



HAL
open science

Avantages, freins et compétences attendues pour choisir un médecin généraliste, autre que soi-même, comme médecin traitant

Élise Dal Soglio

► To cite this version:

Élise Dal Soglio. Avantages, freins et compétences attendues pour choisir un médecin généraliste, autre que soi-même, comme médecin traitant. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01921325

HAL Id: dumas-01921325

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01921325v1>

Submitted on 13 Nov 2018

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

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

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2018

N° 18

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Avantages, freins et compétences attendues pour choisir un médecin
généraliste autre que soi-même comme médecin traitant

Présentée et soutenue publiquement
le 15 février 2018

Par

Élise DAL SOGLIO

Née le 1^{er} mars 1988 à Juvisy-sur-Orge (91)

Dirigée par M. Le Docteur François Bloedé, MCA

Jury :

M. Le Professeur Alain Lorenzo, PU Président

Mme Le Docteur Gladys Ibanez, MCU

M. Le Docteur Antoine De Beco, MG



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

Remerciements

A Monsieur le Professeur Alain Lorenzo, Président du jury

Je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury et de me faire l'honneur de lire et de juger mon travail.

A Monsieur le Docteur François Bloede, Directeur de thèse

Je te remercie d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse.

Merci de m'avoir guidée et accompagnée tout au long de ce projet, merci pour ta bienveillance et tes conseils avisés pour aboutir à ce travail.

Aux autres membres du jury

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury et de me faire l'honneur de juger mon travail.

Aux membres de la SFTG

Je vous remercie pour votre aide dans la réalisation de mon travail. Je remercie tout particulièrement Monsieur le Pr. Hector Falcoff, responsable du groupe recherche de la SFTG, de m'avoir fait confiance et d'avoir accepté de diffuser mon questionnaire.

A mes Professeurs et Maîtres de stage

Merci de m'avoir transmis votre savoir et votre passion pour la médecine générale.

A Etienne, mon amour

Je te remercie pour ton aide, ta patience et ton soutien inconditionnel durant toute cette longue aventure. Rien ne serait pareil sans toi.

A Baptiste

Merci pour ton immense aide dans la réalisation de ce projet.

A mes parents

Je vous remercie d'avoir cru en moi depuis le début et de m'avoir épaulée durant toutes ces années. J'ai une chance incroyable d'être votre fille.

A mes sœurs, Claire et Inès

Merci pour votre aide et votre soutien infallible depuis toujours.

A mes amies Anne-Claire, Raphaëlle, Lise et Cécile

Merci d'être à mes côtés depuis tant d'années.

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	2
1. INTRODUCTION	9
1.1. LE MEDECIN TRAITANT : HISTOIRE, DEFINITIONS, ROLES.....	10
1.1.1. UN POINT D’HISTOIRE	10
1.1.2. DEFINITIONS ET ROLES DU « MEDECIN TRAITANT ».....	12
1.1.3. PRINCIPES LEGAUX DE FONCTIONNEMENT DU « MEDECIN TRAITANT »	14
1.2. BENEFICES ET AVANTAGES DU MEDECIN TRAITANT.....	15
1.3. AUTOMEDICATION	16
1.4. COMPETENCES ATTENDUES D’UN BON MEDECIN	18
1.4.1. DEFINITION DE LA SOCIETE EUROPEENNE DE MEDECINE GENERALE : LA WONCA EUROPE	18
1.4.2. COMPETENCES ET DEFINITION D’UN « BON MEDECIN » DANS LA LITTERATURE SCIENTIFIQUE	18
2. METHODE ET SUPPORT	20
2.1. TYPE D’ENQUETE, POPULATION ETUDIEE, SUPPORT.....	20
2.2. ELABORATION DU QUESTIONNAIRE	20
2.2.1. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE ET MOTS CLES.....	20
2.2.2. PREMIER TEST DU QUESTIONNAIRE LORS DE LA REUNION DU GROUPE RECHERCHE DE LA SFTG LE 9 MARS 2017.....	21
2.2.3. DEUXIEME TEST DU QUESTIONNAIRE PAR UN FOCUS GROUP.....	21
2.3. RECUEIL DES DONNEES EN DEUX TEMPS.....	22
2.3.1. CONGRES NATIONAL DE MEDECINE GENERALE DU 30 MARS AU 1 ^{ER} AVRIL 2017	22
2.3.2. MAILING LIST SFTG	22
2.4. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES	22
2.4.1. DONNEES PAPIER	22
2.4.2. DONNEES NUMERIQUES	23
2.4.3. ANALYSE STATISTIQUE DES DONNEES	23
2.5. ETHIQUE	23

3. RESULTATS	24
3.1. RECRUTEMENT	24
3.2. CARACTERISTIQUES DE LA COHORTE	25
3.3. MEDECIN TRAITANT ET TYPES DE MEDECIN TRAITANT	27
3.4. NOMBRE ET TYPE DE CONSULTATIONS	29
3.5. ESTIMATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE	31
3.6. AVANTAGES AU CHOIX D'UN MEDECIN TRAITANT GENERALISTE AUTRE QUE SOI-MEME	32
3.6.1. AVANTAGES DANS LA POPULATION GENERALE DE L'ETUDE	32
3.6.2. AVANTAGES SELON LE TYPE DE MEDECIN TRAITANT ET DE LA PRESENCE D'UNE ALD.....	32
3.7. FREINS AU CHOIX D'UN MEDECIN TRAITANT GENERALISTE AUTRE QUE SOI-MEME	40
3.7.1. FREINS DANS LA POPULATION GENERALE DE L'ETUDE	40
3.7.2. FREINS SELON LE TYPE DE MEDECIN TRAITANT ET DE LA PRESENCE D'UNE ALD.....	40
3.8. COMPETENCES	48
3.8.1. ANALYSE DANS LA POPULATION GENERALE DES COMPETENCES PRIMORDIALES	48
3.8.2. COMPETENCES SELON LE TYPE DE MEDECIN TRAITANT	49
3.8.3. COMPETENCES SELON LA PRESENCE D'UNE ALD	53
4. DISCUSSION	57
4.1. RAPPEL DES PRINCIPAUX RESULTATS.....	57
4.2. FORCES DE L'ETUDE	59
4.3. LIMITES DE L'ETUDE.....	60
4.4. INTERPRETATION DES RESULTATS ET CONFRONTATION A LA LITTERATURE.....	61
5. CONCLUSION	67
BIBLIOGRAPHIE	69
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE DANS SA VERSION PAPIER.....	71

Table des tableaux

Tableau 1: Caractéristiques générales de la cohorte N°1	25
Tableau 2: Caractéristiques générales de la cohorte N°2	26
Tableau 4: Caractéristiques de la population en fonction du type de médecin traitant.....	28
Tableau 5: Analyse du nombre et du type de consultations en fonction du sexe.....	30
Tableau 6: Analyse du nombre et du type de consultations en fonction du type de médecin traitant.....	30
Tableau 8: Réponses apportées au questionnaire avantage en fonction de l'existence d'un MT	35
Tableau 9: Réponses apportées au questionnaire avantage en fonction du type de MT	37
Tableau 10: Réponses apportées au questionnaire avantage en fonction de la présence d'une ALD.....	39
Tableau 11: Réponses apportées au questionnaire frein en fonction de l'existence d'un MT ..	43
Tableau 12: Réponses apportées au questionnaire frein en fonction du type de MT.....	45
Tableau 13: Réponses apportées au questionnaire frein en fonction de la présence d'une ALD	47
Tableau 14: Réponses apportées au questionnaire compétences en fonction du type de MT..	52
Tableau 15: Comparaison de l'importance de la coordination des soins chez les patients en ALD et sans ALD.....	53
Tableau 16: Comparaison de l'importance du respect des recommandations chez les patients en ALD et sans ALD	53
Tableau 17: Comparaison de l'importance de ne pas avoir peur de moi médecin chez les patients en ALD et sans ALD.....	54
Tableau 18: Réponses apportées au questionnaire compétences en fonction de la présence d'une ALD	56
Tableau 19: Comparaison des effectifs de l'étude avec ceux de la population nationale de médecins généralistes	60

Table des figures

Figure 1 : Référentiel métier et compétences des médecins généraliste	13
Figure 2 : Inclusion des médecins	24
Figure 3: Nombre de compétences citées.....	49

Table des abréviations

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

AMO : Assurance Maladie Obligatoire

ANAES : Agence Nationale pour l'Accréditation et l'Evaluation en Santé

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations
of General Practitioners

CNGE : Collège National des Généraliste Enseignants

ALD : Affection longue durée

CNP : Commission Nationale Permanente

SFTG : Société de Formation Thérapeutique du Généraliste

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

NA : no answer (= pas de réponse disponible)

MT : médecin traitant

Autre méd. : Autre médecin

sd : écart type

Min : minimum

Max : maximum

1. Introduction

En août 2004, lors de la réforme de l'assurance maladie, le dispositif du médecin traitant est mis en place. Un point d'information de l'assurance maladie paru janvier 2009 indiquait que 85% des assurés avaient déclaré un médecin traitant. Parmi eux 99,5% ont choisi un généraliste comme médecin traitant. ^{1 2}

Peut être médecin traitant tout médecin inscrit à l'Ordre quelle que soit sa spécialité (généraliste ou autre), qu'il soit hospitalier, libéral, urgentiste ou salarié d'un centre de santé. Il n'y a donc pas d'interdiction pour se déclarer comme son propre médecin traitant.

Ainsi un rapport de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) publiait en 2010 une étude montrant que 84% des médecins étaient leur propre médecin traitant. ³

On peut imaginer que ceci conduit à une automédication.

Bien que l'automédication soit dangereuse, elle est très largement pratiquée par les médecins. Dans le rapport du Conseil National de l'Ordre de juin 2008 une partie du texte est consacrée à la mise en garde contre cette pratique et va jusqu'à évoquer son interdiction. ⁴

Les médecins ont souvent du mal à s'avouer malades et à se voir eux même comme patient. C'est ce que décrit une étude qualitative réalisée en Irlande du Nord. ⁵ Face à la maladie l'attitude des médecins est soit de minimiser leurs symptômes, soit de les sur-interpréter.

Ces situations nuisent au suivi des médecins en tant que patient et peuvent amener à des erreurs ou des retards diagnostics.

Plusieurs études portant sur ce qu'attendent les patients de leur médecin ont déjà été publiées. Il en ressort une liste de compétences et de qualités telles qu'un bon diagnostic, l'écoute, l'intégrité et la formation continue. ^{6 7 8}

Mais l'opinion des médecins n'est peut être pas toujours la même que celle des patients. Il serait intéressant de connaître leur vision et les attentes qu'ils ont sur la question des qualités attendues de leur propre un médecin traitant.

Les médecins généralistes représentent la très grande majorité des médecins traitants de la population et sont au cœur de la santé des patients. Leur rôle est primordial dans la prise en charge globale des patients. Mais eux-mêmes ne peuvent en bénéficier s'ils se déclarent leur propre médecin traitant.

Ces réflexions nous ont amené à poser la question suivante à nos confrères :

Quels sont les avantages, les freins et les compétences attendues pour choisir un médecin généraliste autre vous-même comme médecin traitant ?

Comprendre ce que les généralistes attendent de leur propre médecin et les freins qu'ils rencontrent pour choisir un médecin traitant autre qu'eux-mêmes, permettrait de comprendre pourquoi ils sont une majorité à faire le choix de ne pas avoir un médecin traitant indépendant. L'objectif de ce travail est de susciter une réflexion autour de ces questions pour les inciter à changer de comportement ou tout du moins à faire un choix de façon éclairée.

1.1. Le médecin traitant : Histoire, définitions, rôles

1.1.1. Un point d'Histoire

La pratique de la médecine et plus particulièrement de la médecine générale n'a pas toujours été aussi réglementée et encadrée qu'aujourd'hui.

C'est en 1971 qu'est signée la première convention médicale qui lie entre eux tous les médecins, à l'exception de ceux manifestant explicitement leur refus. Les médecins s'engagent alors à créer une nomenclature des actes médicaux qui servira à fixer les tarifs médicaux conventionnels.

S'ensuivent différentes conventions, avec la création au cours des années de nombreux concepts et innovations. Ainsi en 1976 apparaît, dans la 2^{ème} convention, la notion de « tiers payant » pour les actes médicaux coûteux. En 1976 a lieu la création des deux secteurs conventionnels, et en 1985 sont établis, dans la 4^{ème} convention, les lettres clés servant à la cotation des actes. C'est en janvier 1993, avec la loi dite « loi Teulade » qu'est décrit pour la première fois le « dossier médical » tenu par le médecin. Celui-ci nous paraît aujourd'hui comme une évidence dans la bonne pratique de la médecine générale mais il n'existe légalement que depuis moins de 25 ans.

Un autre changement majeur a lieu en 1997 avec la mise en place du principe de « médecin généraliste référent » qui a duré 7 ans. Il s'agissait d'un système dans lequel des patients

volontaires et âgés de plus de 16 ans s'engageaient à consulter en premier recours un seul médecin, leur médecin référent. En contrepartie ils bénéficiaient de la tenue d'un dossier médical, d'une tarification conventionnelle en secteur 1 et du tiers payant sur la part AMO (Assurance Maladie Obligatoire). L'adhésion au système de médecin référent n'était pas obligatoire et aucune sanction n'existait pour les patients n'y adhérant pas.

Le médecin de son côté s'engageait au respect des recommandations de l'ANAES (Agence Nationale pour l'Accréditation et l'Evaluation en Santé) et de l'Agence du Médicament, à la prescription de médicaments génériques moins chers, au respect des tarifs conventionnels et à assurer la permanence des soins. Le médecin participait aussi à l'évaluation de la pratique médicale avec ses pairs, et il bénéficiait en contrepartie d'une prime annuelle par patient s'élevant à 150 Francs (22€90).

L'entrée dans le système du médecin référent était optionnelle autant pour les médecins que pour les patients. Ceux qui voulaient s'engager devaient signer un « contrat de suivi médical » liant le patient et son médecin généraliste devenu ainsi médecin référent.^{9 10 11}

Ce système n'a connu qu'un faible succès : 6 000 médecins et un million d'assurés y ont adhéré. Il représente néanmoins les prémices de notre système actuel organisé autour du médecin traitant.

Faisant suite au système du médecin référent, apparaît dans la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, le système du « médecin traitant » qui remplacera le médecin référent.¹²

1.1.2. Définitions et rôles du « médecin traitant »

Selon le dictionnaire Larousse, un médecin traitant est « *un médecin qui soigne habituellement un patient* ». Cette définition très succincte ne reflète pas la complexité et l'importance du rôle du médecin traitant. On a envie d'en savoir plus...

En 2002 la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners) Europe, société académique et scientifique représentant la médecine générale en Europe, avait donné une définition plus complète de la spécialité de la médecine générale :

*« Les médecins généralistes - médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrée par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins de santé et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients. »*¹³

De son côté, le Collège National des Généraliste Enseignants (CNGE) donne une définition de la médecine générale à travers 5 fonctions (cf. Figure 1) :

- Le premier recours
- La prise en charge globale
- La coordination des soins, la synthèse
- La continuité des soins, le suivi au long cours
- La Santé publique : le dépistage, la prévention

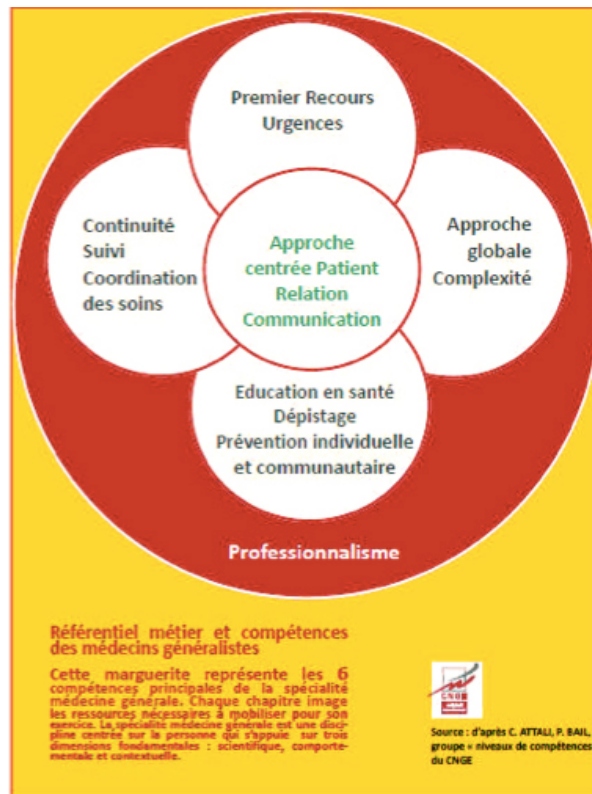


Figure 1 : Référentiel métier et compétences des médecins généraliste

Du point de vue législatif, la loi santé d'août 2004 décrit les missions du médecin traitant dont la principale est l'organisation du parcours de soins coordonné de ses patients. Le médecin traitant a pour rôle de gérer le dossier médical du patient, de coordonner les soins, de prescrire s'il le juge nécessaire la consultation d'un autre médecin (généraliste ou autre spécialiste), de rédiger le protocole de soin comportant les éléments justifiant l'admission en ALD (affection longue durée) et d'assurer une prévention personnalisée (vaccinations, dépistage, aide au sevrage du tabac, conseils de nutrition...).¹⁴

A la lueur de ces définitions, on comprend mieux le rôle primordial du médecin généraliste et par extension du médecin traitant.

1.1.3. Principes légaux de fonctionnement du « médecin traitant »

Le principe du « médecin traitant » est différent de celui du « médecin référent » car il passe d'un fonctionnement incitatif à un fonctionnement dissuasif pour les patients.

L'adhésion repose sur une déclaration signée d'un commun accord par le patient et le médecin. La déclaration est nominative, même si le médecin exerce dans un cabinet avec plusieurs médecins, le patient doit choisir un médecin spécifiquement. Le médecin comme le patient, peuvent refuser de signer le contrat sans avoir à se justifier.

Le patient peut changer à tout moment de médecin traitant en signant une nouvelle déclaration avec un autre médecin.

Aucune durée d'engagement n'est spécifiée dans le contrat.

Contrairement au système de médecin référent où seul un médecin généraliste pouvait être médecin référent, n'importe quel médecin peut être médecin traitant dès qu'il est inscrit à l'Ordre des Médecins. Il n'y a pas d'interdiction à être son propre médecin traitant ou à être celui de ses proches.

Dans le cadre du parcours de soins coordonné, 70% du tarif conventionnel est remboursé par la Sécurité Sociale. Si le patient n'a pas de médecin traitant ou consulte en dehors du parcours de soins coordonné, le taux de remboursement est abaissé à 30% et les mutuelles ne prendront pas en charge le surcoût considérant que la base de remboursement est de 70%.

Il s'agit donc d'un argument dissuasif pour les patients qui, s'ils veulent être correctement remboursés, n'ont pas d'autre option que de choisir un médecin traitant.

Du côté du médecin il n'y a pas de sanction particulière prévue.

Il bénéficie d'un forfait annuel de 5€ par patient pour son travail de coordination, ce forfait s'élève à 40€ pour les patients en ALD (non cumulable avec le forfait médecin traitant).

1.2. Bénéfices et avantages du médecin traitant

Il peut apparaître comme une évidence qu'avoir un médecin traitant permet aux patients d'avoir une prise en charge globale optimale, un suivi médical dans la durée, et d'établir une relation de confiance et de qualité.

Mais qu'en est-il objectivement ?

Une étude de l'Assurance Maladie parue en janvier 2009¹, soit 4 ans après la mise en place du système de médecin traitant, a déjà montré une évolution favorable dans 3 des objectifs de santé publique (la iatrogénie, le dépistage et la prévention) :

- Durant l'hiver 2007-2008, la couverture vaccinale des personnes âgées de plus de 65 ans et ayant déclaré un médecin traitant était de 67% contre 64% dans l'ensemble de cette classe d'âge ;
- Concernant le dépistage du cancer du sein, en 2008 le taux global de dépistage était de 70% alors qu'il n'était que de 35% chez les femmes n'ayant pas de médecin traitant ;
- Sur le plan de la iatrogénie médicamenteuse, le nombre de personnes de plus de 65 ans consommant des benzodiazépines à demi-vie longue avait baissé de 7,5% entre 2007 et 2008.

Ces données nous confirment le bénéfice pour la population générale à déclarer un médecin traitant, mais qu'en est-il pour les patients qui sont eux-mêmes médecins généralistes ?

Très peu d'études recherchent les avantages pour les médecins à choisir un médecin traitant autre qu'eux-mêmes.

Une étude australienne parue en 2004 dans le « Medical Journal of Australia »¹⁵ explorait la santé physique et mentale du médecin généraliste. Dans cette étude était également abordée la question du suivi médical de ces généralistes et l'auteur citait 2 avantages à avoir un médecin traitant indépendant : faciliter l'accès au système de santé quand nécessaire et permettre une meilleure délivrance des soins de prévention en accord avec une « evidence based medicine », médecine basée sur des preuves scientifiques.

1.3. Automédication

Après avoir abordé la question des avantages du médecin traitant notamment pour les médecins eux-mêmes, la question des inconvénients à ne pas en avoir se pose aussi, notamment concernant l'automédication.

Dans une thèse réalisée par Laurence Gillard en 2006 ¹⁶ sur la santé des généralistes, il apparaissait que dans une situation médicale aiguë, 42% des généralistes ne consultaient pas. Face à cette situation, 17% avaient réalisé des examens complémentaires sans demander d'avis médical, et 23% n'avaient pris ni conseil ni réalisé d'examen complémentaire. Concernant le renouvellement de traitements chroniques, ce qui est une consultation classique en médecine générale, 60% des médecins se l'auto-prescrivaient. Autre point marquant, 84% des médecins ayant consommé des psychotropes se les étaient auto-prescrits.

En 2008, un rapport de la Commission Nationale Permanente (CNP) traitant du « médecin malade » ⁴ évoquait dans les points essentiels les dangers de l'automédication dans les pathologies organiques et psychologiques. L'automédication « *perturbe l'expression des pathologies et rend plus périlleuse l'élaboration d'une stratégie diagnostique et thérapeutique* ». La CNP évoquait l'idée d'encadrer cette auto-prescription et incitait fortement à ne pas être son propre médecin traitant.

Les mêmes phénomènes s'observent également à l'étranger. Une étude australienne réalisée auprès de 358 médecins montrait que 90% des participants jugeaient acceptable de s'automédiquer lors de pathologies aiguës et 25% des médecins s'automédiquaient également pour des pathologies chroniques.¹⁷

Une autre étude menée sur de 4 198 médecins de Hong Kong montrait que 64% n'avaient pas consulté la dernière fois qu'ils avaient été malades, et parmi eux 62% s'étaient auto-prescrit un traitement.¹⁸ Dans la population étudiée, seulement 31% des médecins estimaient nécessaire d'avoir un médecin généraliste et ce chiffre s'abaissait à 22% chez les médecins s'étant auto-prescrit un traitement.

En Irlande une revue systématique de 27 études publiée en 2011, montrait que dans 76% des études l'automédication était pratiquée par plus de 50% de la population étudiée.¹⁹

On constate que l'automédication est une pratique courante que ce soit en France ou de part le monde. Les différentes études s'accordent à dire qu'elle peut mettre en danger le médecin et par conséquent ses patients.

L'automédication est fortement liée au report voire à la non consultation d'un confrère en cas de pathologie aigue ou chronique. Les médecins se retrouvent ainsi seuls face à leur maladie et prennent des décisions pour leur santé qui ne peuvent pas être entièrement objectives et optimales.

Nous sommes des êtres humains et beaucoup d'entre nous se sont déjà retrouvés confrontés à la difficulté de soigner un proche. Alors que pouvons nous attendre de nous-même face à nos propres maux ? Avoir un médecin traitant de confiance aiderait à limiter ces pratiques. Cela la plupart des médecins en ont conscience mais ne l'appliquent pas.

Quels avantages et quels freins rencontrent-ils à choisir un médecin traitant indépendant, autre qu'eux-mêmes ?

1.4. Compétences attendues d'un bon médecin

1.4.1. Définition de la société européenne de médecine générale : la WONCA Europe

La WONCA a proposé en 2002 une définition de la spécialité de la médecine générale répartie en six compétences fondamentales ¹³ :

- La gestion des soins de santé primaire : premier recours et coordination,
- Les soins centrés sur la personne : approche centrée patient, établir une relation de confiance médecin-malade, assurer la continuité des soins,
- L'aptitude spécifique à la résolution de problèmes : analyse décisionnelle, gérer les situations à un stade précoce et indifférencié, intervenir dans l'urgence si nécessaire,
- L'approche globale : gérer simultanément les problèmes aigus et chroniques, éducation pour la santé,
- L'orientation communautaire : réconcilier les besoins en soins médicaux des individus et de la communauté en équilibre avec les ressources disponibles,
- L'adoption d'un modèle holistique : prendre en compte les dimensions culturelles et existentielles.

Ces compétences s'appliquent dans trois champs d'activité (démarche clinique, communication avec les patients, gestion du cabinet) et selon trois dimensions spécifiques (contextuelle, comportementale et scientifique).

1.4.2. Compétences et définition d'un « bon médecin » dans la littérature scientifique

Plusieurs publications interrogeant les patients ont permis de mettre en évidence ce que cherchent les patients chez un « bon médecin ».

Dans deux études menées en France auprès de patients via des auto-questionnaires, les principales qualités citées étaient : l'écoute et des explications données en termes clairs, une bonne prise en charge et de solides connaissances.^{8 7}

Une revue de la littérature réalisée en 2010 par la faculté de médecine Pierre et Marie Curie et l'Université catholique de Louvain en Belgique a mis en évidence trois catégories de qualités d'un « bon médecin » : des compétences médicales, des compétences relationnelles et des

valeurs morales. A travers cette étude, ont pu être mises en évidence des différences de point de vue entre les soignants et les soignés. Ainsi les qualités citées en premier par les patients étaient l'écoute, l'empathie et le respect alors que du point de vue des soignants, les compétences cliniques et les connaissances théoriques ressortaient davantage.⁶

Une autre étude menée à Téhéran a cherché à montrer le point de vue de médecins universitaires. Dans un premier temps les patients devaient donner, selon eux, la définition d'un bon médecin ; puis des professeurs de l'université de Téhéran devaient classer par ordre d'importance les qualités précitées. Les professeurs désignaient en premier le recueil des antécédents et la relation patient- malade.²⁰

Bien que plusieurs travaux aient étudié ce que représente un « bon médecin » pour les patients et les soignants ainsi que les qualités qu'ils en attendent, au moment de la réalisation de ma bibliographie je n'ai pas trouvé d'étude réalisée auprès de médecins généralistes français exprimant leur point de vue.

Or comprendre ce qu'attendent les généralistes de leur propre médecin pourrait permettre d'aider les médecins à choisir un confrère qui réponde à leurs attentes et d'enseigner aux futurs médecins comment mieux prendre en charge leurs pairs.

2. Méthode et support

2.1. Type d'enquête, population étudiée, support

L'étude réalisée est une étude quantitative, observationnelle, sous forme d'enquête transversale.

La population étudiée est celle des médecins généralistes thésés. Il est nécessaire pour que l'étude ait un sens que les médecins inclus puissent faire le choix d'être leur propre médecin traitant ou non.

Le support choisi pour la réalisation de l'étude est un auto-questionnaire sous forme principalement de questions fermées dans le but d'obtenir des données statistiques chiffrées.

2.2. Elaboration du questionnaire

2.2.1. Recherche bibliographique et mots clés

La première étape de ce travail a été une revue de la littérature sur le thème de la santé des médecins généralistes, comment se prennent-ils en charge, qui les soigne ?

Puis dans un second temps nous avons cherché à savoir d'une part, qu'elles étaient les qualités et les compétences attendues des médecins, et d'autre part qui sont les médecins traitant des généralistes.

Les mots clés utilisés en français étaient : santé des médecins généralistes, qui soigne les médecins, prise en charge des médecins, suivi médical, médecins traitants des médecins.

Les mots clés utilisés en anglais étaient : health care, doctor's health, general practitioners, physicians, health behavior, self care, self medication, physician impairment.

Les sources utilisées provenaient des moteurs de recherche Google et Google Scholar et de PubMed.

Cette recherche bibliographique a permis d'élaborer une question précise qui sera le sujet de la thèse et de réaliser une première version du questionnaire.

2.2.2. Premier test du questionnaire lors de la réunion du groupe recherche de la SFTG le 9 mars 2017

La SFTG est un organisme de formation médicale continue des généralistes créé en 1977. Il s'agit d'une société savante indépendante qui exerce au niveau national dans différents domaines tels que la formation, la recherche, l'épidémiologie et les sciences humaines.

Afin de tester le questionnaire, de vérifier sa clarté et sa faisabilité j'ai présenté mon travail de thèse au groupe recherche de la SFTG (Société de Formation Thérapeutique du Généraliste). Les médecins présents étaient invités à remplir le questionnaire. Nous avons ainsi pu échanger sur la formulation de ma question, sur le fond et la forme du questionnaire ce qui m'a permis de le retravailler ensuite et de l'améliorer.

2.2.3. Deuxième test du questionnaire par un focus group

Le focus group est une méthode de recherche qualitative qui consiste à observer l'attitude d'un groupe et de collecter des informations sur un sujet ciblé. La discussion est animée par un modérateur qui réoriente le débat si nécessaire, afin d'étudier tous les champs possibles de la question. Un observateur recueille les informations sur des questions définies à l'avance.

Le 21 mars 2017 nous avons, avec mon directeur de thèse le Dr François BLOEDE, animé un focus group lors d'un groupe de pairs dont il fait partie. Cinq médecins généralistes et un interne en stage de niveau 2 chez le praticien étaient présents. Le Dr François BLOEDE jouait le rôle de modérateur, ce qui m'a permis d'observer les participants et de prendre des notes sur leurs remarques et interventions. L'entretien a été enregistré grâce à un dictaphone puis réécouté par le modérateur et l'observateur avant le débriefing.

Cette nouvelle étape n'a finalement pas amené à de grandes modifications du questionnaire mais nous a conforté dans sa qualité.

C'est à la suite de ce dernier test du questionnaire que la version définitive a été éditée.

(cf. annexe 1)

2.3. Recueil des données en deux temps

2.3.1. Congrès National de Médecine Générale du 30 mars au 1^{er} avril 2017

Le questionnaire a été imprimé en version papier, format A4 en une page recto-verso et distribué durant les 3 jours du congrès.

Il était clairement demandé aux participants de ne remplir le questionnaire qu'une seule fois.

J'ai distribué les questionnaires dans la file d'attente de retrait des badges et à l'entrée des amphithéâtres. Le questionnaire était également disponible en libre accès sur le stand de la SFTG.

La restitution des questionnaires s'est faite à la sortie des amphithéâtres et sur le stand SFTG où une urne avait été déposée à cet effet.

2.3.2. Mailing list SFTG

Afin d'augmenter le nombre de participants à l'étude, le questionnaire a ensuite été transcrit au format numérique via la plateforme GoogleForm®.

Après accord du groupe recherche, le questionnaire numérisé a été envoyé à tous les membres de la SFTG.

Il est resté disponible en ligne pendant une durée de 20 jours après laquelle aucun retour n'était accepté.

La durée des retours a été limitée afin de pouvoir commencer l'analyse des données. Nous avons estimé que les personnes souhaitant répondre au questionnaire le feraient avant la fin de ce délai. Au cours de la première semaine, 92,5% des réponses ont été reçues.

2.4. Traitement et analyse des données

2.4.1. Données papier

Les questionnaires papiers récupérés ont été triés pour exclure les médecins non thésés et ceux dont on ne connaissait pas le statut.

Les questionnaires des médecins inclus dans l'étude ont ensuite été retranscrits dans un tableau Excel® afin de pouvoir les analyser.

2.4.2. Données numériques

Les réponses aux questionnaires récupérés via GoogleForm® ont été retravaillées afin de les mettre au même format numérique que les données papier.

Le tout a constitué un tableau Excel® regroupant toutes les données.

2.4.3. Analyse statistique des données

Les données présentes dans le tableau Excel® ont été intégrées et analysées avec l'aide de Baptiste LOUVEAU (biostatisticien, interne en pharmacie) et du logiciel R 3.3.2. ® .

2.5. Ethique

Une demande a été envoyée à l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé) le 28 mars 2017.

L'étude a été enregistrée sous le numéro RCB 2017-A00923-50 (ce numéro permet d'identifier chaque recherche réalisée en France).

Les questionnaires étaient anonymes. Les participants pouvaient s'ils le souhaitent renseigner leur adresse mail afin de recevoir les résultats de l'étude.

3. Résultats

3.1. Recrutement

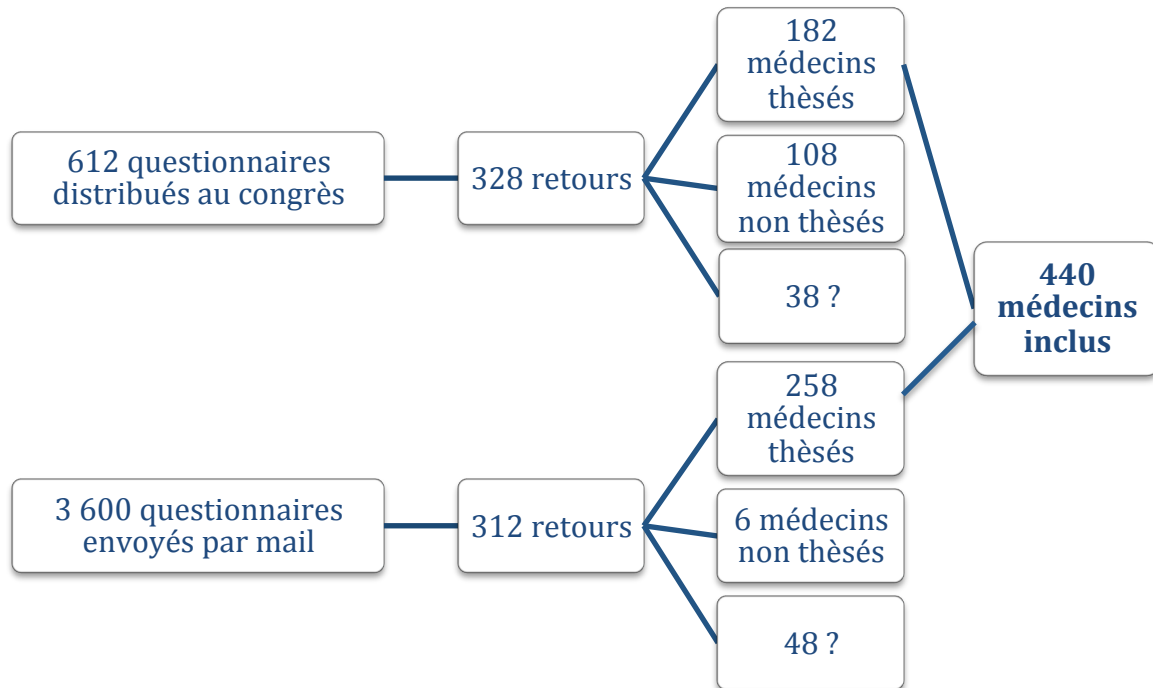


Figure 2 : Inclusion des médecins

Durant le Congrès National de Médecine Générale 612 questionnaires en version papier ont été distribués et 328 ont été retournés, soit 53,6% de retours.

Parmi les médecins qui ont répondu il y avait 182 médecins thésés, 108 non thésés et 38 qui n'avaient pas précisé leur statut.

Le nombre de médecins inclus dans l'étude lors de cette première étape du recueil de données était de 182 personnes.

Le questionnaire sous format numérique a été envoyé à 3 600 médecins membres de la SFTG. 312 médecins ont envoyé une réponse. Soit 8,7 % de retours.

Parmi eux, 258 étaient thésés, 6 n'étaient pas thésés et 48 personnes n'avaient pas précisé s'ils étaient thésés.

Le nombre de médecins inclus dans l'étude lors de cette deuxième étape du recueil de données était de 258 personnes.

J'ai considéré comme thésés les médecins qui avaient indiqué être collaborateur ou installé mais qui n'avait pas précisé s'ils étaient thésés car il s'agit d'une condition nécessaire à ces modes d'exercices. Ils ont donc été inclus dans l'étude.

Au total 440 médecins ont été inclus.

3.2. Caractéristiques de la cohorte

Dans la population étudiée 268 médecins sont des femmes et 170 sont des hommes (deux médecins n'ont pas précisé leur sexe).

La moyenne d'âge est de 47,1 ans.

La plupart sont des médecins installés (77,6%).

Parmi les autres, 9,7% sont remplaçants, 8,5% sont collaborateurs, 3,5% sont retraités et moins de 1% sont internes ou salariés.

.id	Variable	Hommes	Femmes	Total	valeur p
<i>Age en années</i>	Moyenne	52.7	43.5	47.1	
	Min	28	27	27	
	Max	70	73	73	< 0,0001
	Médiane	56.5	40	47	
	n	170	268	439	
	na	0	0	1	
	<i>Modalités d'exercice</i>	Installé	123 (82%)	189 (75%)	312 (77.6%)
Collaborateur		9 (6%)	25 (9.9%)	34 (8.5%)	
Remplaçant		7 (4.7%)	32 (12.7%)	39 (9.7%)	
Retraité		11 (7.3%)	3 (1.2%)	14 (3.5%)	< 0,0004
Interne		0 (0%)	1 (0.4%)	1 (0.2%)	
Salarié		0 (0%)	2 (0.8%)	2 (0.5%)	
NA		20	16	36	

Tableau 1: Caractéristiques générales de la cohorte N°1

77,6% des médecins interrogés n'avaient pas de maladie chronique, 16,5% avaient une maladie chronique et environ 6% en avaient plusieurs.

Parmi les médecins ayant une ou plusieurs maladies chroniques, 10,6% étaient en ALD.

.id	Variable	Cohorte
<i>Maladie chronique</i>	Aucune	339 (77.6%)
	Une	72 (16.5%)
	Plusieurs	26 (5.9%)
	NA	1
<i>ALD</i>	Non	286 (89.4%)
	Oui	34 (10.6%)
	NA	118

Tableau 2: Caractéristiques générales de la cohorte N°2

3.3. Médecin traitant et types de médecin traitant

Dans la suite de l'étude nous appellerons « médecin traitant indépendant » les médecins traitants qui ne sont ni un proche, ni soi-même.

Les spécialistes autres que les médecins généralistes seront appelés « spécialiste d'organe ».

88,8% des médecins interrogés avaient déclaré avoir un médecin traitant (MT).

Il n'y avait pas de différence en fonction du sexe.

58,1% des médecins étaient leur propre médecin traitant, 11,9% avaient déclaré un proche et 30% avaient un médecin indépendant.

Bien que dans notre étude les hommes soient plus souvent leur propre médecin traitant (62,6%) que les femmes (55,4%), il n'y avait pas de différence significative entre les 2 sexes. (valeur $p = 0,357$).

La quasi-totalité des médecins traitants déclarés étaient des médecins généralistes (98,7%).

.id	Variable	Hommes	Femmes	Total	valeur p
<i>Médecin traitant</i>	Non	22 (12.9%)	27 (10.1%)	49 (11.2%)	0.3537 (Chi-squared test)
	Oui	148 (87.1%)	241 (89.9%)	389 (88.8%)	
<i>Type de médecin traitant</i>	Vous-même	92 (62.6%)	133 (55.4%)	225 (58.1%)	0.3784 (Chi-squared test)
	Un proche	16 (10.9%)	30 (12.5%)	46 (11.9%)	
	Un autre médecin	39 (26.5%)	77 (32.1%)	116 (30%)	
	NA	23	28	52	
<i>Catégorie du médecin traitant</i>	Généraliste	143 (99.3%)	233 (98.3%)	376 (98.7%)	0.6539 (Fisher's Exact Test)
	Spécialiste d'organe	1 (0.7%)	4 (1.7%)	5 (1.3%)	
	NA	26	31	58	

Tableau 3: Caractéristiques des médecins traitants en fonction du sexe.

La moyenne d'âge des médecins ayant un MT indépendant était significativement plus basse que celle de ceux ayant un MT proche (41,6 versus 44,9 ans), elle-même plus basse que celle de ceux étant leur propre MT (44,9 ans versus 50,2 ans). (valeur $p < 0,001$)

La proportion de médecins ayant une maladie chronique était significativement plus faible chez les médecins ayant un MT indépendant (12,9%) par rapport à ceux qui étaient leur propre MT (16%) et ceux suivi par un proche (30,4%). (valeur $p = 0,045$)

Il n'y avait pas de lien entre le type de médecin traitant choisi et la présence ou non d'une ALD. (valeur $p = 0,119$)

.id	Variable	Vous-même	Un proche	Médecin indépendant	Total	valeur p
<i>Age en années</i>	Moyenne	50.2	44.9	41.6	47	< 0,001 (Test de Fisher-Snedecor-ANOVA)
	sd	11.9	12.6	12.8	12.8	
	Min	29	27	28	27	
	Max	73	68	66	73	
	Médiane	55	43	36	47	
	n	225	46	116	387	
	na	0	0	1	1	
<i>Maladie chronique</i>	Aucune	175 (77.8%)	32 (69.6%)	93 (80.2%)	300 (77.5%)	0,0498 (Fisher's Exact Test)
	Une	36 (16%)	14 (30.4%)	15 (12.9%)	65 (16.8%)	
	Plusieurs	14 (6.2%)	0 (0%)	8 (6.9%)	22 (5.7%)	
	NA	0	0	1	1	
<i>ALD</i>	Non	142 (89.3%)	27 (79.4%)	84 (92.3%)	253 (89.1%)	0,1366 (Fisher's Exact Test)
	Oui	17 (10.7%)	7 (20.6%)	7 (7.7%)	31 (10.9%)	
	NA	66	12	26	104	

Tableau 4: Caractéristiques de la population en fonction du type de médecin traitant.

3.4. Nombre et type de consultations

58,8% des médecins ont consulté entre 1 et 3 fois dans l'année précédente et 31,6% n'ont pas consulté.

Les femmes consultent plus fréquemment que les hommes. 61,9% d'entre elles ont consulté entre 1 et 3 fois dans l'année précédente (versus 53,8% chez les hommes) et 9 % ont consulté de 4 à 10 fois (versus 4,7% chez les hommes). (valeur $p= 0,0343$)

Il n'y avait pas de lien entre le nombre de consultations et le type de MT choisi. (valeur $p= 0,924$)

Parmi les médecins qui avaient consulté au moins une fois dans l'année précédente, 68,6% ont consulté un spécialiste d'organe, 16,7% ont consulté un généraliste et 14,7% ont consulté les deux.

Dans la sous-population des médecins qui sont leur propre MT, 9,3% ont consulté un généraliste et 83,3% ont consulté un spécialiste d'organe directement.

Alors que dans la sous-population des médecins qui ont un MT indépendant, 33,3% ont consulté uniquement un généraliste et 36,9% ont consulté directement un spécialiste d'organe. (valeur $p < 0,0001$)

Il existe donc un lien significatif entre le type de MT et le type de médecin consulté.

Les motifs de consultation étaient par ordre décroissant : un dépistage, une pathologie aigue, une pathologie chronique, un certificat ou motif administratif.

Les médecins qui sont leur propre MT consultaient davantage pour une pathologie aigue et ceux qui ont un MT indépendant consultaient plus fréquemment pour un dépistage. Cependant ces deux différences ne sont pas significatives.

La seule différence significative portait sur les consultations pour un certificat ou un tache administrative. Ce motif était cité par environ 20% des médecins ayant un MT indépendant ou un MT proche contre uniquement 6,2% de ceux étant leur propre MT. (valeur $p= 0,0015$)

.id	Variable	Hommes	Femmes	Total	valeur p
<i>Nombre de consultations</i>	Aucune	66 (39.1%)	72 (26.9%)	138 (31.6%)	0.0343 (Fisher's Exact test)
	1 à 3 fois	91 (53.8%)	166 (61.9%)	257 (58.8%)	
	4 à 10 fois	8 (4.7%)	24 (9%)	32 (7.3%)	
	Plus de 10 fois	4 (2.4%)	6 (2.2%)	10 (2.3%)	
	NA	1	0	1	
<i>Catégorie de médecins consultés</i>	Généraliste	18 (17.3%)	32 (16.4%)	50 (16.7%)	0.3358 (Chi-squared test)
	Autre spécialiste	75 (72.1%)	130 (66.7%)	205 (68.6%)	
	Les 2	11 (10.6%)	33 (16.9%)	44 (14.7%)	
	NA	66	73	140	

Tableau 5: Analyse du nombre et du type de consultations en fonction du sexe

.id	Variable	Vous-même	Un proche	Autre médecin	Total	valeur p
<i>Nombre de consultations</i>	Aucune	62 (27.6%)	16 (34.8%)	35 (29.9%)	113 (29.1%)	0,924 (test Fisher exact)
	1 à 3 fois	139 (61.8%)	27 (58.7%)	72 (61.5%)	238 (61.3%)	
	4 à 10 fois	19 (8.4%)	2 (4.3%)	7 (6%)	28 (7.2%)	
	Plus de 10 fois	5 (2.2%)	1 (2.2%)	3 (2.6%)	9 (2.3%)	
<i>Catégorie de médecins consultés</i>	Généraliste	15 (9.3%)	7 (23.3%)	28 (33.3%)	50 (18.1%)	<0,0001 (test Fisher exact)
	Autre spécialiste	135 (83.3%)	17 (56.7%)	31 (36.9%)	183 (66.3%)	
	Les 2	12 (7.4%)	6 (20%)	25 (29.8%)	43 (15.6%)	
	NA	63	16	33	112	
<i>Pathologie aiguë</i>	Non	94 (58.4%)	19 (63.3%)	54 (65.9%)	167 (61.2%)	0,511 (test du chi2)
	Oui	67 (41.6%)	11 (36.7%)	28 (34.1%)	106 (38.8%)	
	NA	64	16	35	115	
<i>Pathologie chronique</i>	Non	114 (70.8%)	23 (76.7%)	62 (75.6%)	199 (72.9%)	0,645 (test du chi2)
	Oui	47 (29.2%)	7 (23.3%)	20 (24.4%)	74 (27.1%)	
	NA	64	16	35	115	
<i>Dépistage</i>	Non	90 (55.9%)	18 (60%)	41 (50%)	149 (54.6%)	0,559 (test du chi2)
	Oui	71 (44.1%)	12 (40%)	41 (50%)	124 (45.4%)	
	NA	64	16	35	115	
<i>Certificat/ Administratif</i>	Non	151 (93.8%)	24 (80%)	64 (79%)	239 (87.9%)	0,001 (test Fisher exact)
	Oui	10 (6.2%)	6 (20%)	17 (21%)	33 (12.1%)	
	NA	64	16	36	116	

Tableau 6: Analyse du nombre et du type de consultations en fonction du type de médecin traitant

3.5. Estimation de la qualité de la prise en charge

A la question « Sur une échelle de 1 à 10 comment estimez-vous votre prise en charge actuelle ? », la moyenne des 382 médecins sur 440 ayant répondu est de 6,3/10.

On constate que la moyenne est supérieure de 0,5 points dans la population de médecins qui a un MT indépendant par rapport à ceux qui sont leur propre MT (6,7/10 versus 6,2/10).

Cette différence est plus importante (0,8 points) entre les MT indépendants et les MT proches. Cependant cette différence n'est pas significative (valeur p = 0,0919) et ne permet pas de dire si ce résultat est dû au hasard ou à une réelle différence entre les groupes.

Dans toutes les populations, on trouve des médecins ayant noté leur prise en charge au maximum (10/10) et au minimum (1/10).

.id	Variable	Vous-même	Un proche	Autre médecin	Total	valeur p
<i>Prise en charge adaptée :</i> <i>1= Pas du tout</i> <i>10= Tout à fait</i>	Moyenne	6.2	5.9	6.7	6.3	0,0919 (Kruskal-Wallis test)
	sd	2.5	2.8	2.4	2.6	
	Min	1	1	1	1	
	Max	10	10	10	10	
	Médiane	6	7	7	7	
	n	223	45	114	382	
	na	2	1	3	6	

Tableau 7: Estimation de la prise en charge en fonction du type de médecin traitant

3.6. Avantages au choix d'un médecin traitant généraliste autre que soi-même

L'analyse de la première partie du questionnaire a permis d'étudier quels étaient les avantages au choix d'un médecin généraliste autre que soi-même comme médecin traitant.

3.6.1. Avantages dans la population générale de l'étude

Les deux avantages jugés les plus importants étaient : avoir une prise en charge objective (très important pour 62,2%) et avoir une prise en charge globale (très important pour 46,7%).

Le troisième avantage jugé important était le partage des décisions concernant ma santé (très important pour 43,1%).

Ensuite les avantages suivants avaient été jugés majoritairement importants :

- Faire la synthèse du dossier médical
- Bénéficier meilleure coordination des soins
- Améliorer mon suivi médical
- Améliorer le dépistage/ la prévention
- Partager mes préoccupations

La facilité d'accès aux soins représentait l'avantage le moins important (pas ou peu important pour 74,2%).

3.6.2. Avantages selon le type de médecin traitant et de la présence d'une ALD

Quel que soit le type de médecin traitant ou la présence ou non d'une ALD, la facilité d'accès aux soins était jugée « pas importante » par la plupart des participants. Ce qui est le même résultat que dans la population générale.

Concernant l'item faire la synthèse du dossier médical, la plupart le jugeait comme un avantage « important » mais le pourcentage était plus élevé chez les médecins ayant un médecin traitant indépendant (45,2%) par rapport à ceux étant leur propre médecin traitant (34,3%) ou ayant choisi un proche (34,8%).

Parmi les médecins en ALD, 31% estimaient cet avantage « très important » alors que parmi ceux n'ayant pas d'ALD la majorité (38,6%) estimaient cet avantage « important ».

La synthèse du dossier médical est donc d'autant plus importante pour les médecins en ALD et ceux ayant un médecin traitant indépendant.

Le partage des décisions concernant la santé était un avantage plus important pour les patients ayant un médecin traitant autre qu'eux-mêmes que ce soit un proche ou un autre médecin. De même 46,4% des médecins en ALD jugeaient cet avantage « très important » alors que parmi ceux qui n'avaient pas d'ALD la majorité le jugeaient seulement « important ».

A l'inverse, bénéficier d'une meilleure coordination des soins était plus important chez les médecins sans ALD (avantage important ou très important pour 48,8% des médecins sans ALD versus 37,9%).

L'analyse selon le type de médecin traitant montrait que cet avantage était « peu important » chez 31,2% des médecins étant leur propre médecin traitant, alors qu'il était « important » chez 37,1% de ceux ayant un médecin traitant indépendant.

L'amélioration du suivi médical et l'amélioration du dépistage/de la prévention étaient plus importants chez les médecins sans ALD et chez ceux ayant un médecin traitant indépendant.

Parmi les généralistes ayant un médecin traitant indépendant, 78,3% jugeaient « très important » d'avoir une prise en charge objective contre 53,7% des médecins étant leur propre médecin traitant.

De même, 57,9 % des généralistes ayant un médecin traitant indépendant jugeaient « très important » d'avoir une prise en charge globale contre environ 40,5% des médecins étant leur propre médecin traitant.

Ces deux derniers avantages étaient d'autant plus importants pour les patients sans ALD.

Concernant l'item partager mes préoccupations sur ma santé, peu de différences étaient notées.

.id	Variable	Pas de médecin traitant	Médecin traitant	Total
<i>Faciliter l'accès aux soins</i>	Pas important	18 (38.3%)	194 (51.2%)	212 (49.8%)
	Peu important	13 (27.7%)	91 (24%)	104 (24.4%)
	Important	9 (19.1%)	51 (13.5%)	60 (14.1%)
	Très important	7 (14.9%)	43 (11.3%)	50 (11.7%)
	NA	3	11	14
<i>Faire la synthèse du dossier médical</i>	Pas important	11 (23.4%)	82 (21.6%)	93 (21.8%)
	Peu important	9 (19.1%)	75 (19.8%)	84 (19.7%)
	Important	17 (36.2%)	144 (38%)	161 (37.8%)
	Très important	10 (21.3%)	78 (20.6%)	88 (20.7%)
	NA	3	11	14
<i>Partager les décisions concernant ma santé</i>	Pas important	6 (12.8%)	17 (4.5%)	23 (5.4%)
	Peu important	7 (14.9%)	36 (9.4%)	43 (10%)
	Important	15 (31.9%)	163 (42.7%)	178 (41.5%)
	Très important	19 (40.4%)	166 (43.5%)	185 (43.1%)
	NA	3	8	11
<i>Bénéficiaire d'une meilleure coordination des soins</i>	Pas important	11 (23.9%)	82 (21.5%)	93 (21.7%)
	Peu important	10 (21.7%)	118 (30.9%)	128 (29.9%)
	Important	16 (34.8%)	121 (31.7%)	137 (32%)
	Très important	9 (19.6%)	61 (16%)	70 (16.4%)
	NA	4	8	12
<i>Améliorer mon suivi médical</i>	Pas important	4 (8.5%)	35 (9.2%)	39 (9.1%)
	Peu important	6 (12.8%)	57 (15%)	63 (14.7%)
	Important	23 (48.9%)	173 (45.4%)	196 (45.8%)
	Très important	14 (29.8%)	116 (30.4%)	130 (30.4%)
	NA	3	9	12
<i>Améliorer le dépistage/ la prévention</i>	Pas important	8 (17.4%)	53 (13.9%)	61 (14.3%)
	Peu important	8 (17.4%)	90 (23.7%)	98 (23%)
	Important	16 (34.8%)	146 (38.4%)	162 (38%)
	Très important	14 (30.4%)	91 (23.9%)	105 (24.6%)
	NA	4	10	14

.id	Variable	Pas de médecin traitant	Médecin traitant	Total
<i>Avoir une prise en en charge objective</i>	Pas important	1 (2.1%)	3 (0.8%)	4 (0.9%)
	Peu important	5 (10.6%)	23 (6.1%)	28 (6.6%)
	Important	13 (27.7%)	116 (30.6%)	129 (30.3%)
	Très important	28 (59.6%)	237 (62.5%)	265 (62.2%)
	NA	3	11	14
<i>Avoir une prise en charge globale</i>	Pas important	4 (8.7%)	19 (5%)	23 (5.4%)
	Peu important	3 (6.5%)	41 (10.7%)	44 (10.3%)
	Important	16 (34.8%)	145 (38%)	161 (37.6%)
	Très important	23 (50%)	177 (46.3%)	200 (46.7%)
	NA	4	8	12
<i>Partager mes préoccupations</i>	Pas important	6 (12.8%)	27 (7.1%)	33 (7.7%)
	Peu important	6 (12.8%)	59 (15.5%)	65 (15.2%)
	Important	16 (34%)	161 (42.4%)	177 (41.5%)
	Très important	19 (40.4%)	133 (35%)	152 (35.6%)
	NA	3	10	13

Tableau 8: Réponses apportées au questionnaire avantage en fonction de l'existence d'un MT

.id	Variable	Vous-même	Un proche	Autre méd.	Total
<i>Faciliter l'accès aux soins</i>	Pas important	110 (50.9%)	20 (43.5%)	63 (54.8%)	193 (51.2%)
	Peu important	49 (22.7%)	7 (15.2%)	34 (29.6%)	90 (23.9%)
	Important	34 (15.7%)	10 (21.7%)	7 (6.1%)	51 (13.5%)
	Très important	23 (10.6%)	9 (19.6%)	11 (9.6%)	43 (11.4%)
	NA	9	0	2	11
<i>Faire la synthèse du dossier médical</i>	Pas important	54 (25%)	10 (21.7%)	18 (15.7%)	82 (21.8%)
	Peu important	50 (23.1%)	8 (17.4%)	17 (14.8%)	75 (19.9%)
	Important	74 (34.3%)	16 (34.8%)	52 (45.2%)	142 (37.7%)
	Très important	38 (17.6%)	12 (26.1%)	28 (24.3%)	78 (20.7%)
	NA	9	0	2	11
<i>Partager les décisions concernant ma santé</i>	Pas important	12 (5.5%)	2 (4.3%)	3 (2.6%)	17 (4.5%)
	Peu important	27 (12.4%)	4 (8.7%)	5 (4.3%)	36 (9.5%)
	Important	97 (44.5%)	19 (41.3%)	46 (39.7%)	162 (42.6%)
	Très important	82 (37.6%)	21 (45.7%)	62 (53.4%)	165 (43.4%)
	NA	7	0	1	8
<i>Bénéficier d'une meilleure coordination des soins</i>	Pas important	59 (27.1%)	8 (17.4%)	15 (12.9%)	82 (21.6%)
	Peu important	68 (31.2%)	14 (30.4%)	36 (31%)	118 (31.1%)
	Important	62 (28.4%)	14 (30.4%)	43 (37.1%)	119 (31.3%)
	Très important	29 (13.3%)	10 (21.7%)	22 (19%)	61 (16.1%)
	NA	7	0	1	8
<i>Améliorer mon suivi médical</i>	Pas important	27 (12.4%)	2 (4.3%)	6 (5.2%)	35 (9.2%)
	Peu important	43 (19.8%)	4 (8.7%)	10 (8.6%)	57 (15%)
	Important	98 (45.2%)	23 (50%)	50 (43.1%)	171 (45.1%)
	Très important	49 (22.6%)	17 (37%)	50 (43.1%)	116 (30.6%)
	NA	8	0	1	9
<i>Améliorer le dépistage/ la prévention</i>	Pas important	37 (17.1%)	7 (15.2%)	9 (7.8%)	53 (14%)
	Peu important	57 (26.4%)	13 (28.3%)	20 (17.2%)	90 (23.8%)
	Important	77 (35.6%)	14 (30.4%)	53 (45.7%)	144 (38.1%)
	Très important	45 (20.8%)	12 (26.1%)	34 (29.3%)	91 (24.1%)
	NA	9	0	1	10
<i>Avoir une prise en en charge objective</i>	Pas important	1 (0.5%)	1 (2.2%)	1 (0.9%)	3 (0.8%)
	Peu important	21 (9.7%)	1 (2.2%)	1 (0.9%)	23 (6.1%)
	Important	78 (36.1%)	13 (28.3%)	23 (20%)	114 (30.2%)
	Très important	116 (53.7%)	31 (67.4%)	90 (78.3%)	237 (62.9%)
	NA	9	0	2	11

.id	Variable	Vous-même	Un proche	Autre méd.	Total
<i>Avoir une prise en charge globale</i>	Pas important	11 (5%)	3 (6.5%)	5 (4.4%)	19 (5%)
	Peu important	28 (12.7%)	4 (8.7%)	9 (7.9%)	41 (10.8%)
	Important	92 (41.8%)	17 (37%)	34 (29.8%)	143 (37.6%)
	Très important	89 (40.5%)	22 (47.8%)	66 (57.9%)	177 (46.6%)
	NA	5	0	3	8
<i>Partager mes préoccupations</i>	Pas important	15 (6.8%)	5 (10.9%)	7 (6.2%)	27 (7.1%)
	Peu important	31 (14.2%)	7 (15.2%)	21 (18.6%)	59 (15.6%)
	Important	100 (45.7%)	17 (37%)	42 (37.2%)	159 (42.1%)
	Très important	73 (33.3%)	17 (37%)	43 (38.1%)	133 (35.2%)
	NA	6	0	4	10

Tableau 9: Réponses apportées au questionnaire avantage en fonction du type de MT

.id	Variable	Pas d'ALD	ALD	Total
<i>Faciliter l'accès aux soins</i>	Pas important	134 (53.4%)	14 (50%)	148 (53%)
	Peu important	61 (24.3%)	5 (17.9%)	66 (23.7%)
	Important	27 (10.8%)	2 (7.1%)	29 (10.4%)
	Très important	29 (11.6%)	7 (25%)	36 (12.9%)
	NA	2	4	11
<i>Faire la synthèse du dossier médical</i>	Pas important	54 (21.7%)	6 (20.7%)	60 (21.6%)
	Peu important	48 (19.3%)	6 (20.7%)	54 (19.4%)
	Important	96 (38.6%)	8 (27.6%)	104 (37.4%)
	Très important	51 (20.5%)	9 (31%)	60 (21.6%)
	NA	4	3	11
<i>Partager les décisions concernant ma santé</i>	Pas important	12 (4.8%)	2 (7.1%)	14 (5%)
	Peu important	25 (9.9%)	3 (10.7%)	28 (10%)
	Important	112 (44.4%)	10 (35.7%)	122 (43.6%)
	Très important	103 (40.9%)	13 (46.4%)	116 (41.4%)
	NA	1	4	8
<i>Bénéficier d'une meilleure coordination des soins</i>	Pas important	50 (19.8%)	9 (31%)	59 (21%)
	Peu important	79 (31.3%)	9 (31%)	88 (31.3%)
	Important	84 (33.3%)	6 (20.7%)	90 (32%)
	Très important	39 (15.5%)	5 (17.2%)	44 (15.7%)
	NA	1	3	8
<i>Améliorer mon suivi médical</i>	Pas important	21 (8.4%)	4 (13.8%)	25 (8.9%)
	Peu important	37 (14.7%)	8 (27.6%)	45 (16.1%)
	Important	115 (45.8%)	9 (31%)	124 (44.3%)
	Très important	78 (31.1%)	8 (27.6%)	86 (30.7%)
	NA	2	3	9
<i>Améliorer le dépistage/ la prévention</i>	Pas important	30 (12%)	8 (28.6%)	38 (13.7%)
	Peu important	59 (23.6%)	6 (21.4%)	65 (23.4%)
	Important	101 (40.4%)	9 (32.1%)	110 (39.6%)
	Très important	60 (24%)	5 (17.9%)	65 (23.4%)
	NA	3	4	10

.id	Variable	Pas d'ALD	ALD	Total
<i>Avoir une prise en en charge objective</i>	Pas important	2 (0.8%)	0 (0%)	2 (0.7%)
	Peu important	16 (6.4%)	4 (14.3%)	20 (7.2%)
	Important	73 (29.3%)	11 (39.3%)	84 (30.3%)
	Très important	158 (63.5%)	13 (46.4%)	171 (61.7%)
	NA	4	4	11
<i>Avoir une prise en charge globale</i>	Pas important	13 (5.2%)	1 (3.4%)	14 (5%)
	Peu important	27 (10.8%)	4 (13.8%)	31 (11.1%)
	Important	94 (37.5%)	15 (51.7%)	109 (38.9%)
	Très important	117 (46.6%)	9 (31%)	126 (45%)
	NA	2	3	8
<i>Partager mes préoccupations</i>	Pas important	16 (6.4%)	2 (6.9%)	18 (6.4%)
	Peu important	42 (16.7%)	5 (17.2%)	47 (16.8%)
	Important	106 (42.2%)	11 (37.9%)	117 (41.8%)
	Très important	87 (34.7%)	11 (37.9%)	98 (35%)
	NA	2	3	10

Tableau 10: Réponses apportées au questionnaire avantage en fonction de la présence d'une ALD

3.7. Freins au choix d'un médecin traitant généraliste autre que soi-même

Dans cette partie du questionnaire étaient étudiés les freins au choix d'un médecin traitant généraliste autre que soi-même.

3.7.1. Freins dans la population générale de l'étude

Le manque de temps était le seul frein jugé « important » ou « très important » par plus de 60% de la population.

Par contre plusieurs freins étaient jugés « pas important » par une majorité de participants. Il s'agissait des freins suivants :

- crainte du non-respect du secret médical,
- peur de perdre la main,
- peur d'être malade,
- gêne de l'examen physique,
- gêne dans la salle d'attente.

Tous ces items n'étaient donc pas des barrages au choix d'un médecin traitant indépendant.

3.7.2. Freins selon le type de médecin traitant et de la présence d'une ALD

Les deux principaux freins au choix d'un médecin traitant autre que soi-même pour les médecins qui sont actuellement leur propre médecin traitant étaient le manque de temps (très important pour 40,3% vs 18,4% pour ceux ayant un MT indépendant et 28,9% pour ceux ayant choisi un proche) et le fait de ne pas en ressentir le besoin actuellement (très important pour 30,4% vs 9,3% pour ceux ayant un MT indépendant et 20% pour ceux ayant choisi un proche)

Viennent ensuite plusieurs freins qui, même s'ils restent pour la majorité peu ou pas importants, sont tous de même plus souvent cités comme importants par les médecins qui sont leur propre MT par rapport à ceux qui ont MT indépendant. Il s'agit de la méfiance devant un

médecin inconnu (14,8% vs 5,3%), la peur de perdre la main (8,1% vs 2,6%), la peur de déranger (13,9% vs 7%) et la peur d'exprimer une crainte irrationnelle (13,4% vs 8%).

La peur de déranger et le manque de besoin actuellement constituaient les principales différences entre médecins en ALD et non en ALD.

Chez les médecins en ALD le manque de besoin actuel était pour 32% d'entre eux pas important alors que la peur de déranger était importante pour 36,4%.

A l'inverse chez les médecins qui n'ont pas d'ALD, le manque de besoin actuel est un frein important pour 32% d'entre eux alors que la peur de déranger était pour la plupart pas important.

Concernant la gêne de l'examen physique, la difficulté à lâcher et la peur de perdre la main, une plus grande proportion parmi les médecins en ALD jugeaient ces freins importants ou très importants.

La peur d'être malade était importante ou très importante pour une plus grande proportion des médecins sans ALD.

.id	Variable	Pas de médecin traitant	Médecin traitant	Total
<i>Crainte du non-respect du secret médical</i>	Pas important	22 (46.8%)	202 (52.7%)	224 (52.1%)
	Peu important	11 (23.4%)	93 (24.3%)	104 (24.2%)
	Important	8 (17%)	52 (13.6%)	60 (14%)
	Très important	6 (12.8%)	36 (9.4%)	42 (9.8%)
	NA	3	7	10
<i>Manque de temps</i>	Pas important	5 (10.6%)	60 (15.7%)	65 (15.2%)
	Peu important	10 (21.3%)	86 (22.5%)	96 (22.4%)
	Important	19 (40.4%)	113 (29.6%)	132 (30.8%)
	Très important	13 (27.7%)	123 (32.2%)	136 (31.7%)
	NA	3	8	11
<i>Méfiance devant un médecin inconnu</i>	Pas important	10 (21.7%)	123 (32%)	133 (30.9%)
	Peu important	12 (26.1%)	107 (27.9%)	119 (27.7%)
	Important	19 (41.3%)	109 (28.4%)	128 (29.8%)
	Très important	5 (10.9%)	45 (11.7%)	50 (11.6%)
	NA	4	6	10
<i>Peur de perdre la main</i>	Pas important	18 (39.1%)	171 (44.5%)	189 (44%)
	Peu important	10 (21.7%)	132 (34.4%)	142 (33%)
	Important	16 (34.8%)	60 (15.6%)	76 (17.7%)
	Très important	2 (4.3%)	21 (5.5%)	23 (5.3%)
	NA	4	6	10
<i>Peur d'être malade</i>	Pas important	19 (40.4%)	204 (53.4%)	223 (52%)
	Peu important	21 (44.7%)	116 (30.4%)	137 (31.9%)
	Important	6 (12.8%)	44 (11.5%)	50 (11.7%)
	Très important	1 (2.1%)	18 (4.7%)	19 (4.4%)
	NA	3	8	11
<i>Gene de l'examen physique</i>	Pas important	22 (47.8%)	225 (58.4%)	247 (57.3%)
	Peu important	17 (37%)	103 (26.8%)	120 (27.8%)
	Important	7 (15.2%)	49 (12.7%)	56 (13%)
	Très important	0 (0%)	8 (2.1%)	8 (1.9%)
	NA	4	5	9

.id	Variable	Pas de médecin traitant	Médecin traitant	Total
<i>Pas de besoin actuellement</i>	Pas important	10 (21.3%)	82 (22%)	92 (22%)
	Peu important	10 (21.3%)	96 (25.8%)	106 (25.3%)
	Important	17 (36.2%)	108 (29%)	125 (29.8%)
	Très important	10 (21.3%)	86 (23.1%)	96 (22.9%)
	NA	3	18	21
<i>Difficulté à lâcher prise</i>	Pas important	7 (14.9%)	117 (31%)	124 (29.2%)
	Peu important	14 (29.8%)	110 (29.1%)	124 (29.2%)
	Important	17 (36.2%)	100 (26.5%)	117 (27.5%)
	Très important	9 (19.1%)	51 (13.5%)	60 (14.1%)
	NA	3	12	15
<i>Gene dans la salle d'attente</i>	Pas important	20 (42.6%)	186 (48.7%)	206 (48%)
	Peu important	16 (34%)	108 (28.3%)	124 (28.9%)
	Important	8 (17%)	57 (14.9%)	65 (15.2%)
	Très important	3 (6.4%)	31 (8.1%)	34 (7.9%)
	NA	3	8	11
<i>Peur de déranger</i>	Pas important	13 (27.7%)	136 (35.3%)	149 (34.5%)
	Peu important	14 (29.8%)	95 (24.7%)	109 (25.2%)
	Important	11 (23.4%)	108 (28.1%)	119 (27.5%)
	Très important	9 (19.1%)	46 (11.9%)	55 (12.7%)
	NA	3	5	8
<i>Peur d'exprimer une crainte irrationnelle</i>	Pas important	9 (19.6%)	138 (36.8%)	147 (34.9%)
	Peu important	14 (30.4%)	103 (27.5%)	117 (27.8%)
	Important	18 (39.1%)	88 (23.5%)	106 (25.2%)
	Très important	5 (10.9%)	46 (12.3%)	51 (12.1%)
	NA	4	15	19

Tableau 11: Réponses apportées au questionnaire frein en fonction de l'existence d'un MT

.id	Variable	Vous-même	Un proche	Autre méd.	Total
<i>Crainte du non-respect du secret médical</i>	Pas important	116 (52.3%)	24 (54.5%)	61 (53%)	201 (52.8%)
	Peu important	56 (25.2%)	12 (27.3%)	24 (20.9%)	92 (24.1%)
	Important	30 (13.5%)	5 (11.4%)	17 (14.8%)	52 (13.6%)
	Très important	20 (9%)	3 (6.8%)	13 (11.3%)	36 (9.4%)
	NA	3	2	2	10
<i>Manque de temps</i>	Pas important	29 (13.1%)	13 (28.9%)	17 (14.9%)	59 (15.5%)
	Peu important	42 (19%)	8 (17.8%)	35 (30.7%)	85 (22.4%)
	Important	61 (27.6%)	11 (24.4%)	41 (36%)	113 (29.7%)
	Très important	89 (40.3%)	13 (28.9%)	21 (18.4%)	123 (32.4%)
	NA	4	1	3	11
<i>Méfiance devant un médecin inconnu</i>	Pas important	65 (29.1%)	14 (31.1%)	43 (37.7%)	122 (31.9%)
	Peu important	59 (26.5%)	10 (22.2%)	38 (33.3%)	107 (28%)
	Important	66 (29.6%)	16 (35.6%)	27 (23.7%)	109 (28.5%)
	Très important	33 (14.8%)	5 (11.1%)	6 (5.3%)	44 (11.5%)
	NA	2	1	3	10
<i>Peur de perdre la main</i>	Pas important	89 (40.1%)	24 (53.3%)	57 (49.6%)	170 (44.5%)
	Peu important	75 (33.8%)	12 (26.7%)	45 (39.1%)	132 (34.6%)
	Important	40 (18%)	9 (20%)	10 (8.7%)	59 (15.4%)
	Très important	18 (8.1%)	0 (0%)	3 (2.6%)	21 (5.5%)
	NA	3	1	2	10
<i>Peur d'être malade</i>	Pas important	119 (53.6%)	22 (50%)	63 (54.8%)	204 (53.5%)
	Peu important	65 (29.3%)	12 (27.3%)	38 (33%)	115 (30.2%)
	Important	27 (12.2%)	7 (15.9%)	10 (8.7%)	44 (11.5%)
	Très important	11 (5%)	3 (6.8%)	4 (3.5%)	18 (4.7%)
	NA	3	2	2	11
<i>Gene de l'examen physique</i>	Pas important	131 (58.7%)	22 (48.9%)	72 (62.6%)	225 (58.7%)
	Peu important	54 (24.2%)	10 (22.2%)	38 (33%)	102 (26.6%)
	Important	32 (14.3%)	12 (26.7%)	4 (3.5%)	48 (12.5%)
	Très important	6 (2.7%)	1 (2.2%)	1 (0.9%)	8 (2.1%)
	NA	2	1	2	9

.id	Variable	Vous-même	Un proche	Autre méd.	Total
<i>Pas de besoin actuellement</i>	Pas important	29 (13.4%)	12 (26.7%)	41 (38%)	82 (22.2%)
	Peu important	49 (22.6%)	15 (33.3%)	31 (28.7%)	95 (25.7%)
	Important	73 (33.6%)	9 (20%)	26 (24.1%)	108 (29.2%)
	Très important	66 (30.4%)	9 (20%)	10 (9.3%)	85 (23%)
	NA	8	1	9	21
<i>Difficulté à lâcher prise</i>	Pas important	59 (26.6%)	17 (40.5%)	41 (36.6%)	117 (31.1%)
	Peu important	57 (25.7%)	11 (26.2%)	41 (36.6%)	109 (29%)
	Important	64 (28.8%)	12 (28.6%)	23 (20.5%)	99 (26.3%)
	Très important	42 (18.9%)	2 (4.8%)	7 (6.2%)	51 (13.6%)
	NA	3	4	5	15
<i>Gene dans la salle d'attente</i>	Pas important	100 (45.5%)	23 (51.1%)	63 (54.8%)	186 (48.9%)
	Peu important	65 (29.5%)	8 (17.8%)	34 (29.6%)	107 (28.2%)
	Important	32 (14.5%)	10 (22.2%)	14 (12.2%)	56 (14.7%)
	Très important	23 (10.5%)	4 (8.9%)	4 (3.5%)	31 (8.2%)
	NA	5	1	2	11
<i>Peur de déranger</i>	Pas important	78 (35%)	10 (22.2%)	48 (41.7%)	136 (35.5%)
	Peu important	53 (23.8%)	10 (22.2%)	31 (27%)	94 (24.5%)
	Important	61 (27.4%)	18 (40%)	28 (24.3%)	107 (27.9%)
	Très important	31 (13.9%)	7 (15.6%)	8 (7%)	46 (12%)
	NA	2	1	2	8
<i>Peur d'exprimer une crainte irrationnelle</i>	Pas important	80 (36.9%)	11 (24.4%)	47 (42%)	138 (36.9%)
	Peu important	63 (29%)	11 (24.4%)	29 (25.9%)	103 (27.5%)
	Important	45 (20.7%)	15 (33.3%)	27 (24.1%)	87 (23.3%)
	Très important	29 (13.4%)	8 (17.8%)	9 (8%)	46 (12.3%)
	NA	8	1	5	19

Tableau 12: Réponses apportées au questionnaire frein en fonction du type de MT

.id	Variable	Pas d'ALD	ALD	Total
<i>Crainte du non-respect du secret médical</i>	Pas important	144 (51.4%)	16 (48.5%)	160 (51.1%)
	Peu important	64 (22.9%)	8 (24.2%)	72 (23%)
	Important	48 (17.1%)	4 (12.1%)	52 (16.6%)
	Très important	24 (8.6%)	5 (15.2%)	29 (9.3%)
	NA	7	2	10
<i>Manque de temps</i>	Pas important	39 (14%)	8 (24.2%)	47 (15.1%)
	Peu important	63 (22.6%)	8 (24.2%)	71 (22.8%)
	Important	89 (31.9%)	9 (27.3%)	98 (31.4%)
	Très important	88 (31.5%)	8 (24.2%)	96 (30.8%)
	NA	8	2	11
<i>Méfiance devant un médecin inconnu</i>	Pas important	84 (30%)	7 (21.2%)	91 (29.1%)
	Peu important	78 (27.9%)	11 (33.3%)	89 (28.4%)
	Important	88 (31.4%)	9 (27.3%)	97 (31%)
	Très important	30 (10.7%)	6 (18.2%)	36 (11.5%)
	NA	7	2	10
<i>Peur de perdre la main</i>	Pas important	127 (45.4%)	13 (39.4%)	140 (44.7%)
	Peu important	89 (31.8%)	9 (27.3%)	98 (31.3%)
	Important	50 (17.9%)	7 (21.2%)	57 (18.2%)
	Très important	14 (5%)	4 (12.1%)	18 (5.8%)
	NA	7	2	10
<i>Peur d'être malade</i>	Pas important	136 (48.6%)	19 (59.4%)	155 (49.7%)
	Peu important	93 (33.2%)	11 (34.4%)	104 (33.3%)
	Important	36 (12.9%)	2 (6.2%)	38 (12.2%)
	Très important	15 (5.4%)	0 (0%)	15 (4.8%)
	NA	7	3	11
<i>Gene de l'examen physique</i>	Pas important	166 (59.1%)	16 (48.5%)	182 (58%)
	Peu important	70 (24.9%)	11 (33.3%)	81 (25.8%)
	Important	39 (13.9%)	6 (18.2%)	45 (14.3%)
	Très important	6 (2.1%)	0 (0%)	6 (1.9%)
	NA	6	2	9

.id	Variable	Pas d'ALD	ALD	Total
<i>Pas de besoin actuellement</i>	Pas important	63 (23%)	10 (32.3%)	73 (23.9%)
	Peu important	64 (23.4%)	7 (22.6%)	71 (23.3%)
	Important	88 (32.1%)	8 (25.8%)	96 (31.5%)
	Très important	59 (21.5%)	6 (19.4%)	65 (21.3%)
	NA	13	4	21
<i>Difficulté à lâcher prise</i>	Pas important	83 (30.2%)	9 (27.3%)	92 (29.9%)
	Peu important	80 (29.1%)	7 (21.2%)	87 (28.2%)
	Important	73 (26.5%)	10 (30.3%)	83 (26.9%)
	Très important	39 (14.2%)	7 (21.2%)	46 (14.9%)
	NA	12	2	15
<i>Gene dans la salle d'attente</i>	Pas important	132 (47.1%)	14 (42.4%)	146 (46.6%)
	Peu important	83 (29.6%)	4 (12.1%)	87 (27.8%)
	Important	46 (16.4%)	10 (30.3%)	56 (17.9%)
	Très important	19 (6.8%)	5 (15.2%)	24 (7.7%)
	NA	7	2	11
<i>Peur de déranger</i>	Pas important	103 (36.5%)	10 (30.3%)	113 (35.9%)
	Peu important	70 (24.8%)	8 (24.2%)	78 (24.8%)
	Important	71 (25.2%)	12 (36.4%)	83 (26.3%)
	Très important	38 (13.5%)	3 (9.1%)	41 (13%)
	NA	5	2	8
<i>Peur d'exprimer une crainte irrationnelle</i>	Pas important	94 (34.1%)	10 (32.3%)	104 (33.9%)
	Peu important	79 (28.6%)	11 (35.5%)	90 (29.3%)
	Important	72 (26.1%)	4 (12.9%)	76 (24.8%)
	Très important	31 (11.2%)	6 (19.4%)	37 (12.1%)
	NA	11	4	19

Tableau 13: Réponses apportées au questionnaire frein en fonction de la présence d'une ALD

3.8. Compétences

Cette partie du questionnaire visait à estimer l'importance de chacune des compétences attendues d'un médecin traitant.

3.8.1. Analyse dans la population générale des compétences primordiales

Nous avons classé les compétences en quatre familles: qualités médicales, qualités éthiques, qualités relationnelles et qualités organisationnelles.

Qualités médicales	Qualités éthiques	Qualités relationnelles	Qualités organisationnelles
<ul style="list-style-type: none">• Respect des recommandations• Formation médicale continue (FMC)• Compétences techniques• Compétences diagnostiques• Capacité d'autocritique / réflexivité	<ul style="list-style-type: none">• Respect du secret médical• Intégrité• Indépendance vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique	<ul style="list-style-type: none">• Empathie• Ecoute• Décision partagée• Ne pas avoir peur de moi médecin	<ul style="list-style-type: none">• Dossiers informatisés• Disponibilité• Assurer la coordination des soins

A la question « Quelles sont les 3 compétences primordiales parmi celles proposées ? », les quatre compétences le plus souvent citées étaient par ordre décroissant : l'écoute, les compétences diagnostiques, l'empathie et ne pas avoir peur de « moi médecin ». Venait ensuite la décision partagée et la formation médicale continue.

Ce sont donc les qualités relationnelles qui primaient sur les autres, suivies des qualités médicales.

A l'inverse, les 3 compétences qui ont été le moins citées étaient : le dossier informatisé, la coordination des soins et les compétences techniques.

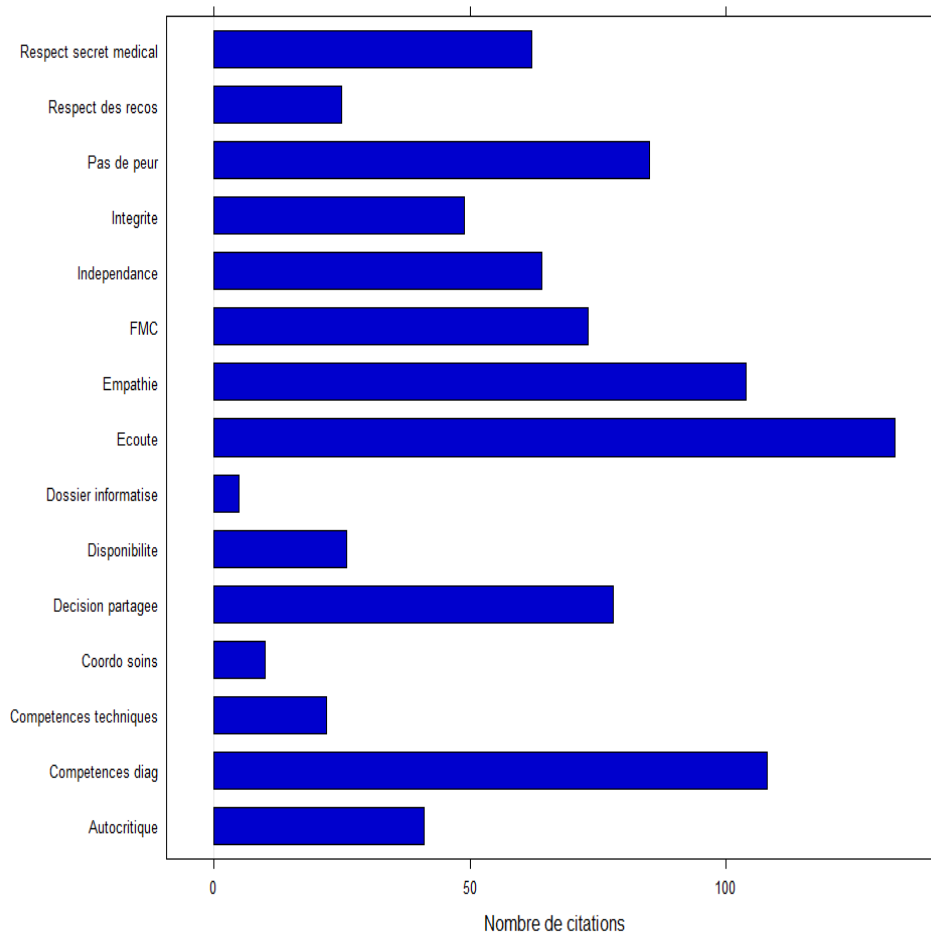


Figure 3: Nombre de compétences citées

3.8.2. Compétences selon le type de médecin traitant

Pour la plupart des compétences attendues de son médecin traitant, les résultats étaient similaires quel que soit le type de médecin traitant (soi-même, un proche ou un autre médecin). Cependant on a pu noter des différences sur certaines compétences.

Le bon respect des recommandations était une compétence « très importante » pour 49,1% des médecins qui ont choisi un MT indépendant alors qu'elle était seulement « importante » pour 46,4% de ceux qui sont leur MT, et 54,3% de ceux qui ont choisi un proche.

Concernant l'empathie, tous les médecins jugeaient cette compétence « très importante » mais dans une plus grande proportion chez les médecins qui ont un MT indépendant (60,2%) par rapport à ceux qui sont leur propre MT (51,8%) ou qui ont un proche (56,5%).

De même, l'indépendance vis à vis de l'industrie pharmaceutique était une compétence plus souvent « très importante » chez les médecins qui ont un MT indépendant (62% contre 56% des médecins qui sont leur propre MT et 54,3% des médecins qui ont choisi un proche).

Le respect du secret médical représentait une compétence « très importante » pour tous et d'autant plus chez ceux ayant un MT indépendant (72,8%) par rapport à ceux étant leur MT (60,5%).

La capacité d'autocritique était « très importante » pour les 3 groupes mais surtout pour les médecins ayant un MT qui est un proche (63%) par rapport à ceux qui ont un MT indépendant (58%) ou qui sont leur propre MT (53%).

On s'aperçoit donc que les généralistes qui ont choisi un MT indépendant accordent plus d'importance au respect des recommandations et à la capacité d'autocritique (deux qualités médicales), à l'empathie (qualité relationnelle) ainsi qu'à l'indépendance vis à vis des laboratoires et au secret médical (deux qualités éthiques).

La seule compétence qui semblait plus souvent « très importante » chez les médecins qui sont leur propre MT était la compétence diagnostique. Mais la différence s'annule si on additionne « important » et « très important » (98,2% pour les médecins étant leur propre MT et ceux ayant un MT indépendant et 95,7% pour ceux ayant choisi un proche).

id.	Variable	Vous-même	Un proche	Un autre médecin	Total
<i>Ecoute</i>	Pas important	2 (0.9%)	0 (0%)	1 (0.9%)	3 (0.8%)
	Peu important	9 (4.1%)	0 (0%)	3 (2.6%)	12 (3.1%)
	Important	76 (34.4%)	13 (28.3%)	39 (34.2%)	128 (33.6%)
	Très important	134 (60.6%)	33 (71.7%)	71 (62.3%)	238 (62.5%)
	NA	4	0	3	10
<i>Disponibilité</i>	Pas important	11 (5%)	3 (6.5%)	4 (3.5%)	18 (4.7%)
	Peu important	51 (23.2%)	13 (28.3%)	31 (27.4%)	95 (25.1%)
	Important	107 (48.6%)	18 (39.1%)	56 (49.6%)	181 (47.8%)
	Très important	51 (23.2%)	12 (26.1%)	22 (19.5%)	85 (22.4%)
	NA	5	0	4	12
<i>Intégrité</i>	Pas important	2 (0.9%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (0.5%)
	Peu important	6 (2.7%)	1 (2.2%)	2 (1.8%)	9 (2.4%)
	Important	65 (29.4%)	13 (28.3%)	35 (31.2%)	113 (29.8%)
	Très important	148 (67%)	32 (69.6%)	75 (67%)	255 (67.3%)
	NA	4	0	5	12
<i>Respect des recommandations</i>	Pas important	10 (4.5%)	0 (0%)	1 (0.9%)	11 (2.9%)
	Peu important	17 (7.7%)	7 (15.2%)	10 (8.8%)	34 (8.9%)
	Important	103 (46.4%)	25 (54.3%)	47 (41.2%)	175 (45.8%)
	Très important	92 (41.4%)	14 (30.4%)	56 (49.1%)	162 (42.4%)
	NA	3	0	3	9
<i>Empathie</i>	Pas important	2 (0.9%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (0.5%)
	Peu important	8 (3.6%)	2 (4.3%)	4 (3.5%)	14 (3.7%)
	Important	96 (43.6%)	18 (39.1%)	41 (36.3%)	155 (40.9%)
	Très important	114 (51.8%)	26 (56.5%)	68 (60.2%)	208 (54.9%)
	NA	5	0	4	12
<i>Décision partagée</i>	Pas important	3 (1.4%)	0 (0%)	2 (1.8%)	5 (1.3%)
	Peu important	5 (2.3%)	2 (4.3%)	5 (4.5%)	12 (3.2%)
	Important	86 (38.7%)	20 (43.5%)	37 (33%)	143 (37.6%)
	Très important	128 (57.7%)	24 (52.2%)	68 (60.7%)	220 (57.9%)
	NA	3	0	5	11
<i>Dossier informatisé</i>	Pas important	46 (20.8%)	11 (23.9%)	14 (12.3%)	71 (18.6%)
	Peu important	40 (18.1%)	9 (19.6%)	28 (24.6%)	77 (20.2%)
	Important	89 (40.3%)	17 (37%)	48 (42.1%)	154 (40.4%)
	Très important	46 (20.8%)	9 (19.6%)	24 (21.1%)	79 (20.7%)
	NA	4	0	3	10
<i>Compétences diagnostiques</i>	Pas important	2 (0.9%)	1 (2.2%)	0 (0%)	3 (0.8%)
	Peu important	2 (0.9%)	1 (2.2%)	2 (1.8%)	5 (1.3%)

	Important	75 (33.6%)	12 (26.1%)	44 (38.6%)	131 (34.2%)
	Très important	144 (64.6%)	32 (69.6%)	68 (59.6%)	244 (63.7%)
	NA	2	0	3	8
<i>Coordination des soins</i>	Pas important	22 (9.9%)	4 (8.7%)	7 (6.2%)	33 (8.7%)
	Peu important	53 (23.9%)	9 (19.6%)	18 (15.9%)	80 (21%)
	Important	88 (39.6%)	22 (47.8%)	48 (42.5%)	158 (41.5%)
	Très important	59 (26.6%)	11 (23.9%)	40 (35.4%)	110 (28.9%)
	NA	3	0	4	10
<i>Compétences techniques</i>	Pas important	13 (5.9%)	2 (4.3%)	2 (1.8%)	17 (4.5%)
	Peu important	30 (13.5%)	10 (21.7%)	19 (16.8%)	59 (15.5%)
	Important	111 (50%)	23 (50%)	55 (48.7%)	189 (49.6%)
	Très important	68 (30.6%)	11 (23.9%)	37 (32.7%)	116 (30.4%)
	NA	3	0	4	10
<i>Indépendance vis à vis de l'industrie pharmaceutique</i>	Pas important	15 (6.8%)	2 (4.3%)	0 (0%)	17 (4.5%)
	Peu important	29 (13.1%)	5 (10.9%)	14 (12.4%)	48 (12.6%)
	Important	53 (24%)	14 (30.4%)	29 (25.7%)	96 (25.3%)
	Très important	124 (56.1%)	25 (54.3%)	70 (61.9%)	219 (57.6%)
	NA	4	0	4	11
<i>Formation continue</i>	Pas important	3 (1.4%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (0.8%)
	Peu important	14 (6.4%)	3 (6.5%)	3 (2.6%)	20 (5.3%)
	Important	65 (29.5%)	13 (28.3%)	36 (31.6%)	114 (30%)
	Très important	138 (62.7%)	30 (65.2%)	75 (65.8%)	243 (63.9%)
	NA	5	0	3	11
<i>Ne pas avoir peur de « moi médecin »</i>	Pas important	5 (2.3%)	1 (2.2%)	2 (1.8%)	8 (2.1%)
	Peu important	19 (8.6%)	6 (13%)	6 (5.3%)	31 (8.2%)
	Important	67 (30.5%)	18 (39.1%)	36 (31.6%)	121 (31.8%)
	Très important	129 (58.6%)	21 (45.7%)	70 (61.4%)	220 (57.9%)
	NA	5	0	3	11
<i>Respect du secret médical</i>	Pas important	6 (2.7%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (1.6%)
	Peu important	13 (5.9%)	6 (13%)	8 (7%)	27 (7.1%)
	Important	68 (30.9%)	11 (23.9%)	23 (20.2%)	102 (26.8%)
	Très important	133 (60.5%)	29 (63%)	83 (72.8%)	245 (64.5%)
	NA	5	0	3	11
<i>Capacité à l'autocritique</i>	Pas important	1 (0.5%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0.3%)
	Peu important	16 (7.4%)	3 (6.5%)	3 (2.7%)	22 (5.9%)
	Important	85 (39.2%)	14 (30.4%)	44 (39.3%)	143 (38.1%)
	Très important	115 (53%)	29 (63%)	65 (58%)	209 (55.7%)
	NA	8	0	5	16

Tableau 14: Réponses apportées au questionnaire compétences en fonction du type de MT

3.8.3. Compétences selon la présence d'une ALD

Les principales différences rencontrées concernaient la décision partagée et la coordination des soins.

Pour les médecins sans ALD, la décision partagée était une compétence « très importante » chez 56,2% d'entre eux alors que parmi les médecins en ALD, 57,6% l'estimaient seulement « importante ».

A l'inverse la coordination des soins était « très importante » pour la majorité des médecins en ALD alors qu'elle était en majorité jugée « importante » par ceux sans ALD. Cependant si on additionnait dans les 2 sous-populations « important » et « très important », la différence s'inversait. Les médecins sans ALD jugeaient plus importante la coordination de soins.

Coordination des soins	Important	Très important	Important + Très important
Sans ALD	43,3%	29,8%	73,1%
ALD	30,3%	33,3%	63,6%

Tableau 15: Comparaison de l'importance de la coordination des soins chez les patients en ALD et sans ALD

En utilisant le même système de comparaison, le respect des recommandations était également plus important chez les médecins sans ALD (87% versus 76%).

Respect des recommandations	Important	Très important	Important + Très important
Sans ALD	44,9%	42,4%	87,3%
ALD	45,5%	30,3%	75,8%

Tableau 16: Comparaison de l'importance du respect des recommandations chez les patients en ALD et sans ALD

Ne pas avoir peur de « moi médecin » était une compétence estimée « importante » ou « très importante » par une plus grande majorité des médecins sans ALD (90% versus 78%).

Ne pas avoir peur de moi médecin	Important	Très important	Important + Très important
Sans ALD	31,6%	58,9%	90,5%
ALD	18,8%	59,4%	78,2%

Tableau 17: Comparaison de l'importance de ne pas avoir peur de moi médecin chez les patients en ALD et sans ALD

Par ailleurs, l'intégrité et la capacité d'autocritique/réflexivité étaient toutes deux des compétences jugées « très importantes » par les deux sous-populations.

Cependant l'intégrité était plus importante pour les médecins sans ALD (64,9% versus 57,6%) alors que la capacité d'autocritique/réflexivité était plus importante pour les médecins en ALD (62,5% versus 54,8%).

Enfin la disponibilité jugée majoritairement importante par l'ensemble de la population était d'autant plus importante chez les médecins en ALD (57,6% vs 47,7%).

.id	Variable	Pas d'ALD	ALD	Total
<i>Ecoute</i>	Pas important	3 (1.1%)	0 (0%)	3 (0.9%)
	Peu important	8 (2.8%)	1 (3%)	9 (2.8%)
	Important	97 (34.3%)	13 (39.4%)	110 (34.8%)
	Très important	175 (61.8%)	19 (57.6%)	194 (61.4%)
	NA	4	2	10
<i>Disponibilité</i>	Pas important	13 (4.6%)	1 (3%)	14 (4.5%)
	Peu important	72 (25.6%)	5 (15.2%)	77 (24.5%)
	Important	134 (47.7%)	19 (57.6%)	153 (48.7%)
	Très important	62 (22.1%)	8 (24.2%)	70 (22.3%)
	NA	6	2	12

.id	Variable	Pas d'ALD	ALD	Total
<i>Intégrité</i>	Pas important	2 (0.7%)	0 (0%)	2 (0.6%)
	Peu important	7 (2.5%)	2 (6.1%)	9 (2.9%)
	Important	90 (31.9%)	12 (36.4%)	102 (32.4%)
	Très important	183 (64.9%)	19 (57.6%)	202 (64.1%)
	NA	5	2	12
<i>Respect des recommandations</i>	Pas important	10 (3.5%)	2 (6.1%)	12 (3.8%)
	Peu important	26 (9.2%)	6 (18.2%)	32 (10.1%)
	Important	127 (44.9%)	15 (45.5%)	142 (44.9%)
	Très important	120 (42.4%)	10 (30.3%)	130 (41.1%)
	NA	4	2	9
<i>Empathie</i>	Pas important	3 (1.1%)	0 (0%)	3 (1%)
	Peu important	12 (4.3%)	1 (3%)	13 (4.1%)
	Important	115 (40.9%)	15 (45.5%)	130 (41.4%)
	Très important	151 (53.7%)	17 (51.5%)	168 (53.5%)
	NA	6	2	12
<i>Décision partagée</i>	Pas important	5 (1.8%)	0 (0%)	5 (1.6%)
	Peu important	8 (2.8%)	0 (0%)	8 (2.5%)
	Important	110 (39.1%)	19 (57.6%)	129 (41.1%)
	Très important	158 (56.2%)	14 (42.4%)	172 (54.8%)
	NA	6	2	11
<i>Dossier informatisé</i>	Pas important	59 (20.8%)	4 (12.1%)	63 (19.9%)
	Peu important	58 (20.5%)	8 (24.2%)	66 (20.9%)
	Important	105 (37.1%)	14 (42.4%)	119 (37.7%)
	Très important	61 (21.6%)	7 (21.2%)	68 (21.5%)
	NA	4	2	10
<i>Compétences diagnostiques</i>	Pas important	2 (0.7%)	1 (3%)	3 (0.9%)
	Peu important	3 (1.1%)	1 (3%)	4 (1.3%)
	Important	95 (33.6%)	9 (27.3%)	104 (32.9%)
	Très important	183 (64.7%)	22 (66.7%)	205 (64.9%)
	NA	4	2	8
<i>Coordination des soins</i>	Pas important	24 (8.5%)	4 (12.1%)	28 (8.9%)
	Peu important	52 (18.4%)	8 (24.2%)	60 (19%)
	Important	122 (43.3%)	10 (30.3%)	132 (41.9%)
	Très important	84 (29.8%)	11 (33.3%)	95 (30.2%)
	NA	5	2	10

.id	Variable	Pas d'ALD	ALD	Total
<i>Compétences techniques</i>	Pas important	14 (4.9%)	3 (9.1%)	17 (5.4%)
	Peu important	42 (14.8%)	4 (12.1%)	46 (14.6%)
	Important	145 (51.2%)	16 (48.5%)	161 (50.9%)
	Très important	82 (29%)	10 (30.3%)	92 (29.1%)
	NA	4	2	10
<i>Indépendance vis à vis de l'industrie pharmaceutique</i>	Pas important	13 (4.6%)	1 (3%)	14 (4.4%)
	Peu important	28 (9.9%)	6 (18.2%)	34 (10.8%)
	Important	76 (27%)	7 (21.2%)	83 (26.3%)
	Très important	165 (58.5%)	19 (57.6%)	184 (58.4%)
	NA	5	2	11
<i>Formation continue</i>	Pas important	3 (1.1%)	0 (0%)	3 (1%)
	Peu important	23 (8.2%)	0 (0%)	23 (7.3%)
	Important	78 (27.7%)	14 (42.4%)	92 (29.2%)
	Très important	178 (63.1%)	19 (57.6%)	197 (62.5%)
	NA	5	2	11
<i>Ne pas avoir peur de moi médecin</i>	Pas important	6 (2.1%)	2 (6.2%)	8 (2.5%)
	Peu important	21 (7.4%)	5 (15.6%)	26 (8.3%)
	Important	89 (31.6%)	6 (18.8%)	95 (30.3%)
	Très important	166 (58.9%)	19 (59.4%)	185 (58.9%)
	NA	5	3	11
<i>Respect du secret médical</i>	Pas important	4 (1.4%)	2 (6.1%)	6 (1.9%)
	Peu important	21 (7.4%)	0 (0%)	21 (6.6%)
	Important	77 (27.2%)	9 (27.3%)	86 (27.2%)
	Très important	181 (64%)	22 (66.7%)	203 (64.2%)
	NA	4	2	11
<i>Capacité à l'autocritique</i>	Pas important	2 (0.7%)	1 (3.1%)	3 (1%)
	Peu important	15 (5.4%)	2 (6.2%)	17 (5.5%)
	Important	109 (39.1%)	9 (28.1%)	118 (37.9%)
	Très important	153 (54.8%)	20 (62.5%)	173 (55.6%)
	NA	8	3	16

Tableau 18: Réponses apportées au questionnaire compétences en fonction de la présence d'une ALD

4. Discussion

4.1. Rappel des principaux résultats

La majorité des médecins interrogés ont déclaré médecin traitant. La plupart ont un généraliste comme médecin traitant et plus de la moitié sont leur propre MT.

L'âge et la présence d'une maladie chronique sont des facteurs influençants. Plus les médecins sont âgés, plus ils sont leur propre MT. Il y a plus de maladies chroniques chez les médecins soignés par un proche puis chez ceux qui sont leur propre MT.

Bien que ce ne soit pas significatif, nous avons constaté dans la population de l'étude que les hommes s'auto-déclarent plus souvent comme MT.

A l'inverse, l'ALD n'influence pas le choix du MT.

Dans notre population, 10,6 % des médecins bénéficiaient d'une prise en charge en ALD. A titre de comparaison, dans la population générale, 16,9% des affiliés au régime général de la Sécurité Sociale bénéficiaient d'une ALD en 2016.^a

La plupart des médecins ayant consulté dans l'année précédente avaient consulté un spécialiste d'organe. Cette tendance était significativement plus marquée chez ceux étant leur propre MT.

Les médecins qui ont un MT indépendant consultent davantage pour un motif administratif ou un certificat.

Les médecins qui ont un MT indépendant estimaient avoir une meilleure prise en charge de leur santé que les autres, et ceux suivis par un proche la moins bonne prise en charge. Cependant ces différences n'étaient statistiquement pas significatives.

^a Source : <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2016.php>

Les principaux avantages au choix d'un médecin traitant autre que soi-même étaient la prise en charge objective, la prise en charge globale et le partage de décision concernant sa santé.

La prise en charge objective et la prise en charge globale étaient d'autant plus importantes pour les médecins qui ont un MT indépendant et pour ceux sans ALD.

A l'inverse le partage de décision sur sa santé importait plus pour ceux avec une ALD.

Le principal frein rencontré lors du choix d'un médecin traitant autre que soi-même était le manque de temps et ce d'autant plus pour les médecins n'ayant pas de MT indépendant.

Enfin les principales compétences attendues d'un médecin traitant relevaient des qualités relationnelles puis médicales ; l'écoute étant la qualité la plus souvent citée.

Plusieurs compétences comptaient davantage pour les médecins ayant un MT indépendant : le respect des recommandations, l'empathie, l'indépendance vis à vis des laboratoires pharmaceutiques et le respect du secret médical.

La capacité d'autocritique/réflexivité et la disponibilité étaient des compétences plus attendues pour les médecins en ALD alors que la décision partagée importait plus pour ceux sans ALD.

4.2. Forces de l'étude

Grand nombre de médecins inclus dans l'étude grâce aux 2 phases de recrutements.

Nous en avons eu 641 réponses dont 440 répondant aux critères d'inclusion.

Caractère multicentrique : le Congrès National de Médecine Générale regroupe des médecins de la France entière.

Recrutement de médecins essentiellement libéraux (95,8% de médecins étaient installés collaborateurs ou remplaçants) et non hospitaliers comme dans les études retrouvées de la littérature.

Etude originale car centrée sur le médecin traitant généraliste : plusieurs études dans la littérature internationale étudient ce qu'est un bon médecin mais aucune n'aborde le sujet du médecin traitant généraliste.

Le questionnaire a d'abord été soumis à un groupe de travail (SFTG) puis testé auprès d'un échantillon de médecins généralistes lors d'un **focus group**.

Fort taux de réponses lors du Congrès National de Médecine Générale avec plus de 53% de retours. Ceci peut s'expliquer par la distribution du questionnaire en main propre pendant les 3 jours du congrès et les deux modes de retour possible : lors de la sortie des séances plénières et dans une urne située sur le stand de la SFTG.

4.3. Limites de l'étude

Biais de recrutement

Le recrutement réalisé au Congrès National de Médecine Générale et au sein des membres de la SFTG a sélectionné des médecins pour qui la formation continue est importante. Ils sont donc probablement plus à même de s'interroger et de remettre en cause leur pratique ainsi que leur attitude vis à vis de leur santé.

Comparaison de la population de l'étude à celle des médecins généralistes au 1^{er} janvier 2017. Les statistiques nationales sont issues du site gouvernementale : www.data.drees.sante.gouv.fr

	Population de l'étude	Population nationale
Nombres de médecins	440	102 250
Age moyen en années	47,1	51,6
Age moyen des femmes	43,5	47,7
Age moyen des hommes	52,7	54,9
Pourcentage de femmes	61,2%	45,4%

Tableau 19: Comparaison des effectifs de l'étude avec ceux de la population nationale de médecins généralistes

Notre échantillon est plus jeune et plus féminin que la population générale.

La moyenne d'âge chez les médecins interrogés est plus basse, d'autant plus chez les femmes. Cependant dans les deux populations la moyenne d'âge des femmes est inférieure à celle des hommes. La proportion de femmes dans notre échantillon est supérieure au pourcentage de femmes généralistes.

Ces différences peuvent s'expliquer par une féminisation de la profession.

Les jeunes médecins et les femmes sont-ils plus empathiques avec une jeune thésarde ?

Réponses déclaratives

Les questionnaires étaient anonymes et les réponses apportées par les participants ne pouvaient être vérifiées.

Faible taux de réponse dans le recueil des questionnaires par mail.

Le taux de réponse de 8,7% peut être expliqué en partie par la présence de membres de la SFTG au congrès. Il était clairement spécifié qu'une seule participation par personne était possible. Par ailleurs les médecins reçoivent de nombreuses sollicitations pour des travaux de thèse et peuvent être saturés par les demandes.

4.4. Interprétation des résultats et confrontation à la littérature.

Nous avons été surpris par le pourcentage de généralistes étant leur propre médecin traitant. Dans notre étude ils représentaient 59% des médecins alors qu'ils étaient 84% dans le rapport de la DRESS de 2010.³ La première explication de cet écart peut être le nombre d'années séparant les 2 études mais la principale cause est probablement liée au biais de sélection. Comme nous l'avons vu, la population de notre étude est plus jeune que la population générale des médecins généralistes. Or il est apparu que la moyenne d'âge des médecins qui sont leur propre médecin traitant est supérieure aux autres. Ce phénomène peut expliquer cet écart.

Le type de MT choisi ne modifie pas le nombre de fois que les médecins consultent.

Cependant l'analyse en fonction du sexe a montré que les femmes consultent davantage. Ce phénomène peut être lié au suivi gynécologique (notamment le dépistage du cancer du col de l'utérus) qui nécessite une consultation et un examen par un tiers.

Un fort lien a été mis en évidence entre le type de MT choisi et le spécialiste consulté (valeur $p < 0,0001$). Les médecins qui ont un MT indépendant consultent plus pour un dépistage et 33% ont consulté uniquement un généraliste. Ceux qui sont leur propre MT consultent beaucoup plus souvent directement un spécialiste d'organe. Or, les spécialistes

d'organe profitent rarement de la consultation pour faire une synthèse du dossier médical et réaliser une prise charge globale (ce qui n'est pas leur rôle).

Ainsi, les médecins qui sont leur propre MT ou qui ont un MT proche ont une prise en charge moins globale que les autres et effectue moins de dépistage. Ces deux points amènent à une prise en charge de moins bonne qualité sur le long terme.

Faire prendre conscience de ce phénomène aux médecins qui sont leur propre MT pourrait les amener à revoir leur conduite.

Nous n'avons pas, dans notre étude, posé de question aux participants sur l'automédication. Nous n'avons donc pas de chiffres et de réponses précises à apporter sur ce sujet. Néanmoins, le fort pourcentage de médecins qui sont leur propre MT, l'analyse des motifs de consultations et des médecins consultés en fonction du type de MT nous permettent de formuler l'hypothèse que l'automédication, en particulier pour ce qui est des maladies chroniques, doit être une pratique courante. C'est ce qu'évoquaient les différentes études citées dans l'introduction.

Les deux principaux avantages à avoir un MT indépendant étaient la prise en charge objective et la prise en charge globale. Venait ensuite le partage de décision concernant « ma santé ». On se rend compte que ces trois avantages pourtant jugés « important » ou « très important » ne sont pas compatibles avec le fait d'être son propre MT.

Le suivi médical, le dépistage/prévention, la prise en charge globale et la prise en charge objective étaient d'autant plus importants pour les médecins sans ALD. Ce sont donc les médecins qui ne sont pas confrontés à des soucis de santé chroniques qui sont le plus soucieux des avantages qui bénéficieraient surtout aux médecins en ALD. On peut en déduire que les médecins sans ALD sont plus inquiets pour leur prise en charge que les autres et ont plus peur face à l'éventualité d'une maladie. Or faire le choix d'un MT indépendant à qui confier leur santé pourrait diminuer cette crainte.

La facilité d'accès aux soins citée comme un avantage par une étude Australienne ¹⁵ était l'avantage le moins important d'après notre population. Cette différence est peut-être liée aux différents systèmes de santé entre nos deux pays.

Dans l'analyse des freins au choix d'un médecin traitant généraliste autre que soi-même, le manque de temps et le manque de besoin actuel étaient des freins majeurs pour les médecins étant leur propre MT et ceux sans ALD.

Comment expliquer que le manque de temps soit plus important pour les médecins sans maladie chronique et ceux qui ont déjà un MT indépendant, alors que c'est à eux que les consultations devraient prendre le plus de temps ? Une hypothèse plausible est que, comme souvent, le manque de temps n'est pas un réel problème mais plutôt un choix d'organisation.

Le manque de besoin actuel était un frein important pour ceux qui sont leur propre MT alors que nous avons constaté que la proportion d'ALD ne varient pas en fonction de ces 2 types de MT (indépendant et propre MT). On constate même que la proportion de médecins qui n'ont aucune maladie chronique est significativement plus élevée chez ceux qui ont un MT indépendant par rapport aux 2 autres types de MT. On peut donc en déduire que ceux qui ont choisi un MT indépendant ne l'ont pas fait par rapport à un critère de moins bonne santé.

Par ailleurs, la peur d'être malade était plus importante chez les médecins sans ALD. On constate donc que ce sont encore les médecins qui n'ont pas de problèmes de santé à l'heure actuelle qui anticipent une peur face à la maladie. On peut supposer que ces médecins ont peur que la consultation d'un confrère généraliste puisse mettre en avant des soucis de santé qu'ils avaient inconsciemment ou non mis de côté.

Ceci est paradoxal car comme nous le disions plus haut, il est important pour ces mêmes médecins d'améliorer leur dépistage / prévention ainsi que d'avoir une prise en charge objective.

Les médecins en ALD quant à eux exprimaient une crainte différente qui était la peur de déranger leur confrère. Pourrait-on expliquer ce résultat par la gêne et la honte face à la maladie ?

Si l'on compare les principales compétences attendues des médecins dans notre population par rapport aux 5 familles de compétences fondamentales définies par la WONCA¹³, se sont les « soins centrés sur la personne » et « l'approche globale » qui priment sur les autres.

Bien que très peu d'études dans la littérature scientifique portaient sur les avantages et freins au choix d'un médecin traitant, plusieurs en revanche étudiaient les compétences attendues d'un bon médecin du point de vue des patients.

Un article paru dans la revue « Pédagogie médicale » en 2006⁸ demandait aux patients sous forme d'auto-questionnaire de répondre à ce qu'était un « bon médecin ». Le nombre de réponses obtenues était de 103. Les qualités citées en premier étaient l'écoute, les explications et le diagnostic.

Une autre étude intitulée « Le médecin idéal : point de vue des patients » avait été réalisée auprès de patients consultant en milieu hospitalier.⁷ 184 patients avaient répondu sous forme d'auto-questionnaire. Les qualités essentielles attendues de leur médecin étaient : être à l'écoute, assurer une bonne prise en charge, s'exprimer en termes clairs et avoir de solides connaissances.

Ces études permettent de comparer les points de vue des patients avec les médecins de notre étude. La première remarque est que pour ces deux études la population étudiée avait été recrutée dans un milieu hospitalier (service de dermatologie et service de médecine interne). Ensuite le nombre de patients inclus était inférieur à la population de notre étude. Enfin la question portait sur le « bon médecin » en général et non sur le médecin traitant généraliste. Le point commun de ces deux études et la nôtre était le mode de recueil des données par un auto-questionnaire.

La comparaison de ces études et de nos résultats montre que pour les patients et les médecins la première qualité citée est une qualité relationnelle (l'écoute) mais ce sont ensuite les qualités médicales (diagnostic, solides connaissances et explications claires) et organisationnelle (bonne prise en charge) qui priment chez les patients alors que pour les médecins les qualités relationnelles sont prédominantes (empathies, ne pas avoir peur de moi médecin).

Une revue internationale de la littérature intitulée « Qu'est-ce qu'un bon médecin ? » avait été publiée en 2010 dans la revue Pédagogie médicale.⁶ L'analyse de plusieurs études portant sur le point de vue des médecins montrait que les compétences cliniques et théoriques étaient citées comme principales (qualités médicales).

Ce résultat va à l'encontre de celui trouvé dans notre étude. Une des explications peut-être la différence culturelle entre les médecins. L'ensemble des études avait été réalisé à l'étranger, où la vision des rapports entre médecins et vis à vis de la maladie n'est peut-être pas la même. Par ailleurs, les méthodes de recueil des données n'étaient pas homogènes et la question posée était formulée sous différentes formes. De plus la question portait sur les qualités d'un « bon médecin » et non de son « propre médecin traitant ». Cette nuance me semble importante et peut également expliquer la différence retrouvée.

Il est intéressant de voir qu'à l'heure où la médecine devient de plus en plus précise et technique, ce qui importe le plus aux médecins sont les compétences relationnelles et pas seulement médicale pure. Aurait-on besoin dans un monde de plus en plus moderne et robotisé d'ajouter une part d'humanité dans notre prise en charge?

Notre étude malgré son mode de recrutement permet grâce au grand nombre de participants d'avoir une idée plus claire de ce qu'attendent les généralistes de leur médecin traitant ainsi que des avantages et des freins pour faire leur choix.

Lever le principal frein qu'est le manque de temps pourrait permettre d'améliorer leur prise en charge et la rendre plus objective et globale, ce qu'ils semblent vouloir.

Peut-être serait-il bénéfique d'introduire une consultation annuelle obligatoire avec un médecin généraliste extérieur. Cette « médecine du travail » pourrait permettre de pallier au phénomène observé.

Par ailleurs, former les étudiants aux compétences relevant des qualités relationnelles, les rendraient plus efficaces dans la prise en charge de leurs confrères. Être médecin des médecins pourrait aussi être une sur-spécialité enseignée à la faculté de médecine lors du 3^{ème} cycle.

Le fait d'avoir participé à cette étude, d'avoir mis des mots sur certaines craintes et réfléchi aux compétences souhaitées de son médecin traitant peut avoir eu un impact positif sur la conduite des médecins. Cette hypothèse devra être confirmée en réalisant par exemple une étude interventionnelle via les emails récupérés lors du recueil de données.

Enfin pour pallier au biais de sélection, le questionnaire pourra être distribué à une population de médecins généralistes choisis au hasard parmi ceux inscrits à l'Ordre des médecins.

5. Conclusion

Depuis la mise en place du système de médecin traitant en 2004, les français doivent déclarer un médecin s'ils veulent être en règle vis à vis de la sécurité sociale. Dans ce système, les médecins eux-mêmes ont un choix à faire quant à leur propre médecin traitant.

A travers cette étude, basée sur un auto-questionnaire distribué à des médecins généralistes, nous avons constaté que la majorité d'entre eux décident de s'auto-déclarer médecin traitant malgré les risques et inconvénients que cela implique. Plus les médecins sont âgés plus ils sont leur propre médecin traitant.

Nous avons ensuite étudié les avantages qu'ont les généralistes à choisir un médecin traitant indépendant. Ces avantages sont en premier lieu la prise en charge globale et la prise en charge objective. Les médecins qui ont déjà fait le choix d'un médecin traitant indépendant jugeaient ces avantages d'autant plus importants, preuve qu'ils apportent un réel bénéfice. De plus ce sont ces mêmes médecins qui estimaient avoir une meilleure prise en charge de leur santé.

Ce sont ensuite les freins au choix d'un médecin indépendant que nous avons étudiés. Le manque de temps constituait un frein majeur mais dans une bien plus grande proportion chez ceux qui étaient leur propre médecin traitant.

L'écoute, les compétences diagnostiques et l'empathie constituaient les principales compétences attendues des généralistes vis à vis de leur médecin traitant. Deux de ces compétences relèvent de qualités relationnelles. Il est intéressant de constater que des scientifiques, que sont les médecins, accordent une plus grande importance aux qualités relationnelles que médicales.

La proportion d'ALD n'était pas plus importante dans la population qui a choisi un médecin traitant indépendant. Au contraire, ceux-ci avaient moins de maladies chroniques. Ce n'est donc pas pour des raisons de santé qu'ils ont fait ce choix.

Exposer les généralistes au paradoxe de leur choix par rapport à leurs attentes pourrait aider à susciter une réflexion qui les pousserait à faire un choix de manière éclairée et non plus par facilité.

Il serait intéressant d'introduire dans le DES de médecine générale un enseignement sur la prise en charge de nos confrères. Notre étude pourrait, par les réponses qu'elle apporte, fournir une base de réflexion sur ce sujet pour les étudiants et futurs docteurs en médecine générale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Assurance Maladie. Le médecin traitant, adopté par la majorité des Français, favorise la prévention. (2009).
2. Dourgnon, P., Guillaume, S., Naiditch, M. & Ordonneau, C. Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme. *IRDES* (2017).
3. Desprès, P. *et al.* Santé physique et psychique des médecins généralistes. (2010).
4. Leriche, B., Faroudja, J. L., Montane, F. & Moulard, J.-C. Le médecin malade. *Rapp. Comm. Natl. Perm. Adopté Lors Assises Cons. Natl. L'Ordre Médecins* **28**, (2008).
5. Thompson, W. T., Cupples, M. E., Sibbett, C. H., Skan, D. I. & Bradley, T. Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health: qualitative study. *BMJ* **323**, 728–731 (2001).
6. Ibanez, G., Cornet, P. & Minguet, C. Qu'est-ce qu'un bon médecin ? *Pédagogie Médicale* **11**, 151–165 (2010).
7. Thierry Carmoi. Le médecin idéal: Le point de vue des patients. *Mém. DIU Pédagogie Médicale Univ. Pierre Marie Curie Paris VI* (2010).
8. Bonnetblanc, J.-M., Sparsa, A. & Boulinguez, S. Le « bon médecin » : enquête auprès des patients. *Pédagogie Médicale* **7**, 174–179 (2006).
9. Aguzzoli, F., Aligon, A., Com-Ruelle, L. & Frérot, L. Choisir d'avoir un médecin référent. *CREDES* (1999).
10. Marie, E. & Roger, J. *Rapport sur le tiers payant pour les consultations de médecine de ville*. (Inspection générale des affaires sociales, 2004).
11. IRDES. Historique des conventions médicales. (2017).
12. *LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie*. (2004).
13. Wonca Europe. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. *Coord. Rédactionnelle Trad. En Fr. Prof Pestiaux Cent. Univ. Médecine Générale UCL Brux. Belg.* (2002).
14. Sécurité Sociale. Réforme de l'assurance maladie. (2004).
15. Kay, M. P., Mitchell, G. K. & Mar, C. B. D. Doctors do not adequately look after their own physical health. *Med. J. Aust.* **181**, (2004).
16. Laurence Gillard. La santé des généralistes. (Thèse de médecine générale, 2006).
17. Davidson, S. K. & Schattner, P. L. Doctors' health-seeking behaviour: a questionnaire

survey. *Med. J. Aust.* **179**, (2003).

18. Chen, J. Y. *et al.* Doctors' personal health care choices: A cross-sectional survey in a mixed public/private setting. *BMC Public Health* **8**, 183 (2008).

19. Montgomery, A. J., Bradley, C., Rochfort, A. & Panagopoulou, E. A review of self-medication in physicians and medical students. *Occup. Med.* **61**, 490–497 (2011).

20. SN, M. Y., Nedjat, S., Arbabi, M. & Majdzadeh, R. Who Is a Good Doctor? Patients & Physicians' Perspectives. *Iran. J. Public Health* **44**, 150–152 (2015).

Annexe 1 : questionnaire dans sa version papier

AVEZ-VOUS UN MEDECIN TRAITANT GENERALISTE ?

Bonjour, étudiante à Paris Descartes, je réalise ma thèse sur la question suivante :

Quels sont les avantages, les freins et les compétences attendues pour choisir un médecin généraliste autre que vous-même comme médecin traitant ?

Si ce sujet vous intéresse ou vous interpelle merci de prendre 5 min pour répondre à ce questionnaire et me le remettre à la sortie de l'amphithéâtre ou sur le stand SFTG.

Elise DAL SOGLIO

Informations personnelles retirées

1. Quel âge avez-vous ?

2. Vous êtes :

Une femme Un homme Thésé(e) Non thésé(e)
 Installé(e) Collaborateur Remplaçant(e) Retraité(e)

3. Avez vous un médecin traitant déclaré ?

Oui Non

4. Si oui, votre médecin traitant est:

Vous-même Un proche (famille, ami) Un autre médecin

5. Votre médecin traitant est :

Un généraliste Un autre spécialiste

6. Avez-vous une maladie chronique ?

Non Une maladie Plusieurs maladies

7. Si oui, êtes-vous en ALD ?

Oui Non

8. Combien de fois avez-vous consulté un médecin l'année dernière ?

0 fois 1 à 3 fois 4 à 10 fois > 10 fois

9. Si vous-avez consulté, qui était-ce ? (Plusieurs réponses possibles)

Médecin généraliste Spécialiste Un médecin généraliste et un spécialiste

10. Quel était le motif de la (ou des) consultation(s) ? (Plusieurs réponses possibles)

Pathologie aiguë Suivi de pathologie chronique Dépistage Certificat/ administratif

11. Notez chaque item selon l'importance que vous accordez à la proposition.

Avantages au choix d'un médecin traitant généraliste autre que vous-même	Pas important	Peu important	Important	Très important
Faciliter l'accès aux soins				
Faire la synthèse du dossier médical				
Partager les décisions concernant ma santé				
Bénéficier d'une meilleure coordination des soins				
Améliorer mon suivi médical				
Améliorer dépistage / prévention				
Avoir une prise en charge objective				
Avoir une prise en charge globale (examen clinique complet, vision globale)				
Avoir un espace et un temps pour partager mes préoccupations				
Autre (préciser):				

12. Notez chaque item selon l'importance que vous accordez à la proposition.

Freins au choix d'un médecin traitant généraliste autre que vous-même	Pas important	Peu important	Important	Très important
Crainte du non respect du secret médical				
Manque de temps				
Méfiance face à un médecin que je ne connais pas				
Peur de perdre la main				
Peur d'être malade				
Gêne de l'examen physique				
Je n'en ressens pas le besoin actuellement				
Difficulté à lâcher prise				
Gêne dans la salle d'attente				
Peur de déranger				
Peur d'exprimer une crainte irrationnelle, mes émotions				
Autres (préciser) :				

Entourez les 3 compétences qui vous semblent primordiales

Compétences attendues de votre médecin traitant	Pas important	Peu important	Important	Très important
Ecoute				
Disponibilité (joignable et délai de rendez vous)				
Intégrité				
Respect des recommandations				
Empathie				
Décision partagée				
Dossier informatisé				
Compétences diagnostiques				
Assure la coordination des soins				
Compétences techniques				
Indépendance vis à vis de l'industrie pharmaceutique				
Continue de se former (FMC et/ou activité universitaire)				
Ne pas avoir peur de moi médecin				
Respect du secret médical				
Capacité d'autocritique / réflexivité				
Autre (préciser):				

13. Entourez SVP les 3 compétences du tableau ci-dessus qui vous semblent primordiales

14. Sur une échelle de 1 (pas du tout) à 10 (tout à fait) votre prise en charge actuelle vous paraît-elle adaptée ?

15. Avez vous par le passé vécu un échec avec un médecin généraliste autre que vous même ? Oui Non

Si vous avez d'autres commentaires à apporter sur ce thème vous pouvez les laisser ici :

Merci beaucoup pour votre participation !

Si vous souhaitez recevoir les résultats de cette étude ou/et peut-être participer à une deuxième phase qualitative, vous pouvez inscrire votre adresse mail ici (celle-ci n'apparaîtra pas dans les résultats) :

Titre en français : **Avantages, freins et compétences attendues pour choisir un médecin généraliste autre que vous-même comme médecin traitant.**

Résumé (français) :

Introduction : En 2004 est mis en place le système de « médecin traitant ». Tout médecin inscrit au Conseil de l'Ordre peut être médecin traitant quelle que soit sa spécialité. Il n'est pas interdit d'être son propre médecin traitant. En 2009, 85% des médecins étaient leur propre médecin traitant. Comprendre les avantages et les freins qu'ont les médecins à choisir un médecin indépendant (qui ne soit ni un proche ni soi-même) ainsi que les compétences qu'ils en attendent permettra de les aider à faire un choix éclairé et de former les étudiants pour soigner les pairs.

Méthode : Il s'agit d'une étude quantitative, observationnelle sous forme d'enquête transversale. La population étudiée était celle des médecins généralistes thésés. Le Recueil des données s'est fait par la distribution d'un auto-questionnaire lors du Congrès National de Médecine Générale du 30 mars au 1^{er} avril 2017, puis l'envoi du questionnaire sous format numérique à la mailing list de la SFTG (Société de Formation Continue des Généralistes). Le questionnaire est resté accessible en ligne pendant 15 jours.

Résultats : 440 médecins ont été inclus dans l'étude. 88,8% avait déclaré un médecin traitant. 98,7% des médecins traitant déclarés étaient des généralistes. 58,1% des médecins étaient leur propre médecin traitant, 11,9% avaient déclaré un proche et 30% avait un médecin traitant indépendant. Plus les médecins étaient âgés plus il étaient leur propre médecin traitant. Les médecins suivis par un proche ou étant leur propre médecin traitant avaient plus souvent une maladie chronique. En revanche il n'y avait pas de lien avec la présence d'une ALD (affection longue durée). Les deux principaux avantages au choix d'un médecin traitant indépendant étaient d'avoir une prise en charge objective (très important pour 62,2% des médecins) et d'avoir une prise en charge globale (très important pour 46,7% des médecins). Le principal frein était le manque de temps qui était jugé important ou très important pour 60% des médecins. Les trois compétences jugées primordiales étaient l'écoute, les compétences diagnostiques et l'empathie. Deux de ces compétences relevaient de qualités relationnelles et la troisième était une qualité médicale.

Conclusion : Les principaux avantages que recherchent les médecins nécessitent de faire le choix d'un médecin traitant indépendant. Faire en sorte que les médecins n'aient plus l'impression de manquer de temps ou leur accorder un temps obligatoire de consultation extérieure pourrait permettre de lever ce frein. Enfin les principales compétences attendues des médecins traitants relèvent de qualités relationnelles. Enseigner aux étudiants les qualités attendues des médecins pourrait permettre de mieux les prendre en charge. La lecture de cette étude par des médecins qui sont leur propre médecin traitant leur apportera des éléments pour faire un choix de façon éclairé, et ainsi d'optimiser leur prise en charge.

Mots clés (français) :

Médecin généraliste, médecin traitant, médecin traitant des généralistes, santé des médecins généralistes

Titre en anglais : Advantages, barriers and skills expected to choose a general practitioner other than yourself as a treating physician.

Abstract (english) :

Introduction: In 2004 was established the system of treating physician. Any physician registered with the Council of the Order can be a treating physician regardless of his or her specialty. It is not forbidden to be your own treating physician. In 2009, 85% of physicians were their own treating physician. Understanding the advantages and barriers that doctors have in choosing an independent physician (who is neither a relative nor themselves) and the skills they expect from them will help them make an informed choice and train the students to heal there peers.

Method: This is a quantitative, observational study based on a cross-sectional survey. The population studied was the general practitioners. Data collection was done by distributing a self-questionnaire at the French National Congress of General Medicine from March 30th to April 1st 2017, then sending the questionnaire in digital format to the SFTG mailing list (Society Continuing Education of General Practitioners). The online questionnaire remained accessible for 15 days.

Results : 440 physicians were included in the study. 88.8% had declared a treating physician. 98.7% of the reported physicians were general practitioners. 58.1% of the physicians were their own doctor, 11.9% had a relative and 30% had an independent doctor. The older the doctors, the more they were their own doctor. Doctors who were cured by a relative or themselves suffered more often from a chronic illness. On the other hand, there was no link with a long term affection listed by the french healthcare system. The two main advantages of choosing an independent treating physician were to get an objective care (very important for 62.2% of physicians) and to get a global care (very important for 46.7% of physicians). The main barrier was the lack of time that was considered important or very important for 60% of doctors. The three skills considered to be essential were listening, diagnostic skills and empathy. Two of these skills were relationship quality and the third one was medical quality.

Conclusion : The main advantages that doctors seek require the choice of an independent doctor. Making sure that doctors do not feel like they run out of time or give them a mandatory time for external consultation may help to get through this obstacle. Finally, the main skills expected of the treating physicians come from relationship qualities. Teaching students the expected qualities of doctors can help to take better care of them. The reading of this study by doctors who are their own treating physicians will provide elements to make an informed choice, and thus optimize their care.

Keywords (english) : general practitioner, physician impairment, health of general practitioners

**Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'École de Médecine
75270 Paris cedex 06**