

THÈSE

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

Présentée et soutenue publiquement
par

Théo LALANE

Le 25 Avril 2024

PRATIQUE DES MEDECINS GENERALISTES CONCERNANT LE SUIVI DES PATIENTS ATTEINTS D'HYPOTHYROÏDIE EN OCCITANIE

Directeur de thèse : Dr Jacques URBAIN

JURY :

Madame la Professeur Julie DUPOUY

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

Monsieur le Docteur Jacques URBAIN

Monsieur le Docteur Antoine CABROL

Présidente

Assesseur

Assesseur

Assesseur



UNIVERSITÉ
TOULOUSE III
PAUL SABATIER

Table des matières

I- Contexte de l'étude	2
Contexte socio-économique.....	2
Inégalité d'accès aux soins	2
Vieillesse de la population.....	2
Contexte régional.....	3
Les soins non programmés	4
Synthèse du contexte et réflexions.....	4
Hypothyroïdie – épidémiologie	5
Rappel anatomique et physiologique	6
Hypothyroïdie	6
Biologie.....	7
Thérapeutique	8
Question de recherche.....	10
II- Matériels et méthodes.....	10
III- Résultats.....	12
IV- Discussion	15
Limites de l'étude	15
Interprétation des résultats	15
V- Conclusion.....	18
VI - Références.....	19

I- Contexte de l'étude

Contexte socio-économique

Le système de soin français longtemps cité comme exemple pour son efficacité, sa qualité et son universalité, connaît aujourd'hui de fortes tensions. Que ce soit le système hospitalier ou en ville, l'offre de soin a du mal à s'adapter à la demande et aux besoins de la population. Le système de santé évolue depuis plusieurs années vers un parcours de soin coordonné sur le territoire, avec une place centrale du médecin généraliste (1). En effet pour optimiser la qualité des soins, de manière personnalisée et adaptée, les patients doivent déclarer un médecin traitant. Une conséquence directe concerne le taux de remboursement des soins par l'assurance maladie. Le médecin traitant est en outre le premier interlocuteur des patients en matière de santé et ses missions peuvent se décliner comme suit : soins réguliers, orientation dans le parcours de soin coordonné, gestion du dossier médical, prévention personnalisée. Il établit également le protocole de soin en cas d'affection de longue durée (2).

Inégalité d'accès aux soins

L'accessibilité au soin en France n'est pas égale au sein du territoire. Les 10% de la population les mieux dotés en médecins généralistes ont accès en moyenne à 5,7 consultations par an. A l'inverse les 10% de la population les moins bien dotés ont accès à 1,5 consultation par an. Ainsi l'accessibilité au soin de la première catégorie est 3,9 fois supérieure. A noter que ce rapport augmente de 4% entre 2021 et 2022, traduisant une inégalité croissante d'accessibilité au médecin généraliste (3). De plus, parmi les 3% les moins bien lotis de la population en terme d'accessibilité aux professionnels de santé, les trois quarts vivent dans des territoires ruraux (4). Ces éléments démontrent l'existence un gradient géographique dans l'inégalité d'accès au soin entre les métropoles et les territoires ruraux.

Vieillesse de la population

Avec le vieillissement de la population et l'avancée en âge, les sujets âgés voient leurs organismes et leurs capacités physiologiques diminuer, les rendant vulnérables et fragiles. De plus, dans nos sociétés occidentales, la prévalence des maladies cardio-vasculaires, des

cancers et des maladies neurodégénératives est importante, ce qui accroît structurellement la prévalence des maladies chroniques. Ainsi les facteurs biologiques, sociétaux et environnementaux font de la personne âgée une personne exposée aux problèmes de santé et ayant plus fréquemment recours au système de soin.

En France, le vieillissement de la population et l'augmentation des dépenses de santé associées sont des phénomènes qui vont s'accroître dans les prochaines années. La population âgée de plus de 60 ans représente actuellement 20,5% de la population française, mais 45% de l'ensemble des dépenses de santé (5). Selon les estimations, dans les dix prochaines années le nombre de personnes âgées de 75 à 85 ans va augmenter de 50%, soit 2 millions de personnes (6).

Contexte régional

L'Occitanie est l'une des régions françaises où la population augmente le plus. Au premier janvier 2020, sa population était de 5 974 000 habitants (7). Elle se place au rang national, 4^{ème} pour le taux de pauvreté et 2nde pour le taux de chômage. La pauvreté concerne 1 personne sur 6 avec près d'un million de personnes (17% de la population) vivant avec moins de 1097 euros mensuels (seuil de pauvreté monétaire). Parmi ses 13 départements, la région compte 4 des 10 départements les plus pauvres de France (8).

En 2023 la région recense 9500 médecins généralistes en exercice dont 5300 en médecine de ville (9). La densité médicale en Occitanie est de 9,9 généralistes pour 10 000 habitants(10). Selon la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) les jeunes de moins de 30 ans représentent la majorité des 11% de la population n'ayant pas de médecin traitant (11). La patientèle adulte moyenne des médecins généralistes est de 941 en 2021 à l'échelle nationale (12).

Les moyens financiers consacrés à la santé en Occitanie comptabilisent plus de 24,3 Milliards d'euros en 2022, soit près de 67 millions d'euros de dépenses de santé par jour (assurance maladie, CNSA et l'état). Ces dépenses sont en constante augmentation à hauteur de 1 milliard d'euros par an (8). L'ARS a publié en 2023 son nouveau Plan Régional de Santé (PRS), d'une durée de 5 ans, avec ses objectifs et engagements en matière de santé en Occitanie. Parmi les objectifs principaux de l'ARS on retrouve différents axes : le développement et la promotion de la prévention, le renforcement de l'offre de soins, une

meilleure coordination et coopération entre les différents professionnels et augmenter l'attractivité du territoire dans le médico-social (13).

Les soins non programmés

Les soins non programmés font partie des attributions de la médecine générale : ils correspondent au besoin de consultation rapide (24/48h) pour un motif de pathologie aiguë hors urgence vitale. Selon la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) les soins non programmés représentent une part importante des consultations: environ 30% pour la moitié des médecins généralistes (14). Les délais sont de plus en plus longs et les patients se tournent régulièrement vers un service d'urgence hospitalier.

Par opposition, les consultations de suivi de pathologies chroniques sont programmées et régulières. Cela représente un volume important de consultations. Avec le vieillissement de la population, ce nombre de consultations va augmenter dans les prochaines années.

Synthèse du contexte et réflexions

Dans ce contexte de difficulté d'accès au soin, et notamment en médecine générale, les réflexions pour satisfaire la demande de soin s'articulent autour :

- D'une augmentation de l'offre de soin :

En ce sens, la suppression du numéris clausus dès la rentrée 2021 devrait permettre d'augmenter le nombre de médecins à l'horizon 2030.

La création des nouveaux métiers de la santé (infirmiers de pratique avancée (IPA), assistants médicaux, etc) devrait permettre d'augmenter le nombre de personnels soignants sur le territoire français. Suite au Ségur de la santé, la création d'un Service d'Accès aux Soins (SAS), nouveau service d'orientation de la population dans le parcours de soins, permettrait aux patients d'avoir accès à un professionnel de santé lorsque son médecin traitant n'est pas disponible (15).

- D'une diminution de la demande de soin :

Les estimations démographiques et leurs conséquences sur le système de soin ne vont pas en ce sens. A noter qu'actuellement, la volonté politique est de diminuer la charge administrative des médecins et de recentrer leur activité sur des tâches médicales. Egalement

évoqué par le gouvernement, la question des rendez-vous non honorés fait appel à la démarche de sensibilisation de la population en matière de soin.

- D'une réorganisation de l'offre de soin :

La création des nouveaux métiers de la santé permettrait d'envisager différemment le système de soin : le suivi des patients atteints de pathologies chroniques, soutenir les médecins sur certaines tâches (administrative, accueil des patients, communication, etc.) (16). Des négociations sont actuellement en cours dans le cadre de la convention médicale concernant le mode de rémunération des médecins généralistes. De plus la concrétisation le 9 août 2023 de la 4^{ème} année de médecine générale devrait consolider l'organisation des soins primaires en France (17).

C'est autour de ce dernier axe, la réorganisation de l'offre de soin, que ce travail de thèse s'articule. En effet dans cette réflexion autour de l'ergonomie du système de soin, il est légitime de se questionner concernant le suivi des patients atteints de pathologies chroniques. Traditionnellement, dans l'exercice de la médecine générale, il est coutume de voir en consultation trimestrielle les patients atteints de pathologies chroniques. Or, il existe une grande diversité de pathologies chroniques, avec des spécificités propres et des prises en charge différentes. Cependant, il n'est pas clairement établi dans la littérature que pour toutes les pathologies chroniques, les patients doivent bénéficier d'un suivi trimestriel.

Cette thèse a pour but de décrire la pratique des médecins généralistes concernant la prise en charge de patients atteints d'une pathologie chronique. Pour ce faire, la pathologie chronique sélectionnée doit être fréquente et le suivi essentiellement réalisé par le médecin généraliste.

Hypothyroïdie – épidémiologie

L'hypothyroïdie est une pathologie chronique parmi les plus fréquentes en France.

Elle touche 1 à 2% de la population générale (18).

L'étude SU.VI.MAX (19), portant sur une cohorte de 12 000 patients avec un suivi de 7,5 ans entre 1994 et 2002, a permis d'estimer le taux d'incidence annuel de l'hypothyroïdie de manière rétrospective. Elle a établi une incidence de 3,1 pour 1000 chez les femmes et 0,2 pour 1000 pour les hommes. Cette pathologie survient principalement chez la femme entre

35 et 60 ans. Son traitement repose essentiellement sur la prescription de produits à base de lévothyroxine.

Selon le Système National des Données de Santé ce sont 3 millions de personnes qui utilisent de la lévothyroxine en France en 2012. La lévothyroxine est la 6 me substance active la plus en vente en ville (34 millions de boites), prescrite dans 74% des cas par un médecin généraliste (20).

Rappel anatomique et physiologique

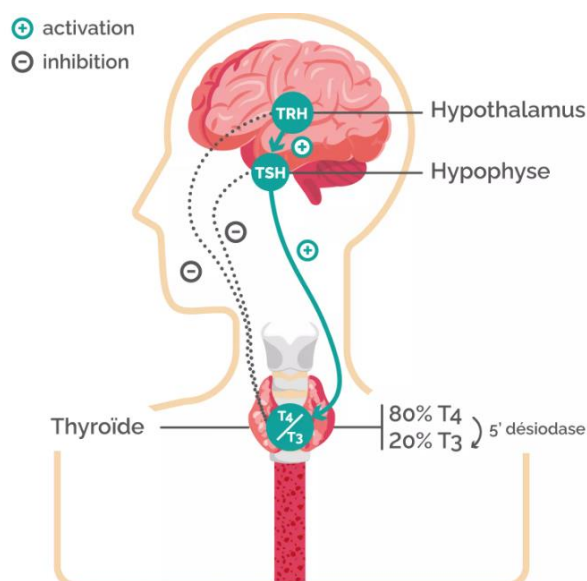


Figure 1. Anatomie et physiologie de la glande thyroïde

La glande thyroïde est située à la base du cou, en forme de papillon bilobé. Son rôle est de produire, sous stimulation hypophysaire par la TSH (thyroid-stimulating hormone) les hormones thyroïdiennes, principalement la tri-iodotyronine (T3) tétra-iodotyronine (thyroxine ou T4). La glande thyroïde exerce un effet endocrine sur l'organisme. De ce fait, il existe un rétrocontrôle négatif des hormones thyroïdiennes sur le système hypothalamo-hypophysaire. La T4 majoritairement produite représente la

forme de stockage, et sera métabolisée en hormone biologiquement active, la T3, par les tissus périphériques.

Les hormones thyroïdiennes sont indispensables pour le fonctionnement de l'organisme et leurs actions sont diverses : croissance staturo-pondérale, maturation du système nerveux central, métabolisme basal et thermog n se, activité musculaire et cardiaque, ainsi qu'une action sur le tissu adipeux.

Hypothyroïdie

L'hypothyroïdie correspond à une baisse de synthèse des hormones thyroïdiennes : elle peut être primaire en cas de d ficiance périphérique de la glande ou secondaire et résulter d'un problème central hypothalamo-hypophysaire.

En outre, les symptômes de l'hypothyroïdie primaire sont d'intensité variable, divers et ne sont pas spécifiques. Le diagnostic clinique est évoqué devant l'association de plusieurs symptômes parmi: asthénie chronique, frilosité, prise de poids, symptômes dépressifs, trouble mnésique, bradycardie, chute de cheveux, peau sèche, crampes musculaires, troubles du cycle menstruel, constipation ... A noter que le myxœdème cutanéomuqueux classiquement décrit et traduisant une hypothyroïdie profonde et ancienne, est devenu rarissime avec la généralisation des dosages biologiques permettant un diagnostic précoce (cf infra). De même les complications cardiovasculaires (bradycardie, diminution de l'action chronotrope, trouble du rythme) et neuromusculaires (myopathie proximale) sont devenues exceptionnelles.

L'étiologie la plus fréquente des hypothyroïdies primaires est la thyroïdite chronique lymphocytaire d'origine auto-immune dont la thyroïdite d'Hashimoto est la forme clinique typique. Dans le cadre du bilan étiologique d'une hypothyroïdie diagnostiquée, la cause auto-immune doit être recherchée par le dosage des anticorps anti-TPO (anti-thyroperoxydase).

Biologie

Devant la suspicion clinique, un bilan biologique de première intention doit être réalisé. Il comprend le dosage de la TSH seule avec T4 en cascade ; c'est à dire dosage de la T4 si et seulement si la valeur de la TSH n'est pas comprise dans l'intervalle de référence (classiquement 0,4 et 4 mUI/L). Le diagnostic d'hypothyroïdie repose sur l'interprétation de ces résultats (18):

- En cas de TSH dans l'intervalle de référence. Il n'y a pas lieu de poursuivre les investigations et il faut reconsidérer l'hypothèse diagnostique.
- En cas de TSH >4 mUI/L et <10 mUI/L, il est recommandé de reconstrôler son dosage à 6 semaines. La TSH pouvant sensiblement varier sans caractère pathologique et se normaliser à distance. En cas de persistance d'une TSH élevée, le dosage de la T4 permettra de distinguer une hypothyroïdie frustrée d'une hypothyroïdie avérée.
- L'hypothyroïdie frustrée, souvent pauci-symptomatique, correspond à une TSH élevée entre 4 et 10 mUI/L sur au moins deux prélèvements à 6 semaines, avec

une T4 dans l'intervalle de référence. A noter que l'évolution vers une hypothyroïdie avérée est de 3 à 4% des patients par an.

- L'hypothyroïdie avérée est définie par une TSH>10mUI/L et une T4<intervalle de référence.

Thérapeutique

Concernant la prise en charge thérapeutique de l'hypothyroïdie, il est important de souligner que l'introduction d'un traitement à base de lévothyroxine doit être le fruit d'une réflexion clinico-biologique et une décision médicale partagée avec le patient. Cependant voici quelques situations qui font l'objet de consensus:

- pas de traitement médicamenteux sans dosage de TSH
- hypothyroïdie avérée, instauration d'un traitement par lévothyroxine. A titre indicatif la posologie initiale recommandée est de 1,6 µg/kg par jour (21).
- hypothyroïdie frustrée :
 - en cas de TSH>10 mUI/L avec une T4 normale: indication d'un traitement.
 - en cas de TSH entre 4 et 10 mUI/L et T4 normale: un traitement peut être introduit selon l'intensité des symptômes, les antécédents cardiovasculaires du patient, la présence d'un goitre ou la positivité des anticorps anti-TPO. Sinon l'abstention thérapeutique est souhaitable.

La HAS a publié en décembre 2022 des recommandations de bonne pratique concernant la prise en charge des dysthyroïdies chez l'adulte dont voici un arbre décisionnel d'aide à la prise en charge thérapeutique (22).

Traitement de l'hypothyroïdie primaire chez l'adulte de moins de 65 ans

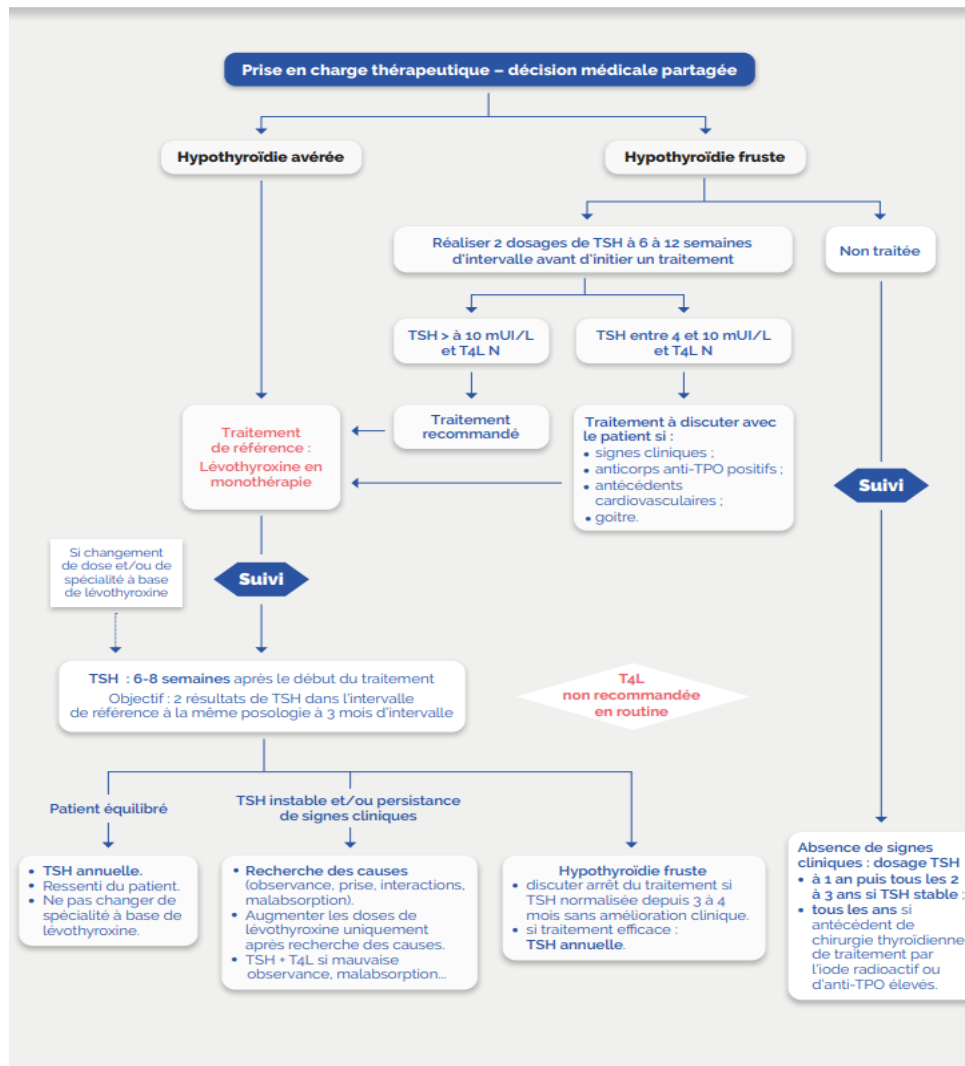


Figure 2. Traitement de l'hypothyroïdie primaire chez l'adulte de moins de 65 ans (Source HAS) (11)

Concernant le suivi des patients, une fois l'hypothyroïdie bien équilibrée par le traitement, il est recommandé de réaliser un suivi clinique annuel avec un dosage de la TSH en tenant compte du ressenti et de la symptomatologie du patient (18). Voici les différentes situations devant conduire à une prise en charge spécialisée par un endocrinologue (23): euthyroïdie non atteinte ou difficilement maintenue, antécédent de cardiopathie ischémique, hypothyroïdie secondaire, grossesse ou infertilité.

Question de recherche

L'hypothyroïdie est donc une pathologie chronique et fréquente dont le médecin généraliste est le principal acteur de dépistage, du diagnostic et de la prise en charge.

Dans le cadre d'une réflexion sur l'offre de soin pour répondre à la demande grandissante de soins en France, particulièrement sur la question du suivi des pathologies chroniques en médecine générale, ce travail de thèse a pour but de répondre à la question suivante:

Quelle est la pratique des médecins généralistes occitans concernant le suivi des patients atteints d'hypothyroïdie primaire?

L'objectif primaire de l'étude est de décrire la pratique des médecins généralistes en matière de suivi des patients atteints d'hypothyroïdie.

L'objectif secondaire vise à établir si la fréquence des consultations de suivi est adaptée au regard des recommandations de bonne pratique.

II- Matériels et méthodes

Pour tenter de répondre aux objectifs de l'étude, la méthode choisie pour décrire la pratique des médecins généralistes occitans est une étude quantitative transversale par diffusion d'un questionnaire. Le mode de recueil des données est déclaratif par les médecins généralistes.

La zone géographique sélectionnée dans l'étude est la région Occitanie regroupant 13 départements (09-Ariège, 11-Aude, 12-Aveyron, 30-Gard, 31-Haute-Garonne, 32-Gers, 34-Hérault, 46-Lot, 48-Lozère, 65-Hautes-Pyrénées, 66-Pyrénées-Orientales, 81-Tarn, 82-Tarn et Garonne).

La population cible choisie correspond aux médecins généralistes en activité dans la région Occitanie. La pratique exercée doit être celle de la médecine générale en cabinet ou regroupement de plusieurs professionnels.

Le questionnaire est anonyme, et comporte 5 items avec 1 item complémentaire selon les réponses: 1 relatif à l'activité du praticien, 3 concernant les modalités de suivi de l'hypothyroïdie (clinique, biologie et imagerie) et 1 items d'auto-évaluation.

Ce questionnaire est rédigé sur deux plateformes (Googleform et Surveymonkey) et est diffusé par mail.

Le questionnaire a été envoyé aux 13 conseils départementaux de l'ordre des médecins (CDOM) composant la région Occitanie. Egalement adressé à l'URPS des médecins d'Occitanie, le questionnaire a été soumis à une commission de validation avant diffusion. Parmi les CDOM, 9 d'entre eux n'ont pas souhaité le diffuser à ses membres. Parmi les 4 CDOM qui l'ont diffusé, le questionnaire a été transmis par mail à 1323 médecins généralistes. L'URPS n'a pas donné suite concernant la diffusion. Le questionnaire a été diffusé le 8 décembre 2023 et la clôture des réponses a été effective le 10 Janvier 2024.

Pour que les résultats soient interprétables, au moins 100 réponses sont attendues. Il est prévu un délai supplémentaire de collecte en cas d'insuffisance du nombre de réponse.

Sont exclus de l'étude les médecins généralistes exerçant une activité mixte majoritairement hospitalière. Les médecins généralistes à la retraite ne sont pas concernés par l'étude.

Un court texte introductif précède la réalisation du questionnaire et pose le cadre clinique de l'étude: les pratiques étudiées doivent faire référence à des patients atteints d'une hypothyroïdie primaire, substituée par une spécialité contenant de la lévothyroxine et dont le diagnostic est supérieur à 6 mois. Le motif principal de consultation des patients doit être le suivi de la pathologie thyroïdienne. Parmi les situations non prises en compte dans l'étude, on retrouve les patients mineurs ou âgés de plus de 65 ans, les femmes enceintes, les patients présentant des comorbidités cardiovasculaires et les sujets symptomatiques sur le plan thyroïdien.

Les réponses collectées sur la plateforme Surveymonkey ont été manuellement retranscrites sur la plateforme Googleform pour centraliser les résultats. L'ensemble des données a été extrait sur tableau Excel pour en permettre l'analyse statistique.

III- Résultats.

Précision 1: le terme « médecin » employé dans ce paragraphe concerne les médecins généralistes ayant répondu au sondage de l'étude.

Précision 2 : le terme « T4 » employé dans ce paragraphe fait référence au dosage biologique des hormones thyroïdiennes (T4 +/- T3).

Concernant la collecte des données, 25 réponses ont été obtenues sur la plateforme SurveyMonkey et 142 sur Googleform, pour un total de 167 réponses. Le taux de réponse est de 12,6%.

Caractéristiques des répondeurs	Total
Type d'exercice	
Libéral	153 (91.62)
Salariat	14 (8.38)
Mode d'exercice	
Exercice individuel	86 (51.50)
Exercice coordonné (MSP, CPTS, centre de santé)	81 (48.50)
Activité universitaire	51 (30.54)
Age	
> 50 ans	42 (25.15)
< 50 ans	125 (74.85)
Total	167 (100.00)

Les valeurs sont en n(%).

CPTS=Communauté Professionnelle Territoriale de Santé,
MSP=Maison de Santé Pluridisciplinaire

Tableau 1. Caractéristiques de la population de l'étude

La population de médecins de l'étude est majoritairement âgée de moins de 50 ans: 74,8% des répondeurs. L'exercice libéral est le type d'installation prédominant pour 91,6% des médecins. Le mode d'exercice des médecins est relativement similaire entre l'exercice individuel (51,5%) et l'exercice coordonné (48,5%). L'activité universitaire concerne 30,5% des médecins.

Caractéristiques des répondeurs	Total
Suivi clinique	
Mensuel	4 (2.40)
Trimestriel	54 (32.34)
Semestriel	90 (53.89)
Annuel	19 (11.38)
Suivi biologique	
TSH	
Mensuel	1 (0.60)
Trimestriel	9 (5.39)
Semestriel	74 (44.31)
Annuel	83 (49.70)
Pas de surveillance	0 (0.00)
T4 +/- T3	
Mensuel	0 (0.00)
Trimestriel	1 (0.60)
Semestriel	8 (4.79)
Annuel	14 (8.38)
Pas de surveillance	144 (86.23)
Auto-anticorps	
Mensuel	0 (0.00)
Trimestriel	0 (0.00)
Semestriel	1 (0.60)
Annuel	9 (5.39)
Pas de surveillance	157 (94.01)
Suivi échographique	
Non systématique	151 (90.42)
Annuel	10 (5.99)
Tous les 2 ans	1 (0.60)
Autre	5 (2.99)
Total	167 (100.00)

Les valeurs sont en n(%).
NA=Non applicable.

Tableau 2. Pratique des médecins généralistes concernant le suivi de l'hypothyroïdie

La fréquence du suivi clinique est trimestriel pour 32,3% des médecins, semestriel pour 53,9% et annuel pour 11,4% d'entre eux. Une minorité des médecins réalisent un suivi clinique mensuel (2,4%).

Concernant le suivi biologique de la TSH, il est annuel pour 49,7 % des médecins et semestriel pour 44,3 % d'entre eux. Seulement 5,4 % des médecins pratiquent un suivi biologique trimestriel de la TSH.

Concernant le suivi biologique de la T4, 86,2 % des médecins ne font pas de surveillance systématique, 8,4% d'entre eux réalisent un suivi annuel et 4,8% font ce bilan de manière semestrielle.

Concernant la prescription des auto-anticorps thyroïdiens, 94% des médecins ne réalisent pas de suivi et 5,4% réalisent un dosage annuel.

Concernant le suivi échographique, 90,4% des médecins ne réalisent pas de suivi systématique, 6% font réaliser une échographie annuelle à leur patient.

Caractéristiques des répondeurs	Total
Attitude face aux recommandations	
Pratique conforme aux recommandations	88 (52.69)
Pratique non conforme aux recommandations	
Et souhait de changement des pratiques	53 (31.74)
Et résistance au changement des pratiques	26 (15.57)
Les valeurs sont en n (%).	
Motifs de la résistance au changement des pratiques	
Effectifs	
Pour améliorer l'observance du patient	13 (50)
Pour répondre aux attentes du patient	5 (19.2)
Par habitude	4 (15.4)
Autre motif	4 (15.4)
Les valeurs sont en n (%).	

Tableau 3. Evaluation des pratiques

D'après les résultats de l'étude, 52,7% des médecins déclarent avoir une pratique adéquate au regard des recommandations de bonnes pratiques de la HAS (décembre 2022)(18). Parmi les 47,3% des médecins ayant une pratique différente, 31,7% sont prêts à adapter le suivi des patients atteints d'hypothyroïdie. Mais pour 15,5% d'entre eux, ils ne souhaitent pas modifier leur pratique.

Parmi les arguments cités par les médecins généralistes ne souhaitant pas modifier leur pratique, les résultats montrent que :

- 50% des médecins ne souhaitent pas modifier leur pratique pour améliorer l'observance du patient.
- 19,2% d'entre eux considère répondre aux attentes du patients.
- 15,4% ne souhaite pas changer leurs habitudes.
- 15,4% autre motif :
 - 11,5% rapportant des variations saisonnières de la TSH avec nécessité d'adaptation de posologie de lévothyroxine
 - 3,8% considèrent qu'une consultation annuelle est insuffisante pour le suivi de l'hypothyroïdie, rappelant qu'un patient ne se résume pas à ses pathologies.

IV- Discussion

Limites de l'étude

Il existe un biais de sélection car l'étude n'est pas représentative de la démographie médicale avec un taux de réponse de 12,6%. Cela engendre un manque de puissance de l'étude, même si les résultats sont interprétables (effectif théorique atteint).

Le mode de recueil des données, par questionnaire déclaratif rempli par les médecins généralistes concernant leurs pratiques, introduit un biais déclaratif dans l'étude.

Le mode de réalisation du questionnaire par plateforme et la diffusion par mail est sans doute trop restrictif pour viser l'ensemble des médecins généralistes sur le territoire, ce qui peut créer un biais de recrutement avec une surreprésentation des médecins âgés de moins de 50 ans (74,8% de la population de l'étude) ainsi que de l'activité universitaire (30, 5%). De même, la courte période de validité du questionnaire (1 mois) majore le biais de recrutement et diminue la puissance de l'étude.

Les critères d'exclusions définissant le suivi du 'patient type', restreignent le nombre de patient par médecin généraliste. Il faut s'interroger sur la représentativité des patients de l'étude versus les patients en condition de vie réelle dans les cabinets de médecine générale.

De plus cette étude fait référence au suivi par les médecins généralistes mais certains patients consultent également un endocrinologue. Ainsi, en pratique le suivi de la pathologie thyroïdienne est partagé entre le médecin généraliste et le médecin spécialiste. Concernant cette question du suivi partagé de pathologie chronique, il faudra à l'avenir envisager la place de l'IPA dans le parcours coordonné du patient.

Interprétation des résultats

En pratique les médecins généralistes ont un suivi clinique encore très réguliers de leur patients atteints d'hypothyroïdie; en effet les RBP nous permettent un suivi annuel dans les conditions de l'étude, ce qui est le cas pour seulement 11,4% des médecins. Le suivi biologique de la TSH est annuel et adapté pour 49,7% des médecins. Ce point suggère que le renouvellement de la lévothyroxine est souvent réalisé sans résultat biologique récent de TSH et donc sans adaptation de dose.

Concernant le suivi biologique de la T4, la grande majorité des pratiques est adaptée : 86,2% des médecins ne réalisent pas de suivi systématique. Une part non négligeable, 13,2% des

médecins réalisent encore un suivi systématique de la T4. La différence de pratique entre le suivi biologique de la TSH et celui de la T4, pourtant réalisées sur le même prélèvement, peut s'expliquer en partie par la présence d'une ROSP (Rémunération sur Objectif de Santé Publique) depuis 2017 concernant l'hypothyroïdie. L'indicateur retenu est la part des patients du médecin traitant ayant eu un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH. En 2018, la valeur de l'indicateur était de 90,7% (objectif cible est > 99%)(22).

En matière de suivi biologique des auto-anticorps et le suivi échographique, les résultats de l'étude montrent que la pratique des médecins généralistes est adaptée pour de 90% des médecins.

Concernant le suivi global des patients atteints d'hypothyroïdie, 52,7% des médecins déclarent avoir une pratique adaptée aux regards des RBP. Mais il existe un décalage avec la pratique réelle car les résultats révèlent que seulement 11,4% réalisent une consultation annuelle et 49,7% réalisent un dosage de TSH annuel.

Ce décalage entre les pratiques objectivées et le sentiment des médecins d'exercer de manière adaptée au regard des RBP, peut être minimisé par un meilleur accès à l'information des médecins. C'est un des engagements (numéro 5) du plan régional de santé (8): promouvoir et garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge et des accompagnements. En pratique, pour promouvoir la diffusion des informations et des bonnes pratiques médicales certaines solutions existent :

- mise en réseau des professionnels au travers d'une pratique coordonnée sur le territoire.
- développement d'outils favorisant la mise en œuvre des recommandations.
- développement d'outils d'autoévaluation.
- valorisation de ces outils pour en amplifier l'utilisation.

De plus avec la promotion et diffusion des bonnes pratiques, les résultats de l'étude suggèrent que chez les médecins n'ayant pas une pratique adaptée, on peut s'attendre à un changement de pratique de l'ordre de 63,4 %. Ce qui aurait un impact significatif sur l'augmentation de l'accès aux soins sans en impacter la qualité. D'une part, on pourrait envisager de dégager du temps consultations. D'autre part, cette adaptation de pratique vers un espacement du suivi des pathologies chroniques, permettrait de dégager du temps pour les médecins généralistes, augmentant ainsi la qualité de vie au travail et diminuant le surmenage professionnel. Et faire face à la demande grandissante.

Concernant les réticences au changement de pratique de certains médecins, on peut estimer que le passage à une consultation annuelle serait trop brutal en cas de pratique trimestrielle. Adapter le suivi vers des consultations semestrielles serait probablement une première étape à envisager.

Enfin, un dernier élément de discussion concerne les arguments avancés pour ne pas adapter les pratiques. En effet pour la moitié des médecins généralistes ne souhaitent pas modifier leur pratique, l'évaluation de l'observance du patient est mise en avant. La question de l'observance du patient, peut être déléguée ou partagée avec le pharmacien. En France, la loi impose des règles concernant le conditionnement et la délivrance des traitements. Le conditionnement maximal pour un traitement chronique ne peut pas excéder 90 jours. De plus les pharmacies sont tenues de délivrer un traitement chronique pour une durée maximale de 3 mois, même en présence d'une ordonnance prescrite sur une plus longue durée (12 mois maximum). Donc on peut envisager que l'observance du patient, soit en partie réalisée par le pharmacien dans le cadre de pratiques coordonnées sur le territoire.

V- Conclusion

Les résultats de cette étude quantitative concernant le suivi des patients atteints d'hypothyroïdie par les médecins généralistes en Occitanie, indiquent les points suivants :

- Le suivi clinique est réalisé annuellement pour 11,4% des médecins et semestriellement pour 53,9% d'entre eux.
- Le suivi biologique de la TSH est réalisé annuellement par 49,7% et semestriellement par 44,3% des médecins.

Pour répondre à l'objectif secondaire, à savoir si la fréquence du suivi est adapté au regard des recommandations de bonnes pratiques (RBP), les résultats montrent que le suivi clinique est encore trop régulier et qu'il n'est adapté que pour 11,4% des médecins.


La nouveauté vient du fait que 63,4% des médecins généralistes ayant une pratique différente des RBP sont prêts à espacer le suivi des patients. Les RBP, éditées par la HAS, sont un outil pour permettre de dégager du temps de consultation tout en maintenant une qualité des soins.

Avec un panel de solutions adaptées, il semble qu'espacer le suivi des patients atteints de pathologies chroniques est un important levier pour augmenter l'accès aux soins. Cette solution ne présente pas de frein économique, est rapide à mettre en place et peut avoir un fort impact sur la tension du soin en France.

le 28/03/2024
Vu, la Présidente du jury
Pr Julie DUPOUY
Médecine Générale

Toulouse, le 28 mars 2024
Vu, permis d'imprimer
La Présidente de l'Université Toulouse III
Faculté de Santé
Par délégation, le Doyen-Directeur du
Département de Médecine Préventive
paramédicale
Pr. Thomas GEERAERTS

UNIVERSITE TOULOUSE III PAUL SABATIER
FACULTE DE SANTÉ
Médecine,
Mâturentique,
Paramédical



VI - Références

1. Ministère de la Santé et de la Prévention. Système de santé, médico-social et social; [En ligne] 2023 [cité le 20 déc 2023]. Disponible: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/systeme-de-sante/article/systeme-de-sante-medico-social-et-social>
2. L'assurance Maladie. Rôle du médecin traitant et parcours de soins coordonnés; [En ligne] [cité le 20 déc 2023]. Disponible: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes>
3. DREES. Accessibilité aux soins de premier recours : augmentation des inégalités d'accessibilité aux chirurgiens-dentistes et aux médecins généralistes en 2022 [cité le 20 déc 2023]. Disponible: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse-jeux-de-donnees/communique-de-presse/accessibilite-aux-soins-de-premier>
4. Legendre B. Les trois quarts des personnes les plus éloignées des professionnels de premier recours vivent dans des territoires ruraux. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2021.
5. Raynaud D. La consommation de soins des personnes âgées. Haut Conseil de la santé publique; 2006.
6. Haut-Commissariat au Plan. vieillissement de la société française réalité et conséquences. [En ligne] [cité le 9 janv 2024]. Disponible: file:///C:/Users/33635/Downloads/sites_default_files_contenu_piece-jointe_2023_02_hcp_vieillissement_de_la_societe_francaise.pdf
7. INSEE. Dossier complet – Région d'Occitanie [En ligne]; 2024 [cité le 8 janv 2024]. Disponible: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=REG-76#graphique-RFD_G1
8. ARS Occitanie. Projet régional de santé (PRS) Occitanie 2023-2028; 2023 [cité le 28 févr 2024]. Disponible: <https://www.prs-occitanie.ars.sante.fr/10-cles-de-lecture-du-projet-regional-de-sante-prs-occitanie-2023-2028>
9. DREES. Démographie des professionnels de santé; [En ligne] [cité le 20 déc 2023]. Disponible: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
10. URPS Médecins d'Occitanie. Diagnostic, évaluation et enjeux de l'accès aux soins en Occitanie. [En ligne] 2022 [cité le 7 mars 2024]. Disponible: <https://www.medecin-occitanie.org/wp-content/uploads/2022/02/urps-rapport-acces-aux-soins-et-zonage-version-finale-10.02.22.pdf>
11. L'Assurance Maladie. Effectif et densité de professionnels de santé libéraux par région - 2016 à 2021; [En ligne] 11 mai 2023 [cité le 5 févr 2024]. Disponible: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/densite-professionnels-sante-liberaux-region>

12. Syndicat MG France - MG France; [cité le 5 févr 2024]. Disponible: <https://www.mgfrance.org/>
13. ARS Occitanie. Projet Régional de Santé. Schéma Régional de Santé 2023-2028 [cité le 28 févr 2024]. Disponible: <https://www.prs-occitanie.ars.sante.fr/media/116050/download?inline>
14. DREES. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés; 2020 [cité le 9 janv 2024]. Disponible: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1138.pdf>
15. Agence du Numérique en Santé [En ligne]. Service d'accès aux soins (SAS); [cité le 9 janv 2024]. Disponible: <https://esante.gouv.fr/sas>
16. Fédération Nationale de l'Information Médicale [En ligne]. Santé publique : ces nouveaux métiers pour gagner en efficacité; [cité le 11 janv 2024]. Disponible: <https://www.lafnim.com/actualite/sante-publique-ces-nouveaux-metiers-pour-gagner-en-efficacite/221.htm>
17. enseignementsup-recherche.gouv.fr [En ligne]. 4e année de formation pour les médecins généralistes : le Gouvernement concrétise son engagement pour une nouvelle maquette de formation; [cité le 27 févr 2024]. Disponible: <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/4e-annee-de-formation-pour-les-medecins-generalistes-le-gouvernement-concretise-son-engagement-pour-92013>
18. Haute Autorité de Santé [En ligne]. Dysthyroïdies : la HAS publie un socle complet de recommandations; [cité le 30 août 2023]. Disponible: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3420835/fr/dysthyroidies-la-has-publie-un-socle-complet-de-recommandations
19. Estaquio C, Castetbon K, Valeix P. Maladies thyroïdiennes dans la cohorte SU.VI.MAX. Estimation de leur incidence et des facteurs de risque associés, 1994-2002. Saint-Maurice: INVS; 2009. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/maladies-thyroidiennes-dans-la-cohorte-su.vi.max.-estimation-de-leur-incidence-et-desfacteurs-de-risque-associes-1994-200>
20. Jessica L. Prise en charge des dysthyroïdies chez l'adulte. HAS. 2020;
21. Haute Autorité de Santé. Argumentaire dysthyroïdies. 2022. [cité le 27 févr 2024]. Disponible: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-03/argumentaire__dysthyroidies_mel.pdf
22. Haute Autorité de Santé. Prise en charge des dysthyroïdies chez l'adulte; [cité le 12 oct 2023]. Disponible: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3216305/fr/prise-en-charge-des-dysthyroidies-chez-l-adulte
23. Société Française d'Endocrinologie. Item 243 - Hypothyroïdie [En ligne]. 2022 [cité le 15 janv 2024]. Disponible: <https://www.s fendocrino.org/item-243-hypothyroidie/>

AUTEUR : THEO LALANE

TITRE : Pratique des médecins généralistes concernant le suivi des patients atteints d'hypothyroïdie en Occitanie.

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr JACQUES URBAIN

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : TOULOUSE le 25 Avril 2024

Le système de soin français connaît de fortes tensions notamment pour répondre à la demande et aux besoins de la population. A l'avenir les données épidémiologiques suggèrent que la prise en charge des pathologies chroniques deviendra un enjeu de santé publique majeur.

Ce sujet de thèse s'intégrant dans une réflexion autour de l'ergonomie de l'offre de soin évalue la pratique des médecins généralistes occitans concernant le suivi des patients atteints d'hypothyroïdie primaire.

L'objectif primaire est de décrire la pratique des médecins généralistes.

Les résultats indiquent que le suivi clinique est réalisé annuellement pour 11,4% des médecins et semestriellement pour 53,9% d'entre eux. Le suivi biologique de la TSH est réalisé annuellement par 49,7% et semestriellement par 44,3% des médecins. Les résultats montrent que le suivi clinique est encore trop régulier et qu'il n'est adapté que pour 11,4% des médecins. Il existe un biais de sélection, avec un taux de réponse au questionnaire de 12,6% reflétant un manque de puissance.

Avec un panel de solutions adaptées, les résultats de l'étude révèlent que 63,4% des médecins ayant une pratique différente des recommandations sont prêts à modifier leurs pratiques. Il existe donc un levier important, rapide et sans frein économique pour augmenter l'accès aux soins et diminuer la tension du système de soins sans perdre en qualité.

Practice of general practitioners regarding the monitoring of patients with hypothyroidism in Occitania.

The French healthcare system is experiencing strong tensions, particularly to meet the demand and needs of the population. In the future, epidemiological data suggest that the management of chronic pathologies will become a major public health issue.

This thesis subject, which is part of a reflection on the ergonomics of healthcare provision, evaluates the practice of Occitan general practitioners regarding the monitoring of patients with primary hypothyroidism.

The primary objective is to describe the practice of general practitioners.

The results indicate that clinical monitoring is carried out annually for 11.4% of doctors and semi-annually for 53.9% of them. Biological monitoring of TSH is carried out annually by 49.7% and semi-annually by 44.3% of doctors. The results show that clinical monitoring is still too regular and that it is only suitable for 11.4% of doctors. There is a selection bias, with a questionnaire response rate of 12.6% reflecting a lack of power.

With a range of adapted solutions, the results of the study reveal that 63.4% of doctors whose practice differs from the recommendations are ready to modify their practices. There is therefore an important, rapid and economic lever to increase access to care and reduce the tension in the care system without losing quality.

Mots-Clés : Hypothyroïdie – suivi pathologie chronique – médecine générale

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

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