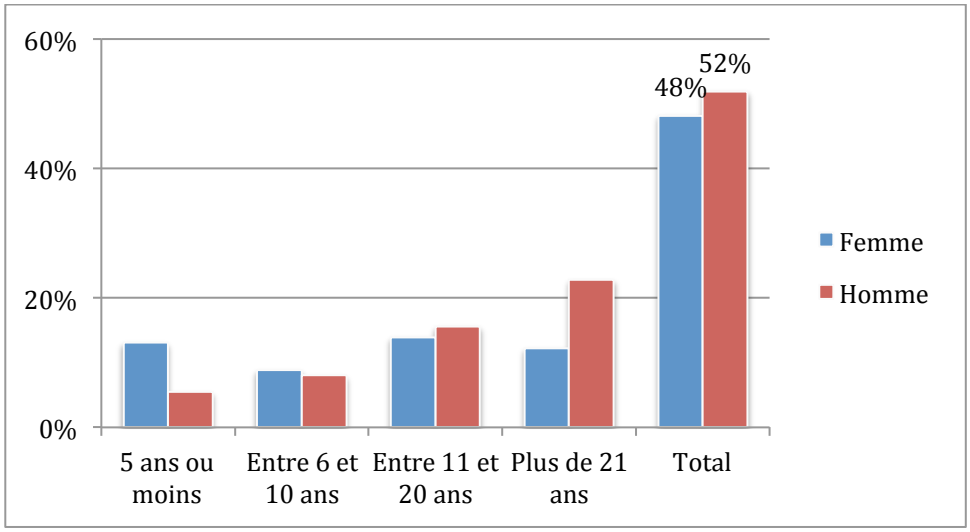


Figure 5. Sex – ratio selon la durée d'exercice chez les médecins généralistes (n = 237)

2.1.3 *Durée d'exercice (autres spécialistes)*

La répartition selon la durée d'exercice parmi les 91 médecins spécialistes non généralistes se déclinait ainsi : « 5ans ou moins » : 6 médecins, « Entre 6 et 10 ans » : 18 médecins, « Entre 11 et 20 ans » : 29 médecins, « Plus de 21 ans » : 38 médecins.

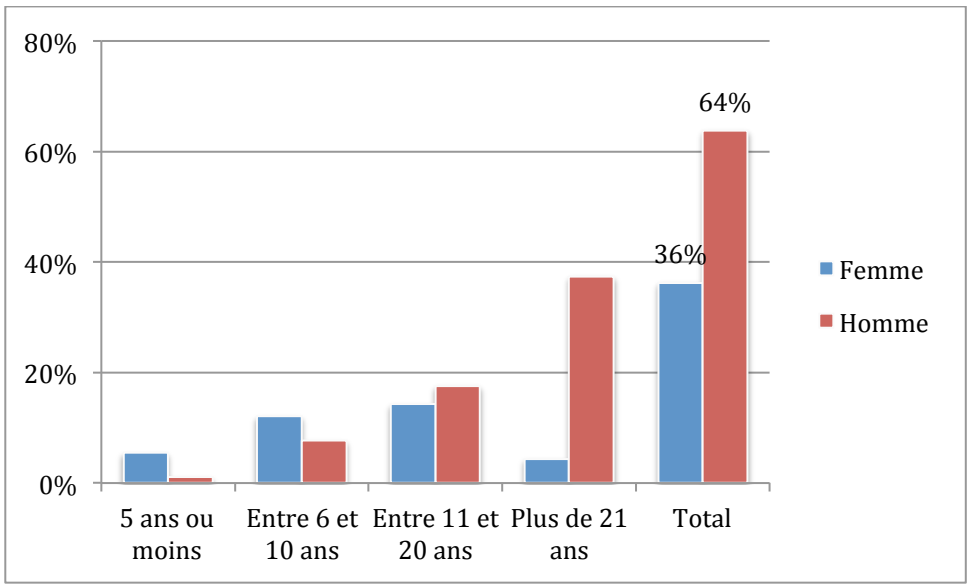


Figure 6. Sex – ratio selon de la durée d'exercice chez les autres médecins spécialistes (n = 91)

2.1.4 Eloignement du centre hospitalier le plus proche du domicile

Nous avons étudié l'impact de l'éloignement du domicile par rapport au centre hospitalier le plus proche (en temps estimé le plus court) sur les 147 femmes et 181 hommes de l'échantillon.

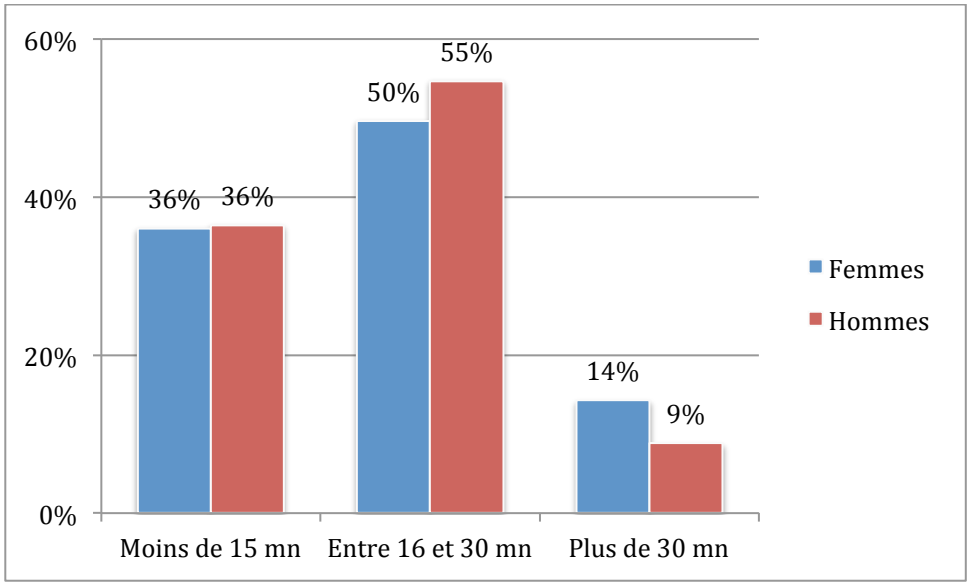


Figure 7. Sex – ratio selon l'éloignement du centre hospitalier le plus proche du domicile (n = 328)

2.1.5 Pathologie chronique et ALD

Sur l'ensemble de l'échantillon, 258 médecins déclaraient être exempts de pathologie chronique ou d'ALD, 44 étaient atteints d'une pathologie chronique non ALD et 26 d'une ALD.

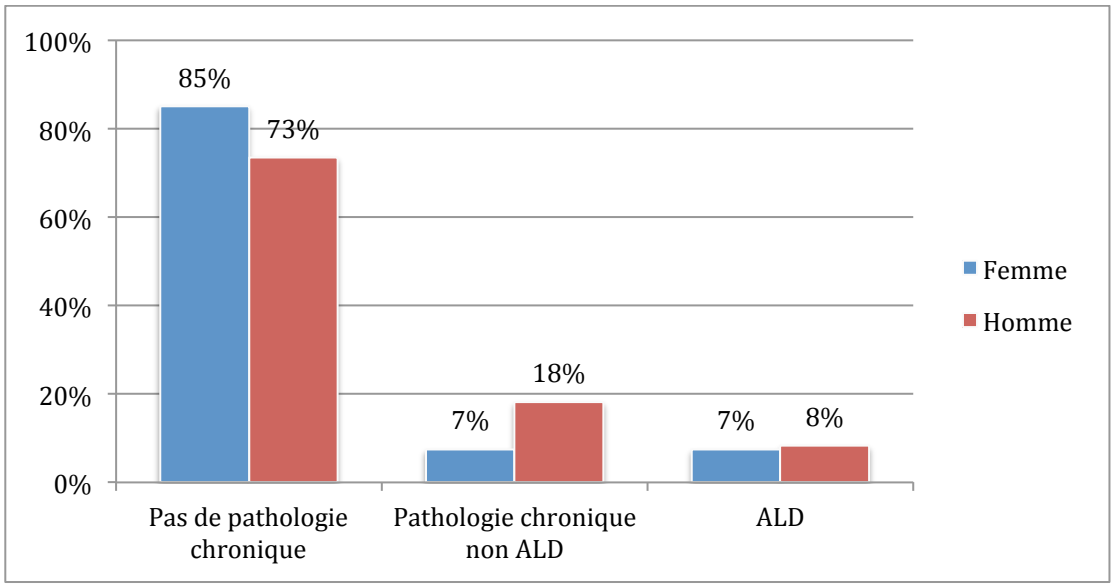


Figure 8. Sex – ratio selon la présence d'une pathologie chronique ou d'une ALD (n = 328)

2.2 Etude de la présence de pathologies chroniques ou d'ALD

Après l'étude des pathologies chroniques et des ALD selon le sex – ratio, nous les avons caractérisées en fonction de la durée d'exercice. Voici la répartition des effectifs :

- « 5 ans ou moins » : 50 médecins
- « Entre 6 et 10 ans » : 58 médecins
- « Entre 11 et 20 ans » : 99 médecins
- « Plus de 21 ans » : 121 médecins

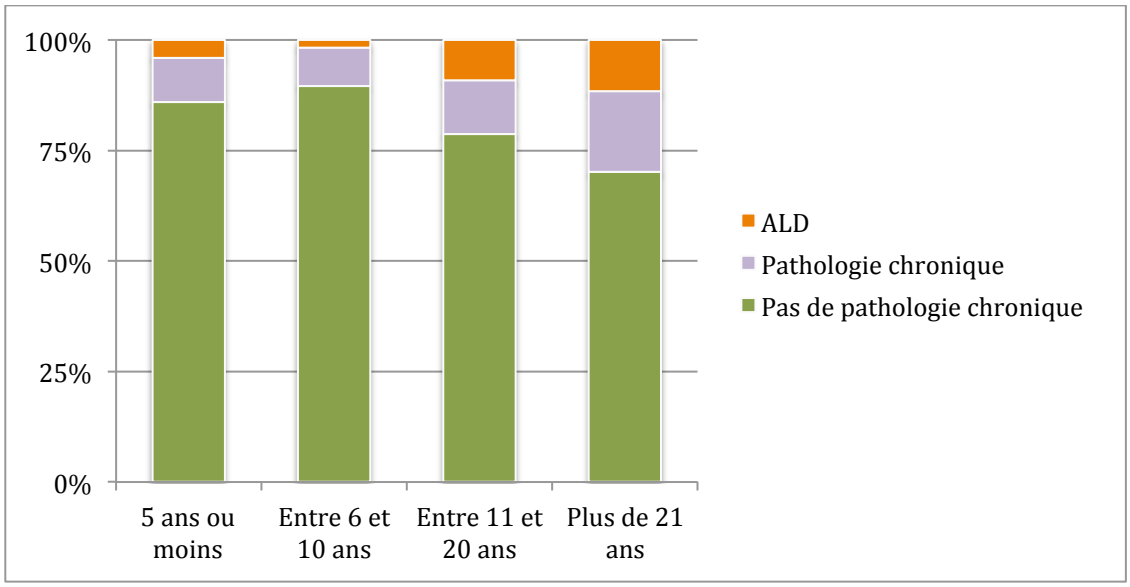


Figure 9. Déclaration d'une pathologie chronique ou d'une ALD selon la durée d'exercice (effectif cumulé) (n = 328)

2.3 Répartition des spécialistes non généralistes

Cette étude portait sur l'ensemble des spécialités libérales. Ainsi, 91 médecins spécialistes non généralistes ont participé. 27 spécialités (28 avec la médecine générale) ont été représentées.

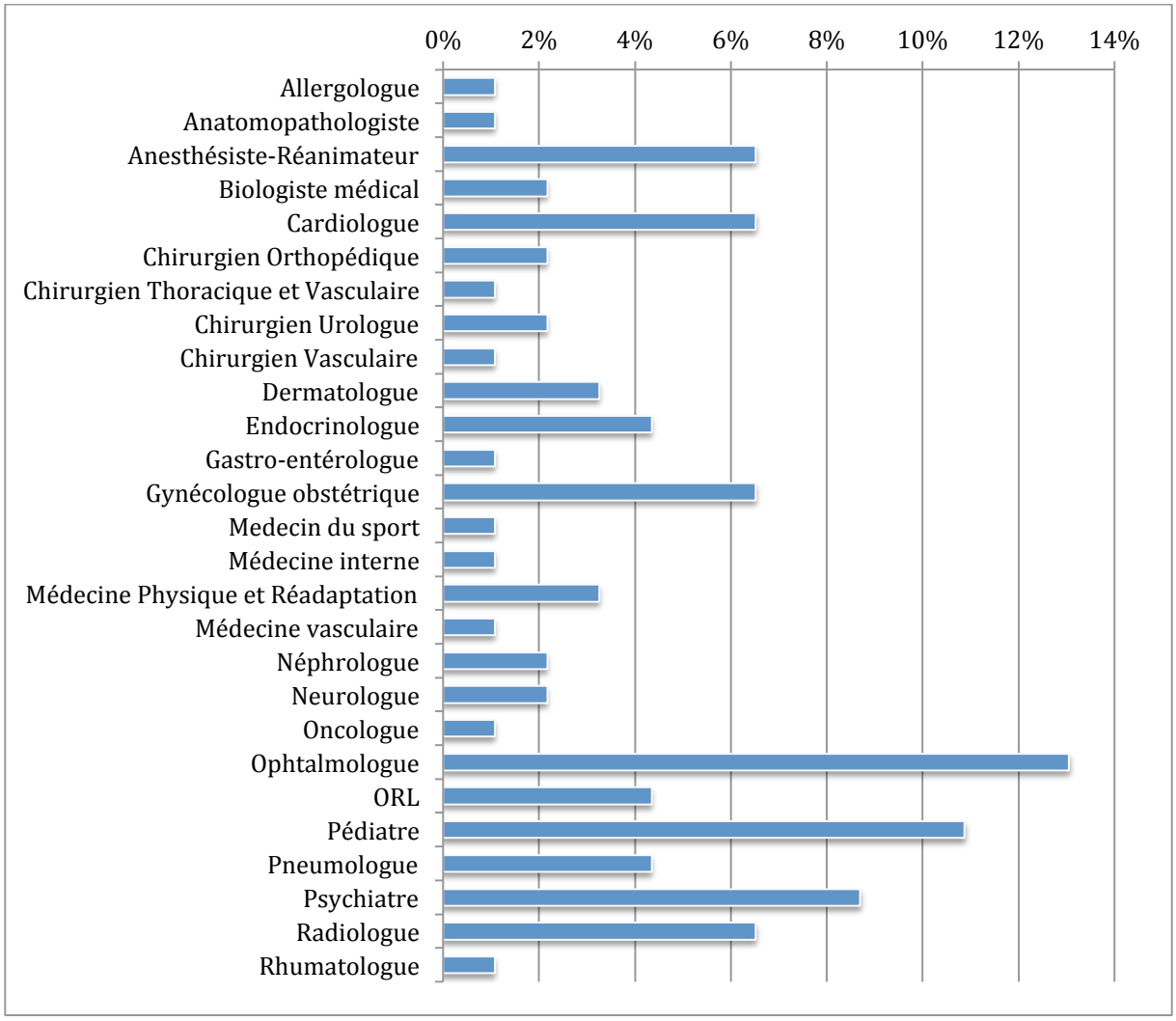


Figure 10. Répartition des spécialités autres que médecine générale (n = 91)

3 Médecin traitant déclaré

Nous avons étudié l'item du « médecin traitant déclaré » selon 5 axes :

- le genre
- le groupe de spécialités
- la durée d'exercice
- La présence de pathologie chronique ou d'ALD
- l'éloignement domicile – centre hospitalier le plus proche

3.1 Médecin traitant déclaré (genre)

199 médecins se sont auto-déclarés médecin traitant. 97 médecins ont déclaré un médecin traitant tiers : pour 88 d'entre eux il s'agissait d'un médecin généraliste et pour 9 autres d'un médecin spécialiste non généraliste.

30 médecins n'avaient pas déclaré de médecin traitant et 2 ne savaient pas s'ils l'avaient fait.

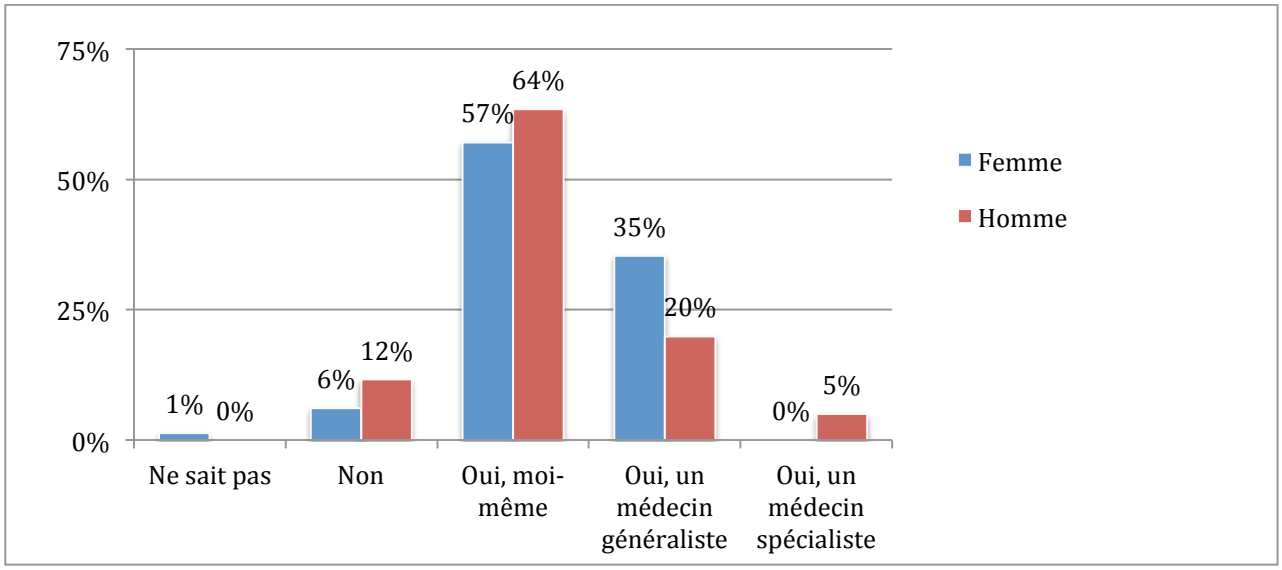


Figure 11. Réponse à la question : « Avez-vous un médecin traitant déclaré ? », selon le genre (n = 328)

3.2 Médecin traitant déclaré (groupe de spécialité)

Nous avons comparé la déclaration du médecin traitant entre les médecins généralistes et les autres spécialistes. Les effectifs sont identiques à la fig. 11.

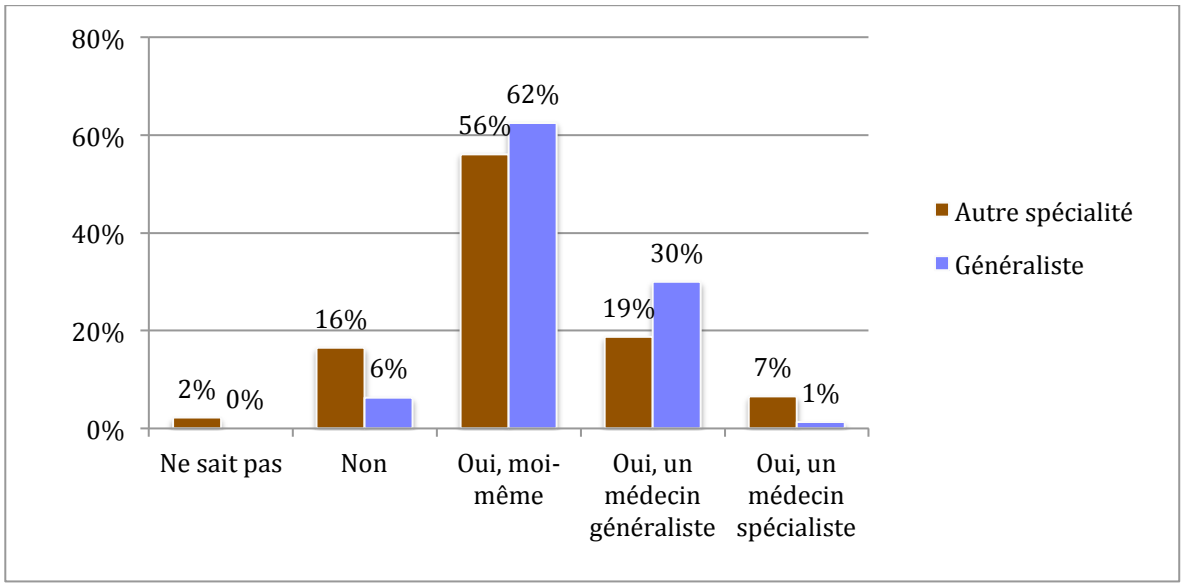


Figure 12. Réponse à la question : « Avez-vous un médecin traitant déclaré ? », selon le groupe de spécialité (n = 328)

3.3 Médecin traitant déclaré (durée d'exercice)

A travers cette figure 13, nous avons étudié l'impact de la durée d'exercice sur la déclaration du médecin traitant. Les effectifs sont identiques aux figures 11 et 12.

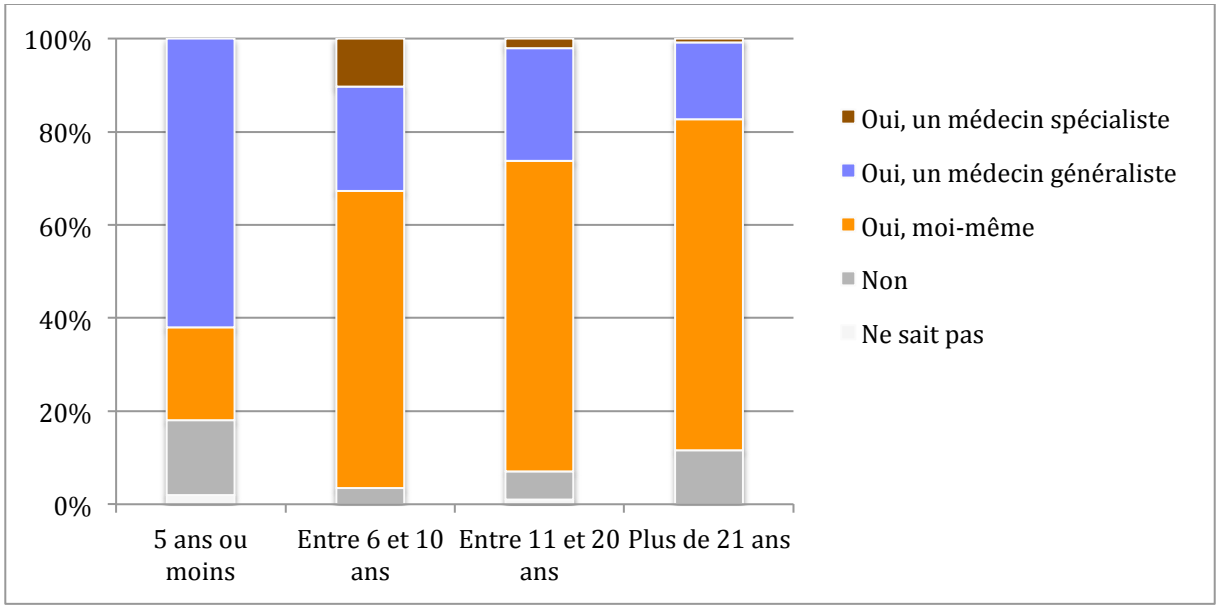


Figure 13. Réponse à la question : « Avez-vous un médecin traitant déclaré ? », selon la durée d'exercice (effectif cumulé) (n = 328)

3.4 Médecin traitant déclaré (pathologie chronique ou ALD)

De même, nous avons corrélé en fig. 14 la déclaration du médecin traitant à la présence d'une pathologie chronique ou d'une ALD.

258 médecins déclaraient être exempts de pathologie chronique ou d'ALD, 44 étaient atteints d'une pathologie chronique et 26 d'une ALD.

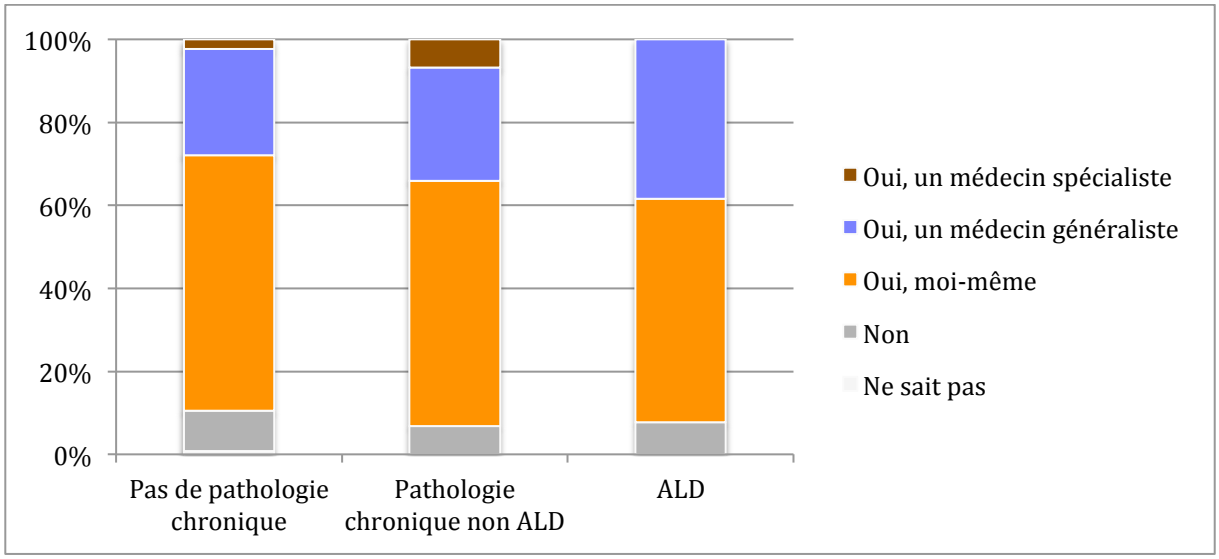


Figure 14. Réponse à la question : « Avez-vous un médecin traitant déclaré ? », selon la présence d'une pathologie chronique ou d'une ALD (effectif cumulé) (n = 328)

3.5 Médecin traitant déclaré (éloignement du centre hospitalier)

Nous avons traité la déclaration du médecin traitant selon l'éloignement du domicile par rapport au centre hospitalier le plus proche. 119 médecins habitaient à moins de 15mn d'un hôpital, 172 entre 16 et 30 mn, enfin 37 déclaraient être éloignés de plus de 30mn.

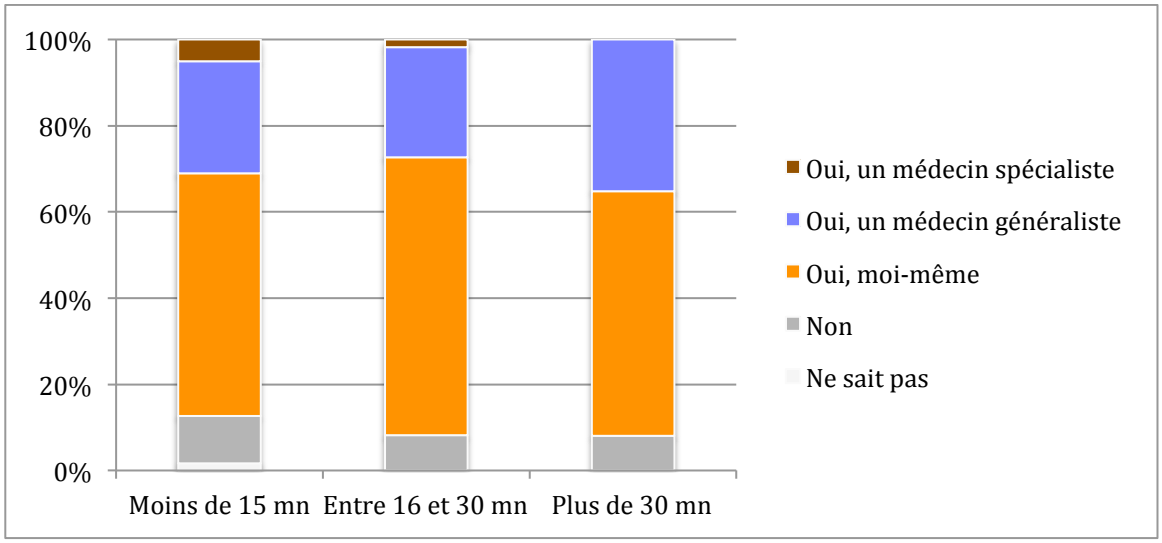


Figure 15. Réponse à la question : « Avez-vous un médecin traitant déclaré ? », selon le temps séparant le centre hospitalier le plus proche du domicile (effectif cumulé) (n = 328)

4 Consommation de soins et parcours coordonné

4.1 Consommation de soins

Pour étudier la consommation de soins des médecins libéraux, nous leur avons demandé au cours de ces 12 derniers mois à quelle fréquence ils ont consulté :

- un médecin généraliste libéral
- un autre médecin spécialiste libéral
- un médecin hospitalier

Chacune de ces 3 questions a été croisée avec :

- le genre et le groupe de spécialité
- la présence d'une pathologie chronique ou d'une ALD
- la durée d'exercice

4.1.1 Consultation d'un médecin généraliste libéral (genre et spécialité)

Parmi les 328 médecins de l'échantillon : 263 déclaraient n'avoir jamais consulté de médecin généraliste, 1 fois pour 48 médecins, 2 à 4 fois pour 17 médecins et aucun n'a déclaré y être allé plus de 4 fois dans les douze mois précédents.

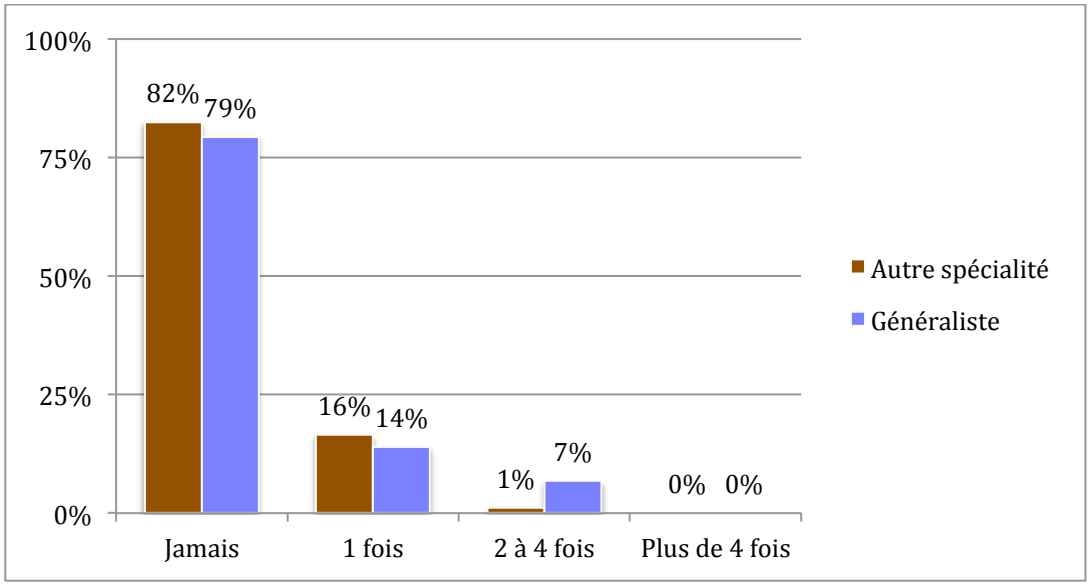


Figure 16. Réponse à la question : « Ces douze derniers mois, vous avez consulté un médecin généraliste libéral : », selon le groupe de spécialité (n = 328)

Tableau VI. Réponse à la question « Ces douze derniers mois, vous avez consulté un médecin généraliste libéral : », par genre et groupe de spécialité
(« Spé » = médecins spécialistes non généralistes, « Gé » = médecins généralistes)

		Jamais		1 fois		2 à 4 fois		> 4 fois		Total
Femmes	**Spé**	27 (82%)	114	6 (18%)	22	0 (0%)	11	0 (0%)	0	33
	Gé	87 (76%)	(78%)	16 (14%)	(15%)	11 (10%)	(7%)	0 (0%)	(0%)	114
Hommes	**Spé**	48 (83%)	149	9 (15%)	26	1 (2%)	6	0 (0%)	0	58
	Gé	101 (82%)	(82%)	17 (14%)	(14%)	5 (4%)	(4%)	0 (0%)	(0%)	123
Total		263 (80%)		48 (15%)		17 (5%)		0 (0%)		328

4.1.2 Consultation d'un médecin spécialiste libéral non généraliste (genre et spécialité)

Sur les douze mois précédents, les médecins ont déclaré avoir consulté un médecin spécialiste libéral : 1 fois pour 129 d'entre eux, de 2 à 4 fois pour 74, plus de 4 fois pour 11 et jamais pour 114.

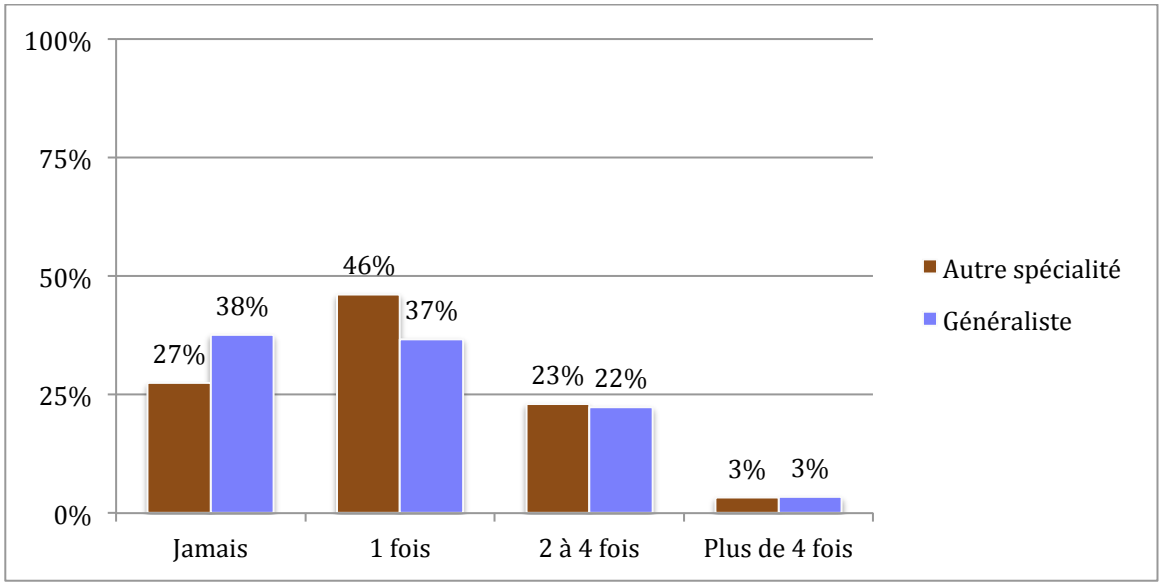


Figure 17. Réponse à la question : « Ces douze derniers mois, vous avez consulté un médecin spécialiste libéral : », selon le groupe de spécialité (n = 328)

Tableau VII. Réponse à la question « Ces douze derniers mois, vous avez consulté un médecin spécialiste libéral : », par genre et groupe de spécialité
(« Spé » = médecins spécialistes non généralistes, « Gé » = médecins généralistes)

		Jamais		1 fois		2 à 4 fois		> 4 fois		Total
Femmes	**Spé**	5 (15%)	44	15 (45%)	57	12 (36%)	40	1 (4%)	6	33
	Gé	39 (34%)	(30%)	42 (37%)	(39%)	28 (25%)	(27%)	5 (4%)	(4%)	114
Hommes	**Spé**	20 (34%)	70	27 (47%)	72	9 (16%)	34	2 (3%)	5	58
	Gé	50 (41%)	(39%)	45 (37%)	(40%)	25 (20%)	(19%)	3 (2%)	(2%)	123
Total		114 (35%)		129 (40%)		74 (22%)		11 (3%)		328

4.1.3 Consultation d'un médecin hospitalier (genre et spécialité)

Enfin, 263 médecins de l'échantillon ne sont jamais allés consulter un médecin hospitalier dans les douze mois, 39 y sont allés 1 fois, 22 de 2 à 4 fois et 4 plus de 4 fois.

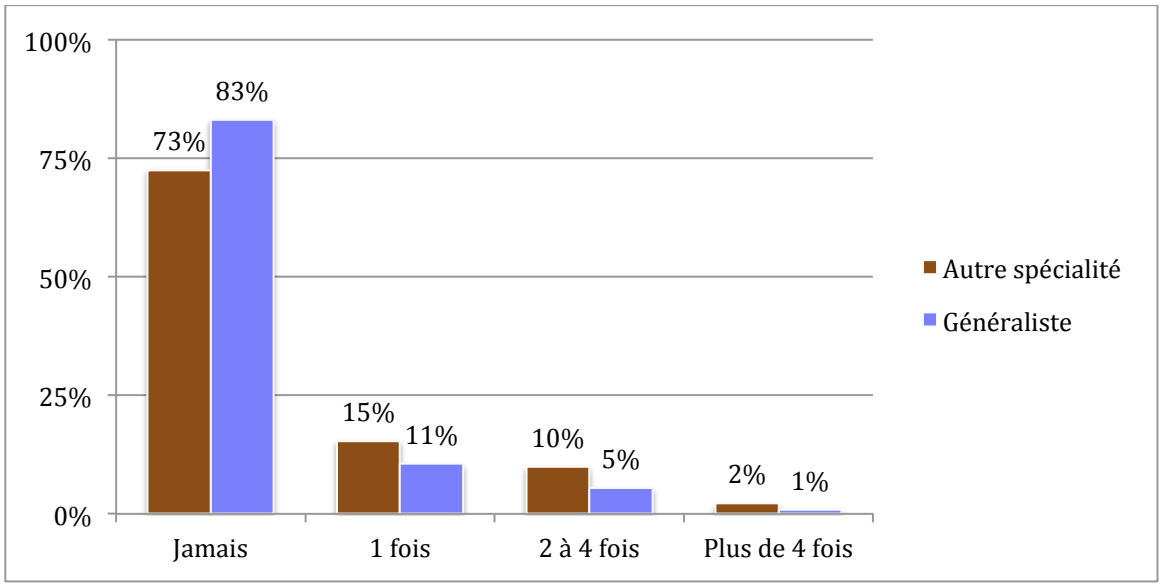


Figure 18. Réponse à la question : « Ces douze derniers mois, vous avez consulté un médecin hospitalier : » selon groupe de spécialité (n = 328)

Tableau VIII. Réponse à la question « Ces douze derniers mois, vous avez consulté un médecin hospitalier : », par genre et groupe de spécialité
(« Spé » = médecins spécialistes non généralistes, « Gé » = médecins généralistes)

		Jamais		1 fois		2 à 4 fois		> 4 fois		Total
Femmes	**Spé**	23 (70%)	116	7 (21%)	19	3 (9%)	10	0 (0%)	2	33
	Gé	93 (82%)	(79%)	12 (11%)	(13%)	7 (6%)	(7%)	2 (1%)	(1%)	114
Hommes	**Spé**	43 (74%)	147	7 (12%)	20	6 (10%)	12	2 (4%)	2	58
	Gé	104 (85%)	(81%)	13 (10%)	(11%)	6 (5%)	(7%)	0 (0%)	(1%)	123
Total		263 (80%)		39 (12%)		22 (7%)		4 (1%)		328

4.1.4 Consultation d'un médecin généraliste libéral (pathologie chronique et ALD)

Voici une nouvelle série de déclinaisons selon la présence d'une pathologie chronique ou d'une ALD. La fig. 19 ci-dessous illustre la consultation d'un médecin généraliste libéral au cours des douze derniers mois. Les effectifs en abscisses seront identiques de la fig. 19 à 21 : « Pas de pathologie chronique » n = 258, « Pathologie chronique non ALD » n = 44 et « ALD » n = 26.

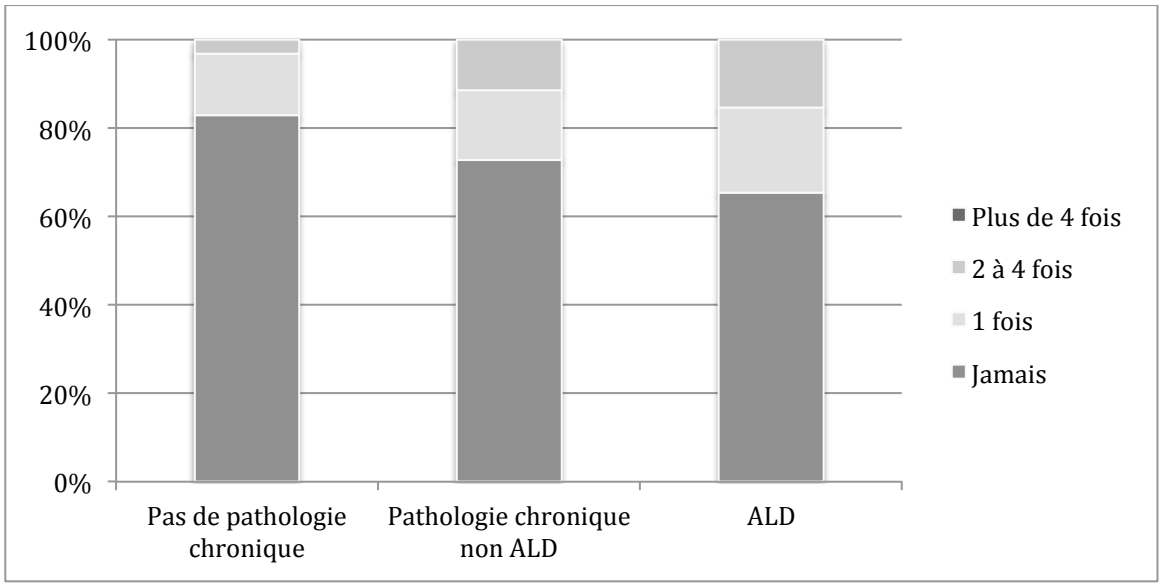


Figure 19. Réponse à la question : « Ces douze derniers mois, vous avez consulté un médecin généraliste libéral : », selon la présence d'une pathologie chronique ou d'une ALD (effectif cumulé) (n = 328)

4.1.5 Consultation d'un médecin spécialiste libéral non généraliste (pathologie chronique et ALD)

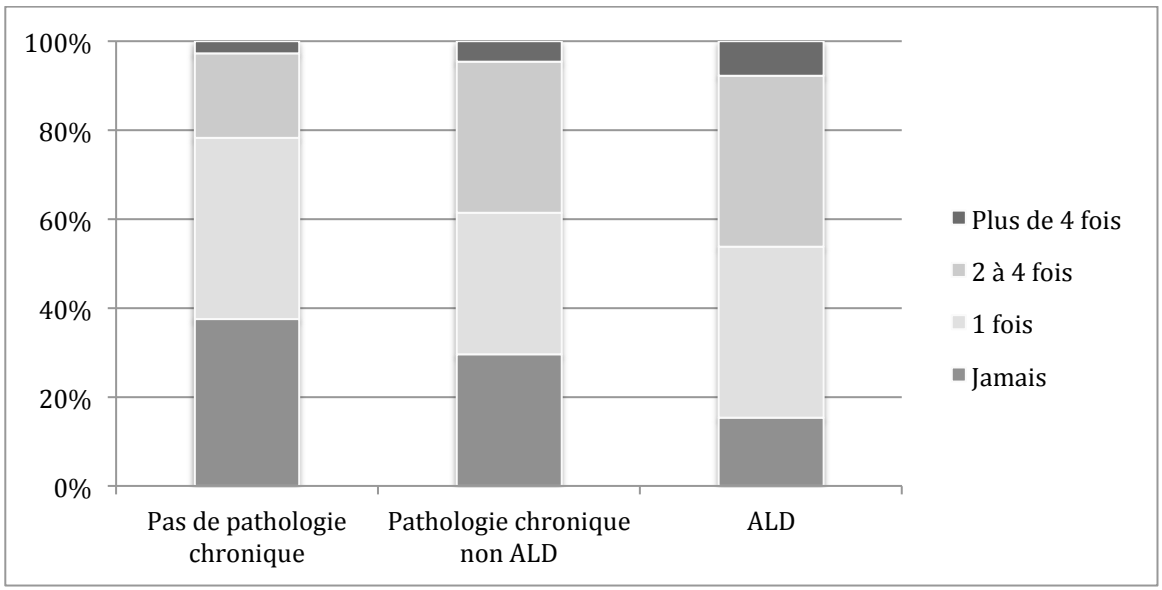


Figure 20. Réponse à la question : « Ces douze derniers mois, vous avez consulté un médecin spécialiste libéral : », selon la présence d'une pathologie chronique ou d'une ALD (effectif cumulé) (n = 328)

4.1.6 Consultation d'un médecin hospitalier (pathologie chronique et ALD)

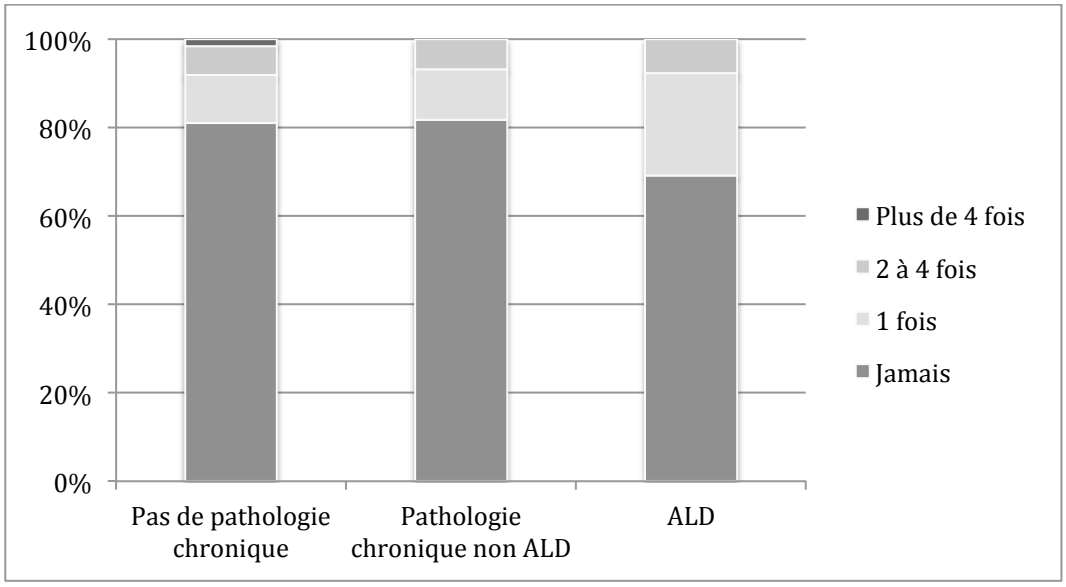


Figure 21. Réponse à la question : « Ces douze derniers mois, vous avez consulté un médecin hospitalier : », selon la présence d'une pathologie chronique ou d'une ALD (effectif cumulé) (n = 328)

4.1.7 Consultation d'un médecin généraliste libéral (durée d'exercice)

Pour terminer la caractérisation de la consommation de soins, nous avons étudié le recours aux médecins selon la durée d'exercice. Nous rappelons les effectifs, identiques pour les 3 prochaines figures : « 5 ans ou moins » n = 50, « Entre 6 et 10 ans » n = 58, « Entre 11 et 20 ans » n = 99 et « Plus de 21 ans » n = 121.

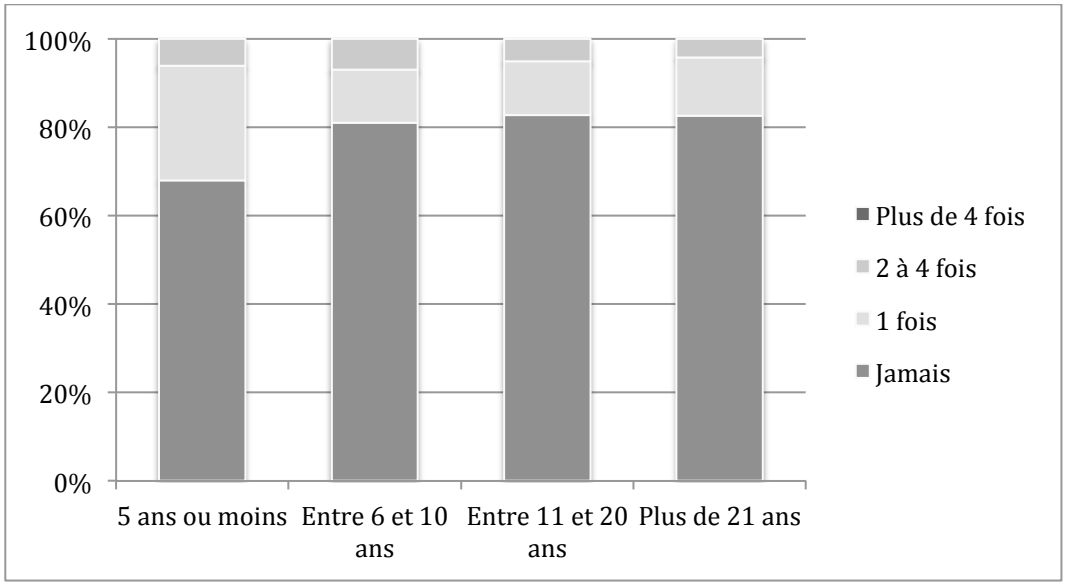


Figure 22. Réponse à la question : « Ces douze derniers mois, vous avez consulté un médecin généraliste libéral : » selon la durée d'exercice (effectif cumulé) (n = 328)

4.1.8 Consultation d'un médecin spécialiste libéral non généraliste (durée d'exercice)

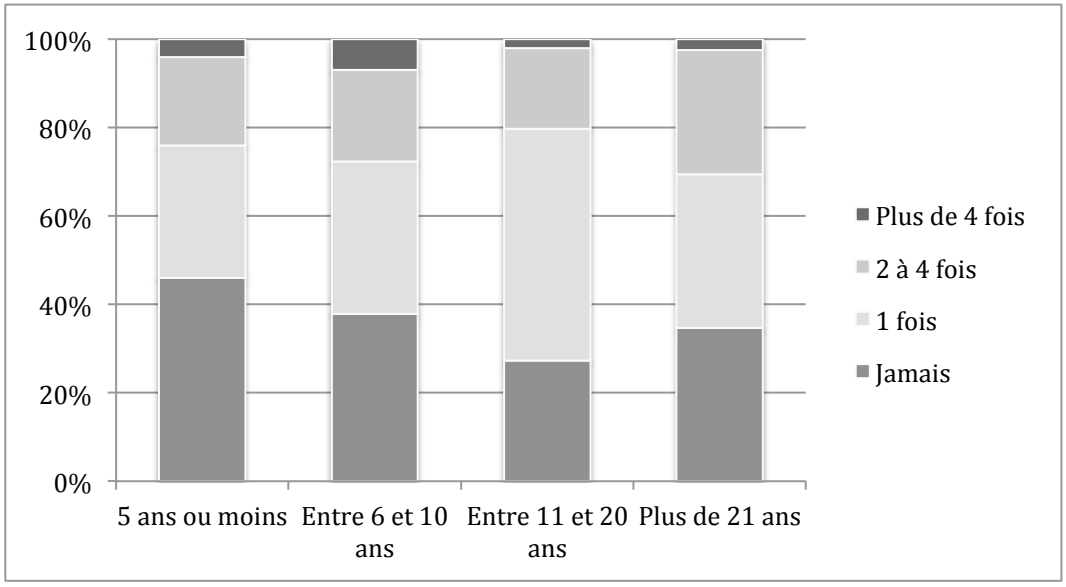


Figure 23. Réponse à la question : « Ces douze derniers mois, vous avez consulté un médecin spécialiste libéral : » en fonction de la durée d'exercice (effectif cumulé) (n = 328)

4.1.9 Consultation d'un médecin hospitalier (durée d'exercice)

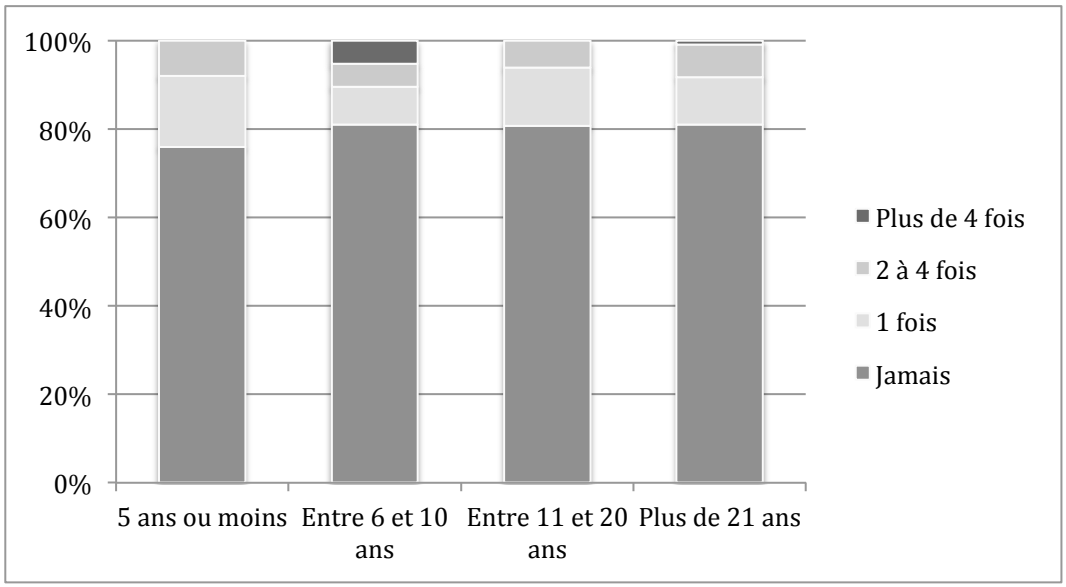


Figure 24. Réponse à la question : « Ces douze derniers mois, vous avez consulté un médecin hospitalier : » en fonction de la durée d'exercice (effectif cumulé) (n = 328)

4.2 Parcours coordonné

Nous avons étudié le parcours de soins coordonnés à travers :

- le médecin consulté le plus souvent en 1ère intention
- la prescription des médicaments, des examens complémentaires et des avis spécialisés

  Ces 4 items ont été précisés selon :

  - le genre et le groupe de spécialité
  - la durée d'exercice

  L'item « médecin consulté le plus souvent en 1ère intention » a également été étudié selon le médecin traitant déclaré
- l'origine de la prescription selon son contenu
- l'origine des prescriptions, toutes confondues, selon la déclaration du médecin traitant

4.2.1 Médecin consulté le plus souvent en 1ère intention (genre et groupe de spécialité)

La fig. 25 détaille quel médecin est consulté le plus souvent en 1ère intention selon les caractéristiques de genre et de groupe de spécialité (Autre spécialiste femme : n = 33, Généraliste femme : n = 114, Autre spécialiste homme : n = 58 et Généraliste homme : n = 123)

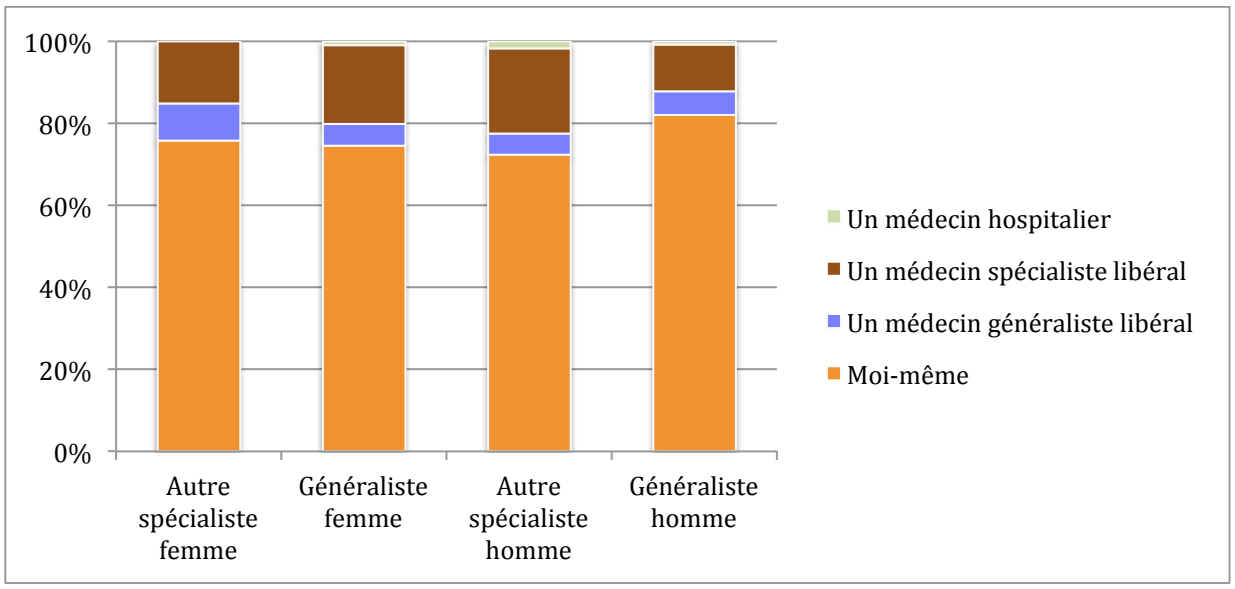


Figure 25. Réponse à la question : « Quel médecin consultez-vous le plus souvent en 1ère intention ? », selon le groupe de spécialité et le genre (effectif cumulé) (n = 328)

4.2.2 Médecin consulté le plus souvent en 1ère intention (durée d'exercice)

Le même item a été étudié sous l'angle de la durée d'exercice.

(« 5 ans ou moins » : n = 50, « Entre 6 et 10 ans » : n = 58, « Entre 11 et 20 ans » : n = 99, « Plus de 21 ans » : n = 121. Total : n = 328)

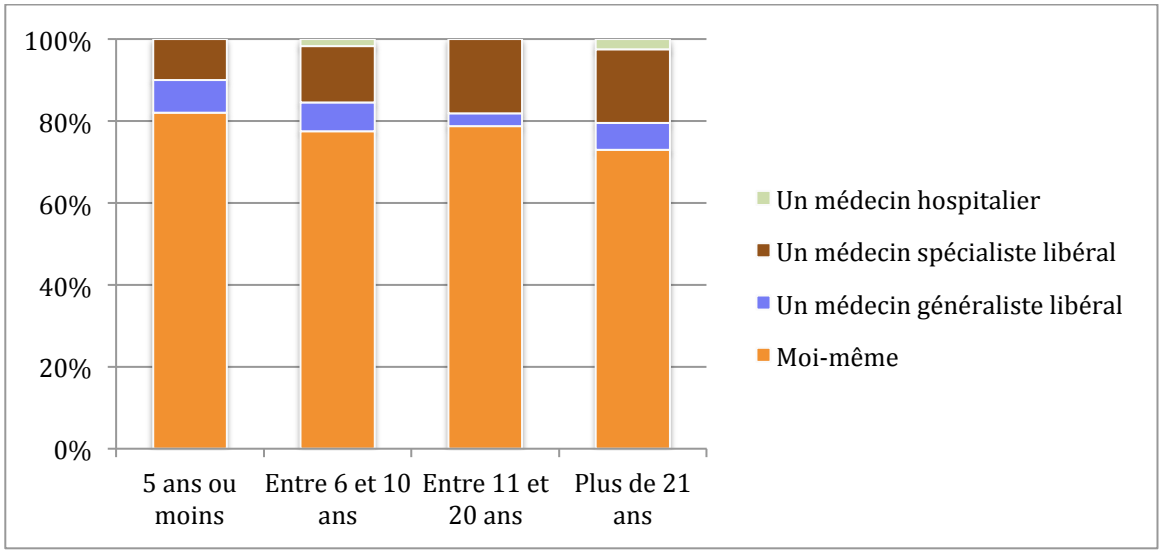


Figure 26. Réponse à la question : « Quel médecin consultez-vous le plus souvent en 1ère intention ? », selon la durée d'exercice (effectif cumulé) (n = 328)

4.2.3 Médecin consulté le plus souvent en 1ère intention (médecin traitant déclaré)

L'influence du médecin traitant déclaré (abscisses) sur le médecin consulté en 1ère intention (ordonnées) a été représentée en fig. 27.

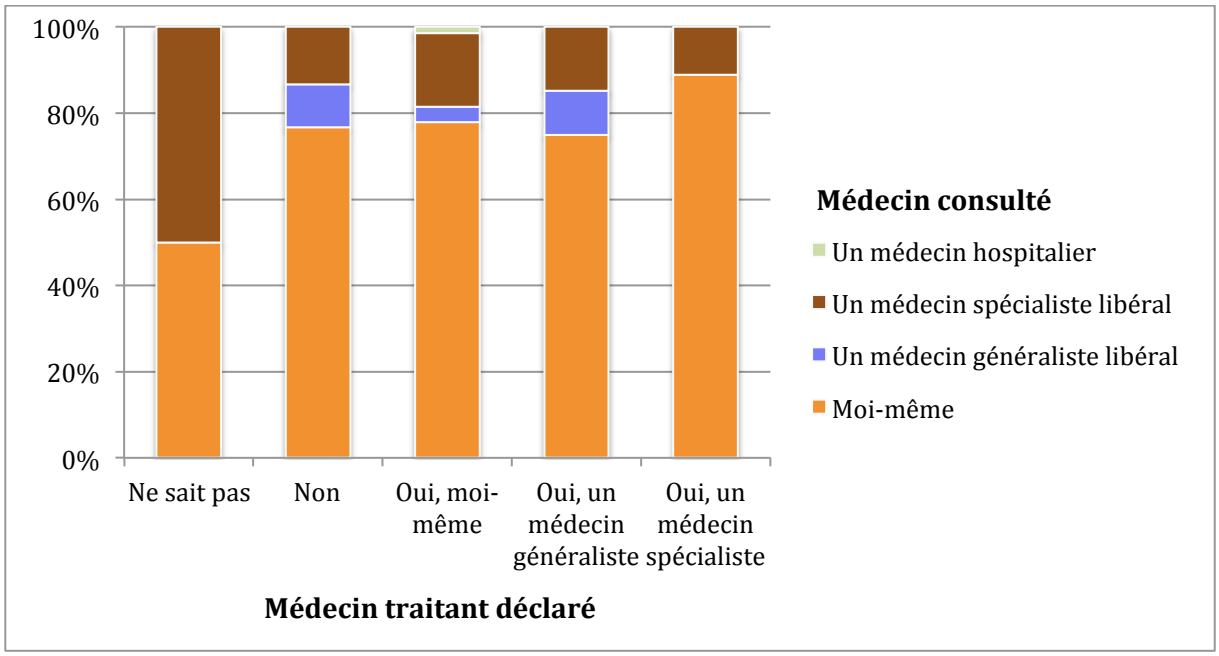


Figure 27. Réponse à la question : « Quel médecin consultez-vous le plus souvent en 1ère intention ? », selon le médecin traitant déclaré (effectif cumulé) (n = 328)

4.2.4 Prescription des médicaments (genre et groupe de spécialité)

La prescription des médicaments, des examens complémentaires et des avis médicaux spécialisés a été étudiée une première fois à travers le genre et le groupe de spécialité. Les effectifs sont identiques pour les 3 prochaines figures (Autre spécialiste femme : n = 33, Généraliste femme : n = 114, Autre spécialiste homme : n = 58 et Généraliste homme : n = 123).

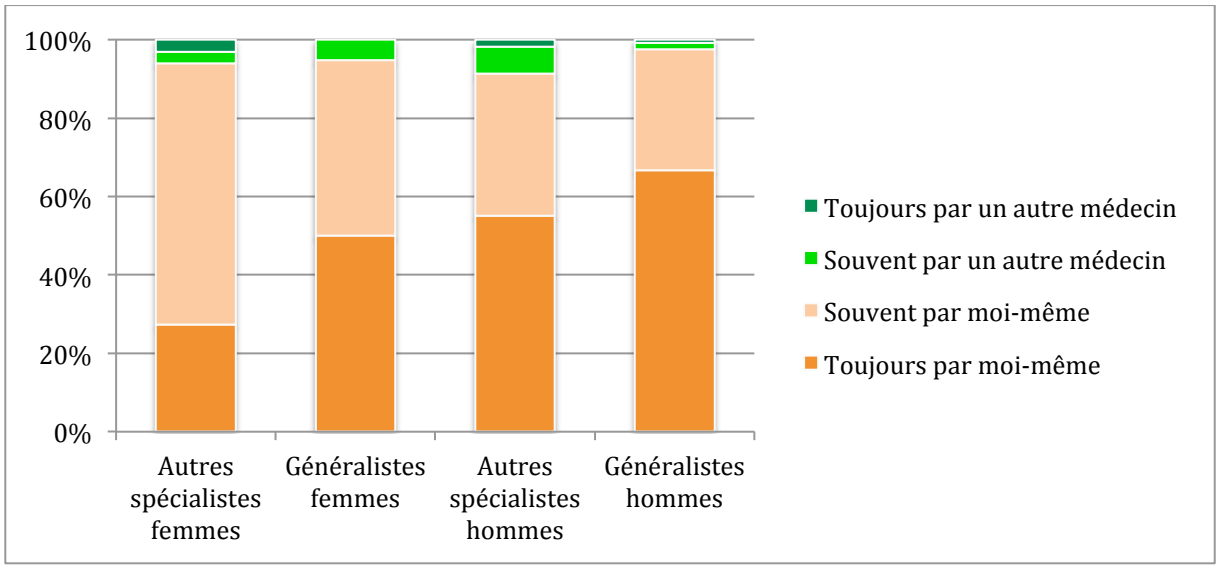


Figure 28. Réponse à la question : « Vos propres médicaments sont prescrits : », selon le genre et le groupe de spécialité (effectif cumulé) (n = 328)

4.2.5 Prescription des examens complémentaires (genre et groupe de spécialité)

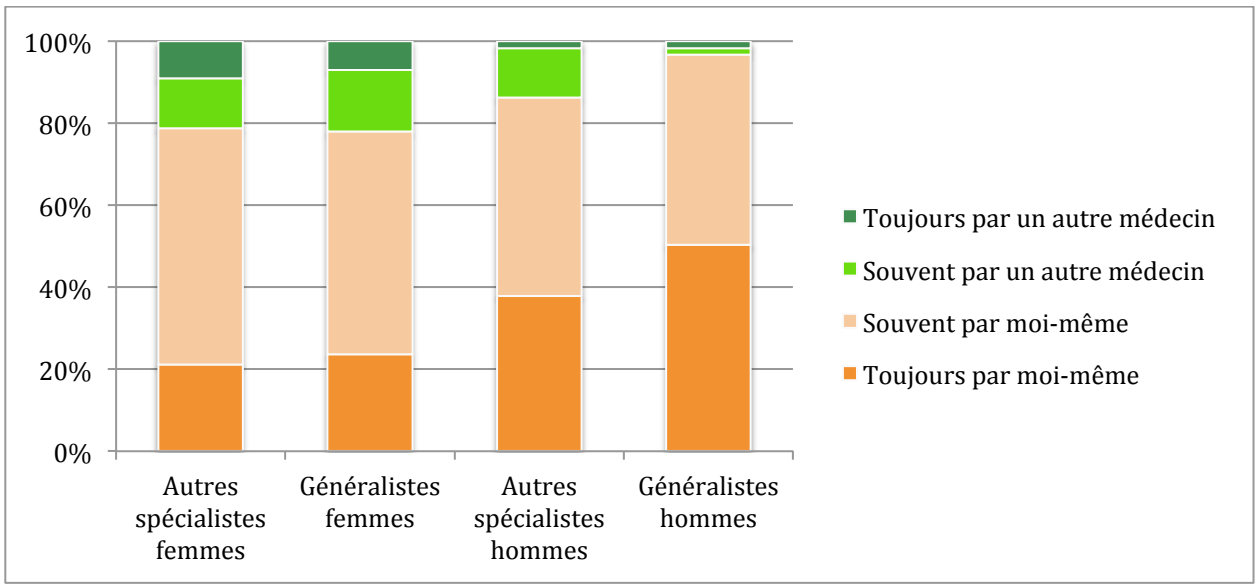


Figure 29. Réponse à la question : « Vos propres examens complémentaires sont prescrits : », selon le genre et le groupe de spécialité (effectif cumulé) (n = 328)

4.2.6 *Prescription des avis spécialisés (genre et groupe de spécialité)*

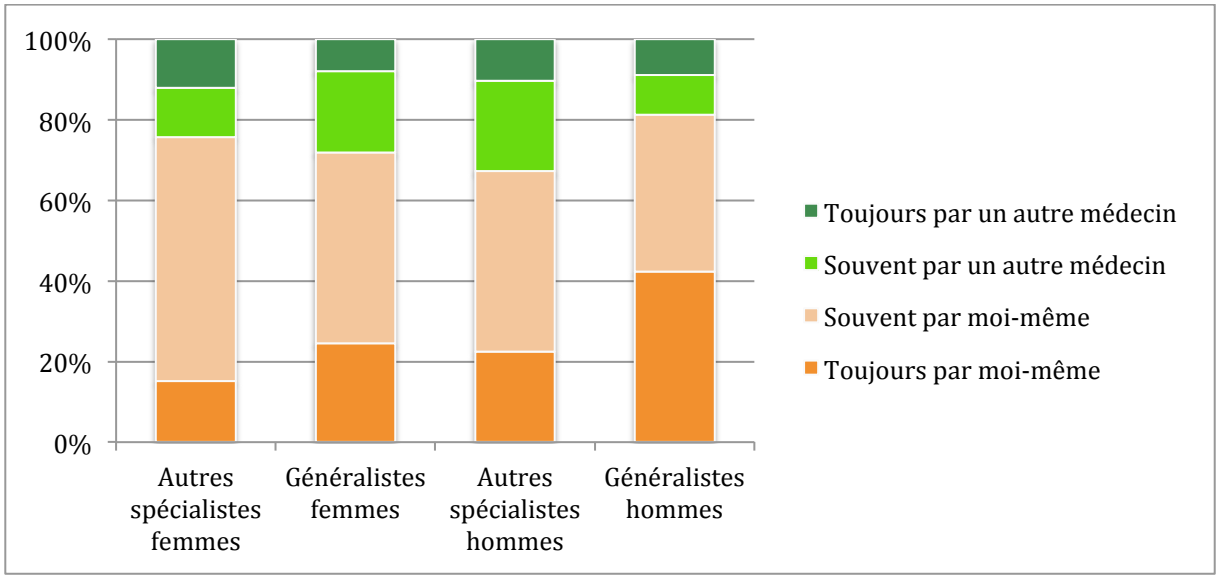


Figure 30. Réponse à la question : « Les demandes d'avis médical vous concernant sont prescrites : », selon le genre et le groupe de spécialité (effectif cumulé) (n = 328)

4.2.7 *Prescription des médicaments (durée d'exercice)*

Les contenus de prescriptions ont ensuite été croisés avec la durée d'exercice.

(« 5 ans ou moins » : n = 50, « Entre 6 et 10 ans » : n = 58, « Entre 11 et 20 ans » : n = 99, « Plus de 21 ans » : n = 121)

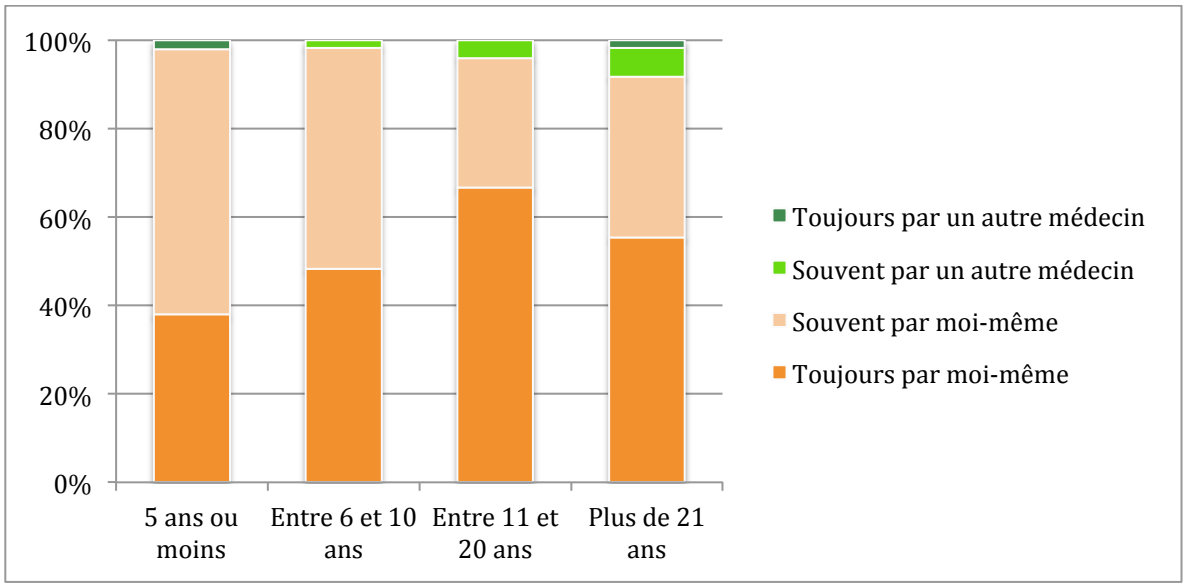


Figure 31. Réponse à la question : « Vos propres médicaments sont prescrits : », selon la durée d'exercice (effectif cumulé) (n = 328)

4.2.8 *Prescription des examens complémentaires (durée d'exercice)*

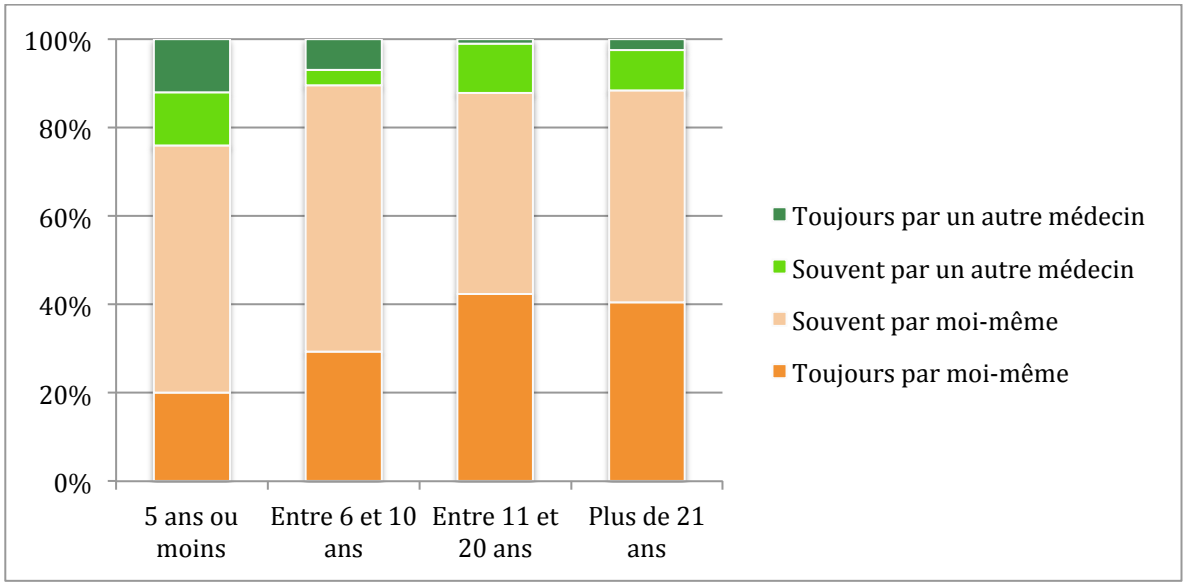


Figure 32. Réponse à la question : « Vos propres examens complémentaires sont prescrits : », selon la durée d'exercice (effectif cumulé) (n = 328)

4.2.9 *Prescription des avis spécialisés (durée d'exercice)*

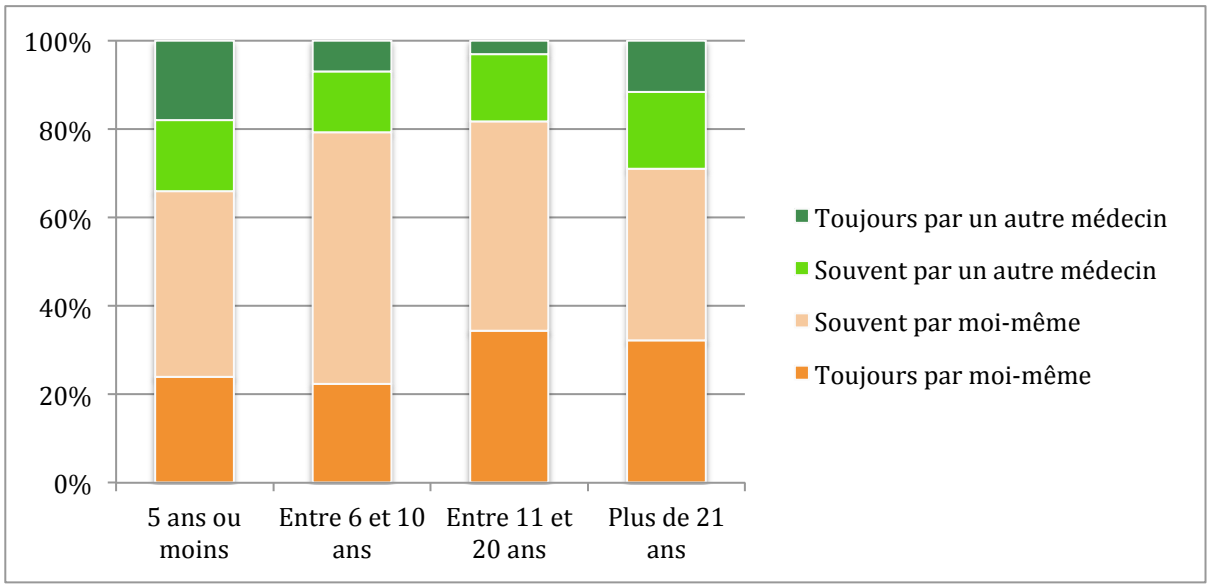


Figure 33. Réponse à la question : « Les demandes d'avis médical vous concernant sont prescrites : », selon la durée d'exercice (effectif cumulé) (n = 328)

4.2.10 Origine de la prescription selon son contenu

Nous avons comparé l'origine des prescriptions selon leur contenu (prescription de médicaments, d'examens complémentaires ou d'avis spécialisés).

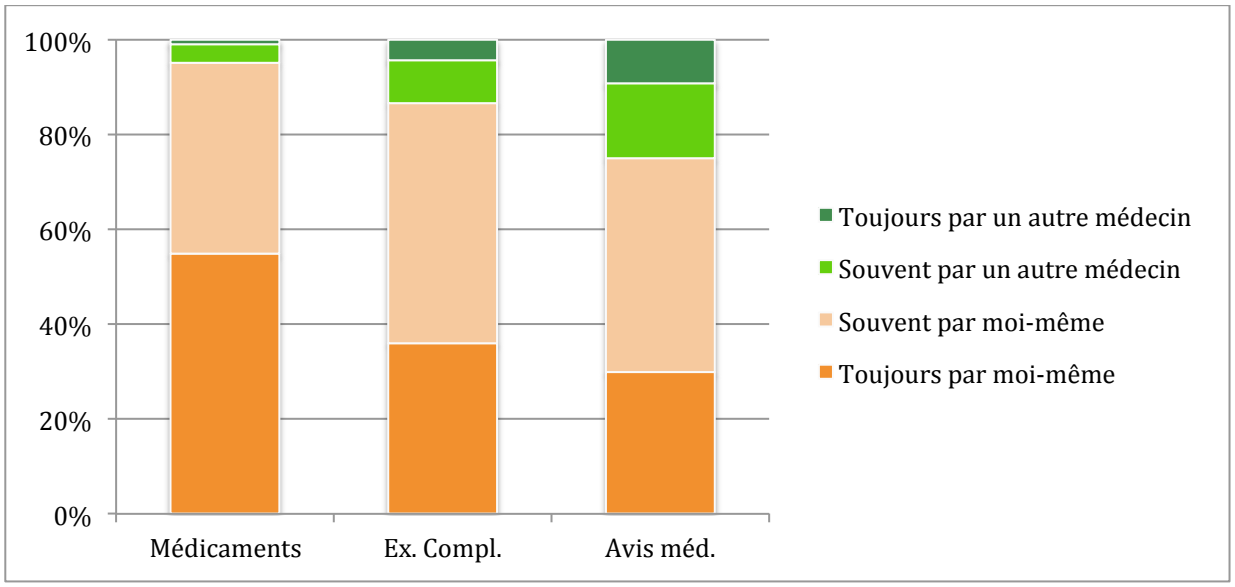


Figure 34. Origine de la prescription selon son contenu (effectif cumulé) (n = 328)

4.2.11 Déclaration du médecin traitant et origine de la prescription

Pour conclure l'étude du parcours de soins, nous avons regroupé l'ensemble des prescriptions pour en analyser l'origine selon le médecin traitant déclaré.

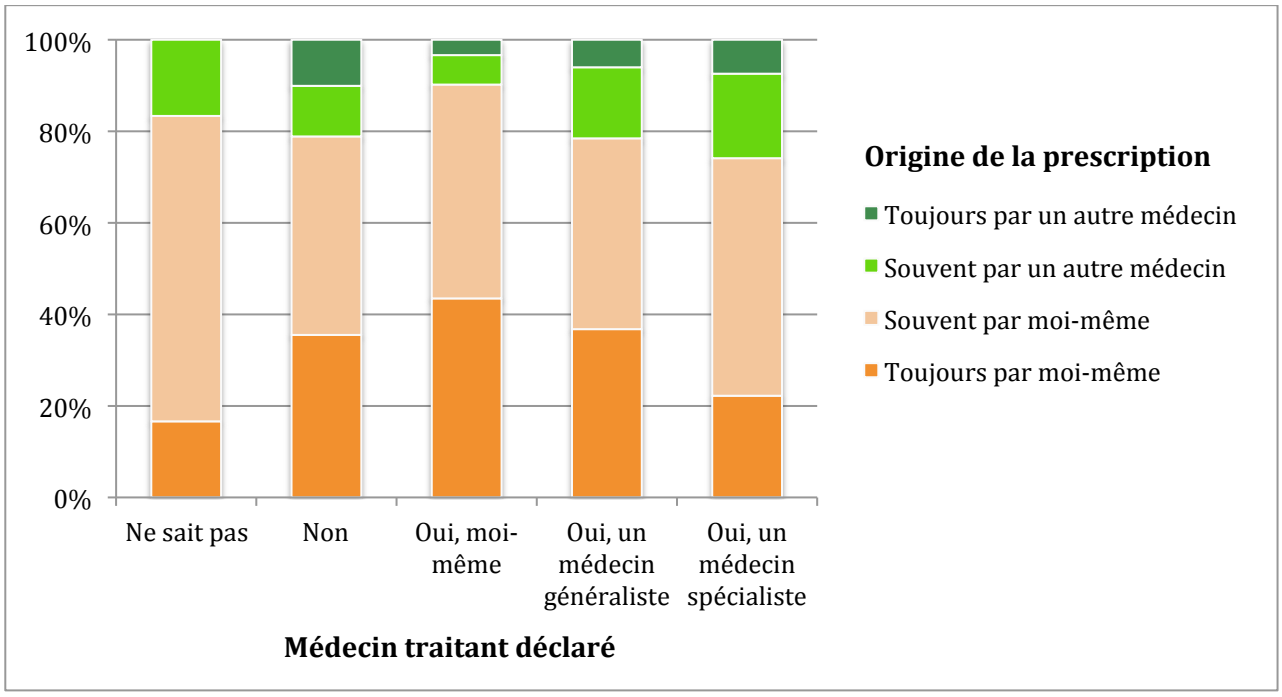


Figure 35. Déclaration du médecin traitant et origine des prescriptions, toutes confondues (effectif cumulé) (n = 328)

5 Freins à la consultation de pair

Dans notre étude, 127 médecins (38,7% de l'échantillon) déclaraient avoir au moins un frein à consulter un autre médecin.

5.1 Caractérisation

Parmi les 4 premiers freins, figurent dans l'ordre décroissant :

- le manque de temps (71 réponses)
- la difficulté à se projeter comme patient (47 réponses)
- la gêne globale à consulter un pair (38 réponses)
- l'intimité avec les pairs (36 réponses)

La réponse étant à choix multiple, le nombre total de freins déclarés s'élevait à 286.

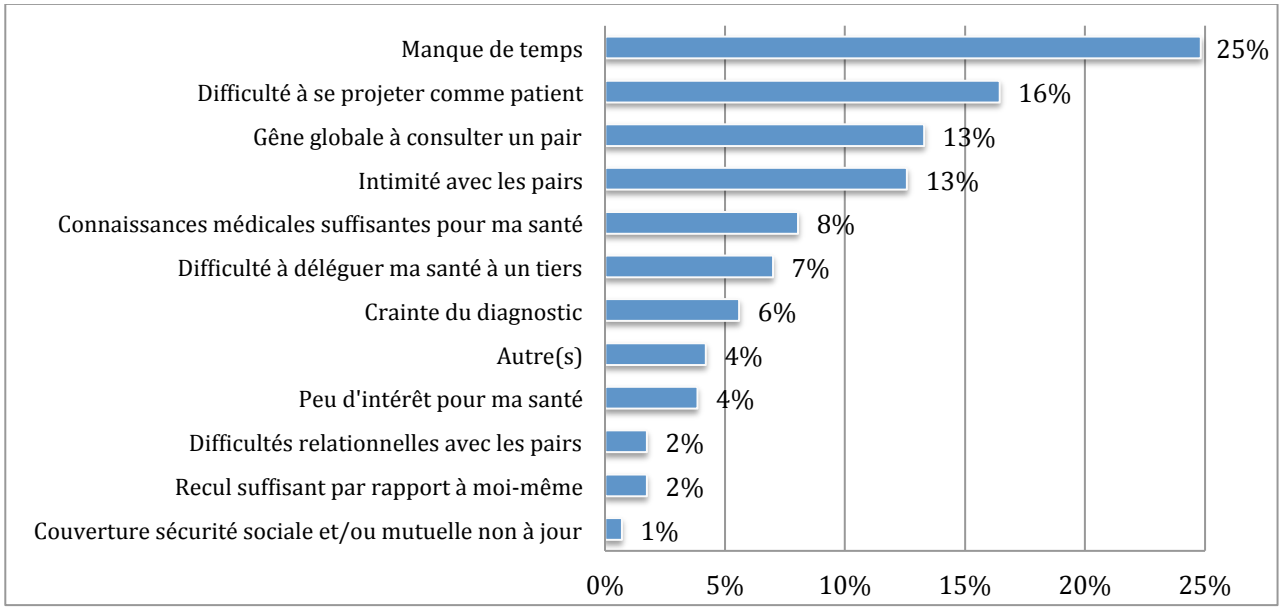


Figure 36. Freins déclarés à la consultation de pairs (n = 127)

5.2 Nombre de freins déclarés par médecin

La moyenne des freins déclarés par médecin était de 2,25. La médiane était de 2.

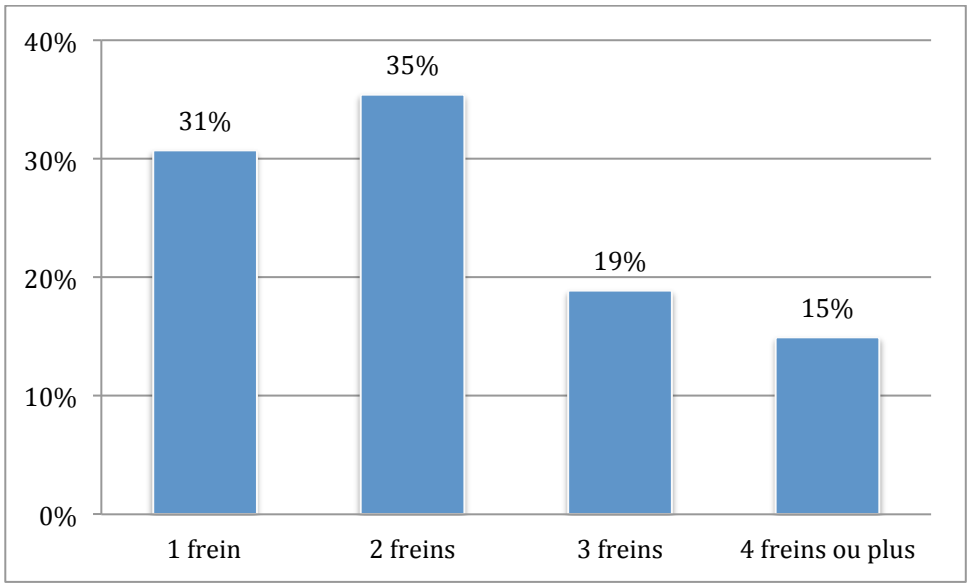


Figure 37. Nombre de freins déclarés par médecin (n= 127)

5.3 Etude des freins

Les freins ont été détaillés selon :

- le genre et groupe de spécialité
- la durée d'exercice
- « l'influence du patient-médecin »

L'influence du patient-médecin fait référence à la question 16: « Êtes-vous influencé(e) quand vous recevez un(e) patient(e) médecin ? ».

5.3.1 Freins (genre et groupe de spécialité)

Dans l'échantillon, 201 médecins déclaraient ne pas éprouver de frein à la consultation de pairs (« Pas de frein ») et 127 déclaraient en éprouver (« Frein(s) »).

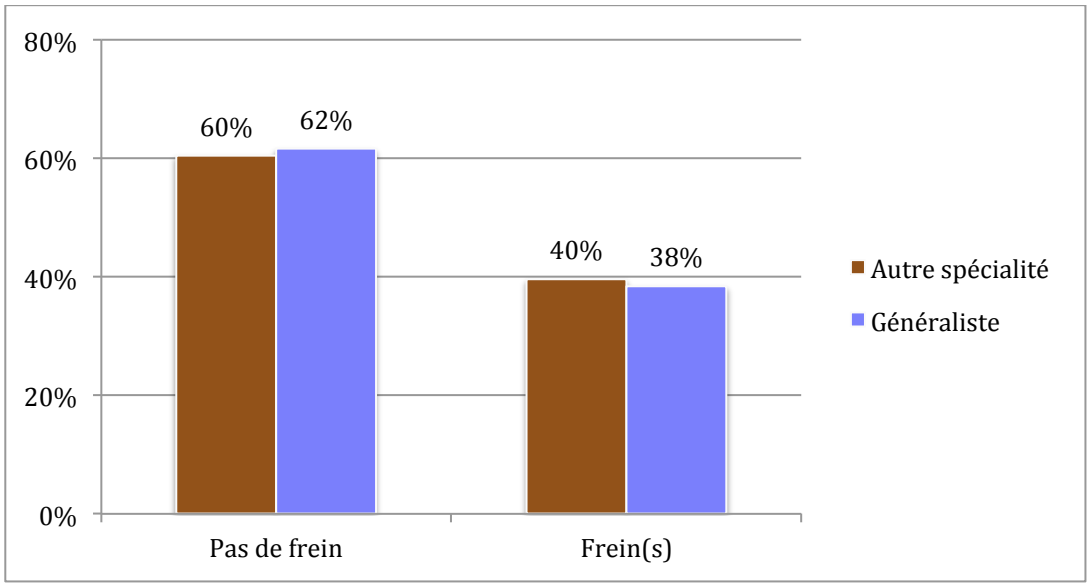


Figure 38. Réponse à la question « Eprouvez-vous des freins à consulter un autre médecin pour votre propre santé ? », selon le groupe de spécialité (n = 328)

L'analyse a été menée ensuite selon le groupe de spécialité et le genre (Tableau IX).

Tableau IX. Réponse à la question « Eprouvez-vous des freins à consulter un autre médecin pour votre propre santé ? », par le genre et le groupe de spécialité
(« Spé » = médecins spécialistes non généralistes, « Gé » = médecins généralistes)

		Pas de frein		Freins		Total
Femmes	**Spé**	16 (48%)	74 (50%)	17 (52%)	73 (50%)	33
	Gé	58 (51%)		56 (49%)		114
Hommes	**Spé**	39 (67%)	127 (70%)	19 (33%)	54 (30%)	58
	Gé	88 (72%)		35 (28%)		123
Total		201 (61%)		127 (39%)		328

5.4 Freins (durée d'exercice)

Nous avons poursuivi l'étude des freins via leur analyse selon la durée d'exercice.

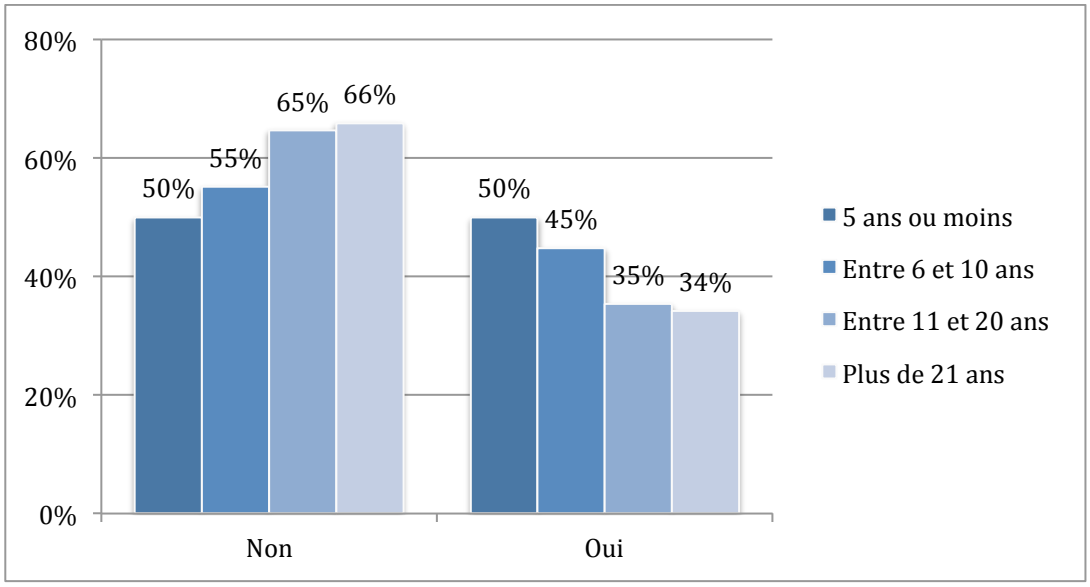


Figure 39. Réponse à la question « Eprouvez-vous un ou des freins à consulter un autre médecin pour votre propre santé ? », selon la durée d'exercice (n = 328)

5.5 Freins (influence du patient - médecin)

La fig. 40 ci-dessous synthétise l'étude des freins à consulter un pair selon l'influence du patient-médecin (cf. p. 52).

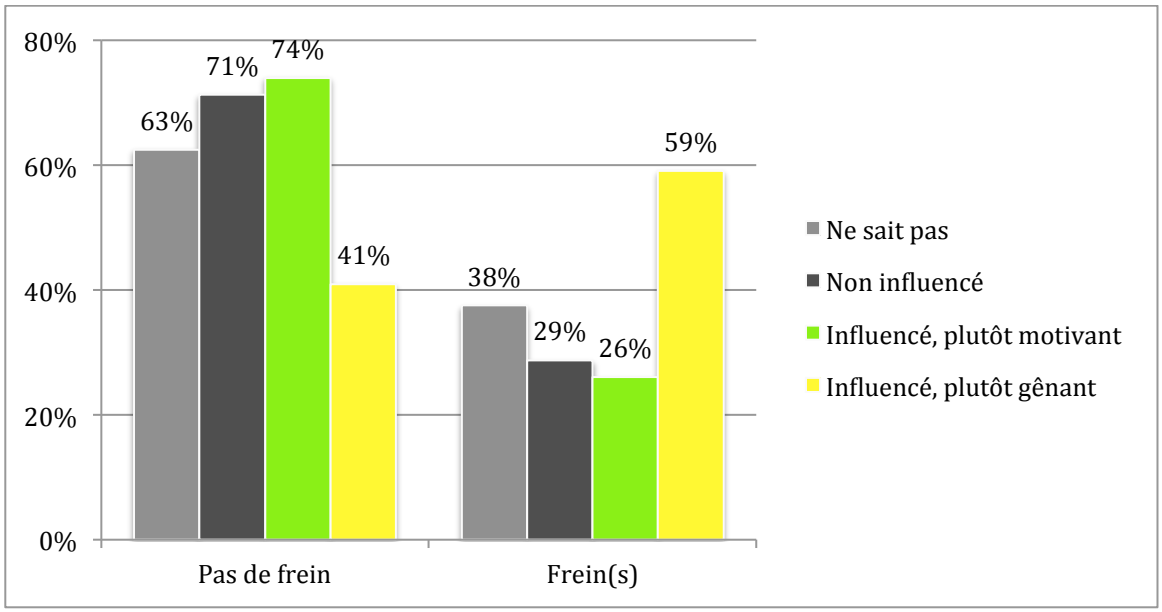


Figure 40. Réponse à la question « Eprouvez-vous un ou des freins à consulter un autre médecin pour votre propre santé ? », selon l'influence du patient – médecin (n = 328)

6 Influence du patient – médecin

Nous avons demandé aux médecins de la population cible s'ils étaient influencés lorsqu'ils recevaient en consultation un patient médecin.

Nous avons étudié cette influence selon le genre et groupe de spécialité (fig. 41) et la durée d'exercice (fig. 42).

6.1 Influence du patient médecin (genre et groupe de spécialité)

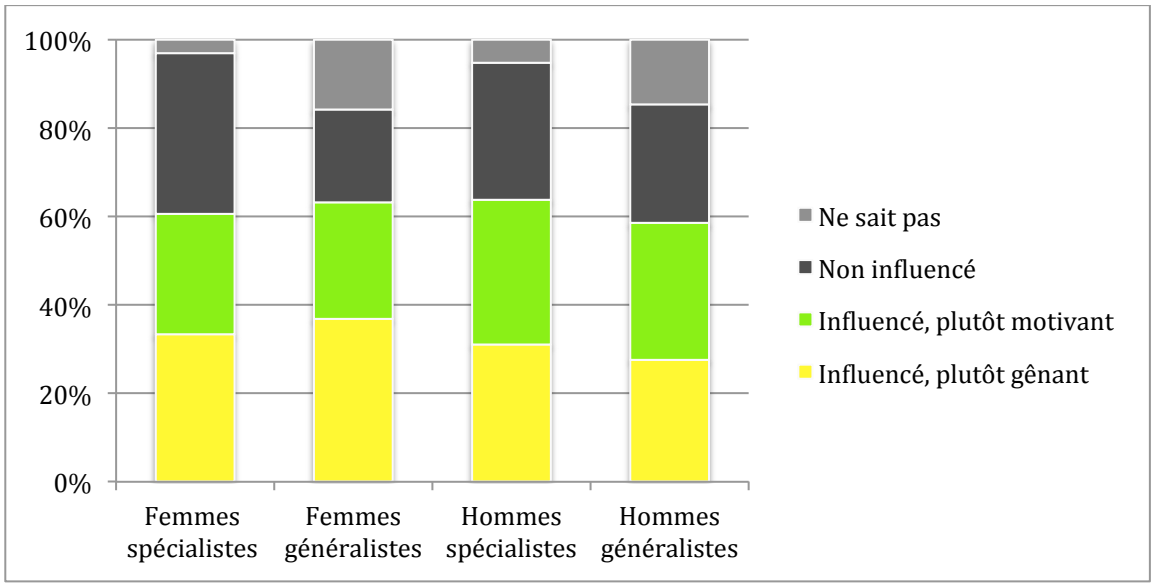


Figure 41. Réponse à la question « Etes-vous influencé quand vous recevez un(e) patient(e) médecin ? » selon le genre et groupe de spécialité (effectif cumulé) (n = 328)

6.2 Influence du patient médecin selon la durée d'exercice

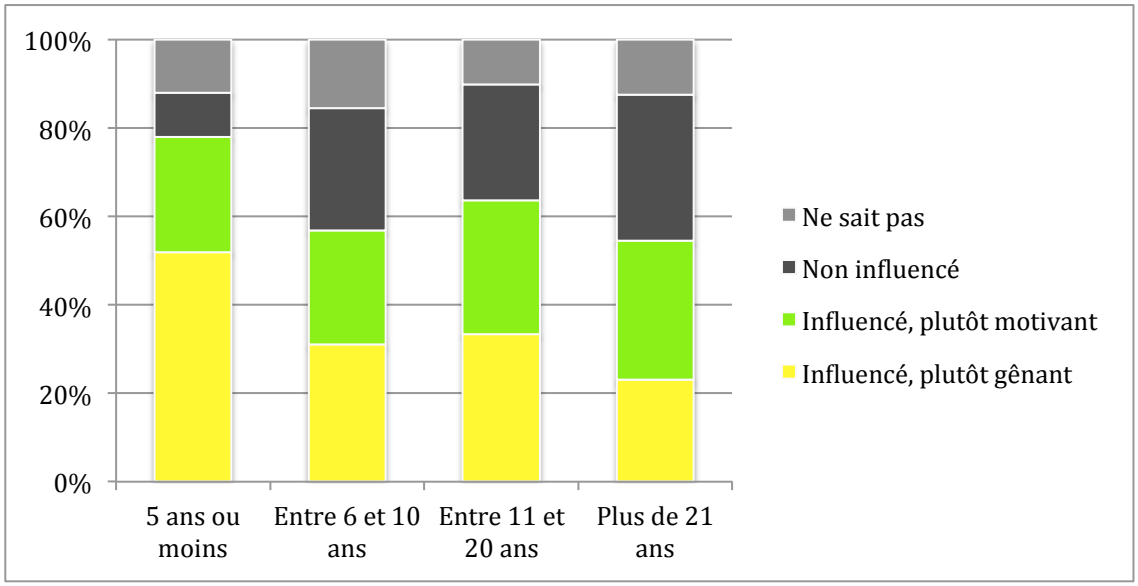


Figure 42. Réponse à la question « Etes-vous influencé quand vous recevez un(e) patient(e) médecin ? » selon la durée d'exercice (effectif cumulé) (n = 328)

7 Besoin de système dédié

Pour clore cette étude, nous avons caractérisé l'éventuel besoin des médecins libéraux d'un système de soins qui leur soit dédié.

Il a été étudié sous l'angle :

- du genre et du groupe de spécialité
- de la durée d'exercice
- des freins à consulter un pair

7.1 Besoin de système dédié (genre et groupe de spécialité)

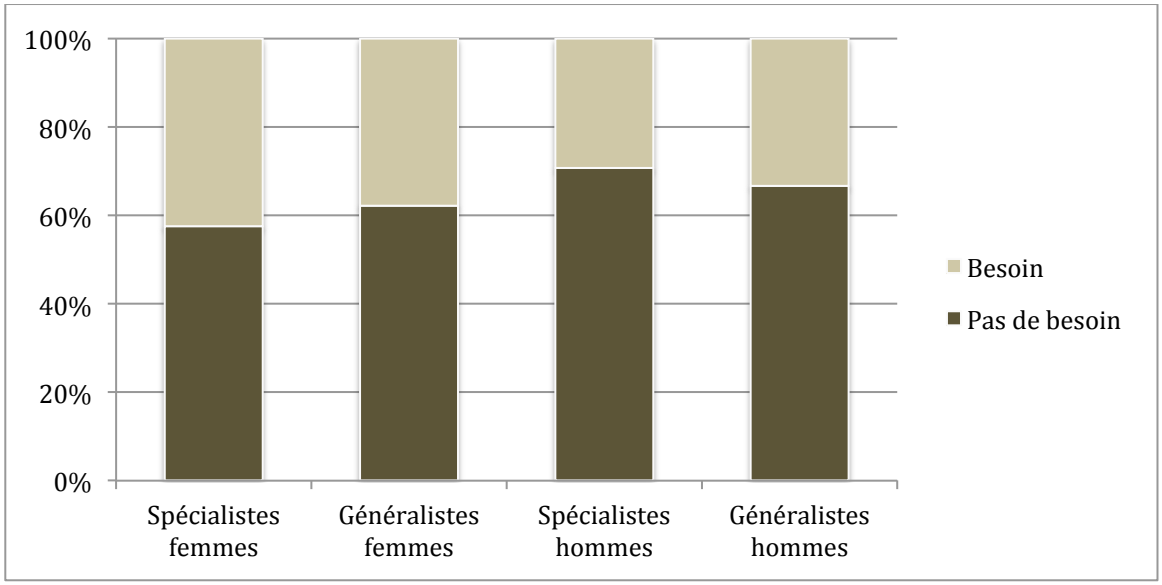


Figure 43. Besoin de système dédié selon genre et groupe de spécialité (effectif cumulé) (n = 328)

7.2 Besoin de système (durée d'exercice)

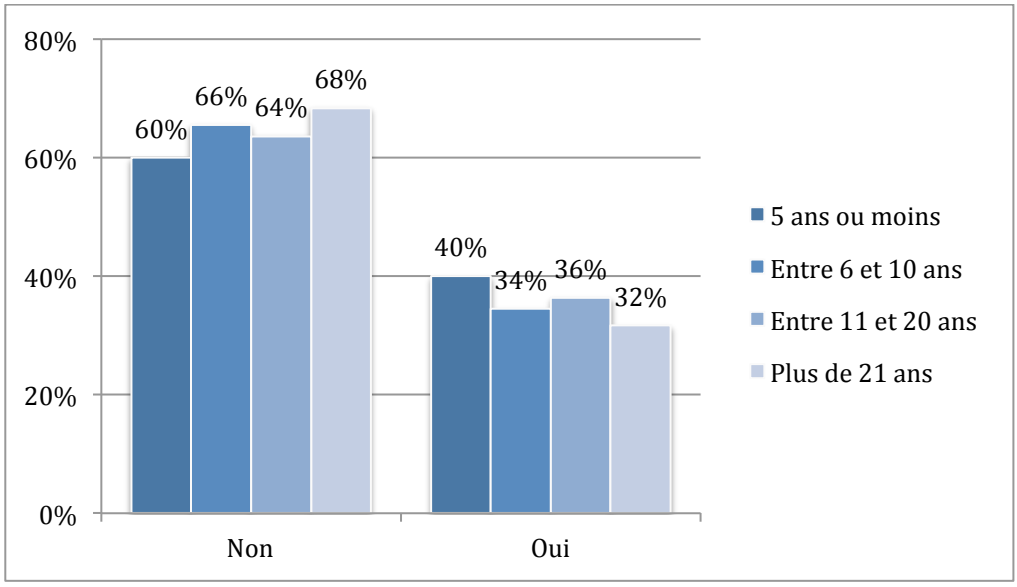


Figure 44. Besoin de système dédié selon la durée d'exercice (n = 328)

7.3 Besoin de système dédié (freins à consulter un pair)

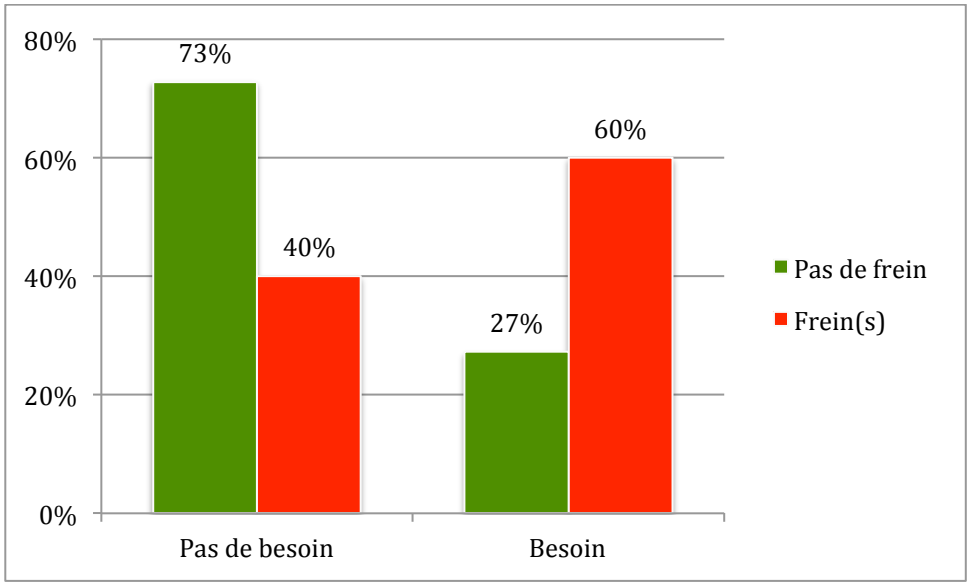


Figure 45. Besoin de système dédié selon les freins à consulter un pair (n = 328)

DISCUSSION

1 Forces et faiblesses du travail

1.1 Critiques de l'étude

Le choix du format observationnel descriptif transversal nous a paru pertinent pour traiter du parcours de soins des médecins libéraux à la Réunion en 2016 – 2017. Elle n'offre, en soit, qu'un faible niveau de preuve mais permet d'ouvrir des pistes et constitue dans le département un travail inédit de recherche quantitative dans le domaine du médecin – malade. A ce titre, nous considérons cette présente thèse comme un premier support de recherche qui demandera à être complété par d'autres travaux que l'on peut espérer prospectifs.

Cette thèse s'inscrit dans une dynamique collective portant sur la santé des médecins libéraux à la Réunion. Ce champ de recherche est actuellement étudié à travers 3 travaux en cours dont ce présent (Collège Santé de l'Université de Bordeaux, UFR Sciences Médicales).

Nous avons choisi une approche quantitative essentiellement pour 2 raisons :

- un argument scientifique : la question de recherche appelait davantage à une méthode quantitative avec l'approche numéraire d'un état des lieux.
- Mme LEBRETON Laetitia a déposé pour son diplôme d'état de docteur en médecine une étude épidémiologique observationnelle qualitative dont le titre provisoire est « médecins, qu'attendez vous pour vous soigner ? ».

Nous souhaitions initialement travailler à partir de données dures afin de limiter les biais et augmenter le niveau de preuve. Nous avons donc contacté les services de la CGSS et de l'URML qui nous ont affirmé malheureusement l'absence de données synthétiques exploitables. Ainsi, l'étude s'appuie sur des données déclaratives. Nous avons décidé de garantir un anonymat maximal afin d'obtenir un maximum de réponses et un minimum de biais déclaratifs (données relatives à la santé, donc très personnelles). L'auto-questionnaire ne comporte ainsi aucun élément nominatif, ni géographique ni de critère d'âge ou de date de naissance qui sont remplacés par des données sur la durée d'exercice.

Plusieurs biais sont possibles :

- le questionnaire était précédé d'un texte d'introduction qui situait l'étude dans le thème de la santé des médecins. Nous pouvons donc imaginer qu'il existait un biais de désirabilité tant sur la population volontaire pour renseigner le questionnaire que sur les réponses induites par les enquêtés. Ce biais consiste à vouloir satisfaire l'enquêteur et se présenter sous un meilleur jour
- nous pouvons également évoquer un biais de mémorisation puisque l'auto-questionnaire faisait appel à des évènements passés dans l'année précédant l'étude
- nous pouvons envisager un biais de déclaration par sur- ou sous-déclaration des événements en fonction des attentes des participants vis à vis de l'étude
- un biais de sélection, détaillé dans le chapitre suivant
- un biais de confusion. Effectivement, certaines sous-populations de spécialités non généralistes étant d'effectif très faible, il aurait été possible de retrouver l'identité de l'enquêté ne serait-ce qu'avec le sexe, la spécialité et un critère d'âge ou la date de naissance. C'est à des fins d'anonymat que nous avons fait le choix de ne pas renseigner ce dernier critère, que nous avons indirectement substitué par la durée d'exercice. Cette dernière n'est malheureusement pas strictement corrélée à un âge précis.

Enfin, s'est posée la question de la pertinence d'une analyse statistique multivariée des données obtenues. La valeur ajoutée scientifique d'une telle analyse qui aurait porté sur des données déclaratives et non brutes comme souhaité initialement nous paraissait faible. La donnée la plus concrète était le sexe, encore que lui même basé sur du déclaratif. L'autre critère paraissant le plus significatif était la durée d'exercice, considérée comme reflet indirect de l'âge des enquêtés. Il était donc impossible d'effectuer une régression logistique sur l'âge.

Ainsi, du fait de la méthodologie choisie, l'étude nous a paru dispensable d'une analyse statistique.

1.2 Population et échantillonnage

La population cible était constituée de l'ensemble des médecins libéraux exclusifs de la Réunion en exercice au moment de l'étude. Etaient exclus les médecins du secteur public ou salariés ou en exercice mixte.

Compte – tenu de la difficulté à recruter les médecins libéraux, il nous a paru judicieux lors de l'écriture du protocole de recherche de procéder à un sondage plutôt qu'à un échantillonnage de la population. Les réponses étaient basées sur le volontariat.

Nous avons dû avoir recours à différents partenaires détaillés dans le chapitre « Diffusion » afin que la population source et cible concordent au maximum. Cependant, nous n'avions aucun moyen de vérifier cette concordance. Il est donc fort probable que des biais de sélection aient été présents lors de l'inclusion :

- que ce soit à travers les réseaux utilisés (URML, DMG, RéuCare, AFPA, etc.)
- ou les outils de diffusion du questionnaire (internet, téléphone, réunions de travail)

Nous n'avons pas constaté de doublon lors de la saisie manuelle des résultats, mais ce biais aurait également été possible dans la mesure où l'anonymat ne permettait pas de faire la part entre un doublon (un même médecin répondant deux fois au questionnaire) et des réponses identiques émanant de différents médecins.

Enfin, lors de l'inclusion, il n'a pas été fait de distinction entre médecins installés et médecins remplaçants et cette catégorisation n'apparaît à aucun moment de l'étude.

1.3 Puissance de l'étude

Avec 328 réponses exploitables, nous avons atteint une représentativité globale de 21,8%. Elle est de 23,9% pour les médecins généralistes et 17,7 % pour les médecins spécialistes non généralistes. Ces derniers sont légèrement sous représentés (27,7% dans l'étude pour 34,2% selon la DREES), cependant, nous avons la satisfaction de constater que 27 spécialités médicales et chirurgicales ont été incluses (fig. 10).

Dû aux délais d'obtention des données démographiques, nous avons considéré les effectifs stables entre le 1er janvier 2016 et le dernier trimestre de cette même année (fig. 46).

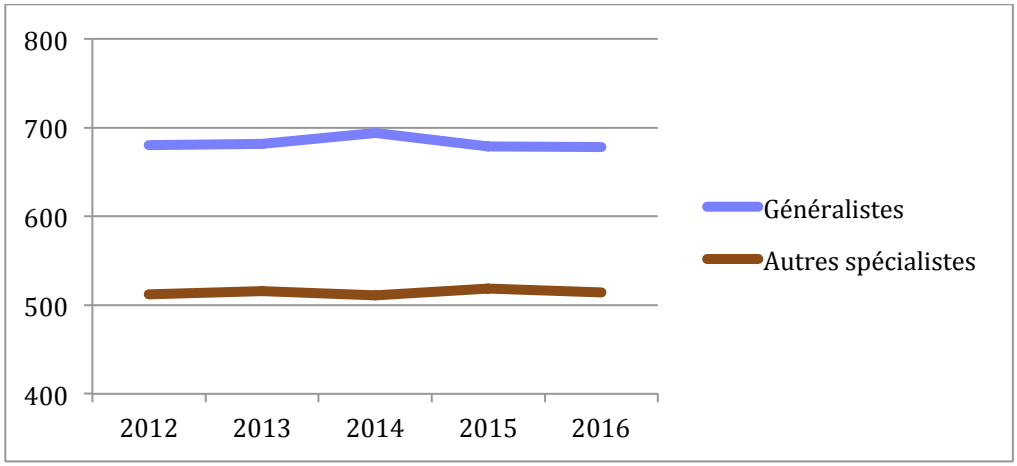


Figure 46. Effectifs des médecins libéraux exclusifs depuis 2012, données DRESS

La représentativité de 23,9% se situe dans la moyenne faible des travaux quantitatifs ayant trait à la santé des médecins (Kuntz A. : 45% (35), Gillard L. : 38,6% (36), Sauvegrain L. : 13%(54)).

1.4 Questionnaire

Le respect de l'anonymat était un élément primordial du questionnaire car nous nous intéressions à des données personnelles sur la santé et le parcours de soins des enquêtés. De fait, nous ne nous sommes pas intéressé au critère d'âge mais à celui moins direct de la durée d'exercice.

Lors de l'élaboration du questionnaire, plusieurs choix ont été faits selon nos propres réflexions :

- les intervalles de durée d'exercice (question 3)
- les temps de trajet jusqu'au centre hospitalier (question 4)
- et la consommation de soins sur les douze mois précédents l'étude des questions 8 à 10

Comme l'ont justement remarqué deux médecins généralistes femmes dans l'espace de commentaires, leur consommation de soins s'est accrue du fait d'une pathologie aiguë pour l'une et d'une grossesse pour l'autre. De fait, cet intervalle de douze mois n'est pas strictement représentatif des habitudes de soins.

Les freins notés en question 15 ont été inspirés de travaux de thèse métropolitains (57,63,66) et d'autres travaux de recherche (64).

Nous préférions exploiter et croiser l'intégralité d'un nombre limité de données mais avoir un nombre important de questionnaires pour renforcer la représentativité.
Ainsi, afin de favoriser le taux de réponses, nous avons tenu à respecter certains critères :

- un format compact sur 2 pages A4
- un petit nombre de questions (18 au total)
- un temps de réponse estimé entre 5 et 10 minutes
- valoriser l'étude et lui donner un titre « accrocheur » plutôt que la présenter uniquement comme un sujet de thèse

Ces choix semblent avoir été pertinents et nous ne pouvons que conseiller aux futurs thésards de les considérer.

Le questionnaire a été bêta – testé et approuvé sans modifications par 4 médecins généralistes avant sa diffusion.

2 Discussion des résultats

2.1 Données générales

2.1.1 Démographiques

Sur les 328 médecins de l'échantillon, 181 (55,2%) étaient des hommes et 147 (44,8%) des femmes (fig. 4).
Le sex – ratio chez les médecins généralistes était de 1,07 dans l'étude, pour un ratio de 1,86 selon les données DREES. Le sex-ratio chez les autres spécialistes était de 1,76 dans l'étude pour 2,45 selon la DRESS.
Il ne sont donc pas représentatifs de la population cible, mais peuvent nous amener à penser que les femmes étaient plus sensibles au sujet de l'étude comme nous le verrons par la suite.
Nous retrouvons en figure 5 et 6 la notion de féminisation de la profession. Respectivement pour des durées d'exercice de « 5 ans ou moins » et « Entre 6 et 10 ans », le sex-ratio était de 0,42 et 0,90 chez les médecins généralistes et de 0,2 et 0,64 chez les autres spécialistes.
Il ne semblait pas y avoir de différence quant à l'éloignement du domicile par rapport au centre hospitalier le plus proche : 50% des femmes et 55% des hommes se situaient entre 16 et 30mn (fig. 7).

La médiane de la durée d'exercice était de 11 à 20 ans (fig. 5 et 6).

2.1.2 Pathologies chroniques

Les femmes déclaraient moins de pathologies chroniques que les hommes (7,5% vs. 18,2%) avec par contre un taux d'ALD similaire (7,5% vs 8,3%) (fig. 8).

Logiquement, nous constations en figure 9 qu'en corrélation avec la durée d'exercice, le taux de pathologie chronique et/ou d'ALD se majorait. Il allait de 14% (10% de pathologies chroniques et 4% d'ALD) chez les médecins exerçant depuis moins de 5 ans à 29,8% (18,2% / 11,6%) chez ceux en exercice depuis plus de 21 ans.

Une enquête auprès de 1900 médecins généralistes en 2008 (34) retrouvait également une taux de déclaration de « maladie ou problème de santé chronique » 2,5 fois plus important après 55 ans qu'avant 44 ans.

2.2 Médecin traitant déclaré

Sur les 328 médecins, presque deux-tiers s'auto-déclaraient médecin traitant (fig. 11).

En détails :

- 199 (60,6%) étaient leur propre médecin traitant
- 88 (26,8%) avaient déclaré un médecin généraliste
- 30 (9,2%) avaient déclaré ne pas avoir de médecin traitant
- 9 (2,7%) avaient déclaré un médecin d'une autre spécialité que la médecine générale
- et 2 (0,6%) ne savait pas s'ils avaient déclaré un médecin traitant

Nous retrouvons des résultats similaires dans la littérature existante (34,35) et notamment dans la thèse du Dr Sauvegrain (54) où 83% des 306 médecins répondeurs avaient déclaré un médecin traitant. Parmi eux, 68% étaient leur propre médecin traitant.

Nous le verrons plus loin dans la discussion, mais cette prépondérance de déclaration des médecins généralistes comme médecins traitants ne trouve pas son corolaire en pratique, où ce sont les spécialistes libéraux non généralistes qui sont le plus souvent consultés.

2.2.1 Aller à la facilité… ou à la difficulté ?

Quand ils ne s'étaient pas auto-déclarés « médecin traitant », les généralistes déclaraient plus volontiers un médecin traitant généraliste. Il en était de même pour les médecins

autres spécialistes (fig. 12), qui déclaraient en général un médecin spécialiste non généraliste.

Cette notion est à rapprocher de la figure 36 où nous voyons qu'un des freins majeurs à la consultation de pairs était l'intimité avec ces derniers (4ème frein, à hauteur de 13% des freins déclarés). Est-ce que la déclaration d'un confrère ou d'une consœur proche ne serait pas une démarche de facilité administrative (63) qui entraîne par la suite en pratique une gêne à consulter ? En effet, consulter un collègue du cabinet médical, un ami médecin voire une connaissance médicale du réseau de soins, sous son aspect facilitateur, pourrait constituer in fine une gêne ou un frein (66).

Auquel cas, ne serait-il pas moins gênant de se confier auprès d'une personne que nous ne connaissons pas ou peu ? Nous pourrions évoquer ici la médecine préventive qui prévaut dans le secteur public par exemple : l'employé consulte un médecin qui lui est arbitrairement attribué, de facto ne partageant souvent aucun lien amical ou de proximité.

La distance, à la fois géographique et relationnelle, est un critère souvent plébiscité pour le choix d'un soignant (67). En lien quasi direct, le fait de ne pas se retrouver dans les mêmes structures ou salles d'attente que leurs propres patients également (57). Avec le critère de compétence, nous pourrions citer le développement de formations universitaires (« Soigner les soignants », Diplôme Inter-Universitaire mis en place par les facultés de médecine de Paris Diderot et Toulouse-Rangueil depuis 2015) permettant d'avoir recours à un professionnel sensibilisé à cette entité spécifique qu'est le médecin-malade ou la formation dispensée par les différentes structures d'aides (Groupe Pasteur – Mutualité, l'association pour la Santé des Soignants en Poitou – Charentes, etc.).

A la lecture des résultats, nous nous sommes rendu compte que nous n'avons pas exploré les critères de choix du médecin traitant. Y a-t-il une recherche de proximité ou au contraire d'éloignement, de compétences du soignant, de profil psychologique, etc. ? Cela pourrait faire l'objet d'un travail de thèse. Il serait même intéressant de pousser davantage la réflexion et voir quel système ou structure serait plus adapté aux besoins des médecins.

2.2.2 Durée d'exercice : plus d'expérience ou de négligence ?

Il semble que plus le médecin évolue dans sa pratique, moins il a tendance à déclarer un pair (fig. 13). 62,0% des médecins exerçant depuis moins de 5 ans ont déclaré un pair alors que seulement 17,5% des médecins exerçant depuis plus de 21 ans l'ont fait.

Il nous paraît possible d'expliquer cette différence selon 4 facteurs :

- la démarche de déclaration du médecin traitant est une mesure récente. Il est possible qu'elle rencontre un maximum d'écho parmi les plus jeunes générations de médecins. Nous pourrions expliquer ainsi la prévalence croissante d'absence de déclaration de médecin traitant au fur et à mesure de la durée d'exercice, c'est à dire indirectement de l'âge des médecins.
- en lien avec les freins de la figure 36, nous pourrions considérer « l'expérience médicale ». Un médecin plus expérimenté peut être un médecin estimant avoir davantage, en tout cas suffisamment, de connaissances pour sa santé (8% des freins déclarés) et/ou un recul suffisant (2%).
- un médecin a pu avoir déclaré son médecin traitant alors qu'il n'était pas en mesure de s'auto déclarer, comme par exemple lorsqu'il n'était pas encore diplômé. Auquel cas, il pourrait avoir tendance à garder ce médecin traitant tiers. A l'inverse, un médecin déjà diplômé au moment de la promulgation de la loi pouvait très bien s'auto déclarer d'emblée.
- enfin, comme nous avons pu l'observer lors de rencontres avec des médecins proches de la retraite lors de diners médicaux, certains médecins plus âgés ont une plus faible considération pour leur santé. Auquel cas, leur besoin de déclarer un médecin traitant tiers est faible.

  Pour autant, nous avions vu en figure 9 que les plus fortes prévalences de maladies chroniques et d'ALD se rencontraient dans les populations les plus âgées. La figure 14 nous permettait de constater que ces 2 critères (maladies chroniques et ALD) amenaient à déclarer davantage un médecin traitant tiers. La prévalence des maladies chroniques et ALD doit être trop faible malgré tout pour « contrecarrer » la tendance globale énoncée en ce début de chapitre.

Ceci étant, déclarer un médecin traitant tiers n'est pas gage de parcours de soins optimal, comme nous le verrons plus loin dans ce chapitre.

2.2.3 Des hauts et des bas

Nous avions voulu explorer dans cette étude ce qui est à la fois le pendant du rural/urbain métropolitain mais aussi une particularité locale : l'isolement que pourrait constituer d'habiter dans « les hauts » versus « les bas ». Nous avions pour cela demandé aux médecins leur éloignement par rapport au centre hospitalier le plus proche du domicile. Aucun résultat ne s'est avéré significatif sur quelque item que ce soit. Nous l'avons fait néanmoins paraître en figure 15 pour ce résultat : les médecins traitants spécialistes non généralistes sont déclarés exclusivement quand l'enquêté habite à moins de 30mn d'un hôpital. Est-ce dû à la répartition plutôt urbaine de ces spécialistes ou à un biais de représentativité car seulement 11,2% des médecins de l'échantillon habitaient à plus de 30mn d'un hôpital ?

2.3 Consommation de soins et parcours de soins coordonnés

Il nous a semblé pertinent d'étudier ces 2 éléments conjointement. La question implicite qui revenait souvent, que ce soit lors de présentations de l'étude ou de commentaires libres des médecins dans l'item 18 du questionnaire, était de savoir si « le cordonnier est vraiment le plus mal chaussé ». En d'autres termes, le soignant est-il le plus mal soigné ?
Il y a 2 façons d'être mal soigné : en quantité et en qualité. Nous avons abordé la quantité par la consommation de soins et la qualité par le parcours de soins coordonnés.

2.3.1 Consommation de soins

Dans l'optique de corréler la consommation de soins avec le parcours de soins coordonnés ainsi que les freins à la consultation de pairs, nous avions convenu de n'étudier que le recours aux médecins, sans considérer les médicaments qui auraient alourdi l'étude.

2.3.1.1 Par genre et spécialité

Nous remarquons en figure 16 et tableau VI la cohésion des valeurs entre les différentes spécialités et genres. C'est un fort indicateur de comportements similaires quant au recours au médecin généraliste libéral. A savoir que 80,2% des médecins de l'échantillon n'ont jamais consulté de généraliste durant les douze mois précédents l'étude, 14,6% une seule fois, 5,2 % de deux à quatre fois et aucun plus de 4 fois.
Notons cependant que parmi les 17 médecins ayant consulté de deux à quatre fois, 16 (94 %) étaient des généralistes !

Les résultats sont différents lorsque l'on étudie le recours aux spécialistes libéraux non généralistes, où le mode par genre et spécialité atteint « 1 fois » (fig. 17 et tableau VII). Nous retrouvons là encore la tendance énoncée plus haut : les spécialistes consultent davantage leurs confrères que les généralistes (« Jamais » : 27,5% des spécialistes et 37,6% des généralistes, « 1 fois » : respectivement 46,2% vs. 36,7%). Les femmes ont davantage consulté sur les douze derniers mois que les hommes, ceci pouvant s'expliquer par le recours régulier au gynécologue.

Enfin, le recours au médecin hospitalier est faible (fig. 18). 80,2% des médecins ont déclaré n'avoir jamais consulté de médecin hospitalier, 11,9% une seule fois, 6,7% de deux à quatre fois et 1,2% plus de 4 fois. Là encore, les spécialistes libéraux semblaient consulter davantage les médecins hospitaliers que les généralistes.

2.3.1.2 Par pathologie/ALD

Le recours majoritaire aux spécialistes libéraux non généralistes se confirme sous l 'angle des pathologies chroniques et des ALD.

Il est évident que la distinction entre maladie chronique et ALD ne saurait être faite uniquement sous l'angle de la gravité du handicap. Cependant, nous voyons dans les figures 19 à 21 une consommation accrue de soins chez les médecins ayant une pathologie chronique non ALD, elle-même inférieure à celle des médecins ayant une ALD. Là où nous pourrions estimer logiquement que plus l'atteinte à l'intégrité de la santé du médecin est importante plus ce dernier consulte, n'oublions pas également qu'à travers l'élaboration d'un protocole de soins le parcours de soins coordonnés est optimisé et ainsi plus facilement suivi.

Le recours au spécialiste libéral non généraliste est une fois de plus largement majoritaire.

2.3.1.3 Par durée d'exercice

Nous n'avons pas dégagé de tendance nette quant à l'influence de la durée d'exercice sur la consommation de soins. Nous retrouvons par contre toujours la nette prédominance de consultation auprès des spécialistes libéraux non généralistes (fig. 22 à 24).

2.3.1.4 Constats

Nous pouvons dégager différents constats de cette section « consommation de soins » :

- le recours aux médecins spécialistes libéraux non généralistes est largement majoritaire

- les médecins qui consultent les médecins généralistes libéraux sont souvent eux-mêmes généralistes libéraux
- les médecins qui consultent les médecins spécialistes libéraux non généralistes sont souvent eux-mêmes spécialistes libéraux non généralistes
- les médecins hospitaliers reçoivent en consultation principalement des médecins spécialistes plutôt que des généralistes. Est-ce le fruit de collaborations plus étroites entre spécialistes libéraux et hospitaliers ou d'anciennes relations liées lors cursus hospitalo-universitaire ? Cela reste à étudier

Voici donc pour l'aspect quantitatif. Cependant, nous n'avons encore aucune indication quant au cheminement des médecins libéraux dans leur parcours de soins : vont-ils consulter directement un confrère ou une consœur ? Au contraire, sont-ils leur médecin de 1ère ligne ? Est-ce que les comportements sont identiques selon qu'il s'agisse de médicaments, d'examens complémentaires, d'avis spécialisés ?

2.3.2 Parcours de soins coordonnés

Un des postulats initiaux, étayé par la littérature (54,65), était de dire que le 1er médecin sollicité dans le parcours de soins n'était autre que le patient lui-même.

2.3.2.1 Auto-consultation majeure

Les figures 25 à 27, concernant le médecin consulté en 1ère intention paraissent confirmer cette notion.

Sur l'ensemble de l'échantillon, 77,1% des médecins sont eux-mêmes le 1er médecin consulté dans le parcours de soins. Comme retrouvé dans des résultats cités ci-dessus, le recours au médecin spécialiste libéral non généraliste est majoritaire lorsqu'il s'agit de consulter un pair.

Nous voyons en figure 25 l'influence négligeable des critères de genre et spécialité.

En figure 26, même s'il semble que l'auto-consultation en 1ère intention diminue avec la durée d'exercice, elle reste au minimum de 73,3%. Ce constat contraste avec la figure 13 où plus nous avancions dans la durée d'exercice, plus le médecin traitant déclaré est le déclarant lui-même (70,8% des plus de 21 ans de durée d'exercice). Faut-il y voir une différence entre une formalité administrative parant au plus pratique et la réalité clinique ?

Nous apportons un éclairage quant à ce possible aspect de déclaration pragmatique avec la figure 27. Le médecin traitant déclaré, quel qu'il soit, n'influe pas ou très peu sur le 1er

médecin consulté dans le parcours de soins. De plus, la corrélation entre auto-déclaration comme médecin traitant et auto-consultation en 1ère intention n'est pas de 100%, ce qui peut souligner une désorganisation dans les comportements de soins. Nous n'avons pas tenu compte dans l'exploitation des résultats de la catégorie « Ne sait pas », constituée de deux médecins.

2.3.2.2 Auto-prescription, mais…

A l'élaboration de l'étude, nous avions choisi d'étudier la prescription des médicaments, des examens complémentaires et des avis spécialisés non pas quantitativement, mais qualitativement. A savoir qu'il nous importait moins de savoir combien de prescriptions étaient faites plutôt que par qui.

L'ensemble des figures 28 à 33 traite de ces 3 catégories de prescriptions selon des critères qui nous paraissaient les plus pertinents, à savoir le genre, la spécialité et la durée d'exercice.

Nous avons considéré que les catégories « Toujours par moi-même » et « Souvent par moi-même » relevaient toutes deux de l'auto-prescription. De même que « Souvent par un autre médecin » et « Toujours par un autre médecin » ont été incluses dans la même catégorie prescription par un pair.

Tout objet de prescription confondu (fig. 28 à 30), les hommes semblent avoir un recours systématique (« Toujours ») à l'auto-prescription plus important que les femmes. Cependant, la part globale d'auto-prescription (« Toujours » + « Souvent ») est comparable entre ces 2 groupes. Les généralistes hommes ont le plus recours à l'auto-prescription, les femmes, toutes spécialités confondues, le moins.

Il nous a été difficile de dégager une tendance pertinente dans l'origine des prescriptions à travers la durée d'exercice (fig. 31 à 33). L'auto-prescription est majoritaire pour toutes les catégories, mais l'auto-prescription systématique paraît croître avec la durée d'exercice.

Une tendance semblait néanmoins se dégager lors de l'interprétation transversale de l'ensemble de ces figures. Nous l'avons synthétisée dans la figure 34 où il apparaît assez nettement que l'auto-prescription varie selon l'objet de la prescription.

Nous avons l'impression que plus l'objet prescrit a une valeur diagnostique importante, plus l'auto-prescription diminue. Cependant, nous n'avons pas fait de distinguo parmi

les médicaments, et il serait probablement intéressant de voir si l'auto-prescription varie selon la catégorie des médicaments (traitement symptomatique, renouvellement d'un traitement de fond, psychotropes, etc.) comme le suggère le Dr Labeille G. dans sa thèse d'exercice « Etude de l'autoprescription médicamenteuse chez les médecins généralistes de Rhône – Alpes » (68).
Il est logique de constater que l'auto-prescription est plus importante chez les médecins auto-déclarés médecins traitants (fig. 35). Par contre, il ne semble pas y avoir de différence probante sur l'auto-prescription selon que l'on a déclaré un médecin traitant tiers ou aucun médecin traitant.

Cette étude du parcours de soins vient affiner la conclusion sur la consommation de soins. Certes, les généralistes reçoivent majoritairement des généralistes, idem pour les spécialistes, qui sont d'ailleurs en valeur absolue les médecins les plus consultés. Mais on voit à présent que cet investissement du pair ne se fait très fréquemment qu'en 2ème intention, une fois passé le filtre de l'auto-consultation.
L'auto-consultation est bien ancrée dans les comportements et aucun critère ne vient la modifier significativement, pas même la déclaration du médecin traitant.
A l'inverse, bien que l'auto-prescription soit également prépondérante, nous voyons que l'objet de la prescription a une influence plutôt marquée. Nous tâcherons de faire un lien avec le chapitre suivant quant aux freins éprouvés dans le parcours de soins.

2.4 Freins

Comme l'ont montré différents travaux de thèse (36,56,57) et articles (24), les médecins expérimentent certains freins à consulter des pairs.
Nous retrouvons ces mêmes résultats dans notre étude, où 38,7% des médecins allèguent éprouver des barrières dans leur parcours de soins (moyenne : 2,25 freins/médecin). Un taux semblable de 39% est retrouvé dans l'étude de Benkhadra et al. (64).
Le manque de temps arrive en 1ère position avec une prévalence à 25%, loin devant la difficulté à se projeter comme patient, 2ème (16%), la gêne globale à consulter un pair et l'intimité avec les pairs (3èmes avec 13%).

Il est possible de ranger ces barrières dans différentes catégories (24,69) :

- liées au patient-médecin :

- obligations professionnelles : manque de temps
- relations : intimité avec les pairs, difficultés relationnelles avec les pairs
- gestion du capital santé : peu d'intérêt pour ma santé, difficulté à déléguer ma santé à un tiers
- compétences liées à la profession, expérience : recul suffisant par rapport à moi-même, connaissances médicales suffisantes pour ma santé
- expérimentation du rôle de patient : difficulté à se projeter comme patient, gêne globale à consulter un pair, crainte du diagnostic

- Nous avons peu exploré les autres catégories liées au soignant ou au système

Les données sont tout à fait similaires entre les deux grands groupes de spécialités (fig. 38), où nous retrouvons 38% à 40% des médecins qui éprouvent des freins.

Dans le tableau IX, il apparaît que les femmes éprouvent davantage de freins que les hommes avec 50% des femmes versus 30% des hommes. Dans leur enquête transversale, Bankhadra et al. (64) constataient effectivement un accès aux soins plus difficile chez les médecins femmes. Sur une échelle de facilité d'accès aux soins de 1 (facile) à 10 (très difficile) les femmes se situaient à 4,2±2,9 vs. 2,98±2,9 pour les hommes ($p<0,001$). Chaque frein testé était ressenti plus intensément par les femmes que par les hommes. Dr Gombert retrouvait dans une étude de format similaire auprès de 99 médecins généralistes (70) un accès à la consultation de pairs difficile à très difficile pour 59,4% des femmes vs. 27,4% des hommes.

La durée d'exercice (fig. 39) paraît également influer sur les freins ressentis. Plus la durée d'exercice est importante, plus la prévalence des freins diminue (50% pour une durée d'exercice de 5 ans ou moins et 34% pour les durées de plus de 21 ans).

L'interprétation de ces résultats peut être de deux types.

Le 1er cas, sorte de « pyramide des âges », signifierait que plus un médecin évolue dans sa pratique, moins il expérimente de freins (consultations plus fréquentes faisant diminuer l'appréhension à consulter, relativisation, mise à distance de sa santé, etc.). Ce serait donc une évolution personnelle, que tout médecin pourrait suivre.

Dans le 2ème cas, nous pourrions faire le lien avec l'évolution du « profil-type » du médecin contemporain, qui souhaite davantage prendre soin de sa santé et ménager sa vie privée que ses aïeux, tout en expérimentant des barrières et une ambivalence dans un parcours qui n'est pas optimisé. Ce serait donc une caractéristique inter personnelle,

commune aux plus jeunes générations de médecins, qui aurait alors tendance à se généraliser.

Afin d'explorer le champ de la crainte du jugement, de la projection, nous avons voulu obtenir des données quant à l'influence de l'effet « patient-médecin » : est-ce que les médecins qui sont le plus gênés de recevoir en consultation des pairs sont également ceux qui subissent le plus de freins à consulter. Est-ce que la réciproque serait vraie ? La figure 40 nous ferait répondre par l'affirmative à ces 2 questions, où nous voyons que la plus forte prévalence de médecins éprouvant des freins (59%) s'obtient dans la catégorie des médecins gênés lorsqu'un pair les consulte. La plus faible (26%) est obtenue dans la catégorie des médecins motivés lorsqu'un pair les consulte. Serait-ce l'effet de la confiance en soi ?

2.5 Influence patient médecin

Pour poursuivre le raisonnement initié plus haut, voyons quels caractères influent sur cet effet « patient médecin »

La spécialité ne semble pas induire une différence significative, mais les femmes paraissent sensiblement plus influencée négativement (gênées) que les hommes (fig. 41).

La durée d'exercice paraît avoir une influence : plus le médecin est expérimenté, moins il est gêné lorsqu'il reçoit un pair en consultation (fig. 42). Possiblement du fait de l'expérience personnelle voire de la légitimité naturelle qu'un médecin plus âgé pourrait ressentir lorsqu'il reçoit un(e) collègue probablement plus jeune.

Ainsi, nous voyons que les jeunes médecins et les médecins féminins ont tendance à être plus gênés que leurs homologues masculins et/ou plus âgés.

N'oublions pas que ces médecins gênés constituent la majorité des médecins qui éprouvent des freins à consulter pour eux-mêmes !

2.6 Besoins

Les médecins ont donc un parcours de soins perfectible, ils éprouvent des freins à la consultation de pairs, etc. Néanmoins, ressentent-ils le besoin d'un système dédié comme c'est le cas dans certains pays (58–60,71,72) et départements ou villes de métropole (61) ?

35,1% des 328 médecins de l'échantillon disent avoir besoin d'un tel système dédié.
Cette proportion est plus faible que dans d'autres travaux métropolitains : 80% pour Kuntz A (35), 89% pour Sauvegrain L (54) et 61% pour Gombert A (70), mais une analyse plus détaillée nous permet d'ouvrir des pistes de réflexion.
La spécialité n'est pas un critère significatif d'influence sur ce besoin, mais le genre semble le modifier sensiblement avec 38,8% des femmes versus 32,1% des hommes (fig. 43).
Encore une fois, la durée d'exercice paraît être discriminante : plus l'exercice est ancien, moins le médecin éprouve de besoin d'un système dédié (40,0% pour les moins de 5 ans versus 31,7% pour les plus de 21 ans) (fig. 44).
Somme toute logique, les médecins qui éprouvent des freins à consulter des pairs sont le plus demandeurs d'un système dédié (60% versus 27%) (fig. 45).

3 Ouvertures

Les résultats de ce travail réunionnais font écho à d'autres productions métropolitaines et étrangères : les médecins, à fortiori libéraux, sont en grande majorité seuls dépositaires de leur parcours de soins, et par extension, de leur santé.

Côté parcours de soins, cela se traduit par la forte prévalence dans cette population du suffixe « auto-» : auto-déclaration comme médecin traitant, auto-consultation, auto-prescription.

Côté santé, mêlé bien sûr à d'autres facteurs, cela conduit à un risque plus important de burn-out, de suicide, de certaines addictions, de pratiques de dépistage disparates, à l'acceptation d'une certaine pression sociétale, etc.
La visibilité de ce phénomène croît, dans les magazines et médias spécialisés mais également sur la scène publique et politique en cette période. Peu à peu, la réserve tombe et le voile s'estompe.

Le médecin contemporain diffère de son aïeul. Déjà par le genre : la médecine est une profession de plus en plus féminine, avec de légitimes revendications en lien. Ensuite par la distinction vie privée / vie professionnelle : le numéro de téléphone personnel

s'échange moins, le relai par les structures d'urgence ambulatoires se fait au-delà d'une certaine heure et les gardes diminuent voire disparaissent, l'exercice en cabinet de groupe croît, bref la vie privée compte ! Peut-être moins héroïque ou mystique, en tout cas moins paternaliste, il devient plus humain, moins infaillible. Encore lui faut-il l'accepter.

Cela pourrait commencer dès l'apprentissage. Le « devenir médecin » d'aujourd'hui devrait peut-être s'apprendre différemment qu'hier. A ce titre, pourquoi ne pas proposer tel le DIU « Soigner les soignants » accessible aux médecins inscrits à l'Ordre, des cours intégrés aux études de médecine. Au-delà de l'aspect théorique, nous pourrions imaginer dans le 2ème et 3ème cycle des semestres de stage dans les structures dédiées aux médecins existantes ou en création (hôpitaux, cliniques, associations). Il serait intéressant alors d'entreprendre des travaux de recherche auprès des populations étudiantes : comment envisagent-elles l'adéquation de leur exercice avec leur vie privée et leur santé ? Souhaitent-elles un apprentissage dédié ?

A plus brève échéance, il faudrait nous questionner sur ce qu'il est possible de mettre en place pour répondre aux besoins des médecins libéraux du département. Nous pourrions en amont de cette réflexion affiner le contenu qualitatif de la demande, maintenant que nous savons qu'elle existe, surtout pour les médecins les plus jeunes. Les structures associatives sont les plus présentes en métropole, les critères essentiels demandés par les médecins – patients sont l'indépendance quant aux institutions, l'anonymat, la flexibilité des horaires, la formation et les compétences du soignant. Ces éléments se vérifient-ils à La Réunion ?
La souffrance des soignants n'est pas exclusive à l'exercice libéral, pourquoi ne pas intégrer les médecins hospitaliers et salariés dans nos études ?

Il est important de considérer la santé des médecins comme un capital précieux car derrière le professionnel de santé se cachent des patients, des familles, une santé publique certes, mais derrière le professionnel de santé se cache aussi l'être humain et sa famille.

CONCLUSION

La représentation sociale du médecin a évolué à travers le temps. Le médecin antique, aux connaissances quasi divines, est maintenant devenu professionnel de santé, issu d'un cursus universitaire hautement scientifique. S'éloignant des cieux et se rapprochant du commun des mortels, le médecin peut être affecté des mêmes maladies que les patients qu'il soigne. Cependant, le « médecin – malade » garde un statut à part. Auprès des profanes, un médecin dispose de connaissances médicales et d'un réseau de collègues suffisants pour être en permanente bonne santé, d'autant qu'il se doit d'être disponible. Pour la société, la maladie chez le médecin est presque illicite, en tout cas antonymique. Ce constat est partagé par les professionnels. Pour certains, être médecin est un chemin de croix, exigeant une dévotion de chaque instant, où la maladie ne doit pas venir altérer la capacité à soigner au quotidien. Pour d'autres, de ce métier passionnant découle un emploi du temps chargé, souvent extensible. Quelles que soient les raisons, fréquemment plurielles, les médecins ne s'autorisent pas d'être malades. Cette vérité, absolue il y a quelques dizaines d'années, est progressivement (et difficilement) à nuancer. En témoignent les dispositifs de prise en charge dédiée aux médecins, les associations, les lignes d'écoute téléphonique, etc. Oui, les médecins tombent malades et s'en laissent le droit.

Des travaux de thèse en métropole se sont axés sur les comportements de santé (participation aux dépistages organisés, prévention des facteurs de risque cardiovasculaires, addictions, etc.) et l'estimation des besoins d'une prise en charge dédiée. Certains ont débouché sur la mise en place de dispositifs dédiés cités plus haut.
A la Réunion, un tel travail était encore à faire. Au-delà de l'évaluation de l'état de santé, nous nous sommes davantage intéressé au parcours de soins coordonnés des médecins libéraux, à leur consommation de soins, aux freins à la consultation de pairs ainsi qu'à la demande d'une prise en charge dédiée.

Nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive transversale par recueil d'opinion. La population cible était constituée de l'ensemble des médecins libéraux exclusifs du département en activité au moment de l'étude. L'accès aux médecins étant délicat du fait de l'absence d'un média de communication unique, nous avions choisi de

ne pas faire d'échantillonnage de la population cible et de l'inclure intégralement. La période d'inclusion a duré 4 mois, de septembre 2016 à janvier 2017.
Nous avons obtenu 328 réponses, soit 21,8% de représentativité. Parmi les répondeurs, 237 étaient médecins généralistes et 91 spécialistes non généralistes (représentant 27 spécialités).

Notre travail a montré les forts comportements d'autogestion du parcours de soins des médecins :

- 60,7% des médecins de l'échantillon étaient auto-déclarés comme médecin traitant
- l'auto-prescription représentait 95,1% des prescriptions de médicaments
- 86,6% des prescriptions d'examens complémentaires
- et 75% des orientations pour avis médicaux complémentaires

38,7% des médecins de l'échantillon disaient éprouver des barrières dans leur parcours de soins, avec 2,25 freins/médecin en moyenne. Il semblait exister un lien entre ces freins et la propre gêne ressentie par le médecin – patient lorsque celui-ci reçoit en consultation un confrère. La moindre expérience du médecin ainsi que le sexe féminin sont les 2 catégories où nous avons retrouvé le plus de freins déclarés.
Ces résultats, mis en parallèle avec un parcours de soins coordonnés plutôt solitaire, nous amènent à penser qu'il existe une ambivalence entre faits déclarés et prise en charge désirée, surtout de la part des plus jeunes générations, plutôt féminines. Le recours confraternel paraissait teinté de gêne et de réserve, tant côté soigné que soignant.
De cette ambivalence, naît une demande de prise en charge dédiée, logiquement plus importante chez les jeunes médecins. 40% d'entre eux sont favorables à une telle mesure.

Nous sommes en droit d'imaginer que ce taux pourrait augmenter si l'on intégrait les praticiens hospitaliers, population souvent jeune.
Nous avions convenu d'axer notre étude sur la population médicale libérale exclusive, afin de renforcer cet aspect « d'isolement » dans le parcours de soins coordonnés (absence de médecine préventive ou de visite médicale obligatoire). Cependant, dans

des recherches ultérieures, il nous semblerait pertinent d'intégrer l'ensemble des médecins du département, partageant à coup presque sûr les mêmes difficultés dans leur parcours de soins. Pourquoi ne pas en profiter pour les questionner spécifiquement sur l'efficacité des mesures de médecine préventive ou du travail qui leur sont actuellement proposées et voir s'il y a besoin de les améliorer ?

Nous avons parlé à plusieurs reprises dans cette thèse d'évolution du « profil-type », avec la conviction que le médecin contemporain a des prérogatives différentes des médecins d'il y a une ou deux générations. Parmi ces prérogatives : jouir d'une bonne santé. Il serait intéressant de voir par quels moyens.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. La définition de la santé de l'OMS [Internet]. [cité 22 sept 2016]. Disponible sur: http://www.who.int/about/definition/fr/print.html
2. Haut Comité de la santé publique. La santé en France : Rapport général. Documentation Française; 1994.
3. Canguilhem G. Le normal et le pathologique. 12e édition. Paris: Puf; 2013. 290 p. (Quadrige).
4. Croutte P, Legros M. La perception de la santé en France. CREDOC; 1993. 57 p. (Collection des rapports).
5. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. PATIENT : Etymologie de PATIENT [Internet]. [cité 28 sept 2016]. Disponible sur: http://www.cnrtl.fr/etymologie/patient
6. Etymologie Français latin grec Sanskrit. Empathie [Internet]. [cité 28 sept 2016]. Disponible sur: https://sites.google.com/site/etymologielatingrec/home/e/empathie
7. Chemla D, Abastado P. Médecine et étymologie. Lett Cardiol. juin 2008;(416):50-4.
8. Masic I, Miokovic M, Muhamedagic B. Evidence Based Medicine - New Approaches and Challenges. Acta Inform Medica. 2008;18(1):219.
9. Samama E. Les médecins dans le monde grec : sources épigraphiques sur la naissance d'un corps médical. Droz. 2003. 612 p. (Hautes études du monde gréco-romain; vol. 3).
10. Labreure D. Louis-Ferdinand Céline, une pensée médicale. Paris: Publibook; 2009. 124 p. (Lettres & langues Lettres modernes).
11. Dufresne J, Dumont F, Martin Y. Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie. 1985. 1245 p. (Presse de l'Université du Québec).
12. Rogers C. Client-Centered Therapy, its current practice, implications and theory. Houghton Mifflin. 1951. 560 p.
13. David Sackett, William Rosenberg. Evidence based medicine : what it is and what it isn't. BMJ. 1996;312(7023):71-2.
14. Frank E. Physician Health and Patient Care. JAMA. 2004;291(5):637-637.
15. Franck E. Physician disclosure of healthy personal behaviors improves credibility and ability to motivate. Arch Fam Med. 2000;9(3):287-90.
16. Oberg E, Frank E. Physicians' health practices strongly influence patient health practices. J R Coll Physicians Edinb. 2009;39(4):290-1.
17. Franck E. A Quantitative Assessment of a 4-year Intervention That Improved Patient Counseling Through Improving Medical Student Health. Medscape Gen Med. 2014;9(2):58-65.
18. Frank E, Dresner Y, Shani M, Vinker S. The association between physicians' and patients' preventive health practices. Can Med Assoc J. 14 mai 2013;185(8):649-53.
19. Frank E. Healthy Doc = Healthy Patient [Internet]. ResearchGate.net. [cité 20 mars 2017]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/project/Healthy-Doc-Healthy-Patient
20. Shanafelt T, Balch C, Bechamps G, Russell T, Dyrbye L, Satele D, et al. Burnout and Medical Errors Among American Surgeons: Ann Surg. 2010;251(6):995-1000.
21. Van den Hombergh P, Künzi B, Elwyn G, van Doremalen J, Akkermans R, Grol R, et al. High workload and job stress are associated with lower practice performance in general practice: an observational study in 239 general practices in the Netherlands. BMC Health Serv Res [Internet]. déc 2009 [cité 23 nov 2016];9(1). Disponible sur:

http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-9-118
22. Hall LH, Johnson J, Watt I, Tsipa A, O'Connor DB. Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review. PLoS One. 2016;11(7).
23. Prins JT, Van der Heijden F, Hoekstra-Weebers J, Bakker A, Van de Wiel H, Jacobs B, et al. Burnout, engagement and resident physicians' self-reported errors. Psychol Health Med. 2009;14(6):654-66.
24. Kay M, Mitchell G, Clavarino A, Doust J. Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience. Br J Gen Pract. 2008;58(552):501-8.
25. Kay M, Mitchell G, Del Mar C. Doctors do not adequately look after their own physical health. Med J Aust. 2004;181(7):368–70.
26. Kay M, Mitchell G, Clavarino A, Frank E. Developing a framework for understanding doctors' health access: a qualitative study of Australian GPs. Aust J Prim Health. 2012;18(2):158.
27. Benabdejlil H, Alix T, Vallespir B. Pour la modelisation des parcours de soins Exemple de la BPCO. In: GISEH:« L'hôpital: une entreprise comme les autres? » [Internet]. 2014 [cité 6 déc 2016]. p. 105. Disponible sur: https://www.researchgate.net/profile/Hajar_Benabdejlil2/publication/279832110_BPMN_pour_la_modelisation_des_parcours_de_soins_Exemple_de_la_BPCO/links/559fad8308ae362b69006d96
28. Le portail du service public de la Sécurité sociale / Présentation de la réforme de l'Assurance [Internet]. [cité 6 déc 2016]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/Presentation-de-la-reforme-de-l-Assurance-maladie-de-2004
29. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie | Legifrance [Internet]. [cité 6 déc 2016]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2004/8/13/SANX0400122L/jo#JORFSCTA000000906627
30. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Médecin traitant, Négociations 2016 Réunion du 1er Juin 2016 [Internet]. 2016 [cité 5 févr 2017]. Disponible sur: http://www.apima.org/img_bronner/160601_seance_MT_forfait_patientele.pdf
31. Le Breton Lerouvillois G, Rault JF. Atlas de la démographie médicale 2016 [Internet]. CNOM; 2016 [cité 5 févr 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
32. DREES. Dossier : la démographie des médecins (RPPS) au 1er janvier [Internet]. [cité 22 mars 2017]. Disponible sur: http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx
33. Leriche B, Biencourt M, Bouet P, Carton M, Cressard P, Faroudja JM, et al. Le médecin malade. Rapport de la Commission Nationale [Internet]. 2008 [cité 2 janv 2015];28. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/lemedecinmalade.pdf
34. Despres P, Grimbert I. Santé physique et psychique des médecins généralistes. DREES. juin 2010;731.
35. Conseil Départemental de l'Ordre des médecins de Seine-Maritime et de l'Eure. Enquête sur la santé des médecins libéraux de Haute-Normandie [Internet]. 2008 [cité 5 févr 2017]. Disponible sur: http://www.apima.org/img_bronner/enquete_HN_soigne_medecin.pdf
36. Gillard L. La santé des généralistes [Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Paris; 2006.
37. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel

chez les médecins généralistes. Presse Médicale. 2004;33(22):1569-74.
38. Dusmesnil H, Saliba Serre B, Régi J-C, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. Santé Publique. 2009;21(4):355-64.
39. Chocard AS, Juan F. Le suicide des médecins. Revue de la littérature. Rev Fr Psychiatr Psychol Médicale. 2003;7(65):23-9.
40. Leopold Y. Les chiffres du suicide chez les médecins. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2003.
41. Beaujouan L, Czernichow S, Pourriat JL, Bonnet F. Prévalence et facteurs de risque de l'addiction aux substances psychoactives en milieu anesthésique : résultats de l'enquête nationale. An Fr Anesth Réanimation. 2005;24(5):471-9.
42. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Gautier A. Baromètre santé, médecins-pharmaciens 2003. Saint-Denis: Éd. INPES; 2005.
43. Aasland OG, Hem E, Haldorsen T, Ekeberg Ø. Mortality among Norwegian doctors 1960-2000. BMC Public Health. 2011;11(1):173.
44. Frank E, Biola H, Burnett CA. Mortality rates and causes among US physicians. Am J Prev Med. 2000;19(3):155–159.
45. Rimpelä A, Pulkkinen P, Nurminen M, Rimpelä M, Valkonen T. Mortality of doctors: do doctors benefit from their medical knowledge? The Lancet. 1987;329(8524):84–86.
46. Carpenter LM, Swerdlow AJ, Fear NT. Mortality of doctors in different specialties: findings from a cohort of 20000 NHS hospital consultants. Occup Environ Med. 1997;54(6):388–395.
47. Svärdsudd K, Wedel H, Gordh T. Mortality rates among Swedish physicians: a population-based nationwide study with special reference to anesthesiologists. Acta Anaesthesiol Scand. 2002;46(10):1187–1195.
48. Auerbach JD, Weidner ZD, Milby AH, Diab M, Lonner BS. Musculoskeletal Disorders Among Spine Surgeons: Results of a Survey of the Scoliosis Research Society Membership. Spine. 2011;36(26):1715-21.
49. Dhimitri KC, McGwin G, McNeal SF, Lee P, Morse PA, Patterson M, et al. Symptoms of musculoskeletal disorders in ophthalmologists. Am J Ophthalmol. 2005;139(1):179–181.
50. Natarajan S, Nair AG. Is ophthalmology becoming a pain in the neck? Indian J Ophthalmol. 2016;64(6):413.
51. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among US and Canadian medical students. Acad Med. 2006;81(4):354–373.
52. Bíró É, Balajti I, Ádány R, Kósa K. Determinants of mental well-being in medical students. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2010;45(2):253-8.
53. Le Breton Lerouvillois G. La santé des étudiants et jeunes médecins [Internet]. CNOM; 2016 [cité 23 mars 2017] p. 99. (Commision jeunes médecins - Section santé publique et démographie médiclae). Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/sante_et_jeunes_medecins.pdf
54. Sauvegrain L. Enquête sur la santé et les besoins en santé des médecins libéraux de Loire - Atlantique [Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Université de Nantes; 2016.
55. Grau Coppieters F. Étude de faisabilité d'un service de médecine préventive pour les médecins généralistes du Languedoc-Roussillon [Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Faculté de Médecine de Montpellier; 2012.

56. Bonneaudeau S. LE MEDECIN/MALADE : Un patient comme les autres ? [Diplome d'Etat de Docteur en Médecine]. Paris Diderot;2011.
57. Carme J, Maglioli L. La santé du médecin généraliste : étude qualitative des freins à l'accès aux soins [Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Faculté de Médecine de Grenoble; 2015.
58. Padrós Selma J, Bruguera Cortada E, Bule Albiol C, Casas Brugué M. El Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt i el control de l'exercici professional [Internet]. Collegi Oficial de Metges de Barcelona i Fundació Galatea; 2013 [cité 20 déc 2016]. Disponible sur: http://www.fgalatea.org/pdf/paimm.pdf
59. Blais R, Safianyk C, Magnan A, Lapierre A. Médecin, guéris-toi toi-même. Enquête auprès de médecins ayant utilisé le Programme d'aide aux médecins du Québec. Can Fam Physician. 2010;56:383-9.
60. DuPont R, McLellan A, White W, Merlo L, Gold M. Setting the standard for recovery: Physicians' Health Programs. J Subst Abuse Treat. 2009;36(2):159-71.
61. Dispositifs français d'aide aux soignants. Médecine. 2015;11(9):439-41.
62. Verjus AL. Médecins libéraux des Savoie et Isère : étude épidémiologique des besoins d'un système de soins dédié à leur propre santé. [Diplome d'Etat de Docteur en Médecine]. Université Joseph Fournier Grenoble;2012.
63. Gontharet-Mariette MH. Définition du médecin traitant idéal pour la prise en charge de ses confrères. [Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Rouen; 2013.
64. Prod'homme M. Attentes et avis des médecins du Poitou-Charentes concernant la mise place d'un réseau de soins destiné aux soignants [Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Université de Poitiers; 2012.
65. Benkhadra K, Adusumalli J, Rajjo T, Hagen PT, Wang Z, Murad MH. A survey of health care needs of physicians. BMC Health Serv Res [Internet]. 2016 [cité 28 mars 2017]. Disponible sur: http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1728-4
66. Stéthos international. Les souffrances des professionnels de santé. Association SPS; 2015.
67. George S, Hanson J, Jackson JL. Physician, heal thyself: a qualitative study of physician health behaviors. Acad Psychiatry. 2014;38(1):19-25.
68. Labeille G. Etude de l'autoprescription médicamenteuse chez les médecins généralistes de Rhône - Alpes [Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Université Claude Bernard - Lyon 1; 2013.
69. Fox F, Harris M, Taylor G, Rodham K, Sutton J, Robinson B, et al. What happens when doctors are patients? Qualitative study of GPs. Br J Gen Pract. 2009;59(568):811-8.
70. Gombert A. Les attentes des medecins generalistes concernant leur prise en charge medicale sont-elles en adequation avec les interventions proposées ? [Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Université d'Angers; 2012.
71. Rø K, Gude T, Aasland OG. Does a self-referral counselling program reach doctors in need of help? A comparison with the general Norwegian doctor workforce. BMC Public Health.2007;7(1):36-44
72. Warhaft N. The victorian doctors health program: the first 3 years. Med J Aust. 2004;181(7):376–379.

ANNEXE

Etude « L'aMELI-Santé » - La Santé des **ME**decins **LI**béraux

Chères consœurs, chers confrères.
Je suis interne de médecine générale en Océan Indien.
J'effectue une thèse sur le parcours de soin des médecins libéraux, toutes spécialités confondues.
En effet, notre situation de professionnels de santé amenés à être patients est unique. Cette singularité mérite d'être explorée. Des travaux de thèse dans ce champ de recherche sont déjà publiés dans certaines facultés métropolitaines, avec parfois même déjà des applications pratiques.
Elle s'inscrit dans un travail global entamé actuellement par plusieurs internes de médecine générale océan indien, avec nous l'espérons une continuité dans d'éventuelles concrétisations pratiques loco-régionales.
Vous pouvez m'envoyer un e-mail si vous souhaitez vous voir communiquée la date de soutenance :
sylvainrobr@gmail.com.
Très confraternellement,
ROBERT Sylvain

1. Sexe : Femme ☐ Homme ☐

2. Spécialité : Généraliste ☐ Autre spécialité ☐
Si case « Autre spécialité » cochée, pouvez-vous préciser ?

3. Durée d'exercice :
5 ans ou moins ☐ Entre 6 et 10 ans ☐ Entre 11 et 20 ans ☐ plus de 21 ans ☐

4. Combien de temps mettriez-vous pour vous rendre de votre domicile au centre hospitalier le plus proche ?
Moins de 15mn ☐ Entre 16 et 30mn ☐ Plus de 30mn ☐

5. Avez-vous un médecin traitant déclaré ?
Oui, moi même ☐
Oui, un confrère ou consœur généraliste ☐
Oui, un confrère ou consœur spécialiste ☐
Non ☐
Ne sait pas ☐

6. Êtes-vous atteint d'une pathologie chronique ? Oui ☐ Non ☐

7. Êtes-vous pris en charge au titre d'une Affection Longue Durée ? Oui ☐ Non ☐

8. Ces douze derniers mois, vous avez consulté un médecin généraliste libéral :
1 fois ☐
2 à 4 fois ☐
Plus de 4 fois ☐
Jamais ☐

9. Ces douze derniers mois, vous avez consulté un médecin spécialiste libéral :
1 fois ☐
2 à 4 fois ☐
Plus de 4 fois ☐
Jamais ☐

10. Ces douze derniers mois, vous avez consulté un médecin hospitalier :
1 fois ☐
2 à 4 fois ☐
Plus de 4 fois ☐
Jamais ☐

11. Quel médecin consultez-vous le plus souvent en 1ère intention ?

Moi-même ☐
Un médecin généraliste libéral ☐
Un médecin spécialiste libéral ☐
Un médecin hospitalier ☐

12-14. Vos propres médicaments, examens complémentaires et avis médicaux complémentaires vous concernant sont prescrits :

	Médicaments	Examens complémentaires	Avis médicaux complémentaires
Toujours par moi-même	☐	☐	☐
Souvent par moi-même	☐	☐	☐
Souvent par un autre médecin	☐	☐	☐
Toujours par un autre médecin	☐	☐	☐

15. Eprouvez-vous un ou des freins à consulter un autre médecin pour votre propre santé ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui à la question précédente, ces freins peuvent être :

Difficultés relationnelles avec les pairs ☐
Intimité avec les pairs ☐
Gêne globale à consulter un pair ☐
Difficulté à se projeter comme patient ☐
Difficulté à déléguer ma santé à un tiers ☐
Connaissances médicales suffisantes pour ma santé ☐
Recul suffisant par rapport à moi-même ☐
Peu d'intérêt pour ma santé ☐
Crainte du diagnostic ☐
Manque de temps ☐
Couverture sécurité sociale et/ou mutuelle non à jour ☐
Autres ☐

Si case « Autres » cochée, pouvez –vous préciser ?

16. Etes-vous vous-même influencé(e) quand vous recevez un(e) patient(e) médecin ?

Oui, plutôt motivant ☐
Oui, plutôt gênant ☐
Non ☐
Ne sait pas ☐

17. Ressentez-vous le besoin de structures ou systèmes de soins dédiés aux médecins libéraux ?

Oui ☐ Non ☐

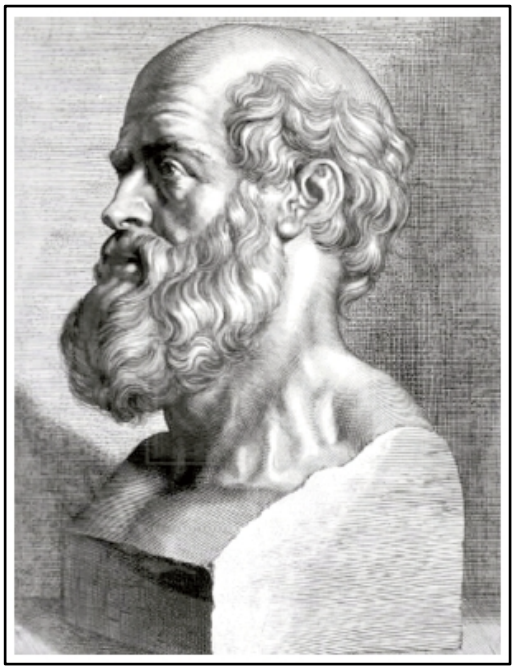
18. Questions – Remarques diverses

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.



J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque

RESUME

Introduction : dans le parcours de soins coordonnés tel que défini par la loi du 13 août 2004, le médecin libéral est un patient singulier. Il peut s'auto-déclarer médecin traitant, s'auto-prescrire et ne dispose pas de médecine du travail. Ce constat a débouché sur des prises en charge spécifiques à l'étranger et plus récemment en France.
Ce travail a pour objectif de caractériser le parcours de soins coordonnés et les habitudes de soins des médecins libéraux à la Réunion.

Matériel et méthode : nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive transversale par recueil d'opinion. L'inclusion s'est étendue du 29/09/2016 au 29/01/2016.

Résultats : nous avons reçu 329 questionnaires, dont 328 exploitables soit 21,8% de la population cible.
72,3% étaient médecins généralistes pour 27,7% de spécialistes non généralistes. Ils étaient pour 60,7% de l'échantillon auto-déclarés comme médecin traitant. Les comportements d'auto-prescription étaient de 95,1% pour les médicaments, 86,6% pour les examens complémentaires et 75% pour les avis médicaux complémentaires. 38,7% des médecins éprouvaient des freins à la consultation de pair. Le manque de temps était le frein le plus fréquemment rencontré (55,9%), avec une médiane de freins déclarés à 2. 35,1% étaient intéressés par une prise en charge spécifique.

Conclusion : les médecins libéraux sont donc très majoritairement auto-déclarés comme médecin traitant et l'auto-prescription est le comportement le plus souvent rencontré. Globalement, ils ne sont qu'un tiers des médecins intéressés par un système dédié. Néanmoins, notre étude montre que les jeunes médecins expriment davantage de freins dans leur recours aux pairs, qu'ils sont plus gênés lorsqu'un pair les consulte et qu'ils sont davantage intéressés par un système de soins (40%). Il serait pertinent de mieux étudier cette tendance, dans un contexte où la féminisation de la profession s'accroît ainsi que la volonté de préservation de la qualité de vie privée.

Mots Clefs : médecin malade, parcours de soins coordonnés, médecin traitant, médecine libérale, auto-prescription, relation d'aide.