



HAL
open science

Points de rupture dans le parcours de soins coordonnés

Lauriane Guion, Charles Porez

► **To cite this version:**

Lauriane Guion, Charles Porez. Points de rupture dans le parcours de soins coordonnés. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02094212

HAL Id: dumas-02094212

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02094212>

Submitted on 31 May 2019

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.

Points de rupture dans le parcours de soins coordonnés

T H È S E E N B I N Ô M E

**Présentée et publiquement soutenue devant
LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE**

Le 8 Octobre 2018

Par Madame Lauriane GUION

Née le 23 octobre 1991 à Saint-Martin-D'heres (38)

Et Par Monsieur Charles POREZ

Né le 29 août 1990 à Lille (59)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur DISDIER Patrick

Président

Monsieur le Professeur ROSSI Pascal

Assesseur

Madame le Professeur GUIS Sandrine

Assesseur

Madame le Docteur (MCU-PH) ZATTARA-CANNONI Hélène

Assesseur

Monsieur le Professeur Associé FILIPPI Simon

Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Caroline MOUTTET
- * Logistique : Joëlle FRAVEGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	<p>AGOSTINI Serge ALDIGHERI René ALESSANDRINI Pierre ALLIEZ Bernard AQUARON Robert ARGEME Maxime ASSADOURIAN Robert AUFRAY Jean-Pierre AUTILLO-TOUATI Amapola AZORIN Jean-Michel BAILLE Yves BARDOT Jacques BARDOT André BERARD Pierre BERGOIN Maurice BERNARD Dominique BERNARD Jean-Louis BERNARD Pierre-Marie BERTRAND Edmond BISSET Jean-Pierre BLANC Bernard BLANC Jean-Louis BOLLINI Gérard BONGRAND Pierre BONNEAU Henri BONNOIT Jean BORY Michel BOTTA Alain BOURGADE Augustin BOUVENOT Gilles BOUYALA Jean-Marie BREMOND Georges BRICOT René BRUNET Christian BUREAU Henri CAMBOULIVES Jean CANNONI Maurice CARTOUZOU Guy</p> <p>CHAMLIAN Albert CHARREL Michel CHAUVEL Patrick CHOUX Maurice CIANFARANI François CLEMENT Robert COMBALBERT André CONTE-DEVOLX Bernard CORRIOL Jacques COULANGE Christian DALMAS Henri DE MICO Philippe DELARQUE Alain DEVIN Robert DEVRED Philippe DJIANE Pierre DONNET Vincent DUCASSOU Jacques DUFOUR Michel DUMON Henri FARNARIER Georges FAVRE Roger FIECHI Marius</p>	MM	<p>FIGARELLA Jacques FONTES Michel FRANCOIS Georges FUENTES Pierre GABRIEL Bernard GALINIER Louis GALLAIS Hervé GAMERRE Marc GARCIN Michel GARNIER Jean-Marc GAUTHIER André GERARD Raymond GEROLAMI-SANTANDREA André GIUDICELLI Roger GIUDICELLI Sébastien GOUDARD Alain GOUIN François GRISOLI François GROULIER Pierre HADIDA/SAYAG Jacqueline HASSOUN Jacques HEIM Marc HOUEL Jean HUGUET Jean-François JAQUET Philippe JAMMES Yves JOUVE Paulette JUHAN Claude JUIN Pierre KAPHAN Gérard KASBARIAN Michel KLEISBAUER Jean-Pierre LACHARD Jean LAFFARGUE Pierre LAUGIER René LEVY Samuel LOUCHET Edmond LOUIS René LUCIANI Jean-Marie MAGALON Guy MAGNAN Jacques MALLAN- MANCINI Josette MALMEJAC Claude MATTEI Jean François MERCIER Claude METGE Paul MICHOTÉY Georges MILLET Yves MIRANDA François MONFORT Gérard MONGES André MONGIN Maurice MONTIES Jean-Raoul NAZARIAN Serge NICOLI René NOIRCLERC Michel OLMER Michel OREHEK Jean PAPY Jean-Jacques PAULIN Raymond PELOUX Yves PENAUD Antony</p>
----	---	----	---

MM PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUF0 Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967 MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974 MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975 MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976 MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977 MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978 M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980 MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981 MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982 M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985 MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986 MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)
1987 M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988 MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989 M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990 MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991 MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992 MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994 MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995 MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997 MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998 MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999 MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000 MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001 MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002 MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003 M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004 M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005 M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006 M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007 M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
 ALBANESE Jacques
 ALIMI Yves
 AMABILE Philippe
 AMBROSI Pierre
 ANDRE Nicolas
 ARGENSON Jean-Noël
 ASTOUL Philippe
 ATTARIAN Shahram
 AUDOUIN Bertrand
 AUQUIER Pascal
 AVIERINOS Jean-François
 AZULAY Jean-Philippe
 BAILLY Daniel
 BARLESI Fabrice
 BARLIER-SETTI Anne
 BARTHET Marc
 BARTOLI Jean-Michel
 BARTOLI Michel
 BARTOLIN Robert *Surnombre*
 BARTOLOMEI Fabrice
 BASTIDE Cyrille
 BENSOUSSAN Laurent
 BERBIS Philippe
 BERDAH Stéphane
 BERLAND Yvon *Surnombre*
 BERNARD Jean-Paul
 BEROUD Christophe
 BERTUCCI François
 BLAISE Didier
 BLIN Olivier
 BLONDEL Benjamin
 BONIN/GUILLAUME Sylvie
 BONELLO Laurent
 BONNET Jean-Louis
 BOTTA/FRIDLUND Danielle
 BOUBLI Léon
 BOYER Laurent
 BREGEON Fabienne
 BRETTELE Florence
 BROUQUI Philippe
 BRUDER Nicolas
 BRUE Thierry
 BRUNET Philippe
 BURTEY Stéphane
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier
 CASANOVA Dominique
 CASTINETTI Frédéric
 CECCALDI Mathieu
 CHABOT Jean-Michel
 CHAGNAUD Christophe
 CHAMBOST Hervé
 CHAMPSAUR Pierre
 CHANEZ Pascal
 CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
 CHARREL Rémi
 CHARPIN Denis *Surnombre*
 CHAUMOITRE Kathia
 CHIARONI Jacques
 CHINOT Olivier
 CHOSSEGROS Cyrille
 CLAVERIE Jean-Michel *Surnombre*
 COLLART Frédéric
 COSTELLO Régis
 COURBIERE Blandine
 COWEN Didier
 CRAVELLO Ludovic
 CUISSET Thomas
 CURVALE Georges
 DA FONSECA David
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia
 DANIEL Laurent
 DARMON Patrice
 D'ERCOLE Claude
 D'JOURNO Xavier
 DEHARO Jean-Claude
 DELPERO Jean-Robert
 DENIS Danièle
 DESSEIN Alain *Surnombre*
 DESSI Patrick
 DISDIER Patrick
 DODDOLI Christophe
 DRANCOURT Michel
 DUBUS Jean-Christophe
 DUFFAUD Florence
 DUFOUR Henry
 DURAND Jean-Marc
 DUSSOL Bertrand
 ENJALBERT Alain *Surnombre*
 EUSEBIO Alexandre
 FAKHRY Nicolas
 FAUGERE Gérard *Surnombre*
 FELICIAN Olivier
 FENOLLAR Florence
 FIGARELLA/BRANGER Dominique
 FLECHER Xavier
 FOURNIER Pierre-Edouard
 FRANCES Yves *Surnombre*
 FUENTES Stéphane
 GABERT Jean
 GAINNIER Marc
 GARCIA Stéphane
 GARIBOLDI Vlad
 GAUDART Jean
 GAUDY-MARQUESTE Caroline
 GENTILE Stéphanie
 GERBEAUX Patrick
 GEROLAMI/SANTANDREA René
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine
 GIORGI Roch
 GIOVANNI Antoine
 GIRARD Nadine
 GIRAUD/CHABROL Brigitte
 GONCALVES Anthony
 GORINCOUR Guillaume
 GRANEL/REY Brigitte
 GRANVAL Philippe
 GREILLIER Laurent
 GRILLO Jean-Marie *Surnombre*
 GRIMAUD Jean-Charles
 GROB Jean-Jacques
 GUEJ Eric
 GUIEU Régis
 GUIE Sandrine
 GUYE Maxime
 GUYOT Laurent
 GUYS Jean-Michel
 HABIB Gilbert
 HARDWIGSEN Jean
 HARLE Jean-Robert
 HOFFART Louis
 HOUVENAEGHEL Gilles
 JACQUIER Alexis
 JOURDE-CHICHE Noémie
 JOUVE Jean-Luc
 KAPLANSKI Gilles
 KARSENTY Gilles
 KERBAUL François
 KRAHN Martin
 LAFFORGUE Pierre
 LAGIER Jean-Christophe
 LAMBAUDIE Eric
 LANCON Christophe
 LA SCOLA Bernard
 LAUNAY Franck
 LAVIEILLE Jean-Pierre
 LE CORROLLER Thomas
 LE TREUT Yves-Patrice *Surnombre*
 LECHEVALLIER Eric
 LEGRE Régis
 LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
 LEONE Marc
 LEONETTI Georges
 LEPIDI Hubert
 LEVY Nicolas
 MACE Loïc
 MAGNAN Pierre-Edouard
 MARANINCHI Dominique *Surnombre*
 MARTIN Claude *Surnombre*
 MATONTI Frédéric
 MEGE Jean-Louis
 MERROT Thierry
 METZLER/GUILLEMAIN Catherine
 MEYER/DUTOUR Anne
 MICCALEF/ROLL Joëlle
 MICHEL Fabrice
 MICHEL Gérard
 MICHELET Pierre
 MILH Mathieu
 MOAL Valérie
 MONCLA Anne
 MORANGE Pierre-Emmanuel
 MOULIN Guy
 MOUTARDIER Vincent
 MUNDLER Olivier *Surnombre*
 NAUDIN Jean
 NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
 NICOLLAS Richard
 OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre

ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal

THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil	FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FROMNOT Julien	OUDIN Claire
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GELSI/BOYER Véronique	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GIUSIANO Bernard	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	REY Marc
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	ROBERT Philippe
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SABATIER Renaud
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SARI-MINODIER Irène
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BOULAMERY Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SAVEANU Alexandru
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIDON Catherine	SECQ Véronique
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CARRON Romain	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	VALLI Marc
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DAUMAS Aurélie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVEZE Arnaud (<i>Disponibilité</i>)	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
EBBO Mikael	NGUYEN PHONG Karine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline		STEINBERG Jean-Guillaume
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
COLSON Sébastien	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)
GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité
THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)
DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Sumombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)
BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Sumombre
TAIEB David (PU-PH)
BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)
CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)
BARBACARU/PERLES Teodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Sumombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)
DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH) Sumombre
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)
BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Sumombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) *Surnombre*
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) *Surnombre*
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) *disponibilité*
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4604

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) *Surnombre*
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,

RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETTE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) *Sumombre*
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) *disponibilité*
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) *Sumombre*

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) *Sumombre*
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanie (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) *Disponibilité*

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH) *Sumombre*

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 RANQUE Stéphane (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 OUDIN Claire (MCU-PH)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

CHOCOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAUMOTRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAIZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Sumombre*
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
 VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) *(disponibilité)*
 DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) *Rebraite 1/5/2018*
 RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
 CHARPIN Denis (PU-PH) *Sumombre*
 GREILLIER Laurent (PU PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 BARTOLIN Robert (PU-PH) *Sumombre*
 VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

Remerciements de Lauriane et Charles

A Monsieur le **Professeur Patrick DISDIER**, chef de service de l'hôpital de jour de médecine interne de l'Hôpital de la Timone et directeur du service interuniversitaire de médecine préventive et de promotion de la santé, pour l'intérêt particulier que vous témoignez à notre travail en acceptant de présider notre jury de thèse. Vos critiques constructives sur l'ébauche de présentation de notre travail ont été précieuses. Veuillez trouver dans cette thèse le témoignage de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le **Professeur Pascal Maurice ROSSI**, chef du service de Médecine Interne, Médecine Vasculaire et Gériatrie de l'Hôpital Nord, vous nous faites l'honneur d'être membre du jury de cette thèse. Que ce travail soit l'occasion de vous exprimer notre admiration et notre gratitude.

A Madame le **Professeur Sandrine GUI**S, spécialiste en rhumatologie, vous avez également accepté de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.

A Madame le **Docteur Hélène ZATTARA-CANNONI**, spécialiste en génétique médicale, vous avez accepté d'être membre de notre jury. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le **Professeur Simon FILIPPI**, médecin généraliste, Coordonnateur du DES de Médecine Générale et Directeur du Département Universitaire de Médecine Générale, vous nous avez aidés dans l'élaboration de ce projet et vous avez étroitement suivi la réalisation de ce travail en qualité de directeur de thèse. Nous vous remercions pour votre disponibilité, vos précieux conseils et vos encouragements. Trouvez ici le témoignage de notre estime et de notre sympathie.

A tous ceux qui ont pris du temps pour relire et enrichir cette thèse, notamment Marie et Sylvie.

Remerciements de Lauriane

Aux équipes médicales et paramédicales des services de court séjour gériatrique, de cardiologie, de pneumologie et des urgences de l'Hôpital d'Aubagne, merci de m'avoir accompagnée dans mes premiers pas d'interne, j'ai tellement appris à vos côtés.

A l'équipe de la PMI d'Aubagne, pour m'avoir fait découvrir le monde de la protection de l'enfance. A Sandrine, secrétaire rayon de soleil, que j'accueillerais avec bonheur dans mon cabinet ! Au Docteur Françoise Germain, pour m'avoir permis d'approfondir mes connaissances en gynécologie, j'espère une belle collaboration à venir.

A l'équipe des urgences de La Ciotat, qui m'ont fait découvrir cet univers particulier. Remerciements particuliers à l'équipe paramédicale pour leur accueil, leur sympathie et leur dévouement ; j'en suis certaine, le début d'un beau partenariat.

A l'équipe médicale et paramédicale du Centre de Médecine Hyperbare de l'Hôpital Sainte Marguerite, merci de toutes les connaissances que vous m'avez apportées dans des domaines si variés, merci de votre accueil chaleureux et de votre bonne humeur tout au long du semestre.

Au Docteur Nicolas Gayraud, pour son aide précieuse à l'ébauche de ce travail.

Au Docteur Fatima Oujemaa, vous êtes un modèle de médecin de famille passionnée par son métier, merci de m'avoir transmis ces valeurs et de m'avoir montré le chemin.

Au Docteur Michèle Cosimi, merci de m'avoir prise sous ton aile et de m'ouvrir les portes d'une longue collaboration et amitié.

A Charles, pour ce travail qui est le fruit d'un beau partenariat.

A Agathe et Anaïs, pour ces années laborieuses semées d'épreuves, de stress, de fatigue, d'anxiété, mais aussi tous ces moments partagés de succès, de joies, d'amitié et même d'amour.

A Camille, ma merveilleuse co-interne et amie, à tous nos moments partagés, professionnels mais aussi personnels. Merci pour tes précieux conseils, toujours avisés.

A toute ma famille, qui m'a soutenue et encouragée tout au long de ces années.

A ma sœur, qui m'a supportée et réconfortée tout au long de mon cursus. Tu es un des piliers de ma réussite.

A mes parents, qui m'ont permis de réaliser ces longues années d'études. Vous êtes le socle de ma réussite, grâce à vous j'ai pu étudier sereinement, je ne pourrai jamais vous remercier suffisamment. Je vous dois tout.

A Julien, mon amour, merci pour ton soutien inconditionnel. Merci d'être toi, d'emplir ma vie de bonheur et de complicité, tout simplement.

Remerciements de Charles

A celle qui me rappelle tous les jours que j'ai gagné au loto un 23 octobre, à celle qui illumine ma vie, merci pour les heures que tu as passées pour cette thèse, merci pour ta patience, merci de faire mon bonheur chaque jour. Marie, merci.

A mes parents, qui m'ont toujours soutenu et qui ont toujours été là pour moi, merci beaucoup ! Vous êtes un modèle pour moi !

A ma sœur en qui j'ai une confiance absolue et qui est toujours là quand j'ai besoin, merci. J'espère un jour savoir te rendre la pareille. Tu es une personne exceptionnelle !

A mon frère avec qui nous avons partagé tant de moments intenses en mer, ce n'est pas fini... Je suis ravi que tu aies trouvé ta voie !

A mon BOF pour toutes les parties de Baby où je t'ai éclaté.

A toute ma famille, mes grands-parents chez qui c'est un bonheur de se retrouver, mes cousines et mon cousin, Tonton et Tatie, c'est toujours une grande joie pour moi de partager des moments avec vous !

A ma belle-famille, merci de m'avoir si bien accueilli parmi vous. Marie a une famille formidable et je suis ravi d'avoir la chance d'en faire partie !

A Stéphanie, notre traductrice officielle !!

Aux équipes de l'hôpital d'Ajaccio où j'ai fait mes premiers pas en tant qu'interne.

A tous ceux qui ont pris le temps de m'apprendre des choses durant mon cursus, merci !

A mon pote Fabien, partenaire de P1 P2 D1 D2 D3 (non D4 tu n'étais plus là !), à ces parties endiablées de Mario Kart où je gagnais presque tout le temps, Je t'aime putaiiiiiin ! N'oublions pas Laetitia, qui a le don de te supporter !

A Mathieu mon premier co-interne !! Et merci à tous les copains d'Ajaccio, Rémi, Floriane, Marianne, etc.

A l'équipe de choc du CSG avec Cécilia la corse, B.R.U.N.O, Germain le bourreau des cœurs !

A tous mes amis, Adri, Bastien, les 2 Pierre, Tim, Yvan, John et tous ceux que j'oublie !

A Lauriane, cette thèse a été l'occasion d'une belle rencontre.

SOMMAIRE

ABREVIATIONS	3
INTRODUCTION	4
MATERIEL ET METHODE	8
1. Groupes nominaux	8
• Echantillonnage	8
• Recueil de données.....	9
• Analyse des données	11
2. Questionnaire en ligne	11
RESULTATS	14
1. Profil des médecins participants	14
• Age et sexe :	14
• Secteur d'activité ressenti par le participant	16
• Mode d'exercice	17
2. Résultats du groupe nominal de Gap	18
• Liste des items	18
• Discussion des items.....	19
• Regroupement en catégories	26
• Hiérarchisation des catégories	29
3. Résultats du groupe nominal de Hyères	30
• Liste des items :	30
• Discussion des items.....	31
• Regroupement en catégories	33

• Hiérarchisation des catégories	35
4. Analyse des données des deux groupes	35
1. Profil des médecins participants	37
• Age et sexe	37
• Secteur d'activité ressenti par le participant	38
• Durée d'installation en médecine libérale	39
• Type de secrétariat.....	40
2. Résultats du questionnaire	41
DISCUSSION	63
1. Manque de coordination interprofessionnelle	64
2. Gestion administrative	67
3. Qualité/Difficultés de la relation MT-Patient.....	69
4. Défaut des outils de communication/dysfonctionnement logistique	71
5. Inaccessibilité ou indisponibilité aux soins.....	73
6. Difficulté de prescription	75
7. Absence de Dossier Médical Partagé accessible	76
8. Problème dans la prise en charge préventive.....	77
9. Incohérence du système.....	77
10. Corrélation groupes nominaux/questionnaires	78
11. Biais de l'étude	79
• Biais de sélection.....	79
• Biais de subjectivité	79
• Biais de recueil	80
CONCLUSION.....	81
ANNEXES	83
BIBLIOGRAPHIE.....	88

ABREVIATIONS

ATCD Antécédent

ACS Aide à la Complémentaire Santé

ALD Affection Longue Durée

CAMSP Centre d'Action Médico Sociale Précoce

CAT Conduite à tenir

CMU Couverture Maladie Universelle

CPAM Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRH Compte Rendu d'Hospitalisation

ECG Electrocardiogramme

DMP Dossier Médical Partagé

EHPAD Etablissement d'Hébergement de Personnes Âgées Dépendantes

IDE Infirmier Diplômé d'Etat

FCU Frottis Cervico-Utérin /FCV Frottis Cervico-Vaginal

MG Médecin Généraliste

MT Médecin Traitant

MSU Maître de stage universitaire

PEC Prise En Charge

PMI Protection Maternelle et Infantile

PPS Plan Personnalisé de Soins

RDV Rendez-vous

SAU Service d'Accueil des Urgences

TTT ou TRT Traitement

URPS Union Régionale des Professionnels de Santé

INTRODUCTION

Le parcours de soins de notre système de santé a été mis en place par la loi Douste Blazy du 13 août 2004. L'Assurance Maladie, comme on peut le voir sur le site Ameli.fr, rappelle que cette réforme a donné un rôle central au médecin traitant dans le suivi du patient. Ainsi, le médecin traitant coordonne les soins et s'assure que le suivi médical soit optimal (1). Ses rôles, tels qu'ils sont définis par l'Assurance Maladie, sont :

- d'orienter le patient dans le parcours de soins coordonnés. Il est son interlocuteur privilégié, il l'informe et le met en relation avec d'autres professionnels de santé (médecins spécialistes, médecins hospitaliers, etc.) ;
- d'établir, si le patient est atteint d'une affection de longue durée, le protocole de soins en concertation avec les autres médecins qui suivent cette maladie ;
- de connaître et gérer le dossier médical. Il centralise toutes les informations concernant les soins et l'état de santé du patient. Il tient à jour le dossier médical (résultats d'examens, diagnostics, traitements, etc.), ce qui est encore plus important dans le cadre d'une affection de longue durée ;
- d'assurer une prévention personnalisée. Cela vise à prévenir les risques de santé : suivi de la vaccination, examens de dépistage organisés (ex : dépistage du cancer colorectal), aide à l'arrêt du tabac, conseils nutrition.

L'Assurance Maladie rappelle également que tout assuré social ou ayant droit doit choisir et déclarer un médecin traitant. En 2017, cela a été étendu aux enfants de moins de 16 ans (l'un au moins des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale choisit le médecin traitant et le déclare à la caisse d'Assurance Maladie de l'enfant).

Cependant, il existe des dérogations.

En effet, le patient peut consulter directement certains spécialistes sans passer par son médecin traitant, notamment :

- un gynécologue, pour l'examen clinique périodique comprenant les actes de dépistage, la prescription et le suivi de la contraception, le suivi de grossesse ou l'interruption de grossesse médicamenteuse ;
- un ophtalmologue, pour la prescription et le renouvellement de verres correcteurs ou de lentilles de contacts, des actes de dépistage et suivi du glaucome ;
- un psychiatre ou un neuropsychiatre si le patient a entre 16 et 25 ans ;
- un stomatologue, pour les actes bucco-dentaires (soins de prévention bucco-dentaire, soins conservateurs, soins chirurgicaux, soins de prothèses dentaires, traitements d'orthopédie dento-maxillo-faciale).
- dans le cadre d'un protocole de soins établi pour une affection de longue durée ;
- si ce médecin spécialiste suit le patient dans le cadre d'une maladie chronique ;
- pour une consultation de contrôle ;

Toutes ces situations peuvent constituer à elles seules des points de rupture dans le parcours de soins coordonnés.

Selon un rapport de la Cour des Comptes de 2013(2), le taux d'adhésion des français au parcours de soins était de 80% en mai 2006 et a atteint 89.7% en 2011.

En 2011, 91% des actes effectués étaient réalisés dans le cadre du parcours de soins coordonnés ce qui témoigne du bon fonctionnement du dispositif.

Les médecins généralistes ont un rôle central à jouer au sein du parcours de soins.

En effet, un rapport de la société française de médecine générale publié en 2008(3), indique que 98% des médecins traitants étaient des médecins généralistes. La position spécifique de médecin traitant généraliste au long cours a de multiples effets positifs parce que ce dernier connaît bien ses patients, il est donc capable de percevoir de légers changements dans l'état physique ou psychologique de ceux-ci. Le diagnostic précoce des maladies en est ainsi facilité. Sa capacité à suivre ses patients dans le temps et dans leur environnement réduit aussi le nombre des hospitalisations non nécessaires. Ses activités permettent un meilleur usage des ressources médicales et économiques pour répondre de façon médicalement adaptée aux besoins de ses patients et de la population.

Néanmoins, ce même rapport de la Cour des Comptes (2) relate également des défaillances du parcours de soins existant qui sont préjudiciables au médecin traitant et au patient, comme le montre également cet article de Jacques Cofard (4) avec notamment : le retard du déploiement du Dossier Médical Partagé (DMP) (initialement nommé Dossier Médical « Personnel »), la trop lente généralisation d'une messagerie sécurisée, la limitation à un territoire géographique...

Concernant le DMP, un sondage Ipsos (5) réalisé peu après le lancement du parcours de soins coordonnés retrouvait un fort engouement pour celui-ci. En effet, 79 % des professionnels de santé interrogés jugeaient que le Dossier Médical Personnel serait utile aux médecins libéraux, 89 % aux médecins hospitaliers et 80 % aux patients d'une manière générale, grâce notamment à trois principes : la mise à disposition de l'histoire médicale du patient pour 81 % des médecins interrogés, le fait de faciliter l'accès aux informations d'autres professionnels (79%) et éviter les redondances de prescriptions (79%).

Par ailleurs, les usagers du parcours de soins, aussi bien patients que professionnels de santé, déplorent le manque de coordination du médecin traitant avec les autres professionnels de santé libéraux ou les établissements de soins. En effet, selon un sondage de la Fédération hospitalière de France, 76% des personnes interrogées pensent que les médecins de ville et les praticiens hospitaliers communiquent mal entre eux.(6)

Ce que confirme Le Docteur Leicher, président du syndicat de médecins généralistes MG France, en affirmant qu'« il est normal que les médecins libéraux soient insatisfaits du parcours de soins, puisque nous rencontrons des ruptures de parcours, à l'entrée et à la sortie de l'hôpital. Il n'y a pas de renvoi de renseignement, ni de données de la part des hospitaliers ».(7)

Un travail de thèse du Dr Hortense Binart Ecale réalisé en 2012 (8) retrouvait un taux de satisfaction des médecins de 70% concernant la fréquence de leurs échanges avec leurs partenaires du système de santé. 59% des médecins pensaient que c'est Internet, avec

l'utilisation d'une messagerie sécurisée facile d'utilisation, qui leur permettrait d'améliorer la qualité des échanges avec leurs partenaires dans le cadre du parcours de soins.

Des études sur les défaillances du parcours de soins coordonnés existent. Néanmoins, elles ne traitent dans leur grande majorité que d'un thème en particulier, ne permettant pas de visualiser d'une manière globale l'impact réel sur l'exercice du médecin généraliste au quotidien.

Ce travail de thèse a donc pour but de relever l'ensemble des défaillances, que nous nommerons points de rupture par souci de précision, dans le parcours de soins coordonnés. Un point de rupture peut aller d'une simple perturbation à une rupture totale du parcours de soins.

L'objectif de notre étude qualitative est donc de recueillir et de hiérarchiser les perturbations du parcours de soins, concrètement rencontrées sur le terrain, par les médecins généralistes. Elle sera ensuite illustrée par un panel plus large de médecins généralistes via un questionnaire en ligne.

MATERIEL ET METHODE

1. Groupes nominaux

Il s'agit d'une étude qualitative prospective utilisant la technique du groupe nominal. Le groupe nominal est l'une des 4 méthodes de consensus utilisées dans le domaine de la santé. Elle a été inventée aux USA dans les années 1960.

Elle permet d'analyser un problème, d'explorer un champ de connaissances, de faire la synthèse globale d'une question en générant et en hiérarchisant des idées. Dans la littérature, l'évaluation des pratiques y est l'un de ses principaux domaines d'application.

Son protocole associant génération silencieuse individuelle des idées et évaluation collective la rend supérieure à une méthode de groupe non structurée fonctionnant sur des interactions directes. Elle élimine le phénomène de dominance, les participants exprimant leurs idées propres sans se concurrencer. Elle permet ainsi d'obtenir une liste d'idées hiérarchisées représentatives de l'ensemble des idées du groupe, en supprimant le biais de « leader d'opinion ».

Un groupe nominal regroupe cinq à dix participants « experts » de la question à traiter. L'expertise est définie ici comme résultant de l'expérience de la situation à investiguer.

- Echantillonnage

Dans cette thèse, nous avons choisi d'orienter nos travaux vers les médecins généralistes libéraux. Les critères d'inclusion aux groupes nominaux étaient la qualité de médecin généraliste thésé, volontaire et bénévole.

L'étude a été menée auprès de quinze participants.

Les échantillons étudiés comprenaient 9 médecins dans le groupe gapençais et 6 médecins dans le groupe hyérois.

Le groupe nominal gapençais a eu lieu le 14 février 2017, au cours de la séance mensuelle d'un groupe de pair auquel le Pr Filippi participe régulièrement. Le sujet de notre thèse a été proposé au préalable par mail ou téléphone puis accepté par les médecins concernés. Le groupe nominal hyérois a eu lieu le 1^{er} mars 2017, les participants ayant été contactés par mail ou par téléphone. Ils faisaient partie du carnet d'adresse du Dr Rozenbaum (alors maître de stage de Charles Porez).

- Recueil de données

La participation était anonyme.

Après avoir situé le contexte de la recherche, une feuille de route du groupe nominal a été distribuée (cf. annexe 1). Elle comprenait :

- Un court questionnaire visant à caractériser l'échantillon étudié. Les variables retenues étaient l'âge, le sexe, le mode d'exercice et le secteur d'activité ressenti ;
- Le rappel des étapes du déroulement d'un groupe nominal ;
- La question de recherche du groupe nominal :

**Quels points de rupture dans le parcours de soins coordonnés
rencontrez-vous dans votre pratique quotidienne ?**

Les participants ont répondu à cette question selon le protocole précis du groupe nominal :

- Etape 1 : Génération individuelle des idées

Les participants étaient invités à noter sur leur feuille de route leurs propositions de réponses individuellement et en silence, pendant 10 minutes.

- Etape 2 : Enoncé des idées :

À partir de cette étape, un enregistrement vocal était placé au centre des participants permettant par la suite de pouvoir retranscrire le verbatim. Chaque participant, à tour de rôle, a communiqué la première réponse inscrite sur sa feuille de route. Si celle-ci était déjà citée, il donnait la suivante. Chaque idée était notée sur un tableau à la vue de tous. Plusieurs tours de table ont été nécessaires pour épuiser les réponses. Toute critique ou commentaire ont été évités durant cette étape.

- Etape 3 : Clarification et discussion des items :

Les participants étaient alors amenés à discuter et commenter chaque item un à un afin de clarifier les propositions pour que chacun y attribue le même sens. Du fait d'un nombre trop important d'idées émises et afin de faciliter le vote des participants, nous leur avons demandé de regrouper les idées similaires par grande catégorie.

- Etape 4 : Vote individuel

La 4^{ème} étape consistait en la cotation et hiérarchisation des catégories. Chaque participant disposait de 6 points de vote (3 pour la catégorie jugée la plus importante, 2 et 1 pour les 2 catégories suivantes). Les votes ont eu lieu à tour de rôle.

- Etape 5 : Compilation des résultats

La note finale était la somme du nombre de points attribués à chaque catégorie.

Une liste hiérarchisée représentative de l'opinion du groupe sur les points de rupture dans le parcours de soins coordonnés a donc été obtenue. Les séances ont duré approximativement 2 heures.

- Analyse des données

Afin d'analyser les résultats, l'ensemble des items, les catégories choisies et les commentaires durant le temps de discussion ont été enregistrés puis retranscrits sans modification, constituant ainsi le verbatim de l'étude. Les thèmes principaux et les idées que contenaient les deux groupes ont été comparés. Deux internes ont participé à l'analyse des données pour permettre de limiter l'apparition d'un biais d'analyse.

L'étude s'est terminée lorsque la saturation des données a été obtenue, c'est-à-dire lorsque la poursuite des groupes n'apportait plus d'idée nouvelle majeure. Deux groupes nominaux ont été nécessaires pour arriver à saturation des données.

2. Questionnaire en ligne

En analyse secondaire, afin d'étayer nos résultats de plus de témoignages, nous avons réalisé un questionnaire en ligne adressé aux médecins généralistes, concernant les points de rupture rencontrés lors de leur pratique quotidienne.

Les critères d'inclusion étaient la qualité de MG thésé, volontaire et bénévole.

Le recrutement des médecins a été réalisé via deux listings, les quarante médecins généralistes élus de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) de la Région Provence Alpes Côte-d'Azur et les 270 maîtres de stage universitaires de la faculté de médecine de l'Académie d'Aix-Marseille.

La méthode de recueil des données a consisté en un questionnaire créé grâce à l'application Google Documents. Les membres de l'échantillon ont été contactés par courrier électronique en mars 2017. Celui-ci comprenait une explication de l'étude et un lien hypertexte permettant une réponse en ligne, à partir d'un navigateur Internet.

Une relance par courrier électronique a eu lieu trois semaines plus tard uniquement pour le groupe des médecins généralistes élus de l'URPS compte tenu de l'ampleur des données déjà collectées dans le groupe des maîtres de stage universitaires, avec lesquelles nous arrivions à saturation des données.

Au total, les réponses ont été collectées en février et mars 2017 pour le groupe des élus URPS et sur la période de juillet à septembre 2017 pour le groupe des maîtres de stage universitaires.

Elles ont ensuite été exportées et traitées grâce à *Microsoft Excel*.

Le formulaire (cf annexe 2) débutait par une rapide présentation de notre travail de thèse, la description de l'objectif de notre étude et un rappel des rôles du médecin traitant tels qu'ils sont définis par l'Assurance Maladie.

Le questionnaire comportait une première partie avec des caractéristiques sociodémographiques (statut homme/femme, milieu et durée d'exercice, présence ou non d'un secrétariat) puis une seconde partie avec 4 rubriques distinctes, où les médecins pouvaient exprimer librement les points de rupture rencontrés au cours de leur exercice. Ces 4 rubriques ont été choisies en fonction des quatre rôles du médecin traitant définis par l'Assurance Maladie :

1. L'orientation et la coordination dans le parcours de soins coordonnés
2. La gestion du dossier médical
3. Le protocole de soins et les ALD
4. Les actions de prévention personnalisée.

Enfin, le questionnaire se concluait par une question globale de satisfaction sur le fonctionnement actuel du parcours de soins coordonnés en utilisant une échelle graduée de 0 (pas du tout satisfait) à 5 (très satisfait).

Les valeurs 0 et 1 ont été considérées comme étant un avis négatif (« non satisfait »), les valeurs 2 et 3 un avis neutre, les valeurs 4 et 5 un avis positif (« satisfait »).

L'ensemble des idées émises dans chaque rubrique a été retranscrit sans modification, constituant le verbatim du questionnaire. Il servira à étayer, dans la discussion, les résultats obtenus par les groupes nominaux.

RESULTATS

A – GROUPES NOMINAUX

1. Profil des médecins participants

Au total, 15 médecins généralistes ont participé aux groupes nominaux, 9 dans le groupe nominal de Gap et 6 dans celui de Hyères.

- Age et sexe :

L'âge moyen des participants était de 56 ans et s'étalait de 31 à 66 ans.

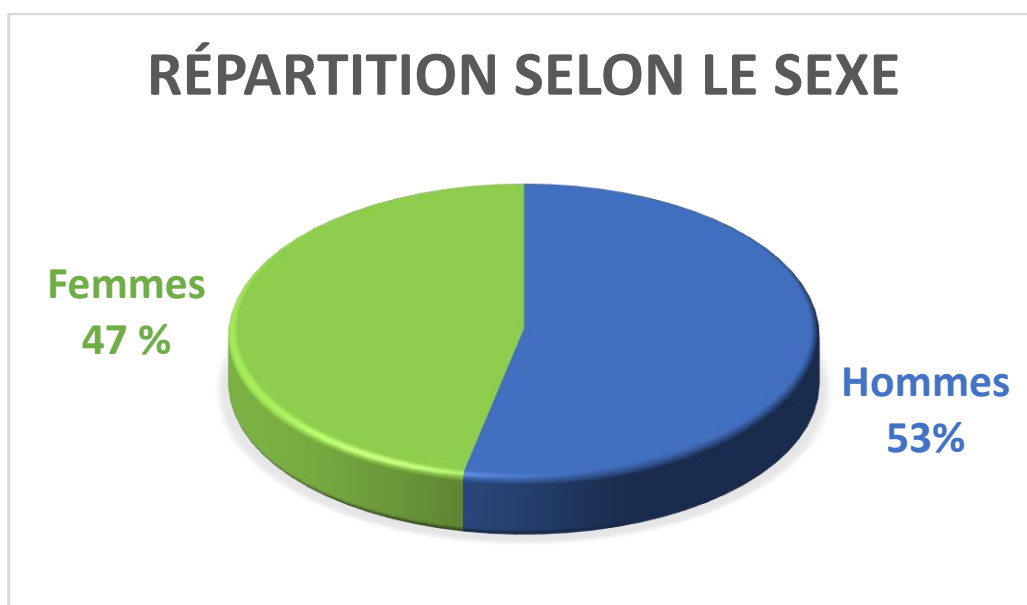
Tableau 1. Moyenne d'âge des participants aux groupes nominaux

	Age moyen (années)	Bornes (années)
Groupes réunis	56	[31 – 66]
Groupe Gap	53	[31 – 64]
Groupe Hyères	59	[35 – 66]

Tableau 2. Répartition selon le sexe

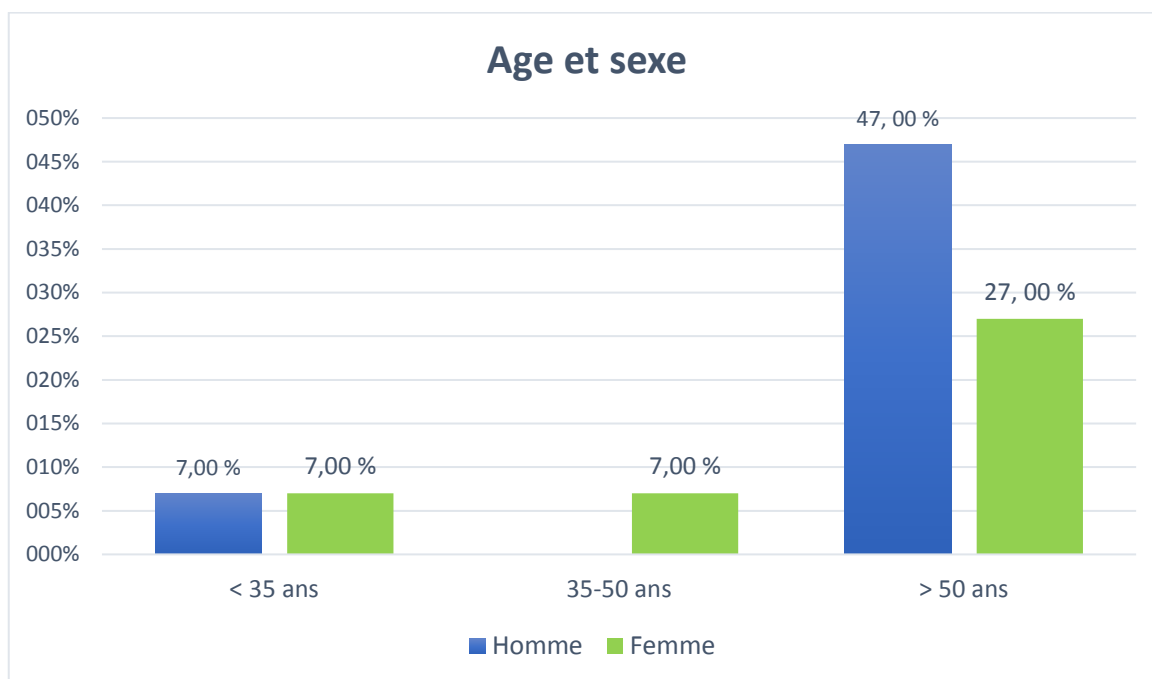
	HOMME	FEMME	TOTAL
Groupes réunis	8 53.3 %	7 46.7 %	15 100 %
Groupe Gap	5	4	9
Groupe Hyères	3	3	6

Figure 1. Répartition selon le sexe



Il y avait globalement autant d'hommes que de femmes.

Figure 2. Répartition selon l'âge et le sexe



La grande majorité des médecins interrogés avaient plus de 50 ans.

La tranche d'âge de 35 à 50 ans n'était représentée que par une personne.

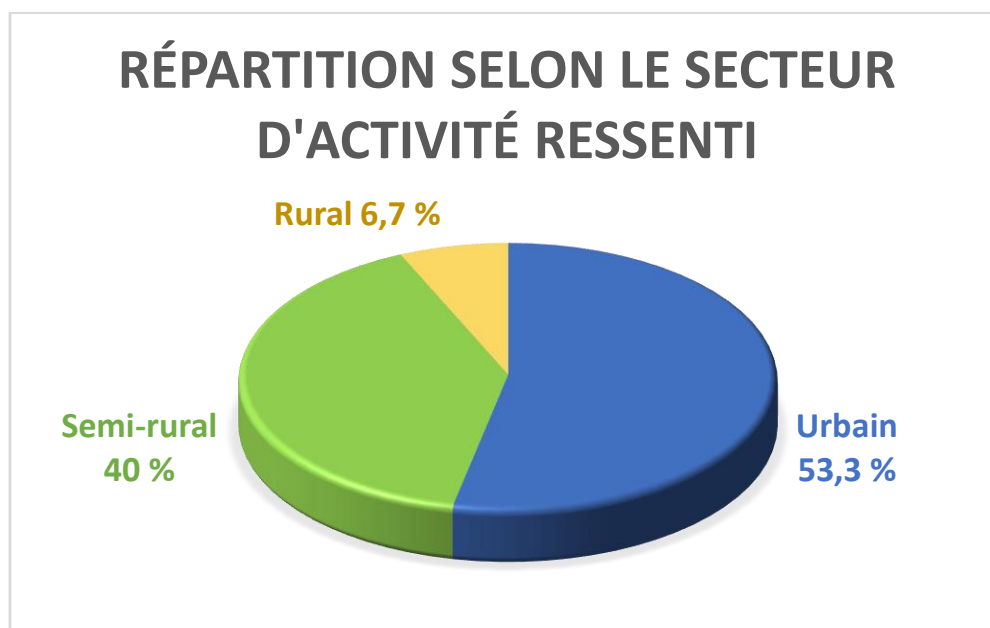
Les moins de 35 ans étaient représentés par un homme et une femme.

- Secteur d'activité ressenti par le participant

Tableau 3. Répartition selon le secteur d'activité ressenti

	Effectifs absolus	Effectifs relatifs en %
Urbain	8	53.3 %
Semi-rural	6	40 %
Rural	1	6.7 %

Figure 3. Répartition selon le secteur d'activité ressenti



Les participants avaient, selon eux, majoritairement une activité urbaine.

- Mode d'exercice

La quasi-totalité des participants avaient une activité libérale de groupe (13 participants sur 15).

Figure 4. Mode d'exercice des médecins participants



2. Résultats du groupe nominal de Gap

- Liste des items

39 Items ont été énoncés au cours du tour de table initial.

1. Absence de dossier médical pour les nouveaux patients
2. Intervenants extérieurs s'immiscant dans le parcours de soins
3. Impossibilité de joindre le correspondant habituel
4. Refus des vaccinations
5. Médecin généraliste non consulté
6. Absence/Retard de compte-rendu ou de courrier
7. Méconnaissance des spécialités de chacun pour orienter correctement le patient
8. Indisponibilité ou carence spécialistes hors médecine générale
9. Multiplication des bilans pour suivre les recommandations
10. Non réception des examens paracliniques
11. Multiplicité des spécialistes
12. Difficulté dans la prise de RDV urgents
13. Absence de temps pour rencontrer les intervenants à domicile
14. Non observance médicale
15. Qualité de son propre secrétariat
16. Difficulté de réactualisation du numéro de téléphone du patient
17. Difficultés dans la prévention du cancer du col de l'utérus
18. Surveillance et suivi des examens complémentaires et des traitements
19. Absence/ perte du carnet de santé ou de vaccination
20. En cas de panne informatique : pas d'accès au dossier médical
21. Manque de communication entre spécialistes
22. Nomadisme médical
23. Antécédents mal connus par le patient
24. Absence d'existence pratique du Dossier Médical Partagé
25. Patient perdu de vue

26. Manque de temps consacré aux tâches administratives
27. Manque de confiance en la compétence du médecin généraliste
28. Difficultés dans la réalisation des protocoles
29. Délivrance hospitalière obligatoire ou 1^{ère} prescription par un spécialiste
30. Manque de formation sur la coordination non médicale
31. Dysfonctionnements du site AMELI PRO
32. Désaccord Spécialiste/médecin traitant
33. Demande de prescriptions non maîtrisées
34. Réalisation des bons de transports à la place des autres spécialistes
35. Absence de fiches de recommandations applicables en médecine générale
36. Difficultés pour joindre le médecin conseil ou un médecin du travail
37. Non valorisation (financière) de la coordination des soins (temps accordé)
38. Médicaments non disponibles
39. Pas de possibilité de relance pour les dépistages de cancer

- Discussion des items

Item 1 : Absence de dossier médical nouveau patient

« Souvent, lors de la prise en charge d'un nouveau patient, le dossier médical n'est pas transmis »

Item 2 : Intervenants extérieurs au parcours de soins

« Avis d'un tiers sur l'orientation dans le parcours de soins de mon patient »

Item 3 : Impossibilité de joindre le correspondant habituel

« du coup j'ai été obligé d'orienter le patient vers un autre confrère, j'ai perdu du temps »

Item 4 : Refus des vaccinations

« les patients qui refusent le vaccin anti- grippal »

« Refus par les parents des vaccins pour leurs enfants »

Item 5 : Médecin généraliste non consulté

*« Un patient va voir un spécialiste sans mon avis et revient avec des demandes.
Par exemple : une pathologie où je dois faire un protocole ALD »*

*« Patient adressé à un spécialiste qui directement le ré-adresse à un autre
spécialiste sans l'avis du médecin traitant »*

« Application de la cotation C 2 sans que le MT ne soit impliqué »

*« Patient que je n'ai pas orienté aux urgences, le médecin urgentiste ne me
contacte pas pour connaître les antécédents du patient »*

*« Patient adressé à un spécialiste qui revoit le patient en consultations régulières
avec bilans que je ne reçois pas, donc patient que je ne suis plus ; exemples :
endocrinologues, urologues et PSA »*

*« Autres professionnels de santé faisant demander par le patient des
prescriptions, parfois à postériori ; exemples : pharmacien, kiné, orthophonie,
examens paracliniques, soins infirmiers.... »*

Item 6 : Absence/Retard de compte-rendu ou de courrier

*« Les comptes rendus d'autres spécialistes ou d'hospitalisation arrivant après le
patient, qui ne connaît pas la prise en charge de sa pathologie/ le diagnostic »*

« Patient décédé, je ne suis pas prévenu(e), aucun courrier »

*« Le patient revu plusieurs fois par le spécialiste d'organe mais pas de courrier
systématique, souvent courrier annuel seulement »*

*« Le médecin traitant est le coordonnateur des soins mais beaucoup
d'échappatoires pour lesquelles il ne reçoit pas de compte rendu ; exemple :
gynécologue, pédiatre, psychiatre, ophtalmologiste... »*

Item 7 : Méconnaissance des spécialités de chacun pour orienter correctement le patient

« Par exemple avec les chirurgiens »

Item 8 : Indisponibilité ou carence spécialistes hors médecine générale

« On ne peut pas toujours assurer une prévention personnalisée conforme aux recommandations, comme par exemple le suivi ophtalmologique annuel pour diabétique »

« Eloignement géographique des structures de soins et délais longs pour la prise de RDV »

« Temps d'attente trop long pour prise de RDV par téléphone/ Plusieurs appels »

Item 9 : Multiplication des bilans pour suivre les recommandations

« du coup ça rend la prise en charge lourde, exemple : suivi du diabétique »

Item 10 : Non réception des examens paracliniques

« On ne reçoit pas toujours les examens paracliniques prescrits par d'autres confrères, malgré les logiciels cryptés ou messageries sécurisées existants »

Item 11 : Multiplicité des spécialistes

« un patient suivi par plusieurs spécialistes : le rôle du médecin traitant dans son suivi devient difficile, par exemple si les avis divergent »

Item 12 : Difficulté dans la prise de RDV urgents

« La prise de RDV auprès de spécialistes qui n'appliquent pas toujours le souhait de consultation rapide et même obligent parfois le médecin traitant à appeler leur secrétariat pour raccourcir le délai (donc multiples appels) »

Item 13 : Absence de temps pour rencontrer les intervenants à domicile

« Les IDE, kinésithérapeutes, assistante sociale, etc... »

Item 14 : Non observance médicale

« Refus de certains traitements par les patients, orientés par les médias, comme les statines par exemple »

« Absence d'un « contrat de confiance » avec le patient concernant l'observance, le suivi thérapeutique (exemple : ne fait pas les examens prescrits) »

Item 15 : Qualité de son propre secrétariat

« exemple : erreurs dans les dossiers ou la prise de RDV »

Item 16 : Difficulté de réactualisation du numéro de téléphone du patient

« on n' a jamais le bon numéro... »

Item 17 : Difficultés dans la prévention du cancer du col de l'utérus

« FCU difficilement réalisables liées aux patientes (viennent pendant leurs règles...) ou pas de réception des compte-rendus de FCU réalisés par le gynécologue »

Item 18 : Surveillance et suivi des examens complémentaires et des traitements

« Changement de traitement par un spécialiste qui n'assure pas le suivi et ne gère pas les éventuelles complications qui vont avec ou qui ne sait pas que le traitement a déjà été donné et par exemple a été mal toléré ; exemple : Amlor et œdème des membres inférieurs connus »

Item 21 : Manque de communication entre spécialistes

« Courriers de consultation de spécialiste imprécis ; exemple : traitement non détaillé juste mentionné « traitement habituel à poursuivre » »

« En cas de contact direct, qualité du rapport avec le correspondant : facilitant ou compliquant la communication, la prise de RDV... »

« Existence d'un annuaire destiné aux MG avec numéros de portables directs pour joindre un spécialiste de l'hôpital mais qui ne répond jamais »

Item 22 : Nomadisme médical

« Patients dont je ne suis pas le médecin traitant qui viennent me consulter pour un problème précis »

« Patient transformé en « orientateur » : multiples plaintes pour forcer le médecin traitant à renvoyer vers multiples spécialistes »

Item 23 : Antécédents mal connus par le patient

« difficiles à recueillir dans le dossier (personnels, allergies, familiaux) »

Item 25 : Patient perdu de vue

« Par exemple : déménagement sans prévenir »

Item 26 : Manque de temps consacré aux tâches administratives

« Manque de temps pour la prise en charge « administrative » et sociale du patient. Par exemple pour rédiger un dossier MDPH »

Item 27 : Manque de confiance en la compétence du médecin généraliste

« Patient qui demande à être orienté vers un spécialiste pour un geste que je pratique couramment »

« Délivrance par le pharmacien d'autre traitement que celui que j'ai prescrit »

Item 28 : Difficultés dans la réalisation des protocoles

« Etablir un protocole ALD quand le patient ne sait pas qui est le médecin traitant, avec les conséquences : comment connaître le diagnostic.... »

Item 29 : Délivrance hospitalière obligatoire ou 1^{ère} prescription par un spécialiste

« Médicaments dont le patient a besoin et que je ne peux pas prescrire: soumis à prescription du spécialiste ou hospitalière; exemples : Rivotril, aérosols, EPO »

Item 30 : Manque de formation sur la coordination non médicale

« par exemple pour la mise en place d'aides à domicile/travailleurs sociaux »

Item 31 : Dysfonctionnements du site AMELI PRO

« on perd du temps à cause de la lenteur administrative. Par exemple pour les déclarations médecin traitant, les établissements de protocoles de soins, pas d'alerte pour la réception des protocoles de soins acceptés »

Item 32 : Désaccord Spécialiste/médecin traitant

« Avis du spécialiste en désaccord avec celui du médecin traitant concernant la réalisation d'examens ou la prescription d'un traitement »

Item 33 : Demande de prescriptions non maîtrisées

« Le patient me demande des prescriptions que je ne maîtrise pas ; exemple : lunettes, prothèses auditives »

Item 34 : Réalisation des bons de transports à la place des autres spécialistes

« Prescription de bons de transport pour les consultations avec les spécialistes demandée aux médecins généralistes »

Item 35 : Absence de fiches de recommandations applicables en médecine générale

« exemple : diabète, dyslipidémie »

Item 38 : Médicaments non disponibles

« Indisponibilité de certains médicaments ou vaccins ; exemples : Altim, Infanrix, Vaccins contre l'hépatite B »

Item 39 : Pas de possibilité de relance pour les dépistages de cancer

« la sécurité sociale ou Adoc 05 04 peut relancer le patient mais pas le médecin traitant »

- Regroupement en catégories

Afin de faciliter le vote des participants, les 39 items ont été regroupés en 8 catégories d'idées.

Absence de dossier médical partagé accessible

Items 1 / 16 / 19 / 20 / 23 / 24 / 28

Absence de dossier médical pour les nouveaux patients
Difficulté de réactualisation du numéro de téléphone du patient
Absence/ perte du carnet de santé ou de vaccination
En cas de panne informatique : pas d'accès au dossier médical
Antécédents mal connus par le patient
Absence d'existence pratique du Dossier Médical Partagé
Difficultés dans la réalisation des protocoles

Inaccessibilité ou indisponibilité aux soins

Items 7 / 8 / 13

Méconnaissance des spécialités de chacun pour orienter correctement le patient
Indisponibilité ou carence de spécialistes hors médecine générale
Absence de temps pour rencontrer les intervenants à domicile

Manque de coordination avec les spécialistes

Items 3 / 5 / 6 / 21 / 18 / 32 / 11

Impossibilité de joindre le correspondant habituel
Médecin généraliste non consulté
Absence/Retard de compte-rendu ou de courrier
Manque de communication entre spécialistes
Surveillance et suivi des examens complémentaires et des traitements

Désaccord Spécialiste/médecin traitant
Multiplicité des spécialistes

Qualité de la relation de confiance entre médecin et patient

Items 2 / 14 / 22 / 25 / 27

Intervenants extérieurs s'immisçant dans le parcours de soins
Non observance médicale
Nomadisme médical
Patient perdu de vue
Manque de confiance en la compétence du médecin généraliste

Défaut des outils de communication

Items 10 / 12 / 15

Non réception des examens paracliniques
Difficulté dans la prise de RDV urgents
Qualité de son propre secrétariat

Gestion administrative

Items 26 / 30 / 31 / 36 / 37

Manque de temps consacré aux tâches administratives
Manque de formation sur la coordination non médicale
Dysfonctionnements du site AMELI PRO
Difficultés pour joindre le médecin conseil ou un médecin du travail
Non valorisation (financière) de la coordination des soins (temps accordé)

Problème dans la prise en charge préventive

Items 4 / 17 / 39

Refus des vaccinations

Difficulté dans la prévention du cancer du col de l'utérus

Pas de possibilité de relance pour les dépistages de cancer

Difficultés de prescription

Items 9 / 35 / 33 / 34 / 29

Multiplication des bilans pour suivre les recommandations

Absence de fiches de recommandations applicables en médecine générale

Demande de prescriptions non maîtrisées

Réalisation des bons de transports à la place des autres spécialistes

Délivrance hospitalière obligatoire ou 1^{ère} prescription par un spécialiste

- Hiérarchisation des catégories

Résultat du vote individuel, où chaque participant choisissait les trois catégories qui lui semblaient les plus importantes et leur attribuait une note de 1 à 3 (3 étant la note de la catégorie la plus importante).

La note finale, obtenue par la somme des notes attribuées par chaque participant, permettait de hiérarchiser ces catégories.

Sur les 8 catégories, 7 ont été sélectionnées au moins une fois.

Catégories	Note finale
Manque de coordination	22
Gestion administrative	11
Inaccessibilité ou indisponibilité aux soins	11
Qualité de la relation médecin traitant/patient	6
Difficultés de prescription	2
Absence de dossier médical partagé accessible	1
Défaut des outils de communication	1
Problème dans a prise en charge préventive	0

3. Résultats du groupe nominal de Hyères

- Liste des items :

20 Items ont été énoncés au cours du tour de table initial.

1. Accessibilité du dossier médical en déplacement
2. Absence d'existence d'un Dossier Médical Partagé
3. Dysfonctionnement d'Ameli Pro
4. Patients perdus de vue
5. Médecin traitant non consulté
6. Difficulté d'avoir des avis en urgence
7. Nomadisme médical
8. Confusion MT et médecin « de famille »
9. Logiciels différents dans les EHPAD (ou autres structures)
10. Difficulté à avoir une secrétaire (charge importante, coût++)
11. Manque de courrier des spécialistes
12. Population jeune n'accordant pas d'importance au rôle du médecin traitant
13. Tenue du dossier médical chronophage
14. Les patients CMU dispensés du parcours de soins
15. Difficulté du parcours de soins dans un cabinet de groupe
16. Réception systématique des résultats de biologie
17. Absence de dossier pour les nouveaux patients
18. Mauvais balisage du parcours de soins
19. Difficulté de refuser/rompre un contrat de MT avec un patient
20. Faible implication de certains spécialistes dans le parcours de soins

- Discussion des items

Item 1 : Accessibilité du dossier médical en déplacement

« nécessité d'un logiciel/application médicale (afin de consulter le dossier médical) accessible depuis le smartphone sur soi en déplacement »

Item 2 : Absence d'existence d'un Dossier Médical Partagé

« Mobilité des patients (6 mois sur un lieu, 6 mois ailleurs), nécessité de Dossier Médical Partagé »

Item 3 : Dysfonctionnement d'Ameli Pro

« Ameli Pro ne fonctionne pas toujours. Lourdeur pour faire les déclaration MT par exemple »

Item 4 : Patients perdus de vue

« Je me retrouve avec des patients dont je suis le médecin traitant que je n'ai jamais vu »

Item 5 : Médecin traitant non consulté

« Les autres spécialistes s'adressent entre eux les patients sans nous tenir informer »

« Patient hospitalisé par son IDE ou autre paramédical sans me tenir informer »

« Le patient qui va directement chez un spécialiste puis nous demande un courrier pour un remboursement. »

Item 6 : Difficulté d'avoir des avis en urgence

« souvent, il est difficile de joindre au téléphone les spécialistes (à l'hôpital ou en libéral) »

Item 7 : Nomadisme médical

« Possibilité de changer toutes les semaines de MT »

Item 11 : Manque de courrier des spécialistes

« Souvent les courriers arrivent après la consultation du patient »

Item 12 : Population jeune n'accordant pas d'importance au rôle du médecin traitant

« les jeunes sans pathologie chronique sont peu concernés par le rôle du médecin traitant »

Item 13 : Tenue du dossier médical chronophage

« Les patients n'ont pas toujours conscience du travail nécessaire et de l'importance d'un dossier médical »

Item 14 : Les patients CMU dispensés du parcours de soins

« les patients CMU ne sont pas concernés par le parcours de soin et ont tendance à la surconsommation des soins »

Item 16 : Réception systématique des résultats de biologie

« attente naïve du patient d'un appel de son MT. A l'inverse, étonnement de non réception des examens d'imagerie. »

Item 17 : Absence de dossier pour les nouveaux patients

« pas de demande du dossier lorsqu'il y a un changement de médecin traitant, on doit souvent tout reprendre »

« les patients qui pensent que leurs informations médicales sont sur leur carte vitale n'amènent pas leurs antécédents »

- Regroupement en catégories

À l'identique du groupe nominal Gapençais, les 20 items ont été regroupés par les participants en 5 catégories d'idées.

Manque de coordination interprofessionnelle

Items 5 / 6 / 11 / 20 / 15

Médecin traitant non consulté

Difficulté d'avoir des avis en urgence

Manque de courrier des spécialistes

Difficulté du parcours de soins dans un cabinet de groupe

Faible implication de certains spécialistes dans le parcours de soins

Incohérence du système

Items 2 / 14 / 18

Absence d'existence d'un Dossier Médical Partagé

Les patients CMU dispensés du parcours de soins

Mauvais balisage du parcours de soins

Dysfonctionnements logistiques

Items 1 / 3 / 9 / 10

Accessibilité du dossier médical en déplacement

Dysfonctionnement d'Ameli Pro

Logiciels différents dans les EHPAD (ou autres structures)

Difficulté à avoir une secrétaire (charge importante, coût++)

Charges administratives

Items 13 / 17 / 19

Tenue du dossier médical chronophage

Absence de dossier pour les nouveaux patients

Difficulté de refuser/rompre un contrat de MT avec un patient

Difficultés dans la relation médecin traitant / patient

Items 4 / 7 / 8 / 12

Patients perdus de vue

Nomadisme médical

Confusion MT et médecin « de famille »

Population jeune n'accordant pas d'importance au rôle du médecin traitant

- Hiérarchisation des catégories

Sur les 5 catégories, 4 ont été sélectionnées au moins une fois.

Catégories	Note finale
Dysfonctionnement logistique	12
Difficulté dans la relation MT / patient	10
Manque de coordination interprofessionnelle	7
Charges administratives	7
Incohérence du système	0

4. Analyse des données des deux groupes

Les catégories sélectionnées dans le groupe hyérois sont globalement similaires à celles du groupe gapençais.

La catégorie « Dysfonctionnement logistique » est apparentée à celle « Défaut des outils de communication » du groupe gapençais.

La catégorie « Difficulté dans la relation médecin traitant / patient » équivaut à celle « Qualité de la relation médecin traitant/patient » du groupe réalisé à Gap.

« Le manque de coordination » est une catégorie qui se retrouve dans les 2 groupes.

La catégorie « Charges administratives » est assimilable à la catégorie « Gestion administrative du groupe gapençais ».

En revanche, la catégorie « Incohérence du système » est une catégorie nouvelle par rapport au groupe gapençais. Elle ne peut pas être considérée comme une idée nouvelle majeure puisqu'elle n'a obtenu aucun vote de la part des participants lors de la hiérarchisation des catégories.

Au final, la saturation des données a été obtenue avec le groupe hyérois puisqu'il n'a pas apporté d'idée nouvelle majeure.

REGROUPEMENT DE LA HIERARCHISATION

DES CATEGORIES DES DEUX GROUPES

Catégories	Note groupe Gap	Note groupe Hyères
Manque de coordination = Manque de coordination interprofessionnelle	22	7
Gestion administrative = Charges administratives	11	7
Qualité de la relation MT/patient = Difficulté dans la relation MT / patient	6	10
Défaut des outils de communication = Dysfonctionnement logistique	1	12
Inaccessibilité ou indisponibilité aux soins	11	-
Difficultés de prescription	2	-
Absence de dossier médical partagé accessible	1	-
Problème dans la prise en charge préventive	0	-
Incohérence du système	-	0

B – QUESTIONNAIRE EN LIGNE

1. Profil des médecins participants

Au total, 72 médecins généralistes ont répondu au questionnaire :

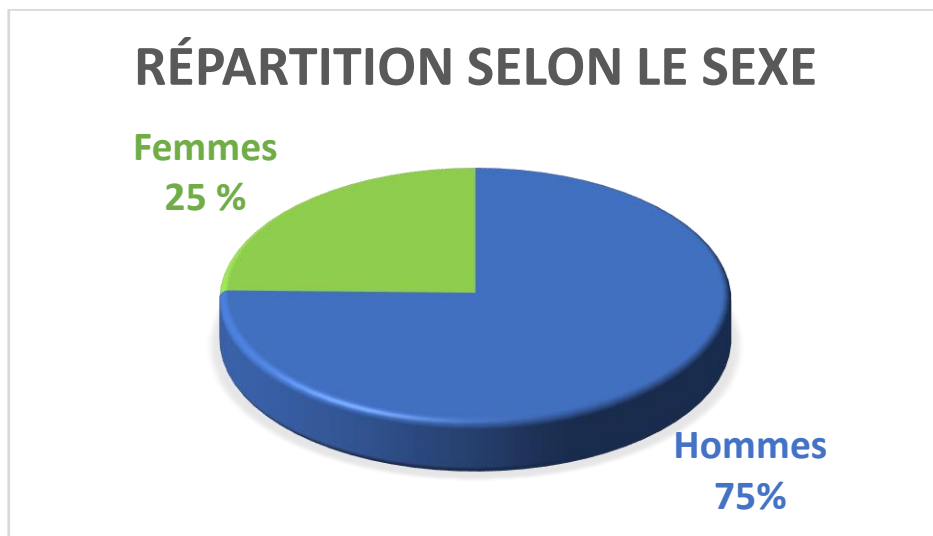
- 28 sur 40 médecins généralistes élus de l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux de la région PACA, soit un taux de participation de 70%.

- 44 sur 270 maîtres de stage universitaire (MSU) rattachés à la faculté d'Aix-Marseille, soit un taux de réponse de 16.3%.

- Age et sexe

L'âge moyen des participants était de 56 ans et s'étalait de 30 à 69 ans.

Figure 5. Répartition selon le sexe



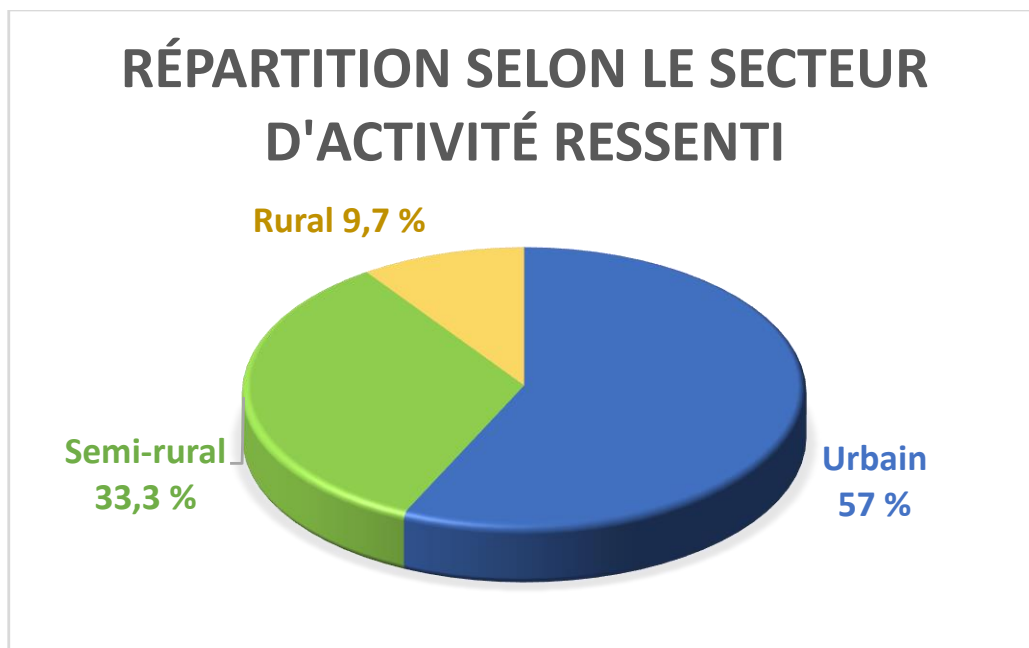
Les trois quarts des participants étaient des hommes (54 hommes pour 18 femmes)

- Secteur d'activité ressenti par le participant

Tableau 4. Répartition selon le secteur d'activité ressenti

	Effectifs absolus	Effectifs relatifs en %
Urbain	41	57 %
Semi-rural	24	33.3 %
Rural	7	9.7 %

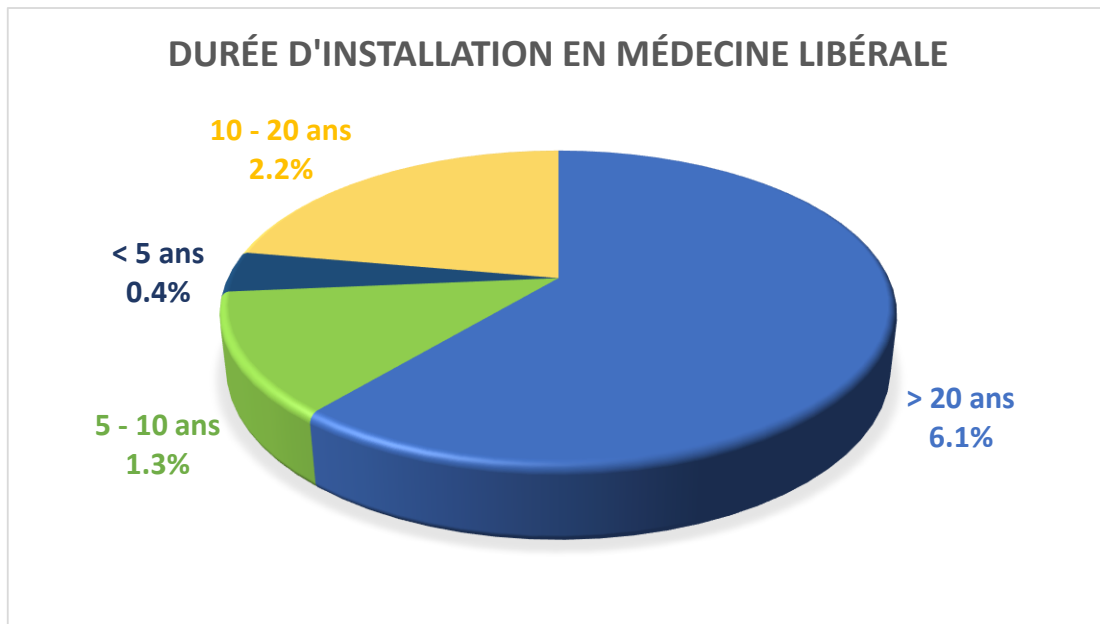
Figure 6. Répartition selon le secteur d'activité ressenti



Les participants avaient, selon eux, majoritairement une activité urbaine.

- Durée d'installation en médecine libérale

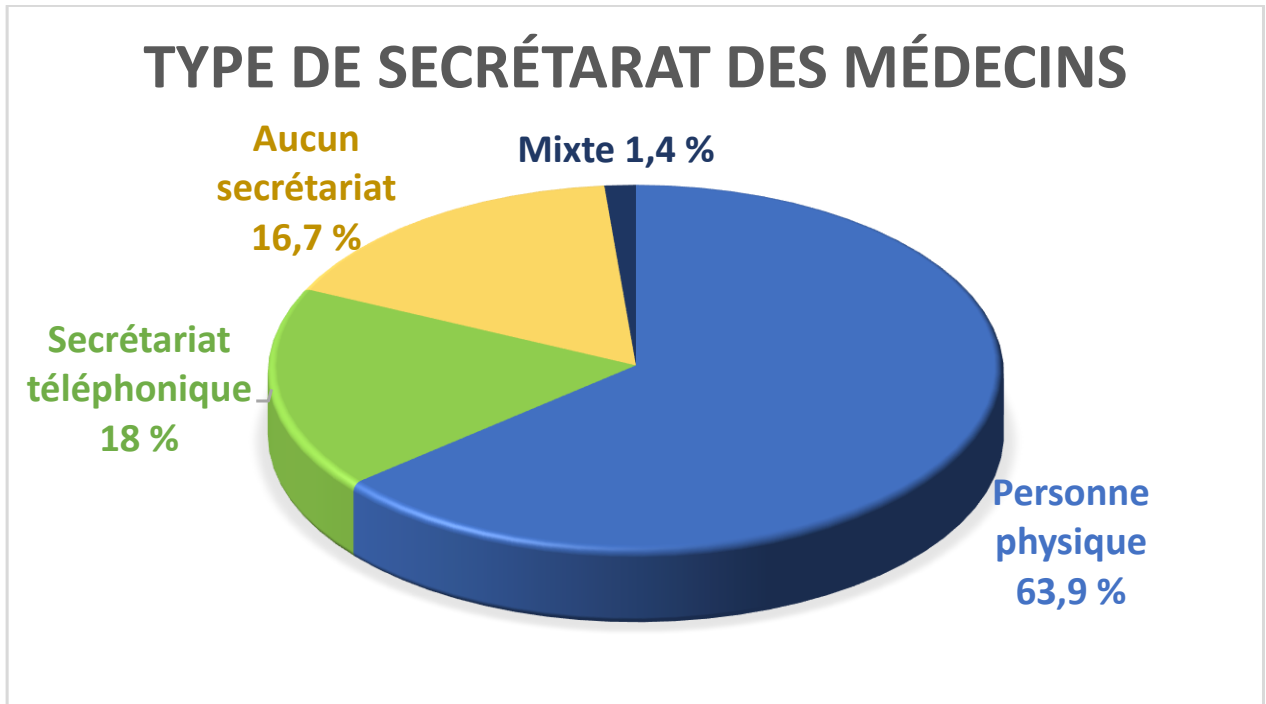
Figure 7. Durée d'installation en cabinet de médecine libérale



La majorité des participants étaient installés depuis plus de 20 ans (44 médecins sur 72, soit 61.1% des participants). Seuls 16.7% d'entre eux étaient installés depuis moins de 10 ans (9 médecins depuis 5-10 ans [12.5%] et 3 médecins depuis moins de 5 ans [4.2%]).

- Type de secrétariat

Figure 8. Type de secrétariat des médecins interrogés



La majorité des participants avaient un secrétariat tenu par une personne physique (46 médecins sur 72, soit 63.9% des participants). 13 médecins avaient un secrétariat téléphonique (18.0%), un médecin avait à la fois un secrétariat tenu par une personne physique et un secrétariat téléphonique (1.4%) et 12 médecins ne possédaient pas de secrétariat (16.7%).

2. Résultats du questionnaire

Concernant **l'orientation et la coordination** dans le parcours de soins coordonnés, 6 médecins généralistes n'ont relevé aucune situation perturbante dans leur exercice (soit 8.3% des participants). Les 66 autres médecins ont relevé les points suivants :

- « *Sortie hôpital mal préparée* »
- « *Pas de disponibilité paramédicale pour soins à domicile* »
- « *Aggravation maladie chronique mal anticipée empêchant maintien à domicile* »
- « *Hospitalisation de l'aidant d'une personne dépendante obligeant à hospitaliser les deux patients...* »
- « *Un patient hospitalisé se voit annoncer un diagnostic, se voit proposer un traitement ou un suivi. Je ne reçois pas de compte rendu dans un délai raisonnable pour assurer la suite de la prise en charge à la sortie : je ne connais pas le diagnostic évoqué si le patient ne sait pas le répéter etc - un patient est hospitalisé soit par les urgences (de son propre chef ou avis d'un autre médecin) soit sur adressage d'un spécialiste. Je ne suis pas informé du principe même de l'hospitalisation, ni du service, ni du médecin référent hospitalier à contacter, alors même que je possède une messagerie sécurisée et qu'un simple message automatique pourrait être généré par les établissements de santé lors de l'admission avec accord du patient : "nous vous informons que votre patient X a été admis le ... dans le service untel de l'hôpital untel - médecin en charge : untel - téléphone direct ..." »*
- « *Un patient consulte plusieurs médecins généralistes qui proposent différentes prises en charge sans information du médecin traitant.* »
- « *Problèmes de prises de rendez-vous. Absence de lettres de liaison. Pas de biologie urgente en ville l'après-midi. Difficulté pour obtenir radio urgente en ville.* »
- « *Absence d'information : - sur le diagnostic de cancer avant la consultation du patient - sur l'hospitalisation d'un patient - sur le décès d'un patient - sur le changement de MT* »
- « *Les services d'urgence reconvoquent les patients pour le suivi des soins voire des consultations complémentaires.* »

- « Les patients ne vont pas forcément me tenir informée. Les patients sont souvent incapables d'indiquer leur contre-indication, leurs ATCDs et omettent de rappeler les examens déjà pratiqués auparavant »
- « Certains confrères spécialistes font de même : un cardiologue adresse directement à un pneumologue un endocrinologue à un cardiologue ignorant les antécédents les examens déjà pratiqués, les traitements en route (que le patient n'est pas toujours à même de récapituler) »
- « Certaines structures de soin estiment que leur travail prévaut sur le reste (exemple : oncologie) et ne tiennent pas compte du dossier du patient dans sa globalité »
- « Le problème principal est la difficulté d'obtenir des rendez-vous rapidement, en particulier dans le secteur hospitalier, ce qui peut amener à un recours aux services d'urgences »
- « Patients sortants de l'hôpital ou clinique sans avertir le médecin. Sans programmation d'infirmier ou kinésithérapeute Je passe plusieurs heures à chercher des infirmiers ou kinésithérapeute à domicile voire portage des repas, gestion du ménage ou courses et livraisons de médicaments. »
- « Grosses difficultés à trouver des accès directs en hôpital ou clinique sans passer par les urgences avec souvent retour en ambulance des patients en pleine nuit sans courrier ni traitement »
- « Grosses difficultés à trouver des places en psychiatrie pour les patients suicidaires »
- « Retour à domicile avec rendez-vous à prendre par le médecin traitant auprès d'un psychiatre en ville, tous surchargés. Pour avoir un rendez-vous rapide chez un confrère spécialiste où les secrétaires répondent au patient que c'est le médecin traitant qui doit appeler donc plusieurs minutes d'attente pour avoir un correspondant libéral ou hospitalier au téléphone tous les jours, exemple : nécessité d'un échodoppler veineux en urgence. »
- « Le devenir des patients en auto consultation auprès des spécialistes non choisis par moi-même »
- « Retard de prise en charge par spécialistes de pathologies lourdes (cancer, myopathie, SLA). »

- « J'ai reçu un patient pour prise en charge d'une surdité unilatérale brutale évoluant depuis 1 semaine. J'ai décidé de l'adresser à un ORL qui, une fois contacté, donne au patient un RDV plus de 2 mois après. Je décide de l'orienter vers un autre ORL que j'appelle directement et sa secrétaire répond qu'il ne peut prendre en charge le patient et demande à ce qu'il soit adressé à un autre ORL. J'abandonne mes coups de téléphone et vais probablement le faire passer par les urgences. Donc problème d'accès à certaines spécialités même pour des problèmes urgents. Un de mes patients revient me voir après consultation directe auprès d'un dermatologue qui lui dit qu'il a une lésion "cancéreuse" mais je n'ai aucun courrier aucun compte rendu et il n'a pas eu de biopsie. Cette lésion que j'ai regardé était relativement minuscule et ce dermato l'a adressé à un ORL sans autre explication auprès du patient Donc problème d'accès désorganisé sans passer par le généraliste traitant qui n'a aucun retour d'information et le patient se trouve orienté dans un autre circuit sans que le MG traitant soit informé. »
- « Pas ou peu de retour d'information ou de compte rendu de certaines spécialités comme la psychiatrie l'ophtalmo ou la pédiatrie de ville. »
- « Certains centres, comme les Centres de Santé Mentale, une fois qu'on leur a adressé un patient s'accaparent la prise en charge de ce patient que l'on ne revoit uniquement qu'en cas d'indisponibilité de ces centres ! »
- « Patient sorti d'hospitalisation qui vient me voir mais pas de compte rendu du dossier d'hospitalisation. D'où difficulté de prise en charge chez un patient qui revient d'une hospitalisation et pour lequel l'ordonnance habituelle a été "toiletée" par les médecins hospitaliers et le patient se retrouve déséquilibré (ex des anxiolytiques supprimés ou changement d'un antihypertenseur pour un autre identique ...) »
- « L'hôpital militaire à Toulon essentiellement sinon communication Bonne avec cliniques privées et hôpital classique mais ma secrétaire va chercher les infos si nous ne les avons pas »
- « Prises de rendez-vous urgents pour diverses pathologies comme la cardiologie ou l'ophtalmologie »
- « Le manque de temps rémunéré pour la prise en charge d'un nouveau patient, une dépression (création d'actes en fonction du temps de consultation de 1 à 4 c) »

- « La mauvaise rémunération des visites à domiciles dans le cadre des patients âgés ou fragilisés qui ne peuvent pas se déplacer »
- « Le burn-out lié à la paperasserie et aux tracasseries administratives »
- « Les courriers patients psychiatriques suivis par le CH Digne les Bains n'existaient pas il y a un an mais ça s'est amélioré sur le papier et en théorie ...car désormais ils arrivent à M+1 ...c'est un progrès notable certain mais qui n'améliorait que très peu la connaissance et gestion du dossier médical. »
- « Persistance des courriers papiers en sortie d'hospitalisation...nous voyons les patients ...avant de recevoir les courriers dans la quinzaine au CH Digne les Bains »
- « Je ne téléphone plus aux secrétaires des confrères spécialistes car je ne suis pas la secrétaire de la secrétaire pour perdre 15 minutes au téléphone avec des patients qui de toute façon décideront d'aller voir qui ils veulent. »
- « Relais après une hospitalisation sans avoir le compte rendu d'hospitalisation »
- « Suivi oncologique sans avoir le pps »
- « Modification thérapeutique sans avoir de justificatif du spécialiste »
- « Bref premier point de rupture: défaut de retour du spécialiste d'organe ou de l'hôpital. »

Second point de rupture très récemment apparu : impossibilité d'avoir en temps et en heure certaines biologies permettant une prise en charge rapide de nos patients : ntprobnp/ddimères par exemple du fait d'une concentration des techniques par les laboratoires d'analyse médicale. »

Troisième point de rupture : les examens demandés par certains paramédicaux sortant du cadre de leurs prérogatives (demande de scanner, d'IRM, de biologie) Avance de traitement non prescrit par le médecin traitant (antibiotiques etc) sans pouvoir communiquer avec le pharmacien en amont. »

- « Patiente, cancer du sein, je prends rendez-vous avec « gynéco-oncologue ». Elle ne veut pas y aller, dit plus tard je suis fatiguée ATCD: déficit intellectuel modéré, syndrome anxio-dépressif. Je l'amène chez le médecin qui prévoit biologie, biopsie et Tep Scan.... Elle n'y va pas et je l'apprends 10 jours après. Difficile de concilier les sensibilités »
- « Ne pas être informé de la sortie d'un patient de l'hôpital »

- « Divergence entre le courrier de consultation du Rhumato et le trt de fond finalement prescrit sur l'ordonnance présentée par le patient (manque un courrier de sortie d'hospitalisation entre les deux.) »
- « Patient qui revient sans angioscanner TSao (bilan AVC) sous prétexte d'une créatinine trop haute, bilan normal, radiologue injoignable »
- « Pas d'infirmière pour la continuité des soins-pas de compte rendu hospitalier pour un patient en suivi de retour à domicile- rupture labo de traitement car plus la spécialité en pharmacie pour pathologie chronique lourde »
- « Rarement absence de retour des correspondants »
- « Temps de latence trop important chez un spécialiste et changement de Spécialiste »
- « Difficulté à obtenir des rendez-vous avec des spécialistes. »
- « Absence de coordination ambulatoire (entre praticiens spécialistes libéraux) hospitalière en sortie, en onco »
- « Gériatrie (nombreux intervenants), rupture en l'absence d'aidants... »
- « Pas de courrier retour de certains spécialistes »
- « Patient qui ne montre pas les résultats des examens prescrits par le spécialiste (parce que comme c'est le spécialiste qui les a prescrits il n'y a que lui qui doit les voir.....) »
- « Patient qui voit un spécialiste en dehors du parcours de soins et sans le dire »
- « Impossibilité de joindre dans un temps raisonnable un confrère cardiologue du fait de la surcharge de son secrétariat »
- « Impossibilité d'obtenir un RDV en urgence avec un ophtalmologue pour un corps étranger dans l'œil »
- « Appeler le centre 15 (car urgence médicale), et m'entendre dire qu'ils n'ont pas de solution à me proposer »
- « Adresser un patient au SAU pour une suspicion de pyélonéphrite obstructive, avec un courrier circonstancié. Le revoir le lendemain dans la même situation, car il a été renvoyé à domicile avec une simple biologie, sans réalisation d'une imagerie »
- « La plus importante est lorsqu'un spécialiste après avoir éliminé une pathologie de sa spécialité adresse le patient directement vers un autre spécialiste. »

- « Les prises de rendez-vous spontané auprès de spécialistes sans réelle nécessité ni en être informé »
- « Le parcours de soins (médecin traitant et correspondant) a été conçu par les syndicats de spécialistes d'organe pour être contourné ou/et utilisé pour multiplier leurs revenus au détriment du médecin traitant, qui se farcit le travail pénible/administratif. »
- « Exception au parcours de soins pour les gynécologues, pédiatres, ophtalmologues, psychiatres (avant 25 ans) qui, du coup, ne nous font jamais de compte-rendu. Les courriers sont souvent demandés uniquement pour justifier d'une cotation C2. »
- « Suivi du patient »
- « Défaut de correspondants spécialisés locaux libéraux et hospitaliers (en plus certains patients ne peuvent physiquement se déplacer loin), délais trop longs, fuites organisées par les secrétariats hospitaliers, pas d'alternative locale ».
- « Absence de créneau réservé pour le MG (Appel de 10 mn nécessaire auprès du cardiologue lui-même pour arracher un rdv d'urgence pour un patient qui sera opéré sous Circulation extracorporelle : 10 mn qui vont manquer au cardiologue joignable par ailleurs uniquement du lundi au mercredi) ».
- « Reste une ophtalmologue sur 2 (départ de la 2 -ème d'ici 6 mois), plus de dermatologue (surbookée) à moins de 45 km. Menace sur la rhumatologie... »
- « Perte de temps inflationniste »
- « Patients envoyés entre spécialistes ».
- « Patient non revu car adressé directement par le kinésithérapeute au chirurgien orthopédique (pas de respect du parcours de soins)... »
- « Absence de relance sur certains dossiers »
- « Difficultés à joindre un confrère ou un service pour un avis »
- « Absence de retour courrier de la part des correspondants »
- « Je ne connais pas les chimiothérapies administrées à mes patients je ne peux donc pas gérer correctement les effets secondaires »
- « Non observance du traitement, des consultations spécialisées, des bilans sanguins, des examens complémentaires, de « l'hémocult », des consultations de contrôle »

- « Une patiente a un carcinome colique. Elle va d'emblée au CHU. Des années après impossibilité de l'orienter vers les acteurs locaux car elle est convoquée régulièrement au CHU qui est très distant de son logement »
- « En psychiatrie aucun courrier, aucun contact, rendant très difficile l'aide au patient et nécessitant des heures de consultation pour comprendre la situation »
- « Retard d'informations de la part des spécialistes »
- « Patient demandant un deuxième avis spécialisé »
- « Retours de comptes-rendus de spécialistes parfois tardifs. »
- « Pas toujours de ligne directe pour contacter les spécialistes »
- « Patient de passage sans dossier ».
- « Médecin traitant non identifié »
- « Absence de compte rendu hospitalier »
- « Méconnaissance de certaines structures comme la PMI ou le CAMPS et blocages par méconnaissance pour leur adresser des patients »
- « Manque de courrier sortie d'hospitalisation »
- « Retour de spécialité tous les jours !! pas de lettre de sortie (surtout hôpital Aix) ou lettre rééducation ; exemple : 2 mois hospitalisation et 3 lignes sur l' évolution pendant le séjour... »
- « Comptes-rendus d'anatomopathologie qui arrivent 1 mois après alors que j'ai déjà revu le patient... »
- « Problèmes de communication des informations médicales »
- « Demandes excessives des patients pour certains examens complémentaires »
- « Délais de RDV chez certains spécialistes »
- « Je ne revois presque plus les patients adressés aux endocrinologues ».
- « Délai d' accès aux avis spécialisés imposant parfois un appel direct au correspondant (chronophage ++) ou passage par les urgences ».
- « Sortie d'un patient de l'hôpital sans compte-rendu d'hospitalisation et patient revu sans connaissance de son dossier ! »
- « Non communication par le spécialiste soit des examens effectués et de leurs résultats, soit des modifications de traitements donnés au patient »
- « Impossible de joindre les professionnels hospitaliers »
- « Détournement du patient »

- « Délais de rdv pour avis spécialisé ou examens trop longs malgré notre intervention »,
- « Plus le droit de prescrire certains traitements dans des situations urgentes ou semi urgentes ou nous sommes les premiers recours (prescription de bêta 2, alimentation parentérale,...) on doit attendre l'avis d'un spécialiste souvent injoignable à cet instant et le patient fini aux urgences uniquement pour une prescription ».
- « Délais de rdv trop longs malgré notre intervention, »
- « Secrétariats hospitaliers injoignables, médecin du travail / CRH / scanner urgent / Doppler / pédiatrie spécialisée / rdv neurologue »
- « Difficultés grandissantes pour obtenir certains rendez-vous spécialisés (rendez-vous d'ophtalmologie par exemple avec une absence de service de garde) ».
- « Absence d'accès direct au spécialiste avec des attentes téléphoniques importantes pour obtenir les secrétariats »
- « Numéros hospitaliers paraît-il direct vers les confrères hospitaliers qui sont sur répondeur etc. »
- « Non compliance des patients ou de la famille, manque de courriers ou oubli de l'ordonnance, -Pas de famille ou d'accompagnant à la personne pour les déplacements ou la prise de rendez-vous. »
- « Durée d'attente pour avoir un RDV chez un spécialiste, caractère de certains spécialistes »
- « Coût des dépassements d'honoraires, barrage de certains secrétariats, »
- « Problème de transport, distance par rapport aux structures de soins, »
- « Nécessité de prendre soi-même les rendez-vous urgents ou semi urgents »
- « Patient affirmant que le radiologue demande un complément d'examen alors que le compte-rendu n'est pas encore disponible »
- « Patient ayant consulté un spécialiste soit sur sa propre initiative sans courrier de ma part soit sur mon orientation mais dans les 2 cas sans retour d'information. »
- « Patient "court-circuité" par le spécialiste qui gère seul la spécialité concernée sans même informer le MG »
- « La demande de régularisation de prescriptions à la demande d'un auxiliaire médical consulté auparavant sans l'orientation du MG »

- « *Orientation de plus en plus pénible vers les spécialistes de spécialités : blocage des RDV qui, malgré un courrier circonstancié, ne peuvent être obtenus que si appel de médecin à médecin => perte de temps majeure pour les deux* »
- « *Envoi direct chez un autre spécialiste à qui on a adressé un patient exemple le « gastro » envoie au chirurgien le patient après coloscopie et découverte d'un cancer.* »
- « *Non information post hospitalisation* »
- « *Non information par spécialiste : résultat de « coloscopie»....* »
- « *Patient n'apportant aucun résultat car il pensait que je recevais tout !!!* »

Concernant la **gestion du dossier médical**, 12 médecins généralistes n'ont relevé aucune situation perturbante dans leur exercice (soit 16.7% des participants). Les 60 autres médecins ont relevé les points suivants :

- « *Aucune réponse après avoir adressé un patient (surtout à l'hôpital)* »
- « *Pas de courrier dans un délai court, notamment à la sortie de l'hôpital ou après rendez-vous avec un spécialiste, avec en conséquence la mise à jour des antécédents incomplète.* »
- « *Le patient ne rapporte pas les examens paracliniques demandés ; les professionnels de santé n'utilisent pas la messagerie sécurisée ; les nouveaux patients ont du mal à rassembler leurs antécédents, traitements passés, en cours etc ; les comptes-rendus de consultations spécialisées arrivent souvent par courrier trop longtemps après ; les comptes rendus de consultation ne sont pas générés* »
- « *Absence lettre de liaison* »
- « *Les patients ont encore accès à de multiples soins sans obligation de tenir leur médecin traitant informé, de nombreux éléments échappent au dossier médical du patient* »
- « *Un de mes patients vient de consulter un " spécialiste" je ne sais pas en quoi, qui lui a prescrit une injection de corticoïdes alors que je venais de lui prescrire*

une infiltration à faire par un autre spécialiste... chose apprise par une rencontre fortuite avec son infirmière... »

- *« Les courriers de sortie de clinique ou hôpital mettent parfois 15 jours voire 1 mois avant d'être reçus, le patient est revu dès sa sortie d'où des difficultés d'adapter les traitements souvent antiarythmiques voire anticoagulants. Souvent les hospitaliers ou spécialistes marquent le nom commercial et pas générique : Parfois prise de Cordarone et amiodarone ou diamicron plus glicazide. J'apprends par hasard qu'un de mes patients a été hospitalisé en chirurgie cardiaque par le cardiologue 10 jours après par son beau-frère. »*
- *« Traitements prescrits par un tiers intervenant sans que j'en sois informé »*
- *« Manque de retour de lettres de correspondants ou délais trop longs »*
- *« Absence fréquente de compte rendu d'hospitalisation ou de spécialiste »*
- *« Pas de dossier médical partagé avec les autres intervenants médecins, infirmiers, kinésithérapeutes ou autres. Pas de plateforme où on pourrait obtenir les infos du patient en temps réel. Pas de support informatisé pour certains intervenants qui auraient pu communiquer ainsi en temps réel plus efficacement avec le médecin traitant. L'hôpital public est dans ce domaine très en retard et envoie toujours du support papier postal qui se perd ou arrive tardivement. Je reçois de la maternité de l'hôpital un compte rendu papier d'accouchement 6 mois après l'accouchement de la patiente. L'état vaccinal des patients n'est plus centralisé du fait d'autres acteurs vaccinant (infirmière, centres divers, pharmaciens ...) d'où dossier du médecin traitant incomplet. Le carnet de santé de l'enfant est assez souvent oublié par l'un des 2 parents qui parfois n'a plus du tout en sa possession le carnet (par exemple du fait de plus en plus de familles monoparentales) »*
- *« La contrainte médico-légale du dossier et l'importance d'un remplissage complet de toutes les données aussi bien administratives que biomédicales sont chronophages, l'absence de courriers en temps réel pour les retours d'hospitalisation ou les visites chez les spécialistes »*
- *« Je n'ai pas les moyens de me payer une secrétaire et les courriers papiers s'amoncellent par ordre d'arrivée car je perdais du temps à lire le courrier, résumer ou scanner les papiers pour le rentrer dans l'ordi au détriment d'actes rémunérateurs et à l'évolution du comportement des patients qui ne reviennent*

pas en consultation de synthèse ou 6 mois après pensant que tout s'est fait " automatiquement". Je consulte ma pile de courrier lorsque le patient revient et je m'occupe en priorité de ces patients ... ça m'évite de m'épuiser à être le notaire des actes de mes confrères spécialistes qui disent au patient " j'envoie un courrier à votre médecin traitant" au lieu de leur remettre le courrier avec la consigne " retournez voir votre médecin traitant avec ce courrier pour la consultation de synthèse »

- *« Mise à jour du dossier parfois longue »*
- *« Manque de courrier et d'informations suite à un passage aux urgences de patients, qui viennent au cabinet le lendemain. Idem pour sortie hospitalisation (parfois on a, parfois pas) »*
- *« Rassembler l'ensemble des informations »*
- *« Le patient a un courrier d'un correspondant spécialiste en main mais ne revient pas consulter dans les jours qui suivent sa consultation, le courrier est apporté 3 mois après par exemple ou pas du tout »*
- *« Changements de traitements lors d'une précédente consultation et non pris en compte par la suite par un de mes associés (et vice versa) »*
- *« Absence de lien écrit hôpital- ville »*
- *« Demande administrative à refaire car pas d'enregistrement du médecin traitant »*
- *« Délai d'arrivée du courrier de compte-rendu de consultation spécialisée dicté en présence du patient par le confrère spécialiste d'organe, alors que j'ai le patient en consultation en face de moi. »*
- *« Courrier transmis au patient et ce dernier omet de nous le remettre »*
- *« Retard dans l'adressage des comptes- rendus »*
- *« Pas de dossier de sortie d'hospitalisation, ou réception retardée, intervenants multiples (libéraux, sociaux ou médico-sociaux avec dispersion des infos)*
- *Patient qui refuse le dossier papier/ bug informatique/ remplissage chronophage (surtout les bilans biologiques) »*
- *« Absence de courrier des confrères libéraux ou hospitaliers. Changement de N° de téléphone des patients »*
- *« Absence ou retard de courrier, dialogue inter spécialité, ou intra hospitalière sans compte rendu »*
- *« Les décalages dans les retours d'infos des consultants »*

- « Comptes-rendus de consultation ou d'hospitalisation non reçus, obligeant la secrétaire à passer pleins de coup de fils pour le/les récupérer. La généralisation d'une messagerie sécurisée universellement utilisée devrait y aider »
- « Suivi du patient »
- « Aucun compte rendu de radiologie adressé par l'hôpital donc médecin traitant non averti de la réalisation de l'examen malgré les multiples relances auprès des 5 directeurs successifs et du service concerné (un scanner m'est présenté en juin alors que réalisé en décembre), compte rendus réceptionnés après un à 3 passages du patient avec révélations tardives... Courriers jamais arrivés. Holter ECG lus au bout de 1 à 1.5 mois. Erreurs accrues de boîtes aux lettres (tournées facteurs supprimées) parfois à 5 km de distance! ... Non obtention des dossiers précédents des anciens patients. Non accessibilité au DMP de mes patients qui en ont un. »
- « Pas de retour d'information (labo, radio...) »
- « Absence ou délai de retour d'information après prise en charge spécialisée ou hospitalière »
- « Départ à la retraite d'un collègue sans transmission du dossier médical - Changement de médecin traitant sans transmission du dossier médical à cause de la gêne occasionnée par la séparation »
- « Pas de réalisation des consultations spécialisées de contrôle »
- « Pas de lettre avant des semaines voire de mois. »
- « Dossier non transféré par médecin traitant précédent »
- « Défaut de compte rendu d'avis spécialisé »
- « Dossier non partagé »
- « Dossier médical non rempli (antécédents) »
- « Retard dans la réception des comptes-rendus de sortie d'hospitalisation »
- « Liste incomplète des antécédents, mise à jour des traitements »
- « Résultat des bilans hospitaliers »
- « Absence compte rendu d'hospitalisation, absence de résultats anapathomopathologiques »
- « Si les autres spécialistes ne m'envoient pas tous les comptes-rendus opératoires, hospitalisation, anapath, avec diagnostic précis et conduite à tenir : je ne peux pas avoir un dossier médical complet. »

- « *Le patient va voir un spécialiste sans m'en parler* »
- « *Les courriers entre spécialistes ne sont pas communiqués au médecin traitant* »
- « *Pas de réponse de la part des endocrinologues concernant des avis* »
- « *Patient non éduqué : ne connaît pas ses antécédents et son traitement, n'apporte pas ses examens récents ... Délai de communication des informations entre l'hôpital et la ville trop long, parfois pas de communication (psychiatre ++)* »
- « *Non communication du compte-rendu d'hospitalisation d'un patient de retour à domicile* »
- « *Retard dans les courriers de sortie (surtout changement de trt)* »
- « *Absence d'information ultra fréquente des spécialistes à accès directs : ophtalmologue, psychiatre, gynécologue. Délai important de réception des courriers (10 à 15 jours) dans certaines situations notamment sorties d'hôpital, sorties de maison de convalescence. Une messagerie cryptée largement diffusée auprès des médecins libéraux et qui a prouvé son efficacité (apycrypt) n'est pas utilisée par le service public alors que les résultats d'examens biologiques et les comptes-rendus de consultation d'un certain nombre de spécialistes libéraux sont reçus très rapidement par ce canal.* »
- « *Manque de courrier* »
- « *Le temps que prend la rentrée des informations dans l'ordinateur (scan etc...), le retard des courriers, l'absence de courrier (rare), la difficulté de bien classer tous les courriers pour pouvoir les retrouver* »
- « *Patiente ayant rendez-vous en consultation pré-anesthésique pour laquelle je ne pense pas justifiée la réalisation d'un bilan cardiologique contrairement à l'avis de l'ophtalmologue qui va l'opérer.* »
- « *Absence ou retard dans le retour d'information (après sortie de CH ou de consultation spécialisée)* »
- « *Peu d'infos en retour de consultations de spécialités (notamment psychiatrie, ophtalmologie, gynécologie...). Pas d'harmonisation des modes de transmission (ex radiologie de l'hôpital ne transmet aucun compte-rendu => tous adressés à la radiologie de ville qui le fait, elle)* »
- « *pas de réception de compte rendu* »
- « *Pas de résultat d'examen transmis par Hôpital ; ALD à faire sans information* »

Concernant le **protocole de soins et les ALD**, 11 médecins généralistes n'ont relevé aucune situation perturbante dans leur exercice (soit 15.3% des participants). Les 61 autres médecins ont relevé les points suivants :

- « *Le patient n'a jamais, je dis bien jamais, le document attestant l'ALD* »
- « *Lourdeur administrative quand + de 300 patients en ALD dans la patientèle* »
- « *Site améli souvent indisponible* »
- « *Si je ne suis pas à l'origine du protocole de soins et qu'un nouveau patient se présente, j'ai du mal à récupérer le motif (la pathologie) pour lequel il existe une exonération du ticket modérateur. Le patient ayant toujours tendance à penser qu'il est « à 100% pour tout* »
- « *Date de fin d'exonération dépassée et difficulté d'accès aux soins* ».
- « *Ignorance de certains résultats d'anatomopathologie de la part de spécialistes ne me permettant pas de demander (ou non) une ALD complémentaire, les aménagements récents ont amélioré les choses* »
- « *Pas de possibilité de remplir en ligne pour certaines caisses comme harmonie fonction publique, MGEN, mutuelle police et délais très longs de retour des protocoles. Pour les protocoles en ligne j'ai parfois des difficultés pour saisir les bonnes cases surtout en psychiatrie ou cardiologie* »
- « *Bugs d'espace pro trop nombreux* »
- « *Patient nouveau qui ne connaît pas ses motifs d'exonération et la sécu ne veut pas les délivrer au nouveau médecin* »
- « *L'HTA était dans les ALD exonérantes et a été supprimée. La gestion devient compliquée pour les patients HTA en renouvellement qui ne comprennent pas pourquoi ils ne sont plus éligibles à l'ALD* »
- « *Toujours les mêmes problèmes pour l'ordonnancier bizona quand on ne sait pas précisément si un médicament doit être en haut ou en bas ou bien qu'à la sortie de l'hôpital tout a été mis en haut et le patient grogne quand on rectifie l'affectation.* »

- « L'expiration de la date de fin d'ALD n'est pas souvent connue des patients qui ne peuvent plus alors bénéficier du remboursement en ALD et le médecin qui pratiquait le tiers payant intégral ne peut plus le faire à ce moment là. »
- « L'obligation de noter des propositions évidentes pour des demandes évidentes les patients présentant des pathologies complexes type diabète de type II, plaies chroniques, insuffisances respiratoires graves, cardiaques décompensées, psychiatriques... la complexité de la gestion de l'équipe pluridisciplinaire (protocoles et réunions de concertation) »
- « Le psychiatre ou l'ophtalmo qui remplit l'ALD pour pratiquer le tiers payant ou facturer le produit intra oculaire Avastin à 1500 euros l'ampoule en disant au patient : " allez consulter votre médecin traitant pour faire signer ce papier " ... quelle image il donne du généraliste ? au lieu de me faire un mini courrier de liaison m'expliquant la pathologie et me permettant de remplir l'ALD tout en respectant mon rôle de médecin traitant »
- « Manque d'éléments factuels »
- « Mauvais aiguillage d'une demande ALD : exemple protocole parti à la caisse militaire alors que le patient est au RG Et fait en téléservice »
- « Pas de réponse de la caisse ou perte du protocole dans l'acheminement de la poste »
- « Acceptation automatique des ALD pour suivi post cancer, puis reproche du médecin conseil de la déclaration en ALD au lieu de la prescription en post ALD
- « Difficulté de dire aux patients que cela ne relève pas d'une ALD alors que par procédure simplifiée / Ameli elles sont maintenant quasiment toutes acceptées sans filtre médical »
- « Incompréhension des caisses concernant une prise en charge ALD hors liste
- « Défaut de renseignement du motif de refus d'inscription à l'ALD (dossier en ligne) par le médecin conseil. Refus finalement infondé, dossier pas lu complètement par le refuseur. Problème : délai de 50 min pour accéder à une réponse orale d'un technicien de la Sécurité Sociale, se faire rappeler 3 jours après, et corriger l'erreur en refaisant le dossier.... Lourdeur de ces tâches administratives. »
- « Spécialiste qui ne nous donne pas assez d'éléments pour que nous puissions remplir le document »
- « La psychiatrie qui a tendance à "vivre" de manière autonome, sans courrier »

- « Les protocoles hors ALD »
- « ALD requise par spécialiste d'organe mais ne rentrant pas dans les critères médicaux, donc logiquement refusée (mais obligé de faire la demande quand même) »
- « ALD dont la validité est arrivée à échéance sans que ni moi ni le patient ne soient mis au courant par courrier »
- « Absence de connaissance du contenu de l'ancien protocole de soins du nouveau patient et de son dossier médical. »
- « ESPACE PRO incomplet : le médecin traitant a toutes les obligations mais n'a pas accès aux données administratives comme les structures hospitalières ou cliniques ou SSR par le site consultation des droits du patient : erreurs moins fréquentes maintenant mais absence de précisions concernant la date d'échéance de l'ALD (mais aussi de la CMU, de l'ACS, de l'identité du médecin traitant)
- Pas d'alerte de fin de période d'ALD ce qui entraîne des périodes de "non couverture" par le 100% »
- « Arrêt du « traitement »,
- « Pas de consultations de contrôle »,
- « Non observance du TTT, ni de la réalisation des examens complémentaires »
- « Demande ALD faite par le spécialiste et non le médecin traitant sans même vraiment l'expliquer au patient. »
- « Dossier non transféré donc non connaissance des accords ALD »
- « Insuffisance de renseignements d'antécédents d'un patient »
- « Beaucoup mieux depuis que possible par espace « pro »: rapide et efficace »
- « Cause de l' ALD non connue »
- « En ALD pour quelles maladies : à 100% pour "tout" »
- « Méconnaissance de détails sur ALD en cours si prise en charge d'un nouveau patient »
- « La communication entre hôpital et ville »
- « Délai un peu long parfois dans l'obtention des comptes-rendus de spécialiste permettant de remplir le protocole de soin ALD »
- « Non connaissance de la date de fin d'ALD »
- « Avec espace pro : plus facile et rapide mais moins précis et difficile si le patient "ne rentre pas dans les cases" »

- « À la demande du patient je remplis un protocole que je sais refusé d'avance »
- « Mauvaise communication avec les médecins de l'assurance maladie »
- « Difficultés pour connaître le motif d'ALD pour certains nouveaux patients »
- « On ne revoit le patient que pour renouveler une ALD souvent après une longue prise en charge par les spécialistes. »
- « Tâche administrative fastidieuse de renouvellement d'un protocole pour une maladie chronique connue. »
- « Patients ne connaissent pas le contenu de leur protocole et ne conservent pas de copie de leur protocole ... »
- « Non connaissance du motif de l' ALD et de la date de fin »
- « Manque d'info systématique sur les fins d'ALD »
- « Mise à jour des cartes vitales »
- « Pas de retour de certains spécialistes (comme les psychiatres, ou ne connaissons pas le diagnostic mais c'est à nous que l'on demande de remplir le protocole ALD) »
- « Certaines caisses de sécurité sociale préviennent les assurés sociaux de la fin prochaine de la validité de leur ALD, ce qui n'est pas le cas pour d'autres : d'où des interruptions de prise en charge en ALD qui pourraient être évitées. »
- « Manque de courrier »
- « La complexité des caractéristiques de chaque ALD »
- « Patient diabétique refusant soins et bilan car non assuré social »
- « Patient dans l'ignorance totale (c'est le cas 9 fois sur 10) de l'échéance de PEC en ALD »
- « Ignorance totale de la pathologie PEC en ALD (fréquent) »
- « Bonne amélioration du site AMELI. Pas évident toutefois de trouver comment communiquer en cas de refus d'une pathologie. »
- « Protocole ALD fait par l'hôpital »
- « Absence d'informations précises par spécialiste »

Concernant les **actions de prévention personnalisée**, 22 médecins généralistes n'ont relevé aucune situation perturbante dans leur exercice (soit 30.6% des participants). Les 50 autres médecins ont relevé les points suivants :

- « *Le patient n'apporte pas ses résultats ou ne revient pas* »
- « *Pas de traçabilité du patient ne réalisant pas les examens de dépistage* »
- « *Difficulté de compréhension de l'enjeu par le patient* »
- « *La vaccination antigrippale peut être directement faite au patient par une IDE...ou non faite...certains patients qui ont des troubles cognitifs, ou sont en grande perte d'autonomie ne peuvent indiquer si oui ou non celle-ci a été faite (auparavant je vaccinai tous les patients atteints de maladie d'Alzheimer)* »
- « *Refus de patientes de faire des mammographies car ça fait mal ou bien dégradant de se faire presser les seins par des manipulateurs radio hommes. Refus de frottis car plus de rapport depuis longtemps et rendez-vous trop long chez les gynécologues ou gynécologues trop loin du domicile et pas de transport* »
- « *Pas de possibilité d'intervention de kinésithérapeute à domicile en milieu rural* »
- « *Les équipes d'éducation traitement qui nous substituent les patients* »
- « *Pour la pédiatrie l'accès coordonné est dérogatoire puisque l'accès coordonné n'existe pas jusqu'à 16 ans date où on choisit un médecin traitant. Donc les actions ne peuvent être réalisées de façon optimale. En gynécologie interférence des sages-femmes qui ne font aucun retour au médecin traitant et qui court-circuitent les actions de prévention dans ce domaine par les médecins traitants. Dépistage du cancer du sein passe par les radiologues et gynécologues souvent sans passer par le médecin traitant. Pour le sevrage tabagique interférence avec les "tabacologues" et pour le sevrage alcool interférences avec les addictologues, qui n'ont pas les éléments de prise en charge globale du patient* »
- « *Les logiciels médicaux sont orientés vers le soin et très peu vers la prévention, l'absence ou la faiblesse de la valorisation des actes dits de prévention et de dépistage* »
- « *Le dépistage du cancer du sein automatisé, une affaire de gros sous entre radiologue et association type adoc04-05 ou apremas où les patientes attendent le bon de convocation sans venir se faire examiner cliniquementj'ai un cas ou*

une patiente a été acr4 d'emblée ...lorsqu'elle a demandé au radiologue ce que ça voulait dire il lui a été répondu allez voir votre généraliste ...aucun coup de fil confraternel avant... et tu découvres la mammographie et la mauvaise nouvelle à annoncer à la patiente ... Sympa non? Le radiologie de Digne les bains est au conseil de l'ordre depuis 30 ans ..,et les mecs te parlent d'éthique et de confraternité ... ou bien l'association qui te demande de justifier le suivi d'un acr2 etc avec copie des comptes rendus ...sans aucun défraiement pour le temps passé ou le prix des photocopies ou du courrier ... bénévole tu seras !!! »

- *« Pas de demande préalable au médecin traitant dans le cadre des bilans de santé avec nombreux doublons d'examen et parfois des sensations de portes ouvertes enfoncées par ces bilans de santé »*
- *« La prévention est méconnue »*
- *« Ne pas avoir la liste des patients à vacciner contre la grippe par exemple ou ne pas savoir par qui il a été vacciné »*
- *« Difficultés rares à faire accepter certaines vaccinations »*
- *« Manque d'organismes d'éducation diététique pris en charge par l'assurance maladie et simples d'accès »*
- *« Difficulté à avoir des rendez-vous »*
- *« Dispersion des informations notamment réalisées par des personnes non qualifiées »*
- *« Refus du patient (exemple de faire Mammographie) »*
- *« Perte des carnets de vaccination. Impossibilité de trouver certains vaccins (Pneumo 23 actuellement) »*
- *« L'avis péremptoire de certaines spécialités qui confondent soins primaires et soins secondaires. Les spécialistes qui réagissent au lieu d'agir. »*
- *« Les dépistages organisés (arcades) shuntés par les spécialistes (colposcopies excessives, mammographies annuelles non justifiées) »*
- *« Sophia pour les diabétiques et centre de dépistage CPAM : que l'assurance obligatoire se concentre sur sa tâche première = les remboursements et les contrôles. Dépistage organisé du cancer du sein : médecin traitant systématiquement shunté. Aucun travail commun avec la PMI. »*
- *« Absence de données sur le contenu du dossier médical antérieur, difficultés croissantes d'accès aux consultations spécialisées »*

- « Pas de rappel du patient intéressé »
- « Pas de retour systématique sur les actions »
- « La transmission par BIOSERVEUR pour le dépistage du cancer colorectal est parfaite car introduite dans le dossier patient directement et donc conservé. Concernant le dépistage par FCV / mammographie ou bien la vaccination aucune centralisation des données ce qui rend l'historique difficile à constituer, et source de ruptures »
- « Pas de réalisation des hemocults, mammographies, FCV, bilans sanguins complets standard, PSA, consultations spécialisées de contrôle »
- « Frottis effectué par le spécialiste sans aucun courrier envoyé au médecin, sans résultat donné à la patiente (on vous appellera si nécessaire...) »
- « Dossier non transféré donc non connaissance des actes et des statuts vaccinaux »
- « Manque de coordination avec divers spécialistes »
- « Aucune information sur le dépistage de cancer »
- « Absence d'information du patient sur le principe de la prévention personnalisée »
- « Manque d'information »
- « Perte de vue de certains patients en bonne santé par ailleurs et pour qui la prévention ne semble pas avoir d'importance »
- « Si prévention personnalisée que j'instaure : pas de problème... »
- « Patient qui refuse le vaccin »
- « Le non remboursement des actions de prévention »
- « Fastidieux de renseigner dans dossier patient la réalisation des examens de prévention dans les délais recommandés. Difficulté à réaliser les examens de surveillance des malades chroniques en particulier des diabétiques. Nécessité d'éducation thérapeutique de certains patients mais l'organisation de ces actions nécessite un coordonnateur (médecin traitant ni compétent ni disponible pour cette tâche). »
- « Retard dans la livraison des hemocults. Refus des patients de faire frottis ou mammographie ou hemocult ou vaccinations »
- « Vaccination de la grippe qui nous échappe »
- « Manque de temps »

- « Action souvent non pérenne (ce qui est vrai ce jour, est contredit 2 ans plus tard), perte de crédibilité du généraliste et des actions menées »
- « Manque de documents apportés par les patients »
- « La place des lobbies (anti vaccin...), la théorie du complot, le temps que nécessite certaines règles hygiéno-diététiques, le contexte culturel, social et psychologique des patients, l'entourage, internet, les médias »
- « Non réponse au courrier de prise en charge que le patient reçoit des organismes de dépistages. Refus de poursuivre les examens si le dépistage préventif le nécessite. Refus de vaccination sur des principes médiatisés non prouvés scientifiquement »
- « Pas de point de rupture majeur. Manque de temps peut-être. Les patients ont du mal à comprendre qu'on ne peut pas tout traiter en une consultation et se sentent investis d'une mission: sauver la sécurité sociale en consultant une fois tous les 6 mois (ou plus) et en demandant de gérer leurs 5 ou 6 "problèmes" en 20 minutes... »
- « Biologie prescrite par le correspondant »
- « Hôpital de jour pour diabète »

Enfin, à la question « **Êtes-vous satisfait du fonctionnement actuel du parcours de soins coordonnés ?** », 23 médecins soit 31.9% des participants ont rapporté une insatisfaction franche (correspondant aux notes de 0/5 et 1/5).

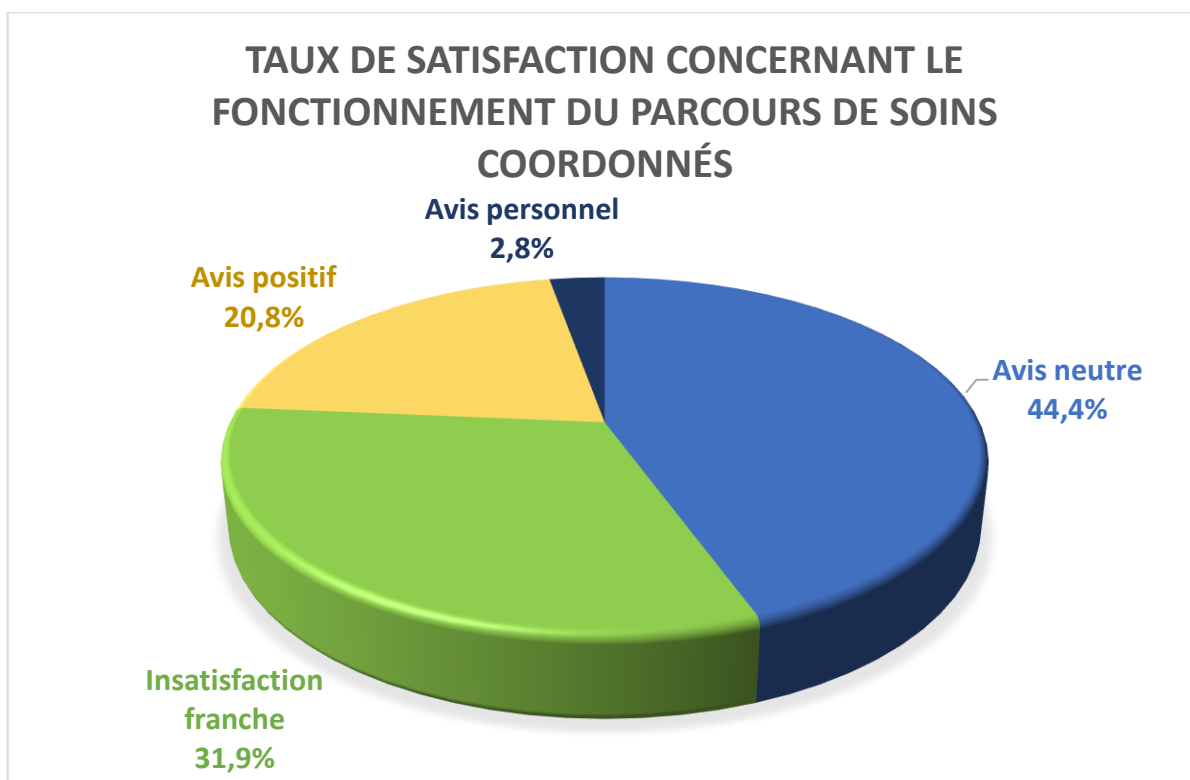
32 médecins, soit 44.4 % des participants, rapportaient un avis neutre (notes 2/5 et 3/5).

Seulement 15 médecins, soit 20.8 % des participants, rapportaient un avis positif avec la note de 4/5, considérant donc le fonctionnement actuel du parcours de soins coordonnés comme satisfaisant.

Il est à noter qu'aucun participant n'a mis la note de 5/5 (considéré comme un parcours de soins coordonnés tout à fait satisfaisant).

Deux médecins ont répondu en texte libre (considéré comme « avis personnel ») : « *je me débrouillais très bien sans* » et « *il faut vraiment un DMP !!!* ».

Figure 9. Taux de satisfaction des médecins généralistes concernant le fonctionnement actuel du parcours de soins coordonnés



DISCUSSION

Cette étude nous a permis de constater de nombreux points de rupture dans le parcours de soins coordonnés. En effet, lors des groupes nominaux, les idées furent nombreuses et il fallut les regrouper en catégories afin de faciliter les votes pour la hiérarchisation.

D'ailleurs, seuls 20.8% des médecins interrogés par le questionnaire étaient satisfaits du fonctionnement du parcours de soins coordonnés.

- Caractéristiques socio démographiques

Dans les groupes nominaux la proportion de médecins hommes et de médecins femmes était globalement équivalente. En revanche, dans le questionnaire, on comptait 75% de médecins hommes, ce qui n'est pas représentatif de la population de médecins actuels en France.

Dans les groupes nominaux comme dans les questionnaires, la moyenne d'âge des médecins participants se situait aux alentours de 50 ans, ce qui correspond à la représentation nationale des médecins généralistes libéraux.

Les trois secteurs d'exercice rural, semi-rural et urbain ont été représentés. Il est à noter que la grande majorité des médecins participant à notre étude exercent en milieu urbain. Mais ces données se basaient sur le ressenti des participants sur leur milieu d'exercice, qui n'est probablement pas le même en dehors de la région PACA (zone très urbanisée en soi).

1. Manque de coordination interprofessionnelle

Dans notre travail, le rôle du médecin traitant dans la coordination du parcours de soins coordonnés a été la catégorie relevant le plus de défaillances. En effet, dans le groupe nominal gapençais, cette rubrique s'est révélée comme la plus perturbante et elle arrive en troisième position dans le groupe nominal hyérois, ce qui témoigne de son impact dans le quotidien des médecins généralistes.

Les médecins généralistes déplorent particulièrement le manque de comptes-rendus et de courriers après hospitalisation ou consultation de spécialistes. Bien souvent, ces derniers n'arrivent que bien après la consultation de suivi avec le médecin généraliste, ce qui est une source potentielle d'erreurs.

« Les comptes rendus d'autres spécialistes ou d'hospitalisation arrivant après le patient, qui ne connaît pas la prise en charge de sa pathologie/ le diagnostic »

D'un autre côté, les médecins ont fait ressortir le fait que, malgré la mise en place du parcours de soins coordonnés, il arrive trop souvent encore que le médecin traitant ne soit pas consulté. Cela peut se produire lorsqu'un médecin spécialiste adresse directement le patient à un autre confrère spécialiste, rendant alors difficile le rôle de « coordonnateur des soins » du médecin traitant et la gestion du dossier médical. Ou encore, lorsqu'un patient consulte directement un médecin spécialiste ou un paramédical et vient demander le courrier du MT à posteriori, afin d'être remboursé. Il s'agit aussi d'un manque d'éducation du patient, voire d'un manque d'information sur le parcours de soins. Dans tous les cas, cela contribue à de possibles consultations ou soins non justifiés et donc à une majoration des coûts médicaux.

« Patient adressé à un spécialiste qui directement le ré-adresse à un autre spécialiste sans l'avis du médecin traitant »

« Application de la cotation C 2 sans que le MT ne soit impliqué »

« Autres professionnels de santé faisant demander par le patient des prescriptions, parfois à postériori ; exemples : pharmacien, kiné, orthophonie, examens paracliniques, soins infirmiers... »

L'étude de Sarradon-Eck et al. avait elle aussi fait ressortir un cloisonnement entre les différents professionnels à défaut d'un véritable travail en réseau pouvant nuire à la prise en charge du patient.(9)

Le travail de recherche du Dr Dumont, regroupant 3 thèses, corrobore nos résultats. Cette étude ciblait les relations entre professionnels en région Ile-de-France et a permis de mettre en évidence des obstacles à la communication ressentis par les professionnels de santé ainsi que des pistes d'amélioration. Les principaux « obstacles » tels qu'ils ont été définis par les auteurs, rejoignent les « points de rupture » retrouvés lors de nos groupes nominaux, bien qu'il s'agisse d'une toute autre région. Cela tend à révéler l'ampleur des défaillances concernant la communication entre praticiens. Leur travail faisait ressortir :

- le manque de temps et de ressources à consacrer à la communication interprofessionnelle ;
- la méconnaissance de l'autre dans le champ interprofessionnel en santé ;
- une coordination/communication insuffisamment pensée comme élément propre de la qualité de soin.(10)

Ensuite, le travail du Docteur Ninive a permis de montrer l'intérêt d'un partage de données dans la prise en charge d'une population âgée de plus en plus importante, notamment par les services d'accueil d'urgences. Actuellement, le moyen d'adressage reste le courrier manuscrit. Cette thèse a fait ressortir le « conflit » existant entre la ville et l'hôpital avec pour cause les failles d'une communication précaire entre deux mondes différents. Le milieu hospitalier reproche aux médecins libéraux un contenu trop incomplet de leur lettre d'adressage et une inaptitude à les joindre ; les médecins de ville

regrettent l'absence de communication rapide et moderne sans retour complet des informations et dans les délais médico-légaux.(11)

Ces travaux illustrent bien le manque de coordination interprofessionnelle soulevé par les médecins généralistes dans notre thèse, liés étroitement aux points de rupture cités dans les catégories « défaut des outils de communication/dysfonctionnement logistique » et « Absence de Dossier Médical Partagé accessible ».

Pour rappel, le document de sortie d'hospitalisation (obligatoire depuis 2014 afin de permettre la continuité des soins) comprend les principaux éléments résumés relatifs au séjour du patient ainsi que les éléments utiles à la continuité des soins. Il est destiné au patient (remis en main propre) et aux professionnels de santé amenés à prendre en charge le patient en aval du séjour (que ce soit en ville ou dans un autre établissement de santé). Il doit être déposé dans le DMP quand il existe et adressé par messagerie sécurisée aux professionnels de santé identifiés impliqués dans la prise en charge du patient, soit dans sa version remise le jour de la sortie soit dans sa version complétée dans les 8 jours suivant la sortie.(12) Au regard des témoignages cités dans nos groupes nominaux et questionnaires, nous ne pouvons que constater que les délais sont encore loin d'être respectés.

2. Gestion administrative

La catégorie « gestion administrative » / « charges administratives » arrive respectivement en seconde position dans la hiérarchie du groupe nominal de Gap et en quatrième position dans celui de Hyères, les médecins déplorant un manque de temps à consacrer à des tâches administratives trop lourdes.

Une étude réalisée par la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes et des Evaluations Statistiques en 2015 montrait que ces tâches représentaient « une activité en soi » et que les médecins les considéraient comme un volet inintéressant, voire un travail qui « ne devrait pas incomber au médecin ou qui est inutile en partie ».(13)

La thèse du Dr Alexandra Kempa réalisée en 2017 intitulée « Vécu du métier de médecin généraliste en 2017 : enquête qualitative auprès de généralistes des Alpes-Maritimes » montrait que les charges administratives étaient un thème central abordé par tous les MG interrogés : « Les médecins généralistes semblent se sentir véritablement débordés par la charge de papiers à gérer qui s'intensifie au fil des années ».(14)

Les médecins participants à notre étude ont également dénoncé des dysfonctionnements du site AMELI-Pro, occasionnant une perte de temps durant les consultations :

« on perd du temps à cause de la lenteur administrative. Par exemple pour les déclarations médecin traitant, les établissements de protocoles de soins, pas d'alerte pour la réception des protocoles de soins acceptés ».

Il est à noter que l'assurance maladie *via* son site Ameli a pris en compte ces doléances, comme le montre un article de 2018 : « Le service médical de l'Assurance Maladie procédera, à compter de début mai 2018, au renouvellement des certaines ALD «exonérantes» sans que le médecin en réalise la demande en rédigeant un protocole de soins. Ce renouvellement va concerner 75 % des ALD arrivant à échéance. »(15)

L'article précise également qu'un « nouveau service » permettant de signaler au médecin traitant les ALD arrivant à échéance sera mis en place à partir du 14 mai 2018.

Par ailleurs, les médecins se sont aussi plaints du manque de rémunération pour la réalisation de ces tâches qui peuvent être longues et qui s'inscrivent généralement au sein d'une consultation aux motifs multiples.

« Manque de temps pour la prise en charge « administrative » et sociale du patient. Par exemple pour rédiger un dossier MDPH »

« Non valorisation (financière) de la coordination des soins (temps accordé) »

C'est ce qu'illustre une étude parue en 2012 réalisée par le Dr Signoret, qui consistait à analyser « l'Évolution du contenu de la consultation de Médecine Générale en termes de maladies chroniques, aiguës et de prises en charge non pathologiques entre 1993 et 2010. » (16) Elle évaluait le « résultat de consultation », défini comme « le ou les troubles de santé que le médecin estime avoir à résoudre à la fin de l'entretien et de l'examen clinique ». Cette thèse concluait ainsi : « En 15 ans, le poids des autres problèmes ne cesse d'augmenter : de 1,8 à 2,2 RC (Résultat de Consultation) en moyenne par consultation (notamment plus chronique avec le vieillissement de la population et plus de demandes administratives) alors que le poids de l'aigu est stable. » On comprend bien dès lors que les médecins ont tendance à gérer plus de problèmes en un temps limité. Le risque évident est une qualité de consultation diminuée avec un temps de partage réduit et de possibles erreurs médicales.

3. Qualité/Difficultés de la relation MT-Patient

La catégorie « qualité de la relation MT-patient » / « difficulté dans la relation médecin-patient » s'est rangée à la quatrième position du groupe nominal Gapençais et à la seconde place du groupe nominal de Hyères.

Les médecins ont relaté notamment un manque de confiance en leurs compétences.

« Patient qui demande à être orienté vers un spécialiste pour un geste que je pratique couramment »

Pourtant, nous nous sommes aperçus lors de nos recherches que les patients continuent d'accorder une confiance importante en leur médecin traitant comme le montre un article réalisé par le DREES (cf plus haut) : « Plus de huit Français sur dix sont satisfaits de la qualité des soins dispensés par leurs médecins [généralistes] »(17). Il s'agirait en réalité plus d'un ressenti du médecin comme tend à le montrer un article du conseil national de l'Ordre : « Ainsi, 75 % des médecins estiment notamment que les malades sont devenus plus exigeants. 80 % estiment ressentir beaucoup de stress après les consultations devant un malade nettement plus précis dans ses questions. A l'inverse, si l'on interroge les malades, l'on s'aperçoit qu'ils ont gardé toute leur confiance dans les médecins. »(18)

Les médecins se sont également plaints du manque d'observance des patients.

« Absence d'un « contrat de confiance » avec le patient concernant l'observance, le suivi thérapeutique (exemple : ne fait pas les examens prescrits) »

« Refus de certains traitements par les patients, orientés par les médias, comme les statines par exemple »

Hippocrate lui-même disait : « le médecin doit savoir que les patients mentent souvent lorsqu'ils disent suivre leurs traitements ».

Un travail de thèse du Dr Aniss LOUCHEZ réalisé en 2017 (19) montrait la multitude d'étude réalisées sur l'observance thérapeutique et souligne ainsi l'importance de ce problème aux multiples conséquences (hospitalisations plus fréquentes, coût financier etc.) Cependant, les causes de ces comportements (lié à la pathologie du patient, à son environnement, à son niveau socio-économique) sont tellement nombreuses qu'il semble très compliqué d'y remédier efficacement. Cela illustre aussi le rôle du médecin généraliste traitant dans l'éducation du patient et la relation de confiance qui doit être instaurée avec celui-ci.

Nos participants ont aussi dénoncé le nomadisme médical de certains patients.

« Possibilité de changer toutes les semaines de MT »

« Patient transformé en « orientateur » : multiples plaintes pour forcer le médecin traitant à renvoyer vers multiples spécialistes »

C'est un sujet récurrent de grief des médecins généralistes alors même que la création du médecin traitant en 2004 avait pour but de lutter contre. Les études à ce sujet sont rares. Néanmoins la littérature tend à montrer que ce nomadisme serait en réalité assez faible même s'il est souvent décrié. La thèse du Dr Binart Ecale (8) montrait que le nomadisme médical « véritable » (c'est-à-dire en dehors des cas de force majeure) était restreint avant même la création du parcours de soins coordonnés. Les études postérieures à la création de ce dernier ne semblent pas montrer d'augmentation particulière de cette pratique.

4. Défaut des outils de communication/dysfonctionnement logistique

La catégorie « dysfonctionnement logistique » a été retenue comme étant la plus perturbante par les médecins participants au groupe nominal hyérois, alors qu'elle ne constitue pas une catégorie majeure du groupe nominal Gapençais (6^{ème} ex æquo sur 8).

« On ne reçoit pas toujours les examens paracliniques prescrits par d'autres confrères, malgré les logiciels cryptés ou messageries sécurisées existants »

D'autres travaux de thèse ont étudié l'intérêt des médecins pour des moyens de communication concrets afin d'améliorer la prise en charge du patient.

Par exemple, le travail du Docteur Laigle visait à observer l'impact sur les pratiques et la prise en charge du patient d'une fiche télé-ECG comme support d'aide à l'interprétation à distance, au sein du réseau qu'entretient le médecin généraliste avec les cardiologues libéraux, pour une meilleure pertinence des soins et également afin d'améliorer les relations entre médecins.(20) Son travail a montré l'amélioration de la relation entre médecins généralistes et cardiologues, mais aussi la qualité de la prise en charge du patient, avec, par exemple, des rendez-vous plus rapides lorsque le cardiologue posait l'indication et fixait lui-même un rendez-vous. Cela permettait alors une meilleure priorisation des évaluations et donc par là même contribuait à une diminution du nombre de consultation, raccourcissant ainsi les délais de rendez-vous et donc proposant une meilleure accessibilité aux soins.

Les participants de notre étude se plaignaient également de ne plus pouvoir employer une secrétaire médicale en raison du coût financier que cela représentait.

« Difficulté à avoir une secrétaire (charge importante, coût++) »

La thèse du Dr Sébastien de Lestapis-Auroux (21) réalisée en 2018 intitulée « place du secrétariat médical dans les cabinets libéraux de médecins généralistes » montrait que les secrétaires « sur place » permettaient de « décharger le médecin de la gestion des appels téléphoniques, du planning, du dossier patient, du matériel médical et non médical ». Il montre comment une secrétaire « sur place » diminue en partie la charge administrative des médecins et leur permet ainsi de se concentrer davantage sur l'aspect purement médical. D'autres avantages qui ressortaient de son étude étaient plus inattendus : « la gestion du ménage, de la vie personnelle du médecin, des remplaçants. » Son étude concluait à une « amélioration de la vie personnelle du médecin et un gain de temps médical ». Cette thèse corrobore notre étude et illustre l'intérêt pour le médecin mais également pour les patients d'une secrétaire « au cabinet ».

Un travail réalisé par le DREES (22) en 2012 intitulé « les emplois du temps des médecins généralistes » estime que 44% d'entre eux n'ont pas de secrétariat. Ce pourcentage s'élève à 58% dans la région PACA. Ces chiffres sont à nuancer car il semblerait que les « jeunes médecins » soient sensibles à l'intérêt d'un secrétariat.

Les participants de notre thèse ont également fait part de la nécessité d'avoir accès au dossier médical des patients à tout moment (lors notamment des visites à domicile).

« Nécessité d'un logiciel/application médicale (afin de consulter le dossier médical) accessible depuis le smartphone sur soi en déplacement »

La thèse des Dr Buirette et Carrot(23) réalisée en 2016 et qui avait pour but d'étudier les « obstacles à la tenue d'un dossier médical lors des visites au domicile de la personne âgée par les médecins généralistes » concluait : « les principales difficultés étaient le manque de temps, le manque de rémunération, l'absence de support idéal. Le support papier était jugé dépassé sans que le support informatique ne soit suffisamment abouti pour être utilisé en visites. »

A n'en pas douter, la consultation du dossier de son patient en déplacement (pour s'assurer de l'absence d'allergie, des traitements déjà essayés etc....) constitue un gage

de sécurité et de qualité des soins. Cela permet de réactualiser le dossier en temps réel (évite les oublis) et peut contribuer à améliorer nettement le suivi pour le bénéfice du patient.

5. Inaccessibilité ou indisponibilité aux soins

La catégorie « inaccessibilité ou indisponibilité aux soins » arrive en 3^{ème} position dans le groupe gapençais (elle n'a pas été mentionnée dans le groupe Hyérois). L'indisponibilité ou la carence de spécialistes hors médecine générale a été évoquée.

« On ne peut pas toujours assurer une prévention personnalisée conforme aux recommandations, comme par exemple le suivi ophtalmologique annuel pour diabétique »

Dans l'imaginaire collectif, cela résulte d'une conséquence évidente de la diminution des médecins en activité en France. Mais la littérature montre (en particulier dans la région PACA) que les spécialités hors médecine générale sont en hausse (Atlas de la démographie médicale en France au 1^{er} janvier 2016 réalisé par le conseil de l'Ordre des médecins)(24). Pourtant, ce sentiment d'accès restreint aux soins est bien réel, comme le prouve une étude de la DREES (17) qui précise : « près de trois Français sur dix ressentent des difficultés d'accès à leur généraliste et près d'un sur deux à leurs spécialistes. Ce sentiment est d'autant plus partagé que le niveau d'accessibilité réelle, mesuré par l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), est faible. »

Ce paradoxe apparent pourrait s'expliquer par le manque de certaines spécialités, qui elles diminuent effectivement (24) : « entre 2007 et 2016, les effectifs en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ont fondu de près de la moitié (-48,2%). Ceux de la médecine du travail ont diminué de 14,6%, de la dermatologie de 8,9% et de la rhumatologie de 8,4% ».

Les participants du groupe gapençais ont dénoncé également un manque de temps pour rencontrer les différents intervenants à domicile (« *Les IDE, kinésithérapeutes, assistante sociale, etc.* »)

Peu d'études traitent spécifiquement de ce sujet mais l'on note que nombre d'entre elles se préoccupent des conséquences fort possiblement liées à ce manque de temps. C'est ainsi que L. Bosson et son équipe dans leur étude de 2016 (25) concluaient : « les médecins (généralistes) considèrent qu'il existe de réelles difficultés dans la prise en charge ambulatoire des personnes âgées en situation complexe ce qui justifie l'expérimentation d'équipes mobiles de gériatrie extrahospitalières ». On en déduit aisément qu'une tâche aussi complexe et chronophage est difficilement réalisable par un médecin généraliste traitant soumis à des contraintes horaires liées en partie à la tarification à l'acte. Ce que souligne également les Dr Buirette et Carrot (23), puisque dans leur thèse, « la rémunération [des visites à domicile] était jugée insuffisante au regard des contraintes ».

6. Difficulté de prescription

Cette catégorie arrive en 5^{ème} place dans le groupe gapençais et n'apparaît pas dans le groupe hyérois. Les médecins se sont plaints de l'absence de fiches de recommandations applicables en médecine générale. Il existe effectivement des fiches de recommandations de bonnes pratiques édifiées par l'HAS (26) mais leur utilisation semble malaisée dans le quotidien des médecins. Une étude de la DREES parue en 2009 (27) montrait qu'un pourcentage non négligeable de médecins [généralistes] considéraient « que les recommandations [étaient] trop nombreuses et que les consulter [prenait] trop de temps, que leur contenu [évoluait] trop rapidement, qu'elles ne [permettaient] pas d'améliorer l'efficacité des soins à coût constant, qu'elles [étaient] parfois contradictoires et qu'elles [n'étaient] pas adaptées à la médecine générale de ville. » L'article précisait tout de même qu'une majorité de médecin « adhéraient pleinement » aux recommandations de bonnes pratiques (de l'époque). On voit ici que certaines simplifications pourraient augmenter l'utilisation des recommandations et contribueraient ainsi à améliorer la prise en charge du patient.

D'autre part, les médecins évoquaient le problème de la délivrance hospitalière obligatoire ou 1^{ère} prescription par un spécialiste de certains médicaments pourtant souvent utilisés par les médecins généralistes (aérosols à domicile etc.) ce qui peut avoir pour conséquence des hospitalisations ou des recours au service hospitalier superflus.

« Médicaments dont le patient a besoin et que je ne peux pas prescrire: soumis à prescription du spécialiste ou hospitalière; exemples : Rivotril, aérosols, EPO ».

7. Absence de Dossier Médical Partagé accessible

La catégorie « Absence de Dossier Médical Partagé accessible » a fait l'objet d'un seul vote dans le groupe gapençais et arrive en 8^{ème} place. Elle ne constitue pas une « catégorie » dans le groupe nominal hyérois, mais y a été mentionnée en tant qu'« item » dans la catégorie « Incohérence du système ».

Néanmoins, cette catégorie nous paraît importante car elle représente un moyen d'amélioration certain de la coordination et de la communication interprofessionnelle. D'ailleurs, L'étude d'Hecquet a montré l'intérêt du dossier médical partagé par les patients eux-mêmes (28), conformément au droit des patients tels qu'ils sont définis par les lois des 4 mars 2002 et 22 avril 2005.(29)

Mathilde Lignot-Leloup (nommée récemment directrice de la Sécurité Sociale) et Yvon Merlière (responsable du DMP à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés) ont travaillé conjointement à l'élaboration du DMP. Leur article évoque une nouvelle fois l'importance d'un dossier médical partagé pour la coordination des acteurs.(30)

Un article de Laroche explique l'importance d'un DMP sur un exemple très concret : la maladie thrombo-embolique veineuse, afin d'éviter tous les dérapages actuels et potentiels sur le suivi de la MTEV : les examens inutiles, les erreurs sur la durée des traitements, les recherches étiologiques illogiques.(31)

Enfin, Yvon Merlière (responsable du DMP à la Caisse nationale d'assurance maladie) a accordé il y a peu de temps un entretien où il promettait la généralisation du dispositif en 2018. (32)

8. Problème dans la prise en charge préventive

La prévention en médecine générale est un sujet évoqué dans notre travail bien qu'il n'ait recueilli aucun vote, certaines défaillances ayant été estimées plus perturbantes par les participants.

Les refus de vaccination ont été dénoncés par les médecins :

« les patients qui refusent le vaccin anti- grippal »

« refus par les parents des vaccins pour leurs enfants »

Il est à noter que depuis le premier janvier 2018, onze vaccins ont été rendus obligatoires pour les nourrissons. (33)

9. Incohérence du système

Cette catégorie reste anecdotique dans notre étude. En effet, elle n'a recueilli aucun vote dans le groupe hyérois et n'apparaît pas du tout dans le groupe gapençais. Cependant, les médecins participants soulèvent un point intéressant :

« la dispense des patients CMU du parcours de soins coordonnés ».

10. Corrélation groupes nominaux/questionnaires

Le questionnaire en ligne nous a permis d'obtenir davantage d'exemples précis. En effet, les médecins ont rapporté les situations perturbantes vécues au quotidien, qui illustrent les points de rupture mis en évidence dans les groupes nominaux, donnant ainsi plus de sens à des idées générales.

À l'aide du questionnaire, nous avons également obtenu un ordre d'idée de la satisfaction globale des médecins généralistes concernant le fonctionnement actuel du parcours de soins coordonnés.

Ainsi, la proportion relativement importante d'avis neutre et d'avis négatif (55 médecins représentant 76.3% des sondés) tend à montrer que le parcours de soins est perfectible et présente encore trop de défauts. Précisons également qu'aucune note de 5/5 n'a été attribuée. De plus, un des médecins sondés a répondu « je me débrouillais très bien sans » sans donner de note ce qui correspondrait à n'en pas douter à une évaluation négative. Cependant, son propos laisserait à penser que le parcours de soins coordonnés institué par la loi de 2004 ne serait pas utile. Rappelons simplement que l'objectif de notre thèse n'est pas de démontrer l'intérêt (ou non) du parcours de soins coordonnés.

11. Biais de l'étude

- Biais de sélection

Directement imputable à ce type de recherche clinique et en particulier aux entretiens de groupes qui nécessitent un investissement de la part des participants, un biais de sélection existe dans le fait que seules des personnes motivées et disponibles sont interrogées.

Par ailleurs, le groupe nominal gapençais a été réalisé au cours d'un groupe de pairs. Les participants de ce genre d'évènement sont probablement davantage motivés ou du moins plus rodés à ces exercices que leurs autres confrères.

De même, la constitution des groupes nominaux au sein d'un même carnet d'adresse (celui du Dr Rozenbaum pour le groupe hyérois et du Pr Filippi pour le groupe gapençais) constitue également un biais.

D'autre part, certains médecins ont pu participer à la fois au questionnaire et au groupe nominal ce qui peut induire une surreprésentation de leurs idées au détriment d'autres.

- Biais de subjectivité

Les élus de l'URPS sont probablement, du fait de leur statut et de leurs missions, plus sensibilisés au repérage des défaillances du parcours de soins, cela peut constituer un biais de subjectivité (à type de biais d'appartenance).

- Biais de recueil

Durant le groupe nominal les interactions entre participants ont été nécessaires à la génération des idées, cependant il a été parfois difficile de limiter les interactions et les critiques. Des prises de position lors des étapes d'énonciation et de clarification étaient parfois présentes ce qui constitue un biais dans la méthodologie du groupe nominal.

L'analyse des données a été effectuée par deux chercheurs afin d'éviter au maximum l'apparition d'un biais d'interprétation.

CONCLUSION

Notre étude a permis de repérer les défaillances du parcours de soins coordonnés dans l'exercice des médecins généralistes. Les études préexistantes relatives à ce sujet montrent des résultats concordants.

Tout d'abord, notre étude qualitative débutait par deux groupes nominaux, nous permettant de mettre en évidence 9 catégories de points de rupture au sein du parcours de soins coordonnés, qui ont été hiérarchisées de la plus perturbante à la moins perturbante par le biais d'un vote.

Les catégories jugées les plus perturbantes sont :

- le manque de coordination interprofessionnelle,
- les charges administratives,
- la qualité de la relation médecin/patient aussi nommée difficulté médecin traitant/patient,
- les défauts d'outils de communication ou dysfonctionnement logistique,
- l'inaccessibilité ou indisponibilité aux soins.

Se distinguaient ensuite les difficultés de prescription, l'absence de dossier médical partagé accessible, les problèmes dans la prise en charge préventive ainsi que les incohérences du système.

Dans un second temps, afin d'illustrer les points de rupture identifiés lors des groupes nominaux, un questionnaire a été soumis à des médecins généralistes MSU ou élus URPS PACA. Nous avons ainsi recueilli un panel important d'exemples de situations perturbantes et le taux de satisfaction des médecins concernant le parcours de soins coordonnés actuel.

Par ailleurs, les risques médico-légaux de la pratique médicale sont de plus en plus fréquents et les conséquences pour les médecins mis en cause sont parfois lourdes.

L'amélioration du parcours de soins coordonnés, comme le laisse penser certains points évoqués dans notre travail, pourrait constituer un gage de sécurité supplémentaire pour les médecins généralistes.

En conclusion, cette étude a permis de cibler et hiérarchiser les défaillances dans le parcours de soins coordonnés rencontrés par les médecins généralistes au quotidien. Par la suite, des travaux de recherche pourraient être réalisés afin d'apporter des solutions permettant de réduire ces points de rupture. Cela pourrait rendre l'exercice de la médecine générale plus attractif et contribuer à optimiser la prise en charge du patient.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Fiche de réponse des participants aux groupes nominaux

Les points de rupture dans le parcours de soins coordonnés

Votre âge : _____

Votre sexe : homme femme

Votre mode d'exercice : urbain rural semi-rural
 seul(e) en groupe

1) Définition de «points de rupture dans le parcours de soins » :

Tout ce qui perturbe de quelque manière et de quelque nature que ce soit la coordination des soins.

Il peut s'agir d'une simple perturbation dans le parcours de soins coordonnés ou bien d'une rupture totale de celui-ci.

Nous souhaitons recueillir ce soir vos expériences de points de rupture dans le parcours de soins.

Pour y répondre, vous pouvez vous servir de la définition des rôles du médecin traitant de l'assurance maladie, que nous rappelons ci-dessous.

2) Rappel : les missions du médecin généraliste :

- assurer le suivi médical et une prévention personnalisée pour chaque patient,
- coordonner les soins,
- orienter les patients dans le parcours de soins coordonnés,
- connaître et gérer le dossier médical de ses patients,
- établir le protocole de soins des patients en affection de longue durée (ALD)

Rappel : les différentes étapes du Groupe Nominal :

1. **Génération silencieuse des idées**, individuellement et en silence.

2. **Enoncé des idées** : à tour de rôle, chacun exprime une idée.

Si celle-ci a été précédemment citée, il passe à la suivante. Le tour de table se poursuit jusqu'à épuisement des réponses.

3. **Clarification des idées** : elle se fait par le groupe ; chaque participant attribue le même sens à la même idée.

4. **Cotation et hiérarchisation des idées, de la plus perturbante à la moins perturbante** : chacun dispose de 6 points de vote (3 pour l'idée qu'il juge la plus perturbante, 2 et 1 pour les 2 suivantes)

**Quels points de rupture dans le parcours de soins coordonnés
rencontrez-vous dans votre pratique quotidienne ?**

ANNEXE 2 : Questionnaire en ligne rempli par les médecins généralistes élus
URPS et par les MSU

Les points de rupture dans le parcours de soins coordonnés

PREAMBULE

" Parcours de soins coordonnés " : quelques précisions

Voici une brève synthèse de ce qu'est le parcours de soins coordonnés : il prévoit de confier à un médecin traitant les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré afin de rationaliser et de personnaliser de façon optimale ses soins.

Le rôle du praticien spécialiste en médecine générale :

Outre son rôle de premier recours et ses compétences médicales, le médecin généraliste a pour mission:

- d'assurer le suivi médical et une prévention personnalisée pour chaque patient,
- de coordonner les soins,
- d'orienter les patients dans le parcours de soins coordonnés,
- de connaître et gérer le dossier médical de ses patients,
- ainsi que d'établir le protocole de soins des patients en affection de longue durée (ALD).

Qu'entend-on par point de rupture ?

Tout ce qui perturbe de quelque manière et de quelque nature que ce soit la coordination des soins.
Il peut s'agir d'une simple perturbation dans le parcours de soins coordonnés ou bien d'une rupture totale de celui-ci.

L'objectif de cette étude est de dégager les points de rupture du parcours de soins coordonnés les plus fréquemment rencontrés afin de proposer des solutions adaptées permettant l'amélioration des soins. Nous souhaitons recueillir, à travers ce questionnaire, vos expériences de points de rupture de parcours de soins

Exemples de réponses attendues :

"J'ai un patient récemment diagnostiqué d'un cancer de la prostate. N'ayant pas été tenu au courant des dernières consultations chez son urologue, je ne peux pas répondre aux questions qu'il me pose lorsqu'il vient me consulter."

Il s'agit d'un point de rupture rentrant dans la rubrique connaissance et gestion du dossier médical.

"J'ai été contraint de passer 15 minutes au téléphone pour obtenir rapidement un rendez-vous chez le cardiologue pour un de mes patients".

Il s'agit d'un point de rupture qui rentrerait dans la rubrique coordination et orientation des soins.

Pour ce faire, le formulaire est divisé en 4 rubriques distinctes :

- 1- L'orientation et la coordination dans le parcours de soins coordonnés
- 2- La gestion du dossier médical
- 3- Le protocole de soins et les ALD
- 4- Les actions de prévention personnalisée

Veillez inscrire vos initiales en commençant par le nom de famille. *

Votre réponse

Quel est votre âge?

Votre réponse

Quel est votre lieu d'exercice? *

- rural
- semi-rural
- urbain

Êtes vous... *

- une femme
- un homme

Avez vous un secrétariat... *

- Tenu par une personne physique
- Secrétariat téléphonique à distance
- Non
- Autre :

Depuis combien de temps êtes vous installé(e)? *

- <5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Entre 10 et 20 ans
- >20 ans

1) Concernant l'orientation et la coordination dans le parcours de soins coordonnés

Vous devez répondre aux questions pour pouvoir passer aux suivantes. Si vous n'avez pas de réponses à apporter mettez tout simplement un 0 et vous pourrez accéder aux autres questions.

Citez ci-dessous les points de rupture que vous avez rencontrés dans le cadre de votre exercice : *

Votre réponse _____

2) Concernant la gestion du dossier médical

Citez ci-dessous les points de rupture que vous avez rencontrés dans le cadre de votre exercice : *

Votre réponse _____

3) Concernant le protocole de soins et les ALD

Citez ci-dessous les points de rupture que vous avez rencontrés dans le cadre de votre exercice : *

Votre réponse _____

4) Concernant les actions de prévention personnalisée

Citez ci-dessous les points de rupture que vous avez rencontrés dans le cadre de votre exercice : *

Votre réponse _____

Êtes-vous satisfait du fonctionnement actuel du parcours de soins coordonnés? *

0 - Pas du tout satisfait

1

2

3

4

5- Très satisfait

Autre : _____

BIBLIOGRAPHIE

1. Ameli. *Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés* [Internet]. [cité 5 nov 2017]. Disponible sur <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes>
2. Cour des comptes. *Rapport public annuel février 2013. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie* [Internet]. [cité 5 nov 2017]. Disponible sur https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/2_1_3_medecin_traitant_parcours_soins_coordonnes.pdf
3. Société Française de Médecine Générale. *Le patient et son généraliste « médecin traitant »* [Internet]. [cité 5 nov 2017]. Disponible sur http://www.sfmq.org/data/generateur/generateur_fiche/609/fichier_lepatient_medtrait_vf0af76.pdf
4. Cofard J. *La Cour des comptes tacle sévèrement le parcours de soin* [Internet]. Medscape. [cité 5 nov 2017]. Disponible sur <http://français.medscape.com/viewarticle/3510599>
5. De Condé A. *Le Dossier médical personnel (DMP) et les médecins* [Internet]. Ipsos. [cité 14 janv 2018]. Disponible sur <https://www.ipsos.com/fr-fr/le-dossier-medical-personnel-dmp-et-les-medecins>
6. Fédération Hospitalière de France (FHF). *Sondage FHF / Ipsos : Observatoire de l'égalité d'accès aux soins - Fédération Hospitalière de France (FHF)* [Internet]. [cité 7 janv 2018]. Disponible sur <https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communiqués-de-presse/Sondage-FHF-Ipsos-Observatoire-de-l-egalite-d-acces-aux-soins>
7. Gervais J-B. *Parcours de soins : satisfaction des patients, déception des médecins* [Internet]. Medscape. [cité 5 nov 2017]. Disponible sur <http://français.medscape.com/viewarticle/3601536>
8. Binard Ecale H. *Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral*. [Thèse d'exercice de Médecine générale]. Bobigny; 2012.
9. Sarradon-Eck. *Créer des liens : les relations soignants–soignants dans les réseaux de soins informels* [Internet]. EM-Consulte. [cité 5 nov 2017]. Disponible sur <http://www.em-consulte.com/article/181211/creer-des-liens-les-relations-soignantssoignants->
10. Dumont T. D. *Etude des relations entre les professionnels de santé du territoire de Gennevilliers/ Villeneuve-la-Garenne: Analyse des modalités de communication du médecin généraliste vers les autres professionnels de santé*

lors de l'adressage d'un patient. [Thèse d'exercice de Médecine générale]. Paris Diderot (Paris VII); 2016

11. Ninive C. *L'adressage des personnes âgées aux urgences ou en gériatrie par leur médecin généraliste : Analyse des critères nécessaires à la pertinence des lettres selon une étude qualitative et création d'un outil pratique.* [Thèse d'exercice de Médecine générale]. Paris Diderot (Paris VII); 2016
12. Haute Autorité de Santé. Document de sortie d'hospitalisation>24h [Internet]. [cité 5 nov 2017]. [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/document de sortie fiche utilisation 23102014.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/document_de_sortie_fiche_utilisation_23102014.pdf)
13. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (page consulté le 03/09/2018). *L'emploi du temps des médecins libéraux*, [en ligne]. Disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201015.pdf>
14. Kempa A. *Vécu du métier de Médecin Généraliste en 2017 : Enquête qualitative auprès des généralistes des Alpes-Maritimes.* [Thèse d'exercice de Médecine générale]. Nice Université de Nice Sophia Antipolis Faculté de médecine; 2017
15. Ameli. *Mise en place d'une procédure simplifiée pour les renouvellements en ALD* [Internet]. [cité 3 sept 2018]. Disponible sur <file:///C:/Users/AL/AppData/Roaming/Zotero/Zotero/Profiles/317ce7pj.default/zotero/storage/DS7IXUR9/mise-en-place-dune-procedure-simplifiee-pour-les-renouvellements-en-ald.html>
16. Signoret J. *Evolution du contenu de la consultation de Médecine Générale en termes de maladies chroniques, aiguës et de prises en charge non pathologiques entre 1993 et 2010.* [Thèse d'exercice de Médecine générale]. Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines; 2012
17. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (consulté le 03/09/2018). *Qualité et accès au soins : que pensent les français de leurs médecins?*, [en ligne]. Disponible sur https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1035.pdf
18. Conseil national de l'Ordre des médecins. (page consulté le 03/09/2018). *La maturité des patients, une chance pour le système de soins*, [en ligne] Disponible sur <file:///C:/Users/A-L/AppData/Roaming/Zotero/Zotero/Profiles/317ce7pj.default/zotero/storage/GJ7D5F6U/la-maturite-des-patients-une-chance-pour-le-systeme-de-soins-155.html>
19. Louchez A. *L'observance thérapeutique-présentation du concept, moyens de promotion et évaluation d'inégalités d'accès à l'ETP.* [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie]. Lille Université de Lille 2; 2017

20. Laigle E. *Améliorer la transmission des ECG entre médecins généralistes et cardiologues libéraux: un impact sur le parcours et la coordination des soins du patient?*. [Thèse d'exercice de Médecine générale]. Nantes ; 2017
21. De Lestapis-Auroux S. Place du secrétariat médical dans les cabinets libéraux de médecins généralistes : étude qualitative auprès des secrétaires. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie]. Poitiers; 2018
22. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (page consulté le 03/09/2018). *Les emplois du temps des médecins généralistes*, Disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er797-2.pdf>
23. Buirette C. Carrot A. *Etude des obstacles à la tenue d'un dossier médical lors des visites au domicile de la personne âgée par les médecins généralistes*. [Thèse d'exercice de Médecine générale]. Toulouse Université Paul Sabatier; 2016
24. Conseil national de l'Ordre des médecins. (page consulté le 03/09/2018). *Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2016*, [en ligne] Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
25. Bosson L et al.. *Difficulté rencontrée par le médecin généraliste dans la gestion des personnes âgées en situation médicale et psychosociale complexe : place des équipes mobiles*. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 16 mars 2016; 14 (1):23-30
26. Haute Autorité de Santé. (page consulté le 03/09/2018). *Promouvoir les parcours de soins personnalisés pour les malades chroniques*. [en ligne] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1247611/fr/promouvoir-les-parcours-de-soins-personnalises-pour-les-malades-chroniques
27. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (page consulté le 03/09/2018). *Les pratiques en médecine générale dans 5 régions : formation médicale continue, évaluation des pratiques et utilisation des recommandations de bonnes pratiques*, [en ligne]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er708.pdf>
28. Hecquet. *Le dossier médical, un outil de la relation de soins ?* [Internet]. EM-Consulte. [cité 5 nov 2017]. Disponible sur <http://www.em-consulte.com/article/697851/le-dossier-medical-un-outil-de-la-relation-de-soin>
29. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
30. Lignot-Leloup M, Merlière Y. *Vers un dossier médical partagé pour favoriser la coordination des acteurs* [Internet]. EM-Consulte. [cité 5 nov 2017]. Disponible

sur <http://www.em-consulte.com/article/1065182/article/vers-un-dossier-medical-partage-pour-favoriser-la->

31. Laroche. *Qu'est- ce qu'un parcours de soins ?* [Internet]. EM-Consulte. [cité 5 nov 2017]. Disponible sur <http://www.em-consulte.com/article/1035695/qu-est-ce-qu-un-parcours-de-soins>
32. Beucher G. Yvon MERLIERE (CNAMTS) : « *Le DMP va se généraliser et simplifier le travail des professionnels de santé* » [Internet]. icanopée. 2017 [cité 26 mars 2018]. Disponible sur <http://icanopee.net/yvon-merliere-cnamts-dmp-va-se-generaliser-simplifier-travail-professionnels-de-sante/>
33. Ameli. *Les vaccins obligatoires* [Internet]. [cité 3 sept 2018]. Disponible sur <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/vaccination/vaccins-obligatoires>

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

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