

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNEE 2011

THESE N°

ORIENTATION SECONDAIRE DES PATIENTS A L'ISSUE D'UNE
CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE EN LIMOUSIN EN 2010-2011

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 12 décembre 2011

par

Claire GARCIA épouse GAUGNION

née le 26/01/1982, à Toulouse

Examineurs de la thèse

M. le Professeur Alain VERGNENEGREPrésident
Mme le Professeur Elisabeth VIDALJuge
M. le Professeur Daniel BUCHONJuge
Mme le Docteur Martine PREVOSTJuge &
.....Directrice de thèse

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNEE 2011

THESE N°

ORIENTATION SECONDAIRE DES PATIENTS A L'ISSUE D'UNE
CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE EN LIMOUSIN EN 2010-2011

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 12 décembre 2011

par

Claire GARCIA épouse GAUGNION

née le 26/01/1982, à Toulouse

Examineurs de la thèse

M. le Professeur Alain VERGNENEGREPrésident
Mme le Professeur Elisabeth VIDALJuge
M. le Professeur Daniel BUCHONJuge
Mme le Docteur Martine PREVOSTJuge &
.....Directrice de thèse

**UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE**

TITRES DES PROFESSEURS POUR LA REDACTION DES DEDICACES

PROFESSEUR DES UNIVERSITES de ou d'... + mention des titres dans l'ordre dans lequel ils apparaissent ci-de:

ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE PROFESSEUR DES UNIVERSITES
ADENIS Jean-Paul	OPHTALMOLOGIE OPHTALMOLOGISTE DES HOPITAUX CHEF DE SERVICE
ALAIN Luc	CHIRURGIE INFANTILE CHIRURGIEN DES HOPITAUX
ALDIGIER Jean-Claude	NEPHROLOGIE MEDECIN DES HOPITAUX CHEF DE SERVICE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE MEDECIN DES HOPITAUX CHEF DE SERVICE
ARNAUD Jean-Paul	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE CHIRURGIEN DES HOPITAUX CHEF DE SERVICE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE PROFESSEUR DES UNIVERSITES CHIRURGIEN DES HOPITAUX CHEF DE SERVICE
BEAULIEU Pierre	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE PROFESSEUR DES UNIVERSITES PRATICIEN HOSPITALIER
BEDANE Christophe	DERMATOLOGIE MEDECIN DES HOPITAUX CHEF DE SERVICE
BERTIN Philippe	DOCTEUR EN MEDECINE DOCTEUR ES SCIENCES RHUMATOLOGUE DES HOPITAUX THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE MEDECIN DES HOPITAUX
BONNAUD François	PNEUMOLOGIE MEDECIN DES HOPITAUX CHEF DE SERVICE DOYEN HONORAIRE
BONNETBLANC Jean-Marie	DERMATOLOGIE MEDECIN DES HOPITAUX
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION MEDECIN DES HOPITAUX CHEF DE SERVICE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	CANCEROLOGIE RADIOTHERAPIE PRATICIEN HOSPITALIER CHEF DE SERVICE
CLEMENT Jean-Pierre	PROFESSEUR DES UNIVERSITES. PSYCHIATRIE D'ADULTES PSYCHIATRE DES HOPITAUX CHEF DE SERVICE
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE CHEF DE SERVICE

COLOMBEAU Pierre	UROLOGIE CHIRURGIEN DES HOPITAUX
CORNU Elisabeth	PROFESSEUR DES UNIVERSITES-PRATICIEN HOSPITALIER CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE PROFESSEUR DES UNIVERSITES PRATICIEN HOSPITALIER
DANTOINE Thierry	MEDECINE INTERNE GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECIN DES HOPITAUX
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE PRATICIEN HOSPITALIER CHEF DE SERVICE
DAVIET Jean-Christophie	PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION MEDECIN DES HOPITAUX
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel	PEDIATRIE MEDECIN DES HOPITAUX CHEF DE SERVICE
DENIS François	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE BIOLOGISTE DES HOPITAUX CHEF DE SERVICE
DUDOGNON Pierre	REEDUCATION FONCTIONNELLE MEDECIN DES HOPITAUX CHEF DE SERVICE
DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE CHIRURGIEN DES HOPITAUX
DUMONT Daniel	MEDECINE DU TRAVAIL MEDECIN DES HOPITAUX CHEF DE SERVICE
FEISS Pierre	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ANESTHESIOLOGISTE DES HOPITAUX CHEF DE SERVICE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE PROFESSEUR DES UNIVERSITES PRATICIEN HOSPITALIER CHEF DE SERVICE
FOURCADE Laurent	PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE CHIRURGIE INFANTILE MEDECIN DES HOPITAUX
GAINANT Alain	CHIRURGIE DIGESTIVE PRATICIEN HOSPITALIER CHEF DE SERVICE
GAROUX Roger	PEDOPSYCHIATRIE PSYCHIATRE DES HOPITAUX CHEF DE SERVICE
GASTINNE Hervé	REANIMATION MEDICALE MEDECIN DES HOPITAUX CHEF DE SERVICE
GUIGONIS Vincent	PROFESSEUR DES UNIVERSITES PRATICIEN HOSPITALIER
JACCARD Arnaud	PROFESSEUR DES UNIVERSITES PRATICIEN HOSPITALIER
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE CLINIQUE PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECIN DES HOPITAUX
LABROUSSE François	ANATOMIE PATHOLOGIQUE PRATICIEN HOSPITALIER CHEF DE SERVICE
LACROIX Philippe	PROFESSEUR DES UNIVERSITES – PRATICIEN HOSPITALIER

LASKAR Marc	MEDECINE VASCULAIRE CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE CHIRURGIEN DES HOPITAUX CHEF DE SERVICE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE PEDIATRE DES HOPITAUX
MABIT Christian	ORTHOPEDIE-TRAUMATOLOGIE CHIRURGIEN DES HOPITAUX
MAGY Laurent	PROFESSEUR DES UNIVERSITES PRATICIEN HOSPITALIER
MARQUET Pierre	PROFESSEUR DES UNIVERSITES PRATICIEN HOSPITALIER PHARMACOLOGIE
MATHONNET Muriel	PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE CHIRURGIE DIGESTIVE MEDECIN DES HOPITAUX
MAUBON Antoine	PROFESSEUR DES UNIVERSITES RADIOLOGIE CHEF DE SERVICE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MERLE Louis	PHARMACOLOGIE CLINIQUE MEDECIN DES HOPITAUX
MOUNAYER Charbel	PROFESSEUR DES UNIVERSITES PRATICIEN HOSPITALIER
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
MOREAU Jean-Jacques	NEUROCHIRURGIE NEUROCHIRURGIEN DES HOPITAUX CHEF DE SERVICE
MOULIES Dominique	CHIRURGIE INFANTILE CHIRURGIEN DES HOPITAUX CHEF DE SERVICE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIE REANIMATION CHIRURGICALE MEDECIN DES HOPITAUX
PARAF François	ANATOMIE PATHOLOGIQUE PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECIN DES HOPITAUX
PLOY Marie-Cécile	PROFESSEUR DES UNIVERSITES PRATICIEN HOSPITALIER
PREUX Pierre-Marie	PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE SANTE PUBLIQUE PRATICIEN HOSPITALIER
RIGAUD Michel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE BIOLOGISTE DES HOPITAUX CHEF DE SERVICE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECIN DES HOPITAUX
SAUTEREAU Denis	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE PRATICIEN HOSPITALIER
SAUVAGE Jean-Pierre	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HOPITAUX CHEF DE SERVICE
STURTZ Franck	PROFESSEUR DES UNIVERSITES PRATICIEN HOSPITALIER
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE DIABETOLOGIE MALADIE METABOLIQUES MEDECINE DE LA REPRODUCTION PROFESSEUR DES UNIVERSITES PRATICIEN HOSPITALIER

TREVES Richard	RHUMATOLOGIE MEDECIN DES HOPITAUX CHEF DE SERVICE
TUBIANA-MATHIEU Nicole	PRATICIEN HOSPITALIER CHEF DE SERVICE
VALLAT Jean-Michel	NEUROLOGIE MEDECIN DES HOPITAUX CHEF DE SERVICE
VALLEIX Denis	ANATOMIE – CHIRURGIE GENERALE CHIRURGIEN DES HOPITAUX
VANDROUX Jean-Claude	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE BIOLOGISTE DES HOPITAUX CHEF DE SERVICE DOYEN DE LA FACULTE DE MEDECINE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, SANTE PUBLIQUE (EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE SANTE, PREVENTION) PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECIN DES HOPITAUX CHEF DE SERVICE
VIDAL Elisabeth	MEDECINE INTERNE CHEF DE SERVICE
VIGNON Philippe	REANIMATION MEDICALE MEDECIN DES HOPITAUX
VIROT Patrice	CARDIOLOGIE MEDECIN DES HOPITAUX CHEF DE SERVICE
WEINBRECK Pierre	MALADIES INFECTIEUSES MEDECIN DES HOPITAUX CHEF DE SERVICE
YARDIN Catherine	Praticien Hospitalier CHEF DE SERVICE
BUCHON Daniel	MEDECINE GENERALE PROFESSEUR ASSOCIE A MI-TEMPS
BUISSON Jean-Gabriel	MEDECINE GENERALE PROFESSEUR ASSOCIE A MI-TEMPS

A Monsieur le Professeur Vergnenègre

Epidémiologie, Santé Publique

(épidémiologie, économie de santé, prévention)

Professeur des universités

Médecin des hôpitaux

Chef de service

Vous nous faites l'honneur d'être le Président de notre jury de thèse.
Veuillez trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

A Madame le Professeur Vidal

Médecine interne

Chef de service

Vous m'avez accepté parmi vos élèves et formé avec toute l'équipe de la Polyclinique au début de mon internat. Je vous en suis reconnaissante.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à notre travail.

A Monsieur le Professeur Buchon

Médecine Générale

Professeur associé à mi-temps

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail.

Soyez assuré de mon profond respect.

A Madame le Docteur Prévost

Médecin Généraliste

Directrice de thèse

Vous m'avez suggéré le sujet de thèse et apporté votre soutien lors de la réalisation. Je vous en remercie.

A tous les médecins ayant participé à l'étude pour leur aide,

aux Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins de Creuse, de Corrèze
et de Haute-Vienne pour leurs informations,

à Monsieur le docteur Nicot pour sa relecture pertinente.

A mon fils Arthur et mon mari pour leur amour et leur patience,

A mon père pour ses conseils en informatique et son soutien,

A ma mère pour avoir toujours été là dans les moments difficiles,

A ma famille,

A mes amis.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

ETAT DES LIEUX : PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LE SYSTEME DE SOINS FRANÇAIS

1. LE SYSTEME DE SOINS FRANÇAIS
2. LA PARTICULARITE DE LA MEDECINE GENERALE EN FRANCE
3. ORGANISATION DES SOINS MEDICAUX DE PREMIER RECOURS EN FRANCE ET LA PLACE DU MEDECIN GENERALISTE

MATERIELS ET METHODE

1. OBJECTIFS
2. CREATION DE L'ÉCHANTILLON DE LA POPULATION ETUDIEE
3. RECUEIL DES DONNEES
4. EXPLOITATION DES DONNEES ET ANALYSE STATISTIQUE

RESULTATS

1. CARACTERISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON DES MEDECINS GENERALISTES DU LIMOUSIN
2. ORIENTATION SECONDAIRE APRES CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE VERS UNE HOSPITALISATION
3. ORIENTATION SECONDAIRE APRES CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE VERS UNE CONSULTATION MEDICALE SPECIALISEE
4. ORIENTATION SECONDAIRE APRES CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE VERS UNE CONSULTATION CHIRURGICALE SPECIALISEE

DISCUSSION

1. BIAIS ET DIFFICULTES
2. REPRESENTATIVITE DE L'ÉCHANTILLON
3. ANALYSE DES RESULTATS

CONCLUSION

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

TABLE DES FIGURES

TABLE DES TABLEAUX

INTRODUCTION

Le médecin généraliste français joue un rôle de premier recours dans le parcours de soins. De nombreuses réformes du système de soins en France ont confirmé cette orientation.

En 1961, le Docteur Kerr White et son équipe ont publié à partir d'une enquête une représentation graphique (appelée « Carré de White ») de l'écologie des soins médicaux aux Etats-Unis. Cette publication a permis de susciter la réflexion quant à la place et l'avenir de la Médecine Générale dans le système de soins.

Quelle est l'orientation secondaire des patients vus en cabinet de médecine générale en Limousin ? A quels médecins spécialistes sont adressés secondairement et préférentiellement pour avis ou bilans les patients consultant leur médecin généraliste appelé maintenant médecin traitant ? Combien de patients sont hospitalisés après un examen par leur médecin traitant ? Les réponses à ces questions sont-elles superposables au « Carré de White » ?

Pour tenter d'apporter des éléments de réponses à ces questions, nous avons réalisé une enquête sur la région Limousin en 2010-2011 auprès de médecins généralistes afin de récolter des données sur leur exercice et le parcours de soins de leurs patients.

ETAT DES LIEUX : PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LE SYSTEME DE SOINS FRANÇAIS

1. LE SYSTEME DE SOINS FRANÇAIS

1.1 Définition générale

« Un système de santé peut-être défini comme un ensemble de moyens (organisationnels, humains, structurels, financiers) destinés à réaliser les objectifs d'une politique de santé. » [1]

« Le système de santé est l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé. » *Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)*

Il se concentre sur la production et la distribution des soins.

Pour réaliser ces objectifs, il est nécessaire de définir les besoins de la population, de les classer par ordre de priorité et de mettre en place des actions adaptées.

L'OMS a défini six piliers essentiels au bon fonctionnement d'un système de santé : le leadership et la gouvernance, les systèmes d'information sanitaire, le financement de la santé, les ressources humaines pour la santé, les produits et technologies médicaux essentiels et la prestation des services.[2]

Un système de santé idéal pourrait avoir certaines caractéristiques : global (couvrir différents domaines de la santé), accessible (géographiquement et économiquement), efficace (économiquement et techniquement), acceptable

(approbation de la population bénéficiaire), planifiable (maîtrise des besoins médicaux de la population et dépenses de santé), évaluable (contrôles et réajustement si nécessaire), souple et modifiable (dans le temps en cas d'épidémie, par exemple) et solidaire (qui se voudrait équitable).

Le système français de santé est un système global, solidaire. Il tend à être accessible à tous (création de la couverture mutuelle universelle et sa complémentaire, tiers payant social, meilleure répartition des ressources médicales sur le territoire avec la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST)), efficace (maîtrise des dépenses de santé, formation médicale continue et développement de la recherche), évaluable (médecin conseil de la sécurité sociale, Haute Autorité de Santé (HAS)), souple et modifiable (Institut National de Veille Sanitaire, plans d'alerte nationaux : plan blanc).

Il se décompose en trois parties : le système hospitalier, le système ambulatoire et des systèmes intermédiaires.

1.2 Le système hospitalier

Il s'organise en deux branches qui comprend : les hôpitaux publics (centres hospitaliers régionaux et/ou universitaires, hôpitaux locaux) répondant à une mission de service public et les établissements privés à but partiellement ou totalement lucratif.

Volontairement, nous ne développerons pas ce paragraphe qui ne concerne qu'une faible activité des médecins généralistes.

1.3 Le système ambulatoire

Il s'organise autour des médecins libéraux dont font partie la plupart des médecins généralistes, les pharmaciens, les professions paramédicales libérales (kinésithérapeutes, infirmières, orthophonistes, psychomotricien...),

les centres de santé, les centres de médecine préventive et les soins externes des établissements de santé.

Chaque médecin libéral a le choix de s'installer en secteur conventionné ou non conventionné. Les conventions sont des accords écrits sous de forme de contrats entre les organismes de l'assurance maladie et les médecins libéraux. Les médecins libéraux s'engagent à respecter des règles de tarification, en contre partie d'avantages fiscaux dans le but de régulariser les dépenses de santé et d'améliorer la qualité de soins. Les conventions fixent les honoraires, les conditions de dépassement, la classification des secteurs et leurs conditions d'accès, ainsi que l'organisation des filières de soins.

Tableau 1: Les différences entre le secteur conventionné et non conventionné

	Conventionné		Non conventionné
	Secteur 1	Secteur 2 avec accès restrictif (titres universitaires)	
Pourcentage de médecins libéraux	75% (plus de généralistes que de spécialistes)	25%	<1%
Montant des honoraires	Fixés par la convention : pas de dépassement	Libres (« avec tact et mesure ») : conventionnel + dépassement	Libres (« avec tact et mesure »)
Avantages fiscaux	OUI	OUI	NON
Statut social	Cotisations sociales en partie à la charge du médecin, en partie à la charge des caisses d'assurances maladie	Pas d'avantages sociaux : le médecin supporte l'intégralité des cotisations sociales	Pas d'avantages sociaux : le médecin supporte l'intégralité des cotisations sociales
Taux de remboursement du patient	Tarif conventionnel (70%)	Tarif conventionnel (70%), augmentation du ticket modérateur	Patients non remboursés

La classification servant de base à la tarification des actes en ambulatoire était la NGAP (nomenclature générale des actes professionnels). Celle-ci a été partiellement remaniée pour créer la CCAM (classification commune des actes médicaux) le 11 mars 2005 par l'Union Nationale des Caisses Assurance Maladie (UNCAM), aussi utilisée dans le milieu hospitalier.

La dernière convention a été approuvée le 26 juillet 2011 par quelques syndicats avec l'UNCAM.

1.4 Les systèmes intermédiaires [3]

Les systèmes intermédiaires se caractérisent par une collaboration entre le système ambulatoire et hospitalier. Ils comprennent les réseaux de santé et l'hospitalisation à domicile.

Les réseaux et les filières de soins ont été définis par l'ordonnance du 24 avril 1996. Ils ont pour but de garantir la qualité, la continuité et l'accès aux soins ainsi que la coordination entre les différents intervenants.

Un réseau de soins est un dispositif de collaboration multidisciplinaire sur la base du volontariat, dans une zone géographique donnée, de professionnels de santé centré sur une pathologie et un mode de prise en charge, par exemple le diabète. Les actions collectives mises en place doivent répondre aux besoins de santé d'une population à un moment donné.[4] Il s'agit d'une organisation horizontale centrée sur le patient.

Le terme réseau de soins a été remplacé par loi du 4 mars 2002 par le terme **réseau de santé** qui couvre un champ d'action plus vaste : médical, psychologique et social avec un financement commun mais qui s'appuie sur des structures déjà existantes.

« Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. »

« Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers. » *Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 50 I, III, art. 84 I Journal Officiel du 5 mars 2002 ; Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 art. 11 I, art. 17 I Journal Officiel du 6 septembre 2003*

Une filière de soins correspond à une organisation verticale et hiérarchisée des soins, dont le médecin traitant est au centre du dispositif et joue le rôle de coordonnateur. Elle est aussi appelée trajectoire de soins et regroupe les différentes modalités d'accès aux soins [5].

Le médecin traitant a pour rôle d'orienter au mieux son patient dans le parcours de soins, permettant ainsi des économies substantielles grâce à une rationalisation médicale : le parcours coordonné de soins (2005).

Selon la Fédération Nationale des Etablissements de l'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD), **l'hospitalisation à domicile (HAD)** est une hospitalisation à part entière qui permet d'assurer au domicile du malade des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés en associant le médecin hospitalier, le médecin traitant et tous les professionnels paramédicaux et sociaux [6].

L'HAD s'est beaucoup développée ces dernières années et a bénéficiée d'une appellation protégée. Elle doit répondre à un cahier des charges pour être certifiée par l'HAS (manuel de certification V2010 remanié en 2011).

1.5 le financement

Le risque santé est pris en charge par la Sécurité Sociale et les complémentaires : assurances privées, mutuelles, instituts de prévoyance. Sa souscription est obligatoire pour toute la population.

La Sécurité Sociale est un organisme parapublic qui est composée de caisses autonomes : Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), Caisse

Nationale d'Assurance Vieillesse et la Caisse Nationale des Allocations Familiales. Cependant, le rôle de l'Etat est majeur dans le financement (impôts, taxes, CSG).

Nous distinguons trois niveaux d'organisations de l'assurance maladie :

- un *niveau national* avec les CNAM qui sont chargées de signer une convention avec l'Etat avec des objectifs en terme de gestion des moyens de fonctionnement et des actions à mettre en œuvre.
- un *niveau régional* avec les Caisses d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail (CARSAT) anciennement les Caisses Régionales de l'Assurance Maladie (CRAM) qui sont des établissements de droit privé exerçant une mission de service public dans les domaines de la retraite, de la prévention-tarifcation des risques professionnels et de l'action sociale. La loi Hôpital Patients Santé Territoire (HSPT) a transféré aux Agences Régionales de Santé (ARS) les compétences des CRAM concernant la politique sanitaire et médico-sociale ainsi que la gestion hospitalière.[28]
- un *niveau départemental* avec les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) qui s'occupent de l'immatriculation des assurés, le traitement des feuilles de soins, le remboursement et la mise en œuvre des accords conventionnels.

Depuis les ordonnances de Juppé de 1996, les finances de la Sécurité Sociale font l'objet d'une loi votée annuellement par le parlement : la loi de financement de la sécurité sociale. En annexe à cette loi, le parlement vote un Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) qui constitue le seuil des dépenses des régimes obligatoires qui ne doit pas être dépassé pour l'année suivante. L'ONDAM se décompose en 5 enveloppes : soins de ville, établissements de santé sous dotation globale, cliniques privées, établissements médico-sociaux et réseaux de santé.

1.6 Les autres systèmes de soins

En Europe, les deux systèmes de santé fondateurs sont le système beveridgien et le système bismarckien: [3, 7]

Il se décompose de la façon suivante :

Tableau 2 : Les deux systèmes fondateurs de notre système de soins

	Système nationalisé d'assistance	Système assurantiel
Origine	Modèle « beveridgien », Royaume-Uni, 1942	Modèle « bismarckien » Allemagne, fin XIXème siècle
Pays	Royaume-Uni, Irlande, Suède, Portugal, Finlande, Danemark, Grèce	Allemagne, Suisse, Autriche, Belgique, Luxembourg, Pays-bas
Principe	Universel Uniforme Unique	Principe de solidarité Caractère obligatoire
Accès	Tout résident	Travailleurs seulement (sinon « assistance sociale »)
Financement	Impôt 86% (cotisations 10%, patient 4%)	Cotisations sociales
Gestion	Centralisé : Etat	Décentralisées : entreprises
Offre de soins	Publique seulement	Mixte : publique et privée
Limites	Planification de la production des soins par région et financement contrôlé, organisation lourde, attente, médecine à deux vitesses (cliniques et médecins privés payés par les patients sans aides de National Health Service par exemple, en Angleterre)	Pas de maîtrises des dépenses de santé, contribution des patients

Les systèmes mixtes sont apparus plus tardivement à la fin 1970 : en France, en Espagne, au Portugal, en Italie et en Grèce.

Aux Etats-Unis, il s'agit d'un système décentralisé, libéral et non obligatoire, basé sur le principe de l'individualisme. Le financement se fait par les assurances privées (75% de la population) dont 60% via l'employeur et 15% à titre individuel. Les cotisations des assurés varient en fonction du risque et du niveau de protection souhaité. Enfin, il existe des programmes publiques

d'assurance (25% de la population) : « medicaid » et « medicare ». D'autre part, il existe des réseaux de soins : « managed care organizations » qui procurent des soins en échange d'une cotisation mensuelle fixe.

2. LA PARTICULARITE DE LA MEDECINE GENERALE EN FRANCE

2.1 Définitions

La médecine générale (MG) trouve son origine dans les fondements de la médecine prônée par Hippocrate au 4^{ème} siècle avant J.C. qui mettait en avant la relation intime entre le médecin et son patient. Jusqu'au 16^{ème} siècle, la MG n'était pas individualisée. Puis au 17^{ème} siècle, le clivage entre médecin de ville et de campagne, a permis d'identifier le médecin généraliste comme un omnipraticien qui travaillait à la campagne. Au 18^{ème} siècle, la médecine préventive se développe et va faire partie des attributions du médecin généraliste (MG) dont le statut apparaît au 19^{ème} siècle, avec l'apparition des spécialités médicales et de la chirurgie en tant que discipline propre. A la fin du 20^{ème} siècle, la découverte de nombreux vaccins a changé les mentalités. Le gouvernement a compris que la diffusion de ces avancées ne pouvait se faire sans les médecins généralistes seuls au contact de toute la population. Il est devenu le pilier de la santé communautaire.[8]

Depuis les années 1900, plusieurs définitions du MG se sont succédées, nous retiendrons les définitions suivantes.[9]

« Le médecin généraliste est un diplômé en médecine qui fournit des soins primaires, personnalisés et continus, aux personnes, aux familles et à la population, indépendamment de l'âge, du sexe et de la maladie. C'est la synthèse de ces fonctions qui est unique. Il prend en charge ses patients au sein de son cabinet médical, à domicile, ou parfois même en clinique et à l'hôpital. Il tente d'établir un diagnostic précoce. Il inclut et intègre des facteurs physiques, psychologiques et sociaux dans la gestion de la santé et des maladies. Cela se ressentira dans les soins fournis aux patients. Il prendra une décision initiale pour chaque problème qui se présentera à lui en tant que médecin. Il assurera la continuité des soins pour ses patients atteints

d'affections chroniques, récurrentes ou terminales. Des contacts prolongés lui permettent de rassembler l'information selon un rythme adapté au patient, et de construire une relation basée sur la confiance qui peut-être utilisée à des fins professionnelles. Il pratiquera la médecine en collaboration avec d'autres collègues médicaux et non-médicaux. Il saura quand et comment intervenir pour traiter, prévenir, éduquer et promouvoir la santé de ses patients et leurs familles. Il reconnaîtra sa responsabilité professionnelle envers la communauté. » *Définition de Leeuwenhorst, 1974* [10]

Cette définition classique décrit la population cible du médecin généraliste, ses activités ainsi que ses lieux d'exercice.

La définition de la WONCA de 1991 ira plus loin en attribuant au médecin généraliste un rôle d'assistance, de défense du patient, d'organisation de l'accès aux soins secondaires, tertiaires et de responsabilité dans la permanence ainsi que la continuité des soins. Elle utilise indifféremment dans sa définition le mot : médecin généraliste et médecin de famille.

« Le médecin généraliste/médecin de famille est responsable de fournir des soins complets à toute personne qui en fait la demande, et d'organiser l'accès aux services d'autres professionnels si nécessaire. Le médecin généraliste/médecin de famille accepte tous ceux qui cherchent à obtenir des soins, alors que d'autres fournisseurs de soins limitent l'accès à leurs services en fonction de l'âge, du sexe, ou du diagnostic. Le médecin généraliste/médecin de famille prend en charge la personne dans le contexte de sa famille, la famille dans le contexte de sa communauté, indépendamment de la race, de la religion, de la culture, ou de la classe sociale. Il possède les compétences cliniques pour fournir la majorité des soins requis, prenant en compte les facteurs culturels, socio-économiques et psychologiques. En plus de cela, il assume personnellement la responsabilité de la continuité et de la globalité des soins à ses patients. Le médecin généraliste/médecin de famille exerce sa profession en fournissant des soins lui-même, ou au travers des services de tierces personnes, selon les besoins du patients et des ressources disponibles au sein de la communauté qu'il sert.»[10]

« Le médecin généraliste - médecin de famille est un spécialiste formé pour le travail de soins primaires d'un système de santé et formé à prendre les mesures initiales pour fournir des soins aux patients indépendamment du type de problème(s) de santé présenté(s). Le médecin généraliste - médecin de famille prend soin des personnes au sein d'une société, indépendamment du type de maladie ou d'autres caractéristiques personnelles ou sociales. Il organise les ressources disponibles du système de santé à l'avantage de ses patients. Le médecin généraliste parcourt avec des individus autonomes les domaines de la prévention, du diagnostic, des soins, de l'accompagnement et de la guérison, en utilisant et en intégrant les sciences biomédicales, la psychologie et la sociologie médicale. » *définition de Olesen, 2000* [10]

La définition de Olesen accentue le rôle du médecin généraliste au sein de la société et insiste sur son rôle de gestionnaire des ressources médicales (à l'avantage de ses patients) et définit ses missions de santé publique.

Il faudra attendre 2002 pour qu'une définition moderne et réaliste de l'exercice de la médecine générale soit écrite suite à un congrès européen de la WONCA.

« Les médecins généralistes - médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou fait appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le

développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients. »[10]

« La médecine générale est une discipline scientifique et universitaire, avec son propre contenu d'enseignement, sa recherche, ses niveaux de preuve et sa pratique. C'est aussi une spécialité clinique orientée vers les soins primaires. » Cette définition identifie la médecine générale comme une spécialité à part entière, basée sur la médecine fondée sur les preuves. Elle parle de la nécessité de formation continue des médecins généralistes mais aussi de leur équilibre personnel, de leur satisfaction dans leur exercice et pointe du doigt la préoccupation en matière de sécurité des soins.(infections nosocomiales, ...) et de soins palliatifs.

Toutes ces définitions décrivent la relation particulière entre un patient et son médecin généraliste : colloque singulier.

Balint allait plus loin et parlait de « médecin médicament ».

2.2 Réformes de la médecine générale en France [11, 12]

1960-1975 : Harmonisation des conditions de tarification des médecins libéraux avec la mise en place de la première convention nationale 1971, qui régit les relations entre médecins libéraux et les trois principaux régimes d'assurance maladie

1977-78 : Plan Veil : instauration d'un numerus clausus pour les étudiants admis en 2ème année de Médecine

1980 : Mise en place d'un secteur conventionné à honoraires libres (secteur 2)

1990 : Limitation de l'accès au secteur 2 conventionné

1994 : Maîtrise médicalisée des dépenses de santé : échec sur la modification des honoraires et des prescriptions des médecins libéraux, mise en place des

Références Médicales Opposables (guide de bonne pratique sur les prescriptions)

1996 : Plan Juppé : encadrement des dépenses de santé à travers L'ONDAM

1997 : Option conventionnelle : "médecin référent"

1999 : Loi de financement de la sécurité sociale : création du Fonds D'aide à la Qualité des soins de ville pour financer les expérimentations de réseaux

2002 : Loi de modernisation sociale : réforme des études médicales transformant la médecine générale en spécialité à part entière. Création des chefs de cliniques en Médecine Générale.

Revalorisation des honoraires au respect d'engagements de bonnes pratiques (télétransmissions des feuilles de soins électroniques, prescription en dénomination commune internationale ou génériques, diminution des visites non médicalement justifiées).

2005 : Mise en place du médecin traitant et du parcours de soins coordonné pour les patients (convention nationale signée entre les médecins libéraux et l'assurance maladie)

2010 : Création d'un Collège de la Médecine Générale avec signature d'un partenariat avec la Haute Autorité de Santé (HAS) qui a pour but d'offrir son expertise dans les recommandations de HAS en matière de soins ambulatoires.[13]

26 juillet 2011 : Dernière convention signée par quelques syndicats de médecins avec l'UNCAM. Elle comporte quelques nouveautés : l'option « Démographie », l'option « Santé Solidarité Territoriale » et le « tiers payant social ».

La première option concerne les médecins qui voudraient s'installer et ceux qui sont déjà installés en groupe ou en pôle de santé et prévoit une revalorisation de leur honoraires ou une aide à l'installation pour une souscription de 3 ans. La deuxième complète la loi HPST et au lieu de mettre en place des mesures coercitives, propose sur la base d'un forfait et de la prise en charge des frais

de déplacements d'aller prêter main forte dans des zones sous dotées pendant au moins 28 jours par an.

La troisième concerne le tiers payant s'appliquant maintenant aux soins dispensés aux personnes éligibles d'une complémentaire santé (ACS), pour la part obligatoire (les personnes concernées sont détenteurs d'une « attestation suivant de tiers-payant social »).[14, 15]

Toutes ces réformes tentent de valoriser l'image et les activités du médecin généraliste.

3. ORGANISATION DES SOINS MEDICAUX DE PREMIER RECOURS EN FRANCE ET LA PLACE DU MEDECIN GENERALISTE

3.1 La place du médecin généraliste

3.1.1 Médecin Référent

L'option médecin référent a été mise en place par la convention des médecins généralistes signée en mars 1997. [7]

Elle avait pour but d'éviter le nomadisme médical, de permettre ainsi un meilleur suivi des patients et une régularisation des dépenses par un système de coordonnateur. Cependant, cette option pouvait être un frein à l'installation des médecins généralistes en groupe.

Ce contrat était signé par les deux parties : le médecin et le patient. Le patient bénéficiait de la dispense d'avances des frais mais par contre devait passer par le médecin généraliste pour avoir accès à des soins relevant d'une autre spécialité.

Nous retiendrons le rôle de coordination des soins que cette option de la convention nationale de 1997 qui oriente déjà vers une stratégie populationnelle en matière de parcours de soins.

3.1.2 Médecin traitant

La convention nationale du 11 février 2005 signée entre les principaux syndicats de MG et l'assurance maladie définit un nouveau statut du MG: « Le médecin traitant peut-être un médecin généraliste ou spécialiste. Chaque assuré de 16 ans ou plus adresse à sa caisse un imprimé intitulé « Déclaration

de choix du médecin traitant », complété avec le praticien qu'il a choisi .
L'assuré peut changer à tout moment de médecin traitant. »

Nous pouvons trouver que cette convention est « maladroite » car au vue des missions qu'elle attribue à ce médecin traitant, il nous paraît difficile qu'un médecin spécialiste puisse le faire. Elle peut porter à confusion sur la signification d'un médecin traitant.

Un praticien signant cette convention doit s'engager à respecter les objectifs suivants :

« Les missions du médecin traitant :

- ✓ assurer le premier niveau de recours aux soins ;
- ✓ orienter le patient dans le parcours de soins coordonnés et informer tout médecin correspondant des délais de prise en charge compatibles avec l'état de santé du patient ;
- ✓ assurer les soins de prévention (dépistage, éducation sanitaire, etc.) et contribuer à la promotion de la santé ;
- ✓ contribuer à la protocolisation des soins de longue durée, en concertation avec les autres intervenants ; la rédaction du protocole est faite par le médecin traitant (généraliste ou spécialiste) en liaison ou selon la proposition du ou des médecins correspondants participants à la prise en charge du malade ;
- ✓ favoriser la coordination par la synthèse des informations transmises par les différents intervenants et l'intégration de cette synthèse dans le dossier médical personnalisé ;
- ✓ apporter au malade toutes les informations permettant d'assurer une permanence d'accès aux soins aux heures de fermeture du cabinet. »

D'un point de vue patient, ce contrat lui assure la continuité des soins, la coopération entre les différents intervenants de la prise en charge et le renforcement du rôle de premier recours de médecin traitant. Mais l'assuré doit avancer les frais de la consultation sauf les patients bénéficiant de la couverture mutuelle universelle complémentaire ou pris en charge au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.[7]

Au total, cette convention décrit de façon précise le rôle de l'omnipraticien et maintient son rôle de coordination des soins.

3.1.3 Médecin de premier recours

La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009, aussi appelée la loi Bachelot, définit clairement les missions du médecin généraliste de premier recours. Le terme de soins primaires n'est pas employé.

« Les missions du généraliste de premier recours sont notamment :

- ✓ contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médicosociaux ;
- ✓ orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- ✓ s'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;
- ✓ veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;
- ✓ s'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;
- ✓ contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;
- ✓ participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1 ;
- ✓ contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles des études médicales. » *Article L4130-1 du code de la santé publique (CSP), créé par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009-art 36.*

Du côté médecin, elle entraîne certaines répercussions :

- l'obligation d'informer le conseil départemental de l'Ordre des Médecins de ses absences programmées, cette obligation a été

enlevée par la loi du 10 août 2011 mais reste l'obligation au Conseil départemental des médecins de veiller à la continuité des soins en coopération avec le directeur d'Agence Régionale de Santé et au médecin d'indiquer à ses patients le confrère auquel ils pourront s'adresser.

- la nécessité de formation continue et l'incitation à participer à l'enseignement (faire découvrir la médecine générale et faire naître des vocations)
- l'implication forte en matière de santé publique (prévention, dépistage, éducation)
- la possibilité d'exercice en groupe ou avec d'autres professionnels et la coopération entre les différents professionnels de santé.

Du côté patient, elle veut garantir l'accès à tous, à des soins de qualité, la continuité des soins quel que soient les circonstances (*Art. L6315-1 modifié du CSP ou art 10 loi du n°2011-940 du 10 août 2011 - art 10*) et une meilleure coordination des soins entre les différents professionnels mais aussi à la sortie de l'hôpital.

Par rapport à une convention, qui est un contrat, la loi, elle s'impose quelque soit l'avis de ces citoyens. Il s'agit d'un engagement fort de l'État dans l'organisation du système de soins de premier recours.

3.2 Organisation des soins de premier recours

3.2.1 Quelques définitions

3.2.1.1 Soins primaires :

« Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les

individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire. » [16]

Selon le rapport de 1978 de l'OMS, le concept de « soins primaires » est porteur d'une ambition de justice sociale, d'équité d'accès aux soins et le reflet d'un pays en voie de développement ce qui a été repris dans le rapport de 2008 de l'OMS.

Cette définition a été améliorée par un rapport de 400 pages de l'American Institute of Medicine en 1996 : « Les soins primaires sont des prestations de santé accessibles et intégrées, assurées par des médecins qui ont la responsabilité de satisfaire une grande majorité de besoin individuels de santé, d'entretenir une relation prolongée avec leurs patients et d'exercer dans le cadre de la famille et de la communauté. »[17]

3.2.1.2 Soins de premier recours :

D'après la loi HPST, les soins de premier recours comprennent : la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients, la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique, l'orientation dans le système de soins et le secteur médicosocial, et l'éducation pour la santé.

La loi HPST ne parle pas de soins primaires : pourquoi ? Y-a-t-il une connotation négative ? Ils seraient considérés comme basiques donc simples, inintéressants ou parce que « premier recours » ne signifie pas obligatoirement soins primaires. Le premier recours peut-être défini par le lieu où le patient a

le premier contact avec le système de soins. Idéalement, le premier recours devrait correspondre à des soins primaires. A noter, les soins primaires peuvent être dispensés par d'autres professionnels en dehors des médecins généralistes : gynécologues et ophtalmologues (accès direct spécifique autorisé dans le parcours de soins), pédiatres.

3.2.1.3 Soins secondaires :

Il s'agit du niveau de références, d'un accès spécialisé avec plateau technique organisé la plupart du temps autour d'un organe ou d'une pathologie.

3.2.1.4 Soins tertiaires :

Ils concernent l'accès à des soins très spécialisés nécessitant un plateau technique de haut niveau.

3.2.1.5 Soins de second recours :

Ils sont ceux non couverts par l'offre de premier recours selon la loi HPST.

3.2.2 Trois modèles d'organisation des soins primaires

Selon l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de Santé (IRDES), il existerait trois types d'organisation des soins primaires : un modèle normatif hiérarchisé, un modèle professionnel hiérarchisé et un modèle professionnel non hiérarchisé. [18]

3.2.2.1 Le modèle normatif hiérarchisé

Il s'appuie comme son nom l'indique sur des normes établies à partir de textes législatifs. Ces textes définissent le cadre des soins primaires. Nous le qualifions de hiérarchisé car l'organisation de l'accès des soins est faite selon des critères (territoire, nombre d'habitants) et il existe une régulation en fonction de l'offre de soins par l'état. Les états qui ont choisis ce modèle présentent les caractéristiques communes suivantes: décentralisation, nationalisation, accès aux soins primaires par des centres de santé publics (salariés).

Exemples : Catalogne/Espagne, Finlande, Suède

3.2.2.2 Le modèle professionnel hiérarchisé

Il n'établit pas de normes en matière de soins primaires mais il présente une organisation autour des médecins généralistes qui jouent le rôle de « gate keeper » (« portier ») et non autour de l'état, avec une responsabilisation dans le domaine économique par la gestion des ressources médicales, pour une population donnée. Les principales caractéristiques sont : mixité des modes de rémunération des médecins et de contractualisation pour une population donnée, exercice en groupes de médecins au début qui tend à se développer vers des équipes avec plusieurs professionnels de santé (soutien financier) et élargissement des compétences du corps infirmier.

Exemples : Royaume-Uni, les Pays-Bas, Australie, Nouvelle-Zélande

3.2.2.3 Le modèle professionnel non hiérarchisé

Il ne décrit pas de définition ni de concept en matière de soins primaires au niveau national ni d'organisation territoriale ou populationnelle. Les éléments communs retrouvés au niveau des pays où il est en vigueur sont : un exercice majoritairement solitaire de la médecine générale avec paiement à l'acte et avec des centres de santé réservés aux populations défavorisées, une offre de soins spécialisés en ambulatoire avec possibilité d'accès direct plus ou

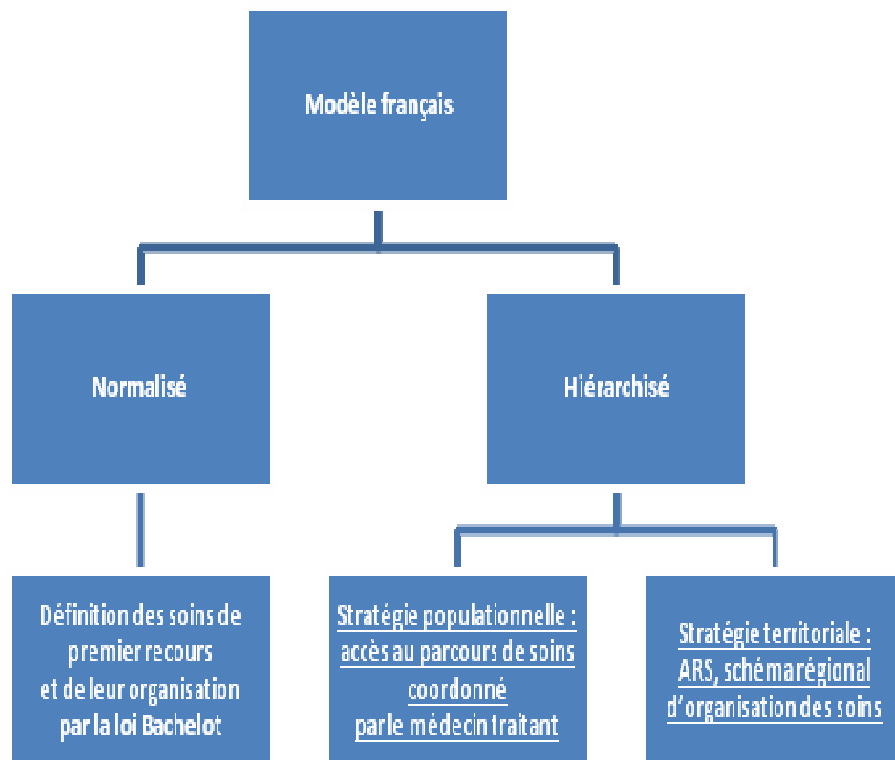
moins régulée (médecin traitant, pénalité financière si hors parcours de soins par exemple en France).

Ce modèle a du mal à s'adapter à l'évolution de la société et à la démographie médicale : il n'y a pas de régulation au niveau de l'état.

Exemples : Allemagne, Canada et la France mais qui est en cours de mutation

3.3 En France : du modèle professionnel non hiérarchisé vers le modèle normatif hiérarchisé

Figure 1: Le modèle français actuel



Avec la loi HPST, la France tend vers un modèle normatif hiérarchisé. En effet, la loi HPST définit clairement les missions du médecin généraliste comme le médecin de premier recours et ce que comprennent les soins de premier recours.

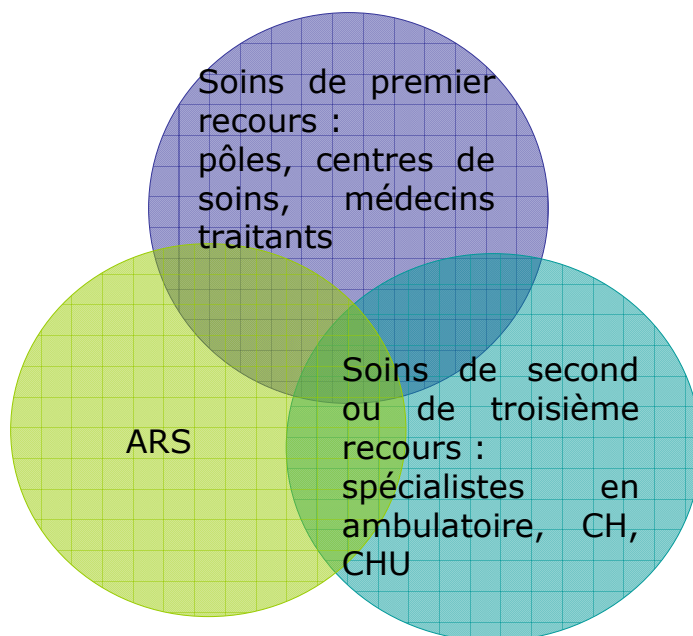
D'autre part, elle décrit les conditions d'accès aux soins de premier recours, son organisation et ses acteurs.

« L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé au niveau territorial défini à l'article L.1434-16 et conformément au schéma régional de santé des soins prévu à l'article L. 1434-7. »

« Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L.165-5-3 du code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux. » *Art. L1411-11 du CSP modifié par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009-art36*

Figure 2: Organisation des soins de premier recours

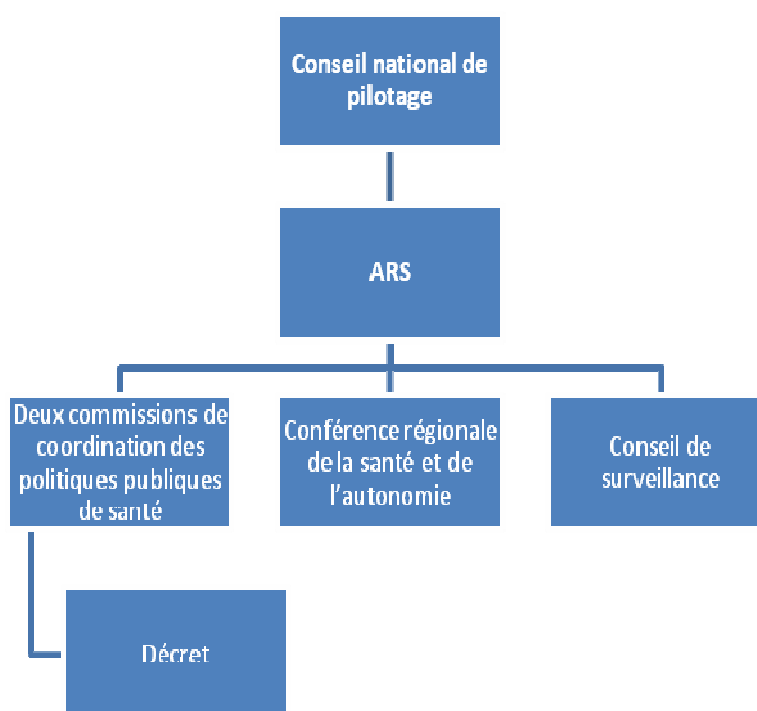
Dans le respect de la proximité, qualité et sécurité



Enfin, l'état français veut mener une politique de santé décentralisée en créant les agences régionales de santé (ARS) et la mise en place d'un schéma régional d'organisation des soins dont le but est l'accès de tous à de soins de qualité.

Les **ARS** sont des établissements publics de l'Etat à caractère administratif, siégeant dans chaque région et dans la collectivité territoriale de la Corse, dirigées par un directeur général. *Article L1432-1 du CSP crée par loi n°2009-879 du 21 juillet 2009-art. 118*

Figure 3 : Organisation administrative des ARS



Elles sont coordonnées par un **conseil national de pilotage** qui comprend des membres du ministère de la santé, du ministère du budget et de la sécurité sociale, de l'assurance maladie, mais aussi des représentants de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, des organismes nationaux d'assurance maladie. Il fixe les objectifs de la politique nationale de santé (réduction des inégalités de santé) par un contrat d'une durée de 4 ans (révisable chaque année) avec chaque ARS et veille à leur mise en œuvre. *Article L1433-1,2,3 du CSP crée par loi n°2009-879 du 21 juillet 2009-art118*

Les ARS ont pour mission de définir et mettre en place **un projet régional de santé**. Il comprend des programmes et des actions pour réaliser

ces objectifs nationaux, mais aussi des principes de l'action sociale et médicosociale (*art. L.116-1, L116-2 du code de l'action sociale et des familles, des principes fondamentaux (art. L111-2-1 du CSS)*), en tenant compte de la spécificité de chaque région.

La loi Bachelot, consacre quatre sections aux modalités et aux moyens d'interventions des ARS qui sont les suivantes :

- Section 1 : Veille, sécurité et polices sanitaires
- Section 2 : Contractualisation avec les offreurs de services de santé
- Section 3 : Accès des données de santé
- Section 4 : Inspections et contrôles.

Chaque ARS s'organise autour de **territoires de santé** (infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux) pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours. *Article L1434-16 créé par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 118*

Elles s'occupent donc de la gestion des ressources médicales dans la région et peut faire appel à des territoires extra régionaux.

Selon l'article L1432-6 du CSP créé par *LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 118*, les ressources de l'agence sont constituées par une subvention de l'Etat ; des contributions des régimes d'assurance maladie ; des contributions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour des actions concernant les établissements et services médico-sociaux ; des ressources propres, dons et legs ; sur une base volontaire, des versements de collectivités territoriales ou d'autres établissements publics.

MATERIELS ET METHODE

Dans la première partie, nous avons défini dans quel environnement exerce le médecin généraliste et les ressources médicales à sa disposition. Nous avons mis l'accent sur son rôle d'orientation du patient dans notre système de santé.

L'étude que nous avons réalisée, a pour but d'étudier l'écologie des soins médicaux de notre région, à la suite du passage chez le médecin généraliste. Dans la littérature, il n'existe pas d'étude similaire réalisée en Limousin. Le taux d'hospitalisation et d'avis spécialisés demandés par les médecins généralistes à la suite de la consultation sont mal connus. Par contre, le Docteur Kerr White a été le premier à s'intéresser à l'écologie des soins aux Etats-Unis et à établir avec son équipe le « Carré de White » en 1961. *Voir annexe 1*

Notre enquête est une étude observationnelle descriptive, prospective, multicentrique (par département : Creuse, Corrèze, Haute-Vienne) et régionale (Limousin). Elle s'est déroulée sur deux périodes de recueils : une période de mai à juillet 2010 et une autre de mars à mai 2011.

1. OBJECTIFS

1.1 Objectif principal

- ✓ Identifier le nombre de patients tout âge confondu orientés vers un médecin d'une autre spécialité ou hospitalisés par les médecins généralistes du Limousin sur 1000 consultations réalisées en cabinet ou à domicile.

1.2 Objectifs secondaires

- ✓ Définir les trois spécialités médicales et chirurgicales les plus sollicitées à l'issue d'une consultation en médecine générale dans les trois départements du Limousin.
- ✓ Identifier le taux d'hospitalisation selon le secteur d'exercice des MG du Limousin.
- ✓ Identifier le taux de consultations vers un médecin d'une autre spécialité médicale et chirurgicale ou d'hospitalisations selon l'âge des MG du Limousin.

2. CREATION DE L'ÉCHANTILLON DE LA POPULATION ETUDIÉE

La population cible est l'ensemble des médecins généralistes libéraux exerçant la médecine générale en Limousin.

Les critères d'inclusion sont les médecins généralistes en exercice, ayant une activité libérale en Limousin.

Les critères d'exclusion sont les médecins généralistes spécialisés exclusivement en médecine vasculaire, homéopathie, acupuncture, nutrition, ou urgences ou SOS médecins ou une autre médecine à exercice particulier.

La population source est la liste nominative des médecins généralistes du Limousin sur le site www.ameli-direct.fr dans la rubrique professionnels de santé, respectant les critères d'inclusion et d'exclusion soit 796 MG. Cette liste est très complète et remise à jour régulièrement. Elle permet d'avoir les informations suivantes : les coordonnées des professionnels, leur mode d'exercice (par exemple, médecine générale, acupuncture exclusif) et le mode de conventionnement. Cette liste permet aussi de trier par département et par ordre alphabétique de noms. La liste a été téléchargée le 07/05/2010. Nous avons classé les médecins généralistes par département et dans chaque

département par ordre alphabétique. Cette source a été confrontée aux informations disponibles sur le site officiel de l'Ordre National des Médecins notamment pour les coordonnées et le mode d'exercice.

Un premier échantillon de 200 médecins généralistes a été défini à partir de la population source en mai 2010 par un tirage aléatoire simple par département et en respectant la proportionnalité du nombre de médecins par département.

Pour la Creuse, nous avons sélectionné un médecin tous les 5 soit au total 30 MG.

Pour la Corrèze, nous avons sélectionné un médecin tous les 5 soit au total 61 MG.

Pour la Haute-Vienne, nous avons sélectionné un médecin tous les 5 soit au total 109 MG.

Compte tenu du faible taux de réponse (28%) après la diffusion du premier questionnaire, *un deuxième échantillon* de 300 médecins généralistes du Limousin a été créé à partir de la population source et en ayant exclus les 200 médecins du premier échantillon. De la même manière que précédemment, un nouveau tirage au sort aléatoire (un tous les 3) a permis de sélectionner 45 MG en Creuse, 89 MG en Corrèze, 166 MG en Haute-Vienne.

3. RECUEIL DES DONNEES

3.1 Premier recueil : du 17 mai au 11 juillet 2010

Nous avons élaboré un premier questionnaire (*voir annexe 2*) numéroté qui permettait de recueillir des informations pendant une semaine de travail hors permanence des soins soit du lundi matin au samedi midi. Les champs à compléter étaient : l'âge, le sexe et l'activité principale du médecin généraliste, la semaine choisie du recueil, le nombre d'actes réalisés cette semaine-là, le nombre de patients orientés vers une autre spécialité médicale que la

médecine générale (soit 12 spécialités identifiées + autre) ou vers une spécialité chirurgicale (7 spécialités identifiées + autre) ou vers une hospitalisation (Centre Hospitalier local, Centre Hospitalier Universitaire, clinique privée) avec un codage patient par sexe et âge. Il n'y avait pas de semaine imposée pour le choix du recueil mais elle devait être datée.

La distribution de ce questionnaire s'est faite par la poste avec enveloppe de retour pré-timbrée, le 10 mai 2010.

La réception du dernier questionnaire s'est faite le 21 juillet 2010.

Tableau 3 : Périodes choisies par les participants pour le 1^{er} recueil

Période de recueil	Mai 2010	Juin 2010	Juillet 2010
Nombre de questionnaires exploitables	33	9	2

3.2 Deuxième recueil : du 7 mars au 11 mai 2011

Le 28 février 2011, un deuxième envoi a été organisé avec un questionnaire affiné (*voir annexe 3*) en essayant de ne pas introduire de biais d'information dans un but de simplification du recueil et de diminution du temps imparti pour le compléter. Le même mode de distribution postale a été réalisé. Les modifications qui ont été effectuées sur ce deuxième questionnaire sont: la durée de recueil diminuée à 3 jours de travail hors permanence des soins dans une même semaine, la spécialité pédiatrie a été regroupée dans la case « autre » dans les consultations médicales spécialisées, le mot « acte » a été changé par le nombre de patients vus dans la journée car nous nous sommes aperçus qu'ils avaient peut-être une connotation négative et financière qui pouvant entraîner un biais de déclaration chez les médecins interrogés.

La réception du dernier questionnaire s'est faite le 11 mai 2011.

Tableau 4 : Périodes choisies par les participants pour le 2^{ème} recueil

Période de recueil	Mars 2011	Avril 2011	Mai 2011
Nombre de questionnaires exploitables	98	7	2

4. EXPLOITATION DES DONNEES ET ANALYSE STATISTIQUE

Les questionnaires considérés comme *non exploitables et exclus après réception* sont :

- ✓ les questionnaires où aucune donnée n'est remplie
- ✓ les questionnaires envoyés par « erreur » (médecin récemment retraité, activité exclusive autre que la médecine générale)
- ✓ les questionnaires où le nombre total d'actes par semaine ou le nombre de patients vus dans la journée ne sont pas mentionnés (exclus d'office même si les autres cases sont remplies).

Nous avons défini arbitrairement *les médecins en zone urbaine*, comme les praticiens exerçant dans une commune située dans un rayon de 10km ou moins d'une ville comportant un centre hospitalier.

Les centres hospitaliers choisis siègent dans les villes suivantes : Guéret, Brive-la-Gaillarde, Tulle, Ussel, Limoges, Saint Yriex-la-Perche, Saint Junien.

Les médecins travaillant en zone rurale sont désignés comme les soignants dont le cabinet de consultation est localisé dans une commune située dans un rayon de plus de 10km du centre hospitalier le plus proche.

Les réponses des questionnaires exploitables ont été mises en forme dans un tableau « excel ». Les données ont été anonymisées et ont été utilisées pour obtenir les résultats présentés.

Les variables quantitatives ont été présentées sous formes d'effectif ou de pourcentages ou de millièmes.

RESULTATS

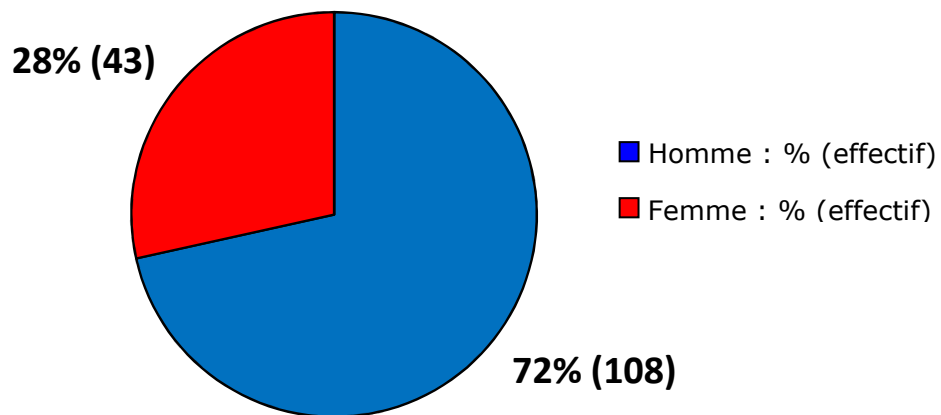
Le taux de participation à l'étude basé sur la réception des questionnaires exploitables est de 30%. Le nombre de questionnaires n'entrant pas dans les résultats de l'étude est de 25 soit 12 lors du premier recueil et 13 lors du deuxième recueil.

Tableau 5 : Détails de la participation à l'étude

	1er recueil	2ème recueil	TOTAL
Nombre de questionnaires envoyés	200	300	500
Nombre de Questionnaires Reçus (QR)	56	120	176
Pourcentage de participation sur QR	28%	40%	35%
Nombre de Questionnaires Exploitable (QE)	44	107	151
Pourcentage de participation QE total	22%	36%	30%
Nombre de QE en Creuse	3	17	20
Nombre de QE en Corrèze	18	35	53
Nombre de QE en Haute-Vienne	23	55	78

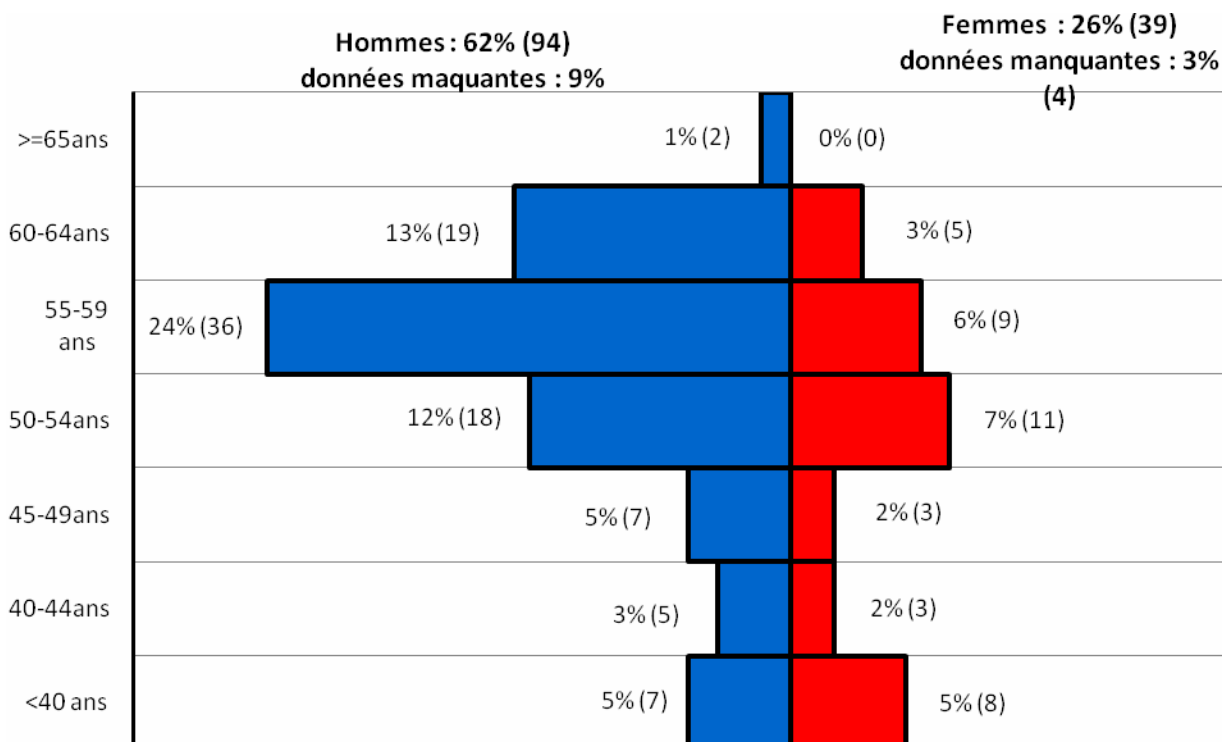
1. CARACTERISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON DES MEDECINS GENERALISTES DU LIMOUSIN

Figure 4. Répartition de l'échantillon des médecins généralistes selon le sexe



L'échantillon comprend 72% d'hommes MG contre 28% de femmes.

Figure 5 : Répartition de l'échantillon des médecins généralistes selon l'âge et le sexe

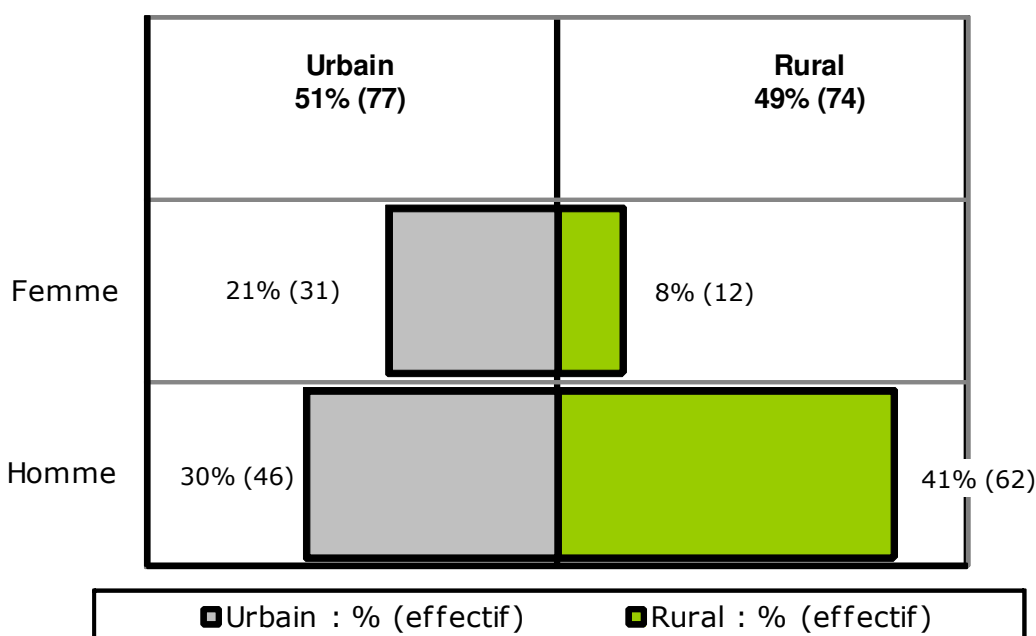


La tranche d'âge des 55-69 ans regroupe à elle seule 30% des effectifs avec une forte prédominance masculine.

Les MG âgés de plus de 50 ans représentent 66% du total.

Les MG de moins de 40 ans totalisent 10% des effectifs avec une prédominance féminine.

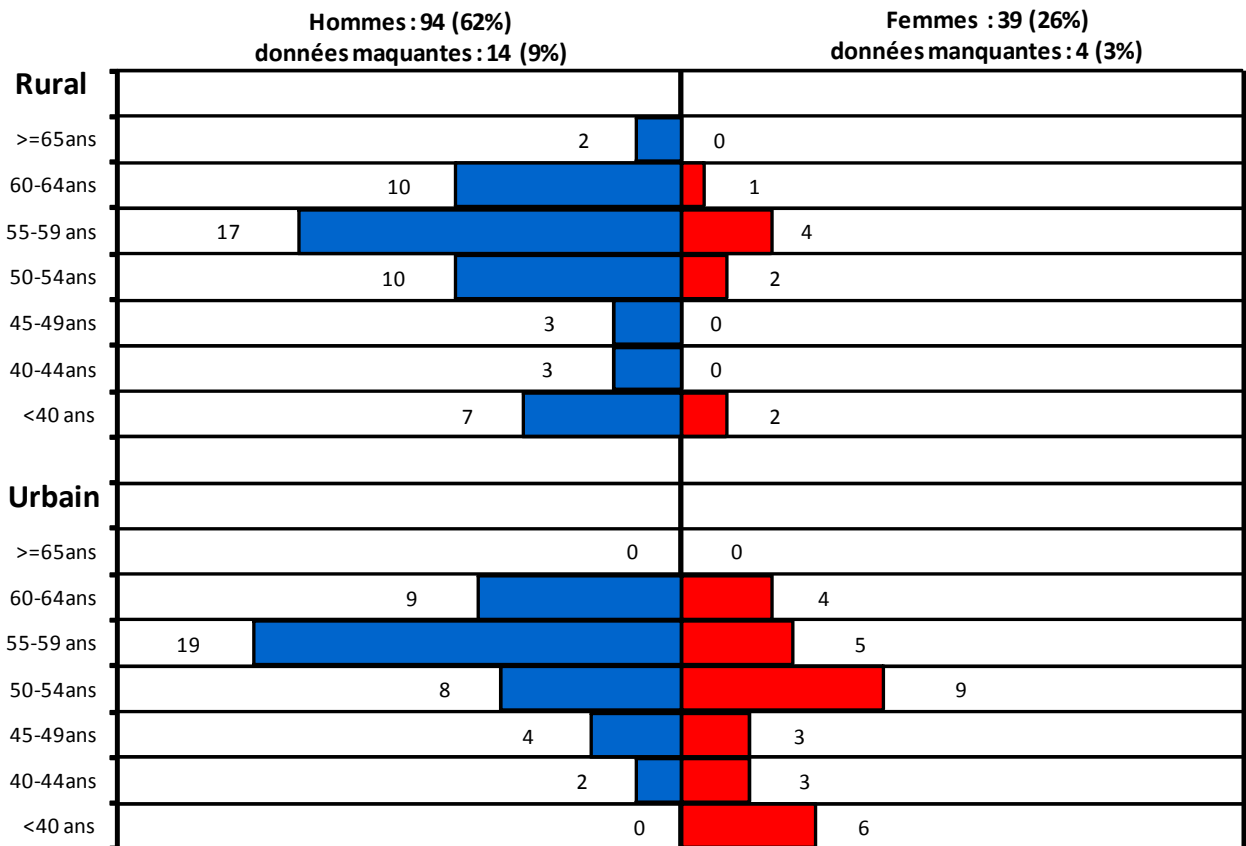
Figure 6 : Répartition de l'échantillon des médecins généralistes selon le zonage rural/urbain et le sexe



Le pourcentage de médecins ruraux et urbains est presque équivalent. Cela signifie qu'il y a autant de questionnaires exploitables dans chaque catégorie donc une participation égale à l'étude à trois participants près.

Les femmes de l'échantillon exercent principalement en zone urbaine (21% des effectifs totaux) par rapport aux hommes qui sont 41% à avoir choisi un exercice rural.

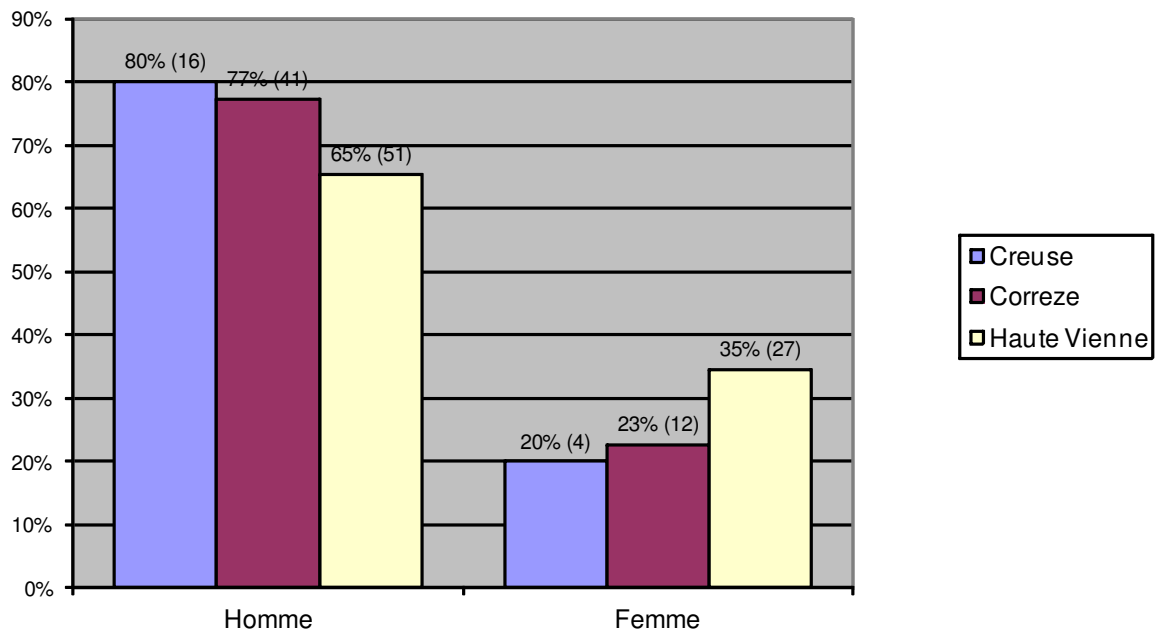
Figure 7 : Répartition de l'échantillon des médecins généralistes selon le sexe, l'âge et le secteur rural ou urbain



Les femmes sont installées en secteur urbain et cela d'autant plus qu'elles sont plus jeunes.

La distribution des hommes et femmes médecins est similaire pour la classe d'âge 55-59ans en secteur rural ou urbain à plus ou moins deux individus près.

Figure 8 : Répartition de l'échantillon des médecins généralistes selon le sexe et par département



1/3 des MG haut-viennois sont des femmes (35%) par rapport aux échantillons de MG des deux autres départements.

1/4 des corréziens (23%) et 1/5 des MG creusois (20%) sont des femmes.

2. ORIENTATION SECONDAIRE APRES CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE VERS UNE HOSPITALISATION

Tableau 6 : Orientation des patients à l'issue d'une consultation de MG en Limousin

Nbre MG	Total	J	Np	Méd	Chir	Hospi
151	11894	544	22	755	332	134

Voir annexe 7 pour la signification des abréviations

151 MG ont participé à l'étude.

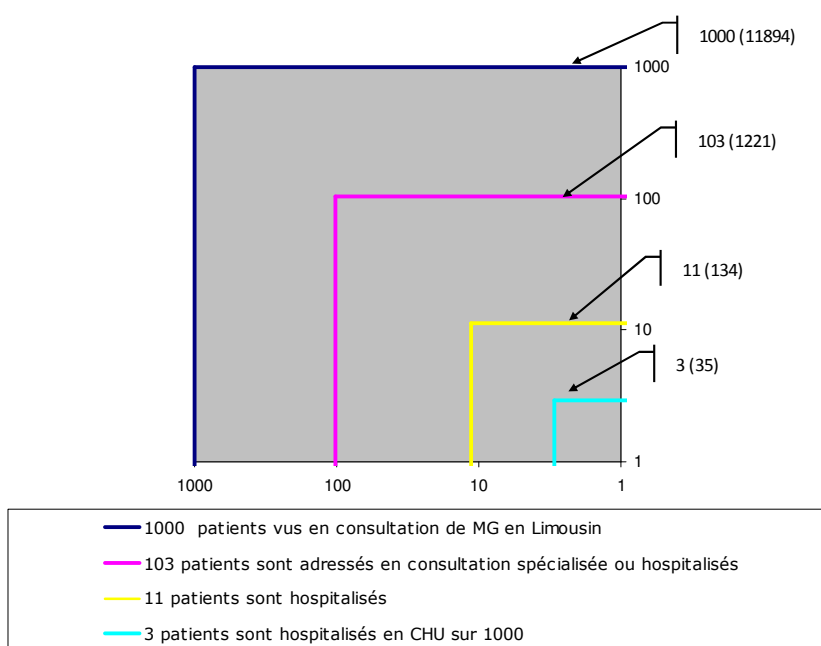
Ces médecins ont réalisé 11 894 consultations (Total) en 544 jours (J) travaillés soit une fréquence moyenne journalière de consultation (Np) estimée à 22 patients par jour travaillé et par médecin hors permanence des soins.

755 demandes de consultations spécialisées de médecine (Méd) et 332 de chirurgie (Chir) ont été recensées.

134 orientations vers une hospitalisation (Hospi) ont été dénombrées.

2.1 Au niveau régional

Figure 9 : Orientation secondaire de 1000 patients après une consultation de MG en Limousin



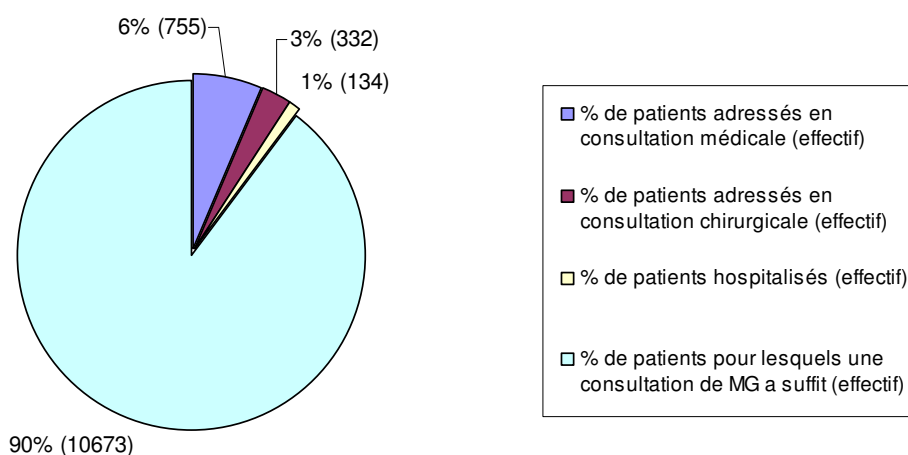
Les nombres entre parenthèses correspondent aux données recueillies lors de l'étude.

Sur 1000 consultations réalisées par les MG de notre échantillon :

- 103 ont eu pour issue une hospitalisation ou une consultation spécialisée (10%),
- 11 se sont soldées par une hospitalisation (1%)

et 3 par une hospitalisation en CHU (moins de 1%).

Figure 10 : Que se passe-t-il à l'issue de la consultation de MG en Limousin ?



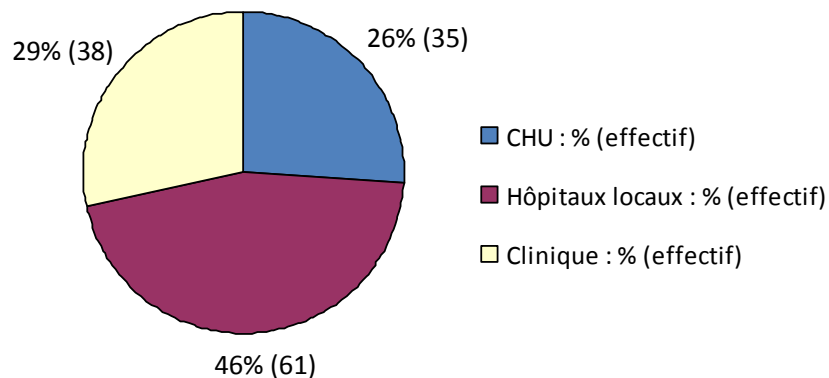
90% des patients de l'échantillon ont été pris en charge par leur MG pendant que 10 % ont été adressés secondairement à un médecin d'une autre spécialité.

Tableau 7 : Répartition des patients selon les différents lieux d'hospitalisation

Total	Hospi	CHU	Local	Clin
11894	134	35	61	38

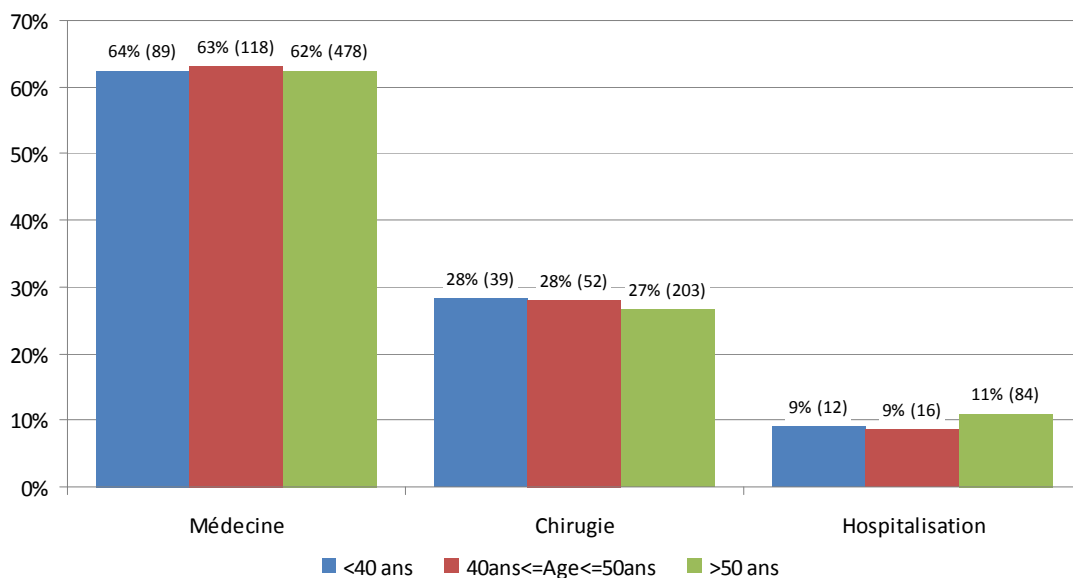
Voir annexe 7 pour la signification des abréviations

Figure 11 : Les différents lieux d'hospitalisations des patients



46 % des patients sont hospitalisés dans les hôpitaux locaux, 29 % dans des cliniques privées et 26 % au CHRU de Limoges.

Figure 12 : Taux de demandes de consultation en Médecine ou en Chirurgie et d'hospitalisation selon la classe d'âge des médecins

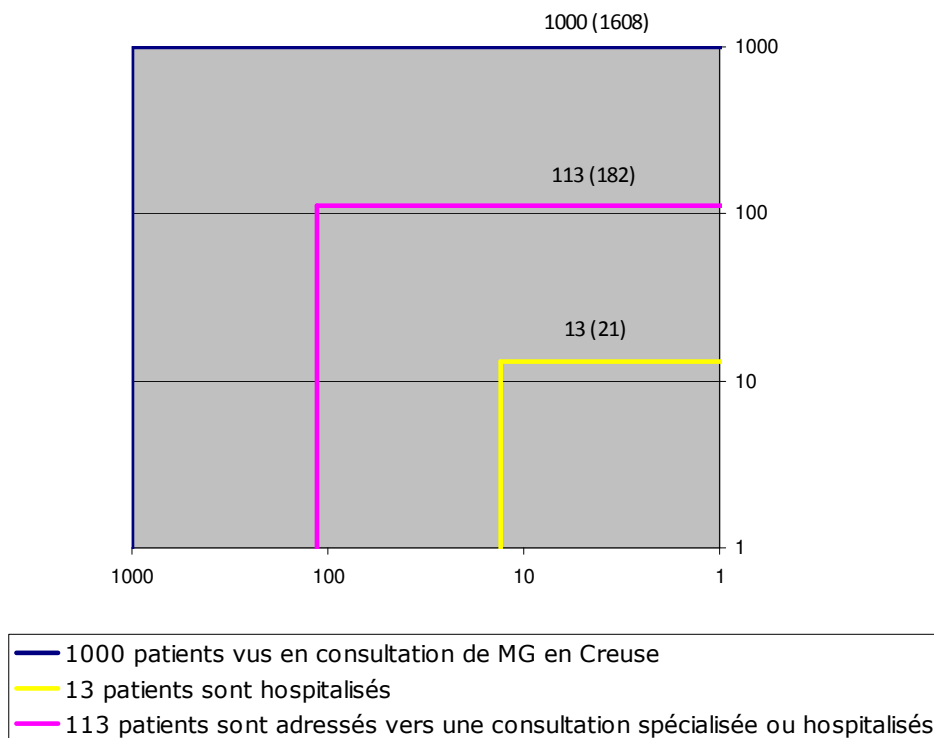


Les nombres entre parenthèses correspondent aux données recueillies lors de l'étude.

Le taux de demandes de consultations spécialisés autre que la MG varie très peu à +/- 2% selon l'âge des médecins. Le taux d'hospitalisation par les médecins de moins de 40 ans et de 40-50 ans est de 9% contre 11% pour les pour les MG de plus de 50 ans.

2.2 Par département

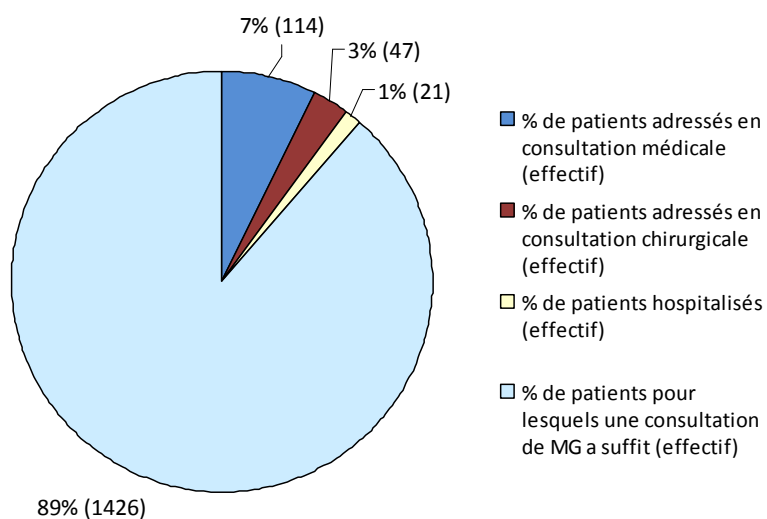
Figure 13 : Orientation secondaire de 1000 patients après une consultation de MG en Creuse



Les nombres entre parenthèses correspondent aux données recueillies lors de l'étude.

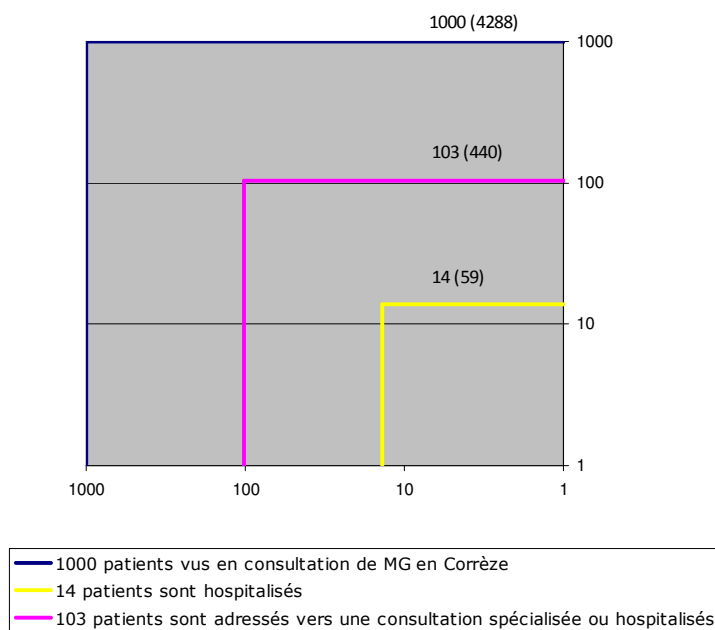
Sur 1000 consultations de médecine générale en Creuse, 13 se sont soldées par une hospitalisation et 113 par une autre consultation spécialisée.

Figure 14 : Que se passe-t-il à l'issue d'une consultation de MG en Creuse ?



89% des patients creusois de l'échantillon ont été pris en charge par leur MG pendant que 11 % ont été adressés secondairement à un médecin d'une autre spécialité.

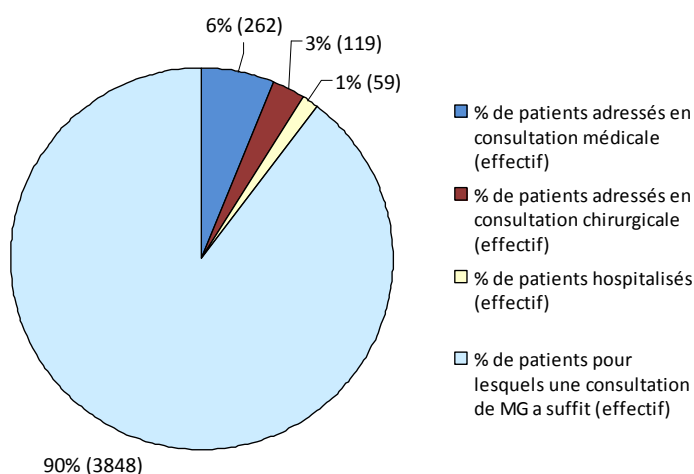
Figure 15 : Orientation secondaire de 1000 patients après une consultation de MG en Corrèze



Les nombres entre parenthèses correspondent aux données

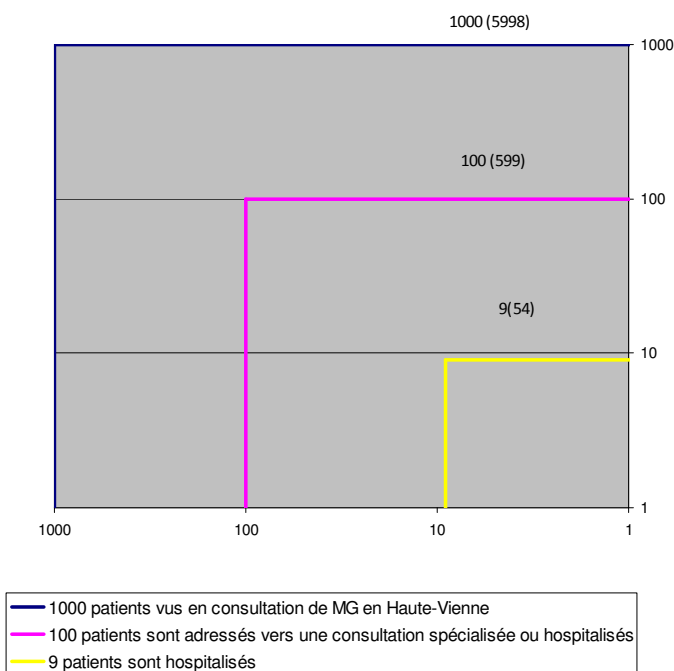
Sur 1000 consultations de médecine générale en Corrèze, 14 se sont soldées par une hospitalisation et 103 par une autre consultation spécialisée.

Figure 16 : Que se passe-t-il à l'issue d'une consultation de MG en Corrèze ?



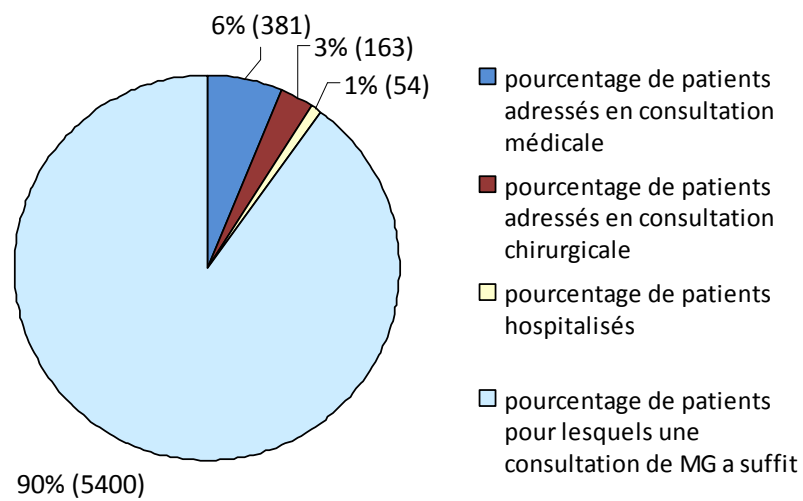
90% des patients corréziens de l'échantillon ont été pris en charge par leur MG pendant que 10 % ont été adressés secondairement à un médecin d'une autre spécialité.

Figure 17 : Orientation secondaire de 1000 patients après une consultation de MG en Haute-Vienne



Sur 1000 consultations de médecine générale en Haute-Vienne, 9 se sont soldées par une hospitalisation et 100 par une autre consultation spécialisée.

Figure 18 : Que se passe-t-il à l'issue d'une consultation de MG en Haute-Vienne ?



90% des patients haut-viennois de l'échantillon ont été pris en charge par leur MG pendant que 10 % ont été adressés secondairement à un médecin d'une autre spécialité.

3. ORIENTATION SECONDAIRE APRES CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE VERS UNE CONSULTATION MEDICALE SPECIALISEE

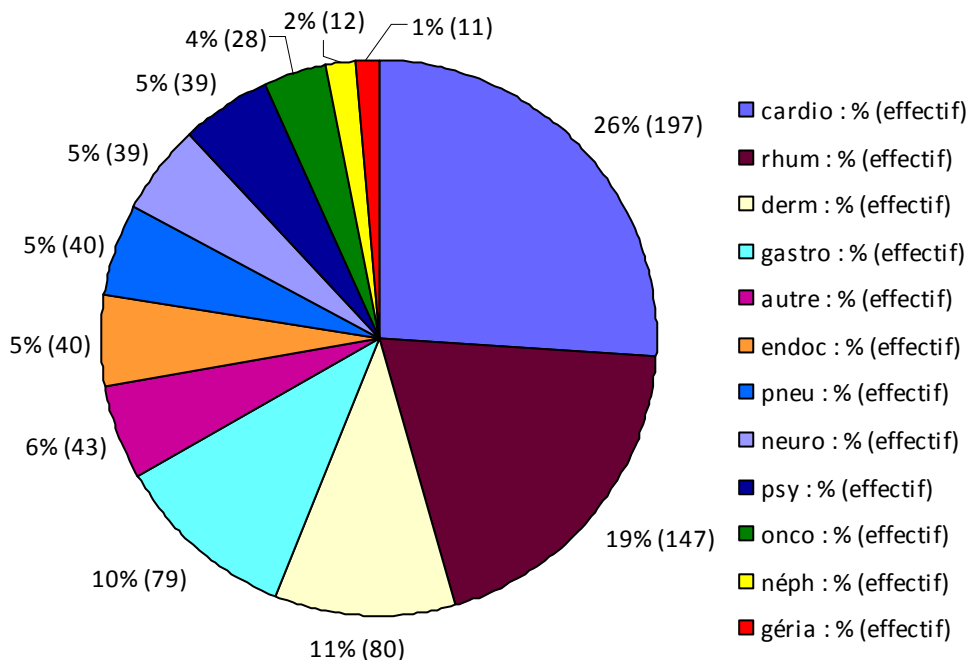
Tableau 8 : Orientation secondaire des patients vus par les MG du Limousin vers les confrères des différentes spécialités médicales

Total	Méd	Cardio	Derm	Endoc	Gastro	Géria	Néph	Neuro	Onco	Pneu	Psy	Rhum	Autre méd
11894	755	197	80	40	79	11	12	39	28	40	39	147	43

Voir annexe 7 pour la signification des abréviations

3.1 Au niveau régional

Figure 19 : Répartition des patients nécessitant un avis médical spécialisé à l'issue d'une consultation de MG en Limousin

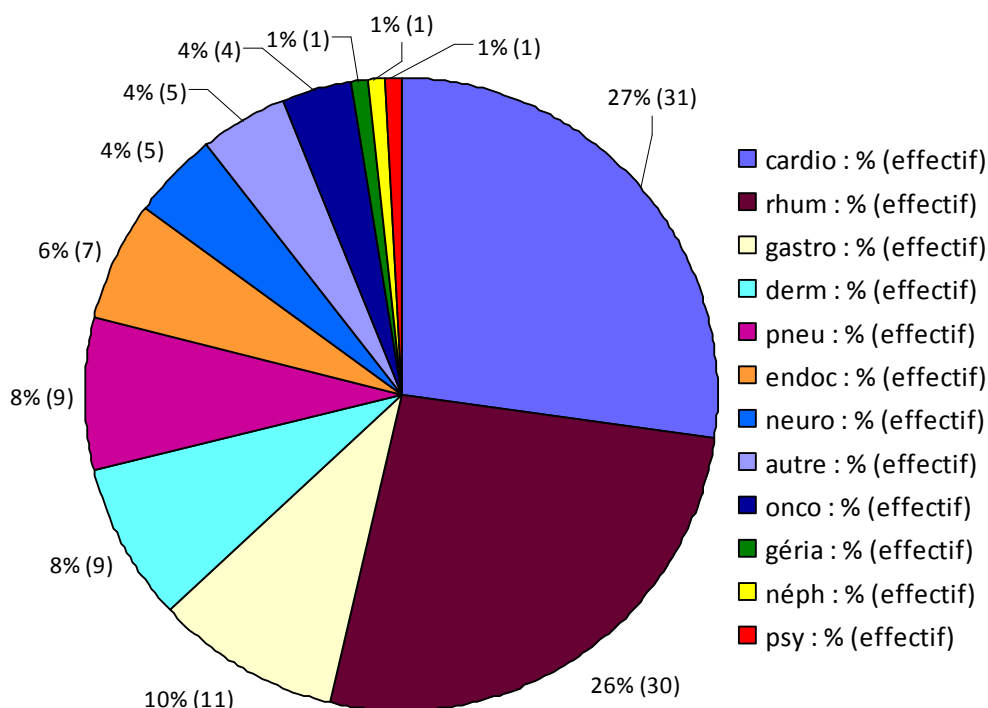


Voir annexe 7 pour la signification des abréviations

Les trois spécialités médicales les plus sollicitées par les MG du Limousin sont : la cardiologie dans 26% des cas, la rhumatologie dans 19% des cas et la dermatologie dans 11% des cas. Le gastroentérologue est requis dans 10 % des cas.

3.2 Par département

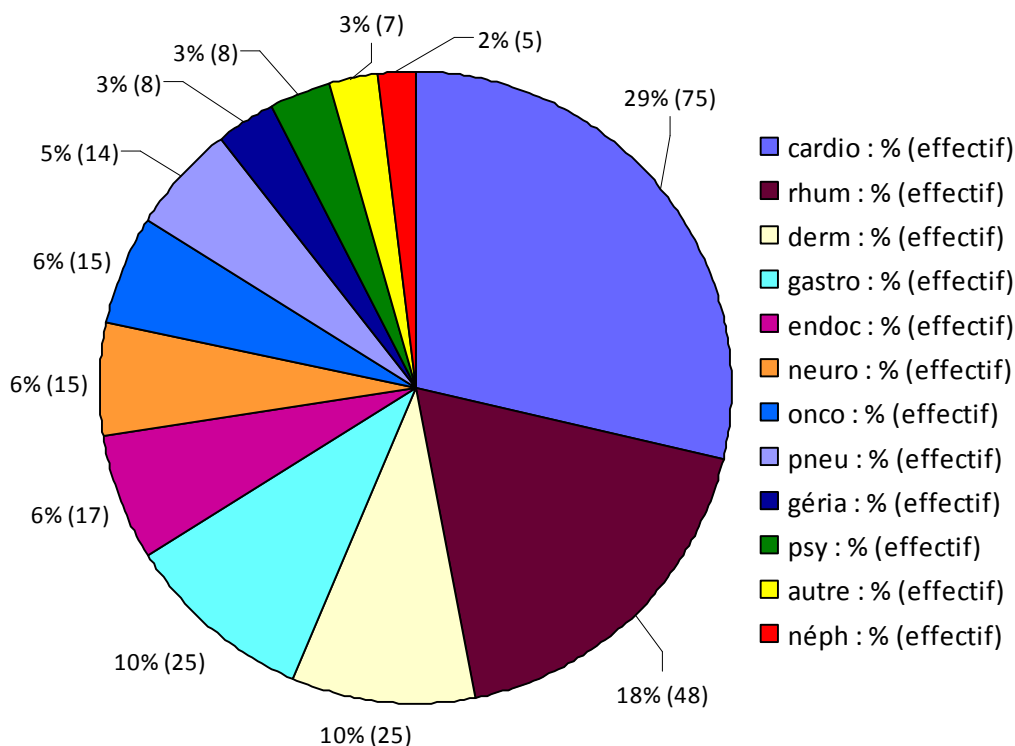
Figure 20 : Répartition des patients nécessitant un avis médical spécialisé à l'issue d'une consultation de MG en Creuse



Voir annexe 7 pour la signification des abréviations

Les trois spécialités médicales les plus sollicitées par les MG creusois sont : la cardiologie dans 27% des cas, la rhumatologie dans 26% des cas et la gastroentérologie dans 10% des cas. Le dermatologue est requis dans 8 % des cas.

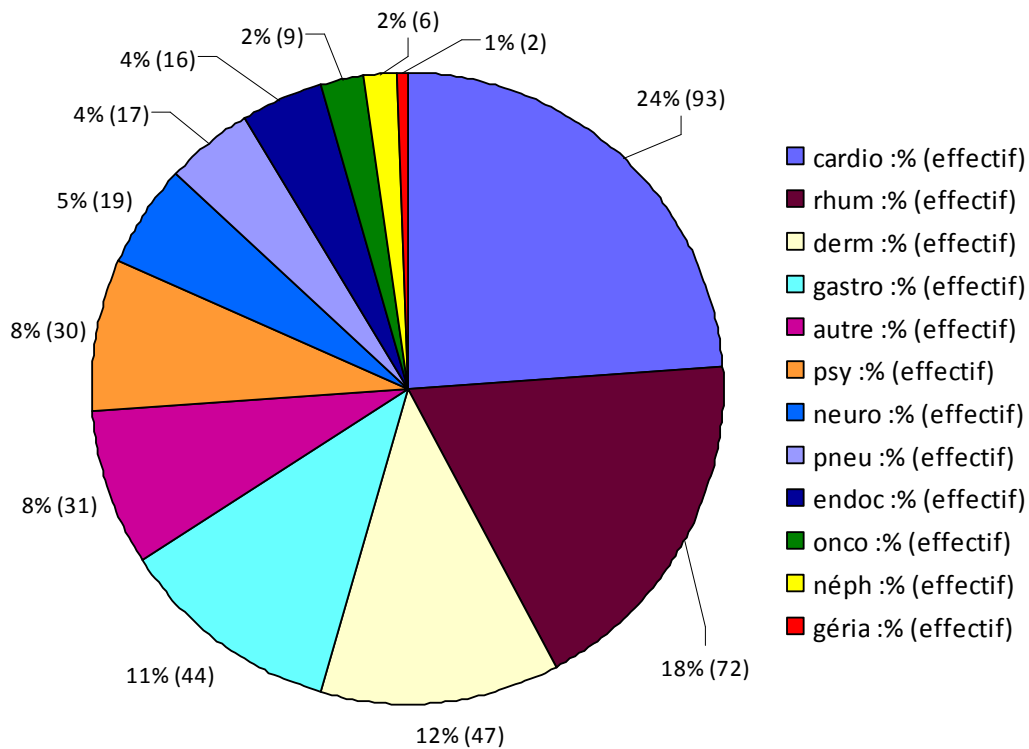
Figure 21 : Répartition des patients nécessitant un avis médical spécialisé à l'issue d'une consultation de MG en Corrèze



Voir annexe 7 pour la signification des abréviations

Les trois spécialités médicales les plus sollicitées par les MG corréziens sont : la cardiologie dans 29% des cas, la rhumatologie dans 18% des cas et la dermatologie ou la gastroentérologie dans 10% des cas.

Figure 22 : Répartition des patients nécessitant un avis médical spécialisé à l'issue d'une consultation de MG en Haute-Vienne



Voir annexe 7 pour la signification des abréviations

Les trois spécialités médicales les plus sollicitées par les MG haut-viennois sont : la cardiologie dans 24% des cas, la rhumatologie dans 18% des cas et la dermatologie dans 12% des cas. Le gastroentérologue est requis dans 11 % des cas.

4. ORIENTATION SECONDAIRE APRES CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE VERS UNE CONSULTATION CHIRURGICALE SPECIALISEE

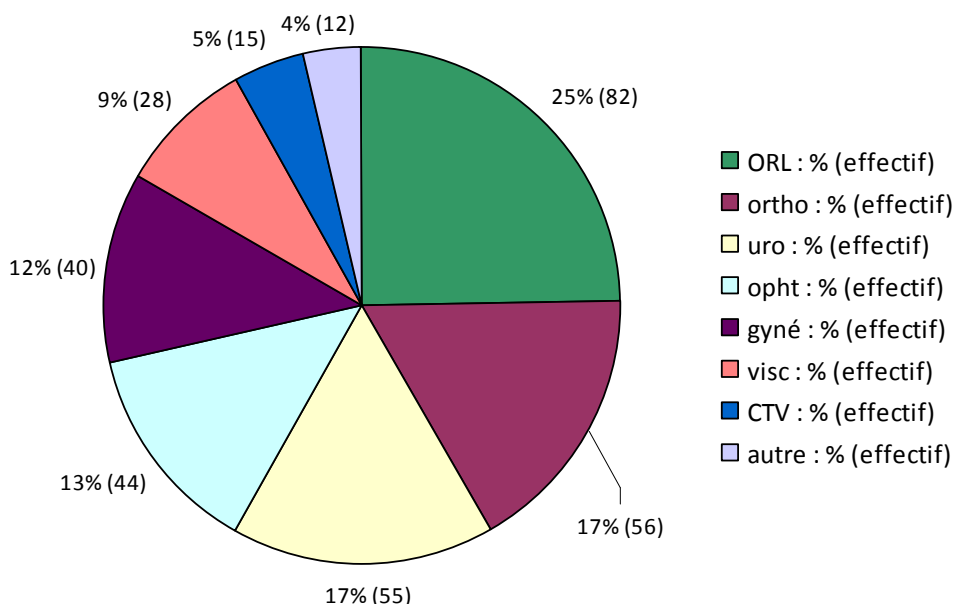
Tableau 9 : Orientation secondaire des patients vus par les MG du Limousin vers les confrères des différentes spécialités chirurgicales

Total	Chir	CTV	Gyn	Opht	ORL	Ortho	Uro	Visc	Autre chir
11894	332	15	40	44	82	56	55	28	12

Voir annexe 7 pour la signification des abréviations

4.1 Au niveau régional

Figure 23 : Répartition des patients nécessitant un avis chirurgical spécialisé à l'issue d'une consultation de MG en Limousin

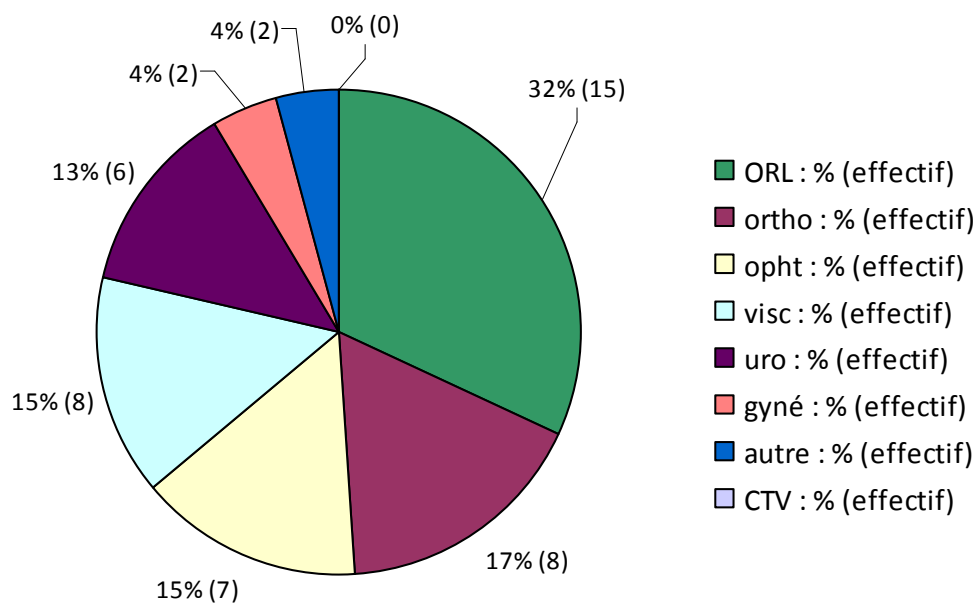


Voir annexe 7 pour la signification des abréviations

Les trois spécialités chirurgicales les plus sollicitées par les MG sont : l'oto-rhino-laryngologie dans 25% des cas, l'orthopédie dans 17% des cas et l'urologie dans 17% des cas.

4.2 Par département

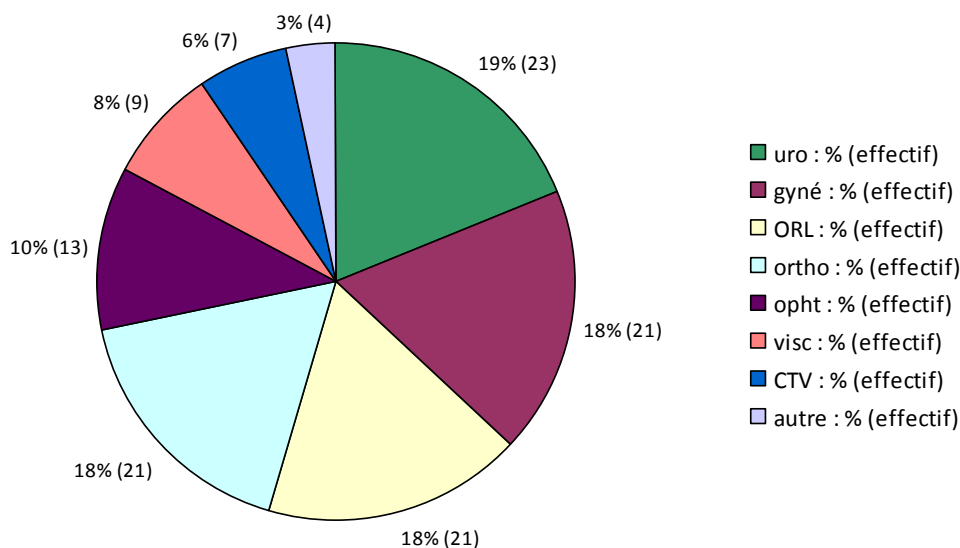
Figure 24 : Répartition des patients nécessitant un avis chirurgical spécialisé à l'issue d'une consultation de MG en Creuse



Voir annexe 7 pour la signification des abréviations

Les trois spécialités chirurgicales les plus sollicitées par les MG creusois sont : l'oto-rhino-laryngologie dans 32% des cas, l'orthopédie dans 17% des cas et l'urologie ou la chirurgie viscérale dans 15% des cas.

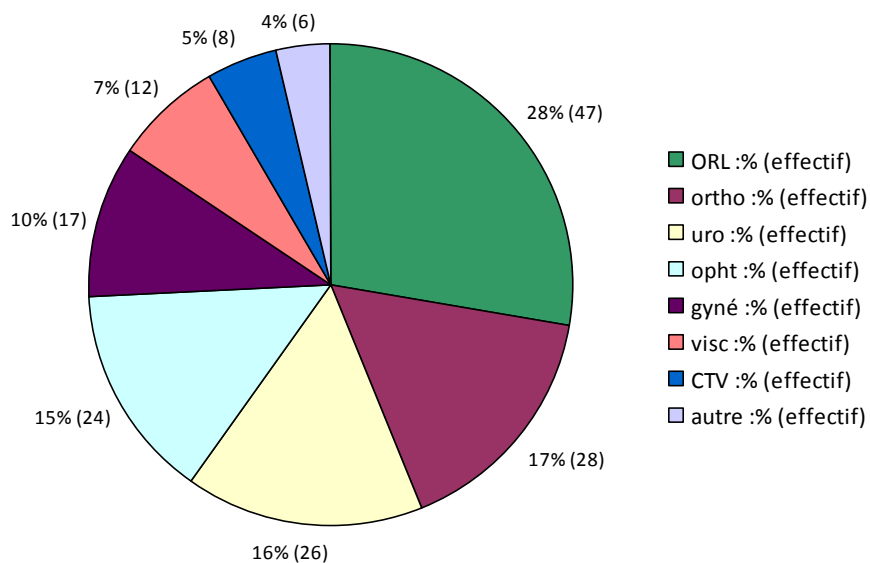
Figure 25 : Répartition des patients nécessitant un avis chirurgical spécialisé à l'issue d'une consultation de MG en Corrèze



Voir annexe 7 pour la signification des abréviations

Les trois spécialités chirurgicales les plus sollicitées par les MG corréziens sont : l'urologie dans 19% des cas, la gynécologie dans 18% des cas, l'orthopédie et l'oto-rhino-laryngologie dans 17% des cas.

Figure 26 : Répartition des patients nécessitant un avis chirurgical spécialisé à l'issue d'une consultation de MG en Haute-Vienne



Voir annexe 7 pour la signification des abréviations

Les trois spécialités chirurgicales les plus sollicitées par les MG haut-viennois sont : l'oto-rhino-laryngologie dans 28% des cas, l'orthopédie dans 17% des cas et l'urologie dans 16% des cas. L'ophtalmologue a été requis dans 15% des cas.

DISCUSSION

1. BIAIS ET DIFFICULTES

Sur le plan méthodologique, nous pouvons discuter un biais de sélection dû au choix de la population source, au nombre de non réponses et de questionnaires non exploitables non pris en compte dans notre étude.

La première difficulté s'est portée sur le choix de la population source qui devait se rapprocher le plus possible de la population cible. Nous avons trouvé une liste actualisée des MG libéraux selon les critères d'inclusion et d'exclusion souhaités avec leurs coordonnées sur le site ameli-direct. Elle permettait de lister les médecins généralistes libéraux en exercice avec leurs coordonnées (adresse, téléphone), de les classer par département, par ordre alphabétique et de connaître leur activité principale contrairement à l'annuaire téléphonique de la Poste. L'annuaire traditionnel n'est pas remis à jour en temps réel, l'activité principale n'est pas détaillée et les médecins sont classés par commune. Quant aux Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins, ils ne pouvaient nous renseigner que sur les chiffres globaux et ne pouvaient nous donner des listes. Cependant le site national de l'Ordre des Médecins permet d'accéder à une base de données qui nous a permis de vérifier notre première source s'il existait une incertitude sur les coordonnées ou le type d'exercice d'un MG. Nous n'avons pas réalisé un échantillon par strates : âge, sexe, rural ou urbain parce que nous n'avions qu'une partie de ces données. Nous avons effectué un tirage aléatoire simple par département qui permettait de respecter la proportionnalité du nombre de MG exerçant par département.

Nous avons essayé de diminuer ce biais, ainsi que le biais de déclaration en réalisant un deuxième questionnaire affiné avec une durée de recueil plus courte sur 3 jours travaillés, en minimisant le biais d'information. Ceci nous a permis de passer de 28% à 40% de participation. La conception du

questionnaire a donc été une étape importante : il devait être compréhensible, facile et rapide à remplir par le praticien interrogé.

La diffusion du questionnaire a été réalisée par la Poste afin de couvrir tout le territoire (région Limousin) mais a plusieurs désavantages : le coût pour l'investigateur et la lenteur d'expédition. Ceci est une des raisons pour laquelle nous n'avons pas imposé de semaine ou de jours de recueil. L'idéal aurait été une diffusion par adresse électronique mais elle aurait peut-être entraîné un biais de diffusion (tous les médecins interrogés devant posséder et utiliser une adresse électronique et un ordinateur) et un biais de déclaration (peur des virus informatiques ou du non-respect de la confidentialité et de l'anonymat).

Le choix de la période de diffusion devait être en dehors d'une période épidémique afin de ne pas entraîner de biais de sélection au niveau des patients consultants en médecine générale et en dehors des grandes vacances scolaires d'été pour les mêmes raisons.

Pour éviter le biais de mémorisation, le médecin interrogé devait noter au fur et à mesure les données (étude prospective).

Après réception des questionnaires, nous avons trié les questionnaires exploitables et enlevé les non exploitables. Nous nous sommes aperçus lors de la première diffusion que les MG ne voulaient pas répondre à certaines questions : âge ou nombre d'actes par semaine. Lors du deuxième envoi, ces mêmes données n'ont pas été remplies par certains participants mais dans une moindre mesure. Pourquoi ? Les données étaient pourtant anonymisées et n'étaient utilisées que pour l'étude. Il n'y aurait pas dû y avoir de biais de déclaration. L'âge et la déclaration d'activité sont peut-être des facteurs très intimes mais néanmoins utiles pour analyser une telle enquête.

Dans le premier questionnaire envoyé, nous avons demandé de noter le sexe et l'âge des patients. Ces renseignements n'ont finalement pas été exploités car trop partiels.

Une autre difficulté était d'intéresser les médecins à cette étude qui n'était pas courante : elle n'étudiait pas une maladie avec des indicateurs tels que la mortalité, la morbidité ni n'évaluait pas des pratiques professionnelles.

Ce travail essayait de quantifier des décisions prises par les médecins généralistes à l'issue de leur activité quelles que soient les pathologies ou les symptômes retrouvés. Cette enquête ne se référait pas à une population malade ou non malade ou très sélectionnée comme celle que nous pouvons côtoyer dans les hôpitaux mais à une population tout venant que reçoit un MG dans son cabinet. De part ces particularités, certains médecins ayant répondu aux questionnaires étaient septiques quant aux résultats que nous allions trouver. D'autres participants ont signalé sur leur questionnaire-réponse la difficulté de faire une étude sur l'activité de la MG qui est très fluctuante selon les saisons sous entendu les périodes épidémiques. Effectivement peut-être y-a-t-il une augmentation des hospitalisations en période épidémique c'est pourquoi nous avons choisi des périodes qui nous semblaient plus neutres pour envoyer ce questionnaire. D'autres ont suggéré « la loi des séries » pour constater que certaines semaines ils hospitalisaient plus que d'autres et qu'il était donc impossible de savoir en moyenne combien un médecin généraliste hospitalisait de patients. Mais un échantillon suffisant et représentatif des MG et une période de sondage de 3 à 6 jours ont été suffisant pour essayer d'obtenir une moyenne correcte du taux d'hospitalisation. Notre étude aurait été plus puissante si nous avions pu la faire sur deux semaines ou un mois, sur des périodes différentes justement pour analyser ces pics épidémiques et les écarts saisonniers. Mais plus un questionnaire est court et sur une période limitée, plus le nombre de réponses est important.

Nous pourrions critiquer la définition que nous avons arbitrairement choisie pour définir le secteur rural et urbain. Les *médecins en zone urbaine* sont définis dans ce travail comme les praticiens exerçant dans une commune située dans un rayon de 10km ou moins d'une ville comportant un centre hospitalier. Les centres hospitaliers choisis siègent dans les villes suivantes : Guéret, Brive-la-Gaillarde, Tulle, Ussel, Limoges, Saint Yriex-la-Perche, Saint Junien. Les *médecins travaillant en zone rurale* sont définis comme exerçant dans une commune située dans un rayon de plus de 10km du centre hospitalier le plus proche.

Dans l'atlas de la démographie ordinaire nationale des médecins, les auteurs utilisent le terme « bassin de vie » qui est peut-être plus intéressante bien

que plus complexe car elle prend en compte l'accès aux services et aux équipements de la vie courante. « Un bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès à la fois aux équipements de la vie courante (santé, alimentation, éducation, banques, poste) et à l'emploi. »[24] Le terme « bassin de vie » semble adapter à l'étude de la désertification médicale et à l'attraction des jeunes installés vers des zones sous l'influence des villes. Voir annexe

2. REPRESENTATIVITE DE L'ECHANTILLON

Notre échantillon de MG effectif est-il représentatif de la population cible ? La population source de l'étude est de 796 MG soit 120 en Creuse, 240 en Corrèze et 436 en Haute-Vienne. Le recensement fait par chaque Ordre Départemental des Médecins en septembre 2011, selon nos critères d'inclusion et d'exclusion est de 742 MG soit 113 en Creuse, 222 en Corrèze et de 407 en Haute-Vienne. Cette différence entre notre population source et notre population cible peut s'expliquer par le choix de la population source qui s'est faite en mai 2010 et non en 2011. Entre ces deux dates, des départs à la retraite et des réorientations au niveau de l'activité (salariat, acupuncture ou nutrition ou allergologie à titre exclusif par exemple).

176 questionnaires ont été reçus à l'issue de l'envoi de 500 exemplaires au total. Parmi ces 176 réponses, seulement 151 ont été utilisées dans l'étude, les autres étaient inexploitable par manque de certaines données.

Au niveau de la proportion hommes/femmes des MG libéraux, d'après l'atlas de la démographie médicale en région Limousin en 2009, il y avait 69% d'hommes et 31% de femmes en Limousin en 2009. [19] Voir annexe 4

Notre échantillon de répondants comprend 72% d'hommes contre 28% de femmes. Cette petite différence peut s'expliquer par plusieurs raisons : l'étude de référence réalisée par l'Ordre National des Médecins date de 2009 et les MG recensés ne respectent pas les critères d'inclusion et d'exclusion de notre

population cible. Nous observons une féminisation de la profession. En 2009, 29 % des MG en France sont des femmes.

Sur la pyramide des âges des MG, les tendances sont très proches de celles retrouvées sur notre échantillon. Cependant la tranche d'âge des 55-59 ans chez les hommes MG du groupe étudié est de 24% des effectifs contre 20% dans l'atlas de démographie du Limousin 2009. Notre échantillon comprend 7% de MG femmes de 55 à 59 ans contre 5% dans l'atlas de démographie du Limousin 2009. [19] *Voir Annexe 4*

Cette tranche d'âge des 55-59 ans est légèrement surreprésentée surtout chez les hommes dans notre échantillon. En 2009, selon cette même source, les MG libéraux âgés de plus de 50 ans représentent 62% des effectifs contre 65% dans notre étude. Cette différence peut s'expliquer par le vieillissement progressif de l'âge moyen des MG ou par un taux de réponses aux questionnaires plus important pour les plus de 50 ans. L'étude de notre échantillon de MG de la région Limousin illustre bien le problème national de la démographie médicale (le vieillissement des MG) avec plus de 65% des MG ayant plus de 50 ans. Sur le plan national, les MG sont âgés en moyenne de 53 ans et sont composés à 69,5% d'hommes.[24] Les femmes médecins de moins de 40 ans seraient aussi nombreuses que les hommes (8 contre 7). Cette tendance avait déjà été vérifiée en 2005 (*source CNOM au 01/01/2005*) au niveau national.

Quant à la répartition géographique des femmes généralistes, elles sont plus nombreuses à exercer en Haute-Vienne (35% contre 20-23% dans les deux autres départements et contre 35% en 2009 [19]) et en secteur urbain (sur 29% de femmes, 8% exercent en rural contre 21% en urbain).

Nous pouvons expliquer l'attrait de l'installation en Haute Vienne par de multiples raisons :

- ✓ au niveau national : « Par ailleurs, les départements qui ont une faculté de médecine ont la particularité de conserver les médecins qui s'y sont formés. ». Cela se voit notamment sur les chiffres propres en Limousin : 65% des médecins exerçant en Haute Vienne ont été inscrits à la faculté de Limoges pour le doctorat (médecins spécialistes médicaux et

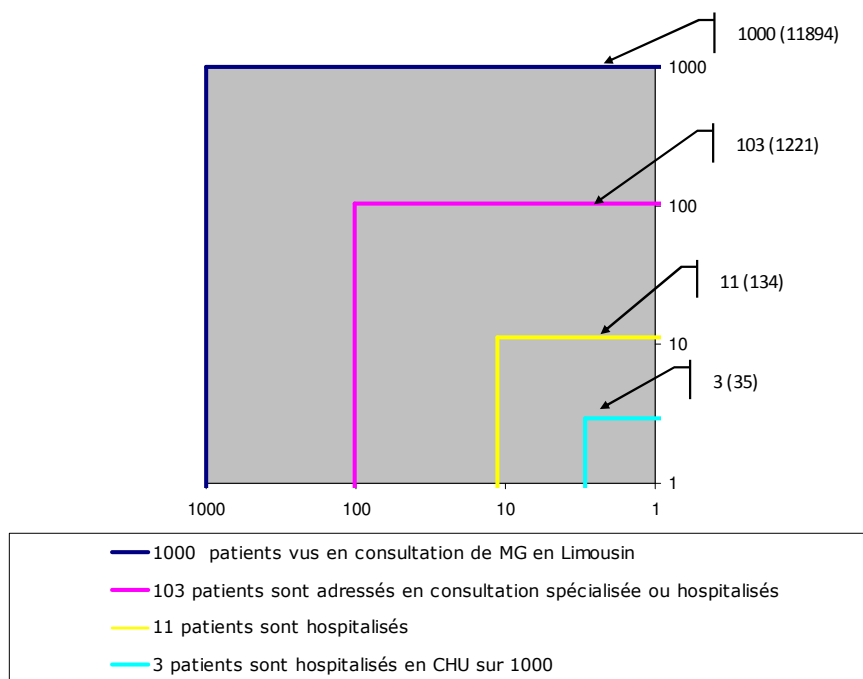
chirurgicaux) contre 42% des médecins de Corrèze qui ont comme faculté d'origine Limoges. [24]

- ✓ la Haute Vienne est plus urbanisée que les deux autres départements : les jeunes femmes médecins (âge inférieur à 40ans) sont plus nombreuses en milieu urbain par rapport au secteur rural et aux hommes médecins (tendance inversé) selon nos données. Cette constatation semble se vérifier par une tendance à exercer par les jeunes diplômés en zone péri-urbaine : « les bassins de vie ». [25]

Bien qu'il n'existe pas de données récentes sur la population cible, notre échantillon semble assez représentatif de la population des MG limousins.

3. ANALYSE DES RESULTATS

Le taux d'hospitalisation après consultation d'un MG de notre échantillon Limousin est de 11 sur 1000 patients.



Les nombres entre parenthèses correspondent aux données recueillies lors de l'étude.

Ces résultats confortent notre hypothèse empirique de départ que 10 patients sur 1000 vus en consultation de médecine générale en Limousin sont hospitalisés à l'issue de cette consultation dans les différents hôpitaux ou cliniques de la région sur la saison printanière. Nous avons pris comme références pour appuyer notre estimation de départ : la moyenne nationale d'actes réalisés par jour (elle varie de 16 à 21 actes par jour [29-31], sur une moyenne de 9 demi-journées travaillées) pour choisir la durée du recueil et « 9 patients sur 1000 sont hospitalisés par mois » d'après l'étude de Kerr White pour formuler notre hypothèse de départ.

L'histoire des origines du « Carré de White » est nécessaire à la compréhension de ce diagramme et de son impact dans le milieu médical. *Voir annexe 1* Dans les années 1950, Kerr White travaillait à l'université de Caroline du Nord où il était chargé de l'enseignement et des programmes de recherches dans une clinique de médecine générale. Après une année sabbatique à Londres, il a repris son poste et a été étonné de voir que son collègue avait

basé l'enseignement de la médecine générale sur des spécialités, comme si la médecine générale était une compilation de spécialités. Il était convaincu que pour montrer la place de la médecine générale dans le système de soins, son importance ainsi que la nécessité de faire de la recherche dans ce domaine, il fallait établir les faits de façon scientifique. Pour lui, les marqueurs traditionnellement choisis dans les études comme la mortalité, la morbidité étaient utiles pour définir les déterminants d'une population malade et les caractéristiques démographiques d'une population victime de cette maladie. Mais ces données avaient une valeur limitée pour décrire les actions mises en place par les patients et les médecins sur cette maladie ou sur des manifestations cliniques que l'on ne peut classer dans une maladie. L'impact global de ses actions déterminait pourtant largement la demande et l'utilisation des ressources médicales. Selon lui, le parcours de soins d'un malade était aussi important que l'histoire naturelle de la maladie. A l'époque, cette vision qu'il exprimait avec l'aide de F. Williams (interniste) et B. Greenberg (biostatisticien) dans la publication d'un article « The Ecology of Medical Care » dans le journal *New England of Medicine* (1961) était une révolution. Un des résultats présentés dans cette étude était un diagramme réalisé à partir de carrés de taille décroissante qui représentait l'écologie des soins : sur 1000 adultes exposés à un problème de santé dans le mois, 750 adultes ressentaient un ou plusieurs troubles de santé, 250 consultaient un médecin au moins une fois dans le mois, 9 étaient admis dans un hôpital, 5 étaient adressés à un autre médecin et 1 était hospitalisé en CHU. Il a prouvé avec cet article que les futurs médecins généralistes n'étaient pas assez formés aux soins ambulatoires, dont étaient consommateurs 991 personnes sur 1000 puisque l'enseignement se faisait par des médecins qui travaillaient presque exclusivement en CHU (un adulte pour 1000). Cet enseignement portait sur des problèmes de santé importants mais non exhaustifs. [20-23]

Kerr White a refait le diagramme en 1973, et a obtenu des résultats similaires. Pour réaliser son étude, K. White a utilisé plusieurs sources de données (anglaises et américaines) et s'est efforcé de choisir un échantillon représentatif de la population d'adultes (>16ans) à interviewer.

Dans notre étude, nous nous sommes concentrés sur la population des MG et non sur les patients. Il nous semblait plus réalisable de trouver un échantillon représentatif des MG du Limousin qu'un échantillon représentatif de la population du fait tout simplement de l'accès à certaines données démographiques. Notre enquête étudie aussi le parcours de soins d'un patient mais est centrée sur une étape majeure : la consultation du MG. Il serait intéressant de voir si la situation d'un patient vis-à-vis d'un symptôme diffère s'il est pris en charge par un MG ou s'il suit un autre parcours de soin. Quelles en seraient les conséquences économiques par exemple ?

En Haute-Vienne, dans nos résultats, les MG ont moins hospitalisé de patients par rapport aux deux autres départements. Cette différence peut-elle s'expliquer par un accès direct plus facile des patients à un centre hospitalier (présence de quatre centres hospitaliers publics ou privés) ou par une meilleure prise en charge en amont en raison d'une meilleure couverture médicale ? En effet, il y a 111,4 MG pour 100 000 habitants en Haute Vienne, 76,3 MG pour 100 000 habitants en Creuse et 80,7 MG pour 100 000 habitants en Corrèze. Ces MG sont principalement concentrés dans les villes. [19] Pour répondre à cette question de la moindre hospitalisation par les MG en Haute Vienne, il faudrait mener un travail sur les modalités d'entrée des patients hospitalisés en Haute-Vienne.

66% des hospitalisations sont réalisées par des MG ruraux dont 43% en hôpital rural. En proportion, les MG ruraux et urbains ont hospitalisé leurs patients de façon presque égale en cliniques et en CHU qu'ils soient ruraux ou urbains.

Les patients vivants en ville près des services d'urgence vont-ils plus directement dans ces services sans passer par leur MG ? Les registres des urgences hospitalières pourraient nous donner une réponse sur le nombre d'entrée dite « directe » : serait-ce une explication à la « surcharge des services d'urgences » ? Le MG a pourtant un rôle de premier recours dans le parcours de soins d'un patient issu de la population générale. Les patients en milieu rural consultent-ils pour des maux plus graves ? Seraient-ils donc plus souvent hospitalisés ou bien sont-ils plus âgés donc plus fragiles ? La Haute Vienne est le département qui a le moins de personnes âgées de plus de 60

ans : 25-30% de la population totale en 1999, 30-35% en projection en 2030 contre plus de 30 % en 1999 pour les deux autres départements limousins, plus de 40% en projection en 2030. [26]

D'après nos résultats, un MG âgé de plus de 50 ans demande plus d'hospitalisations (11% des patients vus en consultation sont hospitalisés) tandis que les 40ans et les 40-50ans sont à l'origine de seulement 9% d'hospitalisations. Un biais de recrutement peut en être la cause car notre effectif de médecin est faible dans la classe d'âge des moins de 40 ans et des 40-50ans. Il faudrait également savoir si ces hospitalisations étaient justifiées et cela pourrait être l'objet d'un autre travail. Les MG plus âgés ont été à l'origine de plus hospitalisations mais ceux sont aussi les plus nombreux.

Les spécialités médicales les plus sollicitées à l'issue d'une consultation de MG sont en premier, la cardiologie, puis la rhumatologie et enfin la dermatologie ou la gastroentérologie selon les départements avec moins de 1% d'écart.

Concernant les trois spécialités chirurgicales les plus sollicitées, nous constatons des différences entre les départements. En Corrèze, la gynécologie et l'urologie sont des spécialités chirurgicales très pourvoyeuses de consultations, pour quelles raisons ? Les MG réalisent-ils peu de gynécologie ? Est-ce en raison d'un nombre important de gynécologues avec une forte approbation de la population ? Les MG corréziens ont une forte prédominance masculine. Cela influence-t-il leur pratique de la gynécologie ? Cette proportion de MG masculins est aussi importante en Creuse et pourtant dans ce département il y a peu de consultations gynécologiques demandées. Il y a moins de demandes de consultations gynécologiques en Haute Vienne mais il y a plus de femmes MG et l'accès direct est plus facile chez les gynécologues. La population plus jeune influence peut être cette orientation.

L'oto-rhino-laryngologie et l'orthopédie sont les deux premières spécialités chirurgicales demandées par les MG des trois départements du Limousin.

Par contre, le pourcentage de demandes de consultations en chirurgie et en médecine ne diffère pas à plus ou moins 2% selon les différentes tranches

d'âge des MG interrogés. Est-ce que la demande d'avis spécialisés est influencée par le statut « rural » ou « urbain » du MG ? La méthode et la puissance de cette étude ne permettent pas de répondre de façon statistiquement significative.

« 75% des patients consultent au préalable leur médecin traitant pour les recours en dermatologie, gynécologie et ophtalmologie. Ils sont 85% à respecter ce principe pour les recours en cardiologie, gastro-entérologie, ORL, psychiatrie et rhumatologie. » d'après une étude réalisée au quatrième trimestre 2007 qui a permis d'interroger près de 2000 spécialistes libéraux de neuf spécialités sur leur activité. Elle a couvert 25 000 consultations et 10 000 patients. [27] Même si certaines spécialités peuvent être accessibles directement par les patients, ils sont une majorité à demander un avis préalable à leur médecin traitant qui joue un rôle d'orientation dans le système de santé.

Notre étude est un travail préliminaire qui nécessiterait d'être poursuivi sur une plus grande échelle afin d'étudier les recours aux Urgences, aux hospitalisations via le MG travaillant en maison de santé, en pôle de santé, en groupe ou en exercice solitaire, les caractéristiques des patients hospitalisés (maladies chroniques, dépendance, motif social) et leur motif de consultation (classification internationale de soins primaires (CISP)). Ces futurs travaux pourraient s'appuyer sur plusieurs sources : l'Agence Régionale de Santé, les registres des urgences et des hôpitaux, les sources de l'IRDES et sur l'interrogatoire des MG.

CONCLUSION

Ce travail exploite les réponses d'une enquête concernant 151 médecins généralistes (soit un cinquième des médecins généralistes du Limousin) après 11 894 consultations de médecine générale en cabinet libéral ou à domicile. L'échantillon est plutôt représentatif de la population des MG de cette région. Ce travail montre qu'à l'issue de ces consultations hors permanence des soins :

- 11 patients sur 1000 sont hospitalisés dans un établissement public ou privé dont 3 au CHRU de Limoges. Il y a peu de variations entre les 3 départements de la région Limousin. En extrapolant ce résultat aux 796 médecins généralistes libéraux du Limousin exerçant la médecine générale de façon exclusive soignant en moyenne 18 patients par jour [29-31], on obtient environ 14 000 actes par jour soit 154 hospitalisations dans les différents établissements hospitaliers dont 42 au CHRU de Limoges.
- 64 patients sur 1000 soit un peu plus de 6 % sont adressés à un médecin exerçant une autre spécialité médicale pour avis. Ces spécialités sont par ordre de fréquence la cardiologie, puis la rhumatologie et enfin la dermatologie ou la gastroentérologie selon les départements avec moins de 1% d'écart.
- 28 patients sur 1000 soit un peu moins de 3% sont adressés à un médecin exerçant une spécialité chirurgicale pour avis. Ces spécialités sont par ordre de fréquence l'oto-rhino-laryngologie, l'orthopédie puis l'urologie avec quelques disparités dans les 3 départements de notre région sans doute en raison de l'offre de soins.

Donc à l'issue d'une consultation de médecine générale, 103 patients sur 1000 sont adressés à un autre médecin pour avis ou hospitalisés. Les autres patients, 897 sur 1000 soit 90 %, repartent de la consultation avec si besoin

des ordonnances ou des demandes d'examens complémentaires sans autre orientation.

Les médecins généralistes de notre échantillon prennent en charge de façon exclusive près de 90% des patients consultants. Ces patients tout venants sont issus de la population générale. Les médecins généralistes du Limousin jouent donc bien leur rôle de pilier dans la santé communautaire et d'orientation dans le système de premier recours. Cette fonction a été d'ailleurs récemment renforcée par la loi HPST.

Suite à ces résultats, comment expliquer « l'engorgement » réputé des services d'urgences pour des motifs ne relevant pas de leurs compétences premières? Le passage obligé par un médecin généraliste ne pourrait-il pas éviter ce problème ? Ou bien manque-t-on de médecins généralistes en France ?

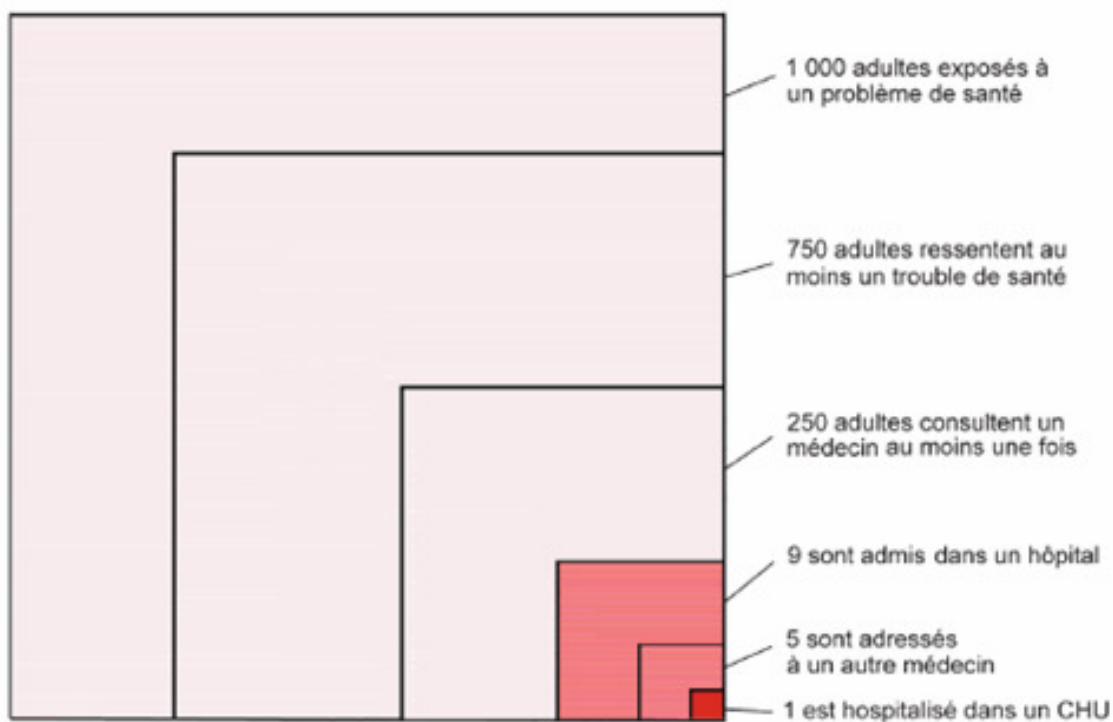
90 % des consultations de médecine générale ne donnant pas lieu à des demandes d'avis spécialisés hors examens complémentaires, la place des stages ambulatoires en médecine générale et le rôle des maîtres de stage universitaires sont primordiaux dans la formation des futurs médecins généralistes. En effet la population prise en charge par les médecins généralistes est la population générale.

Il convient de poursuivre la recherche dans cette spécialité pour qu'une évidence empirique devienne une évidence basée sur des preuves. Cela est difficile, la population générale étant par définition très hétérogène et les MG moins disponibles car surchargés de tâches.

« La médecine générale est une discipline scientifique et universitaire, avec son propre contenu d'enseignement, sa recherche, ses niveaux de preuve et sa pratique. C'est aussi une spécialité clinique orientée vers les soins primaires. »

ANNEXES

Annexe 1 : Le Carré de White [22]



Annexe 2 : questionnaire n°1

Cher(e) Confrère,

Je suis Interne en dernière année de Médecine Générale.

Mon travail de thèse a pour objectif de recenser le nombre moyen de patients que chaque médecin généraliste de la région Limousin oriente vers un confrère d'une autre spécialité pour un avis ou un suivi, ou bien pour une hospitalisation dans un service public ou privé. Ce travail permettra de réactualiser le carré de White^(*) établi il y a plusieurs dizaines d'années. J'ai donc besoin de vos données pour mener à bien cette étude.

Merci de répondre rapidement au questionnaire situé au verso, à l'aide de l'enveloppe pré timbrée ci-jointe, en notant dans la case correspondante l'âge et le sexe du patient que vous adressez en consultation spécialisée ou en hospitalisation sur une semaine complète de travail hors garde.

Ces données resteront bien sûr anonymes.

Merci d'avance pour votre coopération.

Claire GARCIA tel portable : 06 86 79 14 11 ou mail : pocahontasgarcia@hotmail.com

Exemples:

**Lundi, patient de 46 ans (H46), consultation cardiologie,
patiente de 32 ans (F32), consultation cardiologie** →

Mardi, patiente de 2 ans (F2), hospitalisation CHU →

Notez lesune	Lundi	Mardi.
Cardiologie	H46/F32/...	
Hospitalisation CHU		F2/...

(*): Le carré de White est une représentation graphique de l'écologie des soins de santé. Il a été établi en 1961 par le Docteur Kerr White à partir de données statistiques américaines et anglaises sur une population de 1000 adultes sur un mois.

Sexe	F	M	Age	Activité principale :	(MG, homéopathie,...)
Semaine choisie :	du	au	Nombre d'actes réalisés cette semaine-là :		

Notez les patients pour lesquels vous demandez une		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Consultation médicale spécialisée	Cardiologie						
	Dermatologie						
	Endocrino-diabète						
	Gastro-entérologie						
	Gériatrie						
	Néphrologie						
	Neurologie						
	Oncologie						
	Pédiatrie						
	Pneumologie						
	Psychiatrie						
	Rhumatologie						
Autre (laquelle?)							
Consultation chirurgicale spécialisée	CTV						
	Gynéco-obstétrique						
	Ophthalmologie						
	ORL						
	Orthopédie						
	Urologie						
	Chirurgie Viscérale						
	Autre (laquelle?)						
Hospitalisation	CHU						
	Hôpital local						
	Clinique privée						

Annexe 3 : questionnaire n°2

Cher(e) Confrère,

Je suis Interne en dernière année de Médecine Générale.

Mon travail de thèse a pour objectif de recenser le nombre moyen de patients que chaque médecin généraliste de la région Limousin oriente vers un confrère d'une autre spécialité pour un avis ou un suivi, ou bien pour une hospitalisation dans un service public ou privé. Ce travail permettra de réactualiser le carré de White(*) établi il y a plusieurs dizaines d'années. J'ai donc besoin de vos données pour mener à bien cette étude.

Merci de répondre rapidement au questionnaire situé au verso, à l'aide de l'enveloppe pré timbrée ci-jointe, en notant dans la case correspondante le nombre de patients que vous adressez en consultation spécialisée ou en hospitalisation sur 3 jours de travail hors garde.

Ces données resteront bien sûr anonymes.

Merci d'avance pour votre coopération.

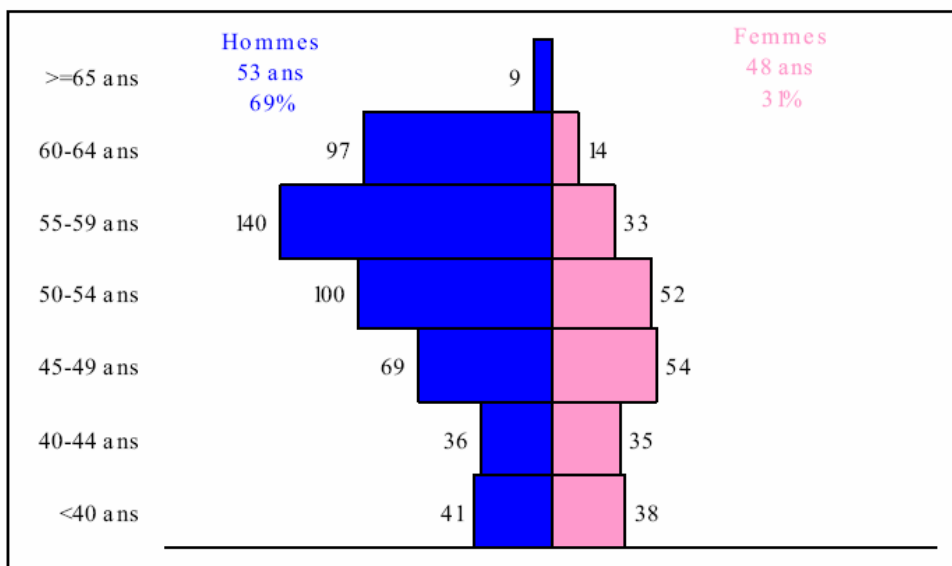
Claire GARCIA tel portable : 06 86 79 14 11 ou mail : pocahontasgarcia@hotmail.com

(*): Le carré de White est une représentation graphique de l'écologie des soins de santé. Il a été établi en 1961 par le Docteur Kerr White à partir de données statistiques américaines et anglaises sur une population de 1000 adultes sur un mois.

Sexe F M Age Semaine choisie : du au

Noter les patients pour lesquels vous demandez une		Jour 1	Jour 2	Jour 3
Consultation médicale spécialisée	Cardiologie			
	Dermatologie			
	Endocrino- diabéto			
	Gastro -entérologie			
	Gériatrie			
	Néphrologie			
	Neurologie			
	Oncologie			
	Pneumologie			
	Psychiatrie			
	Rhumatologie			
Autre (laquelle?)				
Consultation chirurgicale spécialisée	CTV			
	Gynéco -obstétrique			
	Ophtalmologie			
	ORL			
	Orthopédie			
	Urologie			
	Chirurgie Viscérale			
	Autre (laquelle?)			
Hospitalisation	CHU			
	Hôpital local			
	Clinique privée			
Nombre de patients vus dans la journée				

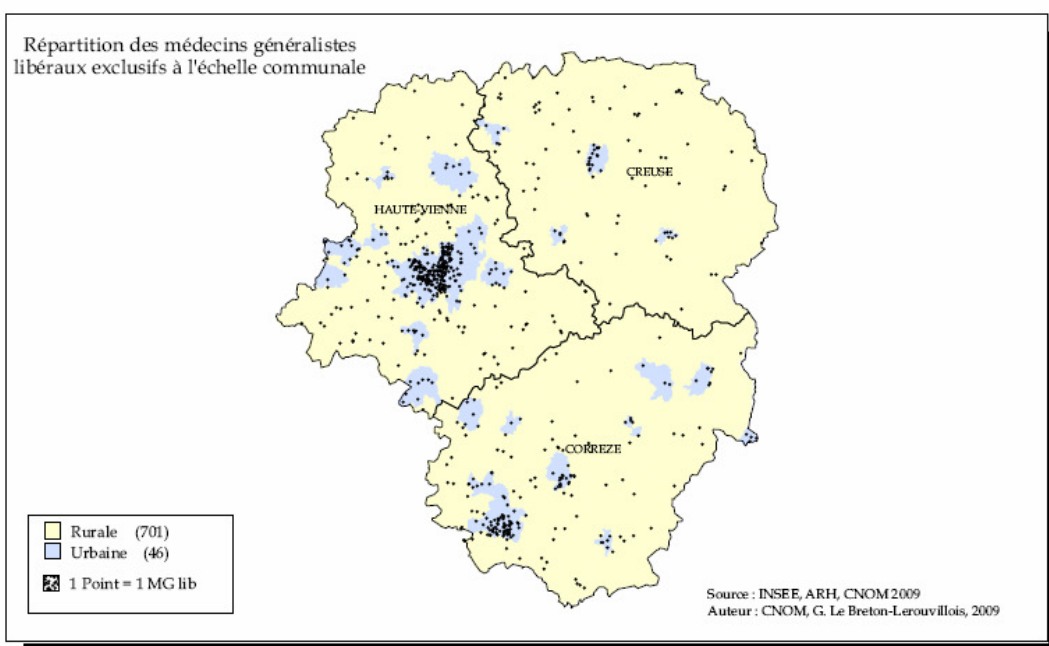
Annexe 4 : Pyramide des âges des médecins généralistes en 2009 [19]



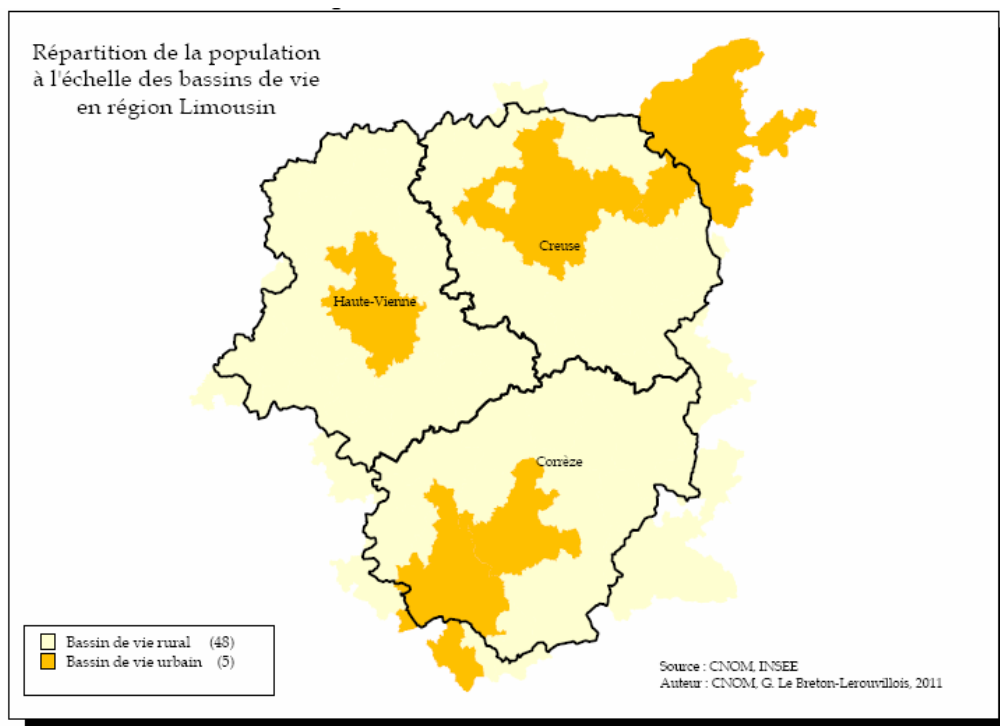
La médecine générale libérale exclusive est très largement représentée par les hommes (69%).

Annexe 5 : Densité, moyenne d'âge, part des 55ans et plus, part des femmes, ruraux/urbains [19]

	Densité 100 000 hbs	Moy_Age	>=55 ans	Part femmes
Corrèze	80,7	52	44%	26%
Creuse	76,3	53	47%	26%
Haute-Vienne	111,4	50	38%	35%
Limousin	95,3	51	41%	31%
Métropole	90,7	52	42%	29%



Annexe 6 : les bassins de vie en région Limousin [24]



Annexe 7 : liste des abréviations utilisées dans les tableaux ou les graphiques

Nbre MG : nombre de médecins généralistes de l'échantillon ayant participé à l'étude

Total : nombre total d'actes réalisés ou nombre de patients vus pendant la durée du recueil

Méd : médecine autre que la médecine générale

Card : cardiologie

Derm : dermatologie

End : endocrinologie

Gast : gastroentérologie

Géria : gériatrie

Néph : néphrologie

Neuro : neurologie

Onco : oncologie

Pneumo : pneumologie

Psy : psychiatrie

Rhum : rhumatologie

Autre méd : autre spécialité médicale (pédiatrie, médecine interne, hématologie,...) hors radiologie hors médecine générale

Chir : chirurgie

CTV : chirurgie cardio-thoracique

Gyn : gynécologie

Opht : ophtalmologie

ORL : oto-rhino-laryngologie

Ortho : orthopédie

Uro : urologie

Visc : chirurgie viscérale

Autre chir : chirurgie d'une autre spécialité que celles déjà énumérées

Hosp : hospitalisation

CHU : centre hospitalier universitaire (référence : CHRU de Limoges)

Local : hôpitaux locaux

Clin : cliniques privées

J : nombre de jours travaillés

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Cazaban M., Duffour J., Fabbro-Peray P., Jourdan R., Lévy A., Organisation sanitaire et sociale, Santé publique. Ed Masson, Paris 2001.
- [2] OMS. Eléments essentiels au bon fonctionnement d'un système de santé, mai 2010. [en ligne]. Document disponible sur : http://www.who.int/healthsystems/publications/hss_key/fr/index.html
- [3]PREPECN. Item 13 : Organisation des soins, filières et réseaux.[en ligne].In : PrepECN, France. Site disponible sur : <http://www.prepecn.com/1973/pratique-medicale/item13/> (page consultée à plusieurs reprises au mois de juillet 2011)
- [4] FNEHAD. HAD [en ligne]. Disponible sur : <http://www.fnehad.fr/>. (page consultée le 26/09/2011)
- [5] ANAES. Evaluation des réseaux de soins bilan de l'existant et cadre méthodologique. [en ligne]. In : HAS, France. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reseauxsoins.pdf>
- [6] VELTEN M. Organisation des systèmes de soins filières et réseaux. [en ligne]. In : université Louis Pasteur, Strasbourg. Disponible sur :http://www-ulpmed.u-strasbg.fr/medecine/cours_en_ligne/e_cours/medecine_sociale/ORG_SYST_SOINS_FILIERES_RESEAUX_010.pdf (page consultée le 26/09/2011)
- [7] SCHWOB R., LEBRUN E. Organisation des systèmes de soins Filières et Réseaux. [en ligne]. In : Institut la Conférence Hippocrate, France. Site disponible sur : <http://www.laconferencehippocrate.com> (pages consultées le 2/05/2011)
- [8] SCHETGEN M. L'évolution de la Médecine Générale. Rev Med Brux, 2006, p.61-63

- [9] DEWULDER B., HATRON P. Y., HACHULLA E. Médecine Générale. Paris : Masson, 2011, p. 5-11
- [10] WONCA Europe. (2002). La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. Barcelone : Bureau Européen de l’OMS, 2002, 52 p.
- [11] BEDIN V. La santé, un enjeu de société. Edition Sciences Humaines, avril 2010 (collection les ouvrages de synthèse), p. 260-263
- [12] MISSEGUE N., PEREIRA C., Les déterminants de l’évolution des dépenses de santé. Dossiers Solidarité et santé n°1, janvier-mars 2005, p. 61-83
- [13] HAS. La médecine générale a son Collège. [en ligne]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_975602/la-medecine-generale-a-son-college. (Page consultée le 14 juin 2011)
- [14] Legifrance. JORF n°0223 du 25 septembre 2011 page 16080 texte n° 16 . [en ligne]. Page consulté le 18/10/2011 sur l’adresse suivante : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=?cidTexte=JORFTEXT000024584580&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id>
- [15] ameli. Tiers payant. [en ligne]. Page consultée le 18/10/2011 sur l’adresse suivante : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/feuilles-de-soins/la-pratique-du-tiers-payant.php>
- [16] Conférence Internationale sur les Soins de Santé Primaires (6-12 septembre 1978, Alma Ata, URSS)
- [17] DONADLDSON MS., VANSELOW NA. The nature of primary care. J Fam Pract 1996 ; 42 (2) : 113-6
- [18] BOURGUEIL Y., MAREK A., MOUSQUES J. Trois modèles types d’organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Questions d’économie de la Santé, 2009, 141, p. 1-6
- [19] LE BRETON-LEROUVILLOIS G. Atlas de la démographie médicale en région Limousin situation au 1^{er} janvier 2009. In : conseil national de l’ordre des

médecins, France. [en ligne]. Disponible sur : www.conseil-national.medecin.fr (page consultée le 15/09/2011)

[20] WHITE K. L., WILLIAMS F., GREENBERG B. G. The Ecology of Medical Care. The New England Journal of Medicine, 1961, 265, p. 885-892

(le document a été ré-imprimé en 1996 dans le "Bulletin of the New York Academy of Medicine" en été 1996, p. 187-205, version en ligne disponible)

[21] GIET D. Ecologie des soins médicaux, carré de White, soins primaires et médecine générale. Rev. Med. Liège, 2006, 61, p. 277-284

[22] BUDOWSKI M., GAY B. Comment former les futurs généralistes? De la difficulté pour les généralistes de nombreux pays à enseigner dans les écoles ou les facultés de médecine. La Revue Exercer, 2005, 75, p. 142-144

[23] GIET D. Les grands défis à relever en médecine générale. La Revue de la Médecine Générale, 2008, 252, p. 154-156

[24] Ordre National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France au 1er janvier 2011. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/Atlas2011.pdf?download=1> (Page consultée le 19/10/2011)

[25] Collège National des Généralistes Enseignants. Congrès (2008 ; Angers). Démographie médicale en Limousin : Profil et devenir des jeunes médecins généralistes. [en ligne]. Page disponible : <http://www.med.univ-angers.fr/fr/la-faculte/mg/archives.html> (page consultée le 20/10/2011)

[26] INSEE. Le vieillissement en Limousin : état des lieux. [en ligne]. In : http://www.insee.fr/fr/insee_regions/limousin/themes/dossiers/dossier_04/dos04-2005-1.pdf (page consultée le 21/10/2011)

[27] GOUYON M. Spécialistes et patients face au parcours de soins coordonné : comportements et opinions. Dossiers Santé et Solidarité, 2009, n°11, p3

[28] AMELI. Les CARSAT (ex-CRAM) : chargées de missions régionales. [en ligne]. In : <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/le-reseau-de-l-assurance-maladie/les-carsat-ex-cram.php> (page consultée le 18/11/2011)

[29] DELEAU E., KANDEL O., MAUGARD J-F. Activité d'une interne de médecine générale en SASPAS. La revue du praticien-médecine générale, 2005,19, 684/685, 301-303

[30] Fivaz C., Le Laidier S. Une semaine d'activité des généralistes libéraux. CNAMTS, Point Stat, 2001, n°33

[31] Gallais JI et al. Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales. Doc Rech Med Gen, 1997, 45, p.21

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	14
ETAT DES LIEUX : PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LE SYSTEME DE SOINS FRANÇAIS	15
1. LE SYSTEME DE SOINS FRANÇAIS	15
1.1 Définition générale	15
1.2 Le système hospitalier.....	16
1.3 Le système ambulatoire	16
1.4 Les systèmes intermédiaires [3].....	18
1.5 le financement	19
1.6 Les autres systèmes de soins.....	21
2. LA PARTICULARITE DE LA MEDECINE GENERALE EN FRANCE	23
2.1 Définitions	23
2.2 Réformes de la médecine générale en France [11, 12]	26
3. ORGANISATION DES SOINS MEDICAUX DE PREMIER RECOURS EN FRANCE ET LA PLACE DU MEDECIN GENERALISTE.....	29
3.1 La place du médecin généraliste.....	29
3.1.1 Médecin Référent.....	29
3.1.2 Médecin traitant	29
3.1.3 Médecin de premier recours	31
3.2 Organisation des soins de premier recours.....	32
3.2.1 Quelques définitions.....	32
3.2.1.1 Soins primaires :	32
3.2.1.2 Soins de premier recours :	33
3.2.1.3 Soins secondaires :.....	34
3.2.1.4 Soins tertiaires :.....	34
3.2.1.5 Soins de second recours :.....	34
3.2.2 Trois modèles d'organisation des soins primaires.....	34
3.2.2.1 Le modèle normatif hiérarchisé	35
3.2.2.2 Le modèle professionnel hiérarchisé.....	35
3.2.2.3 Le modèle professionnel non hiérarchisé.....	35

3.3	En France : du modèle professionnel non hiérarchisé vers le modèle normatif hiérarchisé	36
MATERIELS ET METHODE		40
1.	OBJECTIFS	40
1.1	Objectif principal	40
1.2	Objectifs secondaires	41
2.	CREATION DE L'ÉCHANTILLON DE LA POPULATION ETUDIEE	41
3.	RECUEIL DES DONNEES	42
3.1	Premier recueil : du 17 mai au 11 juillet 2010	42
3.2	Deuxième recueil : du 7 mars au 11 mai 2011	43
4.	EXPLOITATION DES DONNEES ET ANALYSE STATISTIQUE	44
RESULTATS		45
1.	CARACTERISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON DES MEDECINS GENERALISTES DU LIMOUSIN	46
2.	ORIENTATION SECONDAIRE APRES CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE VERS UNE HOSPITALISATION	50
2.1	Au niveau régional	50
2.2	Par département	53
3.	ORIENTATION SECONDAIRE APRES CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE VERS UNE CONSULTATION MEDICALE SPECIALISEE	57
3.1	Au niveau régional	57
3.2	Par département	58
4.	ORIENTATION SECONDAIRE APRES CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE VERS UNE CONSULTATION CHIRURGICALE SPECIALISEE	61
4.1	Au niveau régional	61
4.2	Par département	62
DISCUSSION		65
1.	BIAIS ET DIFFICULTES	65
2.	REPRESENTATIVITE DE L'ÉCHANTILLON	68
3.	ANALYSE DES RESULTATS	71
CONCLUSION		76

ANNEXES	78
BIBLIOGRAPHIE.....	88
TABLE DES MATIERES	92
TABLE DES FIGURES	95
TABLE DES TABLEAUX	97

TABLE DES FIGURES

Figure 1: Le modèle français actuel	36
Figure 2: Organisation des soins de premier recours.....	37
Figure 3 : Organisation administrative des ARS.....	38
Figure 4. Répartition de l'échantillon des médecins généralistes selon le sexe ...	46
Figure 5 : Répartition de l'échantillon des médecins généralistes selon l'âge et le sexe	46
Figure 6 : Répartition de l'échantillon des médecins généralistes selon le zonage rural/urbain et le sexe.....	47
Figure 7 : Répartition de l'échantillon des médecins généralistes selon le sexe, l'âge et le secteur rural ou urbain.....	48
Figure 8 : Répartition de l'échantillon des médecins généralistes selon le sexe et par département	49
Figure 9 : Orientation secondaire de 1000 patients après une consultation de MG en Limousin	50
Figure 10 : Que se passe-t-il à l'issue de la consultation de MG en Limousin ? ..	51
Figure 11 : Les différents lieux d'hospitalisations des patients.....	52
Figure 12 : Taux de demandes de consultation en Médecine ou en Chirurgie et d'hospitalisation selon la classe d'âge des médecins.....	52
Figure 13 : Orientation secondaire de 1000 patients après une consultation de MG en Creuse.....	53
Figure 14 : Que se passe-t-il à l'issue d'une consultation de MG en Creuse ?	53
Figure 15 : Orientation secondaire de 1000 patients après une consultation de MG en Corrèze.....	54
Figure 16 : Que se passe-t-il à l'issue d'une consultation de MG en Corrèze ? ...	54
Figure 17 : Orientation secondaire de 1000 patients après une consultation de MG en Haute-Vienne	55
Figure 18 : Que se passe-t-il à l'issue d'une consultation de MG en Haute- Vienne ?.....	56

Figure 19 : Répartition des patients nécessitant un avis médical spécialisé à l'issue d'une consultation de MG en Limousin	57
Figure 20 : Répartition des patients nécessitant un avis médical spécialisé à l'issue d'une consultation de MG en Creuse.....	58
Figure 21 : Répartition des patients nécessitant un avis médical spécialisé à l'issue d'une consultation de MG en Corrèze.....	59
Figure 22 : Répartition des patients nécessitant un avis médical spécialisé à l'issue d'une consultation de MG en Haute-Vienne	60
Figure 23 : Répartition des patients nécessitant un avis chirurgical spécialisé à l'issue d'une consultation de MG en Limousin	61
Figure 24 : Répartition des patients nécessitant un avis chirurgical spécialisé à l'issue d'une consultation de MG en Creuse	62
Figure 25 : Répartition des patients nécessitant un avis chirurgical spécialisé à l'issue d'une consultation de MG en Corrèze	63
Figure 26 : Répartition des patients nécessitant un avis chirurgical spécialisé à l'issue d'une consultation de MG en Haute-Vienne.....	63

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les différences entre le secteur conventionné et non conventionné	17
Tableau 2 : Les deux systèmes fondateurs de notre système de soins	21
Tableau 3 : Périodes choisies par les participants pour le 1 ^{er} recueil	43
Tableau 4 : Périodes choisies par les participants pour le 2 ^{ème} recueil	44
Tableau 5 : Détails de la participation à l'étude	45
Tableau 6 : Orientation des patients à l'issue d'une consultation de MG en Limousin	50
Tableau 7 : Répartition des patients selon les différents lieux d'hospitalisation	51
Tableau 8 : Orientation secondaire des patients vus par les MG du Limousin vers les confrères des différentes spécialités médicales	57
Tableau 9 : Orientation secondaire des patients vus par les MG du Limousin vers les confrères des différentes spécialités chirurgicales	61

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Résumé :

Le médecin généraliste français joue un rôle important de coordination dans le parcours de soins et dans les soins de premiers recours. En 1961, Kerr White et son équipe ont été les premiers à publier une représentation graphique de l'écologie des soins aux Etats-Unis appelée « Carré de White ». Notre travail étudie l'orientation secondaire des patients vus en cabinet de médecine générale en Limousin. Il s'agit d'une étude descriptive observationnelle, prospective, multicentrique (Creuse, Corrèze, Haute-Vienne) et régionale (Limousin) menée au printemps 2010-2011. Le taux de participation des médecins généralistes à notre enquête est de 30% soit 151 MG ayant réalisés 11 894 consultations. A l'issue de 1000 consultations, 102 patients ont été hospitalisés ou orientés vers une consultation spécialisée pour avis, parmi lesquels 11 ont été hospitalisés dont 3 au CHRU de Limoges. 90% des patients ont été pris en charge par le médecin généraliste pendant que 9 % ont été adressés secondairement à un médecin d'une autre spécialité (6% en consultation médicale spécialisée principalement en cardiologie, rhumatologie, dermatologie et gastroentérologie et 3% en consultation chirurgicale spécialisée principalement en oto-rhino-laryngologie, orthopédie, urologie) et 1% ont été hospitalisés. Notre travail montre la nécessité de développer les stages ambulatoires en cabinet de médecine générale pour les internes de cette spécialité pour les préparer à leurs futures conditions d'exercice.

Mots clés : parcours de soins, système de soins, soins de premiers recours, soins primaires, loi HPST, médecin généraliste, Carré de White, enquête en Limousin.

Abstract :

French general practitioner (GP) play an important role of coordination in the care pathway and in primary care. In 1961, Kerr White and his team were the first who published a health care ecology model called "White Diagram". Our study deals with the secondary orientation of patients seen in general practice in Limousin. This is an observational, prospective, multicenter (Creuse, Correze, Haute-Vienne) and regional (Limousin) study conducted in spring 2010-2011. In our survey, the participation rate of general practitioner is 30%, it represents 151 GPs who performed 11,894 consultations. At the end of the consultations, 102 patients were hospitalized or referred to a specialist for an opinion, 11 of them were hospitalised including 3 in the University Hospital of Limoges. 90% of the patients were supported by the general practitioner while 10% were referred secondarily to a doctor from another speciality (6% in medical specialized consultation mainly in cardiology, rheumatology, dermatology and gastroenterology and 3% in surgical specialized consultation mainly in ear-nose-throat surgery, orthopaedic surgery, urology) and 1% were hospitalized. Our work shows the need to develop ambulatory training courses in general practice for the residents of this speciality to prepare them to their future working conditions.

Key Words : care pathway, health system, first contact care, primary care, general practitioner in France, organisation of primary care, HPST law, ecology of primary care, White Diagram, study in Limousin.