

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTE

ANNEE : 2020

N° : 308

**THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE**

Diplôme d'Etat Mention DES de Médecine Générale

PAR

Thibaut, Philippe, Marie GROUTHIER
né le 29 octobre 1989 à Nantes

**Les médecins sont-ils toujours leur propre médecin
traitant ?**

***Etude analytique observationnelle réalisée auprès des
médecins libéraux de la région Grand Est***

Président de thèse : Monsieur le Professeur Paul-Michel MERTES

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Pascal MEYVAERT

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Pascal BILBAULT

Monsieur le Professeur Fabrice BERNA

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTE

ANNEE : 2020

N° : 308

**THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE**

Diplôme d'Etat Mention DES de Médecine Générale

PAR

Thibaut, Philippe, Marie GROUTHIER
né le 29 octobre 1989 à Nantes

**Les médecins sont-ils toujours leur propre médecin
traitant ?**

***Etude analytique observationnelle réalisée auprès des
médecins libéraux de la région Grand Est***

Président de thèse : Monsieur le Professeur Paul-Michel MERTES

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Pascal MEYVAERT

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Pascal BILBAULT

Monsieur le Professeur Fabrice BERNA



FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)

Edition SEPTEMBRE 2020
Année universitaire 2020-2021

HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général :
M. GALY Michaël

Président de l'Université : M. DENEKEN Michel
Doyen de la Faculté : M. SIBILIA Jean
Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11) : M. GOICHOT Bernard
Doyens honoraires : (1976-1983) M. DORNER Marc
(1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
(1989-1994) M. VINCENDON Guy
(1994-2001) M. GERLINGER Pierre
(2001-2011) M. LUDES Bertrand
Chargé de mission auprès du Doyen : M. VICENTE Gilbert
Responsable Administratif : M. BITSCH Samuel



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
DOLLFUS Héliène Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO218

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRPô CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques / Faculté	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / PO170	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	RPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	RPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRPô NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent M0099 / PO215	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François P0017	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Hautepierre PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent P0027	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier PO193	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	RPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Héliène P0054	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François PO216	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRPô NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard P0064	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	NRPô CS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RPô CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence P0084	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc P0	RPô CS		
LIPSKER Dan P0093	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHELIN Carole P0101	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAUVIEUX Laurent P0102	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	RPô CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295 / Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RPô NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; <u>Médecine d'urgence</u> Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRPô NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 <u>Cancérologie</u> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRPô NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 <u>Cancérologie</u> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 <u>Anesthésiologie-réanimation</u> ; <u>Médecine d'urgence</u> (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAÛL Jean-Sébastien P0125	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérald P0129	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SANANES Nicolas P0212	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Arnaud P0183	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SCHNEIDER Francis P0144	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 <u>Pédopsychiatrie</u> ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0207	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) CspI : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle

RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépatodigestif Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		• Pôle de Biologie Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC	
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	

MO135 B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Ins tut / Localisa on	Sous-sec on du Conseil Na onal des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 <u>Pharmacologie fondamentale</u> ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cynille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BUND Caroline MO129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Héléne M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DELHORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FILISSETTI Denis M0025	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre MO132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 <u>Bactériologie-Virologie</u> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
GRILLON Antoine MO133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : <u>Bactériologie-virologie</u> (biologique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <u>Bactériologie-virologie</u> (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Ins tut / Localisa on	Sous-sec on du Conseil Na onal des Universités
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata MO134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREACH Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise MO135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Haute-pierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Ins tut / Localisa on	Sous-sec on du Conseil Na onal des Universités
Mme SOLIS Morgane M0123	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute pierre		45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute pierre		50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC		44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute pierre		54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071	• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim		54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent M0074	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute pierre		47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil		45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac		45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010	• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil		48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute pierre		54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC		44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
---------------------	-------	---	---

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Pr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre GROS-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dre SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr DE MARCHI Martin	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GERARD Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dre LALLEMAN Lucie	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMCO
Dr TCHOMAKOV Dimitar	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre WEISS Anne	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o de droit et à vie (membre de l'Institut)
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)
Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)
DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)
DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pre RONGIERES Catherine	(2019-2020)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94 BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01
 BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12
 BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95
 BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10
 BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16
 BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18
 BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04
 BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17
 BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95
 BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20
 BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03
 BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19
 BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99
 BRETTE Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10
 BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02
 BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86
 BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18
 CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15
 CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15 CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95
 CHAUVIN Michel (Cardiologue) / 01.09.18
 CHELLY Jameledine (Diagnostic génétique) / 01.09.20
 CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12
 CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16
 COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00
 CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98
 CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11
 DIETMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17
 DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17
 DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19
 DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13
 EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10
 FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02
 FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16
 FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09
 GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13
 GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04
 GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97
 GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03
 GRUCKER Daniel (Biophysique) / 01.09.18
 GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14
 HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18
 HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06
 HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04
 IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09
 IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98
 JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17
 JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11
 JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11 JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04 KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18
 KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06
 KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95
 KREMER Michel / 01.05.98
 KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18
 KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07
 KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08
 KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
 KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
 LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
 LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
 LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
 LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
 LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
 LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
 MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
 MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
 MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
 MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
 MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
 MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
 MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
 MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
 MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
 MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
 MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
 MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
 MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
 MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
 MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
 OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
 PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
 PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
 Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
 PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
 POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
 REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
 RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
 RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
 SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
 SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
 SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
 SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
 SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
 SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
 SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
 SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
 SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
 STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
 STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
 STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
 STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
 TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
 TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
 TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
 VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
 VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
 VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
 WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
 WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
 WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
 WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
 WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
 WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : Nouvel Hôpital Civil : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08

- HC : Hôpital Civil : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : Hôpital de Hautepierre : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- Hôpital de La Robertsau : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- Hôpital de l'Elsau : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
 QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES A
 LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre Suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise 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.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre Suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

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.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

Aux membres du jury

Nous souhaitons tout d'abord remercier Monsieur le Professeur Paul-Michel Mertes, qui nous fait l'honneur de présider notre jury de thèse. L'intérêt sincère qu'il porte à la bonne santé de ses confrères et ses investissements dans l'amélioration de la santé des médecins ont été un moteur dans la rédaction de notre thèse. Nous espérons avoir été à la hauteur de vos attentes avec notre travail. Soyez assuré de notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Fabrice Berna, qui nous fait l'honneur de juger notre travail. Merci d'apporter votre vision de médecin psychiatre. L'intérêt immédiat que vous avez manifesté à l'évocation de notre sujet de thèse nous a touchés et tout à la fois confortés dans notre choix. Nous espérons que ce travail sera à la hauteur de votre attente.

A Monsieur le Professeur Pascal Bilbault, qui nous fait l'honneur de juger ce travail. Nous vous avons tous les deux côtoyé lors de notre internat. Notre passage au service des Urgences du CHU de Strasbourg nous a permis d'acquérir de solides connaissances médicales et humaines. C'est un honneur et un plaisir que vous ayez accepté d'être membre de notre jury.

A notre directeur, monsieur le docteur Pascal Meyvaert, pour nous avoir suivi dans cette aventure. Votre regard de médecin généraliste libéral a été pour nous indispensable à la bonne rédaction de notre travail. Dank je wel !

Pour leur aide précieuse dans ce travail, nous souhaitons remercier nos amis Ala Eddine et Ian pour leur aide respective avec ces satanés ordinateurs que nous détestons tous les deux.

Nous remercions également M. Jean-Philippe Grouthier pour son expertise statistique nous ayant permis d'obtenir des résultats solides et fiables.

Merci à nos différents relecteurs, médecins ou non, qui nous ont fait remarquer nos innombrables erreurs aussi bien dans le fond que dans la forme. En cas d'erreurs restantes chers lecteurs, n'hésitez pas à vous adresser directement à elles : Dr Deswarte sénior, Dr Marie Henner, Dr Virginie Grouthier et Mme Catherine Grouthier !

Mathilde

Une pensée particulière pour tous les médecins que j'ai côtoyé sur mon chemin, pendant ma formation ou qui m'ont fait confiance pour les remplacer.

A Thibaut, qui m'a suivie sur ce projet. Travailler ensemble a été un vrai plaisir, je ne vais pas dire à quand la prochaine, mais presque !

A mes compatriotes des urgences, Thomas, Nadia, Gautier, Pauline, Caroline, Rebecca, Marie, Martin. Allez, encore 2 à passer et on pourra enfin arrêter de parler thèse lors de nos soirées vin et faux-cisson ! Quoique, il y a tellement de pots de thèse à rattraper !!!

A Christelle, nos défis sportifs ont été les garants de ma santé mentale et physique. On se refait un petit aller-retour au Mont Sainte O ?

A ma belle-famille belge, qui malgré la distance et l'épidémie a manifesté un soutien continu. Bedankt en tot binnenkort !

A Pierre-Antoine, Victor-Emmanuel et Théodore, mes petits picards.

A Ségolène et Pierre, mes immigrés alsaciens préférés ! Vous avoir à nos côtés est une chance fabuleuse. N'hésitez pas à vous rapprocher encore un peu.

A Grégoire et Camille, mes thésards modèles, sportifs hors pairs. Vous forcez mon admiration.

A mes grands-parents, absents mais encore tellement présents.

A mes parents, pour ne pas m'avoir mise à la porte quand je vous ai annoncé que je ferai une fac de philo. Pour avoir cru en moi quand, tout compte fait, j'ai décidé de devenir avocate et pour finalement être présents aujourd'hui pour ma thèse de médecine. Il fallait vous accrocher pour me suivre et vous l'avez fait. Tester l'inconditionnalité de votre amour fut divertissant et vous avez passé les tests avec brio !

A Noor et Emil, mes kindjes, source inépuisable (et énergivore) de motivation. Vous voir grandir vaut toutes les thèses en retard du monde ! Si c'était à refaire, je referais tout pareil !

A Jens, présence indéfectible, indispensable et inestimable à mes côtés.

Thibaut

Je souhaite tout d'abord remercier les différentes équipes médicales et paramédicales qui m'auront vu défilier comme interne. La formation que j'ai reçue m'a permis de devenir le médecin que je souhaitais être depuis tout jeune.

J'ai une pensée pour les médecins qui m'ont transmis leur savoir lors de mes différents stages d'externat et d'internat. J'essaie aujourd'hui de m'inspirer de chacun d'entre eux en pratiquant la médecine.

Je veux également remercier mes co-internes.

A Lauriane, nos premiers pas dans l'internat ne seront jamais oubliés ! Vive le co-voiturage !

A Seb et Sophie, les plus fous, avec qui j'ai plus de souvenirs de fous rires que de boulot (le secret sur nos horaires restera bien gardé, pas question de l'écrire dans une de nos thèses on est d'accord ?).

A l'équipe la plus déjantée de l'histoire des Urgences dont je tairais les noms, ils sont tous médecins maintenant !

A Emilie et Jérphine, les deux exploratrices !

A Mathilde et Nadia pour ce stage à Rhéna, je ne pouvais espérer meilleure conclusion à mon internat. Désolé d'avoir passé plus de temps en salle de pause avec les gâteaux qu'au travail avec vous ! PS : Je ne regrette absolument pas, vive les goûters de 14h à 17h !

Mathilde, tu as réussi à rendre ce travail de thèse agréable et passionnant ! Ta patience face à ma paresse et mes bourdes informatiques force l'admiration ! Merci !

Mes amis ont eu une place indispensable dans mon parcours et je les en remercie. Avant que certains ne se vexent, je précise que l'ordre d'apparition ci-dessous n'est pas un ordre de préférence. Pour obtenir l'ordre de préférence de mes amis, merci de se référer au document suivant : www.ordredemesamis.fr/thibaut, avec description et évaluations précises suivant différents critères (humour, portefeuille, intelligence et j'en passe) : PS : Si l'un de vous a osé tester ce lien, honte sur lui !!

Merci à Clémentine, qui me connaît depuis si longtemps. Elle seule est témoin de l'escroquerie scolaire qui m'a permis d'arriver jusque-là. Nous connaissons tous les deux quelques enseignants qui n'en croiraient pas leurs yeux ! A la vue de mes bulletins, je ne leur en veux pas. ☺

Merci à mes amis les NULLARDS, Jean Noyau, Le Pseudo Leader, le Rentier et le Cuisiniste arnaqueur/amateur. Go se retrouver à Misty ou Dirty d'ici quelques minutes, que je vous montre qui est clairement le meilleur joueur.

Merci à #JP, à Guillaume, désormais le meilleur diabétologue français malgré un régime alimentaire autrefois douteux... Son soutien et le courage énorme qu'il a démontré lorsqu'il a essayé de me faire travailler avant l'internat ont forcé mon admiration. Je le prenais déjà pour mon ami le plus courageux, il l'a démontré une fois encore. Je vous souhaite à Elsa et toi énormément de bonheur, malgré les raclées au tarot que je continuerais à vous infliger. Merci à Emma, « Docteure » mais pas vraiment Docteure quoi... Une amie exceptionnelle comme peu de gens auront la chance d'en avoir. Ton intelligence que tu sous-estimes (c'est ça de côtoyer des génies H24...) ta bonne humeur et ton amitié sont des trésors à préserver. Merci à Rudy, officiellement l'homme le plus drôle au monde. Combiné à son habit de « Génie de l'eau », c'est l'Homme Parfait. PS : J'ai lu ton mémoire sur les Regards dont, je

peux te l'avouer maintenant, je me fichais totalement. Tu vas donc me faire le plaisir de lire les 100 pages suivantes. Terminé Bonsoir.

Merci à Camille et à Sylvain ! Pour ceux qui ne le savent pas encore (elle-même ?), Camille est la future présidente des Nations Unies ou de l'Union européenne, j'hésite... Ton soutien et ta présence sont essentiels à mes yeux, et je t'en remercie.

Merci à Florian, le plus mélomane de mes amis ;) ! J'aime penser que tu comprendras cette thèse autant que je comprends réellement ton métier... tu fais quoi déjà exactement dans la vie ? Mais à partir du moment où l'on reste sur la même longueur d'onde niveau Pommard, Haut Bailly ou Vosnes Romanée, on devrait s'en sortir !
Merci à toi !

Merci à Sylvain et Marine, les soirées jeux et les brunchs sont à chaque fois un souvenir de plus dans ma caboche ! Il reste de la place donc, on continue ! PS : FCN > ASSE !!

Merci à Anthilde, également prénommé Mathilde et Antoine ! On continue les Monts d'Or le plus vite possible ! Merci à Guithou, le Runner des Montagnes ! Merci à Florent, qui opère/charcute tous les jours grâce à Black et Decker ! Et un grand merci à tous les autres !

Je souhaite également remercier ma famille, à commencer par mes parents. Ils ont su chacun, me transmettre les seules valeurs qui comptent réellement. Je les en remercie tous les jours.

A mon grand frère Pierre-Etienne, ma belle-sœur Tatiana et les « petits » plus si petits que ça Stéphane, Jocelyn, Fabien et Uriel. Vous me donnez l'exemple de ce que doit être une famille réussie et vous pouvez en être fiers.

A ma sœur Virginie, mon beau-frère unique et préféré Geoffroy et Gustave ! Je souhaite à tout le monde d'avoir une sœur comme la mienne, sa confiance en moi et son exemple auront fait de moi le médecin que je suis.

A mon frère Clément, ma belle-sœur Anne et Antoine ! Merci à tous les deux pour votre soutien de Paris, aussi bien moral que mobilier (#canapé-lit) ! A très vite à Paris !

A mes 4 grands-parents, Papi, Mamie, Daddy et Nanou que j'ai eu la chance de connaître, je vous dédie à tous les quatre cette thèse. Merci enfin aux autres membres de ma famille, si nombreux, avec qui je m'entends si bien. A très vite !

Merci à ma belle-famille, de m'avoir accepté si facilement avec votre coq au vin jaune et aux morilles (les seuls champignons que je daigne manger, quel snob !)

Et merci à Marie, ton amour au quotidien depuis des années est une chance immense. Je suis maintenant le docteur le plus heureux du monde de t'avoir tous les jours à mes côtés ! « Groooooosse pensée pour les Coladons !! »

Et enfin, pour tous ceux qui ont le sentiment qu'il manque quelques remerciements... Vous avez du flair ! UN GRAND MERCI A ZIDANE ET A NAPOLEON ! Bonne lecture !

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE	14
REMERCIEMENTS	15
LISTE DES ABREVIATIONS	26
LISTE DES FIGURES	28
LISTE DES TABLEAUX	30
INTRODUCTION	31
I. PREAMBULE	32
1. Rappels historiques	32
1. La médecine libérale en France au fil des siècles	32
2. Définition de la médecine libérale	34
3. Le dispositif « médecin traitant » en France	34
2. Définition de la médecine générale	37
3. Quels bénéfices tirer d'un suivi médical auprès d'un médecin traitant généraliste ?	38
II. REVUE DE LA LITTERATURE	39
1. En France	39
2. A l'étranger	41
III. HYPOTHESES ET OBJECTIFS	42
1. Hypothèses	42
2. Objectifs	43
1. Objectif principal	43

2. Objectifs secondaires	43
3. Objectifs opérationnels	43
MATERIEL ET METHODES	44
I. TYPE D'ENQUETE	44
II. POPULATION ETUDIEE.....	44
III. CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION	44
IV. TAILLE DE L'ECHANTILLON	44
V. ELABORATION DU QUESTIONNAIRE	45
VI. RECUEIL DES DONNEES.....	47
VII. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES	48
1. Analyses univariées	48
2. Analyse multivariée par régression logistique.....	48
RESULTATS.....	50
I. RECRUTEMENT DE LA POPULATION.....	50
II. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION.....	51
III. ANALYSE SOCIO DEMOGRAPHIQUE DES DEUX COHORTES.....	52
1. Selon le sexe	52
2. Selon les différentes tranches d'âge	53
3. Selon le département d'exercice	54
4. Selon les différents modes d'exercice	55
5. Selon le milieu d'exercice	56
6. Selon l'état de santé du répondant.....	57
7. Selon une déclaration ou non d'une Affection Longue Durée	58
IV. LE MEDECIN TRAITANT : QUI EST-IL ?.....	59
1. Analyse univariée.....	59

2.	Analyse multivariée	61
1.	Cohorte totale	61
2.	Cohorte de médecins généralistes	62
3.	Cohorte de médecins spécialistes	63
V.	LE MEDECIN TRAITANT : QUALITE DU SUIVI MEDICAL	64
1.	Le dernier contact avec le médecin traitant	64
2.	Les arrêts de travail.....	66
3.	Les consultations spécialisées en accès direct	70
VI.	LE MEDECIN TRAITANT : FREINS ET MOTIVATIONS, QUE DOIT-ON CHANGER ?.....	73
	DISCUSSION.....	76
I.	ANALYSE DE LA COHORTE DES MEDECINS GENERALISTES	76
1.	Analyse de la participation	76
2.	Analyse descriptive	77
1.	Sociodémographique.....	77
2.	Etat de santé	78
3.	Comportement de recours aux soins	79
3.	Variable d'intérêt essentielle	82
4.	Variables explicatives potentielles	83
5.	Variables opérationnelles potentielles	86
II.	ANALYSE DE LA COHORTE DES MEDECINS SPECIALISTES	88
1.	Analyse de la participation	88
2.	Analyse descriptive	89
1.	Sociodémographique.....	89
2.	Etat de santé	89
3.	Comportement de recours aux soins	90

3.	Variable d'intérêt essentielle	94
4.	Variables explicatives potentielles	95
5.	Variables opérationnelles potentielles	98
III.	CARACTERISTIQUES DE NOTRE ETUDE	100
1.	Forces et avantages.....	100
2.	Faiblesses et biais.....	101
1.	Biais méthodologiques.....	101
2.	Biais de réponse.....	102
	CONCLUSION	104
	ANNEXES.....	108
	AUTO-QUESTIONNAIRE.....	108
	BIBLIOGRAPHIE.....	116

Liste des abréviations

- ADEMAS : Association pour le Dépistage des Maladies du Sein
- ALD : Affection Longue Durée
- CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
- CFAR : Collège Français d'Anesthésie Réanimation
- CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
- COVID 19 : Coronavirus Disease 19
- DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- FPMT : Forfait Patientèle Médecin Traitant
- IFOP : Institut Français d'Opinion Publique
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- ISNAR-IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecins Généralistes
- ISNI : InterSyndicale Nationale des Internes
- MG : Médecin Généraliste
- MS : Médecin Spécialiste
- MT : Médecin Traitant
- ROSEP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
- Sars-Cov-2 : Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
- SS : Sécurité Sociale
- SUDOC : Système Universitaire de Documentation
- URPS ML : Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux

- USA : United States of America
- WONCA : World Organization of National Colleges, Academies Associations of General Practitioners/Family Physicians

Liste des figures

Figure 1: Circuit de diffusion du questionnaire, avec nombre de répondants ciblés ..	50
Figure 2: Nombre de questionnaires analysés.....	50
Figure 3: Répartition des deux cohortes selon le sexe	52
Figure 4: Répartition des deux cohortes selon la tranche d'âge	53
Figure 5: Répartition des deux cohortes selon le département d'exercice	54
Figure 6 : Répartition des deux cohortes selon le mode d'exercice	55
Figure 7 : Répartition des deux cohortes selon le milieu d'exercice.....	56
Figure 8 : Répartition des deux cohortes selon l'état de santé.....	57
Figure 9 : Répartition des deux cohortes selon la déclaration d'une affection de longue durée ALD.....	58
Figure 10 : Répartition des deux cohortes selon la déclaration d'un médecin traitant	59
Figure 11 : Répartition des deux cohortes selon l'identité du médecin traitant.....	59
Figure 12 : Répartition des deux cohortes selon le suivi médical auprès d'un médecin traitant généraliste indépendant	60
Figure 13 : Répartition des deux cohortes selon la date de la dernière consultation auprès du médecin traitant.....	64
Figure 14 : Répartition des deux cohortes selon le motif de la dernière consultation	65
Figure 15 : Répartition des deux cohortes selon l'identité du prescripteur de la dernière ordonnance	66
Figure 16 : Répartition des deux cohortes selon l'arrêt de l'activité professionnelle au cours des deux dernières années.....	66

Figure 17 : Répartition des deux cohortes s'étant arrêtées au cours des deux dernières années selon le motif d'arrêt de travail	67
Figure 18 : Répartition des deux cohortes selon la durée de cet arrêt de travail	68
Figure 19 : Répartition des deux cohortes selon le renoncement à un arrêt de travail médicalement justifié	68
Figure 20 : Répartition des deux cohortes selon le motif du renoncement à l'arrêt de travail	69
Figure 21 : Répartition des deux cohortes selon une consultation en accès direct à un médecin spécialiste au cours de l'année 2019	70
Figure 22 : Répartition des deux cohortes selon le motif de cette consultation spécialisée en accès direct.....	71
Figure 23 : Répartition des deux cohortes selon l'impact de cette consultation spécialisée sur un suivi médical ultérieur auprès d'un médecin traitant	72
Figure 24 : Répartition des deux cohortes selon les freins à la consultation auprès d'un médecin traitant.....	73
Figure 25 : Répartition des deux cohortes selon les motivations au choix d'un médecin traitant généraliste.....	74
Figure 26 : Répartition des deux cohortes selon le(s) souhait(s) de mise en place de mesures visant à améliorer la prise en charge médicale des médecins	75
Figure 27 : Représentation graphique de la variable d'intérêt essentielle pour les médecins généralistes.....	85
Figure 28 : Représentation graphique de la variable d'intérêt essentielle pour les médecins spécialistes	97

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques de la population totale -----	51
Tableau 2 : Analyse multivariée de la cohorte totale-----	61
Tableau 3 : Analyse multivariée de la cohorte des médecins généralistes -----	62
Tableau 4 : Analyse multivariée de la cohorte des médecins spécialistes -----	63

Introduction

Les cordonniers sont-ils les plus mal chaussés ?

Une des spécificités de notre profession de médecin est l'acquisition de connaissances reproductibles sur notre propre santé, une facilité d'accès aussi bien à des moyens techniques (examens biologiques ou imageries médicales) qu'à des moyens humains via nos confrères de toutes spécialités.

Lequel d'entre nous n'a pas déjà, en contournant le parcours de soins, bénéficié d'une consultation spécialisée « entre deux portes » ou d'un examen d'imagerie à posteriori non justifié ? Dès lors, on comprend aisément que la tentation de se soigner soi-même soit grande. Cependant, plusieurs études réalisées ces dernières années, affirment la précarité de l'état de santé des médecins en France. Elles nous laissent à penser que le parcours de soins, que nous adoptons pour nous même, avec le médecin traitant en son centre, présente le risque d'être inadapté. (1)

L'adage voulant que « Les cordonniers soient les plus mal chaussés » a été de ce fait, d'emblée au cœur de nos interrogations.

L'évocation du sujet de notre thèse, a eu immédiatement un fort écho auprès de notre entourage médical. Chacun a eu à cœur de partager avec nous au moins une anecdote personnelle, concernant sa propre santé.

L'automédication et l'auto-prescription, ont semblé être plus fréquentes que ce à quoi nous nous attendions. Certains confrères reconnaissant même que leur raisonnement, leurs décisions et leurs mises en applications auraient été bien différentes pour leurs propres patients.

Nous avons alors décidé de réaliser une étude pouvant décrire, affiner et comparer les données concernant les caractéristiques sociodémographiques des médecins libéraux du Grand Est.

Dans un second temps, nous avons cherché à observer, à décrire le suivi médical et l'état de santé des médecins libéraux de cette région.

Nous avons décidé enfin, de chercher à mettre en évidence quels facteurs influençaient la qualité du suivi médical auprès d'un médecin traitant chez les médecins, en fonction de leur spécialité.

Un médecin spécialiste en médecine générale, lui-même au cœur du dispositif de médecin traitant, était-il mieux suivi et soigné que ses confrères d'autres spécialités ?

I. Préambule

1. Rappels historiques

1. La médecine libérale en France au fil des siècles

Des suites de la Révolution française, l'assemblée législative décidera « l'abolition des académies, congrégations, sociétés, confréries et organisations enseignantes » par la loi du 18 août 1792. Les universités et facultés de médecine ne faisant pas exception, elles disparaissent plus de cinq siècles après leur apparition à Montpellier (cette dernière, créée en 1220, est la plus ancienne faculté de médecine encore en activité en Europe). La conséquence de cette décision est la disparition du diplôme d'état de docteur en médecine, nécessaire pour son exercice jusque-là.

Rapidement, le Directoire s'aperçut durant l'année VI (1798) de la nécessité de remettre la main sur la formation des futurs médecins. Sous l'impulsion du médecin Joseph-Ignace Guillotin, célèbre pour avoir démocratiser un mode d'exécution

capitale « la guillotine », les écoles de santé furent créées au nombre de trois. L'une d'elles se trouvait à Strasbourg. Leur objectif principal était la formation des médecins militaires.

La loi du 19 Ventose de l'an XI (10 mars 1803) abolit définitivement la distinction entre médecin et chirurgien. Il est alors créé une nouvelle séparation entre les étudiants. Certains deviendront docteurs en médecine et chirurgie, sans limitation dans l'exercice de leur art, tandis que les autres deviendront officiers de santé, exerçant sous le contrôle des docteurs en médecine et dans les limites de leur département.

Il faudra attendre presque un siècle, et l'article 1 de la Loi Chevandier du 30 novembre 1892, pour poser le principe fondamental de la médecine française : « Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est pas muni d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par le gouvernement français à la suite d'examens subis dans un établissement supérieur d'état ». L'officiat de santé est aboli (2).

En octobre 1945, rapidement après la fin de la seconde guerre mondiale, la Sécurité Sociale française est créée. Elle s'appuie alors sur un modèle bismarckien, faisant reposer son financement par les cotisations à la charge des employeurs et des salariés. Un régime général est instauré, tout en conservant les différents régimes spéciaux pré existants. Le plus vieux régime spécial ayant été créée par Colbert, contrôleur et surintendant des finances sous Louis XIV, pour la protection des invalides de la Marine française.

Plusieurs conventions médicales, réunissant les organisations syndicales de médecins et les gouvernements se sont tenues au fil des années. Le but étant l'établissement et le perfectionnement d'un système de santé qui s'articulera sur deux acteurs majeurs, l'hôpital et la médecine de type libéral. La médecine libérale

s'engagea notamment à une régularisation des tarifs des actes, en échange d'une prise en charge partielle par les pouvoirs publics des cotisations et charges sociales des médecins libéraux. Ceux-ci pouvant choisir d'exercer en dehors de cette convention et étant alors référencés comme travaillant en « secteur 3 », en dehors de toute prise en charge ou remboursement de la Sécurité Sociale.

2. Définition de la médecine libérale

Il n'existe pas en France, à ce jour, de définition juridique de la profession de médecin libéral.

L'exercice de la médecine libérale en France, peut se définir avec ces quatre critères.

(2)

- Le médecin exerce sous sa propre responsabilité
- Il en assume alors seul les conséquences
- Sa rémunération est en lien direct avec son activité
- Il décide seul de son lieu et de son mode d'exercice

3. Le dispositif « médecin traitant » en France

1. Médicalement

En France, des suites de la Loi du 13 août 2004, Article L.162-5-3 (3) le dispositif du médecin traitant est venu remplacer celui du médecin référent, en place de 1998 à août 2004. Ce système préalable n'a pas permis de répondre aux objectifs initiaux. Cette inefficience, médicale et économique, a eu de nombreuses conséquences délétères en termes de santé publique.

Comme le rappelle le Point d'information de l'Assurance Maladie du 22 janvier 2009 (4), l'objectif principal de cette modification était de placer la prévention au cœur du suivi médical des français.

Il a donc été proposé cinq thèmes sur lesquels des efforts particuliers seraient mis en œuvre.

- Prévention de la iatrogénie chez les personnes âgées
- Prévention des risques cardio-vasculaires, en particulier chez les patients diabétiques
- Dépistage du cancer du sein chez les femmes à partir de 50 ans
- Prévention des facteurs de risques de la grossesse
- Prévention de l'obésité chez les jeunes

De plus, toujours dans un but d'améliorer la prévention, des objectifs chiffrés ont été décidé dans certaines pathologies.

- 75% de couverture vaccinale antigrippale pour la patientèle âgée de plus de 65 ans
- 80% de couverture du dépistage du cancer du sein
- Baisse de 5% par an des accidents iatrogéniques de la personne âgée

Un renforcement des axes de prévention (diabète, sport et santé, nutrition, dépistage des difficultés sensorielles chez l'enfant, asthme, prescription de médicaments génériques etc..) sera constant jusqu'à aujourd'hui.

2. *Juridiquement*

Du point de vue législatif, toute personne assurée en France, a la possibilité de se choisir et de déclarer un médecin traitant à partir de l'âge de 16 ans.

Ce choix repose sur un autre pilier de la médecine française, la liberté totale de choix de son médecin. Ce dispositif est une réussite puisque fin 2011, un rapport de la cour des comptes indiquait que 89,7% des assurés avaient déclaré un médecin traitant. Ce chiffre suivait une évolution croissante en comparaison des années passées (5).

Il n'existe aucune mesure coercitive obligeant à déclarer un médecin traitant. Cependant, le remboursement des soins prodigués sera inférieur si l'assuré les réalise sans avoir consulté son médecin traitant au préalable. On parle alors d'actes effectués en dehors du parcours de soins.

Afin de choisir son médecin traitant, l'assuré doit avec l'accord du praticien, signer un « contrat médecin traitant ».

Ce contrat ne contient pas de durée d'engagement et peut être révoqué à tout moment. Tous les médecins, à partir du moment où ils sont inscrits à l'ordre des médecins, peuvent être choisis comme médecin traitant. Il n'y a plus d'obligation, comme dans le dispositif du médecin référent, de s'adresser à un médecin généraliste (MG). On s'aperçoit alors qu'il n'y a aucune interdiction à être son propre médecin traitant, ce qui, nous le verrons ultérieurement, peut avoir diverses conséquences. L'Assurance Maladie, sur ce point, appelle néanmoins à la vigilance : « Tout médecin inscrit au Conseil de l'Ordre, qu'il soit généraliste ou spécialiste, qu'il soit médecin libéral, médecin hospitalier, médecin urgentiste ou médecin salarié d'un centre de santé peut être son propre médecin traitant ou celui des membres de sa proche famille. Il aura

toutefois à cœur, selon sa déontologie, de s'assurer qu'il a les compétences et l'objectivité suffisantes pour remplir cette fonction de la façon la plus qualitative. »(6)

2. Définition de la médecine générale

En 1972 est créée la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies Associations of General Practitioners/Family Physicians), organisation mondiale regroupant les MG. En 2002, elle formule une définition consensuelle de la médecine générale (7) pouvant se résumer en 11 points :

- Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
- Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
- Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.
- Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.
- Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
- Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.

- Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
- Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
- Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
- Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
- Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

Le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), en France, définit le médecin traitant et la médecine générale via 5 axes principaux :

- Le premier recours
- La prise en charge globale
- La coordination des soins et la synthèse du dossier médical
- Le suivi au long cours par une continuité des soins
- Les objectifs de santé publique : Prévention et dépistage

3. Quels bénéfices tirer d'un suivi médical auprès d'un médecin traitant généraliste ?

Quatre ans après l'instauration du dispositif par la sécurité sociale, en 2008, il est observé une amélioration des objectifs initiaux. Il apparaissait qu'un suivi auprès d'un médecin traitant déclaré augmentait la probabilité de remplir ces objectifs.

Pour la vaccination antigrippale, on notait dans la population âgée de 65 à 69 ans, un taux de couverture vaccinale à 57,5% contre 53% pour l'ensemble de cette classe d'âge.

En ce qui concerne le dépistage organisé du cancer du sein ADEMAS, on notait également une amélioration. Ce taux était passé de 42% en 2006 à 47,5% en 2008.

Un autre exemple de progression a été la baisse de 7,5% entre 2006 et 2008 de la prescription de benzodiazépines à durée de vie d'élimination longue chez les personnes âgées.

Ces chiffres, prometteurs quant à l'amélioration des objectifs de santé publique, révélaient un avantage à favoriser pour le plus grand nombre un suivi auprès d'un médecin traitant généraliste.

II. Revue de la littérature

De nombreuses études ont montré la précarité du système de soins pour les médecins eux-mêmes. L'autodiagnostic et l'auto-prescription dont on suppose les risques d'imprécision et d'inadéquation, semblaient être la norme, sans être particulièrement décriés par nos confrères.

1. En France

Récemment encore, un article du Quotidien du Médecin (8) mettait en lumière le piètre suivi médical des médecins en relatant les résultats d'un sondage IFOP sur le sujet (9).

D'après ce sondage, réalisé en 2019, sur une population de 301 médecins généralistes et spécialistes libéraux, 75% des médecins s'étaient déclarés comme leur propre médecin traitant. Une large majorité prenait aussi en charge leur propre famille.

En contrepartie de cela ils se disaient moins bien suivis que leurs patients, pour 53% d'entre eux. Ils étaient près de 50% à déclarer n'avoir jamais eu besoin d'un arrêt de travail au cours de leur carrière, sachant que 81% évoquaient y avoir déjà renoncé.

Ces résultats, pouvant sembler alarmants, étaient déjà bien connus et avaient fait l'objet de diverses études approfondies.

En 2008, la DREES (1), dans une étude sur un panel de MG de 5 régions a montré que la proportion des MG s'estimant en bonne ou très bonne santé était plus réduite que celle des cadres et professions intellectuelles supérieures, hommes et femmes, tous âges confondus. Un médecin sur 10 se déclarait en détresse psychologique et dans la majorité des cas, le traitement entrepris était auto-prescrit.

Ces données ont été renforcées par une grande enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins lancée en 2018 : la santé des médecins, un enjeu majeur de santé publique. Du diagnostic aux propositions (10).

Cette enquête a été un des piliers de notre travail de thèse.

Elle s'intéressait à un panel de médecins libéraux et hospitaliers de 5 spécialités différentes et explorait de très larges champs, allant des caractéristiques sociodémographiques des médecins, conditions de travail, qualification, état de santé, interruption de travail, accès aux soins, épuisement professionnel, ainsi que l'impact de la désertification des territoires sur l'état de santé des médecins. Elle recueillait de plus une très forte participation avec 25 646 participants.

De cette étude était ressorti que 25% des médecins évaluaient leur santé comme moyenne ou mauvaise et que ces résultats étaient corrélés avec les zones à faible densité médicale. Paradoxalement, 68% des médecins n'avaient pas de médecins

référents autres qu'eux-mêmes, ce chiffre augmentait même à 70% pour les médecins qui se déclaraient en moyenne ou mauvaise santé.

Les résultats étaient bien meilleurs dans les populations plus jeunes. Parmi les étudiants et les jeunes médecins, plus de 50% avaient déclaré un médecin traitant.

78% des médecins de la cohorte avaient consulté un médecin au cours des 2 dernières années. Très peu de médecins avaient consulté un MG alors qu'ils étaient très nombreux à avoir eu recours au MS en accès direct.

De plus, près de 70% avaient renoncé à un arrêt de travail alors que leur état de santé l'aurait justifié.

Dans cette lignée, la campagne lancée par le Collège Français d'Anesthésie-Réanimation (CFAR), Dis doc, t'as ton doc (11), a visé à améliorer le suivi médical des médecins en les incitant à se choisir un médecin traitant indépendant.

Plus localement, différents travaux de thèses ont aussi cherché à mettre en évidence de quelle façon étaient suivis médicalement nos confrères, ainsi que les freins à la consultation d'un MG (12–14).

2. A l'étranger

Ce problème, loin d'être uniquement hexagonal, existe bien au-delà de nos frontières.

Une méta analyse réalisée par Montgomery et al. (15) regroupant 27 études et 28 000 médecins à travers le monde retrouvait que seulement 1 médecin sur 2 avait déclaré un médecin traitant. 76% des études trouvaient des chiffres d'auto-prescription dépassant 50% des participants.

A Hong Kong, Chen et al. (16) mettaient en évidence que 2/3 des répondants prenaient eux-mêmes en charge leur santé et que seulement 30% pensaient nécessaire d'avoir un médecin traitant.

En Australie, une étude de 2004 pointait elle aussi du doigt les lacunes dans le suivi médical des médecins. (17) Seulement 1 médecin sur 2 avait recours à un MG indépendant et leur suivi des recommandations de santé publique était de mauvaise qualité.

Aux Etats-Unis, une étude démontrait que les psychiatres se soignaient régulièrement eux-mêmes pour leur dépression (18), sans forcément critiquer ce comportement.

Une autre étude révélait qu'une part importante de neurologues se soignaient ou soignaient leur famille, pour des problèmes parfois autres que neurologiques (19).

En 2014, une autre étude constatait qu'une population de médecins était moins amenée à effectuer les différents dépistages auxquels ils soumettaient leurs patients (20). Parmi les médecins interrogés, le taux de suivi des anomalies lipidiques, de l'hypertension artérielle, des mammographies de dépistages et des coloscopies étaient significativement inférieurs à celui de la population générale. Seule la couverture vaccinale annuelle antigrippale était plus élevée chez les médecins.

III. Hypothèses et objectifs

1. Hypothèses

Notre hypothèse était que la population des médecins libéraux de la région Grand Est n'était pas ou peu suivie par un médecin traitant généraliste.

Nous supposons de plus, qu'une forte majorité s'était auto-déclarée comme médecin traitant et que ce choix était influencé par des facteurs sociodémographiques (âge,

sexe, lieu d'exercice, mode d'exercice, département d'exercice, état de santé du répondant et présence ou non d'une ALD).

2. Objectifs

1. Objectif principal

- Recenser parmi les médecins libéraux de la région Grand Est, la proportion ayant un suivi médical auprès d'un médecin traitant généraliste indépendant déclaré auprès de la sécurité sociale.

2. Objectifs secondaires

- Comparer socio-démographiquement deux groupes : les médecins généralistes libéraux MG et les médecins spécialistes libéraux MS du Grand Est.
- Identifier et évaluer des facteurs potentiellement discriminants pour la mise en place d'un suivi médical optimal (âge, sexe, lieu d'exercice, mode d'exercice, milieu d'exercice, présence d'une ALD ou non).
- Apprécier la qualité du suivi médical.

3. Objectifs opérationnels

- Identifier les freins et limites du système actuel.
- Déterminer les pistes éventuelles pouvant mener à une amélioration du suivi médical.

Matériel et Méthodes

I. Type d'enquête

Il s'agissait d'une étude quantitative, observationnelle, transversale et analytique, réalisée à l'aide d'un auto-questionnaire au cours des mois de mai et juin 2020.

II. Population étudiée

Cette étude a été réalisée auprès de médecins libéraux, spécialistes et généralistes, exerçant dans la région Grand Est.

III. Critères d'inclusion et d'exclusion

Nous avons inclus dans la population visée, les médecins libéraux exerçant dans la région Grand Est. Il n'a pas été fait de discrimination selon la spécialité médicale exercée, le mode d'exercice, le milieu d'exercice, les départements d'exercice, l'âge ou le sexe.

Nous avons décidé d'exclure tous les médecins salariés, qui auraient pu bénéficier d'un suivi médical auprès de la médecine du travail.

IV. Taille de l'échantillon

La taille de notre échantillon a été déterminée par une analyse du critère de jugement principal et des critères de jugements secondaires effectuée après 6 semaines de recueil de données. Nous avons observé une « saturation » des données, puisque de nouvelles réponses n'apportaient aucune modification significative des indicateurs mesurés. Nous avons alors arrêté le recueil de données supplémentaires.

V. Elaboration du questionnaire

Le support choisi a été celui d'un auto-questionnaire, réalisé à l'aide du logiciel Google Forms®, sous forme majoritairement de questions à réponses fermées.

Le questionnaire a été élaboré à l'issue d'une revue de la littérature sur la prise en charge médicale des médecins, et leur état de santé. Nos sources diverses, ont été notamment le rapport du CNOM sur la santé des médecins, (10) et un précédent travail de thèse du docteur Elise Dal Soglio (13). Nous avons aussi ajouté nos propres questions afin de répondre à nos interrogations.

Nous avons réalisé nos recherches sur Google®, GoogleScholar®, PubMed®, le catalogue du Sudoc® ainsi que Cairn.info® à l'aide des mots clés : santé des médecins, qui soigne les médecins, médecin traitant des médecins, la médecine libérale. Notre revue de la littérature a également été réalisée en langue anglaise à l'aide majoritairement des termes suivants : doctor's health, general practioners, physician's own follow-up, self-medication, self-treatment.

Nous avons ainsi ciblé notre problématique et adapté notre questionnaire tout au long du mois d'avril 2020. Une première version du questionnaire a été diffusée auprès d'un échantillon de notre entourage, ce qui nous a amené à modifier certaines propositions de réponses.

Nous avons scindé le questionnaire, pour en dégager 5 parties aux objectifs distincts et aux thématiques propres. Cela nous a amenés à un total de 26 questions, dont 17 étaient à réponses obligatoires. Nous avons 19 questions à réponses fermées, 6 questions à réponses semi-ouvertes et 1 question à réponse ouverte.

Le contexte épidémique en lien avec le Sars-Cov 2, par son retentissement sur les professionnels de santé libéraux, nous a amenés à modifier une dernière fois le questionnaire avant la diffusion. Nous avons décidé de proposer « COVID 19 » comme motif supplémentaire distinct d'arrêt de travail.

L'auto-questionnaire final, diffusé, se trouve en annexe.

- Partie 1 : Introduction

Cette partie a permis le recueil des données sociodémographiques de notre cohorte. Nous avons recensé les différents indicateurs que sont : Le sexe, l'âge, la spécialité médicale exercée, le mode d'exercice, le milieu d'exercice, le département d'exercice.

- Partie 2 : Etat de santé du répondant

Nous avons interrogé les répondants sur la perception de leur propre état de santé selon une échelle d'auto-évaluation relative et les avons questionnés sur la présence éventuelle d'une affection de longue durée (ALD).

De plus, nous avons cherché à savoir si les répondants avaient, ou non, été contraints de cesser leur activité libérale, pour une raison médicale. Nous avons en parallèle demandé s'ils avaient renoncé à la stopper alors que leur état de santé l'aurait nécessité et de nous en préciser les raisons.

- Partie 3 : Réponse au critère de jugement principal

Nous avons ici explicitement demandé aux répondants s'ils avaient, ou non, un médecin traitant déclaré auprès de la Sécurité Sociale. Nous avons ensuite cherché à connaître plus en détails qui était leur médecin traitant.

- Partie 4 : Le suivi médical de nos confrères

Cette partie a été rédigée afin de connaître et d'évaluer la qualité du suivi médical auprès du médecin traitant de notre échantillon. Nous avons cherché à savoir quand et pourquoi ils avaient consulté dernièrement.

- Partie 5 : Ouverture

En guise de conclusion, nous avons interrogé nos confrères afin de connaître leurs attentes éventuelles en termes d'amélioration de leur propre suivi médical.

VI. Recueil des données

Le recueil des données a été perturbé par l'épidémie de Sars-Cov 2. Les canaux de diffusion prévus initialement étaient momentanément indisponibles (l'URPS Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux et les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins).

Nous avons diffusé dans un premier temps, via le réseau social Facebook®, dans un groupe de MG alsaciens. Ce groupe avait pour but la mise en relation des MG titulaires et des MG remplaçants. Ce groupe était considéré comme privé et aucun membre ne pouvait y accéder en dehors des MG d'Alsace. Il se nommait « Rempla Médecine Générale Alsace » sur Facebook®. Cette diffusion a été lancée le 03.05.2020, suivie d'une relance le 10.05.2020.

Nous avons également contacté les dix Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins de la région Grand Est. Deux CDOM de la région Grand Est ont accepté de diffuser notre questionnaire : le CDOM des Ardennes et le CDOM des Vosges. Cette diffusion a été réalisée le 03.05.2020 sans relance ultérieure de notre part.

Dans un second temps, après plusieurs rappels de notre part, l'URPS-ML, a accepté de diffuser notre questionnaire à l'ensemble des médecins libéraux du grand Est, généralistes et spécialistes. La diffusion via l'URPS ML a été effectuée à partir 11.06.2020.

Après observation d'une saturation des données, nous avons décidé de fermer les réponses le 20.06.2020.

VII. Traitement et analyse des données

Les données ont été extraites du logiciel Google Forms® via un logiciel tableur, MicrosoftExcel®.

Nous avons été aidés pour leur analyse par M. Ala-Eddine Foughali-Atti, Docteur en pharmacie.

L'analyse statistique a été réalisée avec l'aide de M. Jean-Philippe Grouthier, statisticien, Inspecteur Général de l'Insee (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques).

1. Analyses univariées

Les données récoltées ont été comparées entre deux cohortes, présentes dans l'intégralité de cette thèse collective ; les médecins spécialistes en médecine générale et les médecins spécialistes de toutes autres spécialités.

2. Analyse multivariée par régression logistique

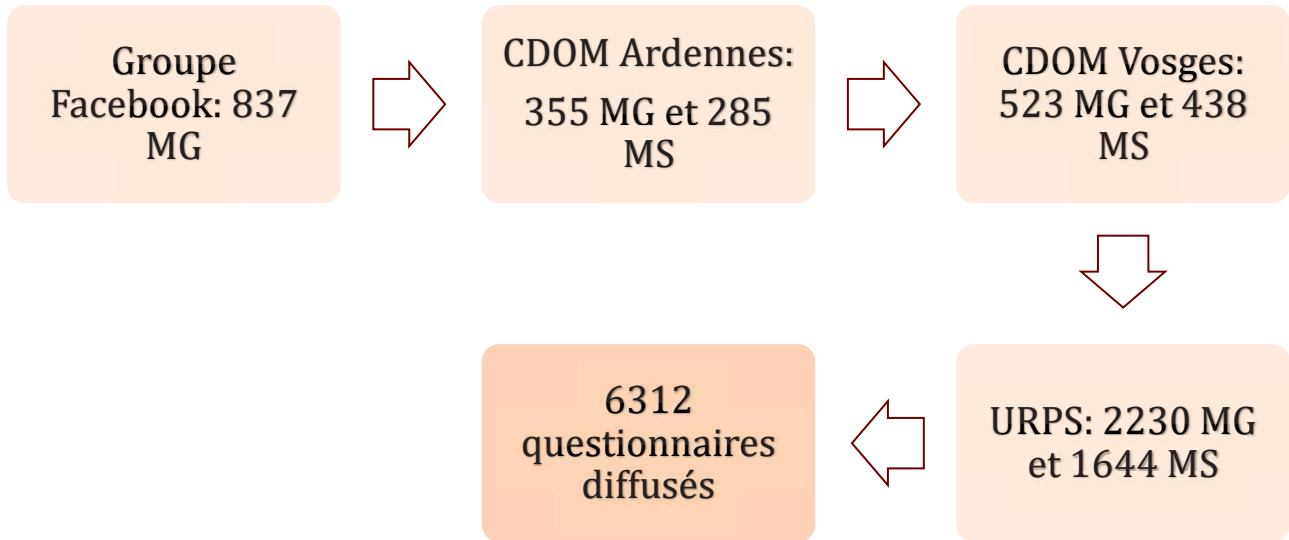
Afin d'affiner les réponses à notre critère de jugement principal, des analyses multivariées concernant la réponse à la question : « Avez-vous un médecin traitant déclaré, généraliste, autre que vous-même ou qu'un membre de votre famille » ont été réalisées. Pour cela, nous avons utilisé le modèle statistique LOGIT, permettant de

modéliser la probabilité d'observer l'occurrence 1 de y , conditionnellement aux différentes covariables.

Résultats

I. Recrutement de la population

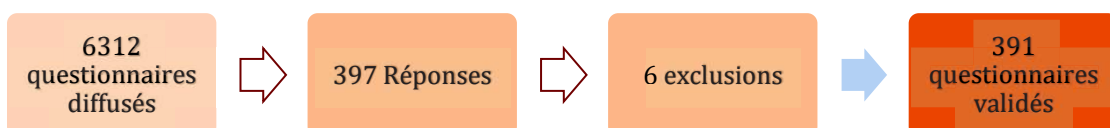
Figure 1: Circuit de diffusion du questionnaire, avec nombre de répondants ciblés



Nous avons reçu un total de 397 réponses sur une période de sept semaines. Cela correspond à un taux de participation de 6,3%. Sur ces 397 réponses, 6 (1,5%) ont été exclues car la réponse à la question principale « avez-vous un médecin traitant déclaré » n'était pas précisée.

Nous avons finalement **391 médecins** qui ont été inclus dans l'étude, soit un **taux de réponse de 6,2%**.

Figure 2: Nombre de questionnaires analysés



II. Caractéristiques de la population

Nous avons décidé de scinder notre population en deux cohortes. Nous avons alors **227 MG** et **164 MS**.

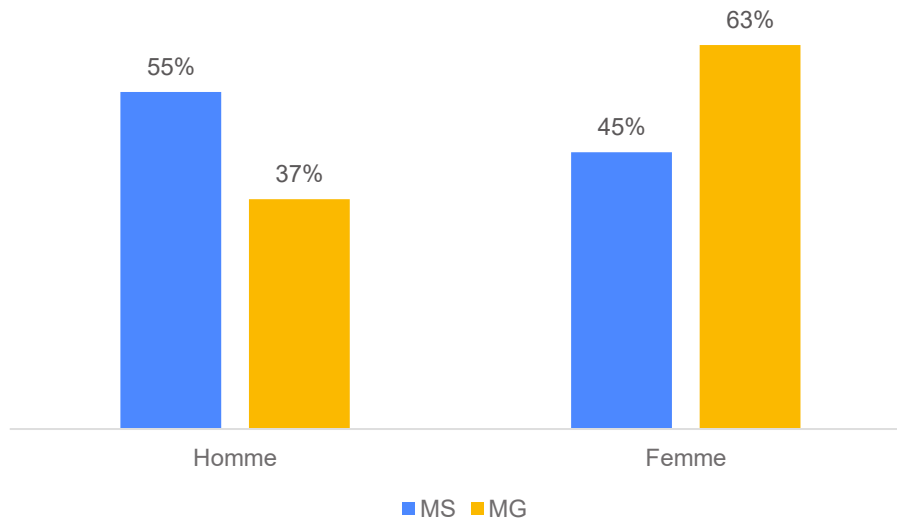
Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques de la population totale

Caractéristiques	Total 391 (100%)
Age	
Moins de 30 ans	42 (11)
30 à 40 ans	139 (36)
40 à 50 ans	42 (11)
50 à 60 ans	80 (20)
Plus de 60 ans	88 (23)
Sexe	
Homme	175 (45)
Femme	216 (55)
Mode d'exercice	
Seul	96 (25)
Collaboration	23 (6)
Association	197 (50)
Remplacements	75 (19)
Département d'exercice	
Ardennes (08)	42 (11)
Aube (10)	3 (1)
Bas-Rhin (67)	178 (46)
Haut-Rhin (68)	54 (14)
Haute-Marne (52)	7 (2)
Marne (51)	9 (2)
Meurthe-et-Moselle (54)	30 (8)
Meuse (55)	5 (1)
Moselle (57)	26 (7)
Vosges (88)	37 (9)
Milieu d'exercice	
Rural (Inférieur à 2 000 habitants)	38 (10)
Semi-rural (Compris entre 2 000 et 10 000 habitants)	135 (35)
Urbain (Supérieur à 10 000 habitants)	218 (56)
Etat de santé	
Mauvais	2 (1)
Moyen	37 (9)
Bon	220 (56)
Excellent	132 (34)
ALD	
ALD	44 (11)
Pas d'ALD	347 (89)

III. Analyse socio démographique des deux cohortes

1. Selon le sexe

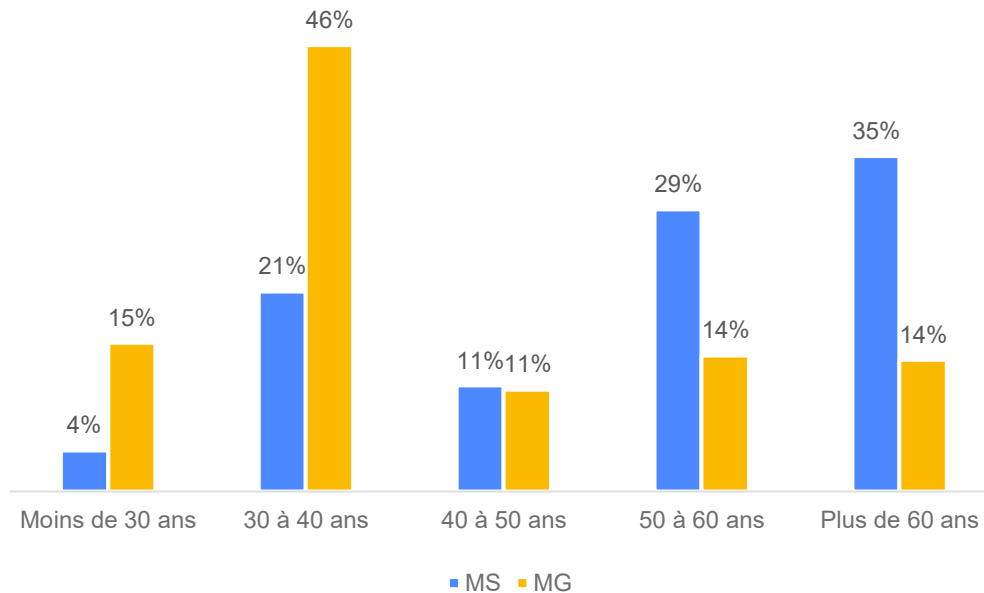
Figure 3: Répartition des deux cohortes selon le sexe
 $p < 0,005$



La population de MG était significativement ($p < 0,005$) plus féminine, avec 142 femmes (63%) pour 85 hommes (55%), que celle des MS. Le rapport s'inverse avec une majorité d'homme (55%) chez les MS.

2. Selon les différentes tranches d'âge

Figure 4: Répartition des deux cohortes selon la tranche d'âge
 $p < 0,005$



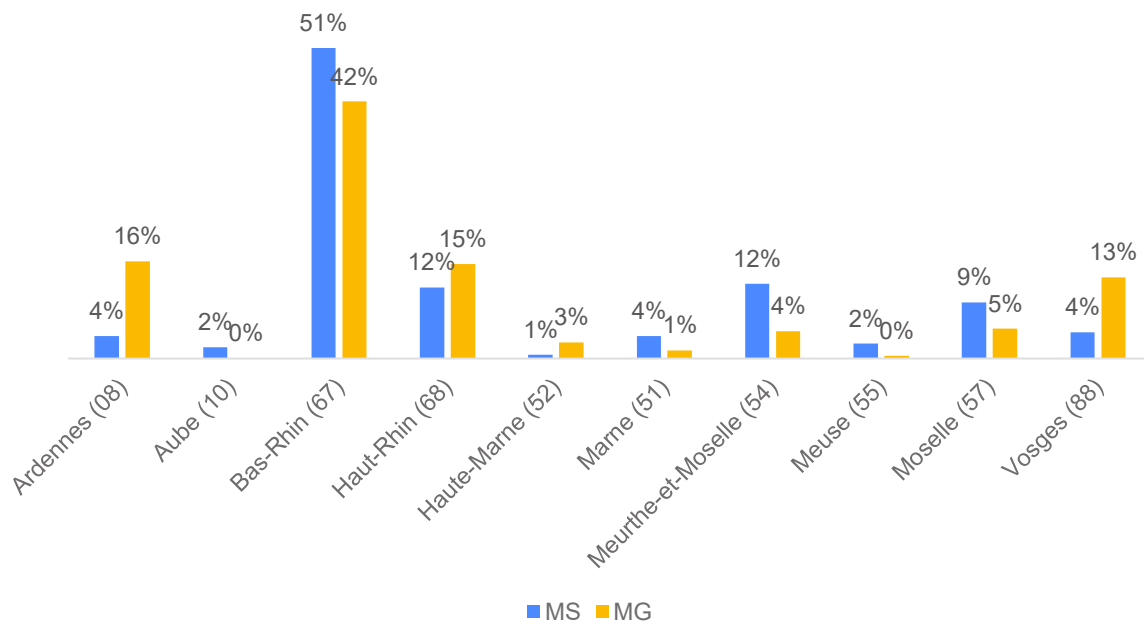
On note d'emblée une population significativement ($p < 0,005$) plus jeune parmi les MG par rapport aux MS.

Quarante-six pourcents des MG avaient entre 30 et 40 ans alors que cette tranche d'âge ne représentait que 21% des MS.

En revanche, 64% des MS avaient plus de 50 ans contre seulement 28% chez les MG.

3. Selon le département d'exercice

Figure 5: Répartition des deux cohortes selon le département d'exercice

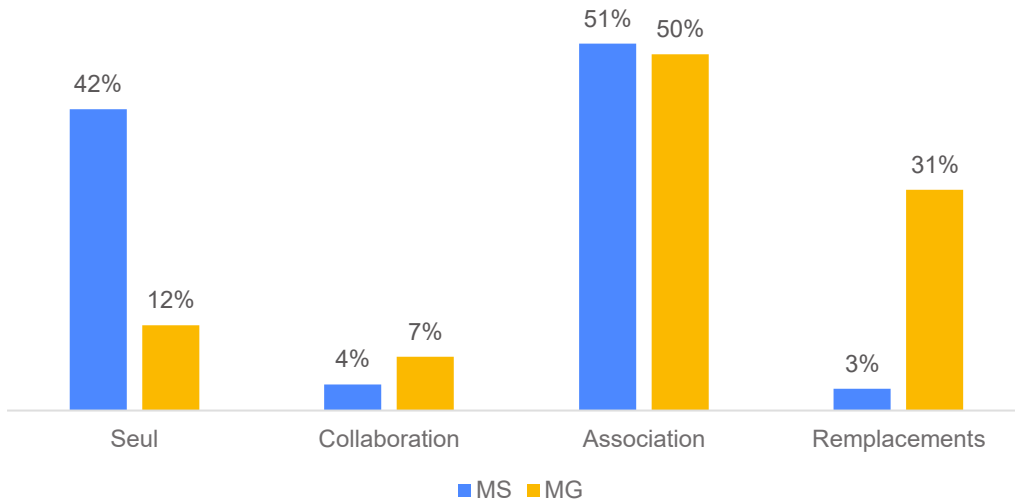


Dans notre étude, on note une forte prédominance de répondants exerçant dans le département du Bas-Rhin, avec 42% des MG et 51% des MS.

Le Haut-Rhin, ainsi que les Ardennes et les Vosges sont les départements suivants en termes de représentativité. Seulement 2% des réponses proviennent de l'Aube et de la Meuse, départements les moins représentés.

4. Selon les différents modes d'exercice

Figure 6 : Répartition des deux cohortes selon le mode d'exercice
 $p < 0,005$



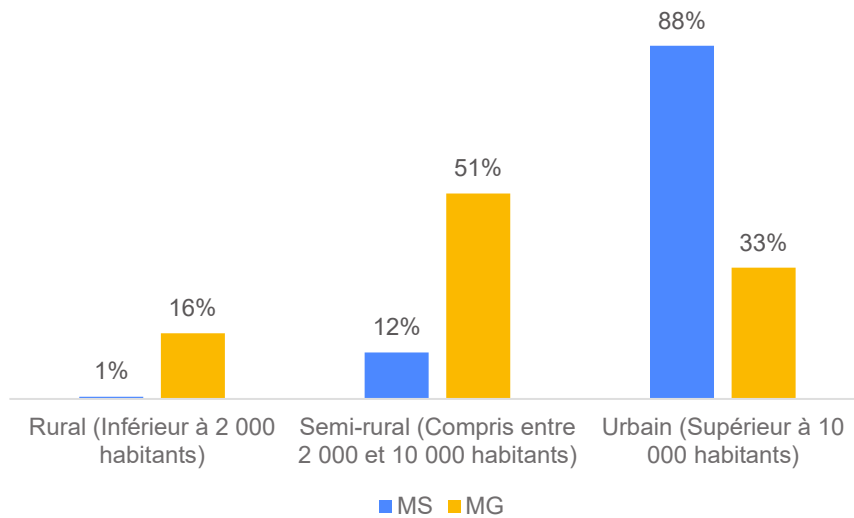
Il apparaît une différence significative ($p < 0,005$) dans la répartition des modes d'exercices entre nos populations. Le taux de remplaçants parmi les MG est supérieur à celui des MS.

Les MG exerçaient en remplacement à hauteur de 31% contre seulement 3% des MS.

Les MS exerçaient en association à hauteur de 51%, 42% exerçaient seuls et seulement 3% en remplacement.

5. Selon le milieu d'exercice

Figure 7 : Répartition des deux cohortes selon le milieu d'exercice
 $p < 0,005$

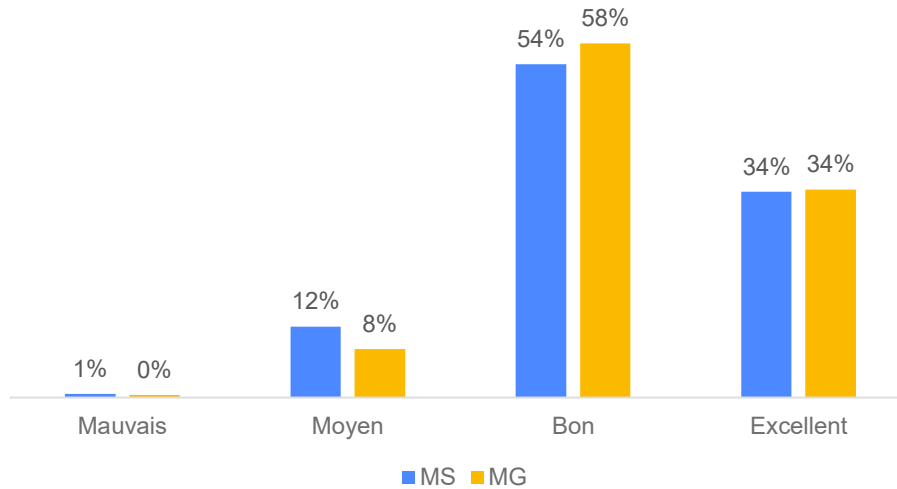


Il existe une forte représentativité, significative ($p < 0,005$), des MS en milieu urbain (88%). Ils sont plus discrets en milieu rural.

En revanche, les MG exerçaient pour 51% en milieu semi-rural et sont disséminés dans ces différentes zones plus équitablement.

6. Selon l'état de santé du répondant

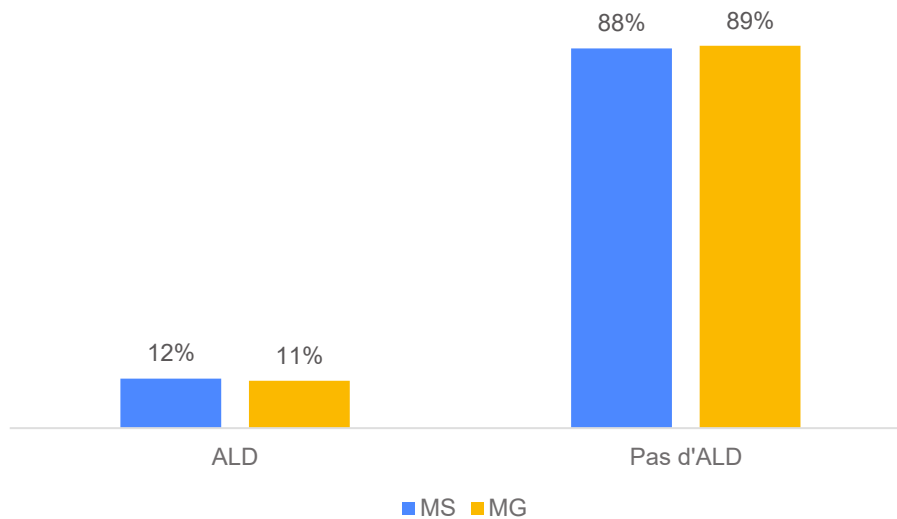
Figure 8 : Répartition des deux cohortes selon l'état de santé
 $p = 0,75$



Pour ce paramètre, nous observons une similarité quant à la perception qu'ont les médecins de leur propre état de santé.

7. Selon une déclaration ou non d'une Affection Longue Durée

Figure 9 : Répartition des deux cohortes selon la déclaration d'une affection de longue durée ALD
 $p > 0,8$



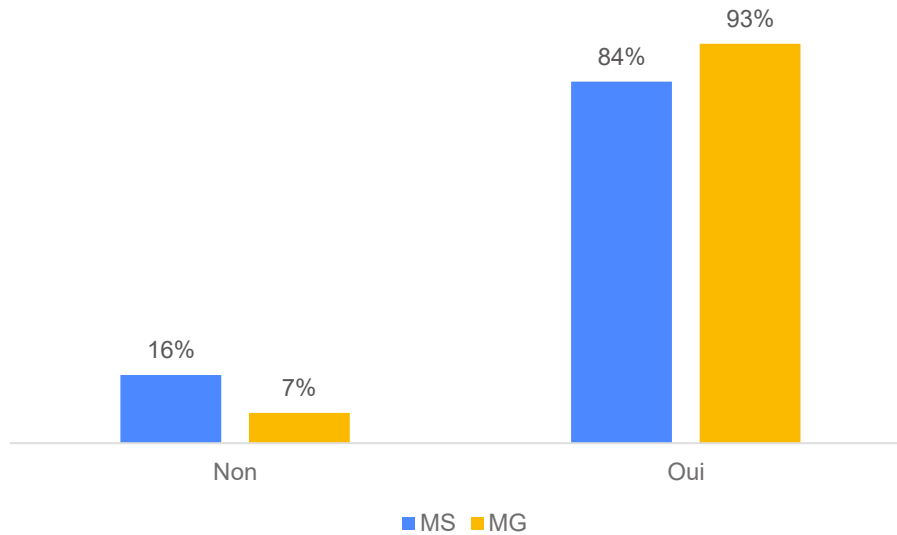
Les MG ne déclaraient pas d'ALD pour 89% d'entre eux.

Les MS ne déclaraient pas d'ALD pour 88% d'entre eux.

IV. Le Médecin Traitant : Qui est-il ?

1. Analyse univariée

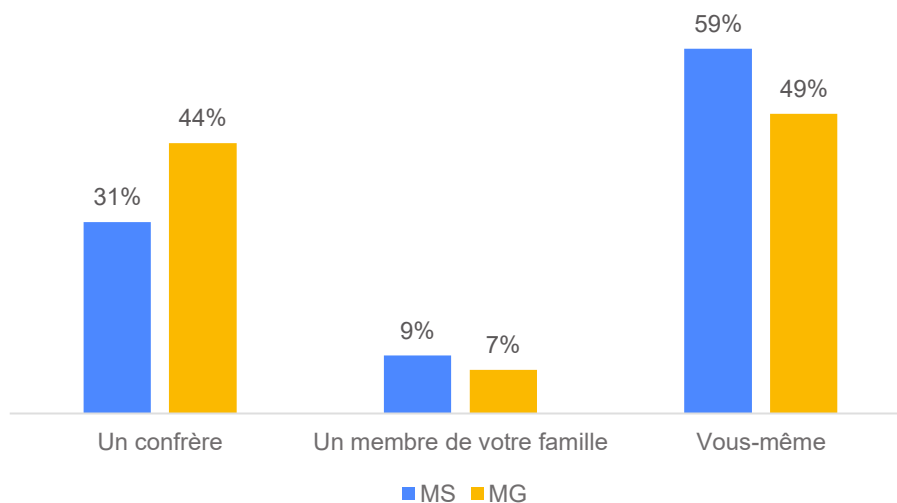
Figure 10 : Répartition des deux cohortes selon la déclaration d'un médecin traitant



Les MG avaient déclaré un médecin traitant pour 93% d'entre eux.

Les MS avaient déclaré un médecin traitant pour 84% d'entre eux.

Figure 11 : Répartition des deux cohortes selon l'identité du médecin traitant

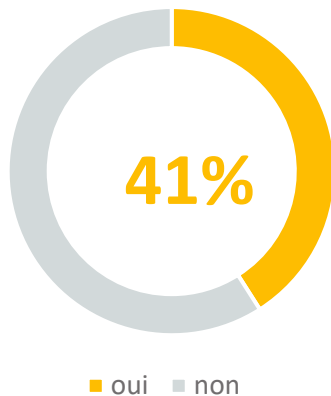


Dans la population de MG, nous observons que 44% des répondants avaient déclaré un confrère comme étant leur médecin traitant. Ils n'étaient que 31% chez les MS. Il

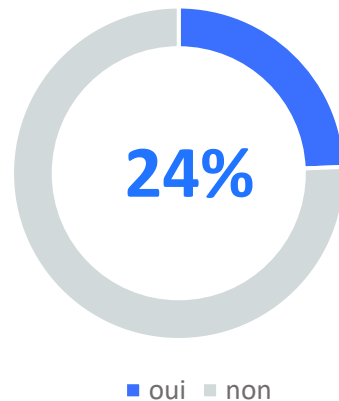
n'existait pas de différence significative entre les MG et les MS quant au choix d'un membre de la famille comme médecin traitant.

Figure 12 : Répartition des deux cohortes selon le suivi médical auprès d'un médecin traitant généraliste indépendant
 $p < 0,005$

Médecins Généralistes



Médecins Spécialistes



Ce résultat correspondant à notre **variable d'intérêt essentielle**. Parmi l'intégralité de nos répondants MG, 41% ont déclaré avoir un médecin traitant généraliste autre qu'eux même ou qu'un membre de leur famille. En revanche, ils ne sont que 24% parmi les MS.

Cette différence observée est significative ($p < 0,005$). Il ne nous est cependant pas permis d'expliquer cette différence observée par les seules variables : MG / MS. Nos populations étudiées étant significativement différentes d'un point de vue sociodémographique, nous avons donc procédé à une analyse statistique multivariée.

2. Analyse multivariée

1. Cohorte totale

Tableau 2 : Analyse multivariée de la cohorte totale

Paramètre	Degré de liberté	Référence	Estimation	Pr > Khi-2
Sexe	2			
Femme		Homme	-0.4104	0.0042
Âge	5			
30 à 40		Moins de 30	-1.2169	<.0001
40 à 50		Moins de 30	1.0429	0.0198
50 à 60		Moins de 30	0.9005	0.0104
Plus de 60		Moins de 30	0.4532	0.1799
Spécialités	2			
Médecin Spécialiste		Médecin Généraliste	-0.1092	0.5944
Milieu d'exercice	3			
Semi-rural		Urbain	0.1868	0.4140
Rural		Urbain	0.0680	0.8313
Département	10			
Ardennes 08		Bas-Rhin	0.1165	0.8081
Aube 10		Bas-Rhin	-2.3176	0.0574
Marne 51		Bas-Rhin	1.5910	0.1711
Haute Marne 52		Bas-Rhin	-0.4768	0.5844
Meurthe et Moselle 54		Bas-Rhin	0.00899	0.9863
Meuse 55		Bas-Rhin	-1.0648	0.3195
Moselle 57		Bas-Rhin	0.8496	0.1601
Haut-Rhin 68		Bas-Rhin	0.5908	0.1501
Vosges 88		Bas-Rhin	0.3922	0.4398
État de santé	4			
Bon		Excellent	-2.6674	0.9585
Moyen		Excellent	-3.4171	0.9469
Mauvais		Excellent	8.4666	0.9561
Affection Longue Durée ALD	2			
Non		Oui	0.1684	0.4450
Mode d'exercice	4			
Collaboration		Seul	0.4354	0.1974
Association	3	Seul	0.5811	0.1271
Remplacement	4	Seul	0.3038	0.1913

Chez les MG + MS, le critère sexe et les tranches d'âges « moins de 30 ans », « 40 à

50 ans » et « 50 à 60 ans » sont statistiquement significatifs : $p < 0,005$.

2. Cohorte de médecins généralistes

Tableau 3 : Analyse multivariée de la cohorte des médecins généralistes

Paramètre	Degré de liberté	Référence	Estimation	Pr > Khi-2
Sexe	2			
Femme		Homme	-0.3349	0.1078
Âge	5			
30 à 40		Moins de 30	-1.4340	0.0004
40 à 50		Moins de 30	0.8038	0.2097
50 à 60		Moins de 30	1.9030	0.0298
Plus de 60		Moins de 30	0.2467	0.7362
Milieu d'exercice	3			
Semi-rural		Urbain	0.3448	0.2044
Rural		Urbain	-0.0664	0.8572
Département	10			
Ardennes 08		Bas-Rhin 67	-1.0672	0.9603
Aube 10		Bas-Rhin 67	-0.3067	0.9507
Marne 51		Bas-Rhin 67	9.1800	0.9013
Haute Marne 52		Bas-Rhin 67	-1.7325	0.9357
Meurthe et Moselle 54		Bas-Rhin 67	5.6074	0.9046
Meuse 55		Bas-Rhin 67	-9.5220	0.9496
Moselle 57		Bas-Rhin 67	-0.2155	0.9920
Haut – Rhin 68		Bas-Rhin 67	-0.3998	0.9851
Vosges 88		Bas-Rhin 67	-0.7750	0.9712
État de santé	4			
Bon		Excellent	-2.2771	0.9568
Moyen		Excellent	-3.4431	0.9347
Mauvais		Excellent	7.9550	0.9497
Affection Longue Durée ALD	2			
Non		Oui	0.2290	0.4849
Mode d'exercice	4			
Collaboration		Seul	6.6858	0.7598
Association		Seul	-1.9219	0.7924
Remplacement		Seul	-1.6931	0.8165

Chez les MG, les différences observées pour les tranches d'âges « 30 à 40 ans » et « 50 à 60 ans » sont statistiquement significatives : $p < 0,005$

3. Cohorte de médecins spécialistes

Tableau 4 : Analyse multivariée de la cohorte des médecins spécialistes

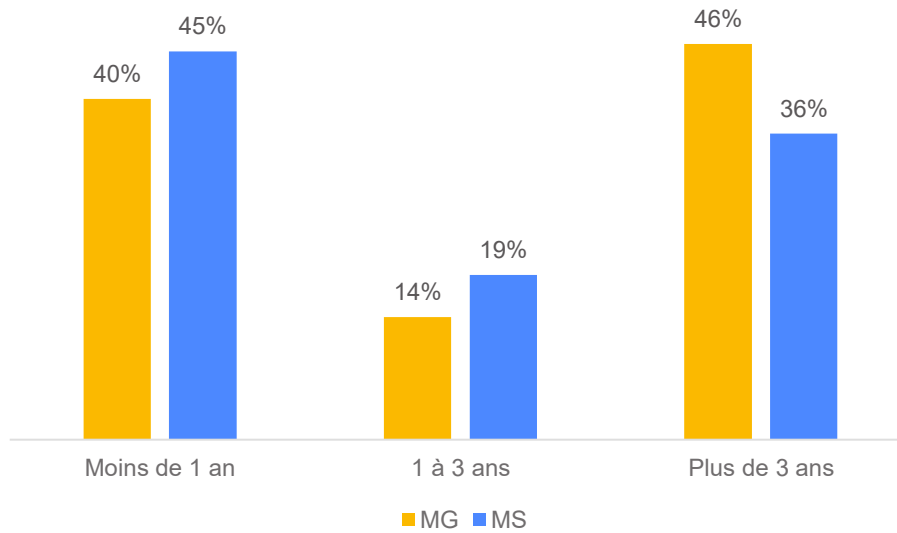
Paramètre	Degré de liberté	Référence	Estimation	Pr > Khi-2
Sexe	2			
Femme		Homme	-0.5092,	0.0203
Âge	5			
30 à 40		Moins de 30	-0.9707	0.0457
40 à 50		Moins de 30	1.3292	0.0667
50 à 60		Moins de 30	0.8960	0.0640
Plus de 60		Moins de 30	0.7783	0.1205
Milieu d'exercice	3			
Semi-rural		Urbain	-0.0237	0.9997
Rural		Urbain	-0.3008	0.9983
Département	10			
Ardennes 08		Bas-Rhin	-1.0131	0.9591
Aube 10		Bas-Rhin	-3.1570	0.8733
Marne 51		Bas-Rhin	-0.5606	0.9774
Haute Marne 52		Bas-Rhin	9.3849	0.9579
Meurthe et Moselle 54		Bas-Rhin	-1.1893	0.9520
Meuse 55		Bas-Rhin	-1.5693	0.9367
Moselle 57		Bas-Rhin	-0.1737	0.9930
Haut-Rhin 68		Bas-Rhin	-0.7230	0.9708
Vosges 88		Bas-Rhin	-0.3733	0.9849
État de santé	4			
Bon		Excellent	-2.7625	0.9554
Moyen		Excellent	-3.0447	0.9508
Mauvais		Excellent	7.6305	0.9589
Affection Longue durée ALD	2			
Non		Oui	0.1395	0.6662
Mode d'exercice	4			
Collaboration		Seul	-2.5109	0.8963
Association		Seul	8.5865	0.8818
Remplacement		Seul	-2.3390	0.9033

Chez les MS, les différences observées pour le critère « sexe » et la tranche d'âge « 30 à 40 ans » sont statistiquement significatives. $p < 0,005$

V. Le Médecin Traitant : qualité du suivi médical

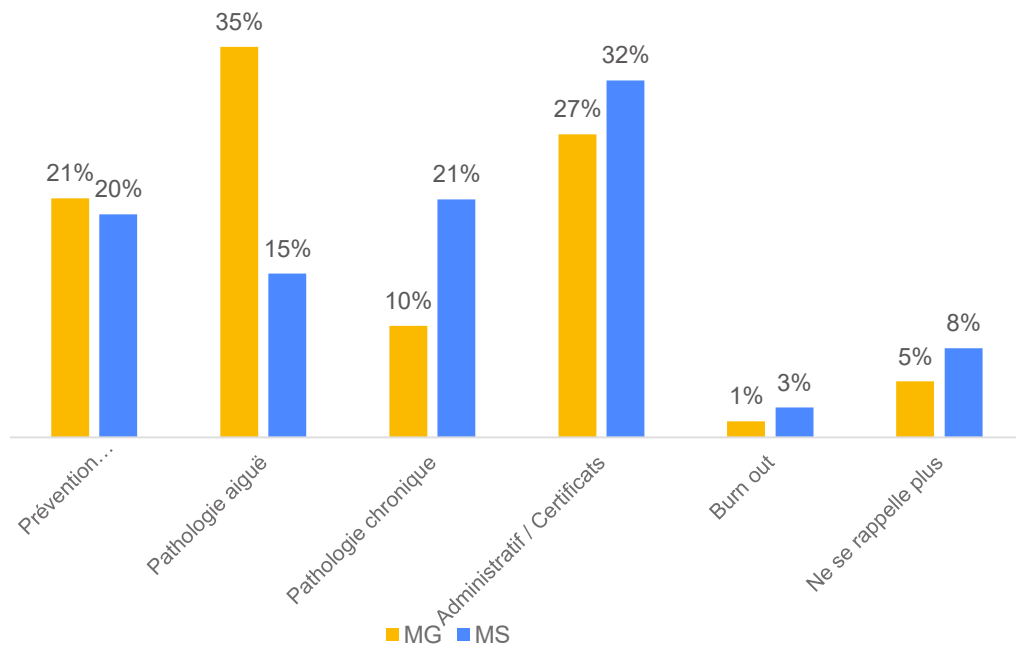
1. Le dernier contact avec le médecin traitant

Figure 13 : Répartition des deux cohortes selon la date de la dernière consultation auprès du médecin traitant



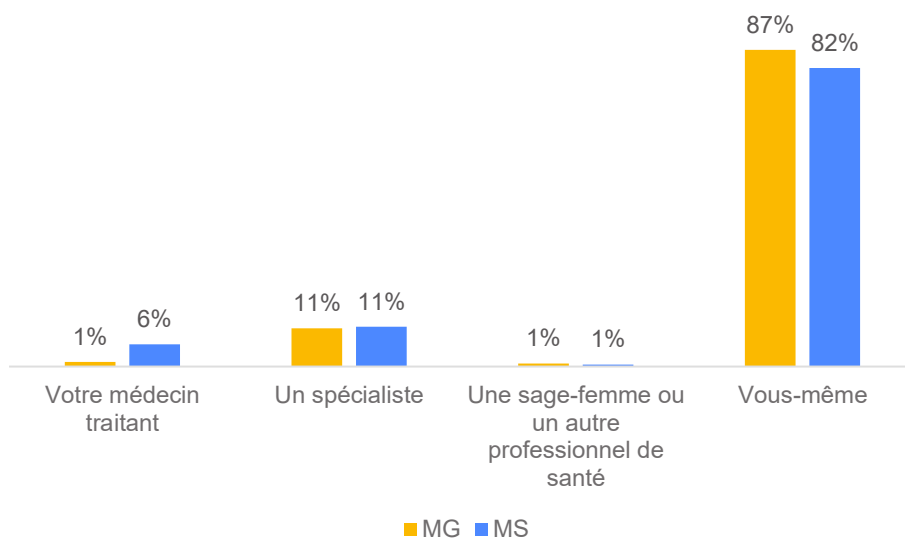
Les MS ont eu plus récemment recours à leur médecin traitant généraliste indépendant que leurs confrères MG.

Figure 14 : Répartition des deux cohortes selon le motif de la dernière consultation



On remarque principalement deux différences parmi les motifs de consultations. Les MG ont consulté à 35% pour une pathologie aiguë contre 15% chez leurs homologues MS. Ce rapport tend à s'inverser pour les pathologies chroniques avec des taux de 10% pour les MG contre 21% chez les MS.

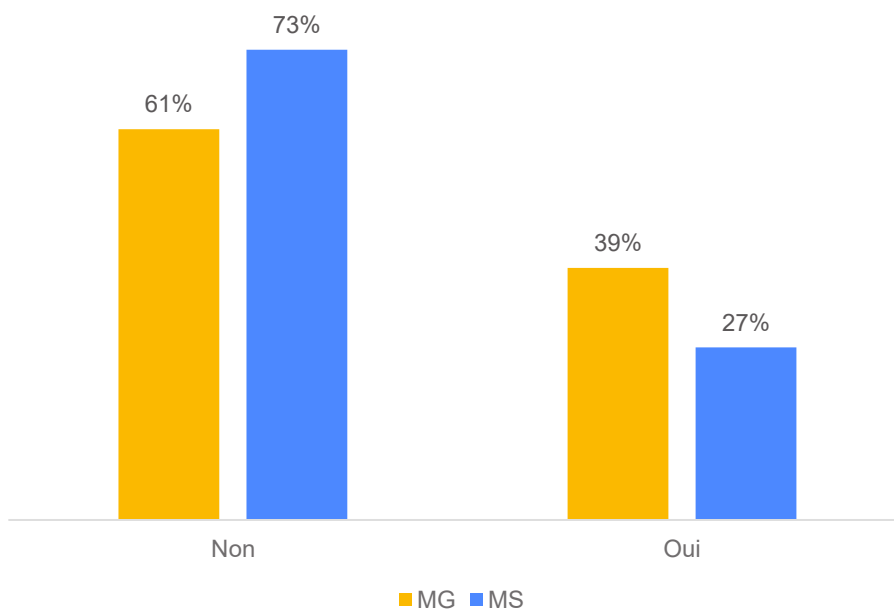
Figure 15 : Répartition des deux cohortes selon l'identité du prescripteur de la dernière ordonnance



Une très nette majorité des médecins, toutes spécialités confondues, s'est auto-prescrit la dernière ordonnance, soit 87% des MG et 82% des MS.

2. Les arrêts de travail

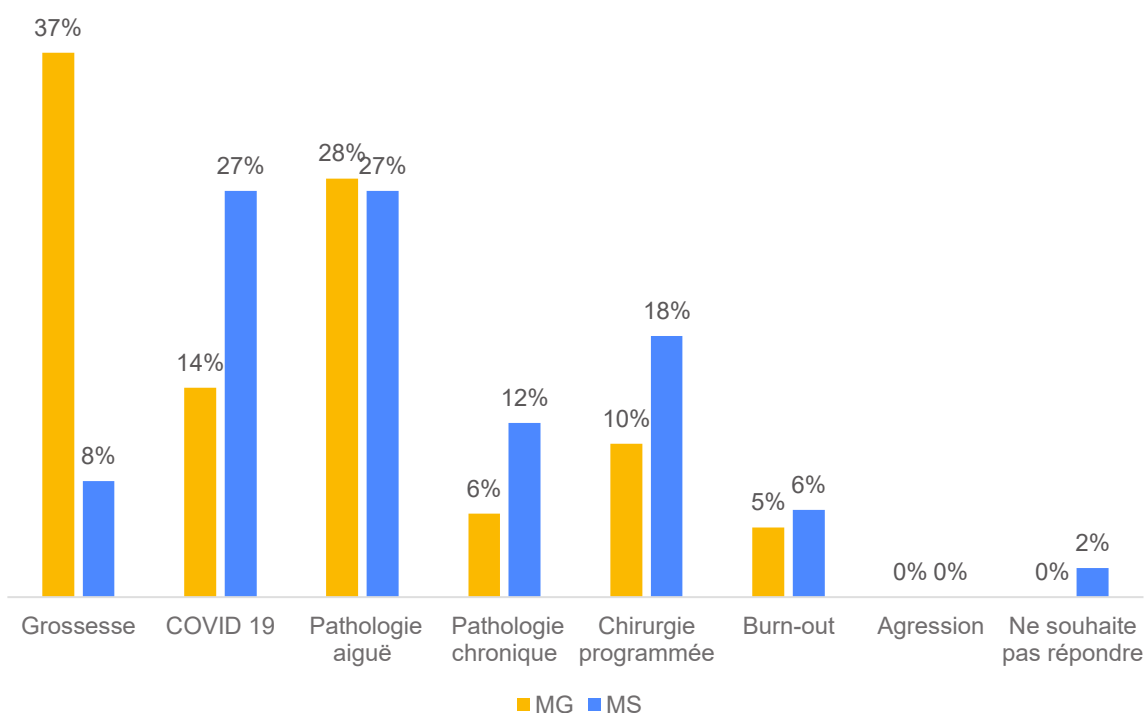
Figure 16 : Répartition des deux cohortes selon l'arrêt de l'activité professionnelle au cours des deux dernières années



Parmi les MG, 61% ne s'étaient pas arrêtés pour raison médicale au cours des deux dernières années.

Parmi les MS, on observe une légère hausse, puisqu'ils sont 73% à ne pas s'être arrêtés pour raison médicale au cours des deux dernières années.

Figure 17 : Répartition des deux cohortes s'étant arrêtées au cours des deux dernières années selon le motif d'arrêt de travail

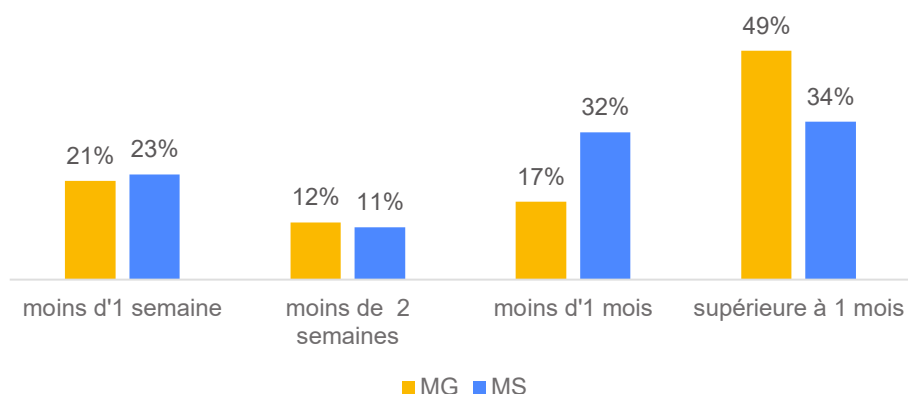


Le premier résultat recensé dans cette question est la forte prédominance d'arrêt de travail en lien avec une grossesse chez les MG. Nous retrouvons en effet 37% d'arrêt de travail pour ce motif chez eux, contre seulement 8% chez les MS.

Un autre motif dégageait une différence puisque 27% de MS ont dû cesser leur activité dans les suites de la Covid-19, contre 14% seulement chez les MG.

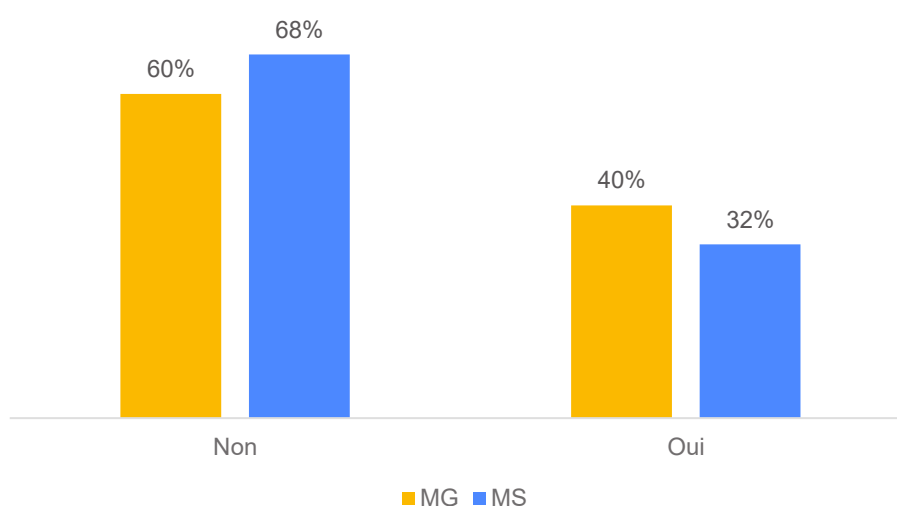
Le taux de burn-out ayant mené à un arrêt de travail est superposable auprès des deux populations concernées.

Figure 18 : Répartition des deux cohortes selon la durée de cet arrêt de travail



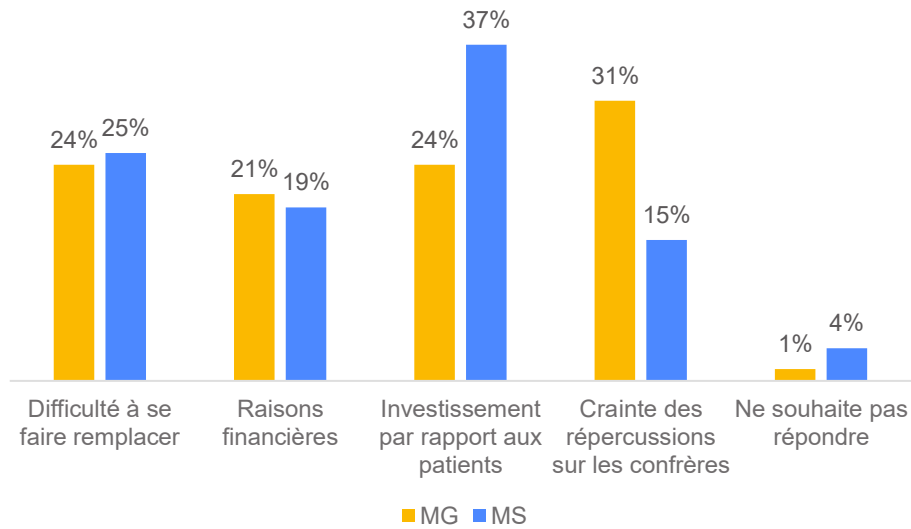
La durée des arrêts de travail, lorsqu'ils sont acceptés par les médecins, ne diffèrent qu'au-delà d'une période de deux semaines. Entre deux et quatre semaines, les MS étaient les plus concernés (32% pour les MS contre 17% pour les MG). Au-delà d'un mois, ce rapport s'inverse puisque 49% des MG se sont arrêtés pour cette durée, contre 34% des MS.

Figure 19 : Répartition des deux cohortes selon le renoncement à un arrêt de travail médicalement justifié



Le renoncement à un arrêt maladie, alors que l'état de santé le justifiait ne montre pas de différence entre les 2 populations étudiées. On note qu'un tiers des MS ont déjà renoncé à un arrêt maladie, et que ce taux monte à 40% pour les MG.

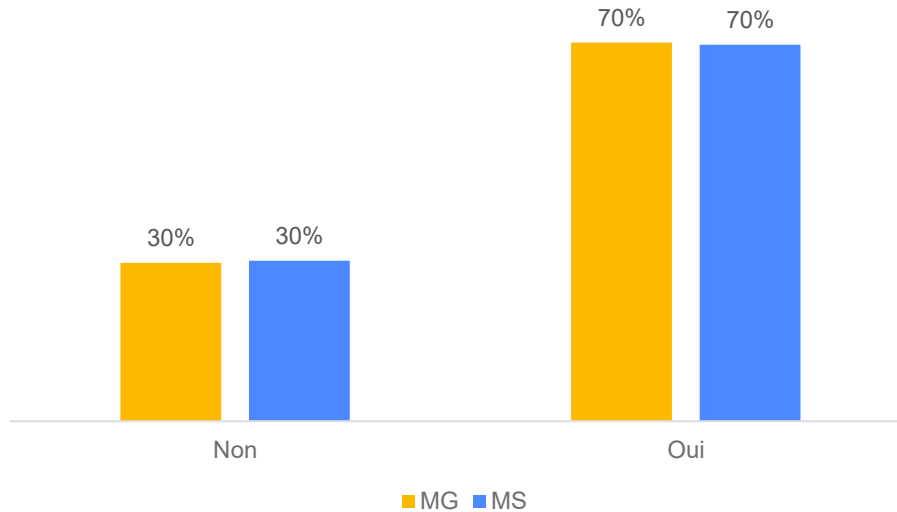
Figure 20 : Répartition des deux cohortes selon le motif du renoncement à l'arrêt de travail



La crainte des répercussions sur la charge de travail des confrères était la raison majoritairement invoquée par les MG, puisque 31% d'entre eux l'ont citée. Seuls 15% des MS l'ont évoqué. Les MS semblaient plus soucieux du retentissement chez leurs patients s'ils venaient à s'absenter, pour 37% d'entre eux. La difficulté à se faire remplacer était présente pour un quart des médecins, généralistes comme spécialistes, les obligeant à poursuivre leur activité professionnelle.

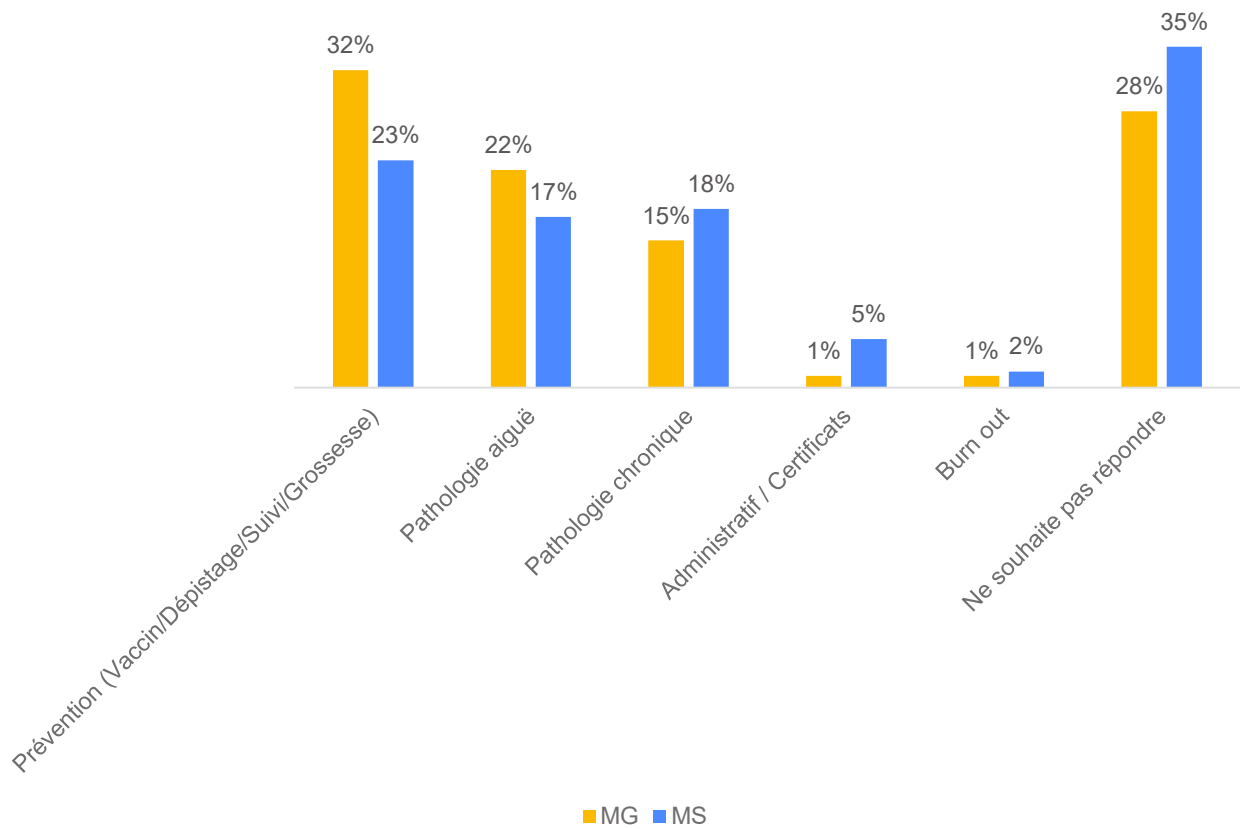
3. Les consultations spécialisées en accès direct

Figure 21 : Répartition des deux cohortes selon une consultation en accès direct à un médecin spécialiste au cours de l'année 2019



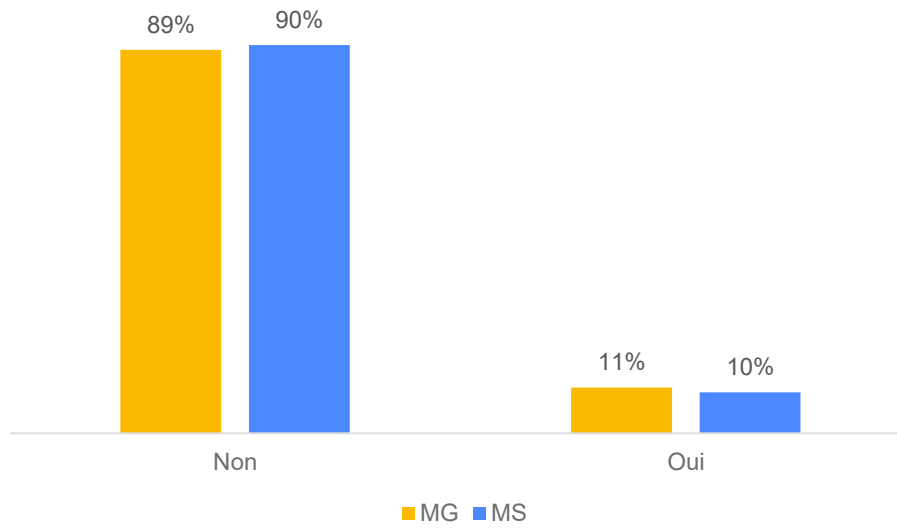
Nous remarquons une proportion équivalente dans les deux cohortes, puisque 70% d'entre eux, sans égard pour leur spécialité, ont consulté un médecin spécialiste en dehors du parcours de soins.

Figure 22 : Répartition des deux cohortes selon le motif de cette consultation spécialisée en accès direct



Les consultations chez un médecin spécialiste en accès direct ont principalement été réalisées pour des soins de prévention dans nos deux populations. Il est à noter qu'une partie importante (28% chez les MG et 35% chez les MS) a choisi de ne pas répondre à cette question.

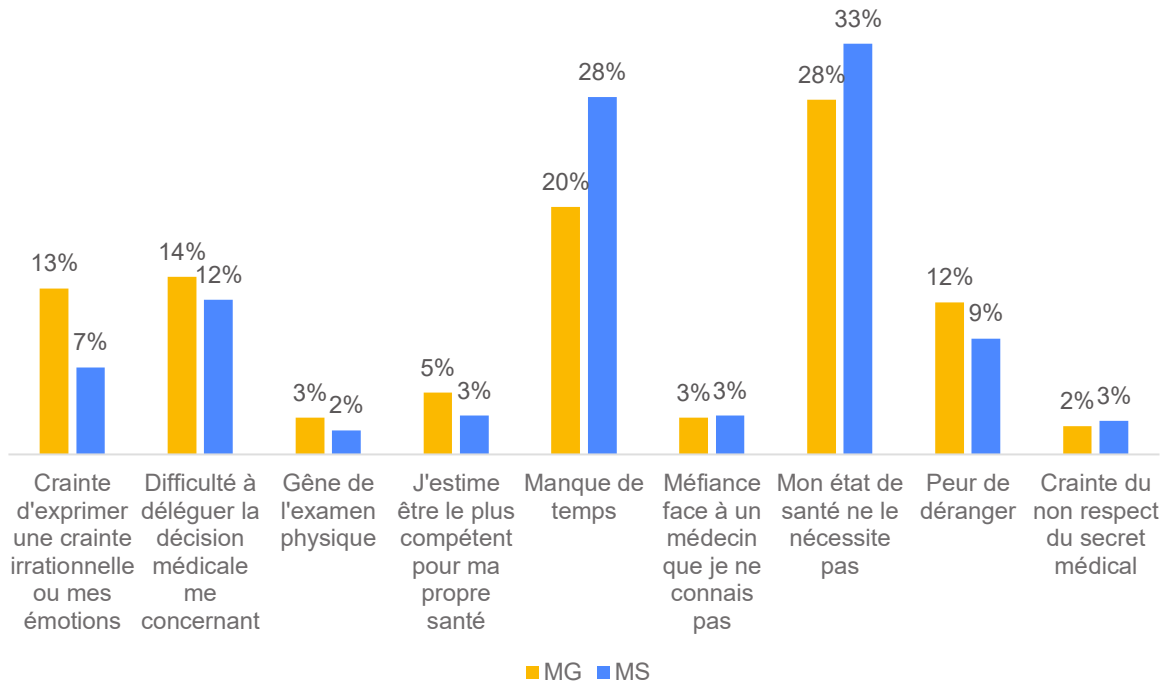
Figure 23 : Répartition des deux cohortes selon l'impact de cette consultation spécialisée sur un suivi médical ultérieur auprès d'un médecin traitant



Nous avons observé une proportion équivalente de médecins ne souhaitant pas débiter un suivi auprès d'un médecin traitant généraliste à la suite de cette consultation en accès direct.

VI. Le médecin traitant : Freins et motivations, que doit-on changer ?

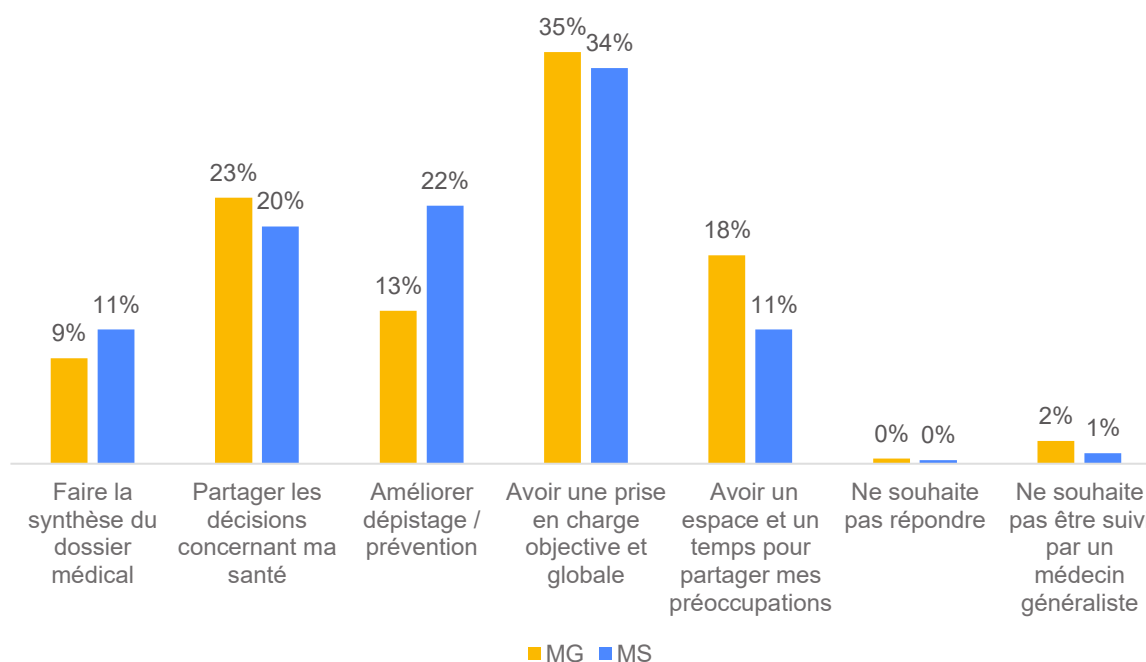
Figure 24 : Répartition des deux cohortes selon les freins à la consultation auprès d'un médecin traitant



Majoritairement, la première raison invoquée par les MG et les MS de ne pas avoir consulté de médecin traitant était l'absence de nécessité, avec respectivement 28% pour les MG et 33% pour les MS.

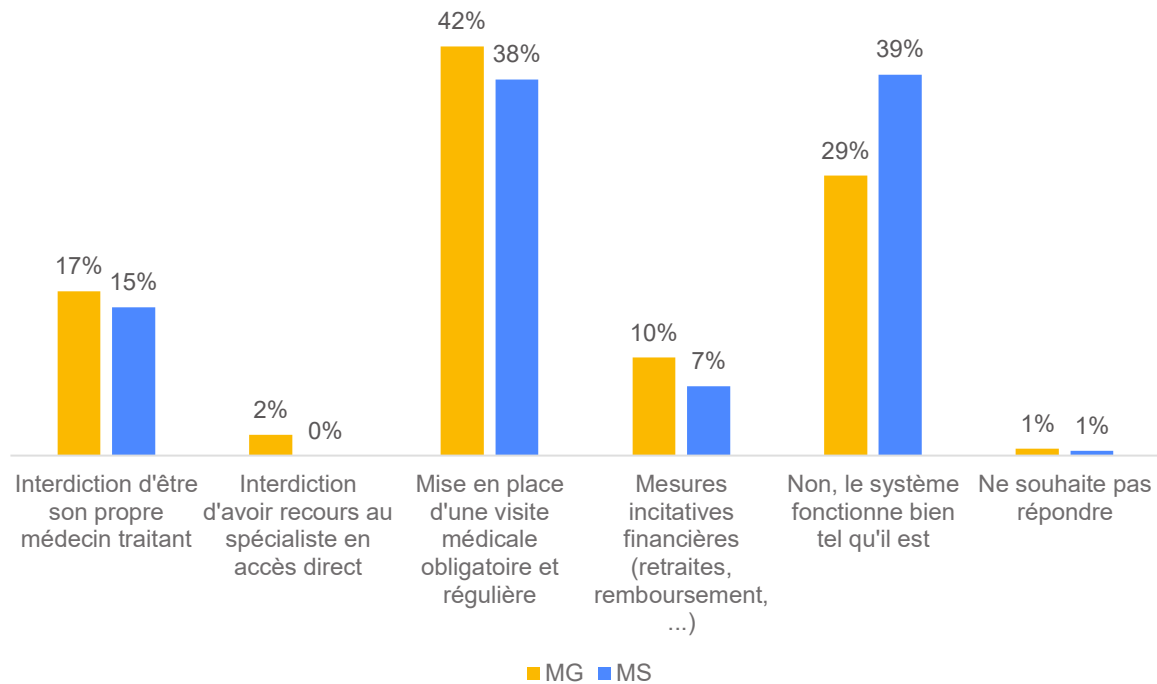
Venait ensuite le manque de temps, évoqué par 28% des MS et 20% des MG.

Figure 25 : Répartition des deux cohortes selon les motivations au choix d'un médecin traitant généraliste



Il ressort de ces résultats, en proportion similaire chez les MG et les MS, un besoin de synthétiser et de partager les décisions concernant sa santé.

Figure 26 : Répartition des deux cohortes selon le(s) souhait(s) de mise en place de mesures visant à améliorer la prise en charge médicale des médecins



La mise en place d'une visite médicale obligatoire et régulière était une mesure retenue par 42% des MG et 38% des MS.

Paradoxalement, les MS étaient aussi 39% à ne pas vouloir de changement du système actuel, ce qui était aussi exprimé, en moindre proportion, par 29% des MG.

Discussion

Nous avons fait le choix de rédiger deux discussions distinctes, pour nos deux populations étudiées. Nous sommes conscients d'une possibilité de redondances sur certains sujets. Nous avons cependant essayé de rédiger notre discussion en nous focalisant sur les particularités de chaque population.

I. Analyse de la cohorte des médecins généralistes

1. Analyse de la participation

Nous avons reçu un total de 391 questionnaires exploitables. Le taux de réponses total fut au final de 6,2%, ce qui reste relativement faible dans ce type d'étude. Nous pouvons supposer aisément que le contexte sanitaire lors de la diffusion du questionnaire en a été en partie responsable. Les médecins libéraux de la région Grand Est ont été particulièrement sollicités lors de l'arrivée de l'épidémie de Sars-Cov2. Ils ont été confrontés à d'autres priorités que celle de répondre à un auto-questionnaire de thèse. Nous supposons qu'avec une préparation en amont de l'envoi du questionnaire, de type mail de pré-information plus détaillé, nous aurions augmenté le taux de réponse. De plus, nous aurions pu également diffuser l'auto-questionnaire via un format papier pour toucher une population éventuellement moins à l'aise avec le support informatique.

Parmi les répondants, 227 exerçaient la spécialité de la médecine générale, soit 58%. Ce taux est supérieur à la moyenne nationale. Un rapport de la DRESS (21) nous montre qu'il existe en France en 2018, 226 000 médecins en activité, se composant de 102 000 MG (45%) et 124 000 MS (55%). Nous supposons une surreprésentation des MG du fait de notre profession. Nous sommes nous-mêmes MG et nous avons

diffusé, oralement dans notre entourage professionnel l'arrivée prochaine de ce questionnaire. De plus, la première diffusion a été réalisée auprès d'un groupe de MG via le réseau social Facebook. Les premiers répondants, MG, ont été amenés à diffuser via le bouche à oreille notre questionnaire auprès d'autres MG. Nous retrouvons alors un temps de diffusion plus long octroyé aux MG par rapport aux MS.

2. Analyse descriptive

1. Sociodémographique

Notre population était **majoritairement féminine** (63%). La féminisation de la profession médicale est un phénomène observé dans les nouvelles générations de médecins. Nos résultats sont donc en adéquation avec cette tendance. Les femmes représentaient en 2017 46% des effectifs totaux mais 59% des nouveaux médecins inscrits au Conseil National de l'Ordre des Médecins. Ce ratio Femme/Homme est très légèrement supérieur à celui de l'étude du CNOM (60,1%) (10).

Notre population était **plus jeune** (61% de moins de 40 ans), en opposition à l'âge moyen des MG du Grand Est qui est de 51,9 ans (22). Cet âge moyen élevé est la conséquence des *numerus clausus* importants des années 1970, aux alentours des 8 000/an. Ce *numerus clausus* ne fera que décroître jusqu'à atteindre 3 500/an au plus bas, en 1993 (21). Le mode de recrutement de notre cohorte peut expliquer cette caractéristique. En effet, nous avons dû diffuser notre auto-questionnaire via un réseau social, dans un groupe réservé aux MG. La population utilisant cette ressource est d'ordinaire plus jeune que la moyenne des médecins du Grand Est.

Les MG ayant participé à notre étude étaient très **largement originaires du Bas-Rhin** (42%). Cela était probablement dû au fait que nous le sommes également. On peut supposer que des confrères nous connaissant personnellement ont plus aisément pris

le temps de répondre à notre questionnaire. De plus, comme le montre l'Atlas de la démographie médicale en France (23), une forte majorité des médecins inscrits à l'Ordre au 1^{er} janvier 2018 de la région Grand Est exercent dans le Bas-Rhin (25%, soit 5769 sur 23 012).

Le milieu d'exercice le plus représenté était le **milieu semi-rural** avec 51% des MG. La région Grand Est est une région densément peuplée, avec une aire urbaine strasbourgeoise de 769 000 habitants (9^{ème} rang français) (24). Comme nous l'avons vu précédemment, une nette majorité des répondants MG venait de Strasbourg et de sa proche banlieue, d'où la faible proportion des médecins exerçant en milieu rural ayant répondu.

Une grande part des répondants MG exerçait au titre de remplaçant lorsque nous avons réalisé notre étude. Là encore, ce résultat est probablement dû au mode de diffusion initial via le réseau social Facebook®. Près de la moitié exerçait en association, ce qui reste le mode d'exercice de la médecine libérale le plus fréquent. Les nouveaux médecins, de plus en plus attiré par le salariat, semble délaisser le mode d'exercice seul (21).

2. Etat de santé

Concernant la perception subjective de leur propre état de santé, les MG se déclaraient à 92% en **bonne ou excellente santé**. On note un écart important avec l'étude du CNOM où seuls 70% des interrogés s'estimaient en bonne ou excellente santé. Notre population étudiée étant plus jeune que celle de l'étude du CNOM, il était donc attendu que cette perception de l'état de santé soit meilleure. Il est à noter que les MG ont tendance à s'estimer en moins bonne santé qu'un panel de cadres et de

« professions intellectuelles supérieures », sans égard pour le sexe ou pour la tranche d'âge (25).

Seuls 11% d'entre eux étaient porteurs d'une ALD, ce qui est légèrement inférieur à la population générale âgée de 30/64 ans avec un taux de 13,5% (25). Il est à noter que dans cette population de référence, à âge égal, les hommes étaient significativement plus nombreux à déclarer une ALD.

Nous avons une population plus féminine que la moyenne des médecins de la région Grand Est, nous supposons que cette différence de ratio Homme/Femme explique le plus faible taux d'ALD déclarées dans notre étude.

3. Comportement de recours aux soins

Lors de l'élaboration de notre questionnaire, il nous a semblé essentiel d'essayer de cerner les spécificités des comportements de recours aux soins. En effet, nous ne sommes pas des patients comme les autres.

Nous avons en premier lieu ciblé les modalités d'utilisation des arrêts de travail.

Notre population étudiée est rattachée au régime des indépendants vis-à-vis de la sécurité sociale. Nous savons que les droits et indemnités liés à ce rattachement diffèrent grandement par rapport à une population salariée. Trente-neuf pourcents des MG interrogés se sont arrêtés au cours des deux dernières années. Les motifs de ces arrêts nous ont semblé intéressants à préciser pour identifier d'éventuels risques ou spécificités liés à notre population. Le contexte sanitaire lors de la diffusion de notre thèse nous a d'ailleurs amené à ajouter Covid-19 comme motif d'arrêt, pour dresser un état des lieux rapide de cette problématique.

Une proportion importante de ces arrêts de travail, due aux caractéristiques sociodémographiques de notre cohorte (jeune et féminine), est à relier à des

grossesses ayant menées à une interruption d'activité temporaire et longues (supérieurs à 1 mois). Il est intéressant de noter la différence d'arrêt pour la Covid-19 entre les MG et les MS, (14% vs 27%). La population de MG, tout autant en première ligne que celle des MS aurait-elle eu des difficultés à s'arrêter ? Nous avons fait le choix de ne pas développer le thème du burn-out et de la CoVid-19 plus en détails, car nous pensions que ces sujets représentaient à eux seul des problématiques nécessitant un travail plus approfondi.

Une de nos interrogations était la propension de notre cohorte à se refuser un arrêt de travail qu'elle aurait estimé nécessaire, médicalement, pour leurs patients. Nous retrouvons un chiffre de 40% de MG ayant renoncé à un arrêt de travail médicalement justifié. Cette attitude s'expliquait par différentes raisons. Une crainte de la répercussion sur la charge de travail des confrères, ou vis-à-vis de la prise en charge de la patientèle, semble indiquer une pression sociale et démographique qui repose sur les épaules des praticiens. En effet, si les MG s'arrêtent pour raisons médicales, leurs patientèles se retrouveraient face à une difficulté d'accès aux soins. Il en va de même sur les difficultés à trouver un remplaçant, fixe ou de dernière minute. Il n'existe pas encore suffisamment de solutions permettant la mise en relation entre les MG titulaires et les MG remplaçants. Ce constat doit nous alerter sur la nécessité d'améliorer ce système.

Un autre aspect dans les comportements de recours aux soins des médecins libéraux est la facilité à **consulter un confrère spécialiste en accès direct**. Nous avons tous déjà sollicité un avis médical auprès d'un confrère que nous connaissons personnellement ou professionnellement. Soixante-dix pourcents des MG interrogés ont reconnu l'avoir fait dans les 2 dernières années, sans que cela ne les incite à démarrer un suivi médical auprès d'un MG indépendant par la suite. Cette facilité

d'accès est une spécificité à laquelle les MG sont particulièrement attachés. Utilisée à bonne escient et sans excès, elle permettra d'accélérer les prises en charge spécialisées. Elle peut également permettre d'éviter une consultation auprès de son MG qui n'aurait pour seul but que de coller avec le cadre législatif s'appliquant à la population générale. Cependant, si elle est réalisée « entre deux portes » ou en dehors du cadre d'une réelle consultation, son efficacité sera largement remise en cause par l'absence de suivi au long cours qui en découle.

L'uniformisation du système de parcours de soins peut être une fausse bonne idée auprès de notre population étudiée, car ils possèdent des caractéristiques qui leurs sont propres. Leurs connaissances et leurs expériences font qu'ils sont plus aptes à juger, avec certaines limites, leur état de santé que le reste de la population générale. Il semble cependant important aux auteurs de rappeler, qu'un suivi centralisé auprès d'un MG indépendant pour réaliser la synthèse de ces consultations, n'interdiraient en aucun cas la poursuite de cette pratique.

L'auto-prescription est également une pratique très répandue. Notre population étudiée n'échappe pas à cette règle, puisque 87% des MG interrogés sont les prescripteurs de leur dernière ordonnance. Notre droit de prescription est un des fondements de notre profession. Une étude approfondie quant à la nature de cette ordonnance aurait été intéressante, mais nous manquions de temps et avons peur de nous éloigner de notre sujet initial. Là encore, seul le bon sens peut permettre aux médecins auto-prescripteurs d'éviter les effets délétères de cette pratique. Une étude norvégienne a démontré ce paradoxe (26). Parmi des médecins norvégiens interrogés, 75% ont eu recours à l'auto-prescription, dont 56% auraient préférés être traités par un confrère indépendant. Cette auto-prescription concernait différentes classes médicamenteuses, telles que les anxiolytiques, les hypnotiques ou des

antiacides. Nous souhaitons rappeler également qu'un suivi médical auprès d'un confrère indépendant, n'empêcherait pas les médecins de se prescrire parfois leurs propres ordonnances.

3. Variable d'intérêt essentielle

L'intérêt fondamental de notre étude était de quantifier et d'affiner qualitativement le suivi médical auprès d'un MG indépendant, déclaré auprès de la sécurité sociale. Quatre-vingt-treize pourcents de la cohorte des MG avait un médecin traitant déclaré. Nous avons remarqué alors que pour 49% d'entre eux, il s'agissait d'eux-mêmes, et pour 7% supplémentaires, d'un membre de leur famille. Nous avons posé l'hypothèse que, pour cette population non épargnée par les risques somatiques et psychiques, un suivi médical auprès d'un confrère indépendant serait bénéfique. Nous obtenons alors un taux de suivi médical final, remplissant ces critères, de **41% des répondants MG**. Les MS ne sont que 24% à remplir ces critères.

Nos résultats nous alertent également sur le fait que les MG interrogés, ne consultent que rarement leur médecin traitant, en comparaison des MS. Ils sont 46% à ne pas avoir consultés lors des trois dernières années. Ce paradoxe quant au fait d'être significativement plus nombreux à avoir déclaré un MT indépendant, mais à n'utiliser cette ressource que moins fréquemment peut s'expliquer. Les MG sont eux-mêmes au cœur du dispositif, et en sont les premiers concernés. Ils sont plus sensibilisés à la déclaration médecin traitant en tant que telle. De plus, les autorités sanitaires (Sécurité Sociale, Agence Régionale de Santé) communiquent régulièrement des informations aux MG à propos du dispositif médecin traitant. Nous pouvons citer par exemple les ROSP (Rémunérations sur Objectifs de Santé Publique) qui incluent le Forfait Patientèle Médecin Traitant, FPMT, valorisant financièrement le MG. En effet, plus ils

effectuent de déclarations médecin traitant auprès de la sécurité sociale pour leurs patients, plus cette rémunération est élevée (27).

Ils vont de plus côtoyer dans leurs entourages respectifs un grand nombre de confrères MG. La déclaration officielle auprès de la Sécurité Sociale s'en trouve alors facilitée d'après nous. Nous pouvons également citer que ce dispositif médecin traitant est récent (2004). Notre population de MG étant significativement plus jeune que celle des MS, ils ont été informés sur son existence et auront de fait plus tendance à l'utiliser.

4. Variables explicatives potentielles

Après avoir mis en évidence un faible taux d'adhésion au dispositif « médecin traitant » par rapport à la population générale (4) (85% de la population française en 2008, 96% pour les plus de 60ans), nous avons posé des hypothèses pour essayer de trouver des facteurs influençant ce résultat.

L'analyse statistique multivariée a permis une neutralisation des effets croisés de ces facteurs sur notre cohorte. Nous pensions tout d'abord que l'état de santé des répondants et l'existence ou non d'une ALD seraient des facteurs favorisants. L'analyse multivariée n'a pas permis de conclure à une quelconque influence de ces paramètres. Il en va de même pour le département d'exercice et le milieu d'exercice. Nous pensions initialement qu'un exercice en zone sous dotés en MG influencerait négativement sur le suivi médical. Cela s'est avéré faux lors de l'analyse statistique multivariée. Les médecins exerçant dans les zones urbaines, à la densité médicale importante n'ont pas plus tendance à avoir un suivi médical, peu importe leur âge, leur sexe, leur état de santé ou leur mode d'exercice.

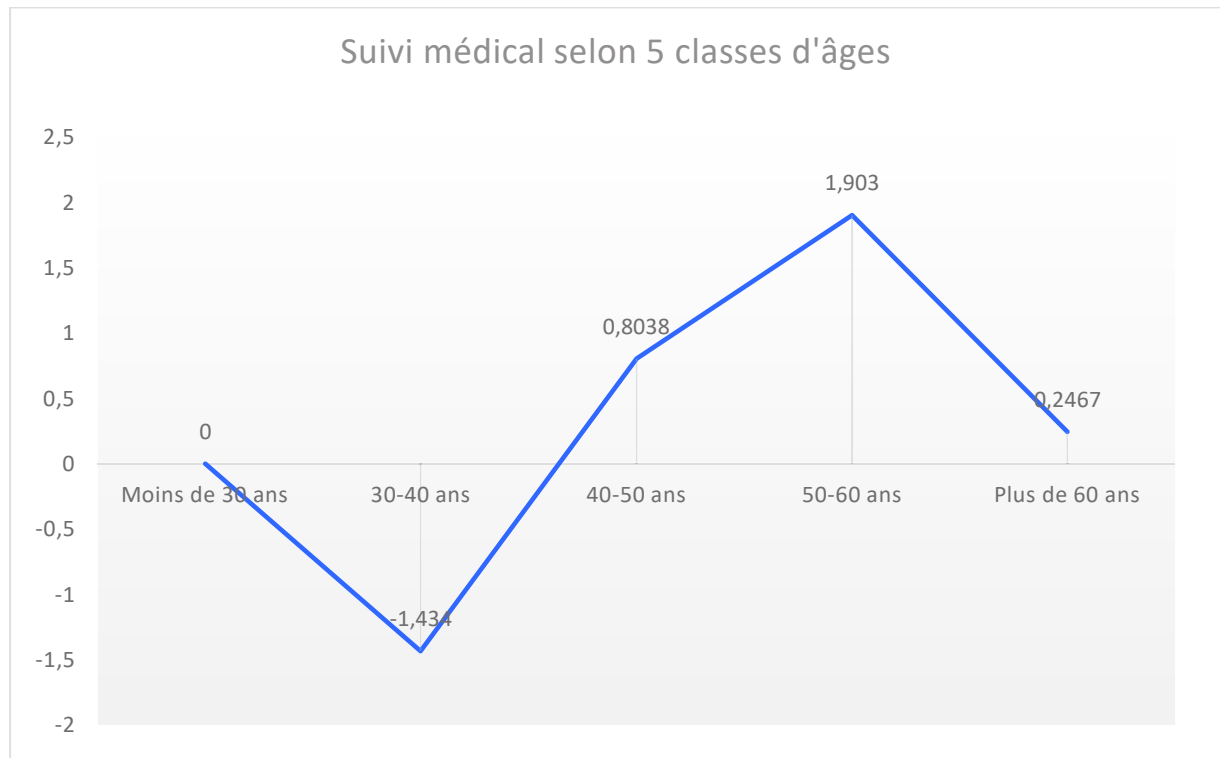
Concernant le sexe, nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative ($p=0,1078$). Nous observons cependant une tendance forte à un meilleur

suivi des MG femmes par rapport aux hommes, indépendamment de tout autre critère. Le suivi médical en parallèle, auprès des médecins gynécologues, est potentiellement responsable de cette différence observée. Les patientes consultant un gynécologue seront plus facilement amenées à choisir un MT indépendant pour synthétiser les données médicales gynécologiques. Il est à noter de plus, que lors d'une consultation spécialisée, les MS demandent souvent à leurs patients un interlocuteur à qui transmettre les informations médicales. La féminisation de la profession, largement en cours, sera peut-être une solution en soi dans les années à venir si le suivi médical auprès des MS gynécologues se maintient.

Le principal résultat de notre étude se trouve au niveau des différentes classes d'âge. Nous avons pu mettre en évidence un **effet de génération, toute chose étant égale par ailleurs « *ceteris paribus* »** quant au suivi médical auprès d'un médecin traitant généraliste autre que soi-même et qu'un membre de la famille. Indépendamment de tout autre facteur, nous remarquons que la classe d'âge « 30 à 40 ans » est significativement ($p=0,0004$) plus souvent suivie auprès d'un MG indépendant que toutes les autres. La classe d'âge « inférieur à 30 ans » vient en seconde position. Nous observons enfin un éloignement de ce suivi optimal de « 40 à 50 ans », puis l'acmé de ce non-suivi entre « 50 à 60 ans » ($p=0,0298$). La courbe s'inverse enfin avec une tendance au rapprochement auprès d'un MG indépendant au-delà des 60 ans.

En conclusion, le simple fait d'appartenir à la tranche d'âge « 30 à 40 ans », détermine le fait d'avoir mis en place un suivi auprès d'un MG indépendant. A la vue de ce schéma, nous pouvons observer cet effet de génération. Ces données représentent la tendance à se faire suivre auprès d'un MG indépendant. Plus le chiffre est négatif, plus cette probabilité est forte.

Figure 27 : Représentation graphique de la variable d'intérêt essentielle pour les médecins généralistes



A la lumière de nos résultats et de nos analyses multivariées, nous avons infirmé un certain nombre de nos hypothèses initiales. Nous pouvons dès lors en émettre de nouvelles. Nous pouvons suspecter l'existence de covariables cachées que notre questionnaire n'a pas été en mesure d'identifier. L'appartenance à une génération ayant un effet en tant que tel, il convient de se demander pour quelles raisons. Par exemple, la tranche d'âge « 30 à 40 ans » coïncide avec l'arrivée des enfants, pour lesquels les parents, qu'ils soient MG ou MS, seront amenés à consulter car ils ne souhaitent pas les soigner eux-mêmes. Nous supposons alors que ce contact avec un MG indépendants les incite à se faire suivre eux-mêmes.

Nous supposons également que l'observation de la dégradation des conditions de travail de leurs aînés, avec les retentissements médicaux qui en découlent, ont alerté les nouveaux médecins sur l'importance de se prémunir face à cette fatalité. En acceptant dès le début de leurs activités professionnelles de mettre en place un suivi

auprès d'un confrère, ils y voient un moyen de s'assurer contre l'isolement pouvant survenir dans les années à venir.

La mobilité sociale et géographique et l'insouciance quant à leur propre santé, de la tranche d'âge des moins de 30 ans sont probablement des raisons expliquant leur tendance à se faire légèrement moins suivre. Cette hypothèse est valable, que le répondant soit MG ou MS. Nous observons sur notre courbe, parmi les MG de plus de 60 ans, un probable retour vers un suivi médical optimal. Nous pensons qu'à partir de cet âge, les MG commencent à déclarer des maladies, comme le reste de la population générale. Nous avons donc affaire ici à un « **effet d'âge** ». En effet, ce n'est pas l'appartenance à cette classe d'âge en tant que telle qui amène ce suivi mais l'apparition de pathologies liées à l'âge (pathologies cardio-vasculaires ou néoplasiques par exemple). Leur rythme de travail élevé et ses conséquences physiques et psychologiques classent les MG parmi les populations particulièrement à risque (10). Nous supposons qu'un suivi médical ou un accompagnement, démarrés en amont permettrait justement de réduire l'apparition de pathologies diverses.

5. Variables opérationnelles potentielles

Nous souhaitons permettre aux répondants d'exprimer leurs avis concernant notre problématique. La rédaction de notre auto-questionnaire a été faite en ce sens. Ce dispositif médecin traitant, que les autorités sanitaires ont voulu national, pourrait ne pas convenir totalement à notre population.

Les MG interrogés expriment différentes raisons les poussant à ne pas consulter. Bien que légitimes elles se doivent d'être questionnées. Vingt-huit pourcents estiment que leur état de santé ne le nécessite pas. Cela occulte le côté « préventif » du suivi

médical, dont les MG sont censés être les garants. Il n'existe pas de consultation « inutile ».

Le manque de temps, cité par 20% des MG, nous alerte sur le volume horaire effectué par les médecins libéraux. Nous savons grâce à l'étude du CNOM que 40% des médecins libéraux interrogés travaillaient entre 48h et 60h par semaine, et que cela influait proportionnellement et négativement sur la perception de leur état de santé (10). Nous refusons d'admettre une telle fatalité. Des changements structurels et organisationnels à l'échelle individuelle et collective doivent être mis en œuvre. La création de maisons de santé, en lien avec un exercice collectif, en est un exemple. Il semble plus facile pour un MG de stopper son activité professionnelle en cas de maladie si des collègues de la même structure peuvent assurer le suivi médical de sa patientèle.

Les peurs de déranger et d'exprimer une crainte irrationnelle semblent refléter un certain complexe du médecin/malade. Dans notre cursus universitaire, nous ne sommes nullement préparés à nous retrouver un jour de l'autre côté du bureau de consultation. Nous pensons qu'une formation tout le long de nos études permettrait d'atténuer ce complexe.

Le choix d'être suivi par un confrère MG indépendant semble être guidé par une ligne directrice majeure : la possibilité de déléguer enfin les décisions concernant sa santé. Il ressort de nos chiffres une demande pour éviter de se retrouver dans une situation d'isolement face à une pathologie. Un dossier synthétisé, géré par un confrère, permet une prise en charge plus objective et donc plus efficace. Nous rappelons évidemment qu'en cas de pathologie minime, le MG garderait la possibilité de se traiter lui-même.

Nous avons décidé enfin de demander aux MG ce qu'ils souhaitaient pour l'amélioration du système actuel. De manière surprenante, 29% de ces derniers ne souhaitent aucun changement alors qu'ils citent et remarquent des anomalies concernant leur propre santé. Ils sont cependant 42% à souhaiter la mise en place d'une visite médicale obligatoire et régulière. L'aspect coercitif est évidemment à discuter, bien que 17% ne seraient pas contre une interdiction à être son médecin traitant.

II. Analyse de la cohorte des médecins spécialistes

1. Analyse de la participation

Nous avons inclus dans notre étude **164 médecins spécialistes**, soit 41,9 % de notre population totale.

Nos données sont similaires à celles recueillies par l'ARS Grand Est (28), où les spécialistes étaient en majorité des hommes (59%) avec 46% ayant plus de 55 ans et 28% de plus de 60 ans.

Les MS de notre étude étaient issus géographiquement en très grande majorité du département du **Bas-Rhin**, ce qui peut être expliqué par la diffusion du questionnaire à nos connaissances locales en priorité, au moment du pic épidémique du COVID 19, quand les moyens de diffusion habituels n'étaient pas disponibles.

Nous avons observé un fort taux de réponse des MS après la diffusion du questionnaire par l'URPS ML, ayant permis une représentation géographique un peu plus large. Nos résultats étaient néanmoins assez éloignés de la densité médicale observée par le rapport de l'ARS Grand Est, qui retrouvait une population de MS très

importante en Meurthe et Moselle, supérieure à celle du Bas-Rhin, ce qui n'a pas été notre cas.

2. Analyse descriptive

1. Sociodémographique

Cette population de MS était **principalement masculine** (55%) et pour 64% **âgée de plus de 50 ans**, ce qui l'opposait significativement avec la population des MG et nous a conforté dans l'idée d'une analyse séparée des populations.

Nos données sont similaires à celles recueillies par l'ARS Grand Est (28), les spécialistes y étant en majorité des hommes (59%) dont 46% ayant plus de 55 ans et 28% plus de 60 ans.

L'exercice se faisait en très large majorité en **milieu urbain** (88%), principalement en **association** pour 51% d'entre eux et **seul**, pour 42% d'entre eux. Là encore, ces différences étaient significatives avec la population de MG. Notre population ne comportait que peu de remplaçants, population que nous n'avions pas réussi à cibler dans notre mode de diffusion, contrairement aux MG. Cela influence la moyenne d'âge de la population des MS, plus élevée que celle des MG, avec tous les facteurs qui en découlent.

2. Etat de santé

Après les données sociodémographiques, nous avons essayé de connaître l'état de santé de nos populations ainsi que d'évaluer la qualité du suivi médical.

Quatre-vingt-huit pourcents des MS se déclaraient en bonne ou excellente santé et seulement 12% avaient déclaré une ALD.

Le rapport du CNOM (10) retrouvait quant à lui des chiffres moins élevés, puisque 75% seulement des médecins se trouvaient en bonne ou excellente santé.

Quant aux chiffres en population générale, dans son rapport de 2017 sur l'Etat de santé en France (29), la DREES retrouvait que 68% des français se déclaraient en bonne ou excellente santé. Pour les cadres et professions intellectuelles supérieures, 98,8% se déclaraient « au moins en assez bonne santé ».

Dans ce même rapport, 37% de la population française, tous âges et catégories sociales confondus souffrait d'une maladie chronique en 2014. Nous avons donc là encore des résultats largement inférieurs.

Nos chiffres peuvent être pondérés par le fait qu'ils ont été recueillis par un auto-questionnaire, soumis à interprétation du répondant. Il existe probablement une minimisation des problèmes de santé par les médecins, d'autant plus chez une génération de médecins plus âgés qui a pris l'habitude de ne pas écouter ses propres souffrances, le travail primant. Ce fait peut aussi être expliqué par un régime de santé peu protecteur pour les médecins libéraux, qui ne voient probablement pas l'intérêt de déclarer une pathologie liée à une ALD, n'ayant pas forcément un bénéfice à en tirer.

3. Comportement de recours aux soins

Le suivi auprès du médecin traitant est bon, 45% des MS ayant déclaré un MT indépendant l'ont vu au cours de l'année passée. Ils sont cependant moins nombreux à avoir déclaré un MT indépendant que les MG, mais y ont plus souvent recours. Les consultations étaient principalement motivées par des demandes administratives (32%), une pathologie chronique (21%) ou des actes liés à la prévention ou la grossesse (20%). Ces résultats sont meilleurs que ceux retrouvés par l'enquête du

CNOM (10), où seulement 23,2% des médecins interrogés avaient consulté dans l'année.

L'auto-prescription est très largement pratiquée, 82% des MS y ont recours. Il en va de même dans la population des MG de notre étude. Ce résultat loin d'être une surprise est un fait acté, retrouvé dans la littérature nationale et internationale.

S'il semble « normal » de s'auto-prescrire des médicaments courants ou des traitements de pathologies aiguës bénignes, on sait que cette liberté de prescription est aussi largement utilisée pour le renouvellement d'ordonnances chroniques ... Il est permis de s'interroger sur la pertinence du renouvellement du traitement de sa dépression ou de toute autre pathologie chronique qui nécessite un suivi et une réévaluation régulière ?

Au Québec, le code de déontologie (30) précise les limites de cette capacité de prescription, dans son article D. 1213-2002, a. 70. :

« Le médecin doit, sauf dans les cas d'urgence ou dans les cas qui manifestement ne présentent aucune gravité, s'abstenir de se traiter lui-même ou de traiter toute personne avec qui il existe une relation susceptible de nuire à la qualité de son exercice, notamment son conjoint et ses enfants. » Un exemple à suivre ?

En France, le code de déontologie ne précise pas les limites de la prescription des médecins dans le cadre de l'auto-prescription (31). Il n'y a d'ailleurs aucune référence qui y est faite.

Le recours des MS à un arrêt de travail au cours des deux dernières années est similaire aux données de la littérature. Parmi les 27% de médecins qui se sont arrêtés, 27% évoquaient la COVID 19 et 27% une pathologie aiguë, venaient ensuite une

chirurgie programmée (12%), une pathologie chronique (11%) et en dernière position la grossesse (8%).

Nous avons imaginé que le contexte épidémique au moment de la diffusion du questionnaire aurait un impact sur nos chiffres concernant les arrêts de travail, d'où l'ajout du « COVID 19 » comme motif d'arrêt maladie. Effectivement, avec presque un tiers des MS contaminés ayant dû interrompre l'activité, l'impact est conséquent.

On note aussi le faible pourcentage d'arrêt de travail en lien avec une grossesse, à l'opposition des MG où la population est nettement plus féminine et jeune. Il est tout de même à noter que les arrêts de travail des MS ont été relativement longs, 34% ont dû stopper leur activité pendant plus d'un mois. Est-ce là un impact caché de la COVID 19 dans notre étude ? Avec peut-être des formes chroniques de la maladie, contraignant à une interruption prolongée.

Un tiers des MS ont déjà renoncé à un arrêt de travail alors que leur état de santé l'aurait justifié. Ces chiffres sont bien plus faibles que ceux avancés par le CNOM (10), qui pointait 43,1% d'arrêt de travail, et même plus récemment du sondage de l'IFOP (9) qui pointait un renoncement à l'arrêt de travail pour 81% des médecins. Deux réflexions sont à tirer de ces résultats. On peut supposer que certains médecins ont pris conscience de la nécessité de se soigner et ont arrêté de renoncer à interrompre leur activité. Néanmoins on peut aussi se poser la question d'une certaine forme de déni, d'une minimisation de la maladie, qui fait qu'un médecin continue à travailler malade alors qu'il aurait incité un patient à s'interrompre dans ce même contexte.

Les raisons évoquées à ce renoncement étaient principalement l'investissement par rapport aux patients et la difficulté à se faire remplacer, suivaient les raisons financières et la crainte des répercussions sur les confrères. Il est à noter que,

contrairement aux MG, la crainte des répercussions sur la charge de travail des confrères n'est évoquée que chez un quart des répondants, réponse liée au mode d'exercice des MS qui sont très souvent installés seuls.

La consultation en accès direct auprès d'un médecin spécialiste est un fait acté dans le suivi médical d'un médecin. Soixante-dix pourcents des MS y ont eu recours au cours de l'année 2019. Ces chiffres sont similaires aux données recueillies dans l'enquête du COM (67%). Ils sont très élevés et soulèvent une réflexion assez ambivalente.

Notre profession nous amène cet avantage, nous avons des connaissances médicales qui nous permettent de savoir quand il faut déléguer la prise en charge de notre propre santé et nous avons les ressources pour le faire, bien et rapidement. Alors pourquoi s'en priver ? D'autant plus que les médecins libéraux travaillent beaucoup, leur temps est précieux et les « passe-droits » permettent un gain de temps certain. Cela dit, savoir se mettre dans une position de patient peut aussi être bénéfique. Certes nous avons les connaissances mais également les craintes exagérées qui les accompagnent et aussi parfois un sentiment d'invulnérabilité, de déni presque salvateur sur le moment. Avoir un avis extérieur, solliciter un confrère avant d'aller consulter un MS en accès direct permet de récupérer cette objectivité qui fait défaut dans l'autodiagnostic. Il aide aussi à faire la synthèse du dossier médical, à établir une évolution, une connexion entre les pathologies, une continuité des soins.

Il se trouve que 90% des MS ayant consulté en accès direct n'ont pas estimé nécessaire d'entreprendre un suivi auprès d'un MG.

Notre étude a donc permis de cibler une population des MS majoritairement masculine, plutôt âgée et en bonne santé. Ils étaient peu suivis par un MT indépendant qu'ils

allaient néanmoins consulter même si l'accès au médecin spécialiste en accès direct restait la panacée. Ils s'étaient prescrit leur dernière ordonnance à une écrasante majorité. Cependant ils semblaient avoir moins renoncé à un arrêt de travail, comparé à ce qui est décrit dans la littérature.

3. Variable d'intérêt essentielle

Notre étude a permis de mettre en évidence que **84% des MS ont déclaré un MT.**

En affinant les résultats, on observe que 59% se sont choisis comme propre MT et que 9% avaient choisi un membre de leur famille.

Nous avons considéré que ces choix ne répondaient pas aux critères objectifs d'un « bon » médecin traitant. En effet, la médecine générale est une spécialité qui couvre un champ très large, en perpétuelle évolution et qui nécessite une formation continue pour maintenir ses connaissances à jour. Or un médecin spécialiste a par définition un autre champ de formation, bien spécifique à l'organe auquel il s'intéresse. Par conséquent, le regard apporté sur un patient sera différent.

Il en va de même pour un médecin qui viendrait à prendre en charge sa famille, où le lien affectif peut altérer l'objectivité de la prise en charge.

Ces différents critères nous ont donc amené à préciser notre critère de jugement principal et à choisir ainsi de poser le médecin traitant comme un MG indépendant.

Finalement, parmi les MS qui ont déclaré un MT, **seuls 24% ont un médecin traitant généraliste indépendant.** C'est significativement moins que la population de MG.

Cependant, dans la littérature, les résultats différaient peu, alors même que la spécialité ou le lien familial n'entraient pas en ligne de compte.

Ainsi, l'IFOP retrouvait que 21% de médecins libéraux (spécialistes et généralistes confondus) avaient déclaré un confrère comme MT (9). Le CNOM (10) quant à lui retrouvait 27% des médecins ayant un médecin traitant autre qu'eux-mêmes (spécialistes, généralistes confondus, libéral et hospitalier confondus).

Notre choix concernant ce critère de jugement peut être critiqué et ne fera sans doute pas l'unanimité parmi nos confrères, nous pensons néanmoins que c'est une piste intéressante à développer pour permettre un meilleur suivi des médecins.

4. Variables explicatives potentielles

Quels sont les facteurs qui sont entrés en jeu dans le choix d'un MT généraliste indépendant chez les MS ?

Nous avons proposé un questionnaire largement ouvert sur les facteurs qui nous semblaient importants dans ce choix. Dans notre idée, être installé seul, en milieu rural pré-déterminait le fait de se choisir comme propre MT, plutôt par manque de personne ressource.

L'analyse multivariée de nos résultats a mis en évidence deux facteurs ayant significativement un lien avec le choix d'un MT généraliste, indépendamment de tout autre facteur :

- Être une **femme**
- Avoir entre **30-40 ans**.

Ainsi tous les autres facteurs n'influaient pas sur notre critère de jugement principal.

Ce n'était pas parce qu'un MS travaillait en association qu'il était mieux suivi. Nous n'avons pas pu montrer de lien quant au département d'exercice non plus.

Etonnamment, l'état de santé perçu n'avait pas non plus d'influence. En effet, les MS se déclarant en moyenne ou mauvaise santé n'avaient pas un meilleur suivi médical.

De même, les MS ayant déclaré une ALD n'avaient pas non plus tendance à être suivi par un MT généraliste indépendant.

Ces chiffres, même s'ils sont très surprenants, sont une tendance qui a déjà été mise en évidence par le CNOM.

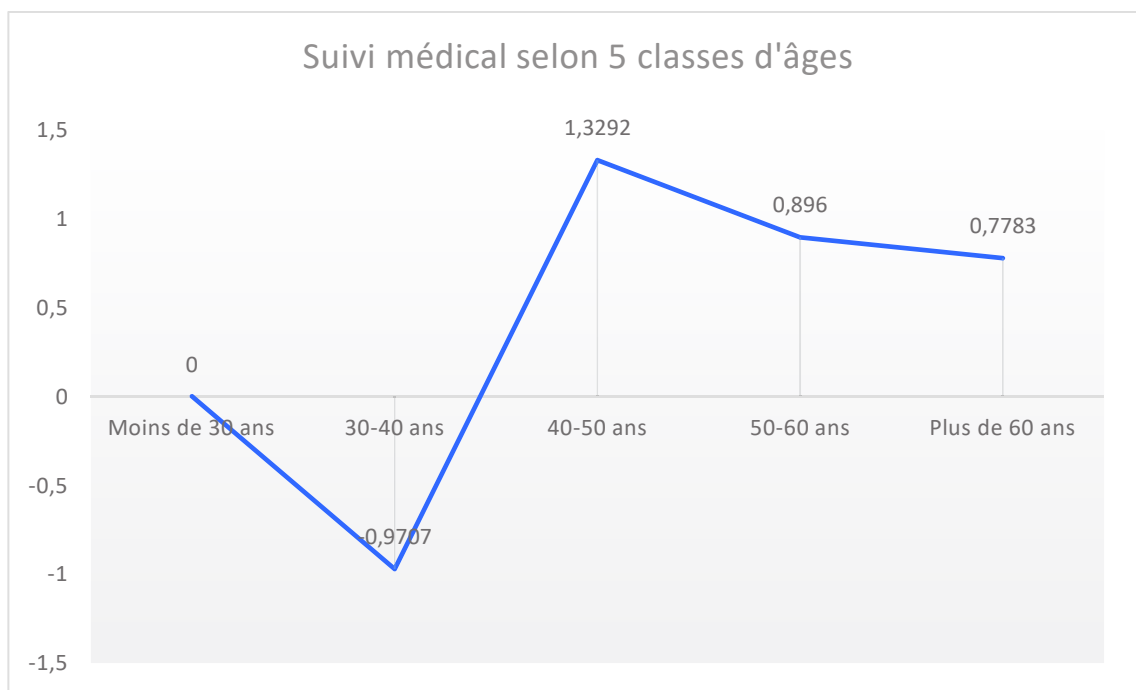
Les MS femmes sont significativement plus suivies par un MT généraliste indépendant ($p = 0,0203$), indépendamment de tout autre facteur.

Nous avons essayé de comprendre les raisons de ce choix. Une explication potentielle nous paraît être la nécessité d'un suivi gynécologique régulier, notamment en ce qui concerne le dépistage du cancer du col de l'utérus. De nombreux MG exercent la gynécologie dans leur pratique courante au cabinet et il est vrai que l'accessibilité des MG est plus aisée que celle des médecins gynécologues dont les délais de rendez-vous peuvent parfois atteindre plusieurs mois. Une autre explication qui peut être retenue est la survenue de grossesses qui nécessitent un suivi plus attentif et régulier des femmes les amenant à se rapprocher d'un MG.

L'autre résultat significatif de cette analyse multivariée est « **l'effet de génération** » mis en évidence pour les MS âgés de 30 à 40 ans ($p = 0,0457$). C'est donc la tranche d'âge la mieux suivie parmi les MS, résultat que l'on retrouve chez les MG.

Les résultats obtenus sont transcrits sur la courbe suivante.

Figure 28 : Représentation graphique de la variable d'intérêt essentielle pour les médecins spécialistes



Nous avons avancé plus haut l'hypothèse d'un changement dans le mode de vie (installation, vie en famille, arrivée des enfants, ...) des médecins à cet âge pouvant expliquer cette décision d'être suivi par un MT généraliste indépendant.

Une part de ces résultats peut être imputée à la campagne de sensibilisation menée par le collectif SMART (Santé des Médecins Anesthésistes Réanimateurs au Travail) du CFAR « dis doc, t'as ton doc ? » (11). Cette campagne d'envergure internationale a été relayée en France par de nombreux médias, journaux médicaux à destination d'un large public (du Quotidien du Médecin (32) à What's Up Doc (33)) ainsi que par des syndicats influents, notamment auprès des jeunes (ISNI , ISNAR (34)) et pourrait bien avoir contribué aux résultats mis en évidence dans notre étude.

D'autre part, ces résultats concordent aussi avec une génération de médecin qui n'a pas eu les contraintes de ses prédécesseurs (numéros clausus faibles, nécessité de travailler sans compter ses heures, ...). C'est une génération qui a pu se permettre de conjuguer exercice de la médecine et qualité de vie, que ce soit au travail ou en dehors. Le premier fait révélateur de ces changements a été l'acquisition du repos de garde en 2002 (35), et encore plus récemment l'encadrement du temps de travail des internes (36).

On peut aisément imaginer que le besoin d'améliorer sa qualité de vie au travail va conjointement avec celui de veiller à sa santé et par là, prendre le temps de consulter un MG lorsque l'on en a besoin.

A l'opposé de cette génération, les médecins âgés de 40 à 50 ans sont les plus réfractaires à un suivi, puis la courbe s'infléchit progressivement chez les 50-60 ans et les plus de 60 ans.

On peut avancer l'hypothèse d'un « **effet d'âge** » pour qualifier cette tendance vers le retour vers un MT généraliste passé 60 ans. En avançant en âge, les problèmes de santé apparaissent et ainsi la nécessité de rejoindre le système de santé.

5. Variables opérationnelles potentielles

Après ce constat d'échec en matière de suivi des médecins libéraux, nous avons voulu préciser quels en étaient les raisons.

Parmi les freins identifiés à la consultation d'un MT généraliste, le principal mis en avant était l'absence de nécessité pour 33% (« mon état de santé ne le nécessite pas ») puis l'évocation du manque de temps pour 28%.

Concernant la réponse principale, avec près de 70% de la population des MS ayant un âge supérieur à 50 ans, la question de la perception de sa propre santé peut se poser. Il s'agit également d'un âge où débute le dépistage organisé de certains cancers (ADEMAS et ADECA).

Le manque de temps est un motif fréquemment évoqué (10,13). Il est certain que les médecins libéraux travaillent beaucoup, et avec 42% de notre population de MS exerçant seul, la disponibilité est encore moindre.

Dans la grande majorité des cas, les MS semblaient percevoir des bénéfices dans un suivi par un MG, avec en premier lieu, pour 34% d'entre eux, avoir une prise en charge objective globale, pour 22% améliorer le dépistage et la prévention et 11% faire la synthèse du dossier médical.

Parmi les perspectives d'évolution suggérées, Il n'y a pas eu de tendance claire se démarquant. Les MS étaient partagés entre un désir de préserver le système actuel tel qu'il existe (39%), et la mise en place d'une visite médicale obligatoire et régulière (38%).

L'interdiction d'être son propre médecin traitant a tout de même été envisagée par 15% des MS.

Entre une volonté de changement des traditions et le besoin de préserver les libertés, le cœur des MS balance. Il faut ajouter que le caractère « obligatoire » de la proposition de visite médicale régulière a recueilli quelques critiques. La solution vers plus de contraintes ne semble pas être une voie à privilégier.

Une solution qui permettrait de pallier tous ces points de divergence serait la mise en place de visites médicales complètes à disposition des médecins. Une première

expérimentation a été faite en Bretagne, montée en association avec le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins, l'URPS ML, l'assurance maladie et l'ARS. Chaque médecin en exercice peut prendre un rendez-vous dans un centre de santé de l'assurance maladie du département de son choix au sein de la région Bretagne (possibilité de changer de département pour préserver l'anonymat). Lui seront alors proposé : une visite de prévention, confidentielle, comprenant une biologie à jeun, des examens paracliniques (ECG, spirométrie, ...) ; un examen bucco-dentaire ; un examen gynécologique ; puis enfin la remise des résultats lors d'un entretien avec un médecin.

Même si cette démarche ne correspond pas exactement avec celle d'un suivi, la découverte de pathologies lors de cet entretien pourrait être une approche pour ensuite se rediriger vers un MT. Une généralisation nationale de ce dépistage organisé serait un premier pas conséquent dans la prise en considération de la santé des médecins.

III. Caractéristiques de notre étude

1. Forces et avantages

Originalité du sujet : Les études retrouvées dans la littérature sur le suivi médical des médecins libéraux sont peu nombreuses. Nous avons voulu cibler ces deux populations, MG et MS, les sachant délaissées par le système de santé actuel et présentant des caractéristiques différentes.

Analyse statistique multivariée : Nous avons ainsi pu cibler les facteurs ayant un impact sur notre variable d'intérêt essentielle, et obtenir des résultats précis en neutralisant les effets croisés. Ces résultats peuvent être extrapolés et utilisés pour améliorer le système de santé des soignants.

Co-Thèse : Réaliser ce travail à deux nous a permis d'être plus ambitieux dans la détermination de nos objectifs, d'élargir la population que nous souhaitons étudier et ainsi réaliser 2 études en parallèle.

Ouverture pour d'autres travaux de thèse possible : Notre travail a mis en évidence des éléments significatifs dans la détermination du suivi médical des médecins. L'effet de génération ne perdurera dans le temps qu'en cas de renforcement des mesures de prévention et campagnes de sensibilisation. Il serait intéressant de poursuivre ces pistes ouvertes dans de nouveaux travaux : lien avec l'arrivée d'enfants ou la nécessité d'une formation des médecins à traiter leurs propres confrères (26)

2. Faiblesses et biais

1. Biais méthodologiques

Biais de rédaction : Réaliser un questionnaire est un art auquel nous ne sommes pas initiés. Nous avons des hypothèses et un cheminement particulier que nous voulions suivre. Nous avons reçu quelques conseils extérieurs pour nous aider et avons choisi au maximum les questions fermées. Le questionnaire a été diffusé une première fois à des médecins de notre entourage afin de recueillir leurs avis quant à la forme et le fond. Il reste néanmoins que les formulations de nos questions auraient pu être plus précises pour obtenir des réponses plus adaptées.

Biais d'information : Notre population n'a pas été informée au préalable de la démarche de notre thèse et des objectifs recherchés. Nous avons essayé d'être précis dans l'introduction de notre questionnaire afin que les enjeux soient compris.

Biais de recrutement : L'épidémie de Sars-cov-2 a largement interféré dans la diffusion de notre questionnaire de thèse, sur différents points :

Nous avons été contraints à la diffusion via le réseau social Facebook dans un premier temps, les modes de diffusions « classiques » étant momentanément indisponibles. De ce fait, nous avons eu une population plus jeune en ce qui concerne les MG. Malheureusement, nous n'avons pas accès aux moyens de mise en relation MS et MS remplaçants pour équilibrer le recrutement.

Notre population est très largement bas-rhinoise, département où nous exerçons, du fait de notre réseau de connaissances local qui a pu être contacté malgré tout.

Enfin, le format de diffusion numérique de notre questionnaire a pu limiter les réponses de certains médecins.

Biais de sélection : Nous avons obtenu un faible taux de réponses (6,2%), avec le risque d'un échantillon non représentatif. Pour diminuer ce biais, nous avons réalisé une analyse des principales variables d'intérêts à mi-chemin et une comparaison avec l'étude multicentrique du CNOM.

2. Biais de réponse

L'utilisation d'un auto-questionnaire avec des réponses déclaratives, impute de nombreux biais :

Biais de confirmation : Tendance à renforcer ses préjugés établis.

Biais de désirabilité sociale : Tendance à modifier ses réponses pour se présenter sous l'aspect le plus favorable possible.

Biais d'auto-complaisance : Tendance à systématiquement attribuer la cause de ses propres échecs à une cause extérieure.

L'anonymat des réponses devait pallier ces différents biais, néanmoins nous n'avions pas de moyen de le vérifier.

Biais de contexte : Second effet lié à l'épidémie de Sars-Cov-2, un certain nombre de nos confrères a été infecté par le coronavirus, influant ainsi sur les réponses concernant les arrêts de travail.

Conclusion

Le suivi médical des médecins libéraux permet de confirmer l'adage : les cordonniers sont les plus mal chaussés. Ce qui semble évident pour la population générale ne l'est pas pour les médecins libéraux.

Comme différentes études françaises et internationales l'ont montré, les médecins sont en grande majorité leur propre médecin traitant. Ils n'ont que peu recours à un MG indépendant. L'auto-prescription est une pratique courante, parfois même pour le traitement de maladies chroniques. Ils se prescrivent également leurs examens complémentaires, justifiés ou non et participent moins que la population générale aux campagnes de dépistage organisées.

Notre objectif était de faire un état des lieux du suivi médical des médecins libéraux, généralistes et spécialistes, de la région Grand Est. Nous avons choisi cette population, les sachant plus livrés à eux-mêmes pour les questions de santé car ils n'ont pas accès à un suivi médical par la médecine du travail. Nous avons cherché à savoir quelle proportion parmi eux était suivie par un médecin traitant généraliste autre qu'eux-mêmes ou un membre de leur famille. Dans un second temps, nous avons essayé d'identifier les facteurs qui influençaient ce choix et quelles perspectives d'amélioration semblaient envisageables.

Pour parvenir à nos fins, nous avons réalisé une étude quantitative, observationnelle, transversale analytique à l'aide d'un auto-questionnaire diffusé au cours des mois de mai et juin 2020.

Trois cent quatre-vingt-onze médecins ont été inclus au total, ce qui correspondait à un taux de réponse de 6,2%.

Nous avons mis en évidence des différences significatives sociodémographiques entre nos deux populations étudiées. Les MG de notre étude étaient majoritairement de sexe féminin et plus jeunes que leurs confrères MS. Ces derniers exerçaient seuls et majoritairement en milieu urbain.

Nos résultats ont mis en évidence que seulement 41% des MG étaient suivis par un médecin traitant généraliste indépendant. Ce chiffre s'abaissait à 24% pour les MS. La différence observée apparaît statistiquement significative.

Nous retrouvions après analyse multivariée un **effet de génération *ceteris paribus* (toute chose étant égale par ailleurs)**. Cela signifie qu'en dessous de 40 ans, indépendamment de tout autre facteur, les MG comme MS étaient significativement plus souvent suivis par un confrère MG indépendant. Au-dessus de 40 ans, cet effet s'inversait. Dans nos deux populations, nous observons une tendance au retour vers un suivi médical auprès d'un médecin traitant indépendant au-delà de 60 ans. Il s'agit cette fois d'un effet d'âge.

De plus, chez les MS, les femmes étaient significativement plus suivies par un médecin traitant généraliste. Nous n'avons pas mis en évidence de significativité chez leurs confrères généralistes, bien que cette tendance semblerait se vérifier également.

Dans notre étude, nous avons mis en évidence que le comportement de recours aux soins de nos deux populations était identique. Les MG et les MS n'ont que peu recours à leur médecin traitant déclaré, pour deux raisons principales. : « Mon état de santé ne le nécessite pas » (28% des MG et 33% des MS) et « manque de temps » (20% des MG et 28% des MS).


Notre population étudiée admettait se refuser des arrêts de travail (40% des MG et 32% des MS), alors que leur état de santé l'aurait nécessité médicalement.

Notre étude a mis en évidence que les médecins libéraux étaient à la recherche d'une prise en charge objective et globale. Pour cela, ils sont très favorables (42% des MG et 38% des MS) à la mise en place d'une visite médicale obligatoire et régulière. Paradoxalement, nous avons observé que 29% des MG et 39% des MS ne souhaitaient pas changer le système actuel.

Les résultats de notre étude concordent avec ceux des précédents travaux retrouvés lors de notre revue de la littérature : le suivi médical des médecins libéraux doit être amélioré et adapté à leurs spécificités.

Différentes mesures sont d'ores et déjà en place, comme le Comité National d'Entraide du CNOM, ou la campagne « Dis doc, t'as ton doc ? ». Afin de faire perdurer l'effet de génération observé dans notre étude, il convient de maintenir et de renforcer ces initiatives.

Des solutions concrètes comme la mise en place d'une visite médicale régulière généralisée (sur le modèle de l'ARS de Bretagne) nous semblent intéressantes à explorer.

VU
Strasbourg, le 22/10/2020
Le président du Jury de Thèse
Professeur

Professeur Paul Michel MERTES
P.U. - P.H.
HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG
Nouvel Hôpital Civil
Service d'Anesthésie - Réanimation Chirurgicale - U.F. 2119
Tél : 03 69 55 15 76 - Fax 03 69 55 18 10
Email : paul-michel.mertes@chru-strasbourg.fr
N° RPPS : 1000173894 0

VU et approuvé

Strasbourg, le **16 NOV. 2020**

Administrateur provisoire de la Faculté de
Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILIA



Annexes

Auto-questionnaire

Êtes-vous suivi par un médecin traitant ?

Chers consœurs et confrères,

Dans le cadre de notre thèse d'exercice de médecine générale, nous avons élaboré ce questionnaire rapide et concis.

Nous cherchons à mesurer et évaluer le suivi médical de nos confrères libéraux (spécialistes et généralistes) auprès de médecins généralistes traitants, dans le Grand Est.

Les réponses resteront anonymes.

Temps de réponse estimé : 3 minutes

Si vous souhaitez obtenir les résultats de cette étude, vous pouvez nous envoyer votre adresse mail.

Mathilde Deswarte et Thibaut Grouthier

mathilde.deswarte@gmail.com thibaut.grouthier@gmail.com

PARTIE 1 : Informations générales

Question 1 : Vous êtes

- Un homme
- Une femme

Question 2 : Age :

- Moins de 30 ans
- 30 et 40 ans
- 40 et 50 ans
- 50 et 60 ans
- Plus de 60 ans

PARTIE 2 : Informations sur votre activité professionnelle

Question 3 : Quelle spécialité exercez-vous ? 33 réponses possibles.

Question 4 : Mode d'exercice :

- Seul
- Association
- Collaboration
- Remplacement

Question 5 : Milieu d'exercice :

- Rural (moins de 2 000 habitants)
- Semi-rural (entre 2 000 et 10 000 habitants)
- Urbain (supérieur à 10 000 habitants)

Question 6 : Lieu d'exercice :

- Ardennes
- Aube
- Marne
- Haute Marne
- Meurthe et Moselle
- Meuse
- Moselle
- Bas-Rhin
- Haut-Rhin
- Vosges

PARTIE 3 : Etat de santé du répondant

Question 7 : De manière générale, diriez-vous que votre état de santé est :

- Excellent
- Bon
- Moyen
- Mauvais

Question 8 : Êtes-vous porteur d'une affection de longue durée (ALD) ?

- Oui
- Non

Question 9 : Au cours des 2 dernières années, votre état de santé vous a-t-il contraint d'interrompre votre activité ?

- Oui
- Non

Question 10 : Si oui, précisez le(s) motif(s) :

- Grossesse
- COVID 19
- Pathologie aiguë
- Pathologie chronique
- Chirurgie programmée
- Burnout
- Agression
- Autre

Question 11 : Si oui, quelle a été la durée de cet arrêt de travail ?

- Moins d'1 semaine
- Moins de 2 semaines
- Moins d'1 mois
- Supérieure à 1 mois

Question 12 : Avez-vous renoncé à vous arrêter pour raison médicale alors que votre état de santé le justifiait ?

- Oui
- Non

Question 13 : Si oui, pour quel(s) motif(s) ? Plusieurs réponses possibles :

- Difficultés à se faire remplacer
- Raisons financières
- Investissement par rapport aux patients
- Craintes des répercussions sur les confrères
- Autre
- Ne souhaite pas répondre

PARTIE 4 : Le médecin traitant

Question 14 : Avez-vous un médecin traitant déclaré ?

- Oui
- Non

Question 15 : Si oui, est-il ?

- Vous même
- Un membre de votre famille
- Un confrère

Question 16 : Si oui, quelle est la spécialité de votre médecin traitant ? 33 réponses possibles

PARTIE 5 : L'accès aux soins

Question 17 : De quand date votre dernière consultation auprès de votre médecin traitant déclaré ?

- Moins d'un an
- Entre un an et trois ans
- Plus de trois ans

Question 18 : Si oui, quel en a été le motif ?

- Prévention (vaccin / suivi / dépistage / grossesse)
- Pathologie aiguë
- Pathologie chronique
- Administratif et certificats
- Burn Out
- Ne souhaite pas répondre

Question 19 : Au cours de l'année 2019 ou plus récemment, avez-vous consulté un médecin spécialiste en accès direct ?

- Oui
- Non

Question 20 : Si oui, Cette consultation vous a-t-elle amené à envisager un suivi par un médecin traitant ?

Oui

Non

Question 21 : Si oui, quel en a été le(s) motif(s) ?

Prévention (vaccin / dépistage / suivi / grossesse)

Pathologie aiguë

Pathologie chronique

Administratif / certificats

Burn Out

Autre

Ne souhaite pas répondre

Question 22 : Qui a prescrit votre dernière ordonnance ?

Vous-même

Votre médecin traitant

Un médecin spécialiste

Une sage-femme ou un autre professionnel de santé

Question 23 : Quels sont pour vous les freins à la consultation d'un médecin traitant ?
(Plusieurs réponses possibles)

- Crainte du non-respect du secret médical
- Manque de temps
- Méfiance face à un médecin que je ne connais pas
- Gène de l'examen physique
- Mon état de santé ne le nécessite pas
- J'estime être le plus compétent pour ma santé
- Difficulté à déléguer la décision médicale me concernant
- Peur de déranger
- Crainte d'exprimer une peur irrationnelle ou ses émotions
- Autre
- Ne souhaite pas répondre

Question 24 : Qu'est-ce qui pourrait vous motiver à choisir un médecin traitant généraliste ? (Plusieurs réponses possibles)

- Faire la synthèse du dossier médical
- Partager les décisions concernant ma santé
- Améliorer le dépistage / la prévention
- Avoir une prise en charge objective et globale
- Avoir un espace et un temps pour partager mes préoccupations
- Autre
- Ne souhaite pas répondre

Question 25 : Seriez-vous favorable à la mise en place de certaines mesures pour vous aider à consulter plus régulièrement ? (Plusieurs réponses possibles)

- Interdiction d'être son propre médecin traitant
- Interdiction d'avoir recours au médecin spécialiste en accès direct
- Mise en place d'une visite obligatoire et régulière
- Mesures incitatives financières (retraite / remboursements)
- Non, le système fonctionne bien tel qu'il est
- Autre
- Ne souhaite pas répondre

Question 26 : Avez-vous des remarques ou suggestions à faire par rapport à cette étude ? Réponse libre.

Merci pour votre participation !

Bibliographie

1. Santé physique et psychique des médecins généralistes - DREES Panel [Internet]. [cité 30 juill 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er731.pdf>
2. Leicher C. Le médecin libéral en 2010. Trib Sante. 28 nov 2010;n° 28(3):55-63.
3. Article 7 - LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (1) - Légifrance [Internet]. [cité 22 nov 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000002259691
4. Assurance Maladie. Le médecin traitant, adopté par la majorité des français, favorise la prévention. 2009. (Point d'information de l'assurance maladie).
5. Cour des Comptes. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie. 2013;32.
6. Ameli. Dispositif du médecin traitant [Internet]. Ameli. [cité 6 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/dispositif-medecin-traitant/dispositif-medecin-traitant>
7. Allen DJ, Heyrman PJ. WONCA Europe. La définition européenne de la médecin générale - médecine de famille. 2002;52.
8. Martos Sophie. Les médecins libéraux se soignent eux-mêmes... mais souvent très mal. Le Quotidien du médecin [Internet]. sept 2019 [cité 30 juin 2020]; Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/les-medecins-liberaux-se-soignent-eux-memes-mais-souvent-tres-mal>

9. Gomant F, Legrand F. Les médecins et leur santé. Sondage IFOP pour COMM Santé & La Mutuelle du Médecin. sept 2019;16.
10. CNOM. La santé des médecins : un enjeu majeur de santé publique. Du diagnostic aux propositions. p. 140.
11. CFAR, SMART. Dis doc, t'as ton doc ? Une campagne pour prendre soin de ceux qui soignent [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017 [cité 2 août 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/dis-doc-t-as-ton-doc-une-campagne-pour-prendre-soin-de-ceux-qui-soignent>
12. Nouger F. Les médecins généralistes et leur santé, ou « Docteur, comment prenez-vous en charge votre santé ? ». Enquête sur les médecins généralistes libéraux installés dans le département de la Vienne. [Thèse d'exercice]. [Poitiers]: Poitiers, Faculté de Médecine et de Pharmacie; 2004.
13. Dal Soglio É. Avantages, freins et compétences attendues pour choisir un médecin généraliste, autre que soi-même, comme médecin traitant [Thèse d'exercice]. [Paris, France]: Faculté de Médecine Paris Descartes; 2018.
14. Plagnard S. Difficultés et spécificités à soigner un confrère en médecine générale, en Midi-Pyrénées [Thèse d'exercice]. [Toulouse, France]: Université Paul Sabatier; 2017.
15. Montgomery AJ, Bradley C, Rochfort A, Panagopoulou E. A review of self-medication in physicians and medical students. *Occup Med.* 1 oct 2011;61(7):490-7.

16. Chen JY, Tse EY, Lam TP, Li DK, Chao DV, Kwan CW. Doctors' personal health care choices: A cross-sectional survey in a mixed public/private setting. *BMC Public Health*. 28 mai 2008;8:183.
17. Kay MP, Mitchell GK, Mar CBD. Doctors do not adequately look after their own physical health. *Med J Aust*. 2004;181(7):368-70.
18. Balon R. Psychiatrist Attitudes toward Self-Treatment of Their Own Depression. *Psychother Psychosom*. 2007;76(5):306-10.
19. Evans RW, Lipton RB, Ritz KA. A Survey of Neurologists on Self-treatment and Treatment of Their Families. *Headache J Head Face Pain*. 2007;47(1):58-64.
20. Berk J, Mills B, Varma S. Physician, heal thyself: health maintenance behaviors among physicians. *Tex Med*. 1 déc 2014;110(12):e1.
21. Barlet H, Chaput M, Marbot C, Monziols M. Démographie des professionnels de santé. DREES; 2018.
22. ARS Grand Est. Etat de santé de la population et état de l'offre de la région GrandEst. 2017 avr. (Ressources humaines en santé).
23. Bouet et Mourgues - 2018 - Atlas de la démographie médicale en France. Situat.pdf [Internet]. [cité 12 oct 2020]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
24. Conseil Régional Grand Est. Démographie de la région Grand Est.pdf [Internet]. [cité 2 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.grandest.fr/wp-content/uploads/2017/08/population.pdf>

25. Desprès P, Grimbert I, Lemery B, Bonnet C, Aubry C, Colinmery C. Santé physique et psychique des médecins généralistes - DREES Panel [Internet]. 2010 [cité 30 juill 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er731.pdf>
26. Rosvold EO, Bjertness E. Illness behaviour among Norwegian physicians. *Scand J Public Health*. 2002;30(2):125-32.
27. CNAM. Guide méthodologique. Rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) 2019. Médecin traitant de l'adulte. 2019;28.
28. ARS GrandEst. Projet Régional de Santé 2018-2027. Etat de santé de la population et état de l'offre de la région Grand Est. 2017 avr. Report No.: 7. Ressources Humaines en Santé.
29. Fourcade N, Von Lennep F, Grémy I, Bourdillon F. L'Etat de santé de la population en France - Rapport 2017. DREES et Santé Publique France; 2017.
30. Code de déontologie des médecins - Québec [Internet]. [cité 11 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-6-2015-01-07-fr-code-de-deontologie-des-medecins.pdf>
31. Article 8 - Liberté de prescription [Internet]. Code de déontologie médicale mars 14, 2019. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-generaux-medecins-art-2-31/article-8-liberte-prescription>
32. Burn out, addictions : des anesthésistes lancent la campagne « Dis, doc, t'as ton doc ? » [Internet]. Le Quotidien du médecin. [cité 24 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/burn-out-addictions-des-anesthesistes-lancent-la-campagne-dis-doc-tas-ton-doc>

33. Etre son propre médecin, c'est non ! [Internet]. What's Up Doc. 2017 [cité 24 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/etre-son-propre-medecin-cest-non-0>
34. Dis Doc, t'as ton Doc ? – L'Antidote [Internet]. [cité 24 nov 2020]. Disponible sur: <https://antidote.isnar-img.com/dis-doc-tas-ton-doc/>
35. Arrêté du 10 septembre 2002 relatif aux gardes des internes, des résidents en médecine et des étudiants désignés pour occuper provisoirement un poste d'interne et à la mise en place du repos de sécurité - Légifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000228343>
36. Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes. 2015-225 févr 26, 2015.

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :
- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : FROUWER Prénom : HUBAUT

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète

Signature originale :



A Simasult, le 05/11/2020

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

Abstract

Doctors are very often their own primary care physician. They hardly refer to a general practitioner. They participate less in screening campaigns, they widely use self-prescription and self-medication, with all the pitfalls that this implies and thus present a high risk of lacking objectivity. These issues have long been known to doctors and several studies and campaigns have tried to raise awareness on this topic.

We wanted to assess the medical follow-up, by an independent general practitioner, for liberal general practitioners and specialists from the Grand Est region.

We then tried to identify the factors influencing these choices and the prospects for improvement.

The study consisted of a transverse observational quantitative survey, based on a self-administered questionnaire sent out during the months of May and June 2020.

Forty one percent of general practitioners were followed by a general practitioner other than themselves or a member of their family. T

This figure fell to 24% for medical specialists.

Among the factors influencing this follow-up by a general practitioner, we have highlighted, following multivariate analysis, a generation effect, for general practitioners and specialists. They were significantly better followed from 30 to 40 years and before 30 years. Female specialist physicians were also significantly more followed by an independent general practitioner.

Overall, follow-up is hampered by the doctors' lack of time and secondarily by the personal perception of a lack of necessity. Doctors are split between the desire to have a compulsory and regular medical examination in place for some and to maintain the current system for others.

A change in mentality seems to be taking place for the 30 to 40-year-old generation who would be more aware of the importance of more comprehensive and objective care, like that offered to the general population.

Keywords : doctor's health, general practitioners, physician's own health follow-up

Résumé

Les médecins sont très souvent leur propre médecin traitant. Ils n'ont que peu recours à un médecin généraliste. Ils participent moins aux campagnes de dépistage, utilisent largement l'auto-prescription et l'automédication, avec tous les écueils que cela implique et un fort risque de manquer d'objectivité. Ces problématiques sont connues de longue date des médecins et de leurs proches et plusieurs études et campagnes ont tenté de les y sensibiliser.

Nous avons voulu faire l'état des lieux du suivi médical, par un médecin généraliste indépendant, des médecins libéraux généralistes et spécialistes de la région Grand Est.

Nous avons ensuite essayé d'identifier les facteurs qui influençaient ces choix ainsi que les perspectives d'amélioration.

L'étude a consisté en une enquête quantitative observationnelle transversale, dont le support était un auto-questionnaire diffusé au cours des mois de mai et juin 2020.

41% des médecins généralistes étaient suivis par un médecin généraliste autre qu'eux-mêmes ou un membre de leur famille. Ce chiffre diminuait à 24% pour les médecins spécialistes.

Parmi les facteurs influençant ce suivi par un médecin généraliste, nous avons mis en évidence après analyse multivariée, un effet de génération, pour les médecins généralistes et les spécialistes. Ils étaient significativement mieux suivis de 30 à 40 ans et avant 30 ans. Les médecins spécialistes femmes étaient elles aussi significativement plus suivies par un médecin généraliste indépendant.

Le suivi est freiné, de façon globale, par le manque de temps des médecins et secondairement par la perception personnelle d'un manque de nécessité. Les médecins sont partagés entre le désir de mise en place d'une visite médicale obligatoire et régulière pour certains et le maintien du système actuel pour les autres. Un changement des mentalités semble s'opérer pour la génération des 30 à 40 ans qui seraient davantage sensibilisés à l'importance d'une prise en charge plus globale et objective, à l'image de celle proposée à la population générale.

Rubrique de classement : Médecine générale

Mots-clés : santé des médecins, médecin traitant, suivi des médecins

Président : Monsieur le professeur Paul-Michel Mertes

Assesseurs : Monsieur le professeur Fabrice Berna
Monsieur le professeur Pascal Bilbault
Monsieur le docteur Pascal Meyvaert

Adresse des auteurs :

Mathilde Deswarte, 12 allée des charmes, 67560 Rosheim
Thibaut Grouthier, 1G rue de Saales, 67000 Strasbourg
