HAL
open science

Avis des patients et des médecins généralistes du bassin d'Apt (84) sur la coopération entre professionnels de santé pour l'offre de soins primaires de demain

Marion Cluzel

To cite this version:

Marion Cluzel. Avis des patients et des médecins généralistes du bassin d'Apt (84) sur la coopération entre professionnels de santé pour l'offre de soins primaires de demain. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02615349

HAL Id: dumas-02615349

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02615349

Submitted on 22 May 2020

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.

Faculté de Médecine
Aix*Marseille Université

Avis des patients et des médecins généralistes du bassin d'Apt (84) sur la coopération entre professionnels de santé pour l'offre de soins primaires de demain

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 10 Décembre 2018

Par Madame Marion CLUZEL

Née le 2 mai 1989 à Montpellier (34)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur HARLÉ Jean-Robert	**Président**
Monsieur le Professeur PAGANELLI Franck	**Assesseur**
Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick	**Assesseur**
Monsieur le Docteur PINELLI François	**Directeur**

Faculté de Médecine
Aix*Marseille Université

Avis des patients et des médecins généralistes du bassin d'Apt (84) sur la coopération entre professionnels de santé pour l'offre de soins primaires de demain

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 10 Décembre 2018

Par Madame Marion CLUZEL

Née le 2 mai 1989 à Montpellier (34)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur HARLÉ Jean-Robert	**Président**
Monsieur le Professeur PAGANELLI Franck	**Assesseur**
Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick	**Assesseur**
Monsieur le Docteur PINELLI François	**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 :
* 1er cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
* 2ème cycle : Marie-Aleth RICHARD
* 3eme 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 AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY 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
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy

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

MM 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
MICHOTEY 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

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
RUFO 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 T. MARRIE (Canada)
Sir G.K. RADDA (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	SEBBAHOUN 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
BRETELLE 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 Olvier
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
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS 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 (disponibilité)
ANGELAKIS Emmanouil
ATLAN Catherine (disponibilité)
BARTHELEMY Pierre
BARTOLI Christophe
BEGE Thierry
BELIARD Sophie
BERBIS Julie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis
BEYER-BERJOT Laura
BIRNBAUM David
BONINI Francesca
BOUCRAUT Joseph
BOULAMERY Audrey
BOULLU/CIOCCA Sandrine
BUFFAT Christophe
CAMILLERI Serge
CARRON Romain
CASSAGNE Carole
CHAUDET Hervé
COZE Carole
DADOUN Frédéric (disponibilité)
DALES Jean-Philippe
DAUMAS Aurélie
DEGEORGES/VITTE Joëlle
DEL VOLGO/GORI Marie-José
DELLIAUX Stéphane
DESPLAT/JEGO Sophie
DEVEZE Arnaud Disponibilité
DUBOURG Grégory
DUFOUR Jean-Charles
EBBO Mikaël
FABRE Alexandre
FOLETTI Jean- Marc
FOUILLOUX Virginie
FROMONOT Julien
GABORIT Bénédicte
GASTALDI Marguerite
GELSI/BOYER Véronique
GIUSIANO Bernard
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie
GONZALEZ Jean-Michel
GOURIET Frédérique
GRAILLON Thomas
GRISOLI Dominique
GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné
GUIDON Catherine
HAUTIER/KRAHN Aurélie
HRAIECH Sami
KASPI-PEZZOLI Elise
L'OLLIVIER Coralie
LABIT-BOUVIER Corinne
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina
LAGIER Aude (disponibilité)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude
LEVY/MOZZICONACCI Annie
LOOSVELD Marie
MANCINI Julien
MARY Charles
MASCAUX Céline
MAUES DE PAULA André
MILLION Matthieu
MOTTOLA GHIGO Giovanna
NGUYEN PHONG Karine
NINOVE Laetitia
NOUGAIREDE Antoine
OLLIVIER Matthieu
OUDIN Claire
OVAERT Caroline
PAULMYER/LACROIX Odile
PERRIN Jeanne
RANQUE Stéphane
REY Marc
ROBERT Philippe
SABATIER Renaud
SARI-MINODIER Irène
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SAVEANU Alexandru
SECQ Véronique
TOGA Caroline
TOGA Isabelle
TROUSSE Delphine
TUCHTAN-TORRENTS Lucile
VALLI Marc
VELY Frédéric
VION-DURY Jean
ZATTARA/CANNONI Hélène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND/BENHAIM Caroline
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise
BOYER Sylvie
COLSON Sébastien
DEGIOANNI/SALLE Anna
DESNUES Benoît
MARANINCHI Marie
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte
POGGI Marjorie
RUEL Jérôme
STEINBERG Jean-Guillaume
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie
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) Surnombre
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) Surnombre
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 Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION *4604*

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
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) Surnombre
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMONOT 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)
CUISSET 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) Surnombre
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)
TROPIANO 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)
HOUVENAEGHEL 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)

PIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION *4601*

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 ; BRÛLOLOGIE *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)
BRETELLE 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)

BOUCRAUT 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) Surnombre
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) Surnombre

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) Surnombre
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stépahne (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) Surnombre

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)

'CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE *4302*

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE 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)
PAPAZIAN 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) Surnombre
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

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

PHILOSPHIE *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) Retraite 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) Surnombre
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) Surnombre
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

A Monsieur le Professeur HARLE Jean-Robert,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de ma thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail. Recevez ici toute ma reconnaissance et l'expression de mon plus profond respect.

A Monsieur le Docteur PINELLI François,

Je t'exprime ma profonde reconnaissance pour m'avoir encouragé, dirigé et soutenu dans ce travail de thèse.

Je n'aurai pas assez de place sur ces quelques lignes pour te remercier de ces deux semestres passés à tes côtés, un exemple de relation maître de stage- interne basé sur un véritable compagnonnage. Merci pour la transmission réussie de la passion portée à ce beau métier qu'est la médecine générale de ville.

A Messieurs les Professeurs GERBEAU Patrick et PAGANELLI Franck,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sentiments respectueux.

A mes parents,

Pour vos sacrifices et votre soutien tout au long du chemin parcouru. C'est grâce à vous si j'en suis là aujourd'hui. Merci pour tout.

A mes Grands-Parents,

A Sébastien, Erika et Naoh la crevette,

A tous ceux qui ont été présents ces dernières années :

-Au service de cardiologie du CHU Nord à Marseille, à mes co-internes. Merci La Goumide pour ton aide précieuse dans cette dernière ligne droite.

-Au Dr Triantaphylides à Chantemerle pour m'avoir mis le premier pied dans la médecine générale et de montagne, Patricia secrétaire de choc et de coeur, Sandrine du Royal pour l'amour du mojito et cette belle amitié.

-Au service des urgences de l'Hôpital de Martigues, à Mylène et Thomas.

-Au service de court séjour gériatrique de l'Hôpital d'Ajaccio, à Dodo et le Minion.

-A tous les médecins généralistes du bassin d'Apt pour leur accueil, leur confiance et leur aide pour la réalisation de cette thèse, et tout particulièrement le centre médical des Druides. Au Dr Jean-Pierre Marcel, le meilleur des chefs frelons (corse), parce qu'avoir été ton interne donne au miel une saveur inégalable. A Cécile, la plus aptésienne des parisiennes.

-A toute la Medical Clinic de Val Thorens, merci infiniment à Fred le Patron et Olivier de m'avoir fait confiance même si la fin a été involontairement prématurée. Je quitte une belle famille. Un grand merci à tout le Café Péclet, soutien infaillible pour les coups de rire et coups de blues, et sans quoi nos repas de famille du samedi midi n'auraient pas eu lieu. Et je garde le meilleur pour la fin, Emilie, Claire, Sandra, Jacqueline, Jessica, Guillemette et Alice, de la bonne humeur, de la joie, de la

complicité, de la simplicité, vous êtes des filles en or tout simplement. Deux saisons exceptionnelles à vos côtés, clôturées par une belle amitié. Hâte de vous retrouver à ValTho, à St Pargoire, en Vendée ou à Millau !

-Au Dispensaire et à la Gendarmerie de Touho en Nouvelle Calédonie, Maéla, Jessica, Dorothée, Suzy, Lucile, Sandra et Doudou, Ariane, Cathy, Thomas, Alain, Loïs, Johnny, Papi et Doumé, cocktail de générosité, de sourires, de bonne humeur, de volley-ball et de Number One ! Merci pour le soutien, vos relectures et les répétitions powerpoint, parce que préparer une thèse au milieu du Pacifique, à 17000km de la métropole, c'était pas gagné !

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 5

JUSTIFICATION DU CONTEXTE 6

1. EVOLUTION DU SYSTEME DE SOINS FRANÇAIS AU COURS DE CES DERNIERES DECENNIES 6

1.1. TRANSFORMATIONS DU SYSTEME DE SANTE 6

1.1.1. Explosion de la demande de soins 6

1.1.2. Paradoxe entre nombre total de professionnels de santé et nombre de médecins généralistes 7

1.2. MESURES MISES EN PLACE FACE A CETTE EVOLUTION DU SYSTEME DE SANTE 8

1.2.1. Limiter la demande de soins 8

1.2.2. Pallier au manque de médecins généralistes libéraux 9

1.3. VERS UNE RESTRUCTURATION DES SOINS PRIMAIRES ? 10

2. VISION DE LA MEDECINE GENERALE AU SEIN DU SYSTEME DE SOINS DANS LE BASSIN D'APT 11

2.1. CONSTAT DEMOGRAPHIQUE 11

2.2. RESSENTI DES MEDECINS GENERALISTES VIS-A-VIS DE LEUR PRATIQUE ACTUELLE 12

2.2.1. Ressenti à propos de la demande de soins 12

2.2.2. Ressenti à propos de l'offre de soins 12

2.2.3. Sentiment concernant les évolutions possibles de l'offre de soins primaires 12

MATERIEL ET METHODE 14

1. POPULATION 14

1.1. POPULATION « MEDECINS » 14

1.2. POPULATION « PATIENTS » 14

2. METHODE 15

3. ANALYSE STATISTIQUE 17

RESULTATS 18

1. ANALYSE DESCRIPTIVE DES DETERMINANTS DE L'ETUDE 18

1.1. CARACTERISTIQUES SOCIO-PROFESSIONNELLES DES POPULATIONS INCLUSES 18

1.1.1. Population « médecins » 18

1.1.2. Population « patients » 19

1.2. MOTIFS DE CONSULTATION (20) 21

1.3. TYPE DE PRISE EN CHARGE : AVEC OU SANS RENDEZ-VOUS 22

1.3.1. En fonction des conditions socio-professionnelles des patients 22

1.3.2. En fonction du lieu d'habitation 23

1.3.3. En fonction du régime de prise en charge 24

1.3.4. En fonction du motif de consultation 24

1.4. DELAI DE CONSULTATION 25

2. AVIS DES POPULATIONS 26

2.1. AVIS DES MEDECINS GENERALISTES 26

2.1.1. Motif de consultation et délai de prise en charge 26

2.1.1.1. Consultations sur rendez-vous 26

2.1.1.2. Consultations sans rendez-vous 27

2.1.1.3. Zoom en fonction de la nature du motif de consultation 28

2.1.1.4. Zoom en fonction du régime de prise en charge 29

2.1.2. Compétences médicales 30

2.1.2.1. Compatibilité en fonction du type de prise en charge 30

2.1.2.2. Compatibilité en fonction du motif de consultation 31

2.1.2.3. Compatibilité en fonction du régime de prise en charge 32

2.1.3. Et s'il y avait une régulation en amont de la consultation ? 32

2.1.3.1. Zoom en fonction du type de prise en charge 32

2.1.3.2. Zoom en fonction de la nature du motif de consultation 33

2.2. AVIS DES PATIENTS 34

2.2.1. Motif de consultation 34

2.2.1.1. Degré d'urgence ressenti du motif de consultation 34

2.2.1.2. Inquiétude vis-à-vis du motif de consultation 34

2.2.1.3. Corrélation entre degré d'urgence ressenti et inquiétude vis-à-vis du motif de consultation ? 35

2.2.2. Type de prise en charge : avec ou sans rendez-vous 36

2.2.3. Délai de consultation 36

2.2.3.1. De manière générale 36

2.2.3.2. Le jour de l'étude par rapport à leur motif de consultation 37
2.2.4. Autre mode d'organisation 38
2.3. COMPARAISON DE L'AVIS DES MEDECINS GENERALISTES ET DES PATIENTS 39
2.3.1. Compétences médicales et degré d'urgence ressenti 39
2.3.2. Compétences médicales et délai de prise en charge 40
2.3.3. Consultations évitées si régulation en amont et degré d'urgence ressenti 41

DISCUSSION 42

1. METHODE 42
1.1. L'ECHANTILLONNAGE 42
1.1.1. Population « médecins » 42
1.1.2. Population « patients » 42
1.2. LES QUESTIONNAIRES 43

2. RESULTATS 45
2.1. CARACTERISTIQUES SOCIO-PROFESSIONNELLES DES POPULATIONS INCLUSES DANS L'ETUDE 45
2.1.1. Population « médecins » 45
2.1.2. Population « patients » 45
2.2. MOTIFS DE CONSULTATION 46
2.3. TYPE DE PRISE EN CHARGE 46
2.4. DELAI DE CONSULTATION 46
2.5. AVIS DES MEDECINS GENERALISTES 47
2.6. AVIS DES PATIENTS 48
2.7. COMPARAISON DE L'AVIS DES MEDECINS GENERALISTES ET DES PATIENTS 48

3. EXEMPLES D'ORGANISATION DES SOINS PRIMAIRES EN MATIERE DE COOPERATION ENTRE MEDECINS ET INFIRMIERES EN EUROPE ET DANS LE MONDE 49
3.1. EVOLUTION DU DOMAINE DE COMPETENCE DES INFIRMIERES DANS LE SECTEUR DES SOINS PRIMAIRES 49
3.1.1. Diversification des services fournis par le système de soins primaires 49
3.1.2. Transfert d'activités du médecin vers l'infirmière, sous délégation ou non du médecin 50

3.2. FREINS A L'ESSOR DES COOPERATIONS ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE EN FRANCE 51

4. UTILISATION DES PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ETUDE 52

5. PERSPECTIVES D'EVOLUTION DE NOTRE SYSTEME DE SOINS FRANÇAIS 55

CONCLUSION 57

BIBLIOGRAPHIE 58

ANNEXE 1 62

L'interaction offre-demande-besoins en santé 62

ANNEXE 2 63

Organisation du système de santé en France et mesures actuelles mises en place face à l'évolution de l'offre et de la demande de soins 63

ANNEXE 3 64

Questionnaire médecin 64

ANNEXE 4 65

Questionnaire patient 65

INTRODUCTION

Le monde de la santé fait face à des changements majeurs. Au cours des trente dernières années, de grandes avancées ont concerné l'amélioration de la santé publique et le système a dû s'adapter aux évolutions sociales et économiques de la population. La France a ainsi été classée au premier rang mondial des systèmes de santé par l'OMS en 2000 sur les 191 pays étudiés, pour les meilleurs soins de santé généraux fournis (1). Mais l'organisation du système de santé en France pourrait se révéler moins performante à l'avenir.

Dans un premier temps, nous décrirons les différentes évolutions de notre système de santé français au cours de ces dernières décennies, ainsi que les mesures mises en place face à ces transformations afin d'essayer de le pérenniser.

Ensuite, nous ferons part du ressenti des médecins généralistes du bassin d'Apt au sein de ce système de soins aujourd'hui, ceci ayant fait l'objet de notre travail de mémoire de DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées) de Médecine Générale.

Enfin, notre étude aura pour objectif d'essayer de comprendre et de comparer l'avis des médecins généralistes du bassin d'Apt et de leurs patients vis-à-vis de l'offre, de la demande et des besoins en santé.

JUSTIFICATION DU CONTEXTE DE L'ETUDE

1. Evolution du système de soins français au cours de ces dernières décennies

1.1. Transformations du système de santé

1.1.1. Explosion de la demande de soins

Le nombre de consultations médicales annuelles par habitant en France est passé de 4 en 1980 à 6,9 en 2008 (2). La part de la dépense de santé dans le PIB (Produit Intérieur Brut) est en constante augmentation et atteint 11,5% en 2014 contre 10,1% dix ans auparavant (3).

Plusieurs raisons sont évoquées pour expliquer cette évolution : le vieillissement de la population, le dépistage précoce de maladies chroniques qui restaient autrefois longtemps méconnues, l'accroissement des comportements à risque pour la santé, les améliorations thérapeutiques qui accroissent la durée des maladies sans les guérir, et l'intérêt majeur et croissant du public pour sa santé.

La société connaît également de profonds changements dans la relation au système de soins dans son ensemble, mis en avant par les Etats Généraux de la Santé en 1999 (4). Le passage d'un modèle de décision fondé sur un argument d'autorité et inspiré par un paternalisme médical, à une mise en œuvre négociée entre le médecin et le malade, révolutionne la relation entre les professionnels de santé et les patients. L'adhésion à ce modèle de partenariat, basé sur l'information, la communication et le partage des décisions implique une plus grande disponibilité des médecins.

La démocratie sanitaire exige également compétence, qualité et sécurité des résultats (5).

1.1.2. Paradoxe entre nombre total de professionnels de santé et nombre de médecins généralistes

La France connaît actuellement une transition démographique médicale sans précédent (6).

Alors que le nombre total de professionnels médicaux n'a jamais été aussi élevé, +1,7% entre 2015 et 2016 , et + 92% par rapport à 1979, le pays fait face à un effondrement du nombre de médecins généralistes et une augmentation des disparités territoriales.

Sur la période 2007-2016, on note une baisse de 8,4% des effectifs pour la spécialité médecine générale. Cette chute devrait se poursuivre avec la perte d'un médecin sur quatre en 2025. Cette baisse est principalement due aux départs à la retraite non remplacés, à la féminisation de la profession et à l'attrait des jeunes générations pour le salariat au détriment du libéral.

L'étude de la démographie médicale dans le bassin d'Apt est alarmante. Au 1ier janvier 2016, 25 médecins généralistes étaient inscrits au tableau de l'Ordre dans le bassin d'Apt, soit une densité de 86 médecins généralistes installés pour 100 000 habitants, avec une baisse de 19,4% pour la période 2007-2016.

Pour comparaison, la densité moyenne est de 132,1 médecins généralistes pour 100 000 habitants en France, soit une baisse de 8,4% sur la période 2007-2016 (7).

1.2. Mesures mises en place face à cette évolution du système de santé

Ces transformations créent un mécontentement des professionnels et des patients, une détérioration de la santé de la population et un gaspillage des moyens humains et matériels.

Notre système de santé doit donc évoluer, dans le but de retrouver un équilibre entre l'offre, la demande et les besoins en santé (8) (Annexe 1).

L'Etat a déjà mené des actions à différentes échelles (Annexe 2).

1.2.1. Limiter la demande de soins

La théorie d'aléa moral décrit que la couverture du risque maladie implique une réduction du reste charge pour le patient, l'incitant à consommer davantage. La cause originelle de ces comportements est l'insensibilité aux prix des assurés (9).

Afin de réduire l'ampleur de ces comportements, les responsables des systèmes publics d'assurance maladie ont mis en place des freins financiers à la consommation : augmentation du ticket modérateur (10), création du forfait hospitalier, et incitation des complémentaires à laisser une petite partie à la charge de l'assuré pour le responsabiliser.

L'Etat a ensuite investi dans la prévention (vaccins, dépistage, éducation sanitaire, lutte contre les toxicomanies, sécurité routière) et dans la lutte contre les abus, en augmentant les contrôles par l'assurance maladie. Le parcours de soins coordonné a été mis en place en 2004, dans un but de rationalisation des dépenses de santé.

1.2.2. Pallier au manque de médecins généralistes libéraux

Les restrictions sévères du numerus clausus dans les années 70 et 80, et les incitations à la retraite anticipée dans les années 90, conduisent à un renversement de perspectives à partir des années 2000. Le gouvernement redresse alors le numerus clausus médical qui passe de 3500 places en 1993, niveau le plus bas, à 7646 en 2016.

Concernant la localisation des médecins, peu de mesures ont été prises jusqu'à une période récente (11). Le gouvernement a lancé le Pacte Territoire Santé en 2012 avec plusieurs engagements pour améliorer l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire, changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins : stage en médecine ambulatoire, Contrat d'Engagement de Service Public (CESP), Contrat de Praticien Territorial de Médecine Générale (CPTMG).

Le Département Universitaire de Médecine Générale de la faculté de médecine de Marseille a créé, en lien avec les internes de cette spécialité, les îlots de formation. Ce projet consiste en la réalisation de la totalité ou quasi-totalité de l'internat sur un territoire médicalement sous-densifié. L'objectif est de faire découvrir ces territoires, de « filiariser » les internes et éventuellement d'avoir une possibilité d'installation en fin de cursus universitaire (12).

L'assurance maladie incite elle aussi à l'installation en zone médicale sous dotée avec des avantages financiers pour les médecins et les patients (dérogation au parcours de soins, rémunérations complémentaires).

L'administration fiscale prévoit des exonérations d'impôts dans les zones de revitalisation rurale (ZRR). Par exemple, Apt est devenue une ZRR en 2017, les médecins s'installant dans cette ville bénéficient d'une exonération d'impôts sur le revenu pendant 5 ans, puis pendant 3 ans de façon dégressive.

Les collectivités territoriales aident financièrement les étudiants dans les territoires ruraux et les médecins s'installant dans ces zones.

Des mesures coercitives concernant principalement la liberté d'installation ont été évoquées par plusieurs gouvernements mais n'ont jamais été mises en œuvre en France.

Le décret dit « télémédecine » de 2010 permet les consultations médicales en ligne, mais ont fait l'objet d'un rapport de mission du Conseil National de l'Ordre des Médecins en février 2016 pour recadrer le cadre éthique et déontologique de ces nouvelles pratiques (12).

Si l'ensemble des mesures incitatives prises ces dernières années par les différents gouvernements donnent des résultats contrastés, il apparaît que les mesures volontaristes et humaines (stage en médecine ambulatoire, îlots de formation) apportent plus de réponses et de solutions quant à la lutte contre la diversification médicale (13).

1.3. Vers une restructuration des soins primaires ?

L'acte médical a pris aujourd'hui un aspect complexe et polymorphe.

Le temps médecin, qui recouvre la totalité du temps consacré par un médecin à la gestion globale d'un malade, regroupe quatre espaces différents : le temps de formation, le temps médical, le temps technologique et le temps médico-administratif.

Devant cette nouvelle vision du métier dans la société actuelle, il convient d'adapter le système d'organisation des soins primaires (14).

Ces démarches sont encore marginales en France, notamment dans le secteur ambulatoire. Nous pouvons noter le début de diversification de la rémunération des médecins généralistes, mais encore difficilement accepté, parce que peu adapté au système actuel. La coopération entre professionnels de santé, nécessitant de faire évoluer certains principes, n'a que très peu été étudiée.

2. Vision de la médecine générale au sein du système de soins dans le bassin d'Apt

Devant le malaise grandissant des professionnels de santé en France, nous avons voulu connaître le point de vue des médecins généralistes du bassin d'Apt concernant l'état actuel du système de soins primaires sur ce territoire de santé.

Cette étude a fait l'objet de notre travail de mémoire du DES de Médecine Générale (18). L'objectif principal était d'établir une description de la population des médecins généralistes du bassin d'Apt, et obtenir un état des lieux de leur ressenti vis-à-vis de la pratique actuelle, afin de déterminer si les mesures actuelles permettent, ou permettront dans un futur proche, d'établir un équilibre entre demande, offre et besoins en santé.

Il s'agissait d'une étude quantitative descriptive monocentrique, se présentant sous la forme de questionnaires anonymes envoyés par mail aux 29 médecins généralistes du bassin d'Apt inclus au cours de l'été 2016.

2.1. Constat démographique

La population des médecins généralistes jeunes du bassin d'Apt apparaît légèrement plus élevée que la moyenne française (22,7% de moins de 40 ans contre une moyenne de 16% sur le plan national).

Mais la proportion des médecins les plus âgés est également supérieure à la moyenne nationale (31% de plus de 60 ans contre une moyenne de 27,3% sur le plan national).

Il se pose donc la question des nombreux départs en retraite au cours des années à venir (31,6% des médecins seront à la retraite dans les 5 ans et quasiment la moitié dans 10 ans), dans un contexte de densité médicale très faible et déjà en baisse significative depuis 10 ans.

2.2. Ressenti des médecins généralistes vis-à-vis de leur pratique actuelle

2.2.1. Ressenti à propos de la demande de soins

Le ressenti global sur le bassin d'Apt va en faveur d'une tendance à l'augmentation de la demande de soins et confirme l'évolution observée en France depuis plusieurs années.

2.2.2. Ressenti à propos de l'offre de soins

Les participants estiment que la densité médicale est assez satisfaisante aujourd'hui sur le bassin d'Apt, permettant de répondre aux besoins et à la demande de la population.

Toutefois, leur charge de travail est lourde. Ils évaluent à 40% le nombre de consultations ne relevant pas des compétences d'un médecin. Plus des deux tiers des médecins (68,2%) préfèrent déléguer aux confrères spécialistes certaines consultations faute de temps et de moyens.

Leur activité semble peu en adéquation avec ce qu'ils avaient imaginé avant leur installation et avec leur niveau de formation.

2.2.3. Sentiment concernant les évolutions possibles de l'offre de soins primaires

Les praticiens sont globalement tous d'accord sur le fait qu'une réorganisation des soins primaires en France semble nécessaire. Ils souhaiteraient déléguer plus le temps administratif au profit du temps médical.

Toutefois, en essayant de projeter différentes évolutions possibles du système de soins primaires, en prenant pour exemple des organisations existant à l'étranger, les avis sont très partagés.

Les jeunes médecins souhaitent un changement par rapport à la situation actuelle, où le médecin généraliste est seul en première ligne et le seul recours face à la demande de soins. A l'opposé, les médecins généralistes des tranches d'âge plus élevées préfèrent rester dans ce schéma d'organisation.

Mais pourquoi les médecins généralistes ont-ils l'impression que le temps médical est mal exploité, et que leurs compétences sont mal utilisées au service de la demande, dans un pays où le manque de médecins généralistes commence à poser problème ? Et que pensent les patients de notre système de soins primaires actuel ?

C'est ce que nous avons voulu savoir dans ce travail de thèse, donc l'objectif est d'essayer de comprendre et de comparer l'avis des médecins généralistes du bassin d'Apt et de leurs patients vis-à-vis de l'offre, de la demande et des besoins en santé.

MATERIEL ET METHODE

1. Population

Cette étude a nécessité l'inclusion d'une population de médecins et d'une population de patients.

1.1. Population « médecins »

Les critères d'inclusion de la population de médecins étaient les suivants :

- Les médecins généralistes libéraux
- Installés au Centre Médical des Druides, 172 Boulevard National à Apt (84400)

1.2. Population « patients »

Les critères d'inclusion de la population de patients étaient les suivants :

- Tous les patients consultant les médecins généralistes inclus
- Le lundi 21 novembre 2016 et le vendredi 25 novembre 2016
- Quel que soit le motif de consultation
- Quel que soit l'âge du patient
- Comprenant la langue française
- Capables de répondre au questionnaire

Les critères d'exclusion de la population de patients ont été :

- Patients mineurs non accompagné d'une personne majeure capable de répondre au questionnaire
- Patients ne comprenant pas bien la langue française
- Patients incapables de répondre au questionnaire : illettrés, analphabètes ou présentant des troubles cognitifs
- Les consultations téléphoniques
- Les visites à domicile

2. Méthode

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive monocentrique.

Les médecins généralistes ont été contactés dans un premier temps par mail à l'aide d'une notice explicative détaillant les modalités de l'étude. La liste de recrutement a été fournie par le secrétariat du centre médical.

Dans un second temps, tous les médecins ont été reçus en entretien individuel afin de leur exposer une seconde fois les modalités de l'étude. Au cours de cet entretien ont été relevées les caractéristiques socio-professionnelles des praticiens. Leur accord de participation a été donné oralement au terme de ces deux premiers contacts.

La période de recrutement des médecins s'est étendue sur 4 semaines (10 octobre au 4 novembre 2016).

L'étude se présentait sous la forme de deux questionnaires anonymes : un questionnaire « patient » et un questionnaire « médecin » (Annexes 3 et 4).

Une fiche explicative destinée aux patients a été affichée quelques jours précédant l'étude dans toutes les salles d'attente des médecins inclus, ainsi que sur la porte d'entrée du Centre Médical et au secrétariat.

Le jour de réalisation de l'étude, des questionnaires « patient » étaient déposés dans toutes les salles d'attente des médecins inclus. Ils étaient remplis par les patients avant la consultation en salle d'attente. Le patient le glissait ensuite de façon anonyme dans l'enveloppe « patient » située sur le bureau du médecin consulté, après qu'il lui ait communiqué le numéro figurant au dos de son questionnaire.

Pendant ou à l'issue de la consultation, le médecin remplissait son questionnaire si les critères d'inclusion et d'exclusion étaient respectés. Il devait pour cela reporter sur son questionnaire le numéro du questionnaire « patient » communiqué par celui-ci afin de pouvoir les apparier en garantissant le double

aveugle. Le praticien le glissait ensuite dans l'enveloppe « médecin » située sur son bureau.

Dans le cas de non-inclusion d'un patient, le médecin devait le notifier ainsi que la raison de non-inclusion sur la feuille fournie à cet effet.

A la fin de la journée, les praticiens devaient communiquer le nombre total de consultations effectuées dans la journée (inclues dans le protocole ou non).

Il était prévu qu'un des médecins soit remplacé le premier jour de l'étude, un autre le deuxième jour de l'étude. Le remplaçant était le même pour les deux jours. Il a été informé oralement des modalités du protocole et son consentement a été recueilli quelques jours avant le début de l'étude.

Les questionnaires ont été conçus de sorte à ne recueillir que des données quantitatives.

La seule donnée qualitative recueillie était la profession des patients inclus. Nous avons ensuite classé ces résultats selon la Nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles 2003 (19).

3. Analyse statistique

Le nombre de sujets nécessaire n'a pas été calculé.

Nous avons estimé, d'après les données de l'étude précédemment réalisée décrivant les conditions d'exercice de la population des médecins généralistes du bassin d'Apt (18), qu'avec sept médecins généralistes inclus effectuant entre 20 et 25 consultations par jour, nous aurions entre 280 et 350 consultations patients à inclure.

Nous avons également estimé le taux de participation élevé compte tenu du faible effectif de médecins et de la courte durée de l'étude. Si le taux de participation avait été insuffisamment élevé, un troisième jour d'enquête aurait été organisé.

L'analyse a consisté en des statistiques descriptives de l'ensemble des résultats. Le nombre de données manquantes a été relevé pour chaque item. Les données recueillies ont été exprimées en pourcentage et présentées sous forme d'histogrammes, graphiques et tableaux pour plus de lisibilité.

Nous n'avons volontairement pas calculé d'indicateur statistique pour démontrer la significativité des résultats.

RESULTATS

1. Analyse descriptive des déterminants de l'étude

1.1. Caractéristiques socio-professionnelles des populations incluses

1.1.1. Population « médecins »

Ont participé à cette étude les sept médecins généralistes du Centre Médical, soit un taux de participation de 100%.

Tableau I : Caractéristiques socio-professionnelles des médecins inclus

		Effectif	NRM
Sexe			
	Homme	5	0
	Femme	2	
Age			
	<30 ans	1	
	30-39 ans	2	
	40-49 ans	0	0
	50-54 ans	0	
	55-59 ans	2	
	60-64 ans	2	
	≥ 65 ans	0	
Début de l'installation en libéral			
	<5 ans	2	
	5-10 ans	1	0
	10-20 ans	0	
	20-30 ans	2	
	>30 ans	2	
Temps restant jusqu'à la retraite			
	Dans plus de 20 ans	3	
	Dans 10-20 ans	0	0
	Dans une dizaine d'années	2	
	Dans les 5 ans	1	
	Dans les 2 ans	1	

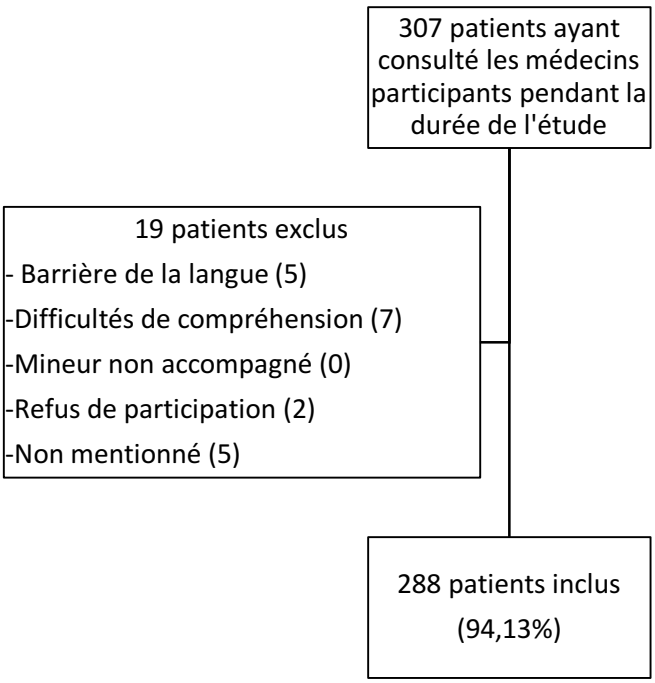
Type de consultation			
	Uniquement sur RDV	3	0
	Uniquement sans RDV	0	
	Mixte, avec et sans RDV	4	
Orientation de pratique particulière			
	Aucune	6	0
	Pédiatrie	1	
Activité complémentaire en plus du cabinet			
	Aucune	6	0
	Médecin de crèche	1	
Maitre de stage universitaire			
	Oui	2	0
	Non	5	

NRM : nombre de réponses manquantes

1.1.2. Population « patients »

Sur les 307 patients ayant consulté au cabinet les médecins participants pendant la durée de l'étude, 288 ont été inclus, soit un taux de participation de 94,13%.

160 patients ont été inclus le premier jour de l'étude et 128 le deuxième jour.



Graphique I : Diagramme de flux de la population patient incluse

Tableau II : Caractéristiques socio-professionnelles des patients inclus

		Effectif	Pourcentage	NRM
Sexe				
	Homme	138	47,9%	0
	Femme	150	52,1%	
Age				
	<18 ans	63	21,9%	
	18-29 ans	19	6,6%	
	30-39 ans	26	9,0%	0
	40-49 ans	30	10,4%	
	50-59 ans	44	15,3%	
	60-69 ans	45	15,6%	
	≥70 ans	61	21,2%	
Régime de prise en charge				
	Aucun régime de prise en charge particulier	193	67,0%	0
	CMU	18	6,3%	
	ALD	72	25,0%	
	AT/MP	5	1,7%	
	Invalidité	0	0%	
Catégorie socio-professionnelle				
	Actif	133	46,2%	
	Retraité	98	34,0%	6
	Sans emploi	39	13,5%	
	Etudiant	12	4,2%	
Catégorie socio-professionnelle des actifs (PCS 2003)				
	Agriculteurs exploitants	3	1,0%	
	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	8	2,8%	15
	Cadres et professions intellectuelles supérieures	11	3,8%	
	Professions intermédiaires	32	11,1%	
	Employés	51	17,7%	
	Ouvriers	13	4,5%	
Lieu d'habitation				
	Apt	138	47,9%	64
	Hors Apt	86	29,9%	

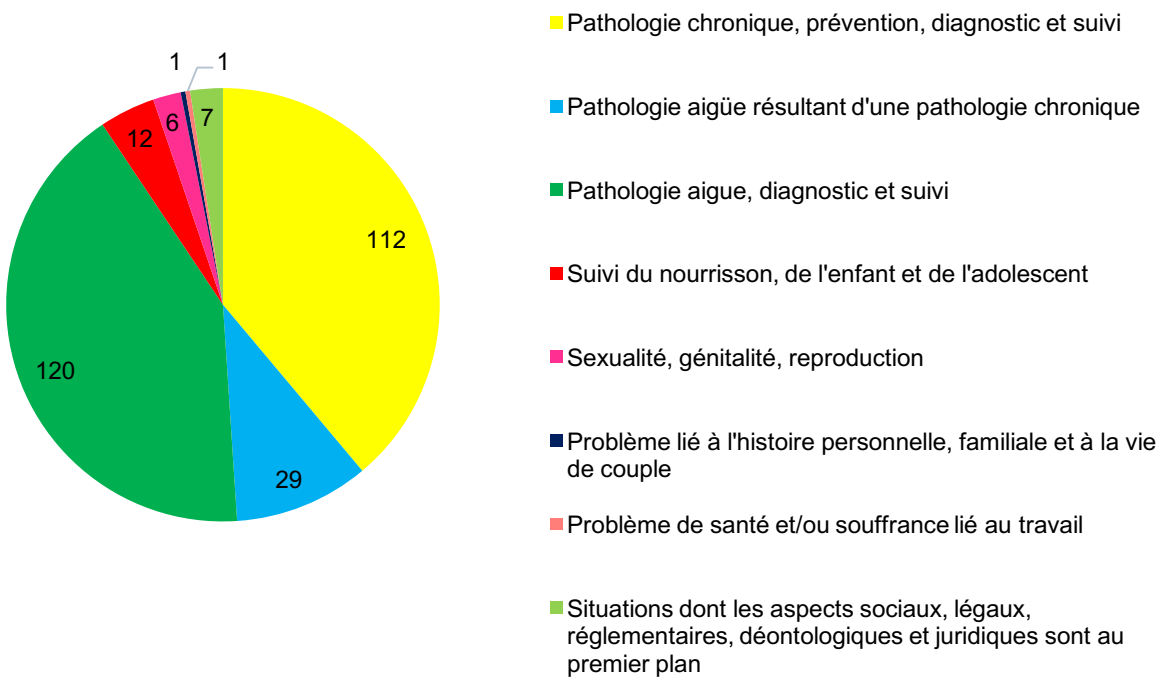
NRM : nombre de réponses manquantes
CMU : couverture maladie universelle
ALD : affection de longue durée
AT/MP : accident de travail/maladie professionnelle

1.2. Motifs de consultation (20)

Tableau III : Motifs de consultation des patients inclus

	Effectif	Pourcentage
Pathologie chronique, prévention, diagnostic et suivi	112	38,9%
Pathologies aigües résultant d'une pathologie chronique	29	10,1%
Pathologie aigüe, diagnostic et suivi (médical et psychologique)	120	41,7%
Suivi du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent	12	4,2%
Sexualité, génitalité, reproduction	6	2,1%
Problème lié à l'histoire personnelle, familiale et à la vie de couple	1	0,3%
Problème de santé et/ou souffrance lié au travail	1	0,3%
Situations dont les aspects sociaux, légaux, réglementaires, déontologiques et juridiques sont au premier plan (certificat à la demande d'un tiers, transmission du dossier médical, information autour d'un acte d'une prescription d'un geste ou d'un traitement, signalement, démarches administratives)	7	2,4%

Nombre de réponses manquantes : 0



Graphique II : Motifs de consultation des patients inclus

1.3. Type de prise en charge : avec ou sans rendez-vous

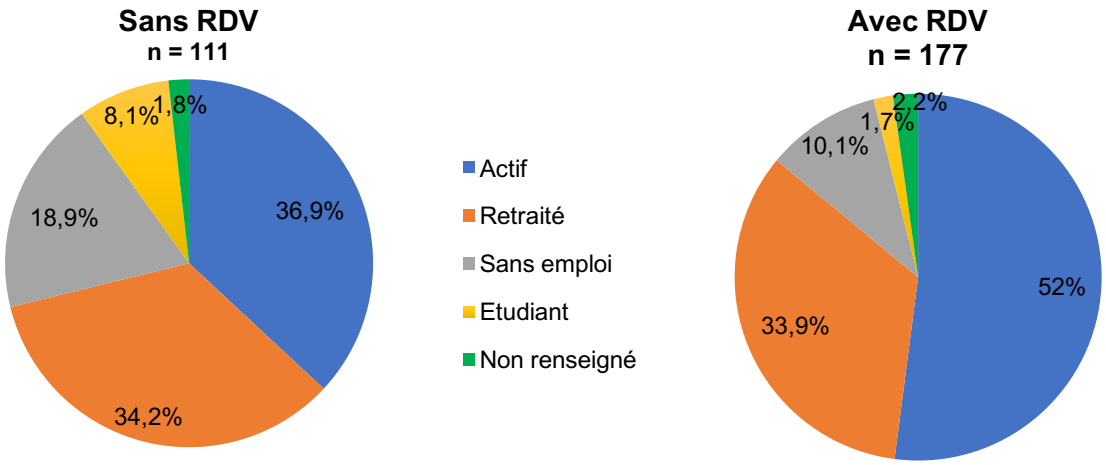
177 consultations (61,5%) se font sur RDV contre 111 sans RDV (38,5%).

1.3.1. En fonction des conditions socio-professionnelles des patients

Les actifs sont plus nombreux à consulter sur RDV (52% des consultations sur RDV contre 36,9% des consultations sans RDV).

Les patients sans emploi et les étudiants sont plus nombreux à consulter sans RDV (18,9% sans RDV contre 10,1% sur RDV pour les patients sans emploi, et 8,1% sans RDV contre 1,7% sur RDV pour les étudiants).

Il n'y a pas de différence notable dans la catégorie des patients retraités.

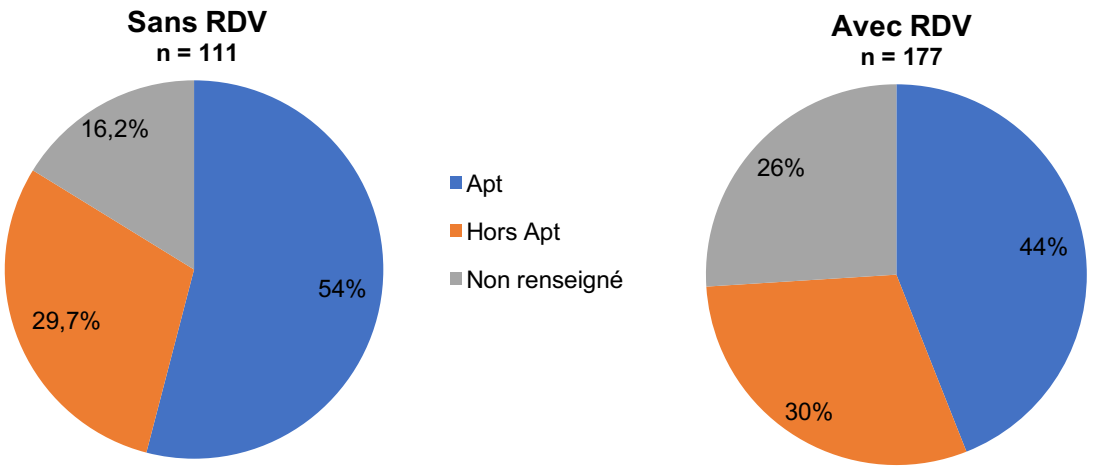


Graphique III : Répartition des consultations avec/sans RDV selon la catégorie socio-professionnelle des patients

1.3.2. En fonction du lieu d'habitation

Les patients habitant sur Apt ont plus tendance à consulter le médecin sans RDV (54% sans RDV contre 44% avec RDV).

Il n'y a pas de différence notable concernant les patients n'habitant pas la commune (29,7% sans RDV contre 30% avec RDV).



Graphique IV : Répartition des consultations avec/sans RDV selon le lieu d'habitation des patients

1.3.3. En fonction du régime de prise en charge

Il n'y a pas de différence notable dans les deux catégories de population « aucun régime de prise en charge particulier » et « ALD » par rapport à la population totale de l'étude, sur le fait de consulter le médecin avec ou sans RDV.

Les patients bénéficiant de la CMU consultent plus le médecin sans RDV que la population totale de l'étude (55,5% dans le groupe « CMU » contre 38,5% dans la population totale).

Les catégories de patients « AT/MP » et « invalidité » n'ont pas été étudiées dans cette analyse compte tenu du faible effectif.

Régime de prise en charge du patient	Avec RDV	Sans RDV
Aucun régime de prise en charge particulier (n = 193)	63,7%	36%
CMU (n = 18)	44,5%	55,5%
ALD (n = 72)	62,5%	37,5%

Graphique V : Répartition des consultations avec/sans RDV selon le régime de prise en charge des patients

1.3.4. En fonction du motif de consultation

Les patients consultant pour une pathologie aigüe consultent plus sans RDV que dans la population totale de l'étude (46,7% contre 38,5%).

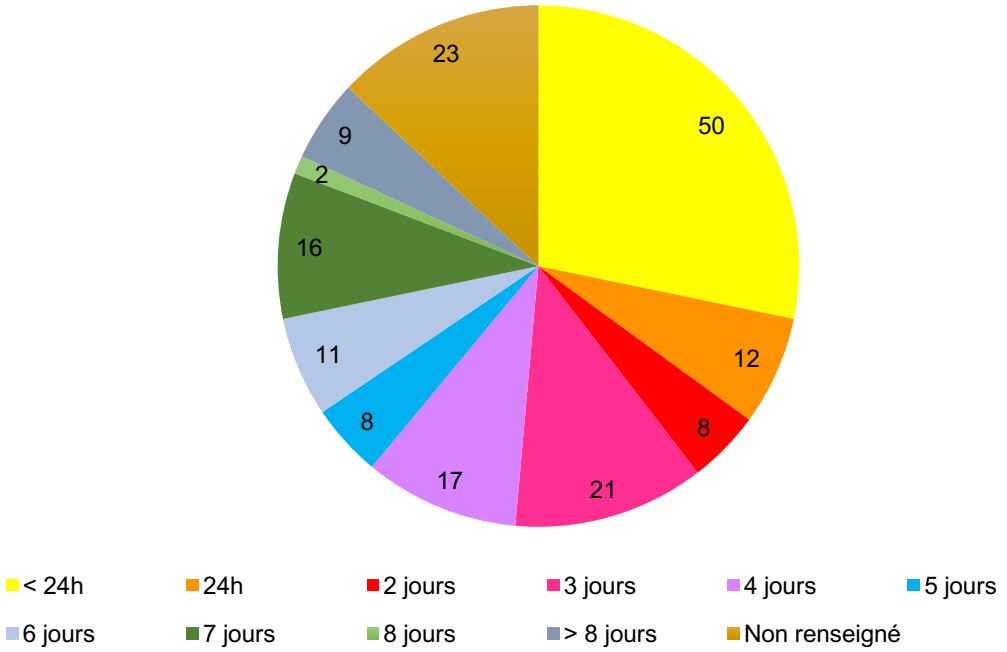
Les consultations « suivi du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent » se font plus fréquemment sur RDV que la population totale de l'étude (91,7% contre 61,5%).

Motif de consultation	Avec RDV	Sans RDV
Pathologies chroniques (n = 112)	64,3%	35,7%
Pathologies aigües résultant d'une pathologie chronique (n = 29)	72,4%	27,6%
Pathologies aigües (n = 120)	53,3%	46,7%
Suivi du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent (n =12)	91,7%	8,3%

Graphique VI : Répartition des consultations avec/sans RDV selon le motif de consultation des patients

1.4. Délai de consultation

51,4% des patients (91) consultant sur RDV ont pris leur RDV dans les 3 jours précédant la consultation.



Graphique VII : Délai de prise en charge des consultations avec RDV (n = 177)
(Nombre de réponses manquantes : 23)

2. Avis des populations

2.1. Avis des médecins généralistes

2.1.1. Motif de consultation et délai de prise en charge

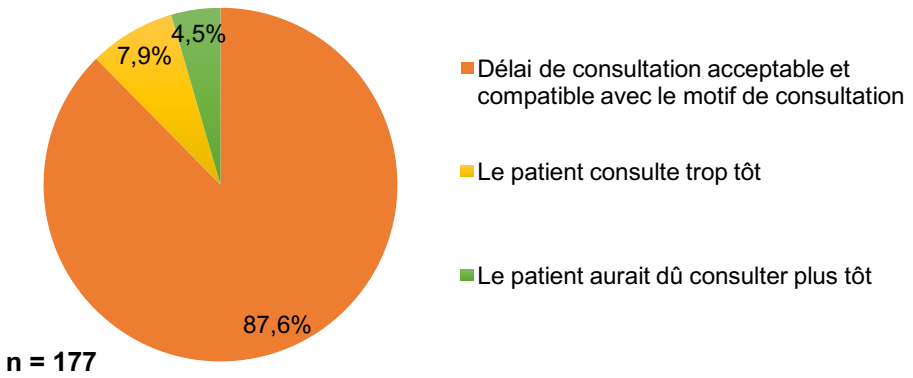
2.1.1.1. Consultations sur rendez-vous

Concernant les consultations sur RDV, les médecins généralistes estiment que dans 12,4% des cas le délai de consultation n'est pas compatible avec le motif de consultation :

- Dans 7,9% des cas (14 consultations), le patient consulte trop tôt, la consultation aurait pu être reportée en fonction de l'évolution des symptômes.
- Dans 4,5% des cas (8 consultations), le patient aurait dû consulter plus tôt.

Tableau IV : Avis des médecins généralistes concernant le délai de prise en charge des consultations sur RDV.

	Avec RDV
Délai de consultation acceptable et compatible avec le motif de consultation	155 (87,6%)
Le patient consulte trop tôt, la consultation aurait pu être reportée en fonction de l'évolution des symptômes	14 (7,9%)
Le patient aurait dû consulter plus tôt	8 (4,5%)
Nombre de réponses manquantes	0
Total	177 (100%)



Graphique VIII : Avis des médecins généralistes concernant le délai de prise en charge des consultations sur RDV

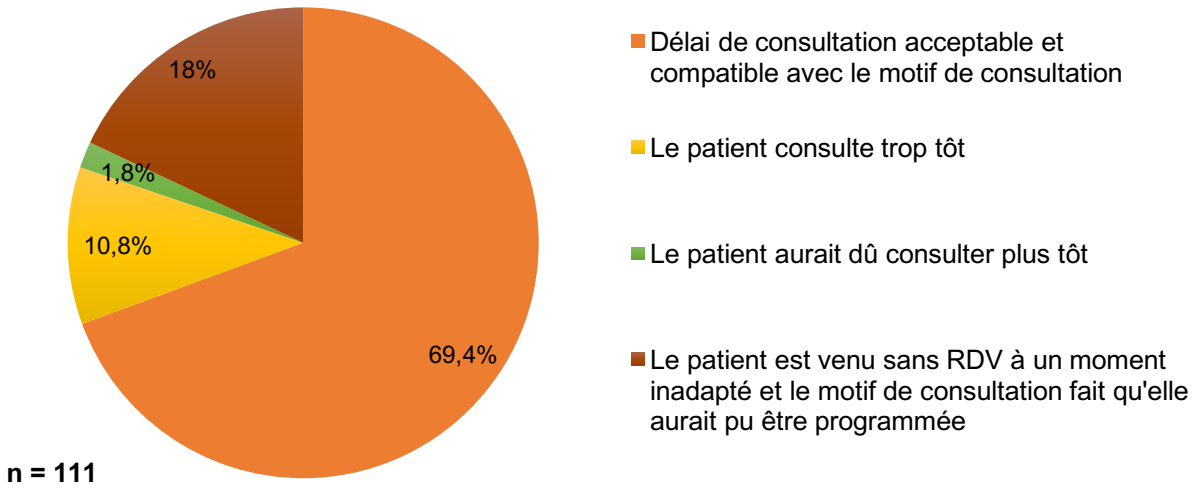
2.1.1.2. Consultations sans rendez-vous

Concernant les consultations sans RDV, les médecins estiment que dans 30,6% des cas le délai de consultation n'est pas compatible avec le motif de consultation :

- Dans 10,8% des cas (12 consultations), le patient consulte trop tôt, la consultation aurait pu être reportée en fonction de l'évolution des symptômes.
- Dans 1,8% des cas (2 consultations), le patient aurait dû consulter plus tôt.
- Dans 18% des cas (20 consultations), le patient est venu sans RDV à un moment inadapté et le motif de consultation fait qu'elle aurait pu être programmée.

Tableau V : Avis des médecins généralistes concernant le délai de prise en charge des consultations sans RDV

	Sans RDV
Délai de consultation acceptable et compatible avec le motif de consultation	77 (69,4%)
Le patient consulte trop tôt, la consultation aurait pu être reportée en fonction de l'évolution des symptômes	12 (10,8%)
Le patient aurait dû consulter plus tôt	2 (1,8%)
Le patient est venu sans RDV à un moment inadapté et le motif de consultation fait qu'elle aurait pu être programmée	20 (18,0%)
Nombre de réponses manquantes	0
Total	111 (100%)



Graphique IX : Avis des médecins généralistes concernant le délai de prise en charge des consultations sans RDV

2.1.1.3. Zoom en fonction de la nature du motif de consultation

Lorsque le motif de consultation concerne une pathologie aigüe, les médecins généralistes estiment que 35% des consultations (15,8% avec RDV, 19,2% sans RDV) ont un délai de prise en charge inadapté.

Nous avons regroupé dans la catégorie « délai inadapté » trois items :

- Le patient consulte trop tôt, la consultation aurait pu être reportée en fonction de l'évolution des symptômes
- Le patient aurait dû consulter plus tôt
- Le patient est venu sans RDV à un moment inadapté et le motif de consultation fait qu'elle aurait pu être programmée

Cette estimation est de 16,7% lorsque le motif de consultation concerne le suivi du nourrisson, de l'enfant ou de l'adolescent (8,4% avec RDV, 8,3% sans RDV), 7,2% lorsque le motif de consultation concerne une pathologie chronique (1,8% avec RDV, 5,4% sans RDV) et 0% lorsque le motif de consultation concerne une pathologie aigüe résultant d'une pathologie chronique.

Nous n'avons pas étudié les autres motifs de consultation, le nombre de consultations n'étant pas suffisamment important.

Motif de consultation	**Délai acceptable**	**Délai inadapté**
Pathologies chroniques (n = 112)	92,8% *62,5% avec RDV* *30,4% sans RDV*	7,2% *1,8% avec RDV* *5,4% sans RDV*
Pathologies aigües résultant d'une pathologie chronique (n = 29)	100% *72,4% avec RDV* *27,6% sans RDV*	0%
Pathologies aigües (n = 120)	65% *37,5% avec RDV* *27,5% sans RDV*	35% *15,8% avec RDV* *19,2% sans RDV*
Suivi du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent (n = 12)	83,3% *83,3% avec RDV* *0% sans RDV*	16,7% *8,4% avec RDV* *8,3% sans RDV*

Tableau VI : Estimation du délai de prise en charge de la consultation par les médecins généralistes en fonction du motif de consultation
Nombre de réponse manquante : 0

2.1.1.4. Zoom en fonction du régime de prise en charge

Lorsque le patient relève de la CMU, les médecins généralistes estiment que 27,8% des consultations (5,6% avec RDV, 22,2% sans RDV) ont un délai de prise en charge inadapté.

Cette estimation est de 22,8% lorsque le patient n'a aucun régime de prise en charge particulier (9,8% avec RDV, 13% sans RDV) et 8,4% lorsque le patient est en ALD (2,8% avec RDV, 5,6% sans RDV).

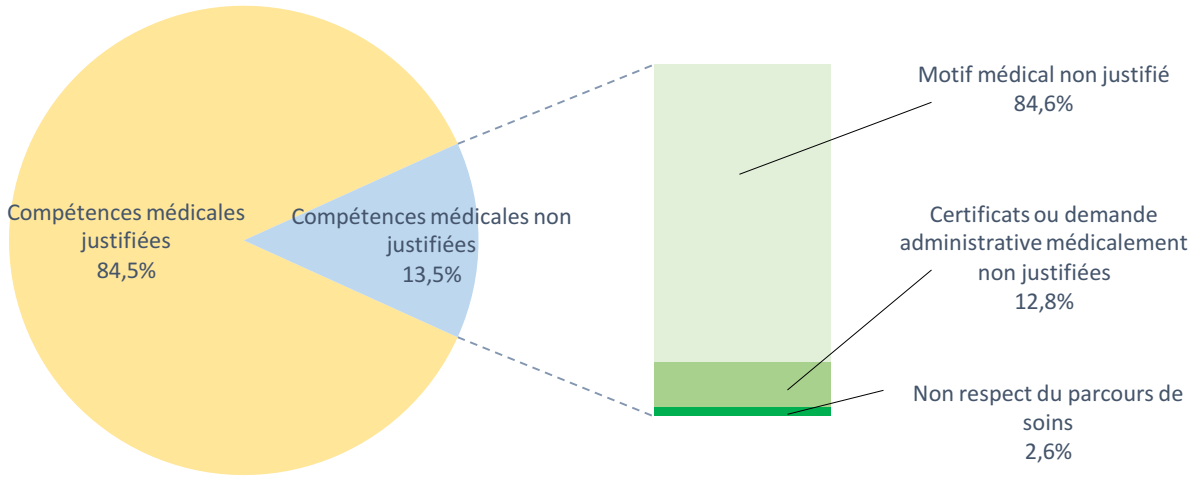
Nous n'avons pas étudié la catégorie « accident de travail/maladie professionnelle », le nombre de consultations n'étant pas suffisamment important.

Régime de prise en charge du patient	**Délai acceptable**	**Délai inadapté**
Aucun régime de prise en charge particulier (n = 193)	77,2% *53,9% avec RDV* *23,3% sans RDV*	22,8% *9,8% avec RDV* *13% sans RDV*
CMU (n = 18)	72,2% *38,9% avec RDV* *33,3% sans RDV*	27,8% *5,6 avec RDV* *22,2% sans RDV*
ALD (n = 72)	91,6% *59,7% avec RDV* *31,9% sans RDV*	8,4% *2,8% avec RDV* *5,6% sans RDV*

Tableau VII : Estimation du délai de prise en charge de la consultation par les médecins généralistes en fonction du régime de prise en charge du patient
Nombre de réponse manquante : 0

2.1.2. Compétences médicales

Les médecins généralistes estiment que 13,5% des consultations ne relèvent pas de leurs compétences, la principale cause étant les motifs médicaux non justifiés (84,6%), suivis par les demandes de certificats ou demande administrative médicalement non justifiée (12,8%) et le non-respect du parcours de soins (2,6%).



Graphique X : Compétences médicales justifiées ou non, avis des médecins
(Nombre de réponse manquante : 0)

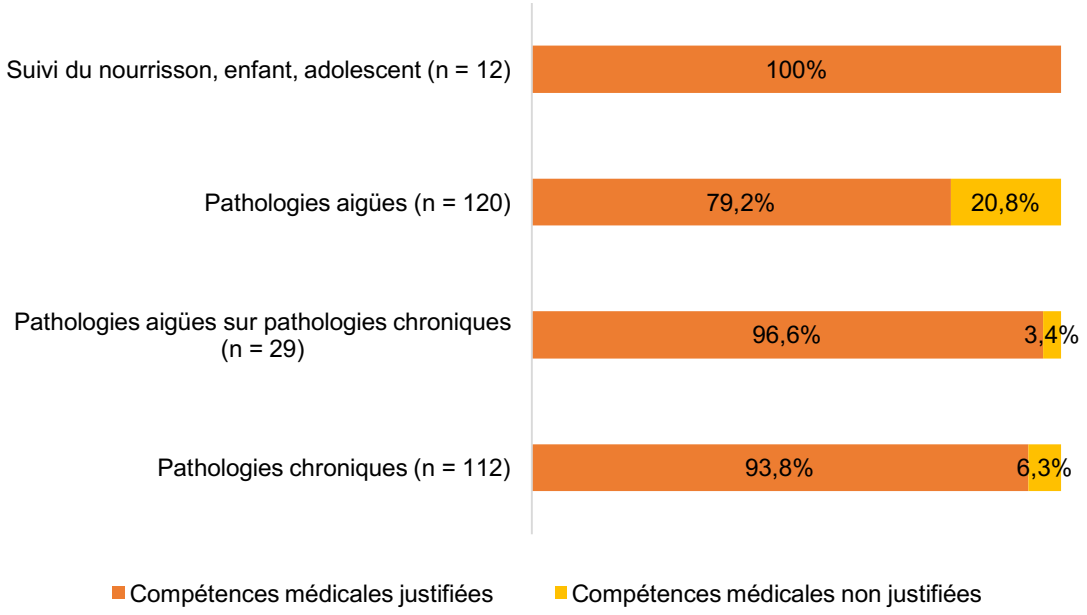
2.1.2.1. Compatibilité en fonction du type de prise en charge

On ne remarque pas de différence notable lorsqu'on compare les consultations avec et sans RDV. Les médecins estiment que 14,4% des consultations sans RDV ne relèvent pas de leurs compétences contre 12,9% des consultations sur RDV.

2.1.2.2. Compatibilité en fonction du motif de consultation

Les médecins estiment que 20,8% des consultations concernant une pathologie aigüe ne relèvent pas de leurs compétences.

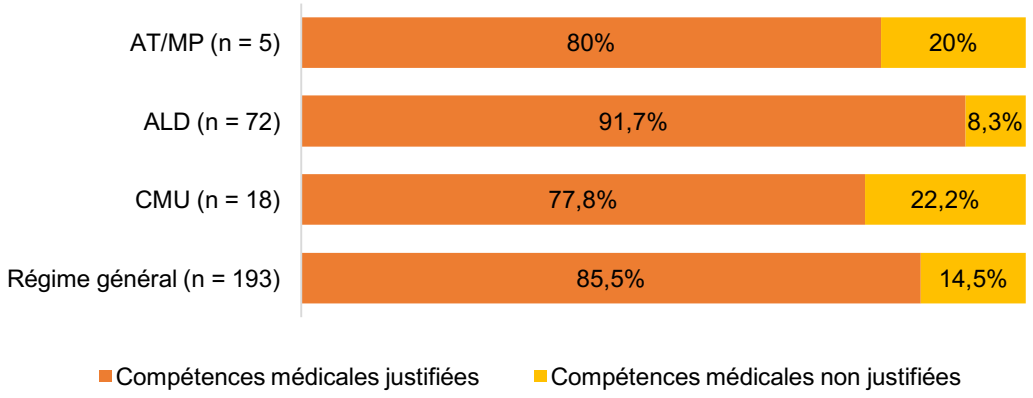
Concernant les autres motifs de consultation, la part de consultations que les médecins estiment ne pas relever de leurs compétences est peu importante.



Graphique XI : Compétences médicales justifiées ou non, avis des médecins en fonction des motifs de consultation

2.1.2.3. Compatibilité en fonction du régime de prise en charge

Les médecins estiment que 22,2% des consultations concernant des patients bénéficiant de la CMU et 20% des patients en accident de travail ou en maladie professionnelle ne relèvent pas de leurs compétences, contre 14,5% des patients n'ayant aucun régime de prise en charge particulier et 8,3% des patients en ALD.



Graphique XII : Compétences médicales justifiées ou non, avis des médecins en fonction du régime de prise en charge des patients

2.1.3. Et s'il y avait une régulation en amont de la consultation ?

Les médecins généralistes estiment que 19,8% des consultations auraient pu être évitées s'il y avait eu une régulation en amont par une tierce personne (téléphoniquement ou présente au cabinet).

2.1.3.1. Zoom en fonction du type de prise en charge

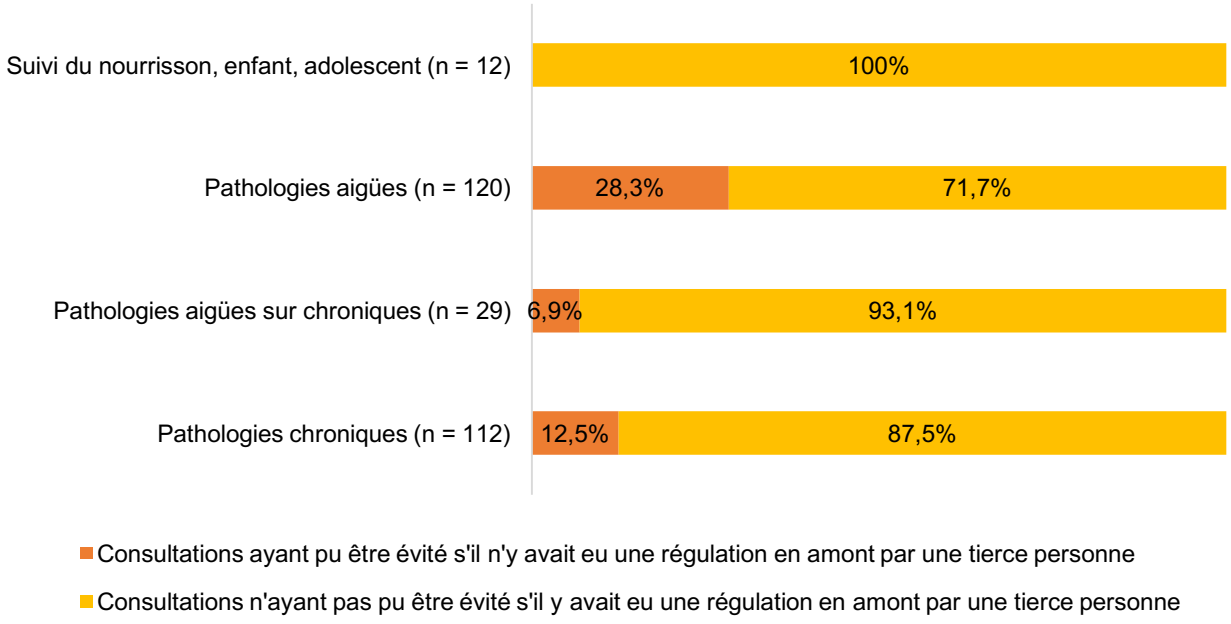
On ne note pas de différence notable lorsqu'on compare les consultations avec et sans RDV (19,2% des consultations avec RDV et 20,7% des consultations sans RDV).

2.1.3.2. Zoom en fonction de la nature du motif de consultation

On note une différence lorsqu'on compare les motifs de consultation.

Les médecins estiment que 28,3% des consultations concernant une pathologie aigüe auraient pu être évitées s'il y avait eu une régulation en amont par une tierce personne.

Il en est de même pour 12,5% des consultations concernant une pathologie chronique, 6,9% des consultations concernant une pathologie aigüe résultant d'une pathologie chronique et aucune consultation concernant le suivi du nourrisson, de l'enfant ou de l'adolescent.



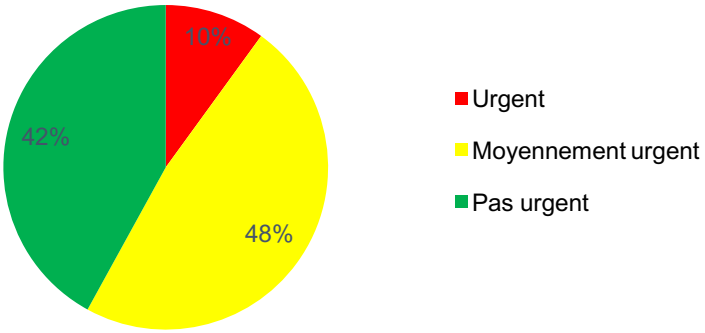
Graphique XIII : Consultations évitées si régulation en amont de la consultation, avis des médecins en fonction du motif de consultation

2.2. Avis des patients

2.2.1. Motif de consultation

2.2.1.1. Degré d'urgence ressenti du motif de consultation

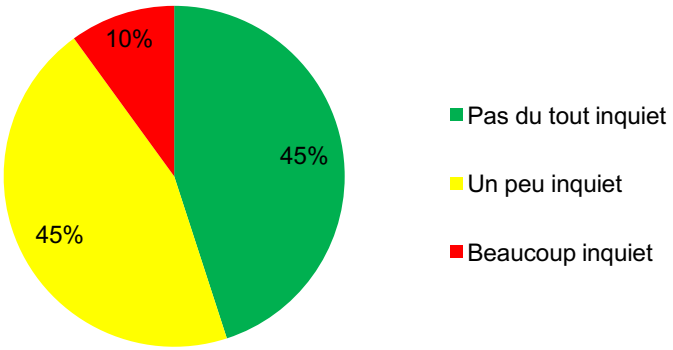
Les patients sont 10% à estimer leur motif de consultation urgent.
42% l'estiment non urgent et 48% moyennement urgent.



Graphique XIV : Evaluation par les patients du degré d'urgence du motif de consultation
(Nombre de réponse manquante : 0)

2.2.1.2. Inquiétude vis-à-vis du motif de consultation

10% des patients disent être inquiets quant à leur motif de consultation.



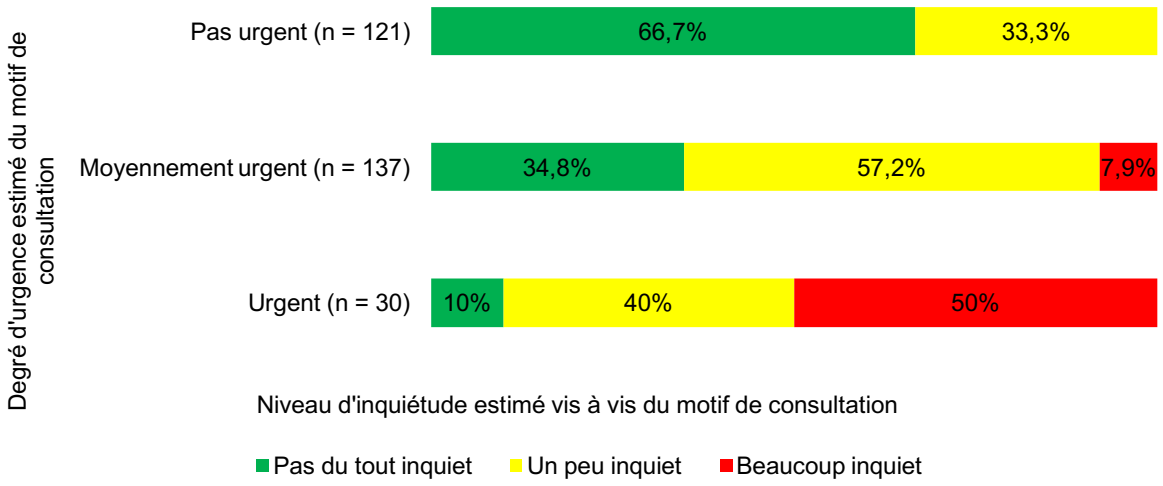
Graphique XV : Evaluation par les patients de l'inquiétude vis-à-vis du motif de consultation
(Nombre de réponse manquante : 0)

2.2.1.3. Corrélation entre degré d'urgence ressenti et inquiétude vis-à-vis du motif de consultation ?

On note une corrélation entre le degré d'urgence ressenti et le niveau d'inquiétude du patient vis-à-vis du motif de consultation.

66,7% des patients ne sont pas du tout inquiets lorsqu'ils estiment leur motif de consultation non urgent contre 10% lorsqu'ils l'estiment urgent.

50% des patients sont très inquiets lorsqu'ils estiment leur motif de consultation urgent et aucun lorsqu'ils l'estiment non urgent.



Graphique XVI : Comparaison entre le degré d'urgence ressenti et le niveau d'inquiétude du patient vis-à-vis du motif de consultation

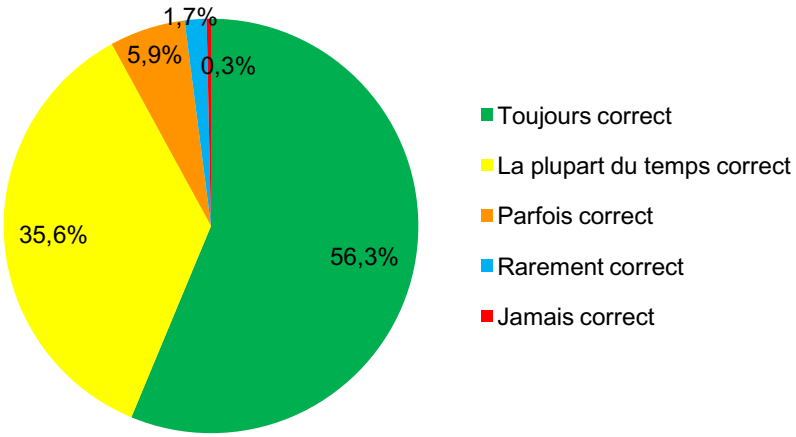
2.2.2. Type de prise en charge : avec ou sans rendez-vous

Les patients sont 64,6% (186) à préférer les consultations sur RDV contre 29,5% (85) sans RDV (18 réponses manquantes).

2.2.3. Délai de consultation

2.2.3.1. De manière générale

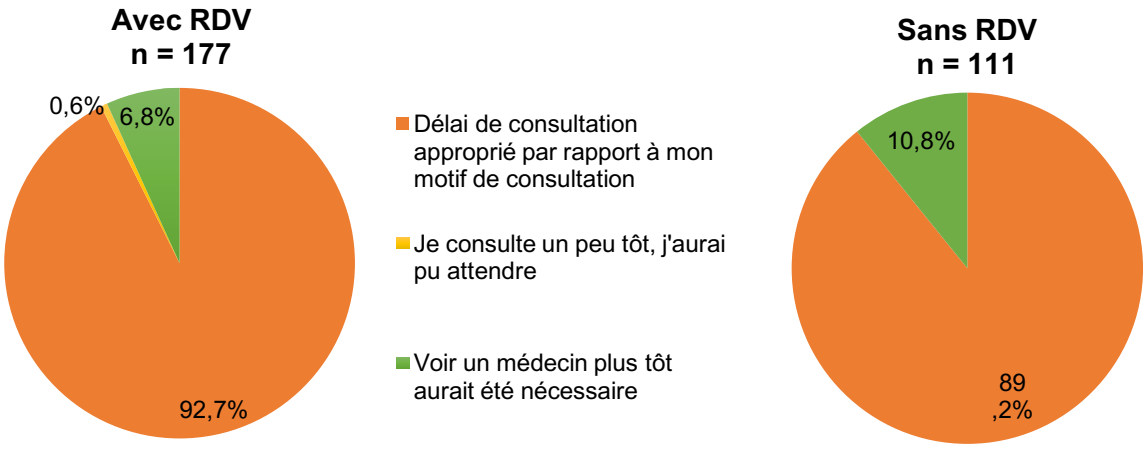
Les patients estiment que de manière générale, le délai de consultation chez leur médecin est toujours correct dans 56,3% des cas (162) et la plupart du temps correct dans 35,8% des cas (103).



Graphique XVII : Estimation par le patient du délai de consultation chez leur médecin de manière générale
(Nombre de réponse manquante : 0)

2.2.3.2. Le jour de l'étude par rapport à leur motif de consultation

7,4% des patients consultant avec RDV estiment voir le médecin dans un délai qu'ils estiment inapproprié par rapport leur motif de consultation (0,6% estiment consulter un peu tôt et 6,8% auraient souhaité voir le médecin plus tôt), contre 10,8% chez les patients consultant sans RDV (aucun n'estime consulter trop tôt et 10,8% auraient souhaité voir le médecin plus tôt).

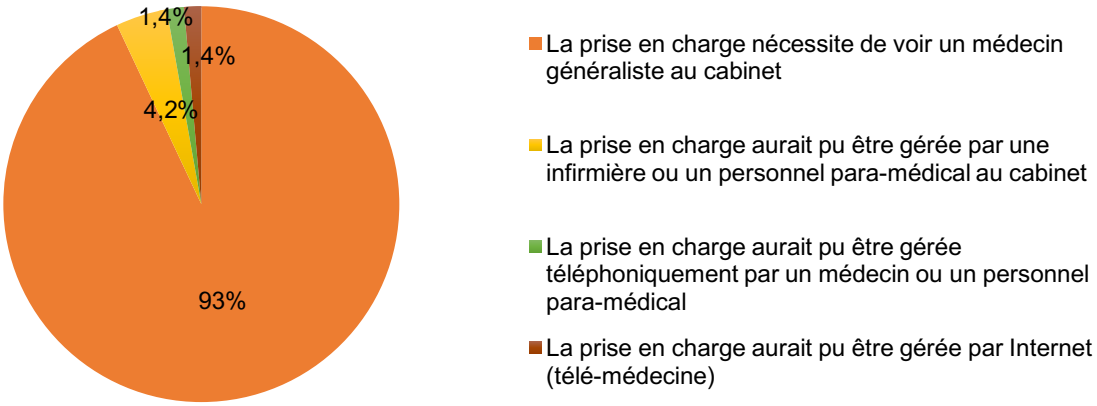


Graphique XVIII : Avis des patients concernant le délai de la prise en charge de la consultation le jour de l'étude
(Nombre de réponse manquante : 0)

2.2.4. Autre mode d'organisation

Seuls 7% des patients (20 patients) estiment qu'ils auraient pu être pris en charge d'une autre façon que par le médecin généraliste au cabinet :

- 4,2% par une infirmière ou un personnel para-médical au cabinet
- 1,4% téléphoniquement par un médecin ou un personnel para-médical
- 1,4% par Internet (télé-médecine)

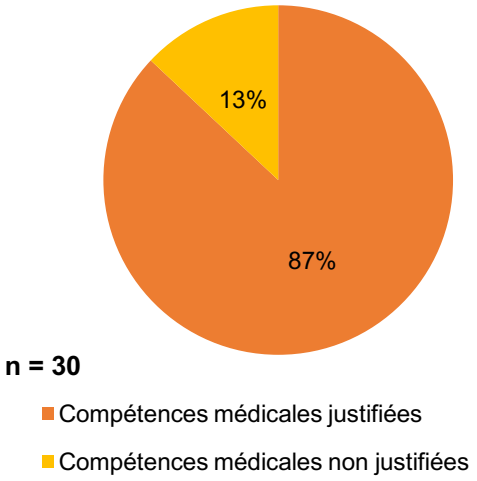


Graphique XIX : Avis des patients sur la nécessité d'être pris en charge par un médecin généraliste au cabinet
(Nombre de réponse manquante : 0)

2.3. Comparaison de l'avis des médecins généralistes et des patients

2.3.1. Compétences médicales et degré d'urgence ressenti

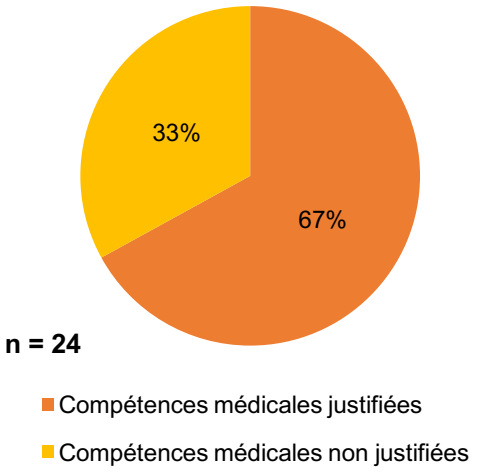
Parmi les 30 patients qui estiment que leur motif de consultation est urgent, le praticien évalue à 87% le nombre de consultations médicales justifiées.



Graphique XX : Parmi les patients qui estiment que leur motif de consultation est urgent, les médecins pensent-ils que les compétences médicales soient justifiées ?

2.3.2. Compétences médicales et délai de prise en charge

Parmi les 24 patients qui auraient souhaité consulter le médecin plus tôt, le praticien évalue à 67% le nombre de consultations médicales justifiées.

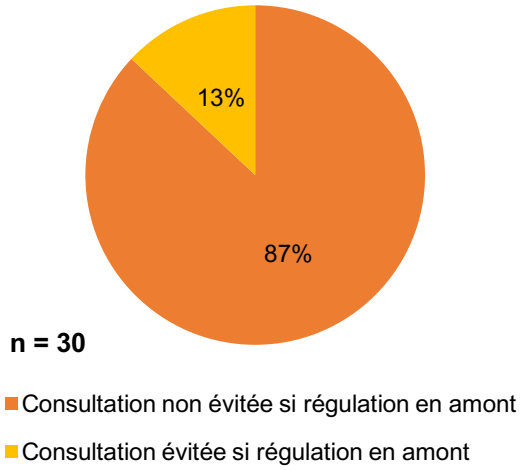


Graphique XXI : Parmi les patients qui qui auraient souhaiter consulter le médecin plus tôt, les médecins pensent-ils que les compétences médicales soient justifiées ?

2.3.3. Consultations évitées si régulation en amont et degré d'urgence ressenti

Parmi les 30 patients qui estiment que leur motif de consultation est urgent, le praticien évalue à seulement 13% le nombre de consultations évitées (soit 4 consultations) s'il y avait eu régulation en amont par une tierce personne.

A noter que ces 4 consultations concordent avec les 4 consultations ne justifiant pas des compétences médicales.



Graphique XXII : Parmi les patients qui estiment que leur motif de consultation est urgent, les médecins pensent-ils que la consultation aurait pu être évitée si régulation en amont ?

DISCUSSION

1. Méthode

1.1. L'échantillonnage

1.1.1. Population « médecins »

Nous avons inclus les sept médecins généralistes regroupés au sein du Centre Médical des Druides à Apt, soit 24% des médecins généralistes libéraux du bassin d'Apt (base de 29 médecins généralistes installés sur le bassin d'Apt et inscrit à la permanence de soins de la maison médicale d'Apt).

L'étude s'est réalisée uniquement sur deux jours, selon les critères suivants, discutés et décidés en accord avec les médecins inclus :

- Le lundi et le vendredi sont les deux jours de la semaine où l'ensemble des sept médecins généralistes consultaient toute la journée au cabinet. Le nombre de consultation inclus allait donc être maximal sur ces deux jours.
- Nous n'avons retenu que deux jours pour réaliser l'étude. Inclure tous les patients sur une journée de consultation était chronophage pour les médecins généralistes. Prolonger l'étude aurait probablement amené à un désintérêt des médecins à la participation de l'étude.

1.1.2. Population « patients »

Nous avons inclus 288 patients sur les 307 consultant sur les deux jours de l'étude, soit un taux de participation élevé de 94,13%.

Les 307 patients consultant sur les deux jours de l'étude représentent une moyenne de 21,9 patients par jour et par médecin. Dans l'étude réalisée

précédemment et décrivant la population des médecins généralistes du bassin d'Apt (18), 55% d'entre eux effectuaient entre 20 et 25 consultations par jour en moyenne.

1.2. Les questionnaires

L'enquête par questionnaire nous a paru la meilleure solution pour répondre à l'objectif principal et pour obtenir un taux de participation satisfaisant.

Pour se faire, nous avons conçu les questionnaires et la méthodologie les plus simples possibles, autant en nombre de questions qu'en durée d'inclusion limités.

Une partie des questions sont fermées, avec choix unique ou multiple, pour une facilité de réponse et d'analyse. Le reste des questions est de type graduel. Cela limite l'expression des individus interrogés aux choix proposés mais peut être source d'hésitation.

L'étude ne comporte qu'une seule question ouverte dans le questionnaire patient, portant sur le métier des patients professionnellement actifs. Il nous a semblé plus simple de poser directement la question aux patients et de classer dans un second temps les métiers par catégorie socio-professionnelle plutôt qu'une question à choix multiples.

Plus de questions ouvertes auraient pu être utilisées afin de mieux exprimer le ressenti des médecins généralistes et des patients.

Une étude qualitative par focus group par exemple aurait alors été plus pertinente.

Les médecins ont eu connaissance de leur questionnaire plusieurs semaines avant le début de l'étude. Nous étions à leur disposition avant et pendant l'étude afin de préciser les notions mal comprises ou ambigües.

Nous avons choisi de déposer les questionnaires patients en salle d'attente. Il nous a semblé que ce mode de diffusion des questionnaires était la plus adaptée pour trois raisons principales :

- le médecin n'était pas influencé par les réponses du patient pour remplir son questionnaire
- les patients avaient plus de temps pour répondre au questionnaire en salle d'attente que s'ils le remplissaient pendant la consultation
- les patients n'étaient pas face au médecin qui aurait pu influencer leurs réponses

Toutefois, il a parfois été nécessaire que les médecins interviennent auprès des patients lorsque ceux-ci étaient demandeurs : difficultés de compréhension de certaines questions, personnes âgées, personnes malvoyantes, … Lorsque le médecin estimait que le biais était trop important dans le fait qu'il participe au questionnaire patient, il lui était demandé d'exclure le patient de l'étude et de le notifier.

Nous n'avons pas testé au préalable la compréhension et la facilité d'adhésion au questionnaire par les patients. Il en a probablement résulté un taux de non-réponse élevé pour certaines questions, notamment concernant le lieu d'habitation (64 réponses manquantes sur un effectif de 288 patients inclus soit 22,2%).

2. Résultats

2.1. Caractéristiques socio-professionnelles des populations incluses dans l'étude

2.1.1. Population « médecins »

Il parait difficile d'extrapoler les résultats compte tenu du faible échantillonnage et de la durée courte de réalisation de l'étude. Toutefois, les sept médecins généralistes semblent être un échantillon assez représentatif de la population cible :

- Médecins d'âges différents
- Différences d'ancienneté d'installation
- Conditions d'exercice variées

2.1.2. Population « patients »

Les résultats sont assez représentatifs de la population « patient » générale (21) :

- 52,1% de femmes dans l'étude (55% dans la population générale)
- 21,2% de personnes de plus de 70 ans (28% dans la population générale)
- Augmentation proportionnelle du nombre de consultation avec l'âge, en excluant les moins de 16 ans.
- 6,3% de patients consultant dépendent de la CMU (8,2% de part CMU chez les praticiens libéraux avec de fortes disparités territoriales (22))
- 13,5% de patients sans emploi (12,8% de taux de chômage dans le Vaucluse au quatrième trimestre 2016 (23))
- 25% des consultations concernent des patients en ALD (27% dans la population générale (21))

2.2. Motifs de consultation

Les résultats sont globalement superposables à ceux retrouvés en population générale (21) :

- Contrôle ou suivi d'une affection chronique : 42% (38,9% dans l'étude)
- Pathologie aigüe résultant d'une pathologie chronique : 7% (10,1% dans l'étude)
- Affection aigüe : 36% (41,7% dans l'étude)

2.3. Type de prise en charge

Les patients préfèrent majoritairement les consultations sur rendez-vous.

De façon globale, les patients actifs et ceux dont le motif de consultation est le suivi du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent semblent préférer les consultations sur rendez-vous (cf graphiques III et VI).

Les patients sans emploi, étudiants, habitants de la commune d'Apt, relevant de la CMU et ceux dont le motif de consultation est une pathologie aigüe semblent préférer les consultations sans rendez-vous (cf graphiques III, IV, V et VI).

2.4. Délai de consultation

Plus de la moitié des patients ont obtenu leur rendez-vous dans les 3 jours précédant la consultation et 35% ont un rendez-vous dans les 24h.

Après calcul, le délai moyen d'obtention d'un rendez-vous quel que soit le motif de consultation est de 3,34 jours (4,56 jours pour les consultations concernant une pathologie chronique, 3,25 jours pour une pathologie aigue résultant d'une pathologie chronique et 1,65 jours pour une pathologie aigue).

Ces résultats sont concordant avec ceux retrouvés par l'étude de l'observatoire de l'accès aux soins (24) :

- 60% des français déclarent avoir eu besoin de consulter le médecin généraliste dans la journée la dernière fois qu'ils ont eu besoin.
- La dernière fois qu'ils ont eu besoin du médecin généraliste le délai d'attente était de 4 jours en moyenne.

2.5. Avis des médecins généralistes

Les consultations sans rendez-vous et concernant une pathologie aigüe semblent les plus problématiques dans un certain nombre de cas :

- Délai de prise en charge non adapté (1 consultation sur 3 sans rendez-vous et également 1 consultation sur 3 concernant une pathologie aigüe)
- Compétences médicales non justifiées (1 cas sur 5 lorsque la consultation concerne une pathologie aigüe)
- Consultation pouvant être évitées s'il y avait eu une régulation en amont par une tierce personne (1 cas sur 5 lorsque la consultation concerne une pathologie aigüe)

Les consultations concernant une pathologie chronique, une pathologie aigüe résultant d'une pathologie chronique, le suivi du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent et celles dont les patients sont en ALD ne semblent globalement pas problématiques pour les médecins vis-à-vis des critères étudiés : délai de prise en charge adapté et justification des compétences médicales.

2.6. Avis des patients

Les patients sont majoritairement très satisfaits des délais d'attente chez leur médecin généraliste. Très peu envisagent être pris en charge en première ligne autrement que par le médecin généraliste.

Il existe une corrélation entre degré d'urgence ressenti par le patient et niveau d'inquiétude vis-à-vis du motif de consultation.

Ces résultats sont concordant avec ceux retrouvés par l'étude de l'observatoire de l'accès aux soins (21) :

- 92% des Français de déclarent satisfaits de leur médecin généraliste
- 89% des Français déclarent que l'accès au médecin généraliste est facile

Mais :

- 65% ont perçu une dégradation des délais d'attente
- 37% des Français jugent l'accès aux soins difficiles
- 48% des Français déclarent avoir des difficultés à obtenir un rendez-vous dans un délai suffisamment rapide chez le médecin généraliste

2.7. Comparaison de l'avis des médecins généralistes et des patients

Il existe une corrélation entre degré d'urgence, niveau d'inquiétude exprimé par le patient et :

- compétences médicales justifiées estimées par le médecin (parmi les 10% de patients estimant leur motif de consultation urgent, le praticien évalue à 87% le nombre de consultations médicalement justifiées)
- et le fait que les consultations puissent être évitées s'il y avait une régulation en amont par une tierce personne (parmi les 10% de patients estimant leur motif de consultation urgent, le praticien évalue à seulement 13% le nombre de consultations évitées).

3. Exemples d'organisation des soins primaires en matière de coopération entre médecins et infirmières en Europe et dans le monde

L'évolution de la demande et de l'offre de soins est un facteur explicatif fort de la médecine de groupe, ayant incité plusieurs pays à développer une pratique plus collective et interprofessionnelle des médecins (15). Celle-ci peut prendre deux formes principales : l'exercice au sein de cabinets de groupe ou centres de santé, et des modes de regroupements en réseau.

Dans ce sens, nous avons souhaité nous intéresser à la coopération entre professionnels de santé, notamment entre médecins et infirmières (16). Déjà développée dans certains pays, nous avons voulu savoir comment elle s'organisait, et plus précisément quel était le rôle des infirmières dans les soins primaires. Nous essaierons ensuite de comprendre les freins à l'essor de ces pratiques en France.

3.1. Evolution du domaine de compétence des infirmières dans le secteur des soins primaires

3.1.1. Diversification des services fournis par le système de soins primaires

Les infirmières sont amenées à exercer de nouvelles activités visant à organiser différemment les soins primaires et à augmenter la palette des services proposés aux patients dans le secteur ambulatoire. Le plus souvent, ces politiques visent à améliorer la rapidité de la réponse à la demande du patient, et mieux orienter le patient en fonction de ses besoins.

Les rôles infirmiers peuvent alors se développer dans le cadre de systèmes de « triage », de structures spécifiquement infirmières ou de regroupement des professionnels de santé, notamment les médecins généralistes.

Au Royaume-Uni, des infirmières praticiennes effectuent des consultations de première ligne dans les *walk-in-centers* ou consultations par téléphone dans le cadre du *NHS Direct*, dans le but de réguler l'accès au médecin généraliste.

Au Québec, dans les centres locaux de services communautaires (CLSC), une infirmière effectue également un premier bilan. A l'issue de celui-ci, elle peut soit dispenser des soins directement au patient, soit le diriger dans le système. Au sein des GMF (groupes de médecine de famille), les infirmières peuvent effectuer des activités de prévention, de promotion, de dépistage, de gestion de cas.

3.1.2. Transfert d'activités du médecin vers l'infirmière, sous délégation ou non du médecin

Les Pays-Bas ont créé la fonction « d'assistant de pratique en médecine générale » concernant l'activité de l'infirmière (16). L'objectif est de recentrer le médecin généraliste sur sa fonction principale, en lui déléguant une série de tâches, soit d'ordre administratif (suivi des dossiers médicaux, archivage, accueil des patients, facturation, gestion du personnel, …) soit d'ordre médical (réalisation de frottis, ablation de verrues, prise de tension , mesure du poids, …).

Au Royaume-Uni et au Canada, les infirmières en pratique avancée sont formées au diagnostic de certaines situations, à la réalisation de certains actes diagnostiques ou de prescriptions dans un cadre limité.

Au Royaume-Uni, certaines infirmières sont habilitées à prescrire de façon autonome environ 180 produits dans le cadre d'une liste de 80 situations cliniques précises (*nurse prescriber's extended formulary*).

3.2. Freins à l'essor des coopérations entre professionnels de santé en France

En France, si la médecine de groupe tend à augmenter, elle reste moins développée que dans d'autres pays, notamment dans les disciplines cliniques de premier recours comme la médecine générale.

En effet, plusieurs freins à l'essor des coopérations tiennent au mode et au cadre d'exercice des professionnels de santé (17).

Une première difficulté découle du colloque singulier et du secret professionnel, qui limitent en partie le partage d'information.

Un deuxième obstacle tient à l'organisation des professionnels de santé, notamment les infirmières, autour du médecin. Ces professions ont un périmètre d'intervention défini par une liste limitative d'actes. Les frontières entre professions sont ainsi relativement étanches, rendant délicates les coopérations.

Le troisième frein est lié à l'indépendance d'exercice et à la concurrence entre acteurs libéraux.

La rémunération à l'acte constitue le dernier frein majeur, puisqu'elle implique que tout transfert d'activité se traduise par une perte immédiate de revenu pour l'acteur qui délègue une mission.

De plus, la réticence face à la délégation de tâches trouve une autre explication.

Toutes les mesures entreprises jusqu'à présent continuent à diminuer la part médicale du temps médecin. Nous assistons à une externalisation de certaines fonctions et de certains actes, en délégant à des professionnels autonomes, extérieurs au cabinet.

Nous pouvons prendre pour exemple le service d'accompagnement de l'assurance maladie Sophia pour les patients diabétiques, le système de bilan de santé gratuit pour les patients dépendants du régime général de sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole, le débat en faveur de la vaccination par les pharmaciens en officine, le bilan visuel réalisé par les opticiens.

Les médecins généralistes font face à ce qui peut paraître une remise en cause de leur rôle et de leurs compétences. En outre, ces mesures vont totalement à

l'encontre du principe de coordination et de continuité des soins, dont les autorités sanitaires et politiques souhaitent que le médecin généraliste en soit le pivot central.

Au contraire, le but de la délégation de tâches devrait être d'augmenter ce temps médical, en substituant les activités qui le réduisent. On peut citer en premier lieu la partie administrative, qui n'a jamais fait l'objet d'aucune mesure incitative à sa délégation.

4. Utilisation des principaux résultats de l'étude

Dans le cas où il y aurait une régulation en amont de la consultation par une tierce personne, on se rend compte qu'un certain nombre de consultation pourrait être évité. Ces consultations correspondent à du temps médical estimé mal exploité par les médecins.

On peut imaginer que ce gain de temps médical :

- Soit une des solutions face à la pénurie de médecins généralistes : mieux utiliser le temps médical permettant de couvrir une plus large tranche de population par médecin.
- Accroisse l'intérêt des médecins notamment des plus jeunes vers la médecine générale libérale, par augmentation du sentiment que leurs compétences médicales sont mieux utilisées au service de la demande et des besoins en santé.
- Permette de diminuer les consultations non justifiées dans les services d'urgence.
- Permette une meilleure régulation de l'accès aux spécialistes : 68,2% des médecins généralistes préfèrent déléguer aux confrères spécialistes certaines consultations faute de temps et de moyens (18).

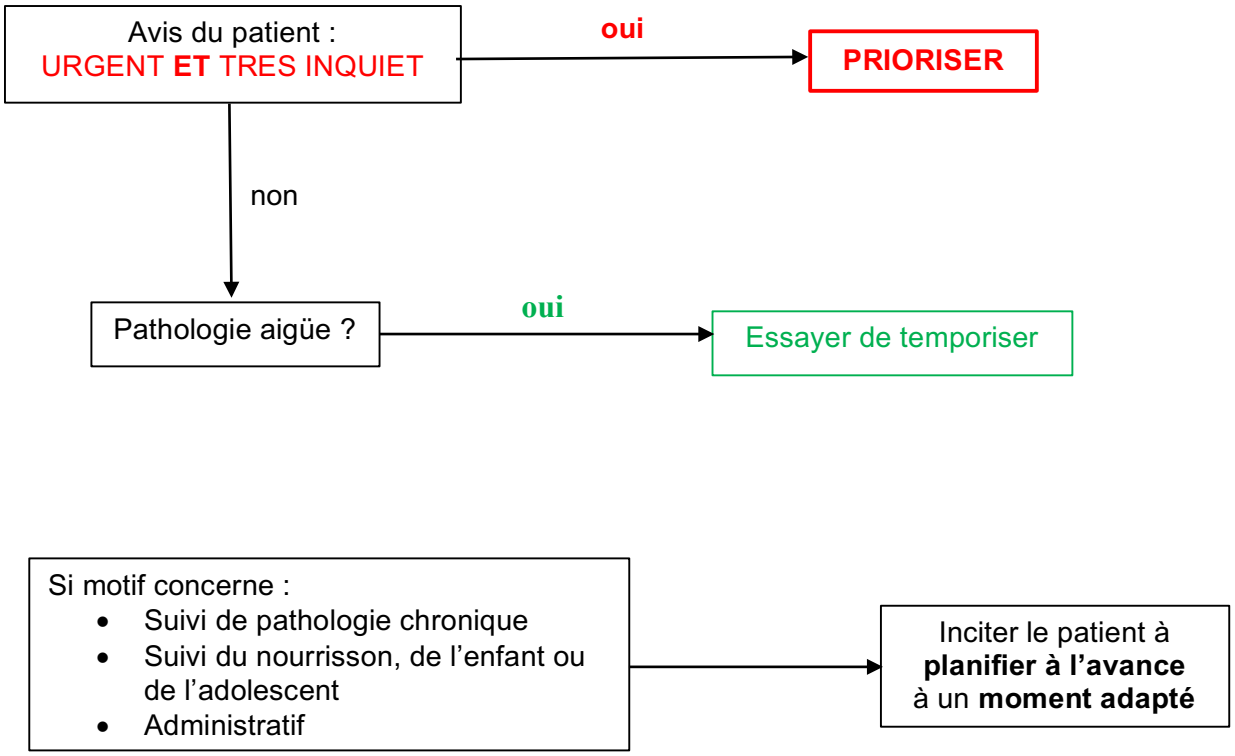
Dans l'état actuel du système, il parait difficile pour un cabinet médical libéral français d'embaucher une infirmière pour réguler les consultations et l'accès au médecin généraliste (cf paragraphe 3.2). Cependant, nous avons essayé de réfléchir à comment utiliser les résultats de cette étude aujourd'hui au sein du Centre Médical à Apt, afin d'en améliorer son fonctionnement.

Nous pouvons déjà dire que depuis janvier 2018, dans le but d'améliorer la prise en charge des patients, l'ensemble des médecins généralistes du centre médical des Druides à Apt consulte uniquement sur rendez-vous.

Nous avons ensuite essayé d'imaginer un diagramme d'aide à la prise de rendez-vous destiné à la secrétaire.

Il pourrait aider à prioriser certaines consultations, par exemple lorsque les créneaux de rendez-vous libres commencent à se raréfier. Ainsi on pourrait donner l'accès au médecin généraliste plus rapidement pour les consultations où le patient est à la fois très inquiet et estime que son motif de consultation est urgent, dans le but d'éviter le recours du patient au service d'urgences de l'hôpital. A l'inverse, on pourrait essayer de temporiser les consultations concernant une pathologie aigüe et pour lesquelles le patient n'est pas inquiet et estime que son motif de consultation n'est pas urgent.

La secrétaire pourrait inciter les patients à planifier à l'avance ou à un moment plus adapté (période « creuse » de la journée ou de la semaine) certains types de consultations comme celles concernant le suivi des pathologies chroniques, le suivi du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent. On peut élargir dans le même sens aux consultations à visée administrative (dossier MDPH, certificats médicaux de non contre-indication sportive par exemple).



Graphique XXIII : Diagramme d'aide à la prise de rendez-vous destiné à la secrétaire

Cette organisation aurait cependant plusieurs limites :

- Obligation d'une plus grande disponibilité de la secrétaire, voire la nécessité d'augmenter le nombre de secrétaire.
- Formation de la secrétaire à cette nouvelle tâche
- Problème de responsabilité
- Problèmes des autres types de consultations ne rentrant pas dans ce cadre

5. Perspectives d'évolution de notre système de soins français

Comme déjà abordé (paragraphe 3.2), la complexité et le cloisonnement de notre système relève de l'organisation du système lui-même. *« Nous sommes arrivés au bout du modèle de la tarification en silo qui bloque les coopérations possibles et nécessaires ». (Discours Madame Agnès BUZYN, Ministre des Solidarités et de la santé, Installation du conseil stratégique de l'innovation en santé, Jeudi 5 avril 2018)* (25). Les réformes à entreprendre pour pallier ces difficultés ne peuvent s'envisager que dans une approche globale incluant les soins de ville, l'hôpital et le secteur médico-social.

Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, a installé le conseil stratégique de l'innovation en santé en avril 2018. Cette instance, représentative des acteurs du système de santé dans leur diversité, a été créée par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 (26).

L'article 51 prévoit la possibilité d'expérimenter pour cinq ans de nouveaux modes d'organisation des activités de soins, de prévention et d'accompagnement social, médico-social en dérogeant au cadre actuel. Ces organisations devront favoriser la coopération et la coordination entre les professionnels, la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale et l'efficience du système de santé.

Cette disposition législative ouvre la possibilité aux acteurs de terrain, professionnels et établissements de santé notamment, de proposer et favoriser l'émergence d'organisations innovantes et permettre d'expérimenter de nouveaux modes de financement. Pour cela, le fonds d'innovation en santé a été créé pour accompagner ces expérimentations.

L'objectif est à la fois de permettre l'évolution des organisations sanitaires sur un territoire pour les adapter aux réalités de terrain et de diversifier le mode de

rémunération des professionnels et établissements de santé, trop centrés sur la rémunération à l'acte ou à l'activité.

CONCLUSION

La restructuration des soins primaires en France, passant notamment par le développement de la coopération entre professionnels de santé, apparait comme une évolution inéluctable afin de pérenniser notre système de soins.

La régulation des consultations de médecine générale, existant déjà dans plusieurs pays, pourrait être une idée d'organisation à entreprendre.

Cependant, de profonds changements devront être opérés. Les réformes pour pallier ces difficultés ne peuvent s'envisager que dans une approche globale des acteurs de santé et des patients.

Dans ce sens, l'article 51 de la loi pour le financement de la sécurité sociale pour 2018 prévoit l'expérimentation de nouveaux modes d'organisation et de financement des activités de soins, mettant en avant la coopération et la coordination entre professionnels de santé. L'objectif est de faire émerger des idées du terrain pour repenser l'organisation territoriale des soins.

BIBLIOGRAPHIE

1. Communiqué de presse : Rapport sur la Santé dans le Monde 2000. L'OMS évalue les systèmes de santé dans le monde. [En ligne]
Disponible sur : www.who.int/whr/2000/media_centre/press_release/fr/

2. Sécurité Sociale, Projet de loi de financement de la Sécurité Sociale – PLFSS, Annexe 1, Programme de qualité et d'efficience « Maladie », 2013. [En ligne]
Disponible sur : www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/plfss_2013_annexe1_1_maladie.pdf

3. Données de la Banque Mondiale, Dépenses en santé, total (% du PIB), France. [En ligne]
Disponible sur :
donnees.banquemondiale.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS?locations=FR

4. Bourdillon François. Université Pierre et Marie Curie, Santé Publique, Niveau PAES, 2004-2005. [En ligne]
Disponible sur :
www.chups.jussieu.fr/polys/santePublique/SPublBourdillonP1/POLY.Chp.3.html

5. Béraud Claude, « Les transformations du système de soins au cours des vingt dernières années : point de vue d'un acteur. » *Sciences sociales et santé*. Volume 20, n°4, 2002. Vingt ans. Numéro anniversaire, sous la direction de Janine Pierret. pp. 37-74.
Disponible sur : www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2002_num_20_4_1569

6. JF. RAULT, G. LE BRETON-LEROUVILLOIS. Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1ier janvier 2016, Conseil National de l'Ordre des médecins. [En ligne]
Disponible sur :
www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf

7. Cartographie interactive de la démographie médicale, Ordre National des Médecins. [En ligne]
Disponible sur : http://demographie.medecin.fr

8. D. PIETTE. Besoins, demandes et offres de santé en santé publique. Novembre 1998. [En ligne]
Disponible sur :
http://ftp.vub.ac.be/pub/exchange/ndacosta/outgoing/download/SIPES/fiches/tech2.html

9. V. ALBOUY, B. CREPON, « Aléa moral en santé : une évaluation dans le cadre du modèle causal de Rubin ». Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Décembre 2007.
Disponible sur :
http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/docs_doc_travail/g2007-12.pdf

10. Historique du ticket modérateur en France, Décembre 2013. [En ligne]
Disponible sur :
http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-du-ticket-moderateur-en-france.pdf

11. H. RIGOT, « Installation des médecins généralistes en milieu rural : motivations, impact des mesures incitatives, premières constatations et perspectives ». Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine. 24-06-2015.
Disponible sur :
http://www.urps-med-idf.org/iso_upload/d00013c83/Machaon-2015-14-RIGOT.pdf

12. Dr J. LUCAS. Télémédecine et autres prestations médicales électroniques. Rapport de mission adopté lors de la session du Conseil de l'Ordre des médecins de février 2016. [En ligne]
Disponible sur :
www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/uberisation_de_la_sante.pdf

13. E.GOUVERNEUR, « Démographie médicale sur Apt (84) avec les stratégies d'implantation des nouvelles générations médicales via les îlots de formation : récit d'une expérience personnelle. » Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, Octobre 2014.

14. BOUET, LAGARDE, LUCAS, MONTANE, MORNAT, ROUSSELOT, « Comment conserver l'accès aux soins », Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 24 juin 2016. Disponible sur :
www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnp_-_acces_aux_soins.pdf

15.BOURGUEIL, MAREK, MOUSQUES, « Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France ? » Questions d'économie de la santé, n°127, novembre 2007.

16.BOURGUEIL Y, MAREK A, MOUSQUES J, « Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières, l'apport d'expériences européennes et canadiennes » DREES, Document de travail n°57, mars 2006.

17. E.ANGER, V.GIMBERT, « Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? (volet 1) Les coopérations entre professionnels de santé » La note d'analyse, n°254, Centre d'analyse stratégique, décembre 2011.

18. M.CLUZEL, « Vision de la médecine générale au sein du système de soins : enquête dans le bassin d'Apt (84) » Mémoire de DES de Médecine Générale, septembre 2016.

19.Nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles – PCS 2003 [En ligne]
Disponible sur : www.insee.fr/fr/information/2400059

20. ATTALI C, HUEZ JF, VALETTE T, LEHR DRYLEWICZ AM, Les grandes familles de situations cliniques » *Exercer* 2013, n°108, Pages 165 à 169.

21. LABARTHE G, « Les consultations et visites des médecins généralistes – Un essai de typologie » DREES, Etudes et résultats, n° 315, juin 2004.

22. CASES, LUCAS-GABRIELLI, PERRONNIN, TO, « Comment expliquer les fortes disparités de clientèle CMUC des praticiens libéraux ? » Questions d'économie de la Santé, n°130, mars 2008.

23. Taux de chômage localisés au 4e semestre 2016, comparaisons départementales [En ligne]
Disponible sur : www.insee.fr/fr/statistiques/2012804

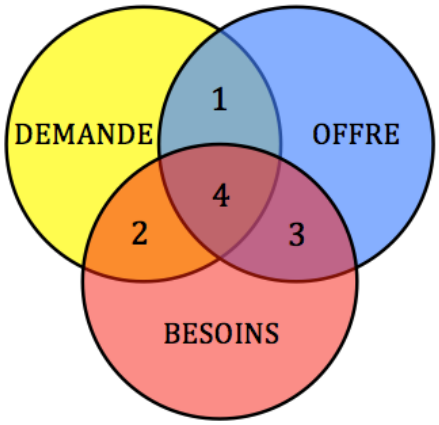
24. Observatoire Jalma de l'accès aux soins, Edition 2014 [En ligne]
Disponible sur : http://www.jalma.com/wp-content/uploads/2014/01/Observatoire-de-lacces-aux-soins_Edition-2014.pdf

25. Discours Madame Agnès BUZYN, Ministre des Solidarités et de la santé, Installation du conseil stratégique de l'innovation en santé, Jeudi 5 avril 2018.

26. Compte rendu du conseil stratégique de l'innovation en santé, 5 avril 2018.
Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-de-transformation-du-systeme-de-sante/article/repenser-l-organisation-territoriale-des-soins

ANNEXE 1

L'interaction offre-demande-besoins en santé



Zone 1 : zone d'activité où le service disponible correspond à une demande exprimée, mais ne répondant plus à un besoin réel. On constate alors un gaspillage des moyens.

Zone 2 : problème d'adaptation des services existants ou de développement d'un nouveau service correspondant à un besoin et à une demande pour lesquels il n'existe pas de réponse et aboutissant à un mécontentement et à une détérioration de la santé de la population.

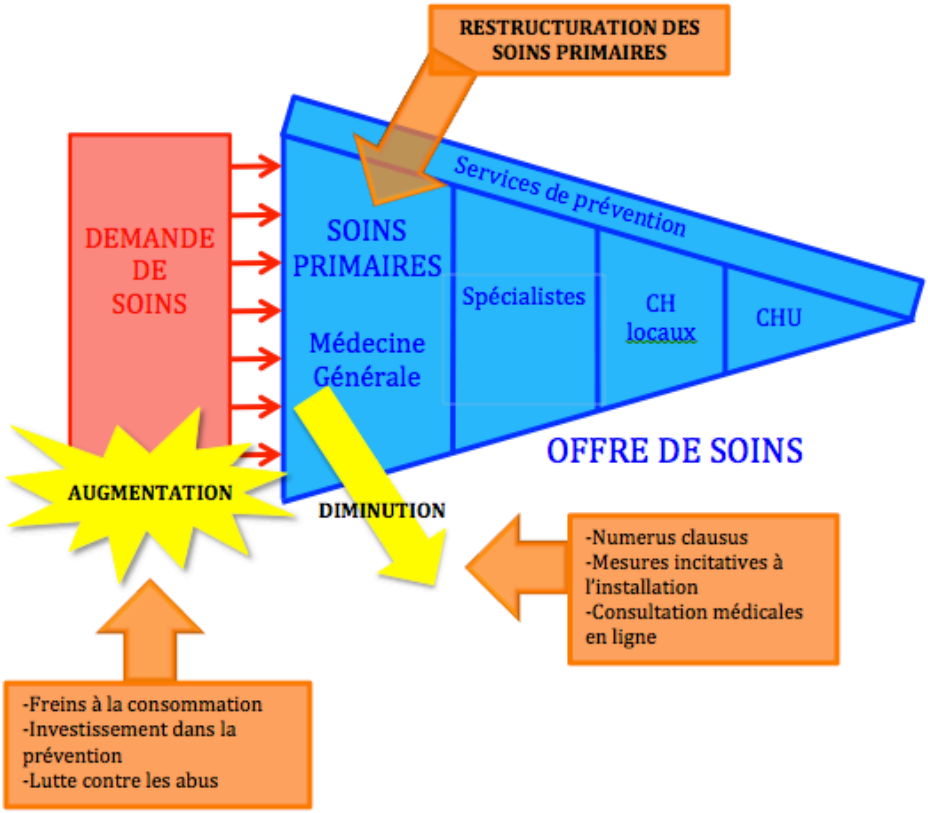
Zone 3 : problème de l'absence de demande : il faut alors convaincre d'utiliser le service ou d'adopter les mesures préventives correspondant à un besoin bien défini par les professionnels de la santé.

Zone 4 : situation idéale, où une institution offre un service correspondant à un besoin pour lequel il y a une demande.

Zone « offre » : situation la plus mauvaise. Un service est offert par habitude à une population mais il ne répond ni à un besoin ni à une demande.

ANNEXE 2

Organisation du système de santé en France et mesures actuelles mises en place face à l'évolution de l'offre et de la demande de soins



ANNEXE 3

Questionnaire médecin

QUESTIONNAIRE MEDECIN

Patient

Age : ……. Sexe : F / M

- ☐ Pas de régime de prise en charge particulier
- ☐ CMU
- ☐ ALD
- ☐ AT/MP
- ☐ Invalidité

Cette consultation

MOTIF DE CONSULTATION

- ☐ Pathologie chronique, prévention, diagnostic et suivi (incluant facteurs de risque)
- ☐ Pathologies aigües résultant d'une pathologie chronique
- ☐ Pathologie aigüe, diagnostic et suivi (médical, psychologique)
- ☐ Suivi nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent
- ☐ Sexualité, génitalité, reproduction
- ☐ Problèmes liés à l'histoire personnelle, familiale et à la vie de couple
- ☐ Problème de santé et/ou souffrance liés au travail
- ☐ Situations dont les aspects sociaux, légaux, réglementaires, déontologiques et juridiques sont au premier plan (certificat à la demande d'un tiers, transmission du dossier médical, information autour d'un acte d'une prescription d'un geste ou d'un traitement, signalement, démarches administratives)

DELAI

AVEC RDV

Depuis quand le patient a-t-il pris RDV ? …

- ☐ Délai de consultation acceptable et compatible avec le motif de consultation
- ☐ Le patient consulte trop tôt, la consultation aurait pu être reportée en fonction de l'évolution des symptômes
- ☐ Le patient aurait du consulter plus tôt

SANS RDV

- ☐ La personne est venue sans RDV à un moment inadapté et le motif de consultation fait qu'elle aurait pu être programmée
- ☐ Délai de consultation acceptable et compatible avec le motif de consultation
- ☐ Le patient consulte trop tôt, la consultation aurait pu être reportée en fonction de l'évolution des symptômes
- ☐ Le patient aurait du consulter plus tôt

CONTENU

La consultation justifie-t-elle vos compétences médicales de médecin généraliste ? OUI / NON

Si non :

- ☐ Motif médical non justifié (consultation ne modifiant en rien l'évolution naturelle ou l'orientation du patient)
- ☐ Demande de certificats ou administrative médicalement non justifiée ou répétitive
- ☐ Demande pour respect du parcours de soins sans que le médecin généraliste en soit l'initiateur

La consultation aurait-elle pu être évitée s'il y avait eu une régulation en amont par une tierce personne (téléphoniquement ou présente au cabinet) ? OUI / NON

ANNEXE 4

Questionnaire patient

QUESTIONNAIRE PATIENT

Ce questionnaire est **anonyme** et **confidentiel**, il ne sera pas lu par votre médecin.
Il est destiné à la réalisation d'une **thèse** en médecine générale.

Renseignements généraux

Si vous consultez pour votre enfant, les questions vous concernent vous

Catégorie socio-professionnelle :
- ☐ Actif, profession : ……
- ☐ Retraité
- ☐ Sans emploi
- ☐ Etudiant

Habitez-vous à Apt ? OUI / NON

Motif de consultation

1. **Avez-vous pris RDV ?** OUI / NON

2. **Comment évaluez-vous le degré d'urgence de votre motif de consultation ?**
   - ☐ Urgent
   - ☐ Moyennement urgent
   - ☐ Pas urgent

3. **Votre motif de consultation vous inquiète-t-il ?**
   - ☐ Pas du tout
   - ☐ Un peu
   - ☐ Beaucoup

4. **Avez-vous pu consulter un médecin dans un délai que vous estimez approprié ?**
   - ☐ Oui
   - ☐ Non, je consulte un peu tôt, j'aurai pu attendre
   - ☐ Non, voir un médecin plus tôt aurait été nécessaire

5. **Votre prise en charge aujourd'hui : (1 seule réponse possible)**
   - ☐ Nécessitait vraiment de voir un médecin au cabinet
   - ☐ Aurait pu être gérée par une infirmière ou un personnel para-médical au cabinet
   - ☐ Aurait pu être gérée par téléphone par un médecin ou un personnel para-médical
   - ☐ Aurait pu être gérée par Internet (télé-médecine)

D'une manière générale

1. **Pouvez-vous consulter votre médecin avec un délai que vous estimez correct ?**
   - ☐ Toujours
   - ☐ La plupart du temps
   - ☐ Parfois
   - ☐ Rarement
   - ☐ Jamais

2. **Préférez-vous les consultations avec ou sans RDV ?** AVEC / SANS

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 moeurs.

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.

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

RESUME

Introduction : Notre système de santé français connaît de profonds changements depuis ces dernières décennies et doit se restructurer. L'objectif principal de cette étude est d'essayer de comprendre et de comparer l'avis des médecins généralistes et des patients du bassin d'Apt (84) vis-à-vis de l'offre, de la demande et des besoins en santé.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude quantitative descriptive, réalisée à l'aide de questionnaires auprès des sept médecins généralistes du centre médical des Druides à Apt et de leurs patients consultant les 21 et 25 novembre 2016.

Résultats : Les médecins généralistes estiment que les consultations sans rendez-vous et concernant une pathologie aigüe semblent les plus problématiques : délai de prise en charge non adapté, compétences médicales non justifiées, consultations évitées s'il y avait régulation en amont de la consultation par une tierce personne. Il existe une corrélation entre l'avis du patient (degré d'urgence ressenti de son motif de consultation et niveau d'inquiétude exprimé) et l'avis du médecin (justification des compétences médicales et consultations pouvant être évitées s'il y avait eu régulation en amont par une tierce personne).

Discussion et conclusion : Au sein du Centre Médical, plusieurs pistes de réflexion sont à l'étude suite aux résultats. L'arrêt des plages de consultations sans rendez-vous, effectif à partir de janvier 2018, pourrait permettre une forme de régulation via le secrétariat. Cependant, complexité et cloisonnement de notre système rendent aujourd'hui difficile l'évolution de son organisation. Une stratégie de transformation du système de santé a été lancé début 2018 par le gouvernement. Repenser l'organisation territoriale de soins via la coopération entre professionnels de santé est désormais l'objectif prioritaire des prochaines réformes santé.

MOTS-CLES : coopération entre professionnels de santé, soins primaires, réforme du système de santé, médecins généralistes, Apt.