

Année 2024

2024 TOU3 1064

THÈSE

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

Présentée et soutenue publiquement

par

Jean FLORANTY

Le 09 juillet 2024

**L'ISOLEMENT DU MEDECIN AU TRAVERS DU MODE D'EXERCICE,
DU TYPE DE STRUCTURE, DU LIEU D'INSTALLATION, ET DE L'ENVIRONNEMENT MEDICAL,
A-T-IL UNE INFLUENCE SUR LA PRISE EN CHARGE DE SES PROCHES ?**

Directeur de thèse : Dr Yohann VERGÈS

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ

Président

Monsieur le Docteur Yohann VERGÈS

Assesseur

Monsieur le Docteur Guillaume COUET

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-CHAUMEL 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. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MONROZES Xavier
Professeur Honoraire Associé	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. FORTANIER 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	

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

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

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ACCADBLED 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	Génétique
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. MALAVALD 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 vasculaire 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. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHE Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
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	Hépat-Gastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAL Louis (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme NOURHASHEM 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. CHALUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépat-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	Ophthalmologie	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	Ophthalmologie
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-BROUCHE Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GROLEAU 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. HUYGHÉ Eric	Urologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VAYSSIÈRE 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

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

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. CAVAGNAC 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-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie
M. GUBERT 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

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEL-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. BUSCAL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. LAPEBIE François-Xavier	Chirurgie vasculaire
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	M. LEPAGE Benoit	Pharmacologie et chimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. Curot Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATMEL 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 Lella
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle

REMERCIEMENTS

Remerciements aux membres du jury

Au professeur Pierre MESTHÉ :

C'est un honneur que vous me faites d'être président du Jury. Ce fut avec joie que j'ai appris que vous continuiez encore quelque mois à présider les thèses. Merci pour tout ce que vous avez fait en médecine générale, merci pour vos précieux enseignements.

Au directeur de thèse Dr Yohann VERGÈS :

Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse. Je me rappelle du jour où j'errais dans les couloirs lors du séminaire pour « devenir jeune chercheur » dans l'espoir de trouver un directeur.

Je pense avoir eu beaucoup de chance de tomber sur toi. Je te remercie de m'avoir accompagné tout le long de cette thèse et d'avoir réussi à dissiper mes doutes et recadré mes errances.

Au Dr Guillaume COUET :

Merci d'avoir accepté de juger mon travail. Tu es le représentant du cabinet où j'ai débuté mes remplacements de médecin généraliste. Je n'oublie pas ton accueil et celui de toute l'équipe depuis le début de mon activité professionnelle même lorsque j'étais étudiant en SASPAS chez Elisabeth. Merci pour ton professionnalisme, ton aide sur les cas compliqués et ta bonne humeur le matin au café.

Remerciements aux proches

A mes parents : quand on fait des enfants, on a l'espoir qu'un jour il trouve leur voie.

Désolé ! Ce fut long pour vous... Normalement cette fois-ci c'est la bonne : je ne rempilerai pas avec d'autres études. Finalement, je ne suivrai pas la voie familiale de la pharmacie.

Malgré toutes mes tergiversations vous m'avez éduqué, accompagné et aidé jusqu'au bout.

Merci pour votre amour et votre dévouement.

A mon frère Victor : J'ai recopié ton parcours jusqu'à la thèse de pharmacie et je pense avoir eu le meilleur exemple qui soit. Mais à un moment, il faut bien que je me différencie. Tu m'as

supporté jusque-là, merci pour ton amour. La pharmacie ne pouvait pas trouver meilleur repreneur. Maintenant, tu fondes une belle famille avec Carole et la petite princesse Emy.

A ma grand-mère qui vient de passer allègrement son 99^{ème} hiver, c'est un bonheur de t'avoir dans mon quotidien. Merci pour ta bonne humeur ta gentillesse et ton amour.

A Laura ma compagne : le jour de notre rencontre, je t'ai raconté mon parcours mais tu m'avais pris pour un mythomane. Aujourd'hui, tu as la preuve que je ne t'ai pas menti : Je préparais réellement un doctorat de médecine. Mais c'est bien à partir de ce jour que notre relation est née. Depuis, c'est un bonheur de tous les instants de vivre à tes côtés. Tu as dû supporter mes longues années d'études, mon concours de l'internat, mon internat et nous voilà au bout ensemble, dans une maison trop grande, un jardin trop grand mais avec beaucoup de projets... Je n'oublie pas le petit Jean-Yves, notre grand chasseur de mulot. Merci pour ton amour et ton soutien.

A Thérèse, ma marraine : dans cette thèse c'est bien toi qui as eu la plus lourde tâche : corriger mes fautes d'orthographe ! Merci pour ton dévouement et ton accompagnement sans faille depuis toujours. J'ai également une pensée à Jacques mon parrain qui me regarde depuis là-haut.

A ma famille et à ma belle-famille, merci pour votre soutien indéfectible, c'est toujours un bonheur de vous retrouver et de passer ensemble de bons moments.

A Cédric, Paul, Guillaume : vous êtes partis trop tôt pour me voir devenir docteur en médecine. Guillaume, tu as assisté à ma thèse de pharmacie, et après m'avoir vu faire ma passerelle en médecine j'ai réussi à te convaincre de faire de même bien que tu te savais probablement condamné. Certes, tu nous as quitté, mais en étudiant la discipline dont tu as toujours rêvé.

A mes amis d'enfance de saint Germain : A François, Julien, Cyril, JB, Kevin, Denis, Raphael et tant d'autres... mais aussi à l'équipe de l'étoile sportive de Saint Germain, aux requins... c'est grâce à vous qu'il fait bon vivre à Saint Germain. Il m'a été impossible de quitter ce village et même pendant mes études il ne s'est pas passé un weekend sans que je rentre au pays. Merci pour votre amitié.

A ceux rencontrés en pharmacie Fabrice, Xavier ; Maxime : Le temps a passé, on s'est perdu de vue. Cependant on a passé de formidables années à étudier la sporée des champignons et aussi à écumer les bars de Limoges.

A ceux rencontrés en médecine à limoges : à Mathilde Amélie et Anne qui m'ont accompagné tout au long de mon externat. On peut se souvenir de beaucoup de fêtes et de pas mal de séances de révision où Amélie apprenait tout par cœur, Mathilde angoissait et Anne dormait sur la table. C'est ensemble que l'on a réussi à réaliser nos projets pourtant bien différents. Mathilde et Amélie vous appréciez les patients peu bavards : l'une les intube et les met sous respirateur, l'autre les trempe dans la paraffine et les découpe en tranche. Anne on a le même parcours : étude de pharmacie, puis passerelle pour l'externat de médecine puis internat de médecine générale. Je ne t'ai rencontrée qu'à partir de médecine où tu m'as présenté ton petit Lisou. Depuis, vous vous êtes mariés devant un maître de cérémonie habillé en léopard. A cause de vous il m'est impossible d'aller à limoges sans passer par la Chassagne. Cette thèse est une des pierres pour notre édifice de bar « aux six thèses ».

Au Brass-Bouz-Band, fanfare des étudiants de médecine pharmacie de Limoges, je vous remercie pour votre tolérance vis-à-vis des trombonistes en plastique. Merci pour ces moments de fête et d'amitié.

A ceux rencontrés pendant mon internat, notamment la coloc de Villefranche de Rouergue Cathy Bastien Polo et à Lulu et Adrien qui ont quitté leur patrie limougeaude pour épouser la ferveur toulousaine, merci pour ces beaux moments d'internat.

A mes maîtres de stage : Dr Bloch qui nous regarde de là-haut, Dr Omez, Dr Gendre, Les urgentistes de Cahors, Dr Deville, Dr Jandric, Dr Lafontan, les hospitaliers de Villefranche de Rouergue, Dr Mallet Raoult, Dr Heimbürger, Dr Savignac, Dr Guilleux, Dr Chouvet, Dr Gicquel et Dr Demeixmoron, MERCI pour votre enseignement et votre bienveillance à mon égard.

A l'équipe de la MSP de Gramat Valérie, Muriel, Anaïs, Marie-Pierre, Angela, Aurore, Elisabeth, Guillaume qui me supportent depuis le début de mon activité professionnelle et tolèrent mes coups de fils à des heures improbables pour dissiper mes doutes.

Table des matières

THÈSE	1
Table des matières	9
I. Introduction.....	13
II. Matériels et méthode	15
A. Type d'étude	15
B. Population concernée :.....	15
C. Objectif de l'étude	15
1. Objectif principal	15
2. Objectifs secondaires	15
D. Elaboration du questionnaire	16
1. Définition :.....	16
2. Questionnaire.....	16
3. Données générales	16
4. Données d'isolement médical.....	16
5. Choix dans la notion de proches.....	18
6. Choix dans la notion de prise en charge des proches :	20
7. Adaptation du questionnaire en fonction des réponses	22
E. Etude descriptive	23
F. Etude analytique	23
1. Contrôle du risque alpha.....	23
2. Définition des critères pour l'analyse principale.....	23
3. Résumé des analyses réalisées.....	26
G. Diffusion, et support du questionnaire, anonymisation et protection des données ...	27
H. Logiciel et outils statistiques utilisés pour l'analyse	27
I. Formalités éthiques et réglementaires	28
III. Résultat.....	29

A.	Nombre de répondant	29
1.	Diffusion de l'étude	29
2.	Diagramme des flux.....	29
3.	Gestion des réponses erronées	29
B.	Etude descriptive	30
1.	Description de la population étudiée	30
2.	Description de la prise en charge sur la déclaration médecin traitant	31
3.	Description de la prise en charge sur le risque pris	34
4.	Comparaison des réponses sur la déclaration médecin traitant et le risque élevé	37
C.	Etude analytique	39
1.	Analyse principale	39
2.	Analyses secondaires	39
IV.	Discussion	43
A.	Point fort de l'étude	43
B.	Limite de l'étude.....	43
1.	Dans l'analyse.....	43
2.	Dans le choix des critères de prise en charge de ses proches	44
3.	Dans le choix des critères d'isolement	45
4.	Biais.....	45
C.	Principaux résultats.....	46
1.	Étude descriptive	46
2.	Analyse principale et secondaire	50
D.	Comparaison avec données de la littérature	53
E.	Intérêt et perspective	56
V.	Conclusion.....	58
VI.	Bibliographie.....	59
VII.	Liste des tableaux et des figures.....	61

VIII. Annexes 63

 A. Questionnaire..... 63

Lexique

MT : médecin traitant

ZIP : Zone d'intervention prioritaire

ZAC : Zone d'action complémentaire

ZAR : Zone d'appui régional

RR : risque relatif

I. Introduction

Le fait est que tout médecin est ou sera sollicité par un proche pour une demande de soins diverses et variées.

Que cela soit du côté des patients ou des proches cette problématique suscite beaucoup de questionnements.

Du côté des généralistes, les principales limites retrouvées à la prise en charge des proches sont une implication affective trop marquée, un manque d'objectivité et un examen clinique dégradé par le caractère souvent informel de la consultation et par la pudeur relationnelle. (1)

Du côté des proches, ils sollicitent le médecin généraliste pour deux raisons principales : la confiance qu'ils leur accordent et le côté pratique (2). Cependant les proches ont également conscience des limites décrites ci-dessus communes avec le médecin généraliste.

L'attitude des médecins généralistes est très variable à ce sujet. Cela va du médecin qui accepte toutes les demandes du proche à celui qui les refuse toutes avec à l'intérieur de nombreuses nuances en fonction de la proximité avec le proche et du soin demandé.

La thèse de Drouard (1) montre que certains facteurs influençant la prise en charge des proches sont le sexe et l'âge ; en effet il semble que la population masculine âgée de médecins est plus enclin à prendre en charge leur proches. Une des explications pourrait se trouver dans la thèse de Bourlot (3) qui dans sa discussion évoque la confiance acquise au fil des années par les médecins expérimentés ou la formation des jeunes médecins plus axée sur la sécurité des soins et la notion d'événements indésirables.

L'analyse de la littérature de Miekta (4) essaie de donner des pistes pour appréhender ces situations notamment en analysant les situations de prise en charge des généralistes jugées plus à risques que d'autres. Ces situations ont été résumées dans le tableau tiré de Fromme (5). Les médecins doivent donc essayer de se définir un cadre et d'en informer leurs proches des soins qu'ils acceptent ou non de prodiguer.

Mais bien que beaucoup de généralistes connaissent leur limite, la principale difficulté serait d'arriver à dire « non » aux situations où le généraliste proche du patient ne se juge pas adapté.

Cette peur de dire « non » semble en corrélation d'après des entretiens de la thèse qualitative de Bourlot (3) à l'absence d'alternative de prise en charge locale par le généraliste.

Le généraliste fait facilement profiter aux proches de son réseau de spécialiste mais est peu enclin, à demander facilement la prise en charge de ses proches à un confrère généraliste. Plusieurs facteurs peuvent l'expliquer notamment la réticence des proches pour des raisons de confiance ou de distance géographique. Cette difficulté semble relayée par les médecins exerçant seuls. Dans la thèse qualitative de Dautel et Jeanne(6), questionnant des experts, un des experts a fait remarquer qu'il serait pertinent de prendre en compte l'isolement géographique.

L'isolement du médecin bien qu'évoqué dans une approche qualitative semble intéressante à explorer de manière quantitative. Enfin, comme l'évoque Beguin (7) dans sa thèse (synthétisant la littérature sur les réponses à apporter en tant que médecin à une demande de soins venant d'un de ses proches), catégoriser le niveau de risque pris à travers les profils des répondants semble d'intérêt dans l'évaluation de l'influence de l'isolement du médecin. Les prise en charge avec faible risque étant moins problématique (8) (5) .

L'enjeu de cette thèse était donc de voir si l'isolement du médecin au travers du mode d'exercice, du type de structure, du lieu d'installation, et de l'environnement médical, a une influence sur la prise en charge ou non de ses proches ?

II. Matériels et méthode

A. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive avec une composante analytique, établie via un questionnaire.

B. Population concernée :

La population cible du questionnaire était le médecin généraliste exerçant la médecine générale en cabinet (libérale ou salarié).

Les critères d'inclusion et d'exclusion du questionnaire étaient :

- Critères d'inclusion :
 - Médecin généraliste exerçant la médecine générale en cabinet (libéral ou salarié)
 - Installé
 - En activité
 - En Occitanie
- Critères de non inclusion :
 - Médecin hospitalier, médecin spécialiste, médecin remplaçant, médecin retraité.

La première question avait pour but de sélectionner les médecins répondant à ces critères.

C. Objectif de l'étude

1. Objectif principal

Le but principal de cette thèse était de déterminer un lien entre l'isolement du généraliste et la prise en charge de ses propres proches.

2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient les suivants :

- Décrire la prise en charge des généralistes de leur propres proches par :
 - L'implication du généraliste
 - Le ressenti du généraliste vis à vis de cette prise en charge
 - Les différences en fonction des catégories de proches
- Décrire l'isolement du généraliste

D. Elaboration du questionnaire

1. Définition :

Le titre de la thèse met en lumière la nécessité de répondre à deux questions principales :

- Quels sont les critères qui déterminent l'isolement du généraliste ? (Avec les composantes d'isolement décrites dans la question de recherche)
- Quels sont les critères qui permettent de déterminer qu'un médecin prend en charge ses proches ?

2. Questionnaire

Le but de ce questionnaire était de récolter les données les plus objectives possibles pour chaque répondeur au questionnaire.

Une attention particulière a été mise en place afin d'avoir le questionnaire le plus simple possible et le plus compréhensible possible.

Des choix ont été effectués tout au long de l'élaboration de ce questionnaire afin de permettre le meilleur compromis entre ces critères

3. Données générales

Les données générales recueillies sur la population des répondants étaient :

- L'âge
- Le sexe

Ces données correspondent également aux facteurs influençant la prise en charge de ses proches d'après Douard (1).

4. Données d'isolement médical

L'isolement est une notion complexe sans définition précise ou unanime. Il a été retenu quatre composantes :

a) Isolement lié au lieu d'installation :

Classiquement en médecine on découpe le type de lieu d'installation en trois zones. : rural, semi-rural ou urbain. Il n'y a cependant aucune définition entre ces zones.

Le plus simple était de laisser le généraliste s'autodéterminer, mais cela aurait constitué une donnée trop subjective.

Afin de limiter cette subjectivité, des seuils de population dans les communes d'installation avaient été mis entre parenthèse pour guider le choix du généraliste. Pour le rural, on s'était appuyé sur l'ancienne définition de l'INSEE (moins de 2000 habitants) (9). Il n'y avait pas de seuil consensuel de population pour l'urbain dans la littérature, la présence de plus de 10000 habitants fut choisi. En conséquence, le semi-rural se situait entre 2000 et 10000 habitants.

b) Isolement lié à l'environnement médical

Le caractère rural ou urbain ne laissait pas présager de l'environnement médical du médecin généraliste, pour cela deux autres pistes étaient envisagées :

- Distance avec le cabinet le plus proche : cela pouvait illustrer le caractère isolé ou non du généraliste. Bien que les distances patients-cabinets étaient analysées dans certaines études(9), il n'a pas été trouvé d'études concernant la distance cabinet-cabinet. Il a été choisi arbitrairement la distance de 10 km pour mettre en évidence l'absence d'alternative locale en soins primaire.
- Zonage réalisé par l'ARS : à partir de données démographiques médicale (nombre de médecins généralistes jusqu'à 65 ans, activité de chaque praticien, temps d'accès aux praticiens, recours aux soins des habitants par classe d'âge) (12), l'ARS divise le territoire en trois zones :
 - Zone d'intervention prioritaire (ZIP),
 - Zone d'action complémentaire (ZAC),
 - Zone d'appui régional (ZAR).

Elles ont pour but de définir les zones sous dotées de médecins, afin de mettre en place des mesures pour favoriser l'installation de nouveau médecins.

Cette notion « clé en main » faite par l'ARS semblait intéressante à utiliser mais encore fallait-il que les médecins généralistes répondant au questionnaire connaissent leurs zonages. Pour cela la carte du zonage de l'Occitanie était jointe permettant de répondre à la question (10)

c) Isolement dans le mode d'exercice

Il était bien plus simple de déterminer l'isolement du généraliste par son mode d'exercice en lui demandant s'il exerce seul ou s'il est associé. D'autres facteurs plus précis du mode d'exercices auraient pu être récoltés (type d'association, type de secrétariat, nombre de

confrère dans l'exercice groupé, présence d'autres spécialités, médicale ou paramédicale) mais auraient alourdi le questionnaire.

d) Isolement dans le type de structure

En plus du mode d'exercice, il a été décidé d'y adjoindre la notion d'exercice coordonné (CDS MSP ESP) (11) déterminant le type de structure. En effet, le fait d'être coordonné pourrait favoriser la communication entre différents professionnels médicaux et paramédicaux, notamment au travers d'échanges formels (réunions de concertation pluri-professionnelles) ou informels.

5. Choix dans la notion de proches

Beaucoup de choix étaient possibles pour les proches, on regroupe deux principales catégories : famille et amis (Douard interroge également sur les collègues(1)).

Un taux de déclaration de médecin traitant étant prévu comme critère de jugement principal, il a fallu créer une catégorie de proches dénombrable de proximité affective homogène.

Cependant des données sur les autres catégories ont été recueillies pour l'étude descriptive et l'analyse secondaire.

a) Amis

La principale différence entre ces deux grandes catégories est la subjectivité de la catégorie des amis. Il n'a pas été fait le choix d'une proximité amicale afin de rester le plus simple possible. Donc chaque répondeur au questionnaire l'a interprété à sa façon. Les amis étant difficilement quantifiable, cette catégorie n'a pas été intégrée au critère de jugement principal

b) Famille

Concernant la famille, il ne s'agit pas d'un groupe homogène, le choix a été fait de le scinder. D'un côté, on définit la famille proche avec qui on partage 50% des gènes comme les parents, la fratrie et les enfants : on a intitulé ce groupe les proches du « premier degré ».

À ce groupe on a ajouté le conjoint (sans lien officiel obligatoire) pour définir « la catégorie des proches du premier cercle » qui se rapproche de certaines jurisprudences françaises tentant de définir le cercle familial proche (15). Tous ces proches du premier cercle constituent un groupe de proximité affective relativement homogène et facilement dénombrable pour une déclaration de médecin traitant.

Cependant cette définition de proche du premier cercle incluait des enfants de moins de 16 ans qui constitue un biais pour calculer un taux de déclaration de médecin traitant car leur déclaration n'était pas obligatoire. Il a été décidé d'exclure les enfants de moins de 18 ans du premier cercle familial et d'en faire une catégorie à part entière.

Le reste de la famille a été étiqueté « proche au-delà du premier degré ». Son dénombrement étant fastidieux et risquant de perturber l'homogénéité de la proximité affective dans un taux de déclaration de médecin traitant, il n'a pas été intégré au critère de jugement principal.

Catégorie de proche possible	Dénombrable	Déclaration médecin traitant sans biais	Catégorie de proche retenue pour le questionnaire	Catégorie pour l'analyse principale : Taux déclaration MT
Conjoint	Facilement	Oui	Conjoint	Proches du premier cercle de plus de 18 ans
Parents			Proches du premier degré plus de 18 ans	
Fratrie				
Enfant + 18 ans				
Enfants -18 ans		Non en dessous de 16 ans	Enfants -18 ans	
Proches au-delà du premier degré	Possible mais fastidieux	Oui (mais risque de - 16 ans)	Proches au-delà du premier degré	
Amis	Difficilement	Oui	Amis	

Tableau 1 : Description du choix de catégorisation des proches

c) Proximité physique

Cependant bien que la proximité affective ait pu être catégorisée, une autre notion était à prendre en compte : la proximité physique : car en effet la sollicitation d'un proche est fortement dépendante de sa proximité avec le praticien. Un proche qui habite à une très grande distance du praticien a peu de chance de le solliciter car cela semble peu pratique dans son cas. Il n'y avait pas de données clairement affichées dans la littérature sur une distance maximale tolérable pour une relation médecin patient.

Bien que ne répondant pas à la question, les données françaises sur la distance médecin généraliste et la population existent dans la littérature. 95% de la population française est à moins de 15 minutes d'un généraliste. C'est cette statistique qui a défini la proximité physique avec le proche dans cette thèse. (9)

Les questions ne concernaient donc que les proches habitants à moins de 15 minutes du médecin généraliste. Il n'a pas semblé utile de préciser s'il s'agissait d'être à 15 minutes de l'habitation du généraliste ou de son cabinet, le proche ayant tendance à utiliser des lieux de consultation informels (1).

6. Choix dans la notion de prise en charge des proches :

a) Critère pour désigner le généraliste qui prend en charge ses proches

Pour savoir si un médecin prenait en charge ou non ses proches, il fallait avoir des questions qui permettaient de le déterminer.

Il existe cependant dans la littérature anglo-saxonne un tableau de la prise en charge des proches et des risques précis qui permettent laisser moins de place à l'interprétation (5) :

Risque faible	<ul style="list-style-type: none"> - Expliquer certaines informations médicales - Suggérer au patient d'aller consulter un médecin - Répondre à des questions concernant la nécessité d'aller consulter un médecin - Répondre à des questions concernant des traitements médicamenteux - Éduquer le patient (par exemple sur les soins à prodiguer lors d'une entorse de cheville) - Aider le patient à naviguer dans le système de soins - Assister à des consultations médicales - Lors de consultations médicales, aider le patient à poser les bonnes questions et à interpréter le jargon médical
Risque moyen	<ul style="list-style-type: none"> - Suggérer au patient qu'il n'a pas besoin de s'inquiéter ou de consulter - Renouveler un traitement prescrit une seule fois - Suggérer des médicaments en vente libre
Risque élevé	<ul style="list-style-type: none"> - Prescrire un médicament qui n'a jamais été prescrit - Prescrire des psychotropes ou des substances réglementées - Prescrire des examens complémentaires - Analyser des résultats - Coordonner des soins - Prendre des décisions sans impliquer le médecin traitant ou le patient - Pratiquer des soins allant au-delà des premiers secours

Tableau 2 : Niveau de risque pris dans la prise en charge de ses proches selon Fromme (5)

Ce tableau est cité dans bon nombre de thèses ayant comme objet principal la prise en charge des proches (4) (6) (1) (3).

Il a été demandé au généraliste de lire le tableau et de déterminer quel est le risque maximal pris dans la prise en charge de tel ou tel proches permettant de connaître les limites du généraliste dans la prise en charge des différentes catégories de proches.

Ce tableau ne présentait pas toutes les situations médicales possibles mais permettait de se situer dans le niveau du risque pris.

Pour avoir des critères plus objectifs, la notion de médecin traitant a été utilisée. Elle est moins dépendante de la volonté du médecin de se situer sur une échelle de risque. On a remarqué que la plupart des items de la prise en charge à « risque élevé » correspondait au rôle du médecin traitant tel que défini sur le site Amélie. (12)

On a pu déduire un « risque élevé » lorsque le patient était déclaré médecin traitant voir même suggérer une implication possiblement encore plus forte.

Ce qui corrobore avec la thèse qualitative Fontaine R. qui classe la prise en charge du proche de manière graduelle avec au sommet le rôle de médecin traitant (13). :

- 1) Attitude distante : refus d'implication ;
- 2) Attitude neutre : rôle de référent, consultant ;
- 3) Attitude impliquée : rôle de médecin coordinateur ;
- 4) Rôle de médecin traitant – déclaré ou non.

Figure 1 : Classement de la prise en charge du proche selon Fontaine R

Mais le grand avantage de cette notion de médecin traitant est qu'elle est dénombrable et qu'elle limite la subjectivité lors de la réponse au questionnaire. Elle a permis d'établir une donnée quantitative sur laquelle on a pu comparer des différentes réponses facilement.

b) Approche du ressenti du généraliste sur la prise en charge de ses proches

Bien que le questionnaire ait été élaboré pour rechercher une corrélation entre isolement du généraliste et prise en charge de ses proches, il semblait nécessaire de recueillir le sentiment du généraliste vis-à-vis de sa prise en charge.

Trois questions principales ont été posées :

- Savoir si le généraliste préfèrerait que cela soit un confrère qui prenne en charge ses proches
- Savoir si cette prise en charge est subie ou non
- Si la prise en charge est subie, est-ce par l'absence d'alternative locale ?

7. Adaptation du questionnaire en fonction des réponses

Pour éviter de poser des questions aux personnes non concernées par la prise en charge de proche à moins de 15 minutes du cabinet, le questionnaire s'adaptait.

Pour chaque catégorie de proches, il était demandé si le proche à moins de 15 minutes existait, s'il n'existait pas, le questionnaire dirigeait le répondant immédiatement vers la catégorie suivante. Seule la catégorie « ami » n'était pas concernée par ce saut de question, permettant également une réponse obligatoire dans au moins une catégorie de proche.

De la même façon, il semblait intéressant de recueillir le sentiment du généraliste, mais uniquement pour ceux qui étaient concernés c'est-à-dire pour ceux qui prennent des risques élevés dans la prise en charge des proches. Ceux répondant un risque moyen ou faible étaient dispensés de répondre à ces questions.

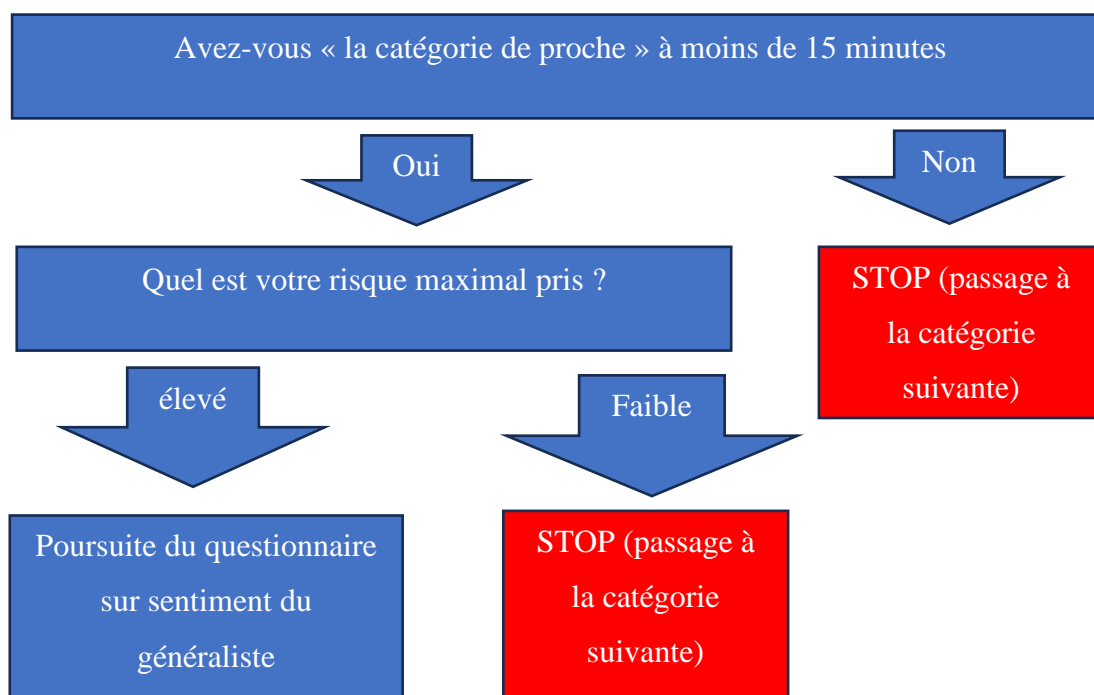


Figure 2 : Schéma de l'adaptation du questionnaire en fonction de la réponse

E. Etude descriptive

Une première analyse descriptive a été effectuée, elle avait pour but de décrire la population analysée :

- Décrire la population étudiée (sexe ; âge)
- Décrire l'isolement des généralistes
- Décrire la prise en charge des proches par les généralistes
 - Décrire la déclaration médecin traitant
 - Décrire le risque pris avec les proches
 - Comparer les réponses entre ces deux notions

Les taux de répartition de réponses ont été calculés. Les taux moyens de déclaration médecin traitant des proches du premier cercle ont également été calculés notamment dans des sous catégories.

F. Etude analytique

1. Contrôle du risque alpha

Le risque de première espèce alpha est classiquement établi à 5%. En multipliant les analyses, le risque d'inflation d'alpha est important, et donc la probabilité d'avoir une réponse significative seulement liée au hasard est importante.

Il a été choisi de hiérarchiser les tests pour conserver un seuil de significativité à 5%, ce qui implique pour l'analyse principale de réaliser un unique test, donc de choisir un critère exposition et un critère de jugement principal unique. (18)

2. Définition des critères pour l'analyse principale

a) *Définition de l'isolement du médecin pour l'analyse principale*

Cinq questions étaient posées concernant l'isolement du médecin généraliste dans le questionnaire.

Afin de limiter l'inflation du risque alpha, c'est un critère composite qui a été choisi pour l'analyse principale, il a été défini par la présence d'au moins deux réponses définissant le généraliste isolé. Cependant ce résultat a été accompagné de l'analyse sur chaque critère d'isolement dans l'analyse secondaire pour faciliter l'interprétation.

Composante isolement généraliste	Question ou intitulé	Réponses possibles	Réponse définissant le généraliste isolé
Mode d'exercice	Vous exercez :	<ul style="list-style-type: none"> • Dans un cabinet seul • Dans un cabinet de groupe 	Dans un cabinet seul
Type de structure	Vous exercez :	<ul style="list-style-type: none"> • Au sein d'une MSP ou ESP • Salarié d'un centre de santé • Aucun des deux 	Aucun des deux
Lieu d'installation	Définiriez-vous votre exercice comme :	<ul style="list-style-type: none"> • Rural • Semi-rural • Urbain 	Rural
Environnement médical	Selon l'ARS, dans quelle zone vous situez-vous ? :	<ul style="list-style-type: none"> • ZIP • ZAC • ZAR 	ZIP
	Quelle est la distance avec votre confrère généraliste le plus proche ? :	<ul style="list-style-type: none"> • Moins de 10 km • Plus de 10 km • Aucune 	Plus de 10 km

Tableau 3 : Questions et réponses définissant le médecin généraliste isolé

b) Définition d'un médecin prenant en charge ses proches pour l'analyse principale

Pour chaque catégorie de proche habitant à proximité il a été demandé :

- Le risque maximal pris en s'appuyant sur un tableau issu de la littérature de Fromme
- La déclaration de médecin traitant, avec pour les catégories dénombrable la quantité de déclaration de médecin traitant.

Critère de jugement	Appuyé sur des données de la littérature	Quantifiable	Objectivité	Risque	Catégorie concernée
Risque maximal pris	Oui (tableau de Fromme)	Non (semi quantifiable par nombre de catégorie)	Non (mais limité par la présence du tableau de la littérature)	L'interprétation de risque maximal peut être sous ou sur-interprété par le médecin, les items du tableau peuvent être mal lus ou mal interprétés : Biais de classement important	Toutes
Déclaration médecin traitant	Non (interprétation de la définition du MT sur Amélie)	Non (semi quantifiable par nombre de catégorie)	Oui	Risque de déclaration « administrative » comme médecin traitant sans réelle prise en charge telle que définie sur Amélie	Toutes
Dénombrement déclaration médecin traitant		Oui pour les catégories dénombrables			Catégories dénombrables : proches 1° et conjoint

Tableau 4 : Récapitulatif des arguments pour le choix du critère de jugement principal

Au final, le choix du critère de jugement principal s'est porté sur le taux de déclaration médecin traitant des proches du premier cercle pour son coté objectif et dénombrable. Pour chaque médecin ayant répondu au questionnaire, un taux de déclaration de médecin traitant supérieur ou égal à 50% chez ses proches du premier cercle définissait le médecin qui prend en charge sa propre famille pour l'analyse principale. Cependant si la répartition des groupes se trouvait bien trop déséquilibrée, ce taux pouvait être modifié afin d'avoir la répartition la plus égale.

c) Définition d'un médecin prenant en charge ses proches pour l'analyse secondaire.

Le but de cette analyse secondaire était de tester d'autres notions que la déclaration de médecin traitant. Il s'agissait ici de tester la prise en charge à « risque élevé » qui permet également l'analyse d'autres catégories de proches. Les trois définitions suivantes du médecin prenant en charge ses proches ont permis de faire trois analyses secondaires

- Médecin ayant répondu « risque élevé » dans une des catégories des proches du premier cercle (conjoint ou proches du premier degré)
- Médecin ayant répondu « risque élevé » dans une des catégories enfants de moins de 18 ans
- Médecin ayant répondu « risque élevé » dans une des catégories parmi toutes les catégories

d) Stratification

L'âge et le genre pourraient être suspectés d'influer sur le résultat de l'analyse principale comme facteur de confusion. Une analyse stratifiée secondaire était donc prévue. L'âge moyen des généralistes étant de 50 ans, on prévoyait 4 sous-groupes : les femmes de moins de 50 ans, les femmes de 50 ans et plus, les hommes de moins de 50 ans et les hommes de 50 ans et plus.

3. Résumé des analyses réalisées

Analyse principale :

- Critère d'isolement : médecin ayant deux ou plus critères d'isolement
- Critère de jugement : médecin ayant un taux de déclaration des proches du premier degré supérieur ou égal à 50%.

Analyse secondaire :

- Analyse stratifiée sur l'âge et le sexe en utilisant les mêmes critères d'isolement et de jugement de l'analyse principale
- Analyse sur chaque critère d'isolement : le critère de jugement restait le même que dans l'analyse principale mais chaque critère d'isolement était analysé un par un, ce qui fait un total de 5 analyses
- Analyse en changeant le critère de jugement principal et en gardant le critère d'isolement principal, trois analyses étaient prévues :
 - Le critère de jugement était une réponse « risque élevé » dans la catégorie « proches du 1^{er} degré » ou « conjoint » (c'est-à-dire le « premier cercle »)
 - Le critère de jugement était une réponse « risque élevé » dans la catégorie « enfant de moins de 18 ans »
 - Le critère de jugement était une réponse « risque élevé » dans n'importe quelle catégorie

G. Diffusion, et support du questionnaire, anonymisation et protection des données

La diffusion du questionnaire a été réalisée via URPS par mail. Elle avait l'avantage de s'adresser principalement au médecin généraliste installé d'Occitanie.

Sur ce mail, un lien redirigeait le médecin vers le questionnaire hébergé sur la plateforme « GOOGLE FORM® ».

Le questionnaire a été diffusé pour un temps maximum de deux mois avec un arrêt prématuré possible si un tarissement des réponses était constaté à moins de trois par semaine.

Les données ont été recueillies de manière à préserver l'anonymat : aucun nom, mail, ou date de naissance n'a été recueilli. Chaque réponse était identifiée par un numéro correspondant à l'horodateur de l'envoi du questionnaire.

Les données ont été hébergées sur un ordinateur personnel, protégées par un mot de passe dans un dossier lui-même protégé par un mot de passe. La durée de conservation des données était établie à 3 ans.

H. Logiciel et outils statistiques utilisés pour l'analyse

Les données du questionnaire ont été extraites de la plateforme google form® et enregistrées sous forme de tableur Excel®.

L'analyse descriptive a été faite avec les outils du tableur Excel®

Pour la partie analytique, le logiciel utilisé était biostatTGV® disponible en ligne sur navigateur (14) avec l'utilisation d'un test non paramétrique qualitatif nominal : le χ^2 (khi 2).

Pour l'analyse stratifiée sur l'âge et le genre le logiciel XLS® stat a été utilisé pour réaliser un test de Cochran-Mantel-Haenszel dans Excel.(15)

Un risque relatif a été calculé à partir des tableaux de contingence. Un Odds ratio avec intervalle de confiance a été calculé par le logiciel XLS stat pour l'analyse principale afin de le comparer à l'Odds ratio fourni par le test de Cochran-Mantel-Haenszel.

I. Formalités éthiques et réglementaires

Ce travail de recherche était catégorisé hors loi Jardé ; l'accord d'enregistrement de conformité MR-004 a été donné par le délégué à la protection des données du département universitaire de médecine générale de Toulouse en janvier 2023. Il n'a pas été nécessaire de demander d'avis auprès d'un comité éthique pour ce travail.

III. Résultat

A. Nombre de répondant

1. Diffusion de l'étude

L'étude a été diffusée du 15/12/23 au 15/01/24. Sur les 150 réponses au questionnaire, 143 ont été obtenues la première semaine. La dernière semaine, seule une réponse au questionnaire a été enregistrée, montrant un tarissement très rapide des réponses. Il a donc été décidé de stopper la collecte des données le 15/01/2024.

2. Diagramme des flux

Au total il y a eu 150 réponses au questionnaire. Parmi elles, 6 ne répondaient pas aux critères d'inclusion en répondant « non » à la première question.

Ce sont au total 144 réponses qui ont été analysées.

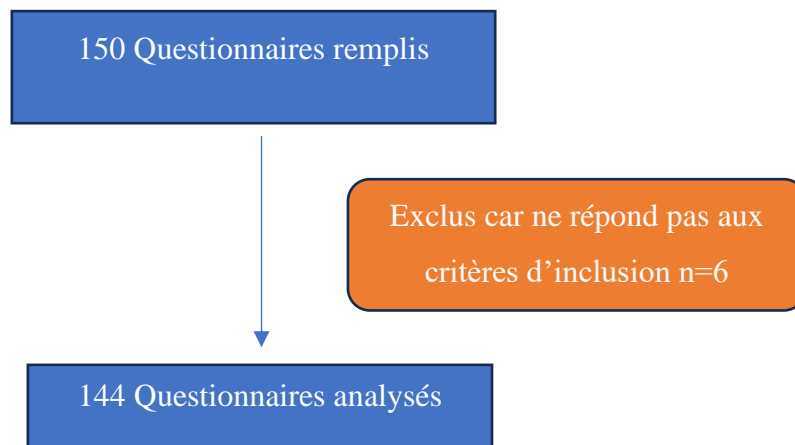


Figure 3 : Diagramme de flux

3. Gestion des réponses erronées

Parmi les réponses analysées seule une correspondait à une réponse erronée. La réponse sous l'horodateur « 12/15/2023 21:04:06 » décrivait la présence d'un proche du premier degré à moins de 15 minutes mais disait déclarer deux proches présents à moins de 15 minutes comme médecin traitant. Il a été décidé de transformer sa première réponse de « un » en « deux ».

B. Etude descriptive

1. Description de la population étudiée

a) *Caractéristiques générales*

Les données sur l'âge et le genre des médecins répondants au questionnaire ont été recueillies. On observe une répartition homogène des différentes catégories d'âge et un sex-ratio féminin autour des 2 femmes pour 1 homme.

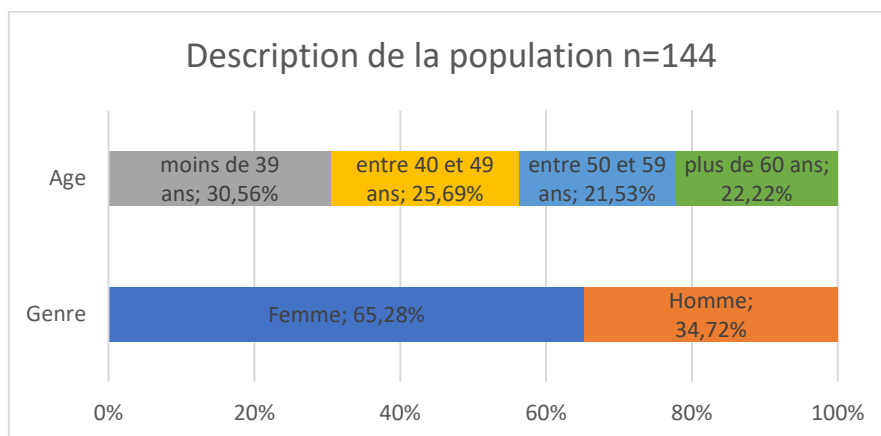


Figure 4 : Description de la population âge et genre

b) *Répartition des critères d'isolement*

Les critères d'isolement ont été recueillis pour les 144 répondants. Sur les cinq critères recueillis, on observait un nombre de critère positif moyen à 1,07 critère. Les réponses allaient de zéro critère à quatre critères présents. Les médecins avec plus de deux critères d'isolement représentaient 25,6% de l'échantillon.

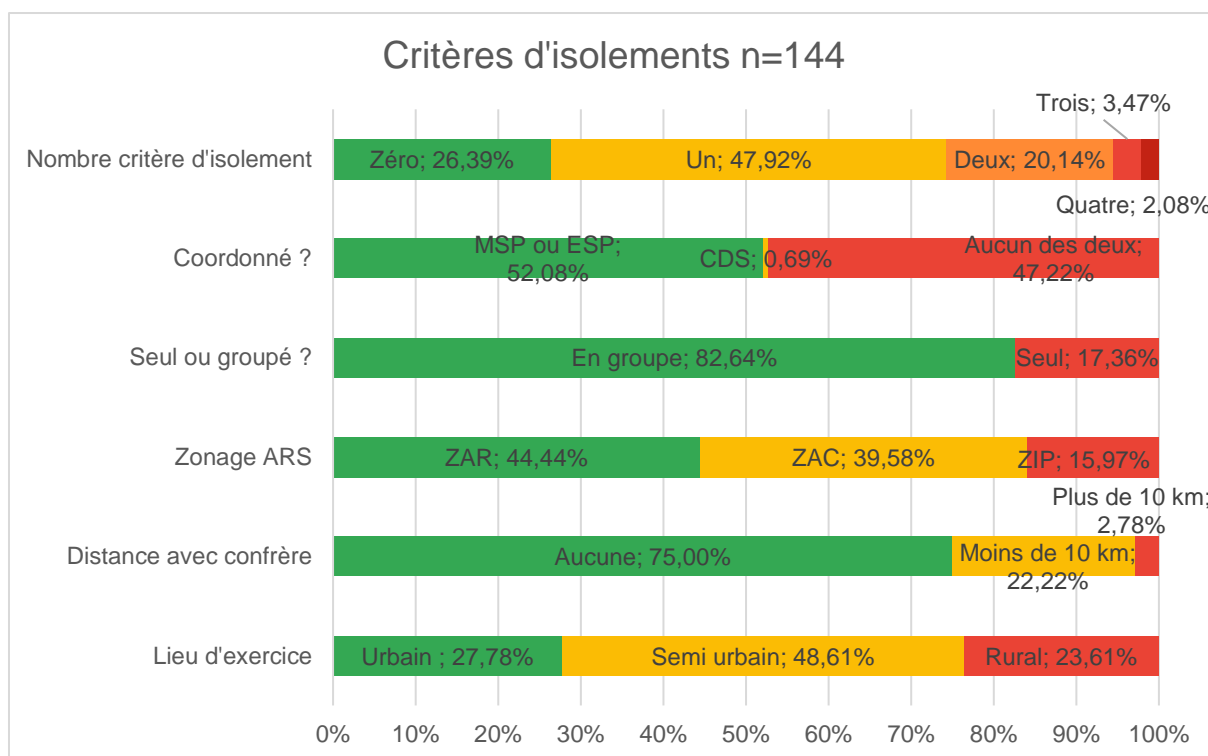


Figure 5 : Description de la répartition des critères d'isolement

c) Répartition des critères d'isolement en fonction des caractéristiques de la population

Afin de rechercher un éventuel facteur de confusion possible, il a été recherché le nombre moyen de critère d'isolement présent en fonction de l'âge et du genre :

Moyenne de présence des cinq facteurs d'isolement					
Catégorie	Générale	Femme	Homme	Moins de 50 ans	Plus de 50 ans
Moyenne	1,07	1,00	1,20	0,94	1,24

Tableau 5 : Nombre moyen de critère d'isolement présents selon l'âge et le genre

2. Description de la prise en charge sur la déclaration médecin traitant

a) Nombre de proches du premier cercle déclaré

Sur un total de 306 proches du premier cercle présent à proximité, 163 ont déclaré comme médecin traitant leur médecin proche : soit un taux de déclaration de 53,2%.

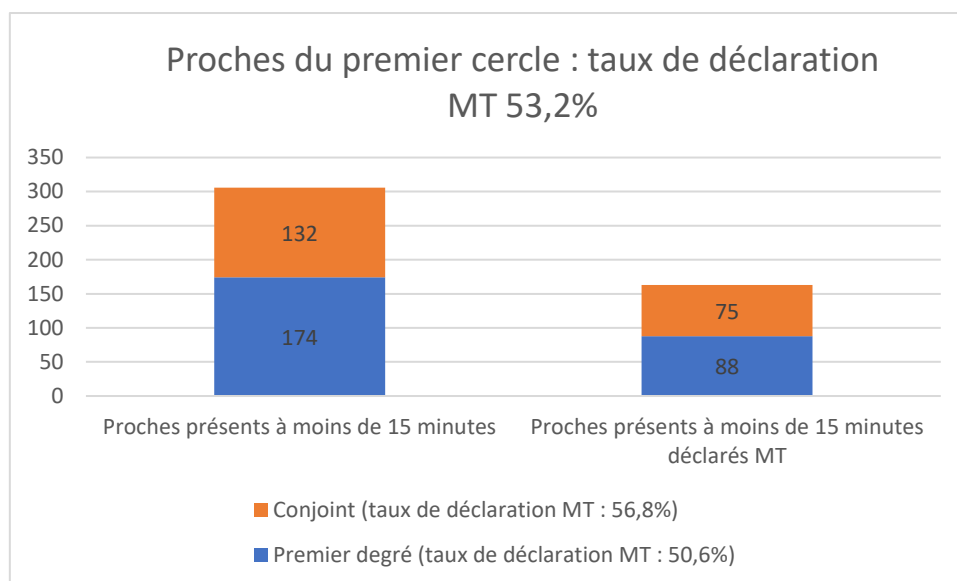


Figure 6 : Déclaration MT des proches du premier cercle

b) Moyenne des taux de prise en charge

Plaçons-nous maintenant du point de vue du médecin : pour les catégories dénombrables (« premier degré » et « conjoint »), il a été calculé pour chaque médecin un taux de prise en charge de ses proches. Avec les 137 taux disponibles pour le « premier cercle » il a été calculé une moyenne : la moyenne des taux de déclaration médecin traitant. Pour les catégories non dénombrables, il a simplement été demandé si le médecin accepte de déclarer comme médecin traitant telle catégorie de proche. A partir de ces données il a été calculé le taux de « oui ».

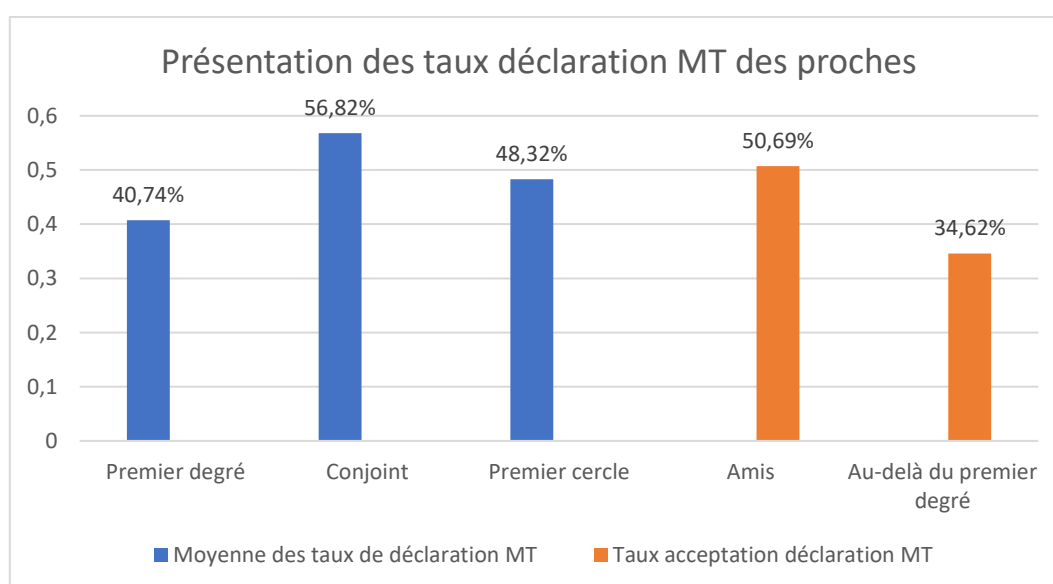


Figure 7 : Présentation de la moyenne des taux de déclaration MT et des taux d'acceptation MT

c) Moyenne des taux de prise en charge en analyse en sous-groupe

En partant de la moyenne des taux de déclaration de médecin traitant des proches du premier cercle (48,32%) sur l'ensemble du groupe, il nous a été possible de réaliser la même démarche dans différents sous-groupes (deux types de sous-groupe : ceux correspondant aux caractéristiques générales, et ceux correspondant aux critères d'isolement).

Moyenne des taux de déclaration de médecin traitant du premier cercle par âge et genre		
Catégorie	Moyenne des taux	Effectif
Générale	48,3%	137
Homme	60,3%	46
Femme	42,3%	91
Moins de 39 ans	25,4%	42
40-49 ans	40,6%	36
50-59 ans	64%	30
Plus de 60 ans	74,9%	29

Tableau 6 : Moyenne des taux de déclaration de médecin traitant du premier cercle par âge et genre

Moyenne des taux de déclaration de médecin traitant du premier cercle par critère d'isolement		
Catégorie	Moyenne des taux	Effectif
Générale	48,3%	137
Ruraux	61,4%	33
Semi ruraux	40,4%	66
Urbain	50,8%	38
Confrère + 10km	75%	3
Confrère - 10km	47,7%	134
ZIP	52,8%	21
ZAC	48,8%	56
ZAR	46,3%	60
Seul	78,1%	21
Groupe	42,9%	116
Non coordonné	47,7%	65

Coordonné	48,8%	72
Zéro critère	43,5%	37
Un critère	41,2%	66
Deux critères	62,6%	27
Trois critères	80%	5
Quatre critères	100%	2

Tableau 7 : Moyenne des taux de déclaration de médecin traitant du premier cercle par critère d'isolement

3. Description de la prise en charge sur le risque pris

Les médecins interrogés dont le proche était à moins de 15 minutes ont répondu à la question sur le risque maximal pris, et ceux qui ont pris un risque élevé répondait aux questions sur le sentiment de leur prise en charge. L'ensemble des réponses est présenté par catégorie de proche.

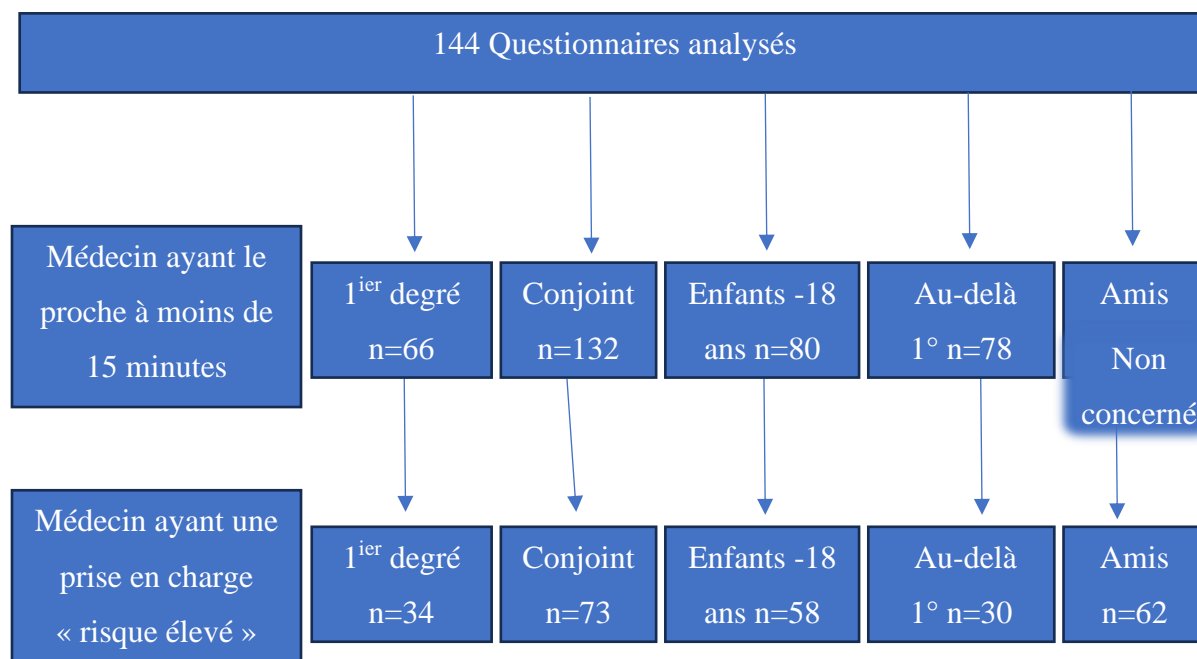


Figure 8 : Quantité de réponse par catégorie de proche

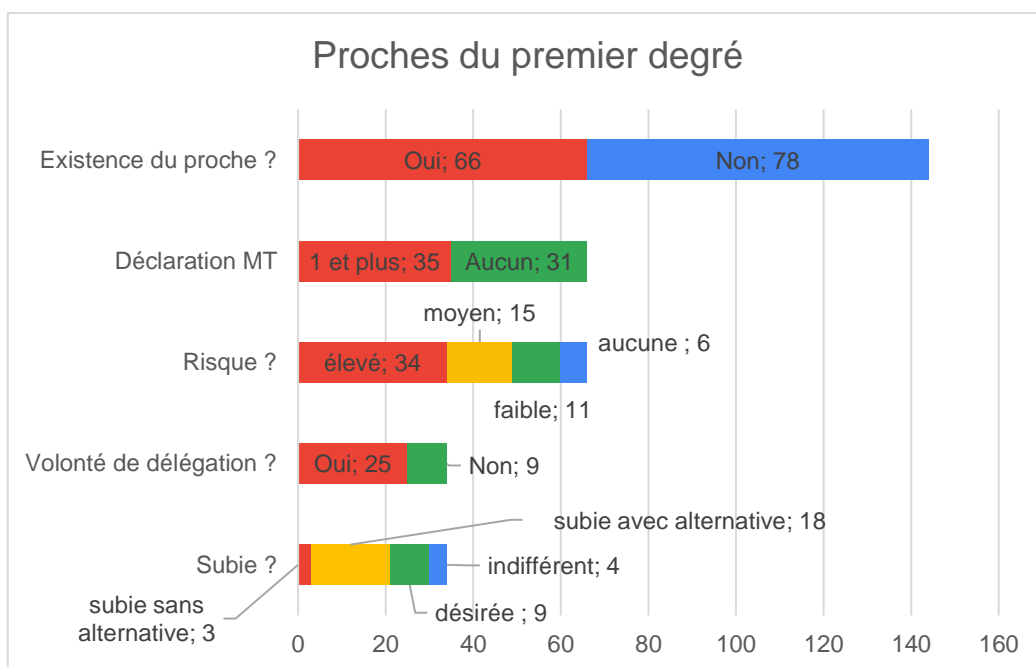


Figure 9 Risque et sentiment du médecin pour la prise en charge d'un proche du premier degré

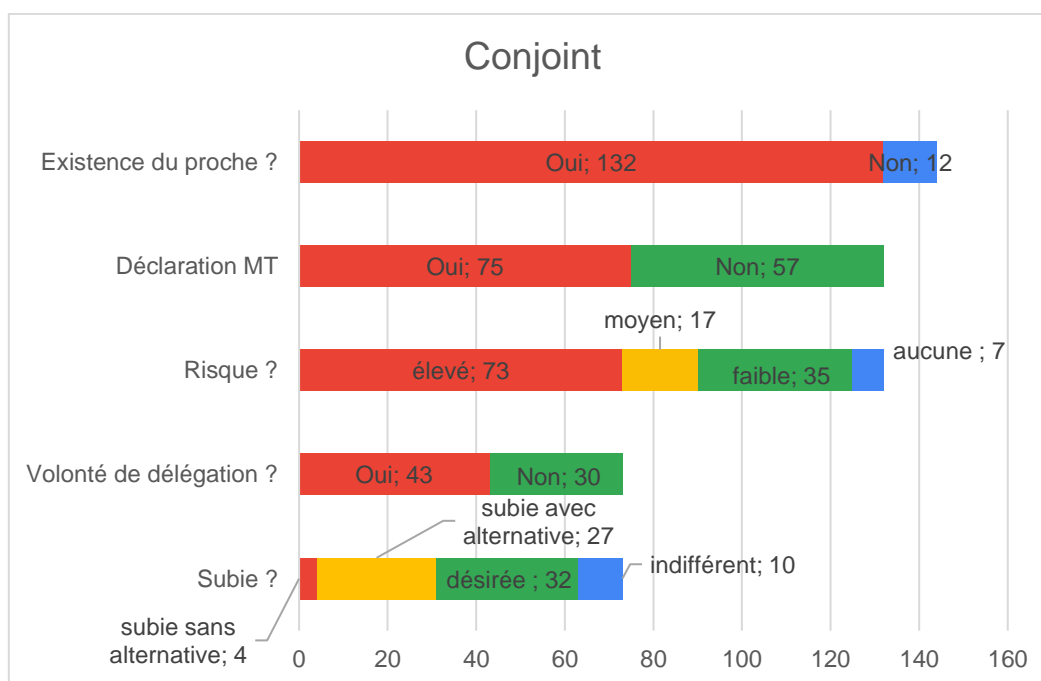


Figure 10 : Risque et sentiment du médecin pour la prise en charge du conjoint

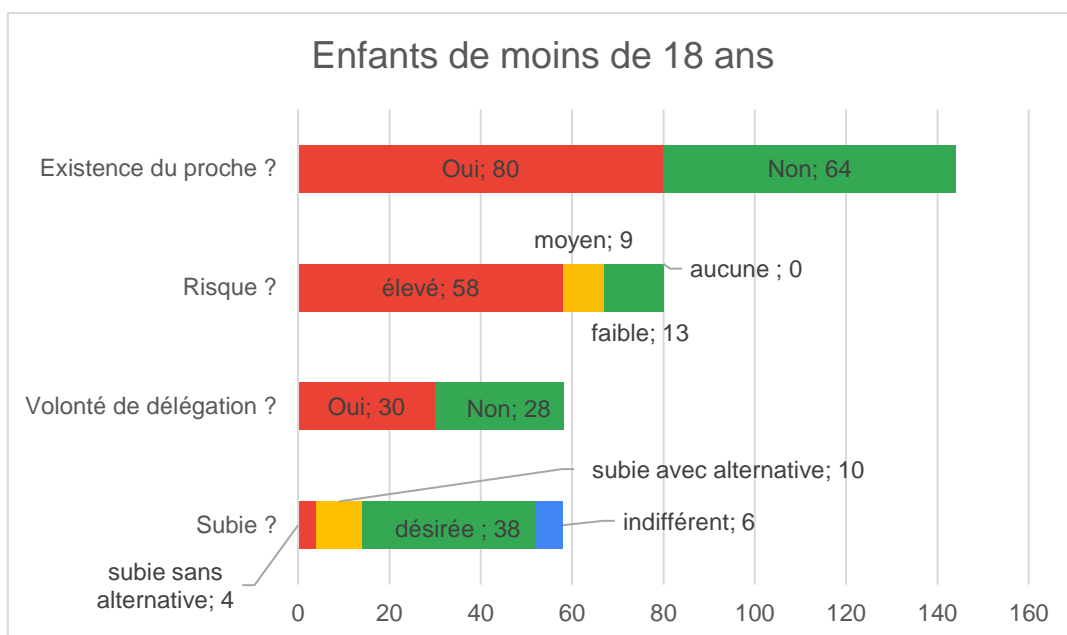


Figure 11 : Risque et sentiment du médecin pour la prise en charge des enfants de moins de 18 ans

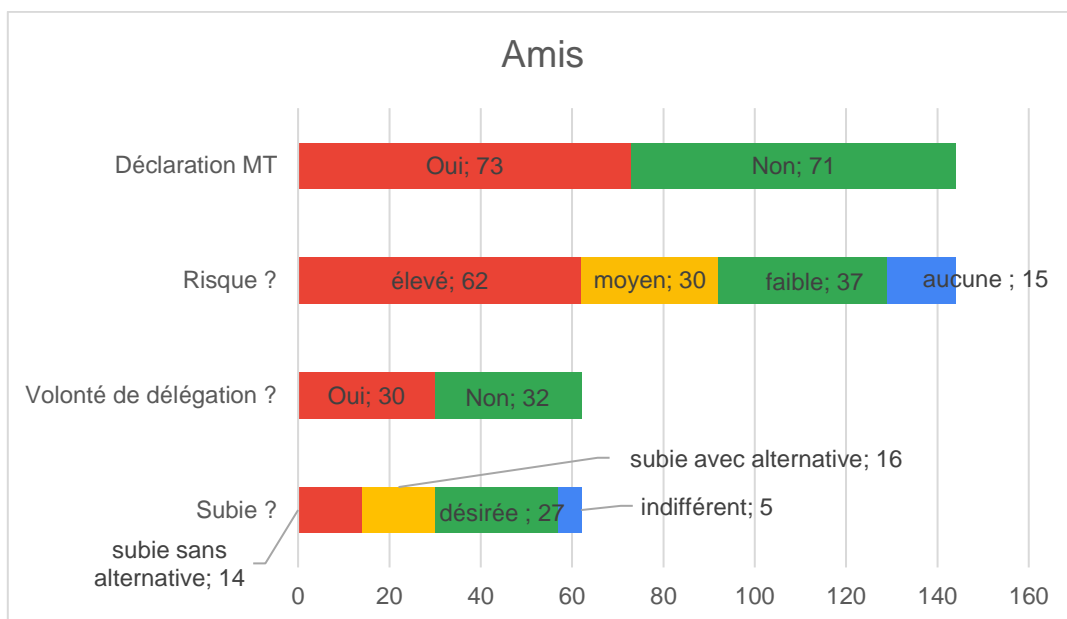


Figure 12 : Risque et sentiment du médecin pour la prise en charge des amis

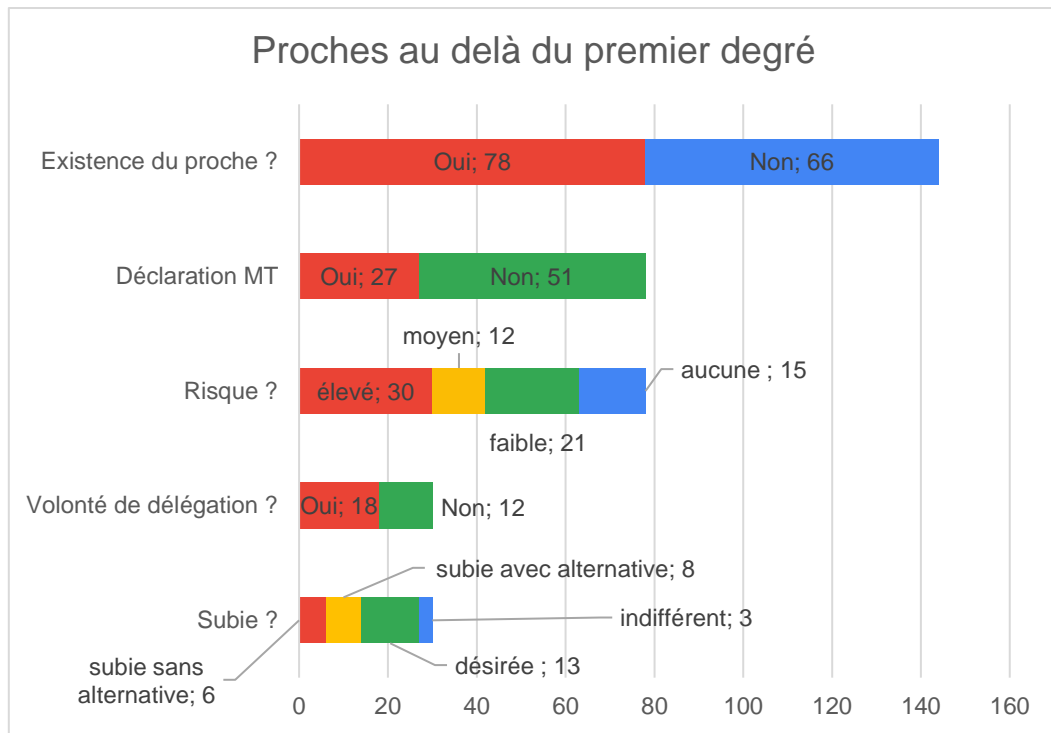


Figure 13 : Risque et sentiment du médecin pour la prise en charge d'un proche au-delà du premier degré

4. Comparaison des réponses sur la déclaration médecin traitant et le risque élevé

La comparaison de réponse entre la déclaration médecin traitant et le risque maximal pris a été effectué. Pour la catégorie « proches du premier degré » seule une déclaration MT suffisait pour valider le critère.

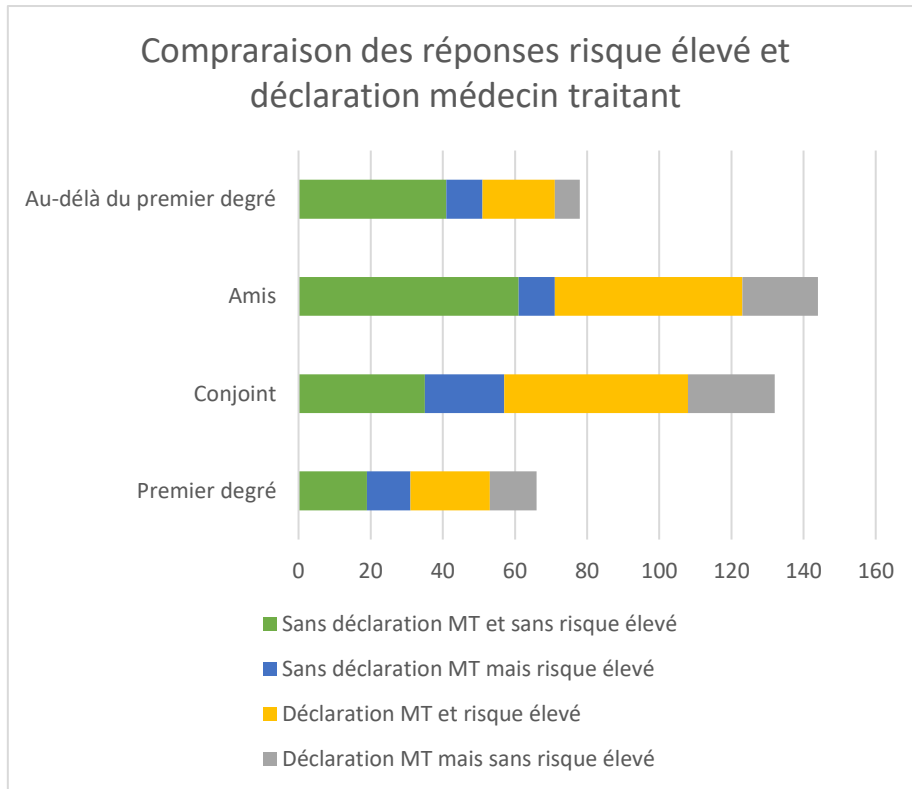


Figure 14 : Comparaison des réponses risque élevé et déclaration médecin traitant

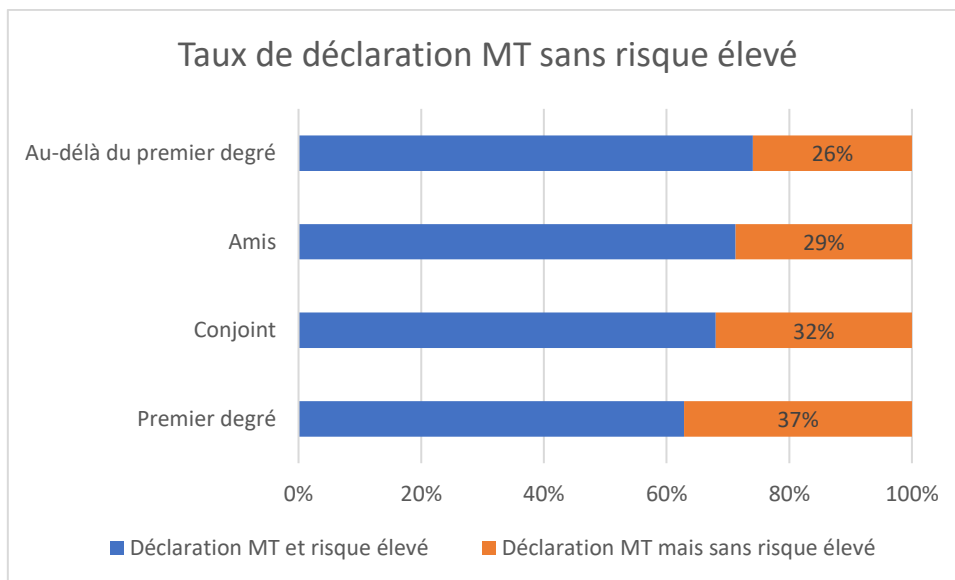


Figure 15 : Taux de déclaration MT sans risque élevé

C. Etude analytique

1. Analyse principale

L'analyse principale a été réalisée avec comme critère de jugement : un taux de déclaration de médecin traitant des proches du premier cercle supérieur ou égal à 50%. Les médecins isolés étaient ceux répondants à au moins deux critères d'isolement. Au final on obtient le tableau de contingence suivant.

Tableau de contingence de l'analyse principale			
Catégorie	Médecin ayant déclaré médecin traitant 50% ou plus de ses proches du premier cercle	Médecin ayant déclaré médecin traitant moins de 50% de ses proches du premier cercle	Total
Médecin répondant à 2 critères ou plus d'isolement	22	12	34
Médecin répondant à moins de deux critères d'isolement	47	56	103
Total	69	68	137

Tableau 8 : Tableau de contingence de l'analyse principale

Un calcul du risque relatif RR et un calcul du p value a été effectué avec les tests du Khi2.

Les résultats sont les suivants :

Résultat de l'analyse principale	
RR	1,42
Odds ratio	2,18
Intervalle de confiance 95% odds ratio	[0,99-4,88]
P-value	0,054

Tableau 9 : Résultat de l'analyse principale

2. Analyses secondaires

Des analyses secondaires ont été effectuées, en calculant le risque relatif et le degré de significativité grâce au p-value par le test du Khi2. Néanmoins, certains calculs ne remplissaient pas les conditions optimales d'application du Khi2 à savoir un effectif d'au moins 5 dans chaque case du tableau de contingence. Dans ce cas, un test de Fisher a tout de même été effectué dont le résultat a été mis entre parenthèse.

a) *Analyse sur chaque facteur d'isolement*

Le critère de jugement principal ne change pas, cependant le facteur d'exposition est la présence du facteur d'isolement. Les résultats avec un test de Chi2 sont les suivants (sauf pour le confrère à 10km : test de Fisher) :

Critère d'isolement	Risque relatif	P-value
Rural	1,29	0,18
Confrère à plus de 10 km	1,33	(1)
ARS : ZIP	1,05	0,84
Seul	1,67	0,010
Non coordonné	0,96	0,80

Tableau 10 : Résultat de l'analyse secondaire sur chaque critère d'isolement

b) *Analyse stratifiée*

L'analyse stratifiée a été réalisée à partir de quatre tableaux de contingence (homme de plus de 50 ans, femme de plus de 50 ans ; homme de moins de 50 ans, femme de moins de 50 ans). La réalisation du test de Cochran-Mantel-Haenszel est impossible en raison d'un effectif trop petit dans chaque case du tableau de contingence ne nous permettant pas de calculer une p-value ni un Odds ratio ajusté fiable. Les risques relatifs ont été calculés dans chaque tableau de contingence sauf chez les hommes de moins de 50 ans en raison d'une case sans effectif.

Catégorie	Risque relatif	Effectif
Femme de moins de 50 ans	1,23	61
Femme de 50 ans et plus	1,17	30
Homme de moins de 50 ans	/	17
Homme de 50 ans et plus	1,23	29

Tableau 11 : Calcul des risques relatifs dans les sous-groupes

c) *Analyse sur prise en charge à risque élevé premier cercle*

Pour cette analyse le critère de jugement principal change, une prise en charge à risque élevé dans la catégorie « premier degré » ou « conjoint » range le répondant dans la catégorie des médecins prenant en charge le patient. Les résultats sont les suivants :

Critère d'isolement	Risque relatif	P-value
Plus de deux critères	0,99	0,97
Rural	1,03	
Confrère à plus de 10 km	1,19	
ARS : ZIP	1,12	
Seul	0,82	
Non coordonné	1,08	

Tableau 12 : Résultat de l'analyse secondaire sur le critère de prise de risque élevé dans une des catégories du premier cercle

d) Analyse sur prise en charge à risque élevé enfant de moins de 18 ans

Il s'agissait de la catégorie à part car non explorable par la déclaration médecin traitant.

L'effectif trop réduit ne nous permet pas de remplir les conditions du Khi2, un test de Fisher a été réalisé. Les résultats sont les suivants :

Critère d'isolement	Risque relatif	P-value
Plus de deux critères	1,04	(1)
Rural	1,07	
Confrère à plus de 10 km	1,39	
ARS : ZIP	0,81	
Seul	1,20	
Non coordonné	0,94	

Tableau 13 : Résultat de l'analyse secondaire sur le critère de prise de risque élevé chez les enfants de moins de 18 ans

e) Analyse sur prise en charge à risque élevé toutes catégories

Ici le critère de jugement était une réponse « risques élevé » dans n'importe quelle catégorie.

Critère d'isolement	Risque relatif	P-value
Plus de deux critères	1,03	0,825
Rural	1,04	

Confrère à plus de 10 km	1,01
ARS : ZIP	1,14
Seul	1,03
Non coordonné	1,02

Tableau 14 : Résultat de l'analyse secondaire sur le critère de prise de risque élevé dans une catégorie parmi toutes

IV. Discussion

A. Point fort de l'étude

Le point fort de cette étude était d'être originale amenant à des questionnements sur la prise en charge de ses proches et sur les moyens d'y remédier notamment en analysant des facteurs dont le généraliste a le choix (lieu d'installation et mode d'exercice) et ses résultats permettent d'établir des axes de recherche et d'orienter un mode d'installation.

Il s'agissait d'une étude quantitative rare sur le sujet dans un domaine principalement dominé par les études qualitatives.

L'étude a exploré la prise en charge des proches via la notion de médecin traitant et la notion de prise de risque selon le tableau de Fromme (5). Ce tableau est cité dans de nombreuses thèses et permet de se situer dans le risque pris face à une demande de soin par un proche.

La thèse a permis également d'explorer des critères d'isolement et tente de définir « le médecin isolé ».

De par le choix de la déclaration médecin traitant, l'étude a tenté une approche objective et chiffrée de la prise en charge du propre proche.

Grace à cette approche, l'étude a essayé d'établir un lien entre la prise en charge du proche et l'isolement du médecin.

Le nombre de répondant semblait correct, 150 réponses avec 144 répondants permettant des analyses statistiques avec une puissance correcte.

Dans cette étude il y a eu plusieurs tentatives pour limiter les biais, notamment dans le choix de la liste de diffusion de l'URPS limitant les biais de sélection, dans le choix du critère de jugement principal limitant les biais de mémorisation et dans l'analyse stratifiée permettant de limiter un facteur de confusion.

B. Limite de l'étude

1. Dans l'analyse

L'analyse souffrait par moment d'un manque de puissance surtout dans les analyses secondaires, avec un test du Khi 2 parfois inadapté. Bien qu'un test de Fisher l'ait remplacé, il n'était pas prévu à l'origine. Le test de Cochran-Mantel-Haenszel était bien trop ambitieux pour des effectifs aussi réduits.

2. Dans le choix des critères de prise en charge de ses proches

Peu de choix des items étaient établis sur des critères validés par des études précédentes.

a) Sur la notion de médecin traitant

La notion de médecin traitant a été recueillie dans la thèse de Douard (1) mais sa valeur comme représentante d'une réelle prise en charge peut être débattue.

On peut suspecter un risque que le patient déclare son médecin traitant uniquement dans le but « administratif » sans réelle prise en charge. Il semblait difficile d'évaluer ce risque avant l'étude. Cependant si une déclaration en tant que MT n'était pas corrélée à une prise en charge à risque élevé, on pouvait suspecter la présence de ce risque. La corrélation entre ces deux paramètres semblait intéressante à établir pour valider ce critère de jugement.

On peut schématiser cette notion de risque pris et la déclaration de médecin traitant de la manière suivante selon la théorie et selon la pratique.

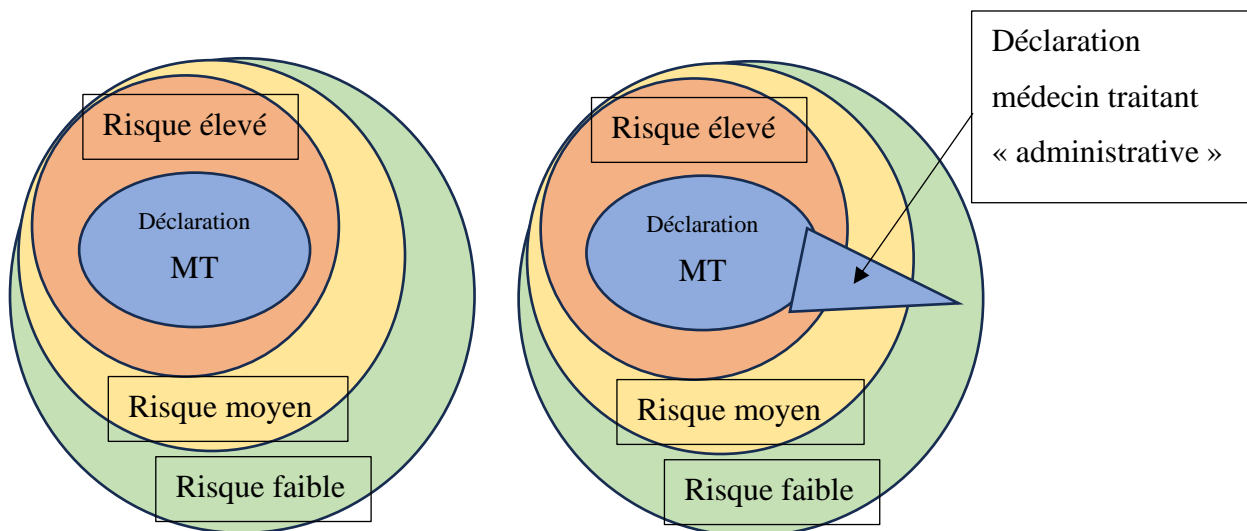


Figure 16 : Schématisation de la déclaration de médecin traitant en fonction du risque : à gauche schéma théorique, à droite schéma prenant en compte le risque de déclaration « administrative »

L'autre limite de cette notion de MT était qu'elle ne s'intéressait qu'aux catégories dénombrables à déclaration MT obligatoire, excluant donc bon nombre de catégories de proches de l'analyse.

b) Sur la notion de risque élevé

La notion de risque pris était issue de la littérature mais n'avait pas encore été utilisée pour une approche quantitative : c'est le risque maximal qui a été choisi mais était-il plus pertinent que le risque moyen ? Le risque moyen aurait été dépendant du nombre de proche à proximité qui était inconnu dans bon nombre de catégories et il a semblé trop subjectif.

Ce tableau ne présentait pas toutes les situations médicales possibles. De ce fait, il a pu être parfois difficile de se situer dans le niveau du risque pris. De plus, la lecture du tableau a pu se révéler fastidieuse dans un questionnaire se voulant simple.

L'approche simplifiée telle que réalisée chez Douard aurait pu convenir.

Je ne prends jamais en charge	Je prends parfois en charge pour des pathologies simples	Je prends souvent en charge	Je prends toujours en charge quel que soit le problème
--	---	---	---

Figure 17 : Catégories de prise en charge de proches dans la thèse de Douard

L'approche par le risque pris n'était pas quantitative (éventuellement semi quantitative par nombre de catégorie), mais elle permettait d'explorer également les catégories non dénombrables.

3. Dans le choix des critères d'isolement

Concernant les facteurs d'isolement, aucun n'était issu d'une donnée objective de la littérature.

Le caractère rural est mal défini de manière officielle. La définition de l'INSEE est caduque et repose sur l'aire urbaine et non la commune. Une thèse avait tenté d'identifier une méthode à base de 10 questions pour déterminer le côté rural, semi rural ou urbain mais son application dans un questionnaire semblait bien trop fastidieuse (16).

Les données statistiques issues du zonage de l'ARS tout en étant objectives restaient néanmoins en décalage de quelques années avec la situation actuelle.

La présence de l'exercice non coordonné dans les critères d'isolement peut être débattue avec un questionnement sur sa pertinence.

D'une autre façon, la distance avec le prochain confrère a été probablement mal posée. Elle n'était que la continuité de l'exercice seul qui concernait une faible population. La distance avec un prochain cabinet sans que le facteur seul ou groupé ne rentre en jeu aurait été plus pertinent à demander ; avec le choix de plusieurs distances avec le prochain cabinet pour se donner la liberté de choisir la distance donnant assez de réponses pour pouvoir l'analyser en statistique.

4. Biais

Dans cette thèse plusieurs biais pouvaient être évoqués.

Des biais de sélection étaient possibles. On peut se demander si la liste de diffusion de l'URPS était bien représentative des médecins généralistes d'Occitanie.

Mais les principaux biais se situaient dans les biais de classement : car en effet le biais de mémorisation pouvait avoir une influence sur la déclaration médecin traitant. Il semblait encore plus important sur le risque maximal pris avec un proche. En effet cela sous entendait théoriquement de faire la synthèse de tous les risques pris dans sa carrière avec telle catégorie de proche. À cela s'ajoutait la lecture du tableau complet des risques de Fromme pour se faire une idée des risques pris qui pouvait avoir un côté fastidieux pour un questionnaire rapide.

Les facteurs de confusion tels que l'âge et le genre influaient probablement à la fois sur l'isolement et la prise en charge de proche. L'analyse stratifiée était ici présente pour essayer d'endiguer ce phénomène. Cependant avec des effectifs réduits, il n'a pas été possible de calculer une p-value interprétable.

C. Principaux résultats

1. Étude descriptive

a) Répartition des critères d'isolement

La description des critères d'isolement montre qu'ils étaient peu présents dans la population étudiée. Le facteur d'isolement le plus présent était la notion de « non coordonné » à 47,2% : Il s'agissait pourtant ici de la notion la plus discutée concernant l'isolement du généraliste. Le rural ne représentait que 23,6% et l'exercice seul et en ZIP étaient inférieur à 20% (17,4% et 16%). Seul 2,3 % des généralistes décrivaient un confrère présent à plus de 10 km ce qui rendait le critère d'isolement beaucoup trop discriminant avec des effectifs bien trop réduits. Au total, la présence de deux facteurs et plus ne concernait que 25,7%, ce qui pour l'analyse principale constituait deux groupes déséquilibrés, néanmoins si le choix d'un critère et plus d'isolement avait été pris 73,6% des médecins auraient été classé « isolé ». Le déséquilibre 75/25 aurait été le même avec le risque supplémentaire de mal discriminer un médecin isolé dans le deuxième cas.

b) Influence de l'âge et du genre

Concernant la population étudiée, on a remarqué que la population étudiée est répartie dans des classes d'âge de manière homogène. Il existait un déséquilibre franc dans le genre avec deux réponses de femme pour une d'homme.

Le calcul de la moyenne de critère d'isolement montrait une possible influence de l'âge et du genre sur la présence des facteurs d'isolement (moyenne générale 1,07 critère). Les hommes ayant plus de critères d'isolement que les femmes (1,20 vs 1,00) et de même pour les plus de 50 ans contre les moins de 50 ans (1,24 vs 0,94). On peut mettre cette donnée en regard avec celle selon laquelle le taux moyen de déclaration de médecin traitant variait selon le sexe et l'âge : seulement 25,4% chez les moins de 40 ans et 74,3% chez les plus de 60 ans et de la même manière un taux moyen de 60,3 % chez les hommes et 42,3% chez les femmes. Tout cela justifiait bien l'analyse secondaire stratifiée effectuée, mais peut remettre en question les autres analyses effectuées dont la principale qui n'a pas été stratifiée.

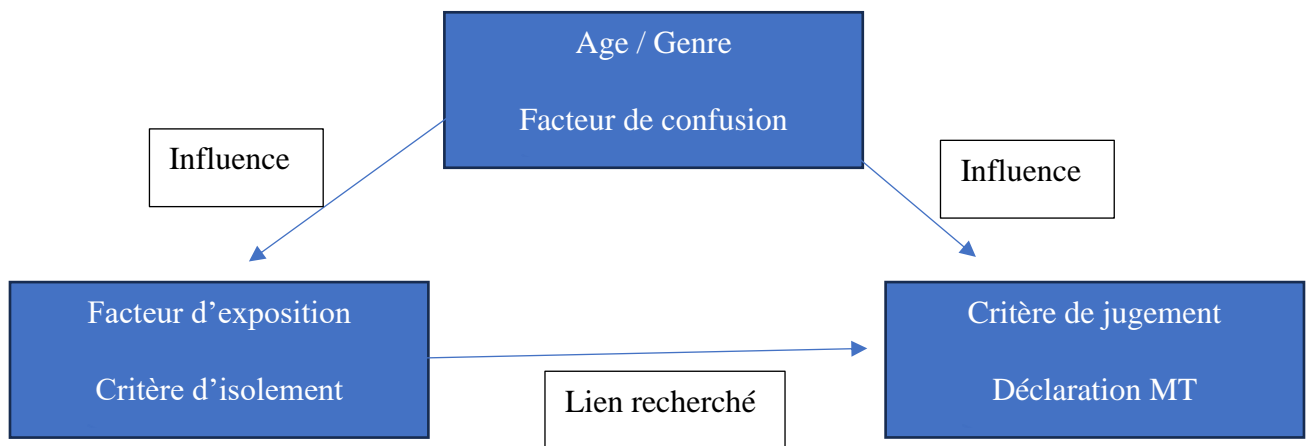


Figure 18 : Influence du facteur de confusion âge/genre

c) Réponses sur la déclaration de médecin traitant

Concernant l'étude de la déclaration de médecin traitant des proches du premier cercle, du point de vue des proches, on constatait un taux de déclaration de 53,2%, du point de vue des médecins, la moyenne des taux se situait 48,3%. Elles étaient logiquement semblables cependant la deuxième n'était pas pondérée au nombre de proche par médecin et s'est avérée plus utile pour comparer les sous-groupes de médecins.

En comparant ce taux moyen avec les différentes réponses, on a réalisé finalement la même chose que dans l'analyse principale et secondaire, cependant nous n'avons pas réalisé de test statistique, néanmoins on a déjà pu appréhender une partie des résultats de l'analyse principale et secondaire.

L'exercice coordonné ne semblait pas influent (47,7%), le côté rural augmentait légèrement ce taux (61,4%), le côté seul semblait bien l'augmenter (78,1%) avec un effectif faible mais

correct (n=21). On remarquait l'absence de grande modification sur le zonage ARS (ZIP 52,8%, ZAC 48,8% ZAR 46,3%), et la modification sur les médecins avec le confrère à plus de 10 km semblait importante (75%) mais reposait sur un effectif dérisoire (n=3).

L'étude de la déclaration MT montrait des différences selon, les catégories de proches mais restait difficile d'interprétation car la question sur la déclaration MT différait d'une catégorie à l'autre. Cependant on remarquait que le conjoint était bien plus déclaré que le proche du premier degré.

d) Prise en charge à risque élevé et sentiment du généraliste

L'étude des risques pris permettait de mettre en évidence les différences de prises en charge selon les catégories de proches. D'une manière générale, on a remarqué un risque élevé plus présent en fonction de la proximité affective (« premier degré » : 53% versus « au-delà du premier degré » : 35%). Les amis (43%) se comportaient comme les proches au-delà du premier degré, et les conjoints (56%) comme les proches du premier degré. Cependant la proportion de risque élevé flambait chez les enfants de moins de 18 ans et atteignait 72,5%.

Si on observait la volonté de délégation dans le risque élevé, elle était présente dans environ 50% des cas sur la plupart des catégories (« amis » : 48%, « au-delà du premier degré » : 60%, « conjoint » : 59%, « enfant moins de 18 ans » : 52%) seule exception les proches du premier degré à 73%.

Concernant les prises en charge subies, si l'ensemble des catégories semblait suivre la même tendance que la volonté de délégation (« premier degré » : 62% ; « conjoint » : 58% ; « amis » : 48% ; « Au-delà du premier degré » : 46%). La catégorie « enfant de moins de 18 ans » se distinguait avec une forte proportion de prise en charge à risque élevé désirée et une prise en charge subie faible de 24%.

Enfin concernant la prise en charge subie sans alternative, elle semblait très faible dans les catégories les plus proches (« premier degré » : 9%, « conjoint » : 9%, « enfant moins de 18 ans » : 7%) mais constituait une proportion plus importante des catégories éloignées (« amis » : 22% ; « au-delà du premier degré » : 20%).

Le schéma ci-dessous résume les différences entre catégories :



Figure 19 : Résumé du risque de prise en charge et du sentiment du généraliste en fonction des catégories de proches

e) *Relation « risque élevé » et déclaration médecin traitant*

En se penchant sur la relation entre le risque élevé et la déclaration de MT on remarquait des différences notoires notamment entre les catégories de proches. L'impression donnée par le graphique montrait une augmentation de la proportion des déclarations MT sans risque élevé chez les catégories les plus proches du médecin traitant, on peut appeler cette catégorie « la

déclaration MT administrative ». La déclaration médecin traitant « administrative » représentait tout de même près de 30% des déclarations médecin traitant dans le premier cercle.

Mais cela supposait que la notion de « risque élevé » ait été bien comprise comme évoqué dans les biais de classement. C'est probablement cette catégorie (mais également les risques élevés sans déclaration MT) qui peut expliquer la différence de résultat retrouvée entre l'analyse principale basée sur la déclaration MT et les secondaires basées sur le risque élevé.

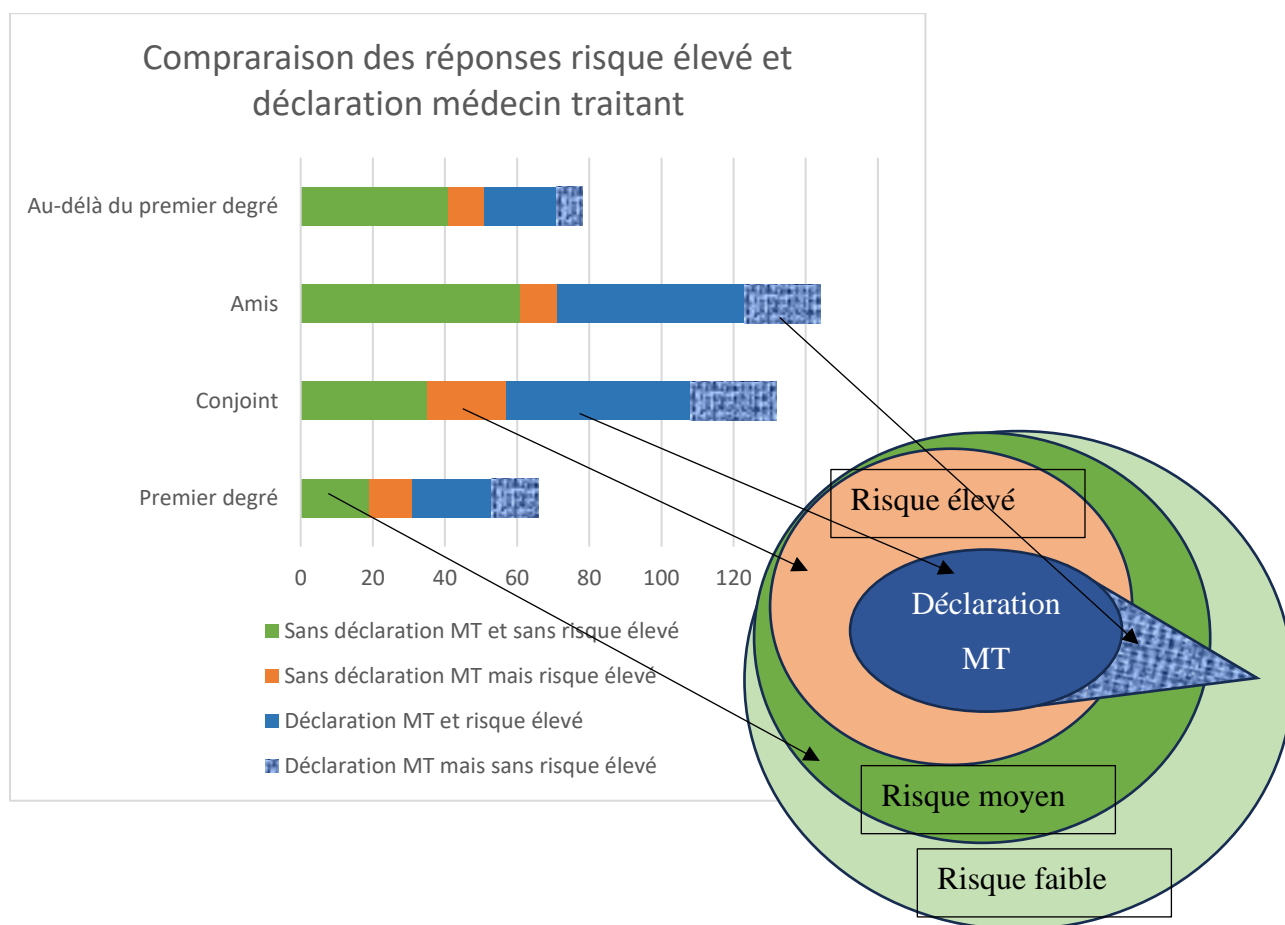


Figure 20 : Explication schématique des résultats comparatifs entre risque élevé et déclaration MT

2. Analyse principale et secondaire

a) Analyse principale

Les résultats sur l'analyse principale retrouvaient une différence entre les médecins ayant deux critères et plus d'isolement et ceux ayant aucun ou un critère d'isolement, sur le critère de jugement principal qui est la déclaration MT de 50% et plus de ses proches du premier cercle. Le risque relatif a été calculé à 1,42, donc un médecin avec deux critères ou plus

d'isolement avait 42% de chance de plus d'avoir la moitié et plus de proches du premier cercle déclaré. Après le test du Khi 2 on retrouvait une p-value à 0,054. Le risque alpha de première espèce couramment utilisé est de 5%. Donc on peut affirmer que le résultat n'est pas statistiquement significatif au risque alpha de 5% tel qu'utilisé de manière conventionnelle en médecine.

Cependant, l'interprétation binaire « significatif » et « non significatif » reste controversée (17). La p-value relativement faible et le risque relatif relativement élevé de ce résultat principal laisse une suspicion sur la possible existence de cette association.

b) Analyse stratifiée

Concernant l'analyse stratifiée sur l'âge et le sexe, les conditions d'application du test du khi2 dans chaque case n'étaient pas remplies : beaucoup trop de cases du tableau de contingence étaient inférieures à 5. Le test de Cochran-Mantel-Haenszel est impossible. L'Odds ratio ajusté n'a pas pu être calculé et comparé. Il a été calculé des risques relatifs dans les sous-groupes où l'on remarque un RR autour 1,2. Bien que ce risque relatif aille dans le même sens que l'analyse principale on remarque tout de même une diminution de l'effet. Il est donc possible que le résultat de l'analyse principale soit en partie dû au facteur de confusion âge et sexe.

c) Analyse sur les critères d'isolement

Quand on analysait les résultats critère d'isolement par critère d'isolement, le critère « confrère à plus de 10km » était ininterprétable en raison du manque d'effectif.

Il n'y avait pas de différence statistique avec le critère « zone ARS ZIP » et le critère « non coordonné » avec des risques relatifs et une p-value proche de 1 (respectivement RR=1,05 p-value=0,84 ; RR=0,96 p-value=0,8).

Pour le critère rural, on retrouvait un risque relatif à 1,29 pour une p-value à 0,18 ce qui rend cette association non significative avec un fort risque que cette différence soit simplement liée au hasard.

Néanmoins, pour le critère d'exercice seul, on remarquait un risque relatif à 1,67 avec une p-value à 0,010. En exerçant seul, on avait donc 67% de chance supplémentaire de déclarer 50% et plus de proches du premier cercle. Au risque alpha de 5%, l'association pourra être considérée comme statistiquement significative. Cependant il s'agit d'une analyse secondaire où théoriquement on ne peut conclure mais on peut le suspecter. Il s'agit probablement du facteur d'isolement qui explique le résultat de l'analyse principale.

d) Résultat sur le risque élevé

Dans cette analyse qui changeait le critère de jugement principal, en prenant en compte une réponse risque élevé soit de la catégorie du premier cercle, soit dans la catégorie enfant, soit dans toutes les catégories, les résultats étaient semblables. Il n'y a aucune association statistique entre le risque élevé et le fait d'avoir plus de deux critères d'isolement. Les risques relatifs étaient tous très proches de 1 (respectivement 0,99 ; 1,04, 1,03), et on se retrouvait avec des p-value très proches de 1 également (0,97, 1 [avec test fisher] ; 0,83). Il n'y a pas d'association statistiquement significative. Le calcul des risques relatifs dans les sous-groupes en testant les critères d'isolement ne mettait pas en évidence de francs écarts à la valeur 1 sur les risques relatifs. Ils n'avaient pas été testés afin d'éviter une inflation du alpha.

e) Au total

L'analyse principale ne retrouve pas de différence statistiquement significative avec une p-value à 0,054 au risque alpha de 5%. Cependant, on peut suspecter qu'avec davantage de puissance via un échantillon de taille plus grande, le seuil de significativité puisse être atteint. Elle semble principalement due au critère d'isolement exercice seul (p-value à 0,01). Elle s'explique en partie avec des facteurs de confusion âge/sexe dont on remarque une diminution des risques relatifs dans les sous-groupes stratifiant ces paramètres mais les effectifs sont trop faibles pour calculer une p-value avec un test de Cochran-Mantel-Haenszel.

Même si l'association sur l'analyse principale est proche du seuil de significativité, il n'est pas possible de conclure. On peut seulement émettre un doute sur la possible existence de différence. Seule une analyse plus puissante et stratifiée pourrait conclure.

Concernant l'analyse secondaire sur le risque élevé, au vu des risques relatifs et des p-value, aucune association n'est significative ni même suspectée. Les résultats semblent totalement similaires dans les deux groupes. Il n'y a quasiment pas de doute sur une différence significative. Même avec une analyse plus puissante il serait probablement difficile de prouver une différence.

D. Comparaison avec les données de la littérature

a) Sur la population de l'échantillon :

Figure 13. Pyramides des âges du nombre de médecins généralistes en activité régulière en 2022

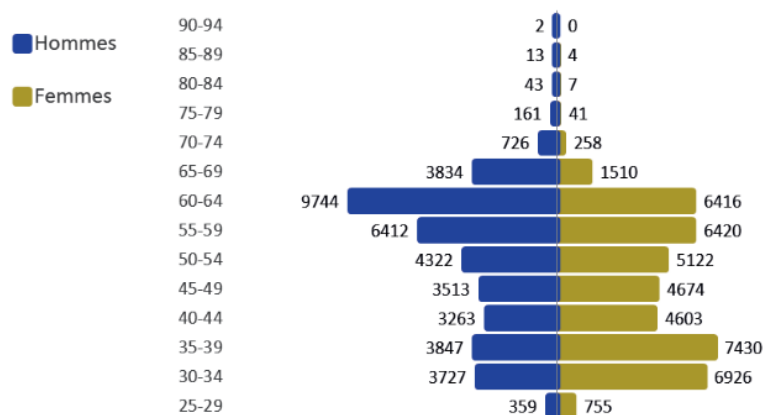


Figure 21 : Pyramide des âges selon les données du CNOM

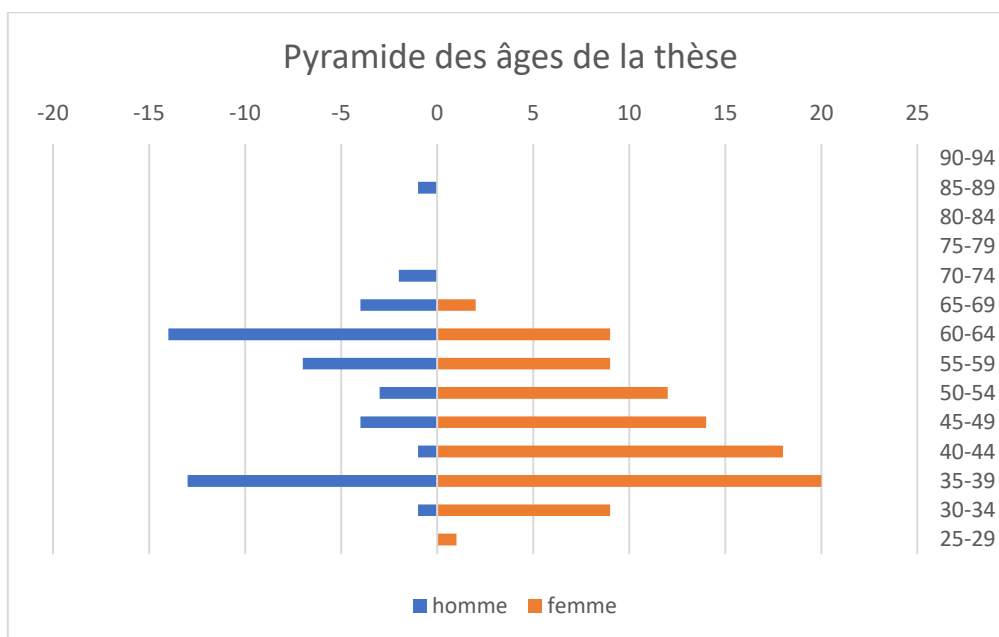


Figure 22 : Pyramide des âges de la thèse

L'âge moyen des actifs réguliers en 2022 de médecine générale était de 50 ans au 1er janvier 2022, les femmes représentaient 52,5 % des effectifs.(18) On remarque que la population de l'étude était plus féminine que la population générale, et que les catégories d'âge semblaient différentes avec une plus grande proportion de femme jeune et un manque d'homme de la quarantaine.

b) Répartition des facteurs d'isolement

Peu de données comparatives existent, cependant dans la thèse voulant définir les modes d'exercice rural, urbain et semi-rural (16), on retrouve une répartition des modes d'exercice dans les Landes et la Gironde, qui est superposable à ce que l'on a remarqué dans cette thèse avec presque les mêmes proportions mais avec plus de ruraux et moins d'urbains dans notre étude.

	Nb	%
Urbain	68	36,4%
Semi Rural	89	47,6%
Rural	30	16%
TOTAL	187	100%

Tableau 2 : Milieu d'exercice

Tableau 15 : Résultat sur la répartition rural urbain semi rural selon la thèse de Corfiat

La DREES a publié une étude de 2022 (19) montrant que 69% des médecins exercent en groupe en France ce qui était moins que dans cette étude (82,6%).

L'exercice pluri-professionnel de cette même étude était de 40% ce qui pouvait être mis en regard avec « l'exercice coordonné » de cette étude (57,77%)(19)

c) Sur la notion de médecin traitant

La thèse de Douard recherchait la déclaration MT de ses proches. Les résultats étaient présentés sous forme de diagramme. Les chiffres n'étaient pas donnés mais en les estimant à partir du quadrillage on a pu déduire le tableau ci-dessous :

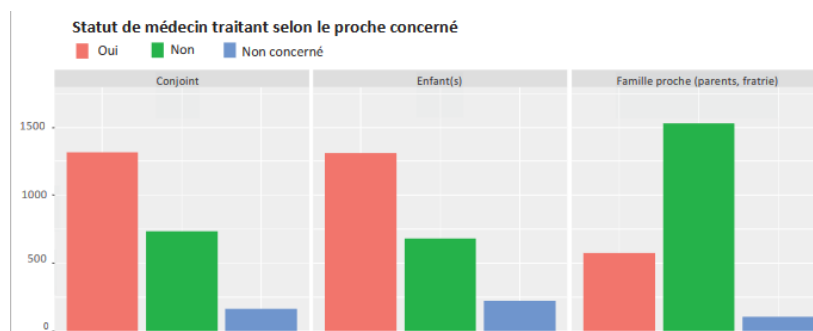


Figure 23 : Présentation des résultats dans la thèse de Douard

Catégorie	Taux approximatif déduit de la thèse de Douard	Taux retrouvé dans cette thèse
Conjoint	65%	56,8%
Premier degré	25%	40,7%
Amis	55%	50,7%
Au-delà du premier degré	15%	34,6%

Tableau 16 : Comparaison des taux retrouvé de déclaration MT entre la thèse de Douard et celle-ci

En comparant les résultats, on remarque des tendances similaires : le conjoint était très déclaré, moins les proches du premier degré et encore moins au-delà du second degré. Les chiffres sont différents sur la catégorie premier degré et au-delà du premier degré. Cette différence peut s'expliquer par le fait que cette thèse ne s'intéressait qu'aux proches présents à proximité, contrairement à Douard qui ne le précisait pas, augmentant donc le nombre de proches non déclaré. Le conjoint et les amis étaient moins dépendants de ce phénomène, les chiffres sont similaires.

d) Sur la notion de risque élevé

Concernant le risque élevé tel que défini dans le tableau de Fromme, aucune étude ne le recherchait quantitativement, Douard posait des questions avec des items différents et difficilement comparable. Cependant on observe les mêmes tendances à savoir des risques élevés très fréquent chez les enfants, fréquent chez les « premiers degrés » et moindre chez les amis et « au-delà du premier degré ». La seule différence semble être la catégorie « conjoint » où les risques pris semblent s'apparenter plus à la catégorie « enfant » avec une fréquence de risque élevé plus forte.(1)

Ceci semble s'expliquer par la présence de la catégorie « conjoint » et « enfant » dans le foyer. Dans les entretiens d'Aguillon (20) sur ces catégories, les médecins disaient « on ne s'est jamais posé la question » « ils t'ont sous la main » confirmé par la littérature internationale (21). Sur les enfants, d'autres sources parlaient même d'une gêne des parents médecins à déléguer la tâche de prise en charge à un confrère (22).

Les questions sur le ressenti des généralistes sont posées de manière différente chez Douard qui demandait le sentiment d'être forcé, avec un oui qui l'emportait à 58%. Sur le fait que cela soit un confrère qui prenait en charge les proches, 80% répondaient qu'ils n'avaient pas de difficulté avec cette idée.(1)

Sur la prise en charge subie sans alternative locale, il n'y a pas de statistique. En commentaire de la thèse de Douard, certains médecins ont évoqué et rapporté le problème de la démographie médicale qui ne permet pas toujours de pouvoir déléguer à un confrère.

e) Sur l'analyse principale

Peu de travaux se sont aventurés sur le terrain de l'isolement du généraliste comparé à la prise en charge de ses propres proches, pourtant une des recommandations les plus fréquentes est de ne pas prendre en charge un proche mais de répondre aux sollicitations par des conseils et une orientation. Dans la thèse de Dautel et Jeanne(6), une des réponses à apporter lors d'une demande de soin par un proche et qui est plébiscité par le groupe d'expert, est : « existe-t-il une autre option [de prise en charge du proche] ? Si oui ne pas accepter la demande ».

Il était par moment évoqué au cours d'entretien qualitatif le fait de ne pas vraiment avoir d'alternative liée à l'isolement (1) (6). Cependant, cette position n'était pas fréquemment retrouvée, possiblement dû au fait que les facteurs d'isolement sont peu fréquents et même quand la prise en charge est subie on peut voir dans cette thèse que l'absence d'alternative était un critère marginal.

La seule thèse l'évoquant clairement était la thèse qualitative de Bourlot (3) qui lors de ces neuf entretiens recueillait le côté rural, semi urbain, urbain, seul, en groupe de chaque participant. Il en ressortait la difficulté de ceux qui exercent seul à déléguer à un confrère. Ce qui finalement correspond bien au résultat quantitatif de cette thèse.

E. Intérêt et perspective

L'intérêt de cette thèse était de trouver une relation entre l'isolement du médecin et la prise en charge de ses proches. L'intérêt de rechercher une relation permet de révéler des facteurs favorisants, qui en les limitant permettrait une diminution du risque de prise en charge de ses propres proches. Comme on peut le voir dans cette thèse, il est probable que le fait d'être seul augmente les chances de déclarer plus de proches du premier cercle comme médecin traitant. Les internes et les jeunes médecins dont la vocation serait de s'installer comme généraliste peuvent possiblement trouver en l'exercice groupé un potentiel facteur protecteur de prise en charge de ses propres proches. Et ceux d'autant plus que ce sont les interne et les jeunes médecin qui ont des difficulté à prendre en charge leur proche (23) bien que cela semble s'atténuer avec l'expérience(1) (3). Il semble d'intéressant de poser les règles dès le début de l'installation, beaucoup de médecins interrogés évoquent « un engrenage » d'où il semble difficile de revenir en arrière(1).

L'autre intérêt de cette thèse aura été de décrire des critères d'isolement dont on peut maintenant appréhender plus facilement la pertinence et qui sont simples à recueillir dans un questionnaire. Ils pourront être repris et modifiés afin d'étudier de nombreux sujets.

Concernant la prise en charge de ses propres proches, des facteurs autres que l'isolement peuvent être recherchés tout en gardant la même méthodologie objective à partir du médecin traitant mais tout en connaissant les limites.

Concernant le sujet même de la thèse, d'autres analyses peuvent être effectuées, notamment en augmentant l'échantillon, en stratifiant l'ensemble des analyses sur l'âge et le genre, et en modifiant certains critères d'isolement.

V. Conclusion

Face aux demandes de soins par ses propres proches, savoir les orienter et les accompagner vers un confrère semble une des solutions, néanmoins l'isolement du généraliste pourrait constituer un frein vers cette orientation. L'objectif principal de cette thèse était de trouver une association entre l'isolement du généraliste et la prise en charge de ses propres proches à travers une étude transversale descriptive avec une composante analytique.


Dans l'analyse principale **les médecins présentant plus de deux critères d'isolement** (parmi : rural, confrère à plus de 10km, exercice seul, zone ARS ZIP, exercice non coordonné) avaient **42% de risque supplémentaire** de déclarer comme médecin traitant plus de la moitié de leur proche du premier cercle. Cette différence **n'est pas statistiquement significative** avec une **p-value à 0,054** au risque alpha de 5%. L'analyse secondaire a permis d'expliquer cette différence par le **critère d'isolement exercice seul qui augmente de 67% le risque** de déclarer comme médecin traitant la moitié ou plus de ses proches du premier cercle (**p-value à 0,01**). Cependant, la présence d'un facteur de confusion âge/genre explique en partie ces résultats. Sur la prise de risque « élevé » issus du tableau de Fromme il n'y avait pas d'association statistiquement significative ni suspecté avec des critères d'isolement. Seule une analyse plus puissante et stratifiée sur l'analyse principale pourrait permettre de trancher. L'étude descriptive a retrouvé de plus fortes proportions de déclaration de médecin traitant du premier cercle chez les médecins âgés, les hommes, les ruraux et les médecins qui exercent seuls. La déclaration de médecin traitant n'était pas toujours corrélée à un risque « élevé » de prise en charge. Le risque élevé était majoré sur les catégories les plus proches (particulièrement les enfants de moins de 18 ans).

Cependant malgré ces résultats contrastés, sans résultat statistiquement significatif sur l'analyse principale, éviter le mode d'exercice « seul » semble être une piste intéressante pour un médecin voulant limiter de se déclarer comme médecin traitant de ses propres proches.

Toulouse, le 30/05/2024

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
Toulouse le 27/05/2024


Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale





VI. Bibliographie

1. Douard F. La prise en charge de ses proches quand on est médecin généraliste: Enquête quantitative auprès des médecins généralistes français [Thèse d'exercice]. [2009-....., France]: Université de Strasbourg; 2019.
2. Rebeyrotte A. Soigner ses proches en tant que médecin généraliste: enquête quantitative auprès de membres de famille de médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2016.
3. Bourlot M. Comment construire sa position face aux sollicitations médicales d'un proche: analyse des déterminants à prendre en compte dans la décision et proposition d'un outil d'aide à la réflexion [Thèse d'exercice]. [2017-2020, France]: Université Clermont Auvergne; 2018.
4. Mietka AD. Le médecin peut-il soigner ses proches ? Revue de la littérature à ce sujet [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Picardie Jules Verne; 2019 [cité 11 janv 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02886010>
5. Fromme EK, Farber NJ, Babbott SF, Pickett ME, Beasley BW. What do you do when your loved one is ill? The line between physician and family member. *Ann Intern Med.* 2 déc 2008;149(11):825-31.
6. Dautel M, Jeanne J. Quelles propositions de la littérature sont susceptibles d'aider le médecin à gérer la demande de soin de son proche ? Enquête auprès d'un groupe d'expert [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2015.
7. Beguin M. Synthèse de la littérature sur les réponses à apporter en tant que médecin à une demande de soins venant d'un de ses proches [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2013.
8. Caniato E. Ressentis et attentes des patients soignés par leur proche-médecin: enquête qualitative auprès de 12 proches de médecins généralistes exerçant en région Rhône-Alpes [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2015.
9. Institut de recherche et documentation en économie de la santé, éditeur. Les distances d'accès aux soins en France métropolitaine au 1er janvier 2007. Paris: IRDES; 2011.
10. Accès aux soins : pourquoi et comment identifier les zones sous-denses en médecins ? - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 4 nov 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/zonage-medecin>
11. Exercice coordonné ESP/MSP/CDS [Internet]. [cité 6 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/exercice-coordonne-espmpcnds>
12. Dispositif du médecin traitant [Internet]. [cité 4 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/dispositif-medecin-traitant/dispositif-medecin-traitant>
13. Fontaine R. Positionnement des médecins généralistes face aux maladies chroniques de leurs proches: étude qualitative réalisée en 2018 auprès de treize médecins généralistes installés à la Réunion [Thèse d'exercice]. Université de la Réunion; 2019.

14. BiostaTGV - Statistiques en ligne [Internet]. [cité 24 avr 2024]. Disponible sur: <https://biostatgv.sentiweb.fr/?module=tests>
15. Test de Cochran-Mantel-Haenszel dans Excel | XLSTAT Centre d'aide [Internet]. [cité 24 avr 2024]. Disponible sur: <https://help.xlstat.com/fr/6375-cochran-mantel-haenszel-test-excel-tutorial>
16. Corfias ME. Milieu rural, semi-rural ou urbain: confirmation d'indicateurs quantitatifs permettant de définir le milieu d'exercice des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. Université Bordeaux; 2020.
17. Greenland S, Senn SJ, Rothman KJ, Carlin JB, Poole C, Goodman SN, et al. Statistical tests, P values, confidence intervals, and power: a guide to misinterpretations. *Eur J Epidemiol*. 1 avr 2016;31(4):337-50.
18. Arnault DF. Atlas de la démographie médicale en France par le conseil national de l'ordre des médecins.
19. Les médecins généralistes exercent de plus en plus souvent en groupe et ont davantage recours à un secrétariat | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 25 avr 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/les-medecins-generalistes-exercent-de-plus-en-plus-souvent-en-groupe-et-ont>
20. Aguilon S, Marre Petit-Castagnet J, Alric JP. Qui soigne les médecins généralistes et leurs proches?: thèse qualitative en " focus group " dans le Lot. Toulouse, France: Université Paul Sabatier, Toulouse 3; 2016.
21. Dusdieker LB, Murph JR, Murph WE, Dungy CI. Physicians treating their own children. *Am J Dis Child*. févr 1993;147(2):146-9.
22. Bouquet-Lautié ME. Déterminants de la prise en charge de ses proches, en particulier de ses enfants, par le médecin généraliste: étude qualitative auprès de médecins girondins par focus groupe [Thèse d'exercice]. [1971-2013, France]: Université Bordeaux-II; 2012.
23. Makovec T, Galam É. Positionnement des internes de médecine générale face aux problèmes de santé de leurs proches. *Médecine*. 1 févr 2019;15(2):72-9.

VII. Liste des tableaux et des figures

Tableau 1 : Description du choix de catégorisation des proches	19
Tableau 2 : Niveau de risque pris dans la prise en charge de ses proches selon Fromme (5)..	20
Tableau 3 : Questions et réponses définissant le médecin généraliste isolé	24
Tableau 4 : Récapitulatif des arguments pour le choix du critère de jugement principal	25
Tableau 5 : Nombre moyen de critère d'isolement présents selon l'âge et le genre	31
Tableau 6 : Moyenne des taux de déclaration de médecin traitant du premier cercle par âge et genre	33
Tableau 7 : Moyenne des taux de déclaration de médecin traitant du premier cercle par critère d'isolement	34
Tableau 8 : Tableau de contingence de l'analyse principale	39
Tableau 9 : Résultat de l'analyse principale	39
Tableau 10 : Résultat de l'analyse secondaire sur chaque critère d'isolement	40
Tableau 11 : Calcul des risques relatifs dans les sous-groupes	40
Tableau 12 : Résultat de l'analyse secondaire sur le critère de prise de risque élevé dans une des catégories du premier cercle	41
Tableau 13 : Résultat de l'analyse secondaire sur le critère de prise de risque élevé chez les enfants de moins de 18 ans	41
Tableau 14 : Résultat de l'analyse secondaire sur le critère de prise de risque élevé dans une catégorie parmi toutes	42
Tableau 15 : Résultat sur la répartition rural urbain semi rural selon la thèse de Corfias	54
Tableau 16 : Comparaison des taux retrouvé de déclaration MT entre la thèse de Douard et celle-ci	55
Figure 1 : Classement de la prise en charge du proche selon Fontaine R	21
Figure 2 : Schéma de l'adaptation du questionnaire en fonction de la réponse	22
Figure 3 : Diagramme de flux	29
Figure 4 : Description de la population âge et genre	30
Figure 5 : Description de la répartition des critères d'isolement	31
Figure 6 : Déclaration MT des proches du premier cercle	32
Figure 7 : Présentation de la moyenne des taux de déclaration MT et des taux d'acceptation MT	32

Figure 8 : Quantité de réponse par catégorie de proche	34
Figure 9 Risque et sentiment du médecin pour la prise en charge d'un proche du premier degré.....	35
Figure 10 : Risque et sentiment du médecin pour la prise en charge du conjoint.....	35
Figure 11 : Risque et sentiment du médecin pour la prise en charge des enfants de moins de 18 ans.....	36
Figure 12 : Risque et sentiment du médecin pour la prise en charge des amis	36
Figure 13 : Risque et sentiment du médecin pour la prise en charge d'un proche au-delà du premier degré.....	37
Figure 14 : Comparaison des réponses risque élevé et déclaration médecin traitant.....	38
Figure 15 : Taux de déclaration MT sans risque élevé.....	38
Figure 16 : Schématisation de la déclaration de médecin traitant en fonction du risque : à gauche schéma théorique, à droite schéma prenant en compte le risque de déclaration « administrative »	44
Figure 17 : Catégories de prise en charge de proches dans la thèse de Douard.....	45
Figure 18 : Influence du facteur de confusion âge/genre	47
Figure 19 : Résumé du risque de prise en charge et du sentiment du généraliste en fonction des catégories de proches	49
Figure 20 : Explication schématique des résultats comparatifs entre risque élevé et déclaration MT.....	50
Figure 21 : Pyramide des âges selon les données du CNOM.....	53
Figure 22 : Pyramide des âges de la thèse.....	53
Figure 23 : Présentation des résultats dans la thèse de Douard.....	54

VIII. Annexes

A. Questionnaire

Questionnaire diffusé :

Thèse sur la prise en charge de ses propres proches et isolement médical

**Obligatoire*

1. Êtes vous médecin généraliste installé en cabinet de médecin générale (libéral * ou salarié)?

Une seule réponse possible.

Oui *Passer à la question 2*

Non *Passer à la section 17 (Merci pour votre temps).*

Passer à la question 2

Données de la situation du médecin

2. Votre genre *

Une seule réponse possible.

Homme

Femme

3. Votre d'âge *

4. Définiriez vous votre exercice comme *

Une seule réponse possible.

Urbain

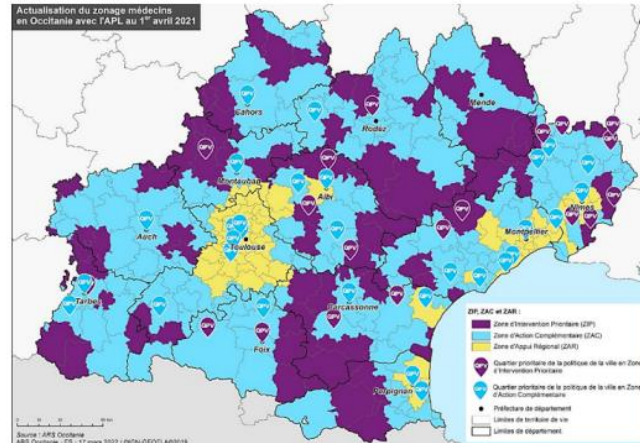
Semi rural

Rural

Une seule réponse possible.

- Aucune : confrère exerçant dans les mêmes locaux
- Moins de 10km
- Plus de 10km

6. Selon l'ARS dans quelle zone vous situez vous ? *



Une seule réponse possible.

- ZIP (violet) Zone d'action prioritaire
- ZAC (bleu clair) Zone d'action complémentaire
- ZAR (jaune) Zone d'appuis régional

7. Vous exercez *

Une seule réponse possible.

- Dans un cabinet seul
- Dans un cabinet de groupe

8. Vous exercez *

Une seule réponse possible.

- Au sein d'une MSP ou ESP
- Salarié dans un centre de santé
- aucun des deux

Famille premier degrés

vos parents, vos frères et sœurs, vos enfants de plus de 18 ans

9. Avez vous des membres de votre famille au premier degrés habitants à moins de 15 minutes de votre cabinet ou de votre domicile? (vos parents, vos frères et sœurs, vos enfants de plus de 18 ans) *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non *Passer à la question 15*

Famille premier degrés

Famille premier degrés

10. Combien avez vous de membres de votre famille au premier degrés habitants à moins de 15 minutes de votre cabinet ou de votre domicile? (vos parents, vos frères et sœurs, vos enfants de plus de 18 ans) *

11. Parmi ces proches du premier degrés habitants à moins de 15 minutes de votre domicile ou de votre cabinet (vos parents, vos frères et sœurs, vos enfants de plus de 18 ans) : *
De combien êtes vous le médecin traitant ?

12. Parmi les proches du premier degrés habitants à moins de 15 minute de votre domicile ou cabinet : *
Quel est votre risque maximal pris dans leur prise en charge ?

Risque faible	<ul style="list-style-type: none"> - Expliquer certaines informations médicales - Suggérer au patient d'aller consulter un médecin - Répondre à des questions concernant la nécessité d'aller consulter un médecin - Répondre à des questions concernant des traitements médicamenteux - Éduquer le patient (par exemple sur les soins à prodiguer lors d'une entorse de cheville) - Aider le patient à naviguer dans le système de soins - Assister à des consultations médicales - Lors de consultations médicales, aider le patient à poser les bonnes questions et à interpréter le jargon médical
Risque moyen	<ul style="list-style-type: none"> - Suggérer au patient qu'il n'a pas besoin de s'inquiéter ou de consulter - Renouveler un traitement prescrit une seule fois - Suggérer des médicaments en vente libre
Risque élevé	<ul style="list-style-type: none"> - Prescrire un médicament qui n'a jamais été prescrit - Prescrire des psychotropes ou des substances réglementées - Prescrire des examens complémentaires - Analyser des résultats - Condonner des soins - Prendre des décisions sans impliquer le médecin traitant ou le patient - Pratiquer des soins allant au-delà des premiers secours

Une seule réponse possible.

- élevé
 moyen *Passer à la question 15*
 faible *Passer à la question 15*
 aucune prise en charge *Passer à la question 15*

Concernant vos proches du premiers degrés

vos parents, vos frères et sœurs, vos enfants de plus de 18 ans habitant à moins de 15 minutes de votre domicile ou votre cabinet :

13. Concernant vos proches du premiers degrés lors d'une prise en charge à risque élevé : *
Préféreriez vous que cela soit un confrère qui les prennent en charge ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

14. Considérez vous cette prise en charge à risque élevé comme : *

Une seule réponse possible.

- subie : bien qu'il existe des alternatives locales, les proches insistent pour me voir moi
 désirée : j'accepte volontiers les demandes de mes proches
 subie : il n'y a pas ou peu d'alternatives locales médicales donc les proches sont obligés de me solliciter
 indifférent

Conjoint

15. Concernant votre conjoint : *

Une seule réponse possible.

- J'ai un conjoint habitant avec moi ou à moins de 15 minutes de chez moi ou de mon cabinet
 J'ai un conjoint, mais il habite à plus de 15 minutes de chez moi et de mon cabinet *Passer à la question 19*
 Je n'ai pas de conjoint *Passer à la question 19*

Conjoint

17. Concernant votre conjoint, lors d'une prise en charge à risque élevé : *
Préfèreriez vous que cela soit un confrère qui le/la prenne en charge ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

18. Considérez vous cette prise en charge à risque élevé comme : *

Une seule réponse possible.

- subie : bien qu'il existe des alternatives locales, les proches insistent pour me voir moi
 désirée : j'accepte volontiers les demandes de mes proches
 subie : il n'y a pas ou peu d'alternatives locales médicales donc les proches sont obligés de me solliciter
 indifférent

Concernant vos enfants de moins de 18 ans

19. Avez vous des enfant de moins de 18 ans ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non *Passer à la question 23*

Enfants de moins de 18 ans

20. Concernant vos enfants de moins de 18 ans : *
Quel est votre risque maximal pris dans leur prise en charge ?

Risque faible	<ul style="list-style-type: none"> - Expliquer certaines informations médicales - Suggérer au patient d'aller consulter un médecin - Répondre à des questions concernant la nécessité d'aller consulter un médecin - Répondre à des questions concernant des traitements médicamenteux - Éduquer le patient (par exemple sur les soins à prodiguer lors d'une entorse de cheville) - Aider le patient à naviguer dans le système de soins - Assister à des consultations médicales - Lors de consultations médicales, aider le patient à poser les bonnes questions et à interpréter le jargon médical
Risque moyen	<ul style="list-style-type: none"> - Suggérer au patient qu'il n'a pas besoin de s'inquiéter ou de consulter - Renouveler un traitement prescrit une seule fois - Suggérer des médicaments en vente libre
Risque élevé	<ul style="list-style-type: none"> - Prescrire un médicament qui n'a jamais été prescrit - Prescrire des psychotropes ou des substances réglementées - Prescrire des examens complémentaires - Analyser des résultats - Coordonner des soins - Prendre des décisions sans impliquer le médecin traitant ou le patient - Pratiquer des soins allant au-delà des premiers secours

Une seule réponse possible.

- élevé
 moyen *Passer à la question 23*
 faible *Passer à la question 23*
 Aucun (je ne m'implique jamais) *Passer à la question 23*

Concernant vos enfants de moins de 18 ans

21. Concernant vos enfants de moins de 18 ans, lors d'une prise en charge à risque élevé : *

Préférez-vous que cela soit un confrère qui le/les prenne(nt) en charge ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

22. Considérez-vous cette prise en charge à risque élevé comme : *

Une seule réponse possible.

- subie : bien qu'il existe des alternatives locales, les proches insistent pour me voir moi
 désirée : j'accepte volontiers les demandes de mes proches
 subie : il n'y a pas ou peu d'alternatives locales médicales donc les proches sont obligés de me solliciter
 indifférent

Concernant vos amis

23. Concernant vos amis : *

Acceptez-vous d'être leur médecin traitant ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

24. Concernant vos amis : *

Quel est votre risque maximal pris dans leur prise en charge ?

Risque faible	<ul style="list-style-type: none"> - Expliquer certaines informations médicales - Suggérer au patient d'aller consulter un médecin - Répondre à des questions concernant la nécessité d'aller consulter un médecin - Répondre à des questions concernant des traitements médicamenteux - Éduquer le patient (par exemple sur les soins à prodiguer lors d'une entorse de cheville) - Aider le patient à naviguer dans le système de soins - Assister à des consultations médicales - Lors de consultations médicales, aider le patient à poser les bonnes questions et à interpréter le jargon médical
Risque moyen	<ul style="list-style-type: none"> - Suggérer au patient qu'il n'a pas besoin de s'inquiéter ou de consulter - Renouveler un traitement prescrit une seule fois - Suggérer des médicaments en vente libre
Risque élevé	<ul style="list-style-type: none"> - Prescrire un médicament qui n'a jamais été prescrit - Prescrire des psychotropes ou des substances réglementées - Prescrire des examens complémentaires - Analyser des résultats - Coordonner des soins - Prendre des décisions sans impliquer le médecin traitant ou le patient - Pratiquer des soins allant au-delà des premiers secours

Une seule réponse possible.

- élevé
 moyen *Passer à la question 27*
 faible *Passer à la question 27*
 Aucun (je ne m'implique jamais) *Passer à la question 27*

Concernant vos amis

25. Concernant vos amis, lors d'une prise en charge à risque élevé : *
Préféreriez vous que cela soit un confrère qui les prennent en charge ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

26. Considérez vous cette prise en charge à risque élevé comme : *

Une seule réponse possible.

- subie : bien qu'il existe des alternatives locales, les proches insistent pour me voir moi
 désirée : j'accepte volontiers les demandes de mes proches
 subie : il n'y a pas ou peu d'alternatives locales médicales donc les proches sont obligés de me solliciter
 indifférent

Concernant votre famille au delà du premier degrés habitant à proximité

27. Concernant votre famille au delà du premier degrés habitant à proximité de votre cabinet : *
Acceptez vous d'être leur médecin traitant ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Je n'ai pas de membre ma famille au delà du premier degrés habitant à proximité *Passer à la section 17 (Merci pour votre temps).*

Concernant votre famille au delà du premier degrés habitant à proximité

29. Concernant votre famille au delà du premier degrés habitant à proximité, lors d'une prise en charge à risque élevé : *
Préféreriez vous que cela soit un confrère qui les prennent en charge ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

30. Considérez vous cette prise en charge à risque élevé comme : *

Une seule réponse possible.

- subie : bien qu'il existe des alternatives locales, les proches insistent pour me voir moi
 désirée : j'accepte volontiers les demandes de mes proches
 subie : il n'y a pas ou peu d'alternatives locales médicales donc les proches sont obligés de me solliciter
 indifférent

Merci pour votre temps

AUTEUR : Jean FLORANTY

TITRE : L'isolement du médecin au travers du mode d'exercice, du type de structure, du lieu d'installation, et de l'environnement médical, a-t-il une influence sur la prise en charge de ses proches ?

DIRECTEUR DE THESE : Yohann VERGES

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Le 9 juillet 2024

INTRODUCTION : La plupart des médecins sont confrontés à la demande de soins par un proche. Orienter le proche vers un confrère semble être une des solutions, néanmoins l'isolement du généraliste pourrait constituer un frein. Le but principal de cette thèse était de rechercher un lien entre l'isolement du médecin et la prise en charge de ses propres proches.

METHODE : Il s'agissait d'une étude quantitative par questionnaire, transversale descriptive et avec une composante analytique. Le critère de jugement principal était un taux de déclaration de médecin traitant de 50% et plus (parmi conjoint, fratrie, parents et enfants majeurs), comparé à un critère d'isolement composite (plus de deux critères parmi : rural, confrère à plus de 10km, zone ARS ZIP, exercice seul, non coordonné).

RESULTAT : L'analyse principale montrait un risque relatif à 1,42 (p-value=0,054) L'analyse secondaire sur le critère d'isolement « exercice seul » montrait un risque relatif à 1,67 (p-value=0,01). Il existe un facteur de confusion âge sexe qui influençait ces résultats. Les analyses secondaires avec comme critère jugement « un risque élevé » ne retrouvait pas de différence significative. Concernant l'étude descriptive, on a remarqué qu'un risque élevé de prise en charge était majoré sur les catégories les plus proches (particulièrement les enfants de moins de 18 ans) et qu'une déclaration médecin traitant n'était pas toujours corrélée à une prise en charge à risque élevé.

DISCUSSION : Le résultat de l'analyse principale était non significatif pour un risque alpha=5%, seule une analyse stratifiée sur l'âge et le sexe plus puissante pourrait conclure. Néanmoins, pour un médecin voulant limiter de se déclarer médecin traitant de ses propres proches, éviter un exercice seul pourrait être une solution.

Titre & résumé en anglais

Title: Does the isolation of the doctor through the mode of practice, the type of structure, the place of installation, and the medical environment have an influence on the care of his ones?

INTRODUCTION: Most doctors are faced with requests for care from a loved one. Referring the loved one to a colleague seems to be one of the solutions, however the GP's isolation could constitute an obstacle. The main aim of this thesis was to investigate a link between the isolation of the doctor and the care of his own loved ones.

METHOD: This was a quantitative study by questionnaire, descriptive transversal and with an analytical component. The main endpoint was a GP declaration rate of 50% or more (among spouse, siblings, parents and adult children), compared to a composite isolation criterion (more than two criteria among rural, colleague at more than 10km, ARS ZIP zone, exercise alone, uncoordinated).

RESULT: The main analysis showed a relative risk of 1.42 (p-value=0.054).The secondary analysis on the isolation criterion "exercise alone" showed a relative risk of 1.67 (p-value=0.01). A confounding factor of age and gender influenced these results. Secondary analysis with "high risk" as the judgment criterion did not find any significant difference. Concerning the descriptive study, we noticed that a high risk of treatment was increased in the closest categories (particularly children under 18 years old) and that a GP declaration was not always correlated with high-risk medical care.

DISCUSSION: The result of the main analysis was not significant for an alpha risk = 5%, only a more powerful analysis stratified on age and sex could conclude. Nevertheless, for a doctor wishing to limit his GP declarations for his own loved ones, avoiding an exercise alone could be a solution.

Mots-Clés : Prise en charge proche, Traiter sa famille, Traiter ses proches, Isolement du Médecin, Mode d'exercice, Médecine rurale, Médecin généraliste

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE