

Année 2024

2024 TOU3 1046

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Laurène CHARDONNAL

Le 21 mai 2024

LES PATIENTS CHERCHENT UN MEDECIN TRAITANT : COMMENT S'Y PRENNENT-ILS ? AVEC QUELLE MOTIVATION ?

Directeur de thèse : Dr Odile BOURGEOIS

JURY :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Président

Madame la Professeur Odile BOURGEOIS

Assesseur

Madame la Professeur Docteur Isabelle FRAY

Assesseur

Monsieur le Docteur Thierry ELBAZ

Assesseur

Département Médecine, Maïeutique et Paramédical
Tableau du personnel hospitalo-universitaire de médecine
2022-2023

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Emérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur SERRE Guy
Professeur CHAP Hugues	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MESTHE Pierre	
Professeur LANG Thierry	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	
Professeur LAROCHE Michel	Professeur PERRET Bertrand	
Professeur LAUQUE Dominique	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ACCADBLE Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétiq
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. MALAVAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Neurologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition		
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie		

P.U. Médecine générale

Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

P.U. - P.H.
2ème classe

Professeurs Associés

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

Professeurs Associés de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. BIREBENT Jordan
M. BOYER Pierre
Mme FREYENS Anne
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

Professeurs Associés Honoraires

Mme MALAUAUD Sandra
Mme PAVY LE TRAON Anne
Mme WOISARD Virginie

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Poi Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. LAPEBIE François-Xavier	Chirurgie vasculaire
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie diagnostiques et thérapeutiques médicales
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	M. LEPAGE Benoit	Cardiologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LHERMUSIER Thibault	Bactériologie-virologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Biochimie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAUPAS SCHWALM Française	Nutrition
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MONTASTIER Emilie	Pharmacologie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Biologie du dév. Et de la reproduction
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Physiologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Médecine interne
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Biologie Cellulaire
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Physiologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Génétique
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Immunologie
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Pédo-psychiatrie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	M. REVET Alexis	Hématologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Biochimie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SABOURDY Frédérique	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SALLES Juliette	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SAUNE Karine	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TREINER Emmanuel	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	Mme VALLET Marion	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Biophysique et médecine nucléaire
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOULAA Bruno
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
M. GACHIES Hervé
Mme LATROUS Leïla
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle

REMERCIEMENTS AUX MEMBRES DU JURY

Au président du jury,

Monsieur le **Professeur Stéphane OUSTRIC**,

Vous me faites un grand honneur de présider cette thèse. Merci de faire de ce DES de médecine générale une formation qualitative qui nous forme et nous perfectionne pour faire de nous les futurs médecins de demain.

Aux membres du jury,

Madame la **Professeur Odile BOURGEOIS**,

Je suis très honorée d'avoir pu être votre thésarde et vous remercie de l'implication personnelle constante que vous avez déployée pour m'aider et m'aiguiller dans toutes les démarches de création de ce travail de recherche. Merci de votre patience et de votre soutien.

Madame la **Professeur Isabelle FRAY**,

Merci pour tous les moments passés ensemble lors de mon stage de pédiatrie et de gynécologie, j'ai beaucoup appris grâce à vous et je garderai toujours un très bon souvenir de ce stage en votre compagnie. Merci de votre gentillesse et de votre dévouement à ma formation.

Monsieur le **Docteur Thierry ELBAZ**,

Merci de m'avoir si bien guidée dans mon premier stage de PN1, d'avoir été là pour moi, à l'écoute, pour les rires partagés et les chocolats si réconfortants. Merci d'avoir fait de mon début d'internat un souvenir particulièrement heureux.

REMERCIEMENTS PERSONNELS

A **mes parents** pour m'avoir tant apporté depuis mon plus jeune âge, pour l'amour inconditionnel qu'ils me portent et qui fait de moi la femme que je suis aujourd'hui.

Je tenais à vous exprimer toute ma gratitude pour votre soutien précieux. Votre présence et vos encouragements ont été mes plus grands atouts.

A **mes frères et sœurs** pour votre soutien inestimable tout au long de mon parcours. Vos encouragements, votre écoute et votre affection ont été des éléments essentiels qui ont nourri ma détermination.

Votre présence et votre soutien ont apporté une réelle plus-value et un sens plus profond à mon parcours. Je suis reconnaissante de pouvoir compter sur vous dans les bons moments comme dans ceux plus difficiles.

Une pensée particulière à Stéphanie et Aurélien qui m'ont tant aidée sur la réalisation de ma thèse, sans vous rien n'aurait pu être possible.

A **mes amis**,

A tous ceux des premiers jours, les Nantais, qui malgré la distance restent présents et des amis sans faille pour moi. Merci pour tous les bons moments passés ensemble, merci pour votre amitié et votre soutien indéfectible dans toutes les étapes de ma vie.

A tous mes amis Toulousains qui font de mon quotidien un rayon de soleil et qui me permettent de m'épanouir un peu plus chaque jour. Merci d'être là pour moi et d'être ce que vous êtes, je ne pouvais pas rêver mieux que vous comme amis.

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION.....	3
II.	METHODE.....	8
	A. Description de l'étude.....	8
	1. Objectif de l'étude	8
	2. Population de l'étude	8
	3. Critères d'inclusion et de non-inclusion	9
	4. Ethique	9
	B. Méthode de recueil des données.....	9
	1. Conception du questionnaire	9
	2. Données du questionnaire	10
	3. Distribution du questionnaire.....	11
	C. Recueil des données.....	11
	1. Analyse statistique	11
	2. Traitement des réponses.....	11
III.	RESULTATS	13
	A. Recueil des participants	13
	B. Population de l'étude	14
	1. Description de l'échantillon.....	14
	2. Population en recherche d'un médecin traitant.....	14
	C. Résultats de l'étude.....	15
	1. Nombre de médecins contactés par les patients.....	15
	2. Contact par téléphone	16
	3. Nombre de médecins contactés par téléphone	16
	4. Consultation dédiée.....	17
	5. Autre motif de consultation	18
	6. Demande d'aide auprès de la CPAM.....	18
	7. Demande d'aide auprès du CDOM.....	19
	8. Demande d'aide auprès de la mairie	19
	9. Motivations des patients	20
IV.	DISCUSSION.....	23
	A. Les principaux résultats	23
	B. Forces et limites de l'étude.....	25
	1. Les forces	25

2. Les limites.....	25
C. Perspectives	26
V. CONCLUSION	30
BIBLIOGRAPHIE	31
LISTE DES FIGURES	33
ANNEXES	34

I. INTRODUCTION

Au cours des dernières années, les médias ont abondamment fait écho des difficultés d'accessibilité aux soins dont souffre une part grandissante de Français. Les préoccupations des Français sur l'état de notre système de santé se sont invitées dans le Grand Débat national porté par E. Macron en 2019 à la suite de la crise des Gilets Jaunes. La crise sanitaire de 2020 a fortement mis sous tension le système de santé et fait plus que jamais prendre conscience de l'urgence à améliorer notre système de santé notamment sur la question de l'accès aux soins de la population.

Les médias ont largement relayé l'image choc d'une file de 120 personnes faisant la queue à la porte de la maison de santé de la commune d'Evron en Mayenne en 2022 lorsqu'un nouveau médecin généraliste s'y est installé, après le départ à la retraite de trois médecins trois mois plus tôt.

Le problème d'accessibilité aux soins se traduit donc par une insuffisance de l'offre médicale entre les territoires français et au sein d'un même territoire entre zones urbaines et métropolitaines relativement bien pourvues en personnel soignant et zones rurales ou périurbaines qui souffrent d'un manque voire d'une pénurie de professionnels de santé. Ces derniers territoires cumulent souvent d'autres faiblesses comme un enclavement relatif, une raréfaction des services publics et un vieillissement de leur population qui malheureusement accroît encore le besoin en soins. La notion de « déserts médicaux » a été amplement utilisée par les médias et les pouvoirs publics pour qualifier la situation problématique de certains territoires français relativement à l'offre médicale. On estime aujourd'hui à 30% la part des Français vivant dans une zone dite de désert médical. Le nombre de territoires qualifiés de déserts médicaux tend aussi à s'accroître au fil des années. On observe en particulier une pénurie de médecins traitants : plus de six millions de Français n'auraient en effet pas de médecin traitant. Le Sénat a publié un rapport (1) en mars 2022 qui nous apprend que 11% des Français âgés de plus de 17 ans n'ont pas de médecin traitant. Ce chiffre est en augmentation depuis 2020.

Les causes expliquant la difficulté d'accès aux soins sont multiples et sont à présent bien identifiées. Pour remettre en contexte la problématique d'accessibilité aux soins en France, il convient de rappeler premièrement la mise en place en 1971 d'un *numerus clausus* (littéralement 'nombre fermé') par les pouvoirs publics pour limiter le nombre d'étudiants admis en 2^{ème} année de médecine et donc le nombre de futurs médecins, ceci

afin de contenir les dépenses de santé. Jusqu'à 2020 et la suppression du *numerus clausus*, la France a donc pendant près de 50 ans mis en œuvre une politique visant à contrôler et à limiter le nombre de futurs médecins diplômés. Une autre cause de la difficulté d'accès aux soins peut aussi être recherchée du côté de la réforme du médecin traitant entrée en vigueur à partir de 2004 qui a eu comme effet collatéral d'accroître le besoin en soins primaires. En effet, à partir de 2004, tous les assurés sociaux de plus de 16 ans ont été incités à choisir un médecin de premier contact dit médecin traitant -en général un omnipraticien- afin de continuer à bénéficier d'un remboursement de soins à hauteur de 70%. Si le patient consulte un praticien hors d'un parcours de soins dit coordonné c'est-à-dire consulte un médecin généraliste non déclaré comme étant son médecin traitant ou consulte directement un médecin spécialiste sans recommandation préalable par le médecin traitant, le patient ne sera remboursé qu'à hauteur de 60% par l'Assurance maladie. Un tel système encourage désormais les patients à se choisir un médecin traitant. Ce principe du médecin traitant avec un rôle de *'gate keeper'* est la pierre angulaire d'un système de santé que les pouvoirs publics veulent plus contrôlé et plus coordonné entre les praticiens, où le recours aux spécialistes ne doit intervenir qu'une fois préalablement consulté le médecin traitant en première instance. Les effets de cette réforme ont été probants du point de vue de la réduction de consultations chez les spécialistes, puisque le nombre de visites chez ces professionnels a diminué entre 2000 et 2008 alors qu'il était en augmentation dans les années précédant la réforme (2). Néanmoins, en concentrant alors l'essentiel des consultations sur les médecins généralistes au détriment des spécialistes, la demande en soins primaires a donc augmenté mécaniquement alors même que de nombreux médecins généralistes ont commencé dans le même temps à partir à la retraite, que la population française continuait d'augmenter que le *numerus clausus* limitait toujours le nombre d'admis au concours pour la seconde année de médecine.

Des causes démographiques sont aussi bien identifiées : la population française vieillit structurellement, donc les besoins en soins augmentent. Beaucoup de médecins généralistes de la génération des *baby-boomers* nés après-guerre partent donc à la retraite en nombre ces dernières années, ce qui entraîne une raréfaction soudaine du nombre de médecins généralistes en exercice. Enfin, le phénomène de métropolisation croissant entraînant une concentration de la population, des services et des activités économiques dans les villes et les métropoles au détriment des campagnes, phénomène ancien qui s'est amplifié après 1945, crée un cercle vicieux du point de vue de l'accessibilité aux soins

car la population des zones rurales est majoritairement constituée de personnes âgées qui nécessitent des soins accrus ; or les nouvelles familles dont les jeunes médecins sont réticentes à s'installer dans ces territoires en décroissance démographique structurelle, aggravant toujours plus la raréfaction du personnel médical.

A cela s'ajoutent aujourd'hui l'existence de freins à l'installation des jeunes médecins dans certains territoires, malgré une aspiration largement partagée à s'installer en libéral, comme révélé par une enquête du CNOM réalisée en 2019 (3). Les déterminants à l'installation des médecins sur un territoire donné sont pluridimensionnels : présence de services publics, dotation en équipements sportifs et culturels, non-enclavement du territoire au niveau des transports, compatibilité avec les contraintes de carrière du conjoint, proximité familiale dans le territoire d'installation, possibilité de travailler en réseau avec d'autres professionnels de santé sur ce territoire, parmi les plus souvent cités. Autant d'atouts que ne peuvent malheureusement faire valoir tous les territoires, d'où les réticences pour de nombreux futurs médecins à s'y installer et ouvrir un cabinet. Le modèle du médecin de famille à la campagne travaillant du lundi au dimanche entièrement dévoué à sa patientèle semble ne plus correspondre aux aspirations des jeunes générations de futurs médecins à la recherche d'un plus grand équilibre de vie personnelle et professionnelle.

Enfin, une dernière cause de la difficulté d'accès aux soins est peut-être liée au fait que tous les médecins généralistes ne sont pas des médecins traitants. Sur les 87 000 généralistes en activité, seuls 47 000 sont des médecins traitants soit environ à peine plus de la moitié. Cette précision est de taille car elle conduit, au-delà de la limitation d'accès aux soins, une surcharge de travail pour les médecins traitants en exercice, l'augmentation du délai d'attente pour les consultations et donc des diagnostics, et un impact négatif sur la qualité des soins que peut raisonnablement délivrer un médecin débordé.

Face à ce constat de difficultés d'accès aux soins, les gouvernements successifs ont cherché depuis de nombreuses années à trouver des solutions et mettre en place des mesures pour corriger cet état de fait, dont l'efficacité semble relative car la situation reste toujours préoccupante. Dernièrement, un plan d'action, annoncé par la ministre déléguée Agnès Firmin Le Bodo, a été lancé pour améliorer l'accès aux soins dans les territoires (4) et une nouvelle loi a été promulguée en date du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels (5). Parmi les mesures

mises en place pour lutter contre la pénurie de médecins, on peut citer la facilitation d'exercice pour les médecins étrangers via de nouvelles autorisations d'exercice provisoire ou encore pour les étudiants en médecine la possibilité de bénéficier dès la fin de la 2^{ème} année du contrat d'engagement de service public contre rémunération en échange d'une obligation d'exercer deux ans au moins dans un territoire donné.

La question de la mesure de l'accès aux soins a été par ailleurs l'objet de divers travaux. Il est coutume de mesurer l'accès aux soins à la lumière des obstacles que rencontrent les individus d'une zone donnée à satisfaire leur besoin en soins, d'où deux indicateurs usuels que sont la distance -ou éloignement géographique- des individus par rapport à l'offre de soin, et la disponibilité de l'offre de soins au regard de la demande globale exprimée par l'ensemble des individus sur un territoire donné.

Récemment, pour mesurer à un échelon local l'adéquation entre l'offre et la demande de soins et aller au-delà des indicateurs habituels utilisés, un nouvel indicateur d'accès aux soins, l'APL (Accessibilité Potentielle Localisée) a été mis en place au niveau de chaque commune par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Cet indicateur local, calculé au niveau de chaque commune, présente un intérêt complémentaire par rapport aux indicateurs habituellement utilisés car il prend en compte d'autres critères que le temps d'accès aux soins et la densité de médecins par bassin de population, et intègre d'autres critères comme le niveau d'offre et de la demande des communes environnantes, le niveau d'activité des professionnels en exercice ainsi que la structure par âge de la population de chaque commune qui influence les besoins en soins (6).

Sur le plan de la recherche, de nombreuses études, travaux et enquêtes se sont attachés au cours des dernières années à définir la notion d'accessibilité aux soins. La notion de désert médical notamment a fait l'objet de nombreuses analyses, et une étude de 2018 (7) a montré que sa réalité est plus complexe et moins binaire qu'elle n'y paraît car pluridimensionnelle.

Une étude menée en 2021 a évalué le lien entre durée d'hospitalisation des personnes âgées et l'accessibilité aux médecins généralistes et aux kinésithérapeutes. Le résultat a révélé que la durée la plus courte d'hospitalisation des personnes âgées était observée dans les zones où l'accès aux médecins généralistes et kinésithérapeutes était la plus forte (8).

La littérature spécialisée a aussi montré que des indicateurs de mesure de l'accessibilité aux soins existent mais sont souvent insuffisants pour refléter les disparités locales. Pour qualifier plus finement les inégalités territoriales d'accès aux soins, des auteurs d'une étude menée en 2016 (9) proposent un nouvel indicateur d'accessibilité spatiale aux soins, dit « ISA » (*Index of Spatial Accessibility*), s'appuyant sur des critères multidimensionnels et sur un niveau d'analyse à une échelle territoriale fine. Ils invitent les gouvernants à ne pas se limiter aux indicateurs traditionnels d'accessibilité aux soins que sont la densité médicale ou la distance géographique d'accès aux professionnels de santé, et d'intégrer dans les mesures visant à réduire les inégalités socio-territoriales de santé les contraintes de mobilité des patients et les besoins en matière de santé.

En revanche, aucune étude significative n'a été menée pour mesurer l'impact de cette problématique d'accessibilité aux soins sur les usagers du système de santé, en particulier sur les difficultés qu'ils rencontrent dans la recherche d'un médecin traitant acceptant de les prendre en charge. Les patients mettent en effet plus d'un an en moyenne avant de retrouver un médecin traitant après le départ à la retraite de leur ancien médecin (10).

Le présent travail a donc pour objet principal d'identifier les moyens mis en œuvre par les patients pour trouver un médecin traitant, et comme objet secondaire d'identifier leurs motivations dans cette recherche.

II. METHODE

A. Description de l'étude

Pour réaliser de travail de recherche nous avons choisi d'utiliser une méthode observationnelle descriptive transversale. Les questionnaires ont été soumis à des patients déclarant n'avoir pas de médecin traitant.

1. Objectif de l'étude

L'objectif principal de cette étude est de déterminer les moyens mis en œuvre par les patients pour trouver un médecin traitant.

L'enquête s'est déroulée au total pendant huit mois entre février et octobre 2023. Durant cette période les questionnaires ont été distribués aux patients de deux manières différentes :

- Soit par le biais de la secrétaire qui le distribuait à chacun des patients se présentant à l'accueil et n'ayant pas de médecin traitant (et répondant aux autres critères d'inclusion de l'étude)
- Soit par le biais du médecin lui-même lors de la consultation qui proposait au patient de répondre au questionnaire après avoir préalablement vérifié avec lui également qu'il n'avait pas de médecin traitant déclaré.

2. Population de l'étude

Nous avons sélectionné 6 cabinets et MSP (Maison de Santé Pluriprofessionnelle) de la région Occitanie pour distribuer les questionnaires. Ceux-ci se trouvaient à Toulouse (31300), Saint Orens de Gameville (31650), Saint Gaudens (31800) et Nailloux (31560) en Haute Garonne, Montech (82700) dans le Tarn-et-Garonne et Decazeville (12300) dans l'Aveyron.

Ces sites ont été choisis pour deux raisons principales :

- La première était que nous voulions que les cabinets sélectionnés représentent à la fois les populations urbaines, rurales et semi rurales pour que notre échantillon soit le plus représentatif possible

- La deuxième raison était que les médecins des différents cabinets choisis étaient motivés et sensibles à notre travail de recherche étant eux-mêmes MSU (maîtres de stage universitaires) au DUMG (département universitaire de médecine générale de Toulouse et sa région).

3. Critères d'inclusion et de non-inclusion

Les critères d'inclusion de l'étude ont été :

- Être majeur
- Être assuré social en France
- Habiter dans le territoire du cabinet/MSP concernée
- Déclarer ne pas avoir de médecin traitant
- Avoir eu un médecin traitant jusque-là mais qui celui-ci venant de partir à la retraite

Les critères de non-inclusion étaient :

- Être mineur
- Ne pas être assuré social en France
- Déclarer avoir un médecin traitant
- Être de passage dans la région (ex : congés)

4. Ethique

Notre étude a été inscrite dans le tableau d'enregistrement de recherches et thèses le 9 novembre 2022 avec une déclaration de conformité à la CNIL le 20 janvier 2023.

B. Méthode de recueil des données

1. Conception du questionnaire

Le questionnaire allant être distribué sous format papier, il n'était pas nécessaire d'utiliser une plateforme sécurisée pour la création du questionnaire. Nous avons donc utilisé le site Canva pour le créer et l'avons ensuite imprimé en de multiples exemplaires pour pouvoir le distribuer en main propre. Les questions fermées ont été privilégiées pour obtenir une meilleure analyse statistique des réponses collectées. Le questionnaire, une fois réalisé, a été testé auprès de co-internes puis de trois patients. Les remarques de

chacun d'eux ont été prises en compte pour reformuler les questions afin de faciliter la compréhension par les personnes sondées, en déplacer ou en retirer. Le questionnaire a subi plusieurs aller-retour entre le chercheur et le directeur de thèse au cours de son écriture.

2. Données du questionnaire

Le questionnaire (annexe 1) se décompose en 3 parties : la 1^{ère} partie vise à décrire la population étudiée. La 2nd partie s'intéresse aux moyens mis en œuvre par les patients pour trouver un médecin traitant, et la 3^{ème} partie vise à déterminer les motivations des patients à en trouver un.

La première partie du questionnaire interroge d'abord le profil des patients : leur âge, leur sexe, leur niveau d'études, leur situation familiale, le nombre d'années de résidence dans leur commune, depuis combien de temps ils sont en recherche d'un médecin traitant.

La deuxième partie vise à répondre à l'objectif principal de cette étude, à savoir, déterminer les moyens mis en œuvre par les patients pour trouver un médecin traitant.

Pour ce faire, nous avons demandé aux patients interrogés auprès de combien de médecins ils avaient fait la demande de rattachement comme médecin traitant et sous quelle forme (téléphone, consultation) ainsi que les organismes qu'ils avaient éventuellement contactés pour cette recherche (ex : CPAM, CDOM).

La 3^{ème} partie du questionnaire est dédiée au recueil de leurs motivations. Dans ce but, plusieurs assertions ont été proposées dont :

- Le bénéfice d'un suivi médical avec les notions de parcours de santé, de suivi, de régularité.
- L'accès à un interlocuteur privilégié (secret médical, personne de confiance, soutien psychologique ou moral, praticité, gestion des certificats, vaccinations)
- Le recours à un praticien plus accessible en termes de délai et de coût.
- La prise en charge d'une urgence (connaissance du dossier médical et du patient, facilitateur en termes de transmissions d'informations)
- Le fait de pouvoir compter sur un médecin qui connaît à la fois les problèmes de santé mais aussi le contexte socio-économique du patient, son environnement global, sa configuration familiale.

3. Distribution du questionnaire

Nous avons sélectionné 6 cabinets de médecine répartis en zones rurales, semi rurales et urbaines comprenant un MSU sensible à notre démarche.

Nous avons préalablement demandé l'accord des médecins et secrétaires des différentes structures, à la fois par mail et par téléphone, pour que ceux-ci acceptent de les distribuer aux patients. Je me suis moi-même déplacée dans les différents cabinets pour à la fois expliquer la méthode d'inclusion des patients aux différents professionnels rencontrés mais également pour leur distribuer en main propre les différents exemplaires du questionnaire.

La distribution à un patient se faisait de 2 manières possibles :

- Soit la secrétaire demandait directement au patient se présentant à l'accueil du cabinet, et sous réserve qu'il répondait aux critères d'inclusion de l'étude, s'il acceptait de répondre à un questionnaire.
- Soit le médecin recevant un patient en consultation pouvait lui demander au cours de celle-ci s'il acceptait de répondre au questionnaire (sous réserve là encore que le patient répondait aux critères d'inclusion de l'étude).

C. Recueil des données

1. Analyse statistique

Le recueil des données s'est effectué de manière anonyme dans un tableau du logiciel Excel. L'anonymat des données a été préservé en chiffrant par un nombre à 3 chiffres chaque réponse du questionnaire. Cette étude ne disposait que de variables de type qualitative, c'est pourquoi l'ensemble des caractéristiques à l'inclusion, ainsi que les variables d'intérêt ont été décrites en termes d'effectifs et de pourcentages.

2. Traitement des réponses

Les questions de la 1^{ère} partie visaient avant tout à décrire les caractéristiques de l'échantillon étudié dans un but de représentativité par rapport à la population cible de référence soit tous les patients de la région Occitanie.

Les questions relatives aux moyens mis en œuvre par les patients pour trouver un médecin traitant avaient pour but d'évaluer et de quantifier le nombre de démarches faites par ceux-ci pour en trouver un. Il n'y avait pas de bonne ou de mauvaise réponse à ces différentes questions.

J'ai interrogé un échantillon de 5 à 10 patients pour rédiger la question relative aux motivations des patients à trouver un médecin traitant où étaient proposées 15 assertions. Il était proposé au patient interrogé de cocher les 3 assertions qui lui paraissaient les plus pertinentes. Certains patients ont répondu plus ou moins 3 ou aucune de ces assertions mais nous les avons quand même prises en compte.

III. RESULTATS

A. Recueil des participants

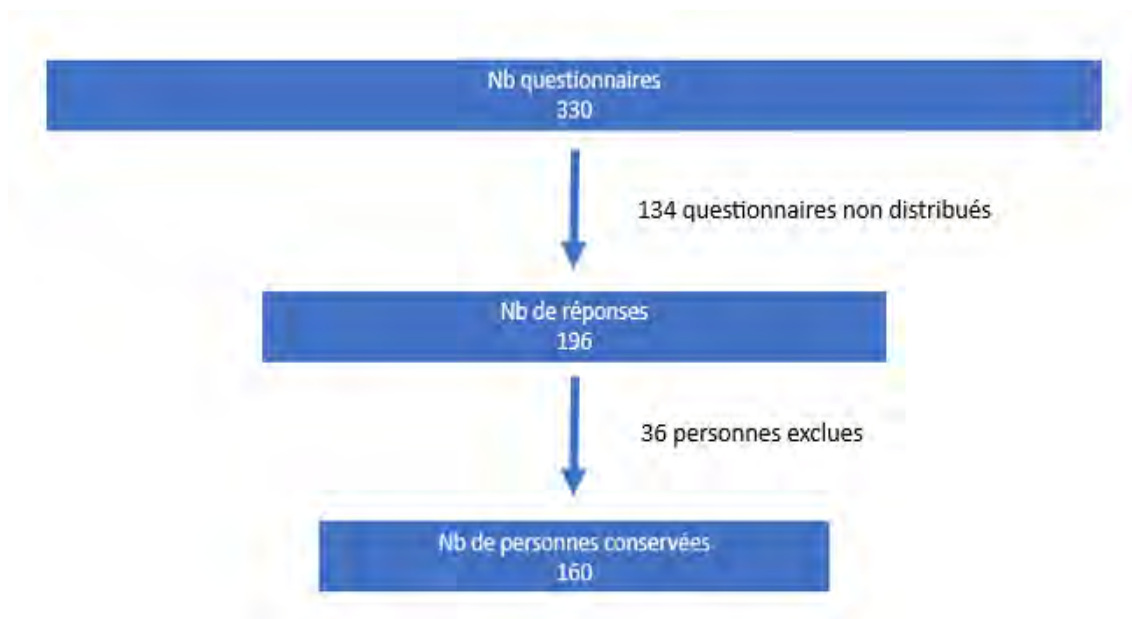


Figure 1 : Diagramme de flux

Nous avons distribué en tout 330 questionnaires dans les 6 cabinets (stockés au secrétariat ou dans le bureau du médecin en fonction du mode de distribution choisi). 134 d'entre eux n'ont jamais pu être distribués aux patients car nous n'avions pas assez de patients se présentant comme n'ayant pas de médecin traitant (en effet la majorité des patients consultant au cabinet avaient déjà un médecin traitant qui exerçait dans ledit cabinet). Parmi les 196 exemplaires ayant pu être distribués aux patients, 36 ont été exclus car présentant un critère d'exclusion (1 mineur et 35 patients ayant coché la case « oui » à la question « avez-vous un médecin traitant ? ». Il y a donc finalement 160 d'entre eux qui ont pu être inclus soit un taux de participation de 48%.

B. Population de l'étude

1. Description de l'échantillon

	Effectifs	Proportion
Age		
18-25	30	19%
26-39	70	44%
40-59	30	19%
60+	30	19%
Sexe		
Homme	63	39%
Femme	97	61%
Niveau d'études		
Brevet/BAC	56	35%
≤ BAC+3	45	28%
BAC+4/BAC+5	47	29%
> BAC+5	12	8%
Lieu de résidence actuel > 1 an		
Oui	114	71%
Non	46	29%
Nb enfants		
0	84	53%
1-2	58	36%
≥3	18	11%

Figure 2 : Description de l'échantillon

2. Population en recherche d'un médecin traitant

Parmi les patients de l'étude, 27 déclarent ne pas chercher de médecin traitant soit 17% de l'échantillon. A l'inverse, 133 d'entre eux déclarent en chercher un soit 83%.

C. Résultats de l'étude

1. Nombre de médecins contactés par les patients

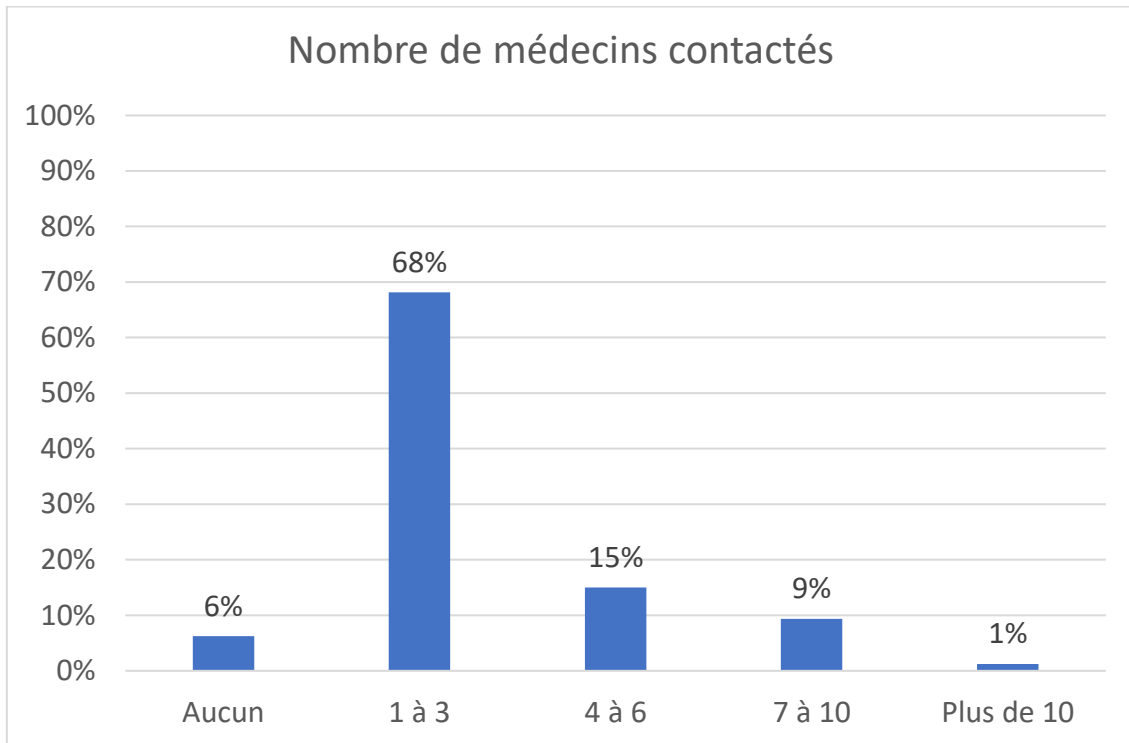


Figure 3 : Nombre de médecins contactés

La majorité des patients de l'étude, 109 d'entre eux soit 68%, déclarent avoir contacté entre 1 à 3 médecins pour leur demander s'il pouvait être leur médecin traitant. 10 d'entre eux soit 6% déclarent n'en avoir contacté aucun, 24 d'entre eux soit 15% déclarent en avoir contacté entre 4 à 6, 15 d'entre eux soit 9% déclarent en avoir contacté entre 7 à 10 et enfin 2 d'entre eux soit 1% déclarent en avoir contacté plus de 10.

En résumé, 2/3 des patients cherchant un médecin traitant contactent moins de 3 médecins.

2. Contact par téléphone

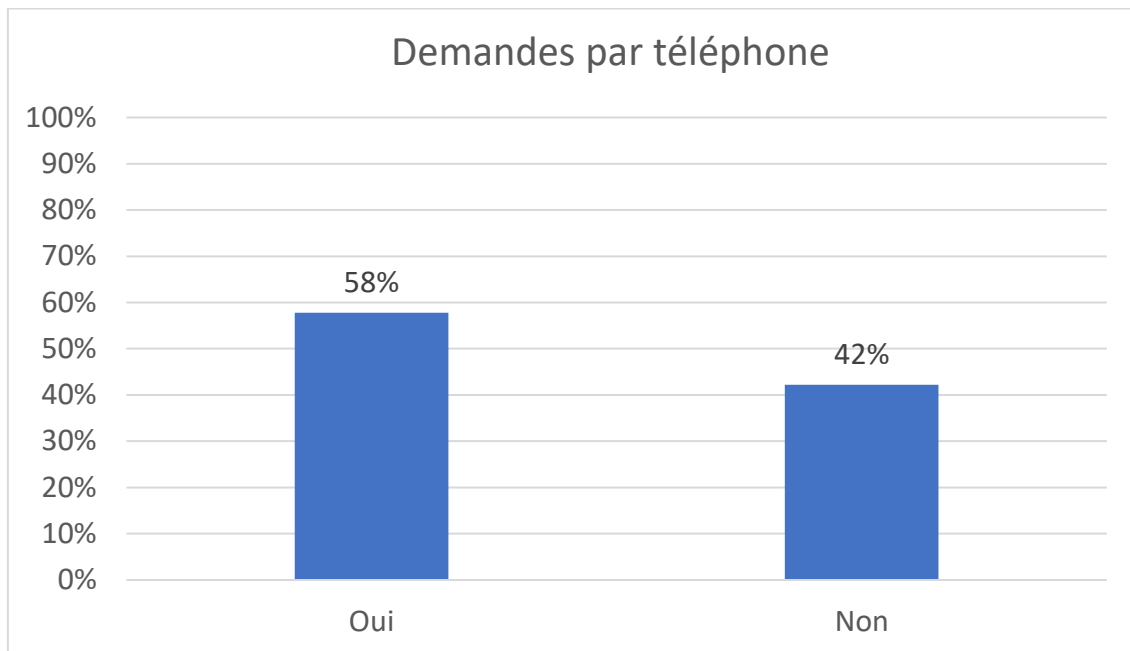


Figure 4 : Demandes par téléphone

A la question « les avez-vous contactés par téléphone ? », parmi les patients ayant répondu avoir contacté un médecin, 58% l'ont ou les ont contacté par téléphone.

3. Nombre de médecins contactés par téléphone

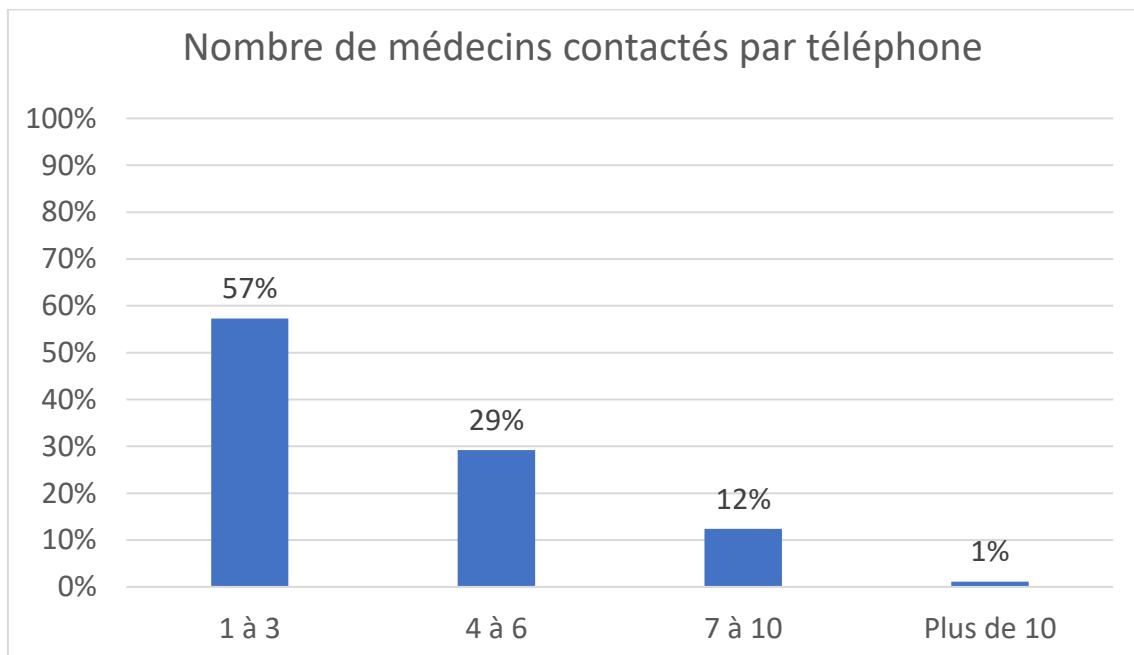


Figure 5 : Nombre de médecins contactés par téléphone

Parmi les 89 personnes ayant répondu « oui » à la question de « Avez-vous fait votre demande par téléphone ? », 51 d'entre eux soit 57% déclarent en avoir appelé 1 à 3, 26 d'entre eux soit 29% déclarent en avoir appelé 4 à 6, 11 d'entre eux soit 12% déclarent en avoir appelé 7 à 10 et enfin 1 seul d'entre eux soit 1% déclare en avoir appelé plus de 10.

4. Consultation dédiée

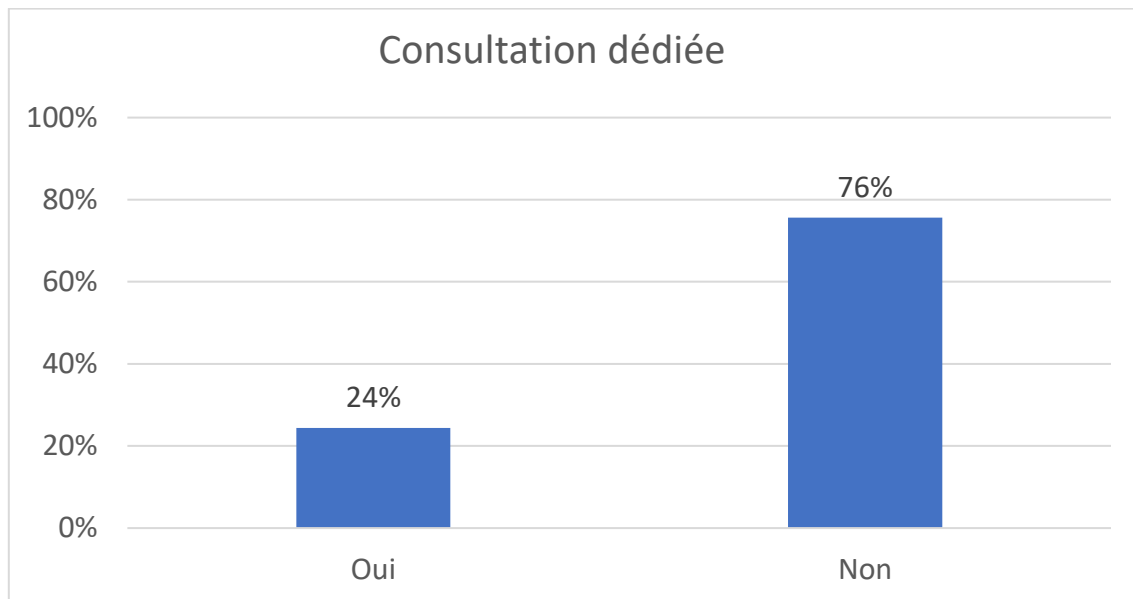


Figure 6 : Consultation dédiée à la demande

A la question « une consultation a-t-elle déjà été dédiée à cette demande ? », 39 d'entre eux soit 24% répondent « oui », les 121 autres soit 76% répondant « non ».

On constate donc que quasiment $\frac{1}{4}$ des patients déclare avoir pris un rendez-vous de consultation uniquement au motif de formuler leur demande de rattachement comme médecin traitant.

5. Autre motif de consultation

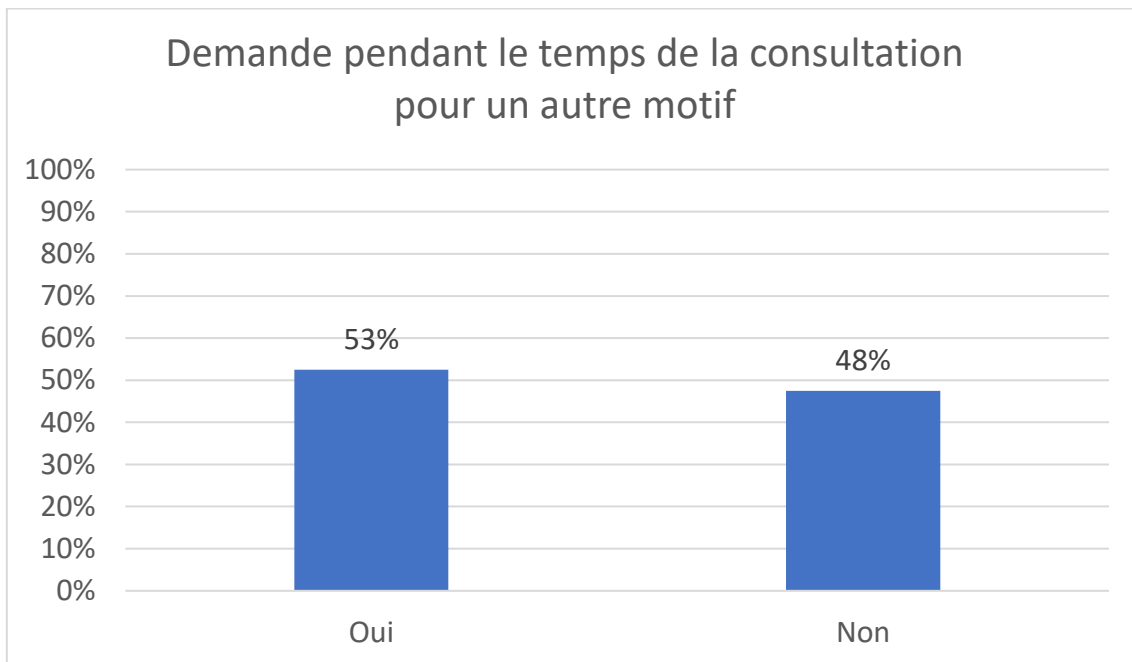


Figure 7 : Demande au cours d'une consultation

84 des patients soit 53% déclarent avoir déjà consulté pour un autre motif et profité du temps de la consultation pour demander au médecin s'il pouvait être leur nouveau médecin traitant, vs les 76 autres soit 48% qui déclarent ne l'avoir jamais fait.

6. Demande d'aide auprès de la CPAM

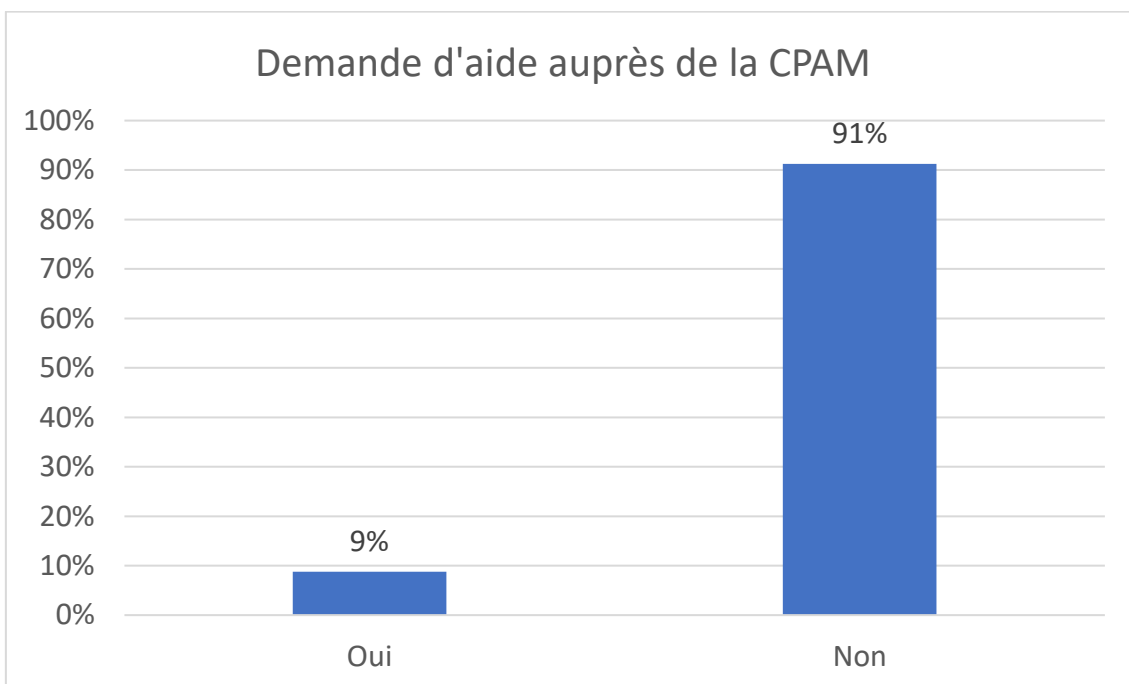


Figure 8 : Aide de la CPAM

Une grande majorité, 146 patients soit 91%, déclarent ne jamais avoir contacté la CPAM dans le cadre de leur recherche de médecin traitant. Seulement 14 d'entre eux soit 9% déclarent l'avoir fait.

7. Demande d'aide auprès du CDOM

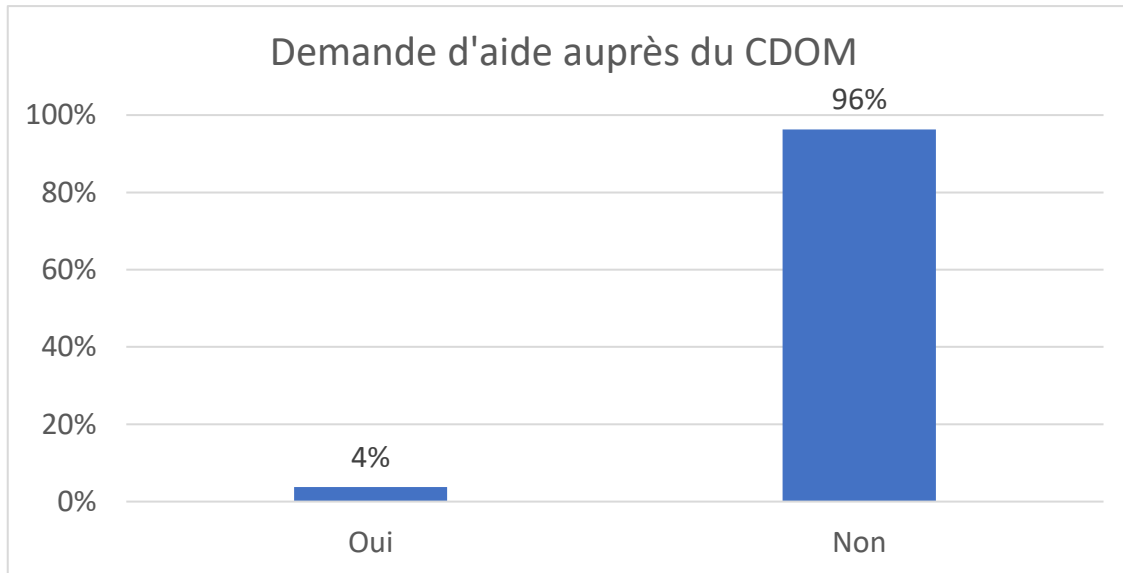


Figure 9 : Aide du CDOM

Une grande majorité des patients, 154 soit 96% déclarent ne jamais avoir contacté le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins pour les aider dans leur recherche, seulement 6 d'entre eux soit 4% y auraient eu recours.

8. Demande d'aide auprès de la mairie

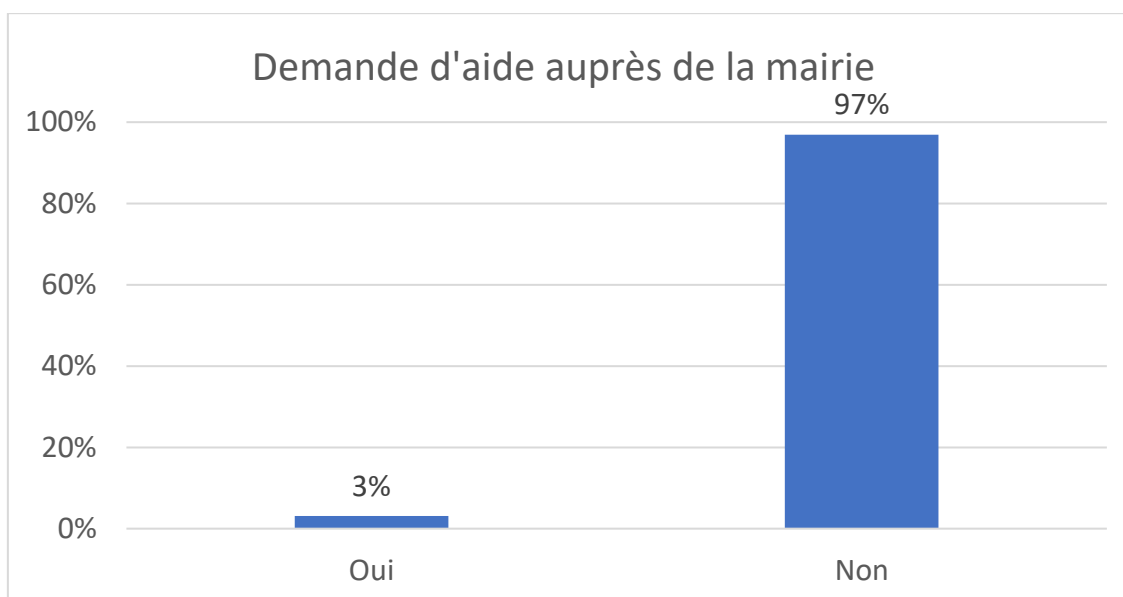


Figure 10 : Aide de la mairie

Là encore, une très grande majorité, 155 soit 97% des patients, déclarent ne jamais avoir demandé d'aide auprès de la mairie dans le cadre de leur recherche. Seuls 5 d'entre eux, soit 3%, déclarent y avoir eu recours.

9. Motivations des patients

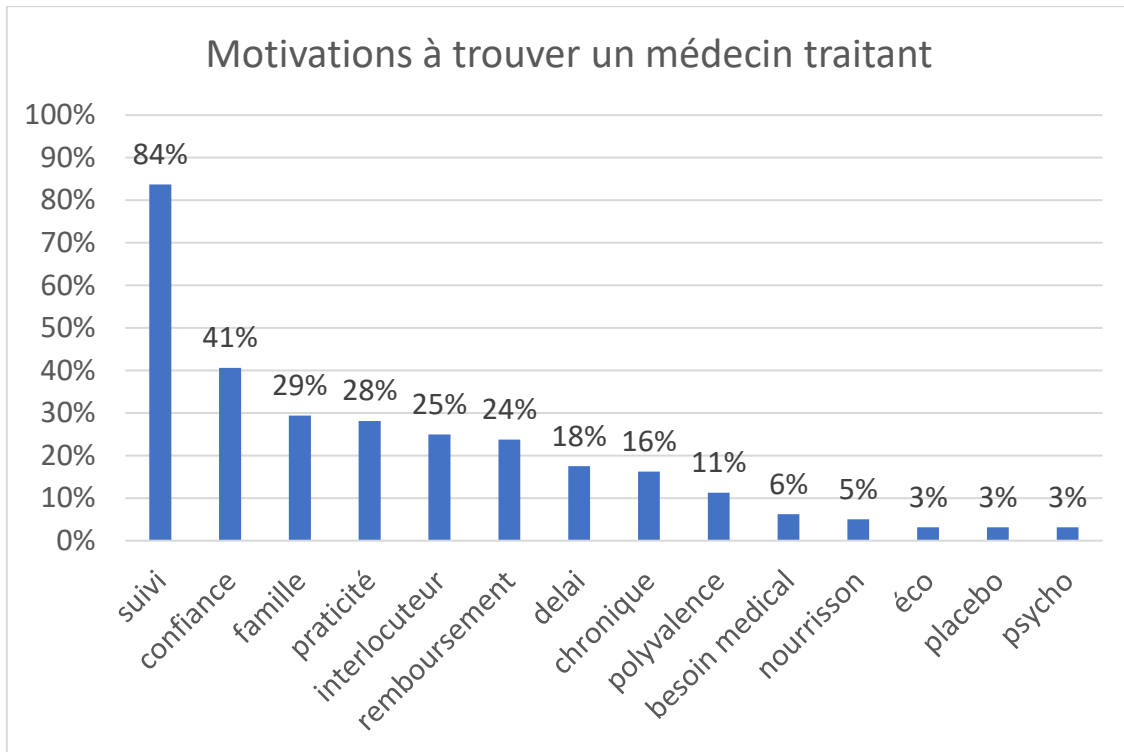


Figure 11 : Motivations à trouver un médecin traitant

Nous avons demandé aux patients quelles étaient leurs motivations les plus importantes pour trouver un médecin traitant. Pour cela, il leur a été demandé de cocher 3 propositions parmi une liste de 15 propositions possibles. Certains d'entre eux n'ont pas répondu à cette question, d'autres en ont coché moins de 3 et d'autres plus de 3. Nous avons comptabilisé le nombre de réponses cochées pour chaque patient, prenant toutes les données en compte.

La motivation la plus citée est celle de l'assurance d'un suivi médical, et la garantie d'être dans un parcours de santé coordonné et bien suivi. Cette réponse a été cochée par 134 des patients soit 84% d'entre eux.

Nous retrouvons ensuite comme 2^{ème} motivation la plus importante la notion de personne de confiance, notamment vis-à-vis du secret médical. 65 des patients l'ont coché soit 41% d'entre eux.

On retrouve ensuite 4 autres motivations de milieu haut de classement, chacune entre 29 et 24%.

- La notion de médecin de famille : ce médecin assurant le suivi médical de tous les membres de la famille du patient, il représente une personne de confiance pour le patient qui le considère comme un proche de son cercle familial. 47 patients soit 29% d'entre eux ont cité cette raison.
- L'aspect de praticité pour les certificats médicaux, de sport ou pour un arrêt de travail par exemple pour 45 d'entre eux soit 28% d'entre eux.
- Le fait d'avoir un interlocuteur privilégié de 1^{er} recours en cas de besoin pour 40 d'entre eux soit 25% d'entre eux.
- Le remboursement de soins, notamment de la consultation, des médicaments ou pour l'orientation éventuelle vers un spécialiste pour 38 d'entre eux soit 24% d'entre eux.

On retrouve ensuite 3 motivations en milieu bas de classement, entre 18 à 11% :

- Le délai de consultation plus court que pour un spécialiste pour 28 des patients interrogés soit 18% d'entre eux.
- Le suivi de maladie chronique pour les patients porteurs d'une maladie chronique par exemple ayant besoin d'un suivi médical régulier avec le même interlocuteur, cité par 26 patients interrogés soit 16% d'entre eux.
- La polyvalence des compétences du médecin et l'aspect pluridisciplinaire de ses connaissances pour 18 des patients interrogés soit 11% d'entre eux.

En bas de classement entre 6 et 3% nous retrouvons les 5 dernières motivations proposées soit :

- Un besoin médical accru coché par 10 des patients soit 6% d'entre eux ; ces patients se disant régulièrement malades et nécessitant une forte consommation de soins.
- L'obligation de suivi du nourrisson avec les examens obligatoires notamment les vaccins, cité par 8 patients soit 5% d'entre eux.
- Une raison économique, la consultation avec un généraliste étant généralement moins chère qu'avec un spécialiste, citée par 5 patients soit 3% d'entre eux.
- La réassurance psychologique/l'effet placebo de savoir que l'on a un médecin traitant « au cas où » cité par 5 patients soit 3% d'entre eux.

- Le recours à un soutien psychologique sans passer par un psychologue, cité par 5 patients soit 3% d'entre eux.

IV. DISCUSSION

A. Les principaux résultats

Pour rappel, dans cette étude nous comptons 160 participants sur 330 questionnaires distribués soit un taux de participation de 48%.

Les patients de l'étude étaient majoritairement des femmes (61%), âgées de 26 à 39 ans (44%). Le niveau d'étude était majoritairement d'un niveau brevet/bac (35%), ils n'avaient pas enfant (53%) et vivaient dans leur lieu de résidence actuel depuis plus d'un an (71%). La très grande majorité des patients interrogés déclarait être en recherche d'un médecin traitant (83%).

Le premier élément sur lequel nous pouvons nous interroger est de constater que, malgré le fait que la grande majorité des patients vivent dans leur lieu de résidence actuel depuis plus d'un an ils n'ont pour autant pas de médecin traitant, ce qui pourrait nous faire nous questionner sur le caractère réellement urgent ou préoccupant pour les patients d'avoir un médecin traitant ou non. On peut imaginer que si cela était un besoin important et une réelle problématique les patients se seraient employés plus rapidement à trouver une solution.

Concernant les moyens mis en œuvre par les patients pour trouver un médecin traitant on constate que les patients ont en moyenne tenté de contacter 1 à 3 médecins dans leur recherche (68%), principalement par téléphone (58%) avec là encore 1 à 3 médecins appelés pour la plupart (57%). Également là encore, cela nous pousse à nous interroger sur leurs motivations, car 3 médecins contactés cela reste relativement peu, d'autant que cette demande se fait donc en majorité par téléphone, là encore ce qui témoigne d'un manque de sérieux dans la démarche car on peut difficilement imaginer dans quelle mesure une demande de ce type peut-elle être acceptée par téléphone, qui plus est sans jamais avoir vu le patient et en ne sachant donc pas si une réelle relation de confiance peut s'établir entre eux. Il est qui plus est curieux de formuler une telle demande par téléphone car le patient ne peut pas savoir si le médecin va lui convenir juste en l'ayant au bout du fil.

Les patients en général ne sollicitent pas un rendez-vous de consultation expressément pour cette demande (76%) mais formulent leur demande de médecin traitant au cours d'une consultation prise pour un autre motif (53%).

Il serait intéressant de faire une étude complémentaire visant à étudier les facteurs qui feraient qu'un médecin accepte ou non de prendre un patient dans sa patientèle, quels seraient les éléments et les facteurs que devraient mettre en place le patient pour avoir le plus de chances possibles de se faire accepter en tant que nouveau patient dans la patientèle de celui-ci. On peut aisément imaginer que le médecin souhaiterait avant tout rencontrer le patient en personne pour pouvoir discuter avec lui, s'enquérir de ses antécédents et d'appréhender dès les premiers instants si une relation de confiance médecin/patient peut facilement se mettre en place entre eux deux. En effet un contrat de soins qui s'opère et qui lie un patient avec son médecin ne peut se mettre en place par téléphone. Le premier conseil que nous pourrions donc délivrer aux patients dans leur recherche est d'aller directement voir le ou les médecin(s) pour leur formuler directement leur demande après un temps de consultation dédié.

En termes de demande d'aide dans leur recherche il est intéressant de constater que la très grande majorité des patients interrogés ne s'est jamais rapprochée d'organismes ou de structures telles que la CPAM (91%), le CDOM (96%) ou la mairie (97%), possiblement par méconnaissance.

Les résultats de cette étude laissent donc suggérer que les patients pourraient être mieux informés de l'existence de différentes aides et moyens mis à leur disposition pour trouver un médecin traitant.

Concernant les motivations citées par les patients à trouver un médecin traitant, celle de la nécessité d'un suivi médical et d'être dans un parcours de soins coordonné, apparaissait comme étant la plus importante (84%). La motivation à trouver une personne de confiance assurant le secret médical, est également souvent citée (41%).

Nous pouvons mettre en évidence qu'énormément de motivations différentes et variées ont été mises en avant par les patients pour exprimer leur besoin de médecin traitant, reflétant le caractère polyvalent du rôle du médecin traitant. Même si celles-ci ont été plébiscitées à des degrés divers, toutes revêtent leur caractère d'importance et doivent être considérées. Certains patients ont même coché plus de 3 assertions (allant parfois jusqu'à 8), montrant réellement le caractère plurifactoriel de leurs motivations, ne pouvant se résumer au nombre de trois.

Le fait que le parcours de soins coordonné ait été l'assertion la plus largement cochée nous invite à penser que la réforme du médecin traitant a été un événement marquant pour

les patients, leur permettant de désigner une personne référente pour suivre leur santé et centraliser leurs demandes de soins. Cette évolution dans le parcours de soins a donc été bien acceptée par les patients car étant maintenant plébiscitée comme une source de motivation fondamentale dans leur recherche de médecin traitant.

Le fait que les notions de personne de confiance et de secret médical aient aussi été largement cochées nous montre bien que les patients accordent une place privilégiée et particulière au médecin traitant, celui-ci n'étant pas juste « quelqu'un qui dispense des soins » mais bien une personne morale à part entière qui est là pour accueillir et assurer la sécurité morale des personnes en recueillant leur parole dans un cadre bienveillant et sécurisant.

B. Forces et limites de l'étude

1. Les forces

La thématique de notre étude est un sujet majeur et d'actualité dans notre société actuelle, la pénurie de médecins traitants étant maintenant source de nombreuses discussions et projets politiques en France.

On retrouve dans la littérature spécialisée de nombreux travaux et études concernant les déserts médicaux et le manque de soins primaires, et leurs conséquences sur la population, mais aucune étude ne s'était jamais réellement intéressée aux moyens mis en œuvre par les patients pour faire face à cette situation de pénurie. Les motivations des patients n'avaient elles non plus jamais été analysées.

Le nombre de participants à notre étude était très satisfaisant puisque nous avons obtenu un taux de participation supérieur à celui espéré (48%).

Concernant la méthodologie de l'étude nous avons utilisé un questionnaire avec des réponses fermées afin de pouvoir analyser statistiquement toutes les données.

2. Les limites

Néanmoins, étant donné la méthodologie de notre étude, nous devons reconnaître certaines limites.

Premièrement les cabinets où ont été distribués les questionnaires étaient entre autres des MSP avec des MSU, les patients ne sont donc pas représentatifs de la population générale.

Également, nous n'avons pas pu écarter un biais de sélection. En effet notre étude était basée sur le fait que les patients acceptaient de remplir le questionnaire, et l'on peut raisonnablement penser que c'est aussi parce que le sujet les intéressait, voire parce qu'ils pensaient peut-être que nous allions les aider dans leur recherche. De plus nous pouvions constater que notre échantillon n'était pas représentatif de la population générale car composé majoritairement de jeunes femmes.

Il existe également un biais de confusion car nous nous sommes rendu compte que certains termes évoqués dans le questionnaire ont pu ne pas avoir été bien compris. En effet le terme « CDOM » voulant dire « Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins » pouvait en faire partie, ainsi que le terme « CPAM » voulant dire « Caisse Primaire d'Assurance Maladie ». Il est à noter également que dans la question relative à l'âge, celui de 25 ans ferme la 1^{ère} catégorie et ouvre la 2^{ème}, pouvant perdre les patients ayant cet âge et ne sachant pas s'il fallait qu'ils cochent la catégorie « 18-25 ans » ou celle des « 25-39 ans ».

Le troisième biais présent était le biais de déclaration. Les participants ont pu inconsciemment diriger leurs réponses de manière à surestimer les démarches réellement effectuées dans le cadre de leur recherche.

C. Perspectives

Dans le contexte actuel de difficultés d'accès aux soins primaires avec une pénurie de médecins traitants partout sur le territoire français (87% de celui-ci est un désert médical et pas seulement les zones rurales), l'idée de cette étude était d'apporter des précisions et des informations complémentaires sur ce que cette situation de pénurie implique pour les patients. Nous voulions mieux quantifier et caractériser leur recherche pour pouvoir éventuellement apporter des pistes d'amélioration.

L'étude ayant révélé qu'il existait un manque d'informations pour les patients concernant les différentes sources d'aides dont ils pouvaient disposer dans leur recherche de médecin traitant, cela nous a questionné sur les moyens mis en œuvre à l'échelle nationale pour informer la population sur le recours possible à des organismes tiers pour les assister dans cette quête d'un médecin traitant.

La notion de recherche de médecin traitant étant indissociable de celle de la pénurie de médecins, cette étude souligne le caractère impérieux et urgent en termes de santé publique de trouver une solution rapide et viable concernant l'offre de soins sur tout le territoire. La suppression du Numerus Clausus ne s'étant faite qu'en septembre 2020, avec toujours un nombre d'années d'études d'au moins 10 ans pour les futurs médecins. Ceci combiné aux nombreux départs à la retraite de médecins généralistes en exercice dans les prochains mois et années à venir, l'offre de soins risque donc de se détériorer encore dans les années à venir avant d'espérer une inversion de la tendance.

La médecine générale a longtemps été l'une des spécialités médicales les moins prisées parmi les étudiants en médecine, mais une tendance à la hausse de son attrait a été observée ces dernières années. Les choix de spécialité des internes en médecine reflètent cette tendance, avec une occupation complète des postes en médecine générale depuis 2019, à l'exception de ceux relevant du contrat d'engagement de service public. Les indicateurs de classement, tels que le classement médian, le classement moyen et le classement du dernier interne à choisir la médecine générale, ont également augmenté entre 2017 et 2022. Cependant, la promotion 2023, récemment affectée à ses spécialités pour l'internat, semble indiquer une rupture de cette tendance. Selon l'indice d'attractivité élaboré par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), qui se fonde sur le classement des candidats ajusté en fonction du nombre de postes disponibles dans chaque spécialité, la médecine générale occupe la 42^{ème} place parmi les préférences des internes en 2023, sur un total de 44 spécialités. (11).

On peut s'interroger sur les raisons pour lesquelles la médecine générale a fait l'objet d'une perte d'attractivité de la part des étudiants en médecine dans le classement 2023 par rapport aux années précédentes et se demander s'il peut y avoir un lien avec le plan de réforme annoncé par le gouvernement en juin 2023, juste avant que ne s'effectuent les choix des étudiants.

Le gouvernement a en effet annoncé en effet un ensemble de mesures censées pallier au manque de médecins et à rendre plus attractive la spécialité de médecine générale, notamment par l'ajout d'une 4^{ème} année au diplôme d'études spécialisées de médecine générale (DES) et par une révision de sa maquette pédagogique (12).

L'annonce de cette 4^{ème} année pourrait potentiellement avoir eu un impact négatif sur le choix des futurs médecins s'interrogeant sur le choix de la médecine générale, cette piste

ne restant qu'une hypothèse. Les années à venir permettront sans doute d'apporter des informations supplémentaires et un premier constat sur cette réforme et sur les différentes révisions qu'elle implique de la spécialité.

Au-delà de la question du nombre de médecins généralistes en France, une autre priorité est la gestion de cette offre de soins, que pour tous les patients, qu'ils soient en zone rurale, semi rurale ou urbaine, puisse accéder à ces soins. Nous rappelons ici que 87% du territoire français est un désert médical, et pas seulement les régions dites « non attractives ».

En France actuellement, plusieurs dispositifs sont mis en place pour aider les patients à trouver un médecin traitant :

- **L'annuaire en ligne** : Le site internet de l'Assurance Maladie propose un annuaire en ligne permettant de rechercher un médecin traitant par spécialité, localisation géographique, langue pratiquée, etc.
- **Les plateformes de prise de rendez-vous en ligne** : Des plateformes telles que Doctolib, Maiia ou MonDocteur permettent de prendre rendez-vous en ligne avec des médecins traitants disponibles à proximité.
- **Les réseaux de santé** : Les réseaux de santé sont des structures regroupant des professionnels de santé de différents secteurs pour assurer une prise en charge globale et coordonnée des patients. Ils peuvent orienter les patients vers des médecins traitants adaptés à leurs besoins.
- **La mission socle numéro 1 des CPTS**: Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) sont des regroupements de professionnels de santé (médecins généralistes, spécialistes, infirmiers, pharmaciens, etc.) ainsi que d'acteurs médico-sociaux et associatifs œuvrant ensemble pour améliorer l'offre de santé sur un territoire donné. Leur but est de mettre en place une organisation facilitant la recherche d'un médecin traitant pour les patients, notamment ceux en affection longue durée (ALD), les patients en situation de précarité et/ou bénéficiant des dispositifs tels que la complémentaire santé solidaire (CSS (ex CMU-C)) ou l'aide médicale de l'état (AME), ceux présentant plusieurs pathologies ou encore les personnes vulnérables, dans le respect du libre choix des patients et des médecins.

Elles vont s'acquitter de leur tâche de plusieurs façons :

- Centralisation de l'information : Centralisation de l'information : Les CPTS peuvent fournir des informations centralisées sur les professionnels de santé disponibles pour accepter de nouveaux patients en tant que MT dans leur zone d'intervention.
- Orientation et conseil : Les CPTS peuvent orienter les patients vers les professionnels de santé adéquats en fonction de leurs besoins spécifiques. Ils peuvent également conseiller sur la manière de trouver un médecin traitant en fonction de critères tels que la proximité géographique, les spécialités médicales requises, ou les contraintes de langue ou de mobilité.
- Action de recrutement : Les CPTS s'attachent à rendre leur territoire attractif : mise en place des actions de recrutement de professionnels de santé sur leur territoire afin de pallier les pénuries éventuelles de médecins traitants.

V. CONCLUSION

Notre étude avait pour but de déterminer les moyens mis en œuvre par les patients pour trouver un médecin traitant mais aussi de comprendre les motivations des patients à trouver un médecin traitant.

L'étude a donc montré que la grande majorité des patients interrogés se déclarant sans médecin traitant sont dans une démarche active de recherche. Ils ont en effet contacté plusieurs médecins généralistes et ce par divers moyens, n'hésitant pas à multiplier les appels téléphoniques ou à se rendre dans plusieurs cabinets différents.

Concernant les motivations citées par les patients à trouver un médecin traitant, celle de bénéficier d'un suivi médical régulier apparaît comme étant la plus importante. La motivation à trouver une personne de confiance assurant le secret médical, est également souvent citée (41%). Cette étude nous rappelle aussi la place importante qu'occupe le médecin traitant dans la vie des patients, que ce soit pour son rôle de conseil, de suivi du dossier médical ou pour son rôle de personne de confiance à qui l'on peut se confier sans crainte. L'image du médecin de famille reste donc bien présente dans l'esprit des patients avec ce statut de proche que certains patients lui associent même.

L'étude a aussi permis de révéler le manque de connaissance des patients sur les différents moyens d'aide mis à leur disposition pour les accompagner dans leur recherche de médecin traitant, comme la CPAM, le CDOM ou encore la mairie.

La France a d'ores et déjà pris la mesure du problème depuis plusieurs dizaines d'années et continue de mettre en place des moyens d'améliorer l'accessibilité aux soins et les dispositifs de facilitation d'accès pour les patients avec notamment la place de plus en plus importante des CPTS dans cette démarche de coordination et d'offre de soins.

La recherche d'un médecin traitant est donc plus que jamais un enjeu majeur de santé publique en France. Il est essentiel que chaque personne vivant sur notre territoire puisse avoir un accès de qualité aux soins de premier recours, en ayant un médecin traitant, que ce soit en ville ou en campagne, dans un souci d'égalité et de justice sociale.

Toulouse, le 13 mai 2024
Vu, permis d'imprimer,

La Présidente de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation, le Doyen-Directeur du Département de
Médecine, Maïeutique, Paramédical
Professeur Thomas GEERAERTS

Vu, le Président du Jury
Pr. Stéphane OUSTRIC

Directeur de thèse : Dr Odile BOURGEOIS



BIBLIOGRAPHIE

1. Sénat [Internet]. 2023 [cité 21 avr 2024]. Rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins : agir avant qu'il ne soit trop tard. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r21-589/r21-589.html>
2. Dumontet M, Buchmueller T, Dourgnon P, Jusot F, Wittwer J. Gatekeeping and the utilization of physician services in France: Evidence on the Médecin traitant reform. *Health Policy Amst Neth.* juin 2017;121(6):675-82.
3. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Etude sur l'installation des jeunes médecins. 11 avr 2019;27.
4. A D, A D. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 20 août 2023]. Plan d'action pour améliorer l'accès aux soins dans les territoires. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/plan-d-action-pour-ameliorer-l-acces-aux-soins-dans-les-territoires>
5. vie-publique.fr [Internet]. [cité 20 août 2023]. Proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/loi/289899-acces-aux-soins-deserts-medicaux-proposition-de-loi-valletoux>
6. Lucas-Gabrielli V, Mangeney C. Comment améliorer les mesures d'accessibilité aux soins pour mieux cibler les zones sous-denses ? *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* 1 févr 2019;67:S25-32.
7. Lucas-Gabrielli V, Chevillard G. « Déserts médicaux » et accessibilité aux soins : de quoi parle-t-on ? *médecine/sciences.* 1 juin 2018;34(6-7):599-603.
8. Gao F, Languille C, Karzazi K, Guhl M, Boukebous B, Deguen S. Efficiency of fine scale and spatial regression in modelling associations between healthcare service spatial accessibility and their utilization. *Int J Health Geogr.* 19 mai 2021;20(1):22.
9. Gao F, Kihal W, Le Meur N, Souris M, Deguen S. Assessment of the spatial accessibility to health professionals at French census block level. *Int J Equity Health.* 2 août 2016;15(1):125.
10. Hedden L, Ahuja MA, Lavergne MR, McGrail KM, Law MR, Cheng L, et al. How long does it take patients to find a new primary care physician when theirs retires: a population-based, longitudinal study. *Hum Resour Health.* 23 juill 2021;19:92.
11. Challangel. La médecine générale : une spécialité en perte d'attractivité [Internet]. 2023 [cité 21 avr 2024]. Disponible sur: <https://petitesannonces.macsf.fr/blog/actus/36/La%20m%C3%A9decine%20g%C3%A9n%C3%A9rale%20:%20une%20sp%C3%A9cialit%C3%A9%20en%20perte%20d%27attractivit%C3%A9>

12. A D, A D. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2024 [cité 26 janv 2024]. Le Gouvernement dévoile des mesures fortes pour soutenir l'avenir de la médecine générale. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/le-gouvernement-devoile-des-mesures-fortes-pour-soutenir-l-avenir-de-la>

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux.....	13
Figure 2 : Description de l'échantillon.....	14
Figure 3 : Nombre de médecins contactés.....	15
Figure 4 : Demandes par téléphone	16
Figure 5 : Nombre de médecins contactés par téléphone	16
Figure 6 : Consultation dédiée à la demande.....	17
Figure 7 : Demande au cours d'une consultation	18
Figure 8 : Aide de la CPAM	18
Figure 9 : Aide du CDOM	19
Figure 10 : Aide de la mairie	19
Figure 11 : Motivations à trouver un médecin traitant	20

ANNEXES

Questionnaire d'étude :

Recherche d'un médecin traitant

Je suis interne en médecine générale et souhaite réaliser ma thèse d'exercice sur les moyens mis en œuvre par les patients pour trouver un médecin traitant. Si vous êtes concernés et que vous n'avez pas de médecin traitant acceptez vous de remplir ce questionnaire ?

Ce questionnaire a pour but de collecter les informations de manière anonymisée. Pas plus de 3 min sont nécessaires pour remplir ce questionnaire.

AVEZ-VOUS UN MÉDECIN TRAITANT ?

- Oui
- Non

EN CERCHEZ VOUS UN ?

- Oui
- Non

QUEL AGE AVEZ-VOUS ?

- Entre 18 et 25 ans
- Entre 25 et 39 ans
- Entre 40 et 59 ans
- 60 ans ou plus

ETES-VOUS UN HOMME OU UNE FEMME ?

- Homme
- Femme

QUEL EST VOTRE NIVEAU D'ETUDES ?

- Brevet des collèges ou Baccalauréat
- Inférieur ou égal à BAC +3
- Entre BAC +3 et BAC +5
- Supérieur à BAC +5

VIVEZ VOUS DANS VOTRE LIEU DE RESIDENCE ACTUEL DEPUIS PLUS D'1 AN ?

- Oui
- Non

COMBIEN AVEZ VOUS D'ENFANTS ?

- Aucun
- 1 à 2
- 3 ou plus

COMBIEN DE MÉDECINS AVEZ-VOUS CONTACTÉ POUR ÊTRE LE MÉDECIN TRAITANT ?

- 1 à 3
- 4 à 6
- 7 à 10
- Plus de 10

LES AVEZ VOUS CONTACTÉ PAR TÉLÉPHONE ? SI OUI COMBIEN ?

- Oui
- Non

- 1 à 3
- 4 à 6
- 7 à 10
- Plus de 10

UNE CONSULTATION A T-ELLE DÉJÀ ÉTÉ DÉDIÉE À CETTE DEMANDE ?

- Oui
- Non

AVEZ-VOUS DÉJÀ CONSULTÉ POUR UN AUTRE MOTIF ET PROFITEZ DU TEMPS DE LA CONSULTATION POUR DEMANDER SI LE MÉDECIN PRENAIT DES NOUVEAUX PATIENTS ?

- Oui
- Non

AVEZ-VOUS DÉJÀ APPELÉ LA CPAM POUR VOTRE RECHERCHE DE MÉDECIN TRAITANT ?

- Oui
- Non

AVEZ-VOUS DÉJÀ APPELÉ LE CDOM POUR VOTRE RECHERCHE DE MÉDECIN TRAITANT ?

- Oui
- Non

AVEZ-VOUS DÉJÀ APPELÉ LA MAIRIE POUR VOTRE RECHERCHE DE MÉDECIN TRAITANT ?

- Oui
- Non

QUELLES SERAIENT VOS MOTIVATIONS À TROUVER UN MÉDECIN TRAITANT ? CHOISISSEZ 3 REPONSES PARMIS LES PROPOSITIONS SUIVANTES

- Suivi médical (parcours de santé/"être suivi")
- Interlocuteur privilégié (1er recours)
- Remboursement de soins (consultation/médicaments/orientation spécialiste)
- Personne de confiance (secret médical)
- Praticité (certificats médicaux, de sport, arrêt de travail..)
- Raison économique (consultation avec un médecin généraliste moins chère qu'avec un spécialiste)
- Réassurance psychologique/effet placebo (être rassuré de savoir que l'on a un médecin traitant "au cas ou")
- Besoin médical accru (régulièrement malade/forte consommation de soins)
- Suivi maladie chronique
- Recours à un soutien psychologique sans passer par un psychologue
- Polyvalence des compétences
- Délai de consultation plus court que pour un spécialiste
- Obligation suivi nourrisson (examens obligatoires/vaccins)
- Médecin de famille

AUTEUR : Laurène CHARDONNAL

TITRE : LES PATIENTS CHERCHENT UN MEDECIN TRAITANT : COMMENT S'Y PRENNENT ILS ? AVEC QUELLES MOTIVATIONS ?

DIRECTEUR DE THÈSE : Pr Odile BOURGEOIS

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Le 21 mai 2024 à Toulouse

Résumé en français

La question de la pénurie de médecins généralistes et des déserts médicaux est un sujet préoccupant en France à l'heure actuelle. Notre recherche s'est intéressée aux moyens mis en œuvre par les patients pour trouver un médecin traitant et les motivations qu'avaient ceux-ci à en trouver un. Il s'agit ici d'une étude observationnelle descriptive transversale par questionnaires distribués aux patients dans différents cabinets et Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) de la région Occitanie. Les résultats montrent que la grande majorité des patients sont dans une démarche active de recherche mais présentent quelques lacunes dans les moyens utilisés, notamment de par le faible nombre de médecins contactés, le moyen utilisé (téléphone) et l'absence de demande d'aides extérieures. De nombreuses motivations différentes ont été citées de la part des patients comme étant moteurs de leur recherche, traduisant le caractère polyvalent du rôle du médecin traitant et son importance pour ceux-ci.

Research summary

TITLE: PATIENTS SEEKING FOR A GENERAL PRACTITIONER: HOW DO THEY PROCEED? WHAT ARE THEIR MOTIVATIONS?

Shortage of general practitioners and medical deserts have become burning issues in France over the last few years. Our research has focused on the methods used by patients to find out a primary care physician and the motivations behind their search. The study we have conducted is an observational cross-descriptive study using questionnaires distributed to patients in various doctor's offices and multi-disciplinary health centers (MSP in french) in the Occitanie region. The results indicate that the vast majority of patients are actively searching for a general practitioner, although most of them exhibit some deficiencies on how to successfully manage that search, notably in terms of the low number of doctors contacted, or phone contact being the predominant and single contact method. Last but not least, patients often ignore that they can benefit from external assistance to facilitate their search. Various motivations to find out a generational practitioner have been cited by patients as driving factors in their research, which highlights the multifaceted role of the primary care physician and its importance for patients.

Mots-Clés : Recherche médecin traitant – Désert médical – Pénurie médecins – Offre de soins – Motivations patients

Key words: Search of general practitioner – Medical Desert – Shortage of primary care physicians – Care offer – Patient's motivations

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Administrative discipline : GENERAL MEDICINE

Faculté de Santé – 37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE - France