UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2022 N° : 96

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Mention D.E.S de MÉDECINE GÉNÉRALE

PAR

BOXEBELD Hugo

Né le 14.09.1993, à Metz (57)

_____

Comparaison du point de vue des patients sur la médecine générale entre zones urbaines et zones rurales

Étude quantitative

_____

Président de Thèse : Professeur Michel VELTEN

Directeur de thèse : Docteur Boris GASS (CCU-MG-Médecine Générale)

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAIEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition FEVRIER 2022
Année universitaire 2021-2022

- Président de l'Université — M. DENEKEN Michel
- Doyen de la Faculté — M. SIBILA Jean
- Premier Doyen de la Faculté — M. DORSELLE Philippe
- Doyens honoraires : (1979-1989) — M. DORNER Marc
  (1983-1989) — M. MARTZ Jean-Marie
  (1989-1994) — M. VINCENDON Guy
  (1994-2001) — M. GERLINGER Pierre
  (2001-2011) — M. LUBER Bernard
- Chargé de mission auprès du Doyen — M. VICENTE Gilbert
- Responsable Administratif — M. STRASSMANN Geoffroy

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

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANEL Jean-Louis — Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2020)

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

BAHRAM Sebastien — Immunologie génétique (01.10.2018 au 31.09.2019)
COLLUS Hélène — Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

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

NOM et Prénoms	CSF	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe PU-PH	NRPG CS	- Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.03 Chirurgie orthopédique et traumatologique
ARLADOUS Chad PU-PH	NRPG CS	- Pôle de Gynécologie Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel PU-PH	NRPG CS	- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine interne
ARNEM Mathias PU-PH	NRPG NCS	- Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina MCUU-PHU	NRPG CS	- Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre - Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option histologie)
ARNAUD Laurent PU-PH	NRPG NCS	- Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELIER Philippe PU-PH	RPG CS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatologie et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, thoracique et endocrinienne et transplantation / HP	53.03 Chirurgie générale
BAHRAM Sebastien PU-PH	NRPG CS	- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie génétique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option immunologie)
BAUMERT Thomas PU-PH	NRPG CS	- Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Tan	62.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAUJEAN-ALLEN Mathilde MCUU-PHU	NRPG NCS	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie virologie hygiène et Mycologie / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEUX Rémy PU-PH	NRPG CS	- Pôle d'Imagerie - CIME / Activités transversales - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hautepierre	42.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUX François PU-PH	NRPG NCS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Mère-Enfant	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice PU-PH	NRPG CS	- Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles PU-PH	RPG CS	- Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 3 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume PU-PH	NRPG NCS	- Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Neuroradiologie-Imagerie cervico-faciale-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	42.03 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BILGILI Faysal PU-PH	RPG CS	- Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric PU-PH	NRPG NCS	- Pôle de Gériatrie - Service Gériatrie - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric PU-PH	NRPG NCS	- Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, maxillo-faciale et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Stomatologie
BONNEMAINS Laurent MCUU-PHU	NRPG NCS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François PU-PH	NRPG CS	- Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.03 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURGIER Thibaut PU-PH	NRPG NCS	- Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.03 Ophtalmologie
BOURSIER Patrick PU-PH	NRPG CS	- Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité de Torpillage / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGANTI Cécile PU-PH	NRPG NCS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatologie et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.03 Chirurgie générale
BRIGANT-RODIER Catherine PU-PH	NRPG CS	- Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD CHUMANN Sophie PU-PH	NRPG NCS	- Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous section du Conseil National des Universités
CASTELLANI Vincent P0067	NRPM NCS	- Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre ambulatoire - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hôtel-Dieu	48.02 Réanimation
CHAKFÉ Nicolas P0068	NRPM CS	- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cœur-vaisseaux - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 **Chirurgie vasculaire** ; Médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARCES Yann-Philippe Mérite / P0170	NRPM NCS	- Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0069	NRPM NCS	- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARRIOT Anne P0070	NRPM NCS	- Pôle Tête et Cou - OETD - Serv. d'Otho-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HF	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0071	NRPM CS	- Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option histologie)
CLAVIERE Philippe P0072	NRPM CS	- Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HF	42.01 Anatomie (option classique, orthopédie traumatologique)
COILLARDOT Olivier P0073	NRPM 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)
COLLONGUES Nicolas M0016 / P0220	NRPM NCS	- Pôle Tête et Cou OETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HF	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard P0045	NRPM CS	- Pôle d'Urologie, Néphrologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénéréologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0046	RPM CS	- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0047	NRPM CS	- Pôle Tête et Cou - OETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - A20 / Hôp. de Hautepierre	49.01 Neurologie
DOSSY Caroline P0048	RPM CS	- Pôle Tête et Cou - OETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HF	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DUFOUILLE Philippe P0129	RPM NCS	- Pôle de Gynécologie Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Mère-Enfant Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique, gynécologie médicale (option gynécologie-obstétrique)
Mme DOLLFUS WALTMANN Hélène P0074	NRPM CS	- Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Mathieu P0158	NRPM NCS	- Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HF	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0075	NRPM NCS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0129	NRPM CS	- Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main, SOS Main / Hôp. Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Sonia P0076	NRPM CS	- Pôle de Biologie - Laboratoire Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière Option Bactériologie-Virologie-Hygiène hospitalière
FAROUT François P0016	NRPM NCS	- Pôle de Pathologie digestives, hépatique et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HF	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0077	NRPM NCS	- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique (Nouvel Hôpital Civil)	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FERNBACH Luc-Matthieu P0078	NRPM NCS	- Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'Hématologie / CANS	47.01 **Hématologie** ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoît P0079	NCS	- HU - Institut Hospitalo Universitaire - Hôpital Civil	42.02 Radiologie et imagerie médicale
GARGI Mohsen P0087	RPM CS	- Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A (Interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	42.03 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien P0081	NRPM NCS	- Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A (Interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	42.03 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0083	NRPM NCS	- Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMU - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GERY Bernard P0084	NRPM CS	- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GROSS Yannick P0085	NRPM NCS	- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cœur-vaisseaux - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 **Chirurgie vasculaire** ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
GIOCOLI Philippe P0086	NRPM CS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0088	NRPM CS	- Pôle de Médecine interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HF	53.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Marie P0089	NRPM CS	- Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HF	46.03 Médecine et santé au travail / travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0090	NRPM CS	- Pôle de Médecine interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0091	NRPM CS	- Pôle des Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMU - Service de Néphrologie – Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0092	RPM NCS	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMU - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	46.01 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMER Julie M0014 / P0209	NRPM NCS	- Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre ambulatoire - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine interne-Réanimation
HIRSCH Edouard P0093	NRPM NCS	- Pôle Tête et Cou - OETD - Service de Neurologie / Maladies neuromusculaires	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alexis P0161	NRPM NCS	- Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HERSCHELL Marie-Eve P0094	RPM CS	- Pôle de Médecine Physique et de l'Handicapation - Institut Universitaire de l'Handicapation / Clemenceau	46.05 **Médecine Physique et Réadaptation**
JAULHAC Benoît P0095	NRPM CS	- Pôle de Biologie - Institut Universitaire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie biologiques
Mme JENNOUDER Nathalie P0079	NRPM CS	- Pôle de Médecine interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HF	53.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0097	NRPM NCS	- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cœur-vaisseaux - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0098	RPM CS	- Pôle de Gériatrie - Service de Médecine interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Service Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KOTOUTI Laurence P0084	NRP5 NCS	- Pôle de Médecine interne, Pharmacologie, Nutrition, Endocrinologie, Oncologie (MIPNED) - Serv. d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Med BHC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP5 NCS	- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KISELO Marko P0108	NRP5 NCS	- Pôle d'activité médico chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.05 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP5 CS	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane P0088	NRP5 CS	- Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 3 - Neuroradiologie Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.03 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0172	NRP5 CS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatologie et Réanimation néonatale (Pédiatrie B)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean Emmanuel P0089	RP5 NCS	- Pôle d'Onco hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0090	NRP5 CS	- Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; **Addictologie** (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0091	NRP5 NCS	- Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAQUEL Vincent P0092	RP5 CS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 3 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne P0112 / P0217	NRP5 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 P0193	NRP5 NCS	- Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Ostéoarticulaire et Interventionnelle / Hôtel de Hautepierre	42.01 Anatomie
LIENHARDT Jean-Marc P0	NP5 CS	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	86.05 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0094	NRP5 NCS	- Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	80.03 Dermato vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0095	NP5 NCS	- Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main / SOS Main / Hôp. de Hautepierre	52.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0200	NRP5 NCS	- Pôle d'Onco hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Michael P0096	NRP5 NCS	- Pôle de Biologie - Département Génétique fonctionnelle et cancer / IGBMC	86.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0097	NRP5 NCS	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0218	NRP5 NCS	- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 **Pneumologie** ; Addictologie
Mme MATHIEUX Cécile P0163	NRP5 CS	- Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 **Gynécologie-Obstétrique** ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0100	NRP5 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
MAZZIOTTI Jean-Philippe P0102	NRP5 CS	- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier P0103	NRP5 NCS	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/ TGI PLUS	86.03 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel P0104	NP5 CS	- Pôle d'Anesthésiologie / Réanimation chirurgicale / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (pôle mixte)
MEYER Alain P0105 / P0205	NRP5 NCS	- Institut de Physiologie / Faculté de Médecine - Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.03 Physiologie (option médicale)
MEYER Nicolas P0106	NRP5 NCS	- Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Épidémiologie / Hôpital Civil - Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôp. Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0108	NRP5 CS	- Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre ambulatoire - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP5 CS	- Pôle de Pharmacologie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire EA7296 / Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MORTEL Olivier P0109	NRP5 NCS	- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0110	NRP5 CS	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	53.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP5 NCS	- Pôle Hépato digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Inta Jacques P0113	NRP5 CS	- Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRP5 NCS	- Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric P0115 / P0216	NRP5 NCS	- Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHAYA Michael P0116	NRP5 NCS	- Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie II - Imagerie Vasculaire et cardio-vasculaire / NHC	43.03 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHUWADI Patrick P0118	RP5 CS	- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP5 NCS	- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0119	NRP5 CS	- Pôle médico chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie II / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELLACCIA Thierry P0225	NRP5 NCS	- Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicale / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.03 Réanimation ; **Médecine d'urgence** Option : Médecine d'urgences

NOM et Prénoms	CB[1]	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme PERRET-LA Liliana P0117	NRPS NCS	- Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0114	NRPS CB	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0115	Cdp	- ICANS - Département de médecine oncologique	47.03 Cancérologie : Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0116	NRPS NCS	- ICANS - Département de médecine oncologique	47.03 Cancérologie : Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0121	NRPS CB	- Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / GAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale/Hôpital Civil	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0102	NRPS NCS	- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HF	44.04 Nutrition
PROUST François P0103	NRPS CB	- Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
PUHAUL Jean-Baptiste P0123	NRPS CB	- 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 P0128	NRPS NCS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HF	52.01 Option : Gastro-entérologie
RINGOT Florian P0127	NRPS NCS	- Pôle de Biologie - Département biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0108	NRPS CB	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HF	52.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît MCU / P0224	NRPS NCS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HF	52.02 Chirurgie générale
Mme ROUSSEL-DERNATO Sylvie P0106	NRPS NCS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0119	NRPS NCS	- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-Vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0145	NRPS CB	- Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
SANANES Nicolas P0124	NRPS NCS	- Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HF	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Arnaud P0113	NRPS NCS	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAUZEAU Eric-André P0104	NRPS NCS	- Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil - Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.06 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0149	RPS CB	- Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRPS CB	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline P0125	NRPS NCS	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis P0144	NRPS CB	- Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antidoulou - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Gérard P0105	NRPS CB	- Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Pédopsychiatrie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0146	NRPS NCS	- Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HF	53.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Laurence P0107	NRPS CB	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HF	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0148	NRPS NCS	- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique P0118	NRPS CB	- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires HTA Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0127	NRPS 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 P0151	NRPS CB	- Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VELLIN Pierre P0150	NRPS CB	- Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HF	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0126	NRPS 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 / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option épidémiologie)
VELTEN Denis P0127	NRPS 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 P0109	NRPS CB	- Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0129	NRPS NCS	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologie moléculaire / Faculté	54.03 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option génétique)
VOGEL Thomas P0110	NRPS CB	- Pôle de Gériatrie - Serv. de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôp.Hautepierre	51.01 Option : Génétique et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christopher Pierre P0152	NRPS CB	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne

NOM et Prénoms	CS*	Services hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
WOLF Philippe Prof	NRPS NCS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantation multiorganes / HP - Coordinateur des comités de prélèvements et transplantations (hc HU)	53.03 - Chirurgie générale
Mme WILTF Valérie Prof	NRPS CS	- Pôle Tête et Cou - Unité Neuromodulation / Hôpital de Haussmann	49.01 - Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haussmann - NHC : Nouvel Hôtel Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie
* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspl : Chef de service par intérim Csp : Chef de service provisoire (un an
CU : Chef d'un de transformation
PS : Pôle RPS (Responsable de Pôle) ou NRPS (Non Responsable de Pôle)
Cons. : Consultant hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chef de service) Dir : Directeur
(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2016
(2) (7) Consultant hospitalier (pour un an) (+renouvellement non obligatoire) --> 31.08.2017
(4) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2016 (5) Consultant hospitalier (pour une même année) --> 31.08.2017
(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017 (8) Consultant hospitalier (pour une même 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	NRPS CS	- Pôle Spécialités médicales - Dermatologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	48.03 Médecine palliative
FABERTSCHECK Françoise	CS	- Pôle Hépato-digestif - Service de Soins Endoscopie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Tina		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC	
SALVAT Eric	CS	- Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	

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

NOM et Prénoms	CS	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0021		- Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43/01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTONI Delphine M0015		- 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 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BANKALANA Valérie M0024		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47/04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0067		- Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43/01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOLSIGER Olivier M0043		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44/01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BRU Valérie M0043		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45/03 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline M0104		- Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43/01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAITTO Raphaël M0113		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47/03 Immunologie
CAZZATO Fabrizio M0119		- Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie Ambulatoire / NHC	43/02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène M0124		- Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	46/02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0015		- Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale intégrative / ICANS	47/02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas M0113		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47/03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		- Pôle d'Imagerie - UR4387 - Imagerie Précoce du rat / HP	43/01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël M0127		- Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antidoisons - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48/02 Réanimation
Mme CORDRANI Rémi-Albane M0119		- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cœur-vaisseaux - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51/04 Option : Médecine vasculaire
DAI LYDUCOFF Ahmad Nassim M0117		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44/01 Biochimie et biologie moléculaire
DELTENRE Jean-Baptiste M0105		- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53/02 Chirurgie générale
DENYS Didier M0019		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47/04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Vera M0101		- Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de l'Hautepierre	49/01 Neurologie
DOLLÉ Pascal M0011		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44/01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0069		- Pôle de Pathologies thoraciques - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / ICANS	44/02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0024		- Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté de Médecine - Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46/03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Bernard M0134		- Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AN2 / Hôpital de Hautepierre	49/04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILBET Marie M0075	CS	- Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45/03 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOKKENS Jacob M0007		- Institut de Physiologie / Faculté de Médecine - Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	44/02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre M0127		- Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45/01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologiques
GITS Vincent M0144		- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'immunologie Clinique / NHC	47/03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine M0133		- Pôle de Biologie - Institut Universitaire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45/01 Option : Bactériologie-Virologie (biologique)
GUERIN Sébastien M0033		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44/03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0123		- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'immunologie clinique / NHC	47/03 Immunologie (option clinique)
Mme HARBAN RASTEI Laura M0113		- Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43/01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0043		- 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
KASTNER Philippe M0023		- Pôle de Biologie - Département Génétique fonctionnelle et cancer / ICGMC	47/04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0014		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44/01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Gilbert M0133		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42/01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata M0134		- Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut universitaire de Réadaptation / Clémenceau	46/05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie M0043		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44/01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LAMMES Béatrice M0041		- Institut d'Histologie / Faculté de Médecine - Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42/03 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44/03 Biologie cellulaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LENCHMAND Claire M0103		- Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénéréologie
LHERMITTE Benoît M0118		- Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0044		- Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent M0047		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline Ap. GUNTHER M0042	CS	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic prénatal moléculaire / CMCO Schiltigheim	54.06 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0053		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAS Anne M0127		- Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0111		- Pôle de Santé publique et Santé au travail - Serv. de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCHENAT Xavier M0032		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0023		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	46.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0024		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme PORTER Cécile M0119		- Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (option biologique)
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 M0075		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / NGAHS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RICH Marianne M0141		- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
ROGUE Pierre (dr. AE) M0061		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Sabrina M0171		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth M0104		- Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SAKOU Anne M0063		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	46.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0177		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHLAGINHAUFEN Frédéric M0068		- Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : **Bactériologie**-virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 **Bactériologie-Virologie** ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SOKSIC Christelle M0088		- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Dialysologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOLL Emilie M0145		- Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : **Bactériologie**-virologie (biologique)
TALHA Samy M0073		- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0074		- Pôle médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		- Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.06 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUBIDI Aurélie M0108		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie biologiques
Mme VILLARD Odile M0076		- Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	46.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0112		- Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZNIC Anne Ap. MARCAKTONI M0113		- Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joël M0077		- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAH Chrétien Hervé	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr [illegible]	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Laurent	ICUBE UMR 7357 - Equipe INRS / Faculté de Médecine	61.	Neurosciences
Mme THOMAS Marion	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme BCARRONE Marianna HOEZ	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epidémiologie - 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	MG34	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. BRIOB BERTHOU Anne	MG09	Médecine générale (01.09.2015)
Pr Ass. GUIJI OLI Philippe	MG44	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. LILO Philippe	MG44	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. ROUGERIE Fabien	MG07	Médecine générale (01.09.2014)

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

Dre CHAMBE Juliette	MG04	53.03 Médecine générale (01.09.2018)
Dr LORENZO Mathieu		53.03 Médecine générale

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

Dre DURAND Claire	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dre SANGELME 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	MG35	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.08)
Mme CANDAS Peggy	MG34	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.09)
Mme [illegible] Marie-Noëlle	MG33	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	MG36	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MAHI Bibi Suzanne	MG34	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr DE MARCHI Marc	- Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie Service d'Oncologie Médicale / KORIM
Mme Dre GERARD Bénédicte	- Pôle de Biologie Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOUREAUX Bénédicte	- Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	- Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement permanent / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dre LALLEMAN Lucie	- Pôle Urgences - SAMU/ST - Médecine Interne et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	- Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	- Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HENYACH Catherine	- Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Israël	- Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Fiona	- Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	- Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique Service de Gynécologie Obstétrique / CMCO
Dr REY Didier	- Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie - SMO - Le mail d'ailleurs - Centre de santé de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	- Pôle Locomotrice - Service de Chirurgie Spécialisée / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	- Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMCO
Dr TCHOMAKOV Dimitar	- Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre WEBER Anne	- Pôle Urgences - SAMU/ST - Médecine Interne et Réanimation SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- *au droit et à vie (membre de l'Institut)*
  CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
  WANDEL Jean Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- *pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)*
  Mme STEB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- *pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)*
  DUFOUR Patrick (Cardiologie clinique)
  NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
  PINGET Michel (Pneumonologie, diabète et maladies métaboliques)
  Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- *pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)*
  BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
  DAMOY Jean-Marie (Pédiatrie)
  KEMPF Jean François (Chirurgie orthopédique et de la main)
  ROPPERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
- *pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)*
  DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
  DEMUNGOL Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
  HERBRECHT Rémi (Hématologie)
  STEB Jean Paul (Chirurgie du rachis)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. BOLTR Luc CNU-31 RECAD (01.09.2008 - 30.09.2012 (renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021))

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Pr CHAPRON Dominique	(2013-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2013-2020)
Pr LANG Walter G.	(2013-2020)
Pr MAGE Antoine	(2013-2020)
Pr MASTELLI Antonio	(2013-2020)
Pr REIS Jocelyn	(2013-2020)
Pre RONGIERES Catherine	(2013-2020)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94
BAEHL Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01
BALZAUF Jean-Jacques (Gynécologie-obstétrique) / 01.09.01
BARRIES Pierre (Cardiologie) / 01.09.15
BATTENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépato-gastro entérologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean Pierre (Gynécologie) / 01.01.19
BERTEL Marc (Genève) / 01.09.10
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04
BLOCH F. Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 16.10.17
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.10
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99
BRETTES Jean Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.96
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.16
CANTENAT Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.10
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.13
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.16
CHELLY Jamel-Eddine (Génétique génétique) / 01.09.20
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 01.10.16
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.02
CONSTANTINESCO André (Biochimiques et médicales nucléaire) / 01.09.11
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17
DORFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17
DUCLOS Bernard (Hépato-Gastro-Hépatologie) / 01.09.16
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.10
EBERSWANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.09.10
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09
GAY Gérard (Hépato-gastro-entérologie) / 01.09.19
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.06
GRUCKER Daniel (Institut de Physiologie Biologique) / 01.09.01
GUT Jean Pierre (Virologie) / 01.09.14
HASSELMANN Michel (Médecine interne) / 01.09.16
HAUPTMANN Georges (Pharmacologie clinique) / 01.09.06
HEID Benoit (Dermatologie) / 01.09.04
IMLER Marc (Médecine Interne) / 01.09.98
JACQUIN Didier (Urologie) / 01.09.17
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11
JOST Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.16
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06
KHERIBI Michel / 01.09.96
KRIEGER Jean Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.19
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.06
KUNTZMANN Francis (Génétique) / 01.09.07
KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.19
MALLET Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
MATTEI Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.10
MONDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.10.14
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 d'biologie cellulaire) / 01.09.99
MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique médi.) / 01.09.10
MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.99
OLIDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.16
PAUTRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
PINGET Michel (Pneumonologie) / 01.09.19
POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.95
RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.05
ROMPLER Yves (Méd. développement) / 01.09.10
SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
SAUTER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
SCHLAEDER Guy (Gynécologie Obstétrique) / 01.09.01
SCHLENDER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.09.11
SCHRAUB Simon (Épidémiologie) / 01.09.12
SICK Hervé (Anatomie Normale) / 01.09.06
STERN F. Jean-Luc (CRT) / 01.09.10
STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.19
STORCK Dan et (Médecine interne) / 01.09.03
TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.05
TONDIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
TRESNER Alain (Gynécologie-Obstétrique / 01.09.08
VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.18
VETTER Jean Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.06
WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
WATTEZ André (Gynécologie Obstétrique) / 01.09.21
WIHLM Jean-Marc (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
WILK André (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
WOLFRAM-GABEL Renate (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine - 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.85.35.70 - Fax : 03.88.35.38.18 ou 03.88.85.54.07

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : *Nouvel Hôpital Civil* - 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.00
- HC : *Hôpital Civil* - 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.00
- HH : *Hôpital de Hautepierre* - Avenue Molière - B.P. 48 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- *Hôpital de La Robertsau* - 63, rue Hirschler - F - 67018 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.66.11
- *Hôpital de l'Elsau* - 16, rue Erlenoch - 67100 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.00

EMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical - 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.83.80.00

C.O.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main - 10, Avenue Baumann - B.P. 55 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.66.80.00

E.P.S. - Établissement Français du Sang - Alsace - 10, rue Spielmann - BP. N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.20

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.85.04.24

IRMC - Institut Universitaire de Réhabilitation Clemenceau - CHU de Strasbourg et USECAM (Union pour la Gestion des Établissements 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 À 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'Être 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

Je tiens à remercier mon directeur thèse, le Docteur Boris Gass, d'avoir accepté le suivi de mon travail et de mes recherches. Je lui suis reconnaissant pour l'aide, la patience et ses remarques avisées d'analyse qu'il m'a donné dans sa grande disponibilité.

Je remercie le Professeur Michel Velten d'avoir accepté la présidence de mon jury, pour son intérêt et ses précieux conseils.

Je remercie le Docteur Yannick Schmitt d'avoir fait part de son intérêt pour mes travaux et de sa participation à ce jury.

Cette étude n'aurait pas pu aboutir sans la collecte d'un grand nombre de données. En cela je remercie chaleureusement l'ensemble des médecins qui ont mis à disposition leurs salles d'attente pour l'investigation.

Merci à mes amis, élégants copilotes dans cette aventure, Joris et Arif.

Ma famille a toujours été présente depuis le début de ces longues et prenantes études, ils ont été d'un grand soutien malgré mes doutes, je tiens à remercier Nathalie, Gérard, Léa et Jules. Ma belle-famille constituait aussi une vraie bouffée rassurante d'optimisme. Je remercie à ce titre Aline, Alain, Céline, Mathieu, Syndi, Monique et Gilbert qui se reconnaitront.

Un soutien infaillible m'a été donné par mon épouse, Émilie, en toutes circonstances et je ne pourrai jamais assez la remercier. Son intelligence et sa constance m'ont aidé à surmonter des périodes difficiles. Nous avions débuté les études ensemble, c'est une fierté, je lui dois beaucoup.

Enfin le choix du sujet de ma thèse est probablement lié à ma sensibilité pour les territoires et le monde rural, que j'ai découvert très tôt au contact de mes grands-parents. Je remercie mon défunt grand-père, Michel Quenet et ma grand-mère Jeanine, pour les soins et les enseignements capitaux et structurants qu'ils m'ont donné dès l'enfance. Jamais je ne l'oublierai.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS **16**

INTRODUCTION **16**

1. ÉTAT DES LIEUX 16
2. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE 19

MÉTHODOLOGIE **20**

1. DESIGN ET CONDUITE DE L'ÉTUDE 20
   1.a. Élaboration du questionnaire *20*
   1.b. Distribution et recueil des questionnaires. *22*
   1.c. Critères d'inclusions *22*
2. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNÉES 23
3. APPROBATION ÉTHIQUE 24

RÉSULTATS **24**

1. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION DU RECUEIL 24
   1.a Origine des données collectées *24*
   1.b Caractéristiques sociodémographiques des répondeurs *26*
2. SATISFACTION 27
3. USAGES ET HABITUDES DES RÉPONDEURS SUR LA MÉDECINE GÉNÉRALE 28
4. IMAGE DU MÉDECIN ET DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE 29
5. LES CHAMPS D'ACTION DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE 30
6. ORGANISATION, PERSPECTIVES 31

DISCUSSION **33**

1. UNE SATISFACTION ÉLEVÉE QUI N'EST PAS PLUS IMPORTANTE EN ZONE RURALE. 33
2. USAGES ET HABITUDES : UNE UTILISATION DIFFÉRENTE D'INTERNET EN SANTÉ 37
3. UNE IMAGE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE PEU DIFFÉRENCIÉE ENTRE LES DEUX ZONES GÉOGRAPHIQUES 39
4. UNE ATTENTE DE COMPÉTENCES SPÉCIFIQUES MÊME EN ZONE URBAINE 41
5. ORGANISATION, PERSPECTIVES. 44
6. POINTS FORTS ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDE 47
7. OUVERTURES 48

CONCLUSIONS **50**

ABBRÉVIATIONS **55**

DÉFINITIONS **55**

ANNEXES **56**

ANNEXE 1. QUESTIONNAIRE DE L'ÉTUDE 56
ANNEXE 2. AVIS DU COMITÉ DU CENTRE HOSPITALIER DE BAR LE DUC 62
ANNEXE 3. FIDELITÉ EXPRIMEE SELON L'ÂGE ET LA PRÉSENCE DE MALADIE(S) CHRONIQUE(S). Q8. 64
ANNEXE 4. VÉRIFICATION DES INFORMATIONS MÉDICALES SELON L'ÂGE. Q10. 64
ANNEXE 5. VÉRIFICATION SUR INTERNET DES INFORMATIONS MÉDICALES PAR LES PATIENTS ≤ 50 ANS EN FONCTION DE LA PRÉSENCE D'UNE MALADIE CHRONIQUE. Q10 64
ANNEXE 6. PROPORTION DE NON RÉPONDEUR À LA QUESTION SUR LE SUIVI DES ENFANTS SELON LE SEXE POUR LES SUJETS ≤ 50 ANS. Q24 65
ANNEXE 7. CHOIX DU PRATICIEN POUR UN SUIVI GYNÉCOLOGIQUE SELON L'ÂGE DES FEMMES. Q19 65

ANNEXE 8. IMPACT DE LA RÉALISATION D'AU MOINS UNE TÉLÉCONSULTATION SUR L'UTILITÉ RESSENTIE DE LA TÉLÉMÉDECINE. Q28 ET Q29 66

BIBLIOGRAPHIE. 67

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR 75

AVANT-PROPOS

Depuis 2007, les médecins diplômés des facultés de médecine sont Spécialistes en Médecine Générale après avoir validé le DES de Médecine Générale. Par soucis de simplification et clarté, nous avons cependant gardé la dénomination « Médecin Généraliste » dans notre étude.

INTRODUCTION

1. État des lieux

La médecine générale **se pratique différemment en milieu rural et en milieu urbain**, le MG (médecin généraliste) en ZR (zone rurale) occupe une place privilégiée dans le parcours de soins des patients par rapport aux ZU (zones urbaines). Des études francophones et anglophones ont mis en évidence des différences de pratique entre les deux milieux géographiques :

- La part du MG dans l'activité médicale totale des patients semble plus importante en milieu rural, cette particularité a été notamment étudiée dans 3 régions françaises (1).

- Le MG rural a tendance à avoir une pratique différente concernant l'adressage aux confrères spécialistes (2)(3)(4), qui est moins importante. Cela implique, dans certains cas, la réalisation de prises en charge plus autonomes, d'actes ou de consultations plus variés avec des compétences spécifiques (5) comme la gynécologie, la pédiatrie, la gériatrie et la prise en charge de certaines urgences. Les visites à domicile seraient aussi plus fréquentes (6).

- Les recours des patients ruraux eux-mêmes à la médecine spécialisée (1), à l'hôpital (7) et aux urgences (8)(9) semblent moins importants.

Plusieurs variables expliquent ces observations :

- **L'offre de soins médicaux et paramédicaux disponible est un facteur explicatif**

important. La médecine française a connu, en parallèle au progrès des techniques médicales, une spécialisation importante au cours des cinq dernières décennies. Durant cette période, le nombre de

médecins spécialistes en activité a fortement augmenté et a dépassé le nombre de MG en 1998 (10). La consommation et la part des soins spécialisés ont, elles aussi, fortement augmenté (11). Aussi, la prise en charge des patients a évolué vers la pluridisciplinarité et s'est répartie entre plusieurs acteurs. Cependant, l'offre de soins ne s'est pas répartie de manière homogène sur le territoire au cours de cette période. Si la densité de médecins par habitant, est en général, plus importante en milieu urbain qu'en milieu rural, c'est particulièrement le cas pour la densité de médecins spécialistes par rapport aux MG, ceux-ci semblant être les professionnels de santé les mieux répartis sur le territoire français (10)(12). L'accessibilité aux spécialistes, plus qu'aux MG, est une problématique des populations des zones rurales, comme le soulignait également un rapport pour la MSH Lorraine en 2015 (13).

- **Outre la notion de spécialisation, le recours aux structures hospitalières a une influence sur la pratique médicale des MG.** La part de l'hôpital privée ou publique dans la prise en charge des patients a augmenté au cours du temps que ce soit pour les consultations externes ou le recours aux urgences, en volume et en coût (14)(15). Les structures hospitalières et d'urgences sont elles aussi réparties de manière inégales en France, celles-ci étant concentrées naturellement dans les ZU. Cette différence de répartition induit des différences de recours aux soins des patients en fonction de leur zone géographique (9), mais induit aussi des différences d'adressages et de pratiques de la part des MG.

- **D'autre part, les ZU et ZR, outre la typologie de leurs territoires, se différencient sur les critères socio-économiques et démographiques de leurs habitants,** qui induisent aussi des différences d'habitudes et de recours aux soins. Les zones urbaines et périurbaines concentrent la plus grande proportion de diplômés des études supérieures, de cadres, de travailleurs du secteur tertiaire et de jeunes car elles sont attractives sur le plan universitaire et sur le plan de l'activité économique et des services. Au contraire les zones rurales sont en général moins favorisées sur ces plans, la part de l'emploi « industriel » est plus importante et le ratio du nombre d'ouvriers sur le nombre de cadres est supérieur. Les niveaux de vie sont aussi en général plus faibles à mesure que

l'on s'éloigne des pôles urbains (16). Ces particularités sociodémographiques induisent elles aussi des différences de consommation de soins. En effet, le recours à la médecine spécialisée augmente avec le niveau d'instruction et les ressources financières des patients (17)(18). On sait par exemple que les cadres consultent plus fréquemment les médecins spécialistes que les ouvriers.

Ces différences de pratique entre le milieu rural et le milieu urbain semblent aussi ressenties par les MG eux-mêmes. Comme nous montrent les travaux de thèse de Coutrix C. (19), ils associent, outre la typologie du territoire, la pratique rurale **à un éloignement géographique des urgences, une variété plus importante de soins de premier recours notamment avec la pratique de la gynécologie, de la pédiatrie et des urgences.** Ces ressentis peuvent être des freins ou des motivations, à priori, concernant l'installation pour les futurs praticiens. En effet, la proximité avec les patients et une pratique plus autonome, peuvent être associées négativement à la médecine rurale (20)(21), alors que pour d'autres, la médecine rurale garantie une pratique plus intéressante et variée (22)(23) mais aussi plus « authentique » (24). Ainsi, le rôle du médecin traitant peut apparaître comme plus central dans la prise en charge des patients en milieu rural, celui-ci étant un interlocuteur privilégié. Au contraire, celui du MG en milieu urbain peut être considéré comme moins technique et plus dépossédé de ses rôles du fait de la spécialisation et de différents modes de consommation sanitaire.

Ces considérations, à priori, peuvent influencer le projet d'installation des médecins, leur pratique une fois installés et avoir un impact sur l'offre médicale proposée. Pour illustrer ce propos, nous prenons l'exemple précis des sutures en cabinet. Une étude montrait par exemple qu'un projet d'installation en milieu urbain était associé à une plus faible volonté de réaliser des sutures en cabinet de la part des futurs médecins. L'idée d'une absence de demande de la part des patients était une des causes significatives exprimées par ces derniers pour justifier l'absence de pratique (25). Une autre étude montrait qu'une partie non négligeable des patients se rendant aux urgences pour un acte de suture ne savaient pas qu'un médecin de ville pouvait suturer une plaie (26). L'absence de proposition de suture par les médecins en ville peut être en partie le résultat de préjugés sur la

pratique médicale en milieu urbain, par rapport au milieu rural aboutissant à un transfert de ces actes vers les services d'urgences. A terme, cela peut aussi entraîner une demande de prise en charge extra hospitalière des sutures moins importante de la part des patients. Une situation similaire était retrouvée pour l'équipement et la pratique d'ECG par les MG. Elle était plus fréquente en milieu rural et fonction de la distance des spécialistes (27)(28). Cette différence induirait une diminution de l'autonomie du médecin et un plus grand report vers les avis spécialisés cardiologiques ou vers les urgences (28).

L'image du médecin, et plus particulièrement du MG a évolué au fil des décennies, suivant l'évolution de l'offre médicale et sa technicisation. Bien que toujours apprécié par la population, des études montrent que son « prestige » semblerait avoir diminué. La perception de son rôle et de ses compétences dans l'offre médicale globale semble être moins centrale (29) (30). Cette décroissance pourrait être plus franche en ville du fait de l'évolution de l'offre de soins locale et des mutations sociodémographiques qu'a connu la société Française.

2. Objectifs de l'étude

Au vu des différences supposées entre le milieu rural et le milieu urbain dans le domaine de la médecine générale, **notre étude a pour but de comparer les deux milieux et de mettre en évidence des différences de point de vue des patients sur la médecine générale, ses champs d'actions et l'image du MG. Sa place est-elle moins importante aux yeux des patients en ville qu'en campagne ? Existe-t-il une demande moins importante de compétences pour le médecin en ZU qu'en ZR comme il est souvent pressenti par les praticiens ?** Il existe des études et des statistiques qui comparent les deux milieux d'un point de vue sanitaire mais à notre connaissance, aucune étude n'a évalué spécifiquement le point de vue des usagers, les patients.

Nous avons vu que les considérations et préjugés sur le milieu rural et urbain influencent les pratiques des médecins et les projets d'installation des futurs praticiens. Ce point de vue populationnel sur différents aspects du métier, peut informer le praticien ou le futur médecin et

l'amener à se questionner sur sa pratique, son rapport à sa patientèle et son projet d'installation futur.

Dans le contexte actuel d'une démographie médicale peu favorable, c'est également une tentative singulière d'évaluer la place perçue de la médecine générale dans l'environnement sanitaire et dans l'offre de soins.

MÉTHODOLOGIE

1. Design et conduite de l'étude

Cette étude est une étude comparative descriptive. L'objectif était de réaliser une comparaison de la population rurale avec la population urbaine sur ses considérations concernant la médecine générale. L'hypothèse était que les différences rencontrées entre le milieu rural et le milieu urbain, tant sur la pratique de la médecine qu'au niveau de la population, pouvaient aboutir à des différences de considération.

1.a. Élaboration du questionnaire

Le support de l'étude est un questionnaire anonyme de 32 questions, **Annexe 1.** Les données. sont soit qualitatives, soit quantitatives. L'élaboration du questionnaire avait pour but de traiter la médecine générale dans ses nombreux aspects.

- Ainsi les questions de 1 à 5 du questionnaire recueillent **les données informatives sur les répondeurs :** la tranche d'âge, le sexe, le code postal, la catégorie socio-professionnelle ainsi que l'existence ou non d'une maladie chronique.
- Les questions de 6 à 10, 15 et 23 portent sur **l'usage et les habitudes des patients concernant la médecine générale**, leur propension à accepter les remplaçants (Q.6), leur fréquence de consultation (Q.7), leur fidélité au médecin (Q.8), les critères de choix d'un médecin traitant (Q.9), le recours à internet pour vérifier des informations médicales (Q.10), l'importance de la ponctualité (Q.15), le rapport du patient à l'erreur médicale (Q.23).

- Les questions de 11 à 14 et 16 à 17 se focalisent sur **l'image que les patients ont de leur MG**, la confiance au MG (Q.11), la capacité d'écoute du médecin (Q.12), la satisfaction des informations dispensées (Q.13), la notion de qualification de « médecin de famille » (Q.14), la représentation que les patients ont de leur médecin (Q.16), le prestige du MG par rapport au spécialiste (Q.17).
- Les questions de 18 à 22 et 24 s'intéressent aux **considérations sur les champs d'action de la médecine générale, en termes de compétences et de pratique :** le recours pour motif psychologique (Q.18), le suivi gynécologique (Q.19), la place de la petite chirurgie d'urgence (Q.20), le suivi d'une pathologique chronique non compliquée comme le diabète (Q.21), l'intérêt de compétences technique comme l'échographie (Q.22), les consultations de pédiatrie par le MG (Q.24).
- Les questions de 26 à 31 portent sur **l'organisation de la médecine générale en relation avec les perspectives d'évolutions futures (démographie, technologie, mode d'exercice…)**, la part des médecines alternatives (Q.25), les craintes par rapport à la démographie médicale (Q.26), l'intérêt des regroupements de professionnels de santé et de leur collaboration (MSP, associations…) (Q.27), l'intérêt porté à la télémédecine (Q.28 et Q.29), le jugement porté sur le prix de la consultation en médecine générale (Q.30), l'importance du tiers payant (Q.31).
- La question 32 porte sur la **satisfaction globale des patients concernant leur MG**, critère principal de l'étude.

La plupart des questions ont été élaborées par l'auteur. Certaines ont été reprises de questionnaires utilisés dans la littérature de travaux précédents, notamment pour les items traitant de l'image du médecin, en rapport avec notre sujet :

- Les questions 5,7,9,10,11,16, 23 et 25 ont été reprises du questionnaire utilisé dans les travaux de **thèse de C. Mousel en 2007 (29) qui traitaient de l'évolution de l'image du médecin en Lorraine.** Elle s'inspirait déjà d'un questionnaire réalisé par A. D'Houtaud en

1981, ayant servi de base à des publications plus anciennes sur l'image du médecin dans la population (31) (32).

- Les questions 21 et 30 ont été inspirées du questionnaire du travail de **thèse de E. Mourton en 2013 (30) qui traitait des représentations sociales du MG en Lorraine.**

Le recours uniquement à une version papier et non pas informatique des questionnaires devait limiter les biais sur l'âge des répondeurs ou sur d'autres facteurs favorisant ou entravant l'usage du numérique.

1.b. Distribution et recueil des questionnaires.

Deux méthodes ont été utilisées pour la création de données.

La première, très majoritaire, a été le **dépôt de questionnaires physiques dans les salles d'attentes des cabinets de MG** inclus dans l'étude en milieu rural et en milieu urbain. Les questionnaires vierges ont été mis à disposition pour être remplis dans des boites ouvertes en salle d'attente. Dans chaque salle était déposée une ou plusieurs urnes fermées où les répondeurs pouvaient déposer le questionnaire une fois rempli. Une affiche informative était placardée dans les salles d'attente pour attirer l'attention sur l'étude en cours. Les urnes étaient ensuite récupérées 1 à 2 mois après leur dépôt pour la collecte des questionnaires.

La deuxième méthode, minoritaire, a été la **distribution des questionnaires physiques par un investigateur, à des sujets qui vivaient en milieu urbain exclusivement**, à Metz et Thionville en Moselle. Une fois les questionnaires remplis, ils ont ensuite été recueillis par ce même investigateur.

1.c. Critères d'inclusions

Les cabinets inclus devaient être des cabinets de MG, installés en libéral, seuls ou en association. Chaque cabinet était réparti dans le bras rural ou urbain de l'étude en fonction de sa situation selon les derniers **critères définissant l'espace rural de l'espace urbain en France de 2020 de l'INSEE (16)**. Cette définition de la dichotomie rural/urbain, distingue 4 catégories de communes rurales et 2 catégories de communes urbaines. En ruralité, on retrouve les communes rurales autonomes très

peu denses (hors influence d'un pôle), les communes rurales autonomes peu denses, les communes rurales sous faible influence d'un pôle et celles sous forte influence d'un pôle. En ZU, on retrouve les communes urbaines de forte densité et celles de densité intermédiaire. Afin de classer convenablement chaque cabinet inclus dans le bras correspondant à sa situation géographique, nous avons utilisé la carte interactive (33) disponible sur le site de l'Observatoire des Territoires de l'Agence Nationale de la Cohésion des territoires (ANCT).

Pour le recrutement et la mise à disposition des salles d'attente, l'accord des médecins et/ou des responsables de structures a été recueilli par mail après explication de l'étude.

Les inclusions de cabinet, ainsi que la distribution puis le recueil des données se sont étalées sur une période de 8 mois de septembre 2020 à avril 2021.

La population étudiée est la population des patients qui fréquentent des cabinets de médecine générale. Ils devaient avoir plus de 18 ans, vivre en milieu rural ou en milieu urbain et avoir répondu au questionnaire proposé dans les salles d'attentes ou distribué par l'investigateur.

Après récolte du contenu anonyme des urnes, étaient exclus les questionnaires des répondeurs stipulant être mineurs et ceux des répondeurs n'ayant renseigné aucune des questions portant sur les caractères sociodémographiques dans la première partie du questionnaire (questions 1 à 5).

2. Traitement et analyse des données

L'extraction des réponses a été effectuée dans une base de données de type tableur Excel. Les questionnaires issus des cabinets ruraux ont été affectés dans le bras rural, à l'inverse les questionnaires issus de l'urbain, dans le bras urbain. Le critère principal était **la satisfaction des répondeurs concernant leur MG.** Les autres critères traitaient de **l'image du MG, des champs d'actions de la médecine générale, de son organisation et des perspectives.**

Pour l'analyse des données, les variables qualitatives ont été présentées en nombres et pourcentages pour chaque modalité. Les variables quantitatives ont été présentées sous forme de

moyenne avec leur écart type. L'analyse univariée a été conduite pour traiter les facteurs liés à la zone géographique en utilisant le test de Mann-Whitney Wilcoxon, le test Chi2 ou le test de Fisher en fonction de leur condition d'application. Les facteurs pour lesquels la « p value » était inférieure à 0,1 ont été inclus dans un modèle de régression logistique multivariée selon une sélection pas à pas décroissante des variables. Les variables des questions 9 et 16 ont été analysées uniquement en univariée, pour ne pas surcharger le modèle. Le seuil de significativité $p < 0,05$ a été retenu pour l'analyse multivariée. Toutes les analyses ont été réalisées en utilisant les logiciels R version 3.1. pour les comparaisons statistiques et XLSTAT pour les analyses descriptives en sous-groupe. Au vu du nombre important de variables, les questions 11, 12, 13, 23.2, 25, 28, 30, 31 ont d'emblée été exclues du modèle statistique et leurs données sont donc descriptives. Le NSN a été défini à 750, selon le mode de calcul préconisé par la littérature à propos de la taille d'échantillonnage pour régression logistique d'études observationnelles (34).

Les codes postaux ont été demandés pour contrôler la cohérence des données récoltées, sur les critères de ruralité et urbanité lors de la production de la base de données, avant analyse. Ils n'ont pas été inclus dans les analyses descriptives ou comparatives et n'apparaissent pas dans les tableaux.

3. Approbation éthique

L'étude se situe « hors loi Jardé » et ne relève pas de la loi « informatique et liberté », conformément à l'outil en ligne mis à disposition par le Département de médecine générale de Strasbourg concernant les formalités règlementaires de la recherche en santé (35), les données sont anonymes dès leur production par les répondeurs. Une demande a été faite au comité éthique du centre Hospitalier de Bar le Duc qui a rendu son avis favorable, en **Annexe 2**.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de la population du recueil

1.a Origine des données collectées

Le **Tableau 1.** synthétise l'origine des données collectées. Au total **18 structures médicales** ont accepté de participer à l'études. Dix d'entre elles étaient localisées en ZR, 8 en ZU.

Les cabinets inclus pour le bras rural se situaient dans les communes de **Gondrecourt-le-Château** (Meuse), **Haroué** (Meurthe et Moselle), **Revigny-sur-Ornain** (Meuse), **Vicherey** (Vosges), **Monthureux-sur-Saône** (Vosges), **Triaucourt** (Meuse), **Bulgnéville** (Vosges), **Vigneulles-les-Hattonchatel** (Meuse), **Dieue-sur-Meuse** (Meuse) et **Sermaize-les-Bains** (Marne). Les cabinets inclus pour le bras urbain se situait dans les communes de **Strasbourg** (Bas-Rhin), **Ostwald** (Bas Rhin), **Montigny-les-Metz** (Moselle), **Marly** (Moselle), **Illkirch-Graffenstaden** (Bas-Rhin), **Saint-Dizier** (Haute Marne). Les communes sont citées dans le désordre dans le **Tableau 1.**

Dans ces structures incluses, les questionnaires recueillis correspondent à la patientèle de **53 MG**, **1838 questionnaires valides** ont été recueillis et étudiés par ce biais. Pour la ZU, **57 questionnaires supplémentaires** ont aussi été recueillis par un investigateur. Outre les questionnaires postés sans réponse, 32 questionnaires ont été exclus selon les critères d'exclusion. Au total **1895 questionnaires ont été étudiés**, 1036 (54,67%) en milieu rural et 859 (45,33%) en milieu urbain. En ruralité, 2 structures étaient issues des « zones rurales sous influence d'un pôle », les 8 autres étaient issues du « rural autonome ». L'APL moyen pondéré[1] du bras rural était de 4,03 contre 4,83 en urbain.

[1] APL : voir Définition p 57.

Tableau 1. Synthèse du receuil des questionnaires.

N° Structure	Département	Type de receuil	Nb de médecins	Nb de questionnaires n (%)	Degré d'urbanité (INSEE 2020)	APL (consultations/ habitant/an)	APL Moyen pondéré
Rural *N = 1036 (54,67%)*							4,03
1	VOSGES	Urne en salle d'attente	4	114 (6,02)	Rural autonome peu dense	3,9	
2	MEUSE	Urne en salle d'attente	3	83 (4,38)	Rural autonome peu dense	4	
3	MEUSE	Urne en salle d'attente	2	45 (2,37)	Rural autonome peu dense	3,7	
4	MEUSE	Urne en salle d'attente	5	172 (9,08)	Rural sous faible influence d'un pole	4,5	
5	MEURTHE ET MOSELLE	Urne en salle d'attente	4	122 (6,44)	Rural sous forte influence d'un pôle	3,4	
6	MEUSE	Urne en salle d'attente	1	69 (3,64)	Rural autonome peu dense	3,5	
7	MEUSE	Urne en salle d'attente	5	150 (7,92)	Rural autonome peu dense	3,7	
8	VOSGES	Urne en salle d'attente	3	110 (5,8)	Rural autonome très peu dense	3,7	
9	VOSGES	Urne en salle d'attente	2	49 (2,59)	Rural autonome peu dense	5	
10	MARNE	Urne en salle d'attente	6	122 (6,44)	Rural autonome peu dense	4,5	
Urbain *N = 859 (45,33%)*							4,83
11	BAS RHIN	Urne en salle d'attente	1	6 (0,32)	Urbain à forte densité	6,1	
12	BAS RHIN	Urne en salle d'attente	1	39 (2,06)	Urbain à forte densité	6,1	
13	MOSELLE	Urne en salle d'attente	4	80 (4,22)	Urbain à densité intermédiaire	4,7	
14	BAS RHIN	Urne en salle d'attente	2	84 (4,43)	Urbain à forte densité	6,1	
15	MOSELLE	Urne en salle d'attente	1	228 (12,03)	Urbain à forte densité	4,7	
16	BAS RHIN	Urne en salle d'attente	1	86 (4,54)	Urbain à forte densité	6,1	
17	HAUTE MARNE	Urne en salle d'attente	5	250 (13,19)	Urbain à densité intermédiaire	3,6	
18	BAS RHIN	Urne en salle d'attente	3	29 (1,53)	Urbain à forte densité	6,1	
19	MOSELLE	Enqueteur	NA	57 (3,01)	Urbain à forte densité	4,7	

1.b Caractéristiques sociodémographiques des répondeurs

Les caractéristiques sociodémographiques des patients répondeurs sont décrites dans le **Tableau 2.** Dans les deux bras, les femmes étaient majoritaires (68 %), il n'y avait pas de différence significative de répartition du sexe des répondeurs p = 0,81. La structure d'âge montre une proportion plus importante de répondeurs âgés de 18 et 30 ans en milieu urbain (12,8 %) qu'en milieu rural (7,8%), à l'inverse, la proportion de répondeurs ayant plus de 65 ans est plus importante en milieu rural (32 %) qu'en milieu urbain (26,31%). Entre 30 à 65 ans, les deux bras sont assez équilibrés. Au niveau socio-professionnels les agriculteurs sont plus nombreux en rural (1,54%) qu'en urbain (0,23%), ainsi que les ouvriers (9,17% vs 7,22 %) et les retraités (39,57% vs 34,11%). A l'inverse les cadres d'entreprises sont moins nombreux en milieu rural qu'en urbain (3,18% vs 5,59%), ainsi que les répondeurs en recherche d'emploi (3,28% vs 5,35%) et les étudiants (1,64% vs 3,14%). Les proportions des autres catégories socio-professionnelles sont assez proches dans les deux groupes. La proportion de répondeurs ayant déclaré avoir une maladie chronique est de 50,39% en rural vs 43,31% en urbain, sans différence significative observable après analyse multivariée p = 0,84.

Tableau 2. Caractéristiques des répondeurs en fonction du lieu de consultation (rural ou urbain).

	Territoire Rural	Territoire Urbain	Analyse Univariée		Analyse Multivariée	
	N=1036	*N=859*	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
Q1.Sexe : *n (%)*						
NA	5 (0,48)	8 (0,93)	0,98 (0,80-1,19)	0,808	1,26 (0,95-1,67)	0,105
Femmes	707 (68,24)	588 (68,45)				
Hommes	324 (31,27)	263 (30,62)				
Q3.Age (années) : *n (%)*						
NA	4 (0,39)	1 (0,12)	1,2 (1,10-1,31)	**< 0,001**	1,06 (0,92-1,22)	0,402
Plus de 80 ans	50 (4,83)	31 (3,61)				
Entre 66 et 80 ans	282 (27,22)	195 (22,7)				
Enre 51 et 65	328 (31,66)	254 (29,57)				
Entre 31 et 50 ans	291 (28,09)	268 (31,2)				
Entre 18 et 30 ans	81 (7,82)	110 (12,81)				
Q4.Catégories socio-professionnelles : *n (%)*						
Agriculteur	16 (1,54)	2 (0,23)	0,99 (0,95-1,03)	0,58		
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	24 (2,32)	19 (2,21)				
Profession libérale	18 (1,74)	16 (1,86)				
Cadre d'entreprise	33 (3,19)	48 (5,59)				
Profession Intermédiaire, employé	222 (21,43)	211 (24,56)				
Ouvrier	95 (9,17)	62 (7,22)				
Retraité	410 (39,58)	293 (34,11)				
Recherche d'emploi	34 (3,28)	46 (5,36)				
Homme ou femme au foyer	36 (3,47)	28 (3,26)				
Etudiant	17 (1,64)	27 (3,14)				
Autre	110 (10,62)	97 (11,29)				
NA	21 (2,03)	10 (1,16)				
Q5.Maladie Chronique : *n (%)*						
Oui	522(50,39)	372(43,31)	1,33 (1,10-1.60)	**0,003**	1,03 (0,77-1,37)	0,84
Non	481(46,43)	455(52,97)				
NA	33(3,19)	32(3,73)				

2. Satisfaction

Concernant le critère principal de l'étude, à savoir la satisfaction globale des répondeurs à propos de leur MG, on retrouve **une différence significative en multivariée en faveur du bras urbain p < 0,001, Tableau 3.** La satisfaction moyenne est de **8,86/10 en ruralité contre 8,97/10 en ville**. De manière descriptive, on note une tendance d'influence positive de l'âge des répondeurs sur la satisfaction, dans les deux bras.

Tableau 3. Satisfaction globale des répondeurs concernant leur médecin généraliste. Critère principal.

	Territoire Rural	Territoire Urbain	Analyse Univariée		Analyse Multivariée	
	N=1036	*N=859*	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
Q32.Satisfaction Globale : *m (ET)*	**8,86 (1,43)**	**8,97 (1,38)**	**0,94 (0,88-1,01)**	**0,093**	**0,81 (0,74-0,90)**	**< 0,001**
Sexe : *m (ET)* *						
Homme	8,85 (1,47)	8,90 (1,44)				
Femme	8,86 (1,42)	9,00 (1,36)				
Age : *m (ET)* *						
Entre 18 et 30 ans	8,68 (1,70)	8,80 (1,35)				
Entre 31 et 50 ans	8,75 (1,54)	8,81 (1,58)				
Enre 51 et 65	8,93 (1,33)	9,03 (1,32)				
Entre 66 et 80 ans	8,89 (1,34)	9,15 (1,21)				
Plus de 80 ans	9,14 (1,41)	9,42 (0,78)				
Catégories socio-professionnelles : *m (ET)* * **						
Cadre d'entreprise	8,87 (1,28)	8,83 (1,87)				
Profession Intermédiaire, employé	8,89 (1,35)	8,99 (1,14)				
Ouvrier	8,71 (1,68)	8,76 (1,43)				
Retraité	8,92 (1,34)	9,13 (1,26)				
Maladie Chronique : *m (ET)* *						
Oui	8,94 (1,33)	9,04 (1,29)				
Non	8,78 (1,48)	8,95 (1,40)				

** : Non Réponses (NA) exclues. ; ** : 4 catégories socio-professionnelles les plus représentées parmi les répondeurs.*

3. Usages et habitudes des répondeurs sur la médecine générale

Les résultats de l'étude sur les considérations des patients à propos de la médecine générale et le MG sont synthétisés dans les **Tableau 4. à 7.** Le **Tableau 4.** synthétise les réponses concernant les usages et habitudes des répondeurs à propos de leur médecin. Selon notre étude, **les répondeurs urbains vérifient plus souvent sur internet (Q10)** les informations délivrées par leur médecin traitant qu'en milieu rural en uni et multivariée **p = 0,01**. La répartition par âge et en fonction de la présence ou non d'une maladie chronique de la Q10. est présentée en **Annexe 4 et 5.** La fréquence de consultation du médecin était différente entre les deux groupes en univariée, p = 0,045, mais pas en multivariée p = 0,609. L'étude n'a pas montré de différence significative au sujet de l'acceptation du remplaçant p = 0,4 et de la fidélité au même médecin p = 0,73 entre les deux groupes. **L'Annexe 3.** présente la répartition de la Q8 (fidélité) par âge et selon la présence de maladie chronique. L'étude ne retrouvait pas de différence significative sur l'importance de la ponctualité p = 0,47. Concernant le jugement sur l'erreur médicale on ne retrouve pas de différence significative sur le jugement d'une erreur médicale sans conséquence sur la santé p = 0,89. Concernant le choix du médecin, analysé uniquement en univariée, les ruraux choisissent plus fréquemment le médecin le

plus proche p < 0,001 que les urbains. La bonne réputation du MG est aussi un facteur de choix significativement plus important en campagne qu'en ville p < 0,001. Les urbains déclarent significativement plus souvent choisir « un médecin de famille » p = 0,002. Il n'y a pas de différence significative sur un choix fait « au hasard » p = 0,95 et « sur conseil » p = 0,12.

Tableau 4. Usages et Habitudes des répondeurs à propos de leur médecin.

	Territoire Rural	Territoire Urbain	Analyse Univariée		Analyse Multivariée	
	N=1036	*N=859*	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
Q6.Remplaçant : *n (%)*						
Oui	748 (72,2)	589 (68,57)	1,19 (0,97-1,47)	0,099	1,12 (0,85-1,49)	0,4
Non	247 (23,84)	232 (27,01)				
NA	41 (3,96)	38 (4,42)				
Q7.Fréquence : *n (%)*						
NA	47 (4,54)	48 (5,59)	1,09 (1,00- 1,19)	**0,045**	1,03 (0,91-1,17)	0,609
Plus d'une fois par mois	24 (2,32)	25 (2,91)				
Tous les mois	160 (15,44)	124 (14,44)				
Tous les 3 mois	496 (47,88)	337 (39,23)				
Tous les 6 mois	175 (16,89)	203 (23,63)				
Une fois par an	95 (9,17)	88 (10,24)				
Moins d'une fois par an	39 (3,76)	34 (3,96)				
Q8.Fidélité : *n (%)*						
Oui	906 (87,45)	747 (86,96)	0,94 (0,69- 1.30)	0,73		
Non	95 (9,17)	74 (8,61)				
NA	35 (3,38)	38 (4,42)				
Q9.Choix du médecin : *n (%)*						
Le plus proche	345 (29,19)	195 (20,83)	1,75 (1,38-2,09)	**< 0,001**		
Sur conseil	231 (19,54)	218 (23,29)	0,84 (0,68-1,04)	0,12		
Bonne réputation	209 (17,68)	116 (12,39)	1,62 (1,26-2,08)	**< 0,001**		
Médecin de la famille	249 (21,07)	262 (27,99)	0,72 (0,59-0,88)	**0,002**		
Au hasard	32 (2,71)	27 (2,88)	0,72 (0,44-1,17)	0,95		
Autre	84 (7,11)	82 (8,76)	0,84 (0,61-1,16)	0,27		
NA	32 (2,71)	36 (3,85)	0,73 (0,45-1,19)	0,2		
Q10.Verification sur Internet : *n (%)*						
NA	42 (4,05)	41 (4,77)	0,76 (0,66 0,89)	**< 0,001**	0,76 (0,62-0,94)	**0,01**
Systématiquement	10 (0,97)	16 (1,86)				
Souvent	28 (2,7)	31 (3,61)				
Parfois	223 (21,53)	228 (26,54)				
Jamais	733 (70,75)	543 (63,21)				
Q15.Importance de la ponctualité : *m (ET)*	7,78 (2,18)	7,86 (2,19)	0,98 (0,94-1,03)	0,47		
Q23.1.Erreur sans conséquence : *n (%)*						
Oui	827 (79,83)	687 (79,98)	1,02(0,78-1,34)	0,89		
Non	131 (12,64)	111 (12,92)				
NA	78 (7,53)	61 (7,1)				
Q23.2.Erreur avec conséquence : *n (%)*						
Oui	511 (49,32)	416 (48,43)				
Non	398 (38,42)	339 (39,46)				
NA	127 (12,26)	104 (12,11)				

4. Image du médecin et de la médecine générale

Le **Tableau 5.** synthétise les réponses sur l'image du MG. L'étude ne retrouvait pas de différence significative sur l'utilisation du qualificatif de « médecin de famille » pour leur médecin traitant p

= 0,9, ou sur le niveau de prestige par rapport au spécialiste p = 0,34 entre les deux bras. Le niveau de confiance moyen envers le médecin était de respectivement 8,61/10 et 8,85/10 en ruralité et en ville, le niveau d'écoute du médecin de 8,66 vs 8,88, la satisfaction concernant les informations dispensées de 8,59 vs 8,81. L'étude ne montre aucune différence significative à propos de l'image que les répondeurs ont du MG p = 0,054 à 0,94.

Tableau 5. Image du médecin généraliste.

	Territoire Rural	Territoire Urbain	Analyse Univariée		Analyse Multivariée	
	N=1036	*N=859*	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
Q11.Confiance envers le médecin : *m (ET)*	8,61 (1,62)	8,85 (1,38)				
Q12.Niveau d'écoute du médecin : *m (ET)*	8,66 (1,63)	8,88 (1,48)				
Q13.Satisfaction des informations dispensées : *m (ET)*	8.59 (1.58)	8,81 (1.45)				
Q14.Qualificatif Médecin de Famille : *n (%)*						
Oui	774 (74,71)	638 (74,27)	0,98 (0,77-1,26)	0,9		
Non	169 (16,31)	137 (15,95)				
NA	93 (8,98)	84 (9,78)				
Q16.Image du médecin : *n (%)*						
Technicien	141 (10,43)	122 (10,36)	0,95 (0,73-1,23)	0,71		
Ami	42 (3,11)	29 (2,46)	1,21 (0,75-1,96)	0,44		
Confident	263 (19,45)	198 (16,81)	1,14 (0,92-1,41)	0,24		
Conseiller	567 (41,94)	501 (42,53)	0,86 (0,72-1,03)	0,12		
Guide	96 (7,1)	103 (8,74)	0,75 (0,56-1,01)	0,054		
Savant	81 (5,99)	68 (5,77)	0,99 (0,71-1,39)	0,94		
Educateur	12 (0,89)	13 (1,1)	0,76 (0,34-1,69)	0,5		
Modèle Humain	104 (7,69)	102 (8,66)	0,83 (0,62-1,11)	0,201		
NA	46 (3,4)	42 (3,57)	0,9 (0,59-1,38)	0,64		
Q17.Prestige par rapport à Spécialiste : *n (%)*						
Non	191 (18,44)	142 (16,53)	1,13 (0,89-1,43)	0,34		
Oui	802 (77,41)	671 (78,11)				
NA	43 (4,15)	46 (5,36)				

5. Les champs d'action de la médecine générale

Le **Tableau 6** synthétise les réponses sur le champ d'action de la médecine générale. Il existe **une différence significative en uni et multivariée au sujet du suivi pédiatrique en médecine générale et au sujet du recours médical pour la petite chirurgie d'urgence.** Dans le bras urbain, les répondeurs souhaitent consulter **significativement plus les urgences plutôt que leur médecin pour une plaie qu'en campagne p = 0,0035**, et ils sont aussi **plus susceptibles de choisir un pédiatre que leur médecin pour le suivi de leurs enfants p = 0,007**. Les répondeurs ruraux sont plus à même de considérer leur médecin comme le premier recours pour leurs affections psychologiques que les urbains en univariée p = 0,001, mais cette affirmation n'est pas retrouvée

en multivariée p = 0,085. Il n'y a pas de différence concernant le souhait de recours à leur médecin plutôt qu'un gynécologue ou une sage-femme pour un suivi gynécologique simple p = 0,15, ni par rapport à un diabétologue pour le suivi d'un diabète non compliqué p = 0,38 ainsi que sur le jugement de l'utilité de l'échographie en médecine générale p = 0,206. **L'Annexe 7.** décrit la répartition par âge à la question 19 (suivi gynécologique).

Tableau 6. Considérations sur le champ d'action de la médecine générale. Technicité et pratique.

	Territoire Rural	Territoire Urbain	Analyse Univariée		Analyse Multivariée	
	N=1036	*N=859*	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
Q18.Premier recours psychologique : *n (%)*						
Oui	822 (79,34)	631 (73,46)	1,48 (1,17-1,88)	**0,001**	1,34 (0,96-1,87)	0,085
Non	161 (15,54)	183 (21,3)				
NA	53 (5,12)	45 (5,24)				
Q19.Gynecologie : *n (%)**						
Médecin Généraliste	224 (31,50)	208 (35,08)	0,84 (0,66-1,07)	0,15		
Gynécologue/Sage Femme	424 (59,63)	331 (55,82)				
NA	63 (8,86)	54 (9,11)				
Q20.Recours pour suture ou incision : *n (%)*						
Médecin Généraliste	737 (71,14)	496 (57,74)	1,88 (1,53-2,30)	**< 0,001**	1,62 (1,24-2,11)	**0,0035**
Urgences/Spécialiste	242 (23,36)	306 (35,62)				
NA	57 (5,5)	57 (6,64)				
Q21.Diabète : *n (%)*						
Médecin Généraliste	595 (57,43)	515 (59,95)	0,91 (0,73-1,12)	0,38		
Diabétologue	281 (27,12)	221 (25,73)				
NA	160 (15,44)	123 (14,32)				
Q22.Interêt de l'Echographie : *n (%)*						
Oui	692 (66,8)	588 (68,45)	0.87 (0,70-1,08)	0,206		
Non	274 (26,45)	203 (23,63)				
NA	70 (6,76)	68 (7,92)				
Q24.Suivi des enfants : *n (%)*						
Médecin Généraliste	625 (60,33)	508 (59,14)	1,77 (1,36-2,32)	**< 0,001**	1,55 (1,13-2,14)	**0,007**
Pédiatre	111 (10,71)	160 (18,63)				
NA	300 (28,96)	191 (22,24)				

** : Hommes exclus. Les sujets n'ayant pas répondu sur le sexe mais ayant répondu à la Q19. sont inclus.*

6. Organisation, perspectives

Le **Tableau 7.** synthétise les réponses sur l'organisation de la médecine générale. L'étude met en évidence **un intérêt significativement plus important p < 0,001 des sujets ruraux pour l'exercice en association avec d'autres professionnels de santé** (comme les MSP). En univariée,

les ruraux ont plus de crainte concernant l'évolution de la démographie médicale sur leur lieu de vie p < 0,001, et jugent la télémédecine moins utile que les répondeurs des villes p = 0,03 ; ces deux différences ne sont pas retrouvées après ajustement en multivariée. De manière descriptive, 5,8% des ruraux contre 7,1% des urbains considèrent dans tous les cas les médecines alternatives plus efficaces que la médecine « officielle », respectivement 63,6 % et 65,4% dans certains cas, 18,7% et 19,32% dans aucun cas. **Une proportion plus importante des répondeurs urbains, 20,4 % avait déjà bénéficié de téléconsultation, contre 9,2 % en ruralité.** 8,4% des ruraux considèrent que le prix d'une consultation de médecin générale est trop cher, contre 6,3% des urbain, ils sont respectivement 70,8% et 71,8% à trouver le prix adapté, enfin ils sont respectivement 12% et 13,6% à la trouver pas assez cher. A propos du tiers payant en médecine générale, ils sont 27,7% de ruraux et 28,4% d'urbains à accepter qu'un MG refuse le tiers payant, respectivement 60,9% et 59,8% ne considère pas cela acceptable.

Tableau 7. Considérations sur l'organisation de la médecine générale, perspectives futures.

	Territoire Rural	Territoire Urbain	Analyse Univariée		Analyse Multivariée	
	N=1036	*N=859*	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
Q25.Interêt des médecines alternatives : *n (%)*						
Oui dans tous les cas	60 (5,79)	61 (7,1)				
Oui dans certains cas	659 (63,61)	562 (65,42)				
Non dans aucun cas	194 (18,73)	166 (19,32)				
NA	123 (11,87)	70 (8,15)				
Q26.Niveau de crainte sur la démographie médicale : *m (ET)*	6,95 (3,10)	6,40 (3,31)	1,05 (1,02-1,09)	**< 0,001**	1,04 (0,995-1,077)	0,086
Q27.Interêt porté a l'exercice en association : *m (ET)*	9,09 (1,45)	8,49 (1,80)	1,26 (1,19-1,34)	**< 0,001**	1,29 (1,18-1,41)	**< 0,001**
Q28.Utilisation de la Télémédecine : *n (%)*						
Oui	96 (9,27)	175 (20,37)				
Non	870 (83,98)	626 (72,88)				
NA	70 (6,76)	58 (6,75)				
Q29.Utilité de la Télémédecine : *m (ET)*	4,96 (2,83)	5,26 (2,73)	0,96 (0,93-0,996)	**0,03**	0,96 (0,92-1,00)	0,068
Q30.Prix d'une consultation : *n (%)*						
Trop cher	87 (8,4)	54 (6,29)				
Adapté	733 (70,75)	617 (71,83)				
Pas assez cher	124 (11,97)	117 (13,62)				
NA	92 (8,88)	71 (8,27)				
Q31.Importance du Tiers Payant : *n (%)*						
Oui	287 (27,7)	244 (28,41)				
Non	631 (60,91)	514 (59,84)				
NA	118 (11,39)	101 (11,76)				

DISCUSSION

1. Une satisfaction élevée, qui n'est pas plus importante en zone rurale.

Notre étude met en évidence une différence statistiquement significative de satisfaction des répondeurs quant à leur MG entre le milieu rural et le milieu urbain, en faveur du milieu urbain. Cependant **la satisfaction moyenne est très élevée dans les deux bras**, respectivement de 8,87/10 et 8,97/10 en rural et urbain, et la différence est très faible. On retrouve aussi dans les deux bras une tendance à un effet positif de l'âge sur la satisfaction moyenne dans les deux bras. Cette satisfaction globale élevée est en accord avec d'autres données de grands sondages nationaux et de la littérature (36) (37) dont certaines évoquaient aussi l'influence de l'âge (29) (30).

Compte tenu du rôle privilégié du MG en zone rurale, ce résultat nous paraissait étonnant. En effet, en considérant sa part plus importante dans les actes de soins totaux des patients en milieu rural, on pouvait s'attendre à une satisfaction plus importante en ruralité qu'en milieu urbain. Comme décrit dans l'introduction, des différences de pratiques et d'organisations de la médecine générale ont bien été décrites dans la littérature. Si des différences semblent bien exister, **on peut se demander si le critère de ruralité choisi pour notre étude était bien à même de refléter ces différences**. II y a en effet de nombreuses manières de définir la ruralité, qui ne correspond pas à une impression subjective mais à des critères précis. Nous avons choisi **les critères de l'INSEE établis en 2020** (voir méthodologie), associant la densité des communes à des données fonctionnelles d'influence des pôles urbains. Cette définition pourrait sembler large. Nous aurions pu, pour potentialiser les différences entre les deux bras sur le degré de ruralité, choisir une définition plus restrictive comme l'approche purement fonctionnelle basée sur le zonage établi en 2010 par l'INSEE en « aires urbaines » (38). Cette définition prend en compte plus strictement l'influence économique d'un pôle urbain sur les villes, villages et territoires alentours. **Son utilisation dans notre étude aurait eu l'avantage de polariser au maximum nos deux bras de répondeurs, rural et urbain.** Cependant, selon cette définition, 95% de la population française vit

dans une aire urbaine, on peut donc, en pratique, douter de son intérêt dans notre étude puisqu'elle fait considérer que seule 5% de la population Française vit vraiment en ruralité. Cette définition fonctionnelle a d'ailleurs été critiquée sur l'idée qu'elle « gommait » la ruralité en France, et qu'elle n'était pas représentative de la réalité (39). De plus, dans le Grand Est, il existe très peu de médecins installés hors zone d'attraction des villes (40). **La définition que nous avons retenue pour notre étude fait considérer que 33% de la population vit en ZR, et deux tiers en ZU**. Malgré cela, et selon l'ANCT (33) pour le bras rural nous avons réussi à inclure 8 cabinets sur les 10 situés dans une zone rurale hors influence d'un pôle urbain, cela correspond à 72 % des questionnaires du rural. Les 2 autres sont ruraux sous influence d'un pôle de moins de 50 000 habitants. Tous les questionnaires urbains sont issus de pôles urbains de plus de 50 000 habitants dont 71 % d'un pôle urbain de plus de 200 000 habitants (33)(voir **Tableau1.**).

Il existe une confusion fréquente entre zone rurale et zone sous dense, en terme sanitaire. La densité médicale, très utilisée par les ARS pour classifier les territoires en Zone d'Intervention Prioritaire (ZIP) ou complémentaires (ZAC) est exprimée en **Accessibilité Potentielle Localisée (APL)** (41). Bien que la ruralité soit surreprésentée dans les zones sous denses, certaines ZU souffrent aussi d'une faible densité médicale, et inversement certains territoires ruraux ont une densité médicale élevée (42). On peut se demander pour notre étude si la comparaison des territoires de densité médicale différente n'aurait pas été plus représentative d'une différence de réalité au sujet de la médecine générale, et plus à même de mettre en évidence des différences de considérations des usagers. Dans notre étude, l'APL moyen pondéré[2] des bassins de vie du bras rural est de 4,03 contre 4,83 dans le bras urbain, confirmant une relative sous densité (**Tableau 1.**). En réalité, ce n'est pas la densité en MG, mais celle des autres professionnels de santé, en particulier médecins spécialistes, qui détermine la part plus ou moins centrale de la médecine générale dans le parcours des patients. Dans notre étude, aucun médecin spécialiste hors MG n'était installé dans les

[2] Voir Définition p 57.

communes du bras rural, au contraire de chaque ville du bras urbain qui disposait d'hôpitaux, de service d'urgences et de spécialistes en libéral comme en public. Qui plus est, la densité en spécialistes en moyenne est, nous l'avons dit plus haut, très dépendante du critère de ruralité (21). Même au niveau départemental, en incluant villes et ZR, les départements des Vosges, de la Haute Marne et de la Meuse, origines majoritaires des questionnaires collectés, présentaient respectivement en 2018 une faible densité de spécialiste de 111, 107 et 78 pour 100 000 habitants (43). Selon cette même source, la densité moyenne de spécialistes dans le Grand Est est de 170 pour 100 000 habitants et la densité dans le département très urbanisé du Bas Rhin était de 231 pour 100 000 habitants. De plus, **l'utilisation du « niveau de ruralité » plus que « niveau de densité en MG », permet de conserver l'influence des facteurs sociodémographiques dans les différences de considération sur la médecine générale. Ainsi, on argumente que le choix du niveau de ruralité semble adéquat pour la validité de cette étude.**

Une hypothèse pouvant expliquer ce résultat sur le critère principal **serait de considérer une différence d'attente des populations des deux bras sur la médecine générale**. Une autre étude de l'INSEE (44) a mis en évidence des différences de pratiques selon la densité en MG des territoires (APL). Les médecins des zones sous denses avait une patientèle plus importante que leurs confrères des autres zones, ils réalisaient 10 % plus de consultations annuellement sans augmenter significativement leur temps de travail, ce qui impliquait un rythme de consultation plus élevé et un temps par consultation en moyenne raccourci de 10%. Ils réalisaient aussi significativement moins de prévention. Dans cette étude, **la typologie rurale était largement plus fréquente en zone sous dense.** Les travaux de thèse de Lurquin B. (45), analysant un nombre considérable de données, **mettent en évidence une différence qualitative de motifs de consultations et de prise en charge entre l'urbain et le rural.** Il en ressort que **les pathologies aigües et la prescription de médicaments sont plus fréquentes** en campagne alors qu'en ZU, **le « curatif » diminue face au « psycho-social » et à la « prévention ».** En effet, l'étude montrait une occurrence de consultations significativement plus importantes des « actes de prévention », de « l'entretien de la santé », des

consultations avec « absence de maladie », des « problématiques sociales » et de « demandes administratives » en milieu urbain. Ainsi, il est possible que dans notre étude, **le résultat sur le critère principal de satisfaction puisse être interprété comme secondaire à une définition différente de la mission du MG entre ces deux territoires. Cette différence induisant donc des recours divergents pour les patients, et une adaptation de pratique des médecins généralistes.** Les répondeurs des ZU seraient plus enclins à la prévention, aux conseils et cela pourrait rattraper le rôle moins « central » dans le parcours des pathologies des patients sur le critère de satisfaction. Le sociologue Luc Boltanski en 1971, parlait déjà dans ses travaux (46) de la notion de **« cultures somatiques »** pour expliquer les différences de représentations corporelles et de la santé en fonction des catégories sociales, induisant des pratiques de soins différentes. **La consommation de soins est différente et cela n'est pas seulement la conséquence de moyens d'accès différents, ou même d'une différence de niveau de santé. C'est aussi la conséquence d'une « perception différente du corps », de son rapport au « pathologique », à ce qui ne « l'est pas », modifiant l'expression des besoins en soins.** Selon cette pensée, les catégories populaires sont plus aptes à avoir une vision instrumentale du corps, et à définir la santé comme « l'absence de maladie », contrairement aux catégories plus aisées, la considérant dans son ensemble physique et psychique, inscrite sur le long terme et la prévoyance. Les catégories sociales aisées seraient plus aptes à s'inscrire dans la prévention et les attitudes qui lui sont liées (régimes alimentaires « sains », exercice physique d'entretien, réflexion sur les modes de vie…). Une autre étude, qualitative et récente de la DREES (47) retrouvait ces caractéristiques en soulignant la plus grande propension des catégories aisées/instruites à une relation médecin/patient de type horizontale et moins paternaliste. Quant à la ZR, le bénéfice de satisfaction induit par un rôle plus prédominant du MG est probable, mais **pourrait être atténué par un temps de disponibilité moins important par patient**, qui est un critère considérable et démontré de satisfaction des usagers (48) (49) (50) et par **un délai plus long de rendez-vous**. La durée de consultation a aussi un impact sur la bonne gestion et les repérages des troubles psychologique (51). L'occurrence des problèmes psychologiques dans l'activité d'un

MG est importante, et une compression du temps de consultation face à une activité plus importante pourrait la encore avoir un impact sur la satisfaction globale des patients. **La complémentarité entre les MG et les spécialistes libéraux ou les hôpitaux est plus importante en milieu urbain. Nous supposons que cela pourrait aussi se traduire sur des parcours de soins plus rapides et efficients et augmenter la satisfaction des répondeurs urbains.** Enfin les patients des zones rurales ont moins de choix pour trouver leur médecin généraliste, vu les densités locales et les distances à parcourir. Dans ce sens, **nos résultats en univariée à la Q.9 montrent que les patients en ZR choisissent significativement plus souvent leur MG comme le « médecin le plus proche » qu'en ZU.** Un choix par défaut, peut aussi influencer à la baisse la satisfaction que les patients ont de leur médecin comme le suggéraient les travaux de thèse de Merit B. (52) qui retrouvaient aussi l'importance première de la disponibilité comme critère de satisfaction. Dans cette étude, la majorité des patients choisissaient leur médecin sur des critères précis et non par hasard. Cela peut avoir influencé le résultat de notre étude sur la satisfaction.

Ces limites à la satisfaction en ZR sont bien-sûr inhérentes à l'évolution territoriale sur le plan sanitaire et ne peuvent être résolues que par une amélioration de la démographie sanitaire.

2. Usages et habitudes : Une utilisation différente d'internet en santé

Notre étude ne retrouvait pas de différence significative de comportement entre les deux bras concernant l'acceptation du remplaçant en consultation et la volonté ou non de consulter autant que possible le même MG (« fidélité »). Si le remplaçant est majoritairement bien accepté dans les deux bras (72% vs 69 %), les patients consultent autant que possible le même MG (87 vs 87%). La fidélité est importante et le « nomadisme médical intentionnel » semble faible en ruralité ou en ville. Dans le détail, en analyse descriptive, la présence d'une maladie chronique et l'âge influencent positivement sur l'importance de consulter le même médecin traitant dans les deux bras, **Annexe 3.** Ces constatations sont retrouvées dans la littérature. Deux études, une réalisée aux Pays Bas (53) et en Angleterre (54) montraient que l'âge ainsi que des motifs de consultation « sérieux » influencent positivement l'importance de consulter un médecin référent unique.

On ne retrouvait pas de différence d'usage significatif à propos de la fréquence déclarée de consultation qui suit la logique d'augmentation du nombre de consultations par an, dans les deux bras, en présence d'une maladie chronique. Cependant la question utilise des tranches de fréquence déclarative et n'est donc pas précise. Elle ne permet donc pas de définir une différence de fréquence précise mais est utile pour la réalisation du modèle multivarié.

Les patients déclarent **une vérification significativement plus importante des informations données par le médecin en ville qu'en campagne p = 0,01**. Dans le détail, l'analyse descriptive réalisée **Annexe 4.** montre même **une différence importante dans notre étude chez les plus jeunes répondeurs (âge ≤ 30 ans)** qui sont 59% à ne jamais vérifier les informations en ville contre 70 % en ZR. Pour les sujets de moins de 50 ans, **cette différence semble encore plus grande entre les deux bras en cas de pathologie chronique**, **Annexe 5.** Pourtant, si l'on considère que ces générations ont évolué avec les outils informatiques, dans un monde « connecté », on aurait pu s'attendre à une différence moindre. L'analyse descriptive suggère aussi une différence importante de vérification par les personnes âgées de plus de 65 ans et/ou présentant une maladie chronique en faveur de la ville. La littérature (55) (56) (57) montre que les facteurs tels que **le niveau d'instruction, l'âge, le pouvoir d'achat, l'urbanité, le sexe féminin vont dans le sens d'une plus grande utilisation d'internet et du numérique comme moyen d'information médical.** L'analyse multivariée prenant en compte les facteurs sociodémographiques, il est possible que d'autres facteurs, comme **une certaine inégalité face au numérique en santé entre la ruralité et la ville, persistent et expliquent ces écarts.** Ce déséquilibre territorial était mis en évidence par une étude en 2005 (57). La présence d'une différence de « culture somatique » comme expliquée auparavant dans la discussion, le moindre recours à la prévention et aux questionnements sur la santé peuvent aussi être des hypothèses. La plus grande propension à nouer une relation horizontale avec le médecin en ZU influence aussi probablement le recours à cet outil d'information, qui renforce cette horizontalité, comme l'avaient suggéré les travaux de thèse de Toussaint M.A (58). Enfin notre

questionnaire peut manquer de précision sur les critères sociaux, ce qui aurait pu créer un biais pour le résultat de l'analyse en multivariée.

La ponctualité apparait comme importante dans les deux bras sans différence significative. Le rythme de vie urbain ne semble pas avoir d'influence concernant cette exigence qui semble aussi très partagée en ruralité. On retrouve cette importance de la ponctualité dans la littérature (59).

3. Une image du médecin généraliste peu différenciée entre les deux zones géographiques

La notion de médecin de famille nous semblait intéressante pour mettre en évidence une différence de ressenti sur les médecins entre les deux zones géographiques. Le terme « médecin de famille » est souvent employé comme synonyme de MG dans certains pays comme la Suisse ou Canada (Québec). Ce terme fait aussi parti de la définition de la médecine générale en Europe par la WONCA (60). En France, ce terme n'a pas de définition claire et se réfère à **une pratique de proximité, de long terme, au référent médical des familles, « intergénérationnel » et non pas seulement des individus, de grande disponibilité et parfois aussi plus paternaliste,** qui avait été décrite dans les travaux de thèse de Pauly M. (61) et par des publications de sociologie (62). Pauly M. montrait que **les médecins eux-mêmes différenciaient la pratique d'une « médecine de famille » de la pratique d'un « spécialiste en médecine générale »**, et l'associaient plutôt à la pratique en ruralité. Ces caractéristiques divergent des récentes évolutions de la médecine générale. Actuellement le patient s'inscrit parfois plus comme un « usager de soins », dans une relation plus horizontale face à des médecins travaillant de plus en plus en collaboration. Dans le contexte des problématiques de la démographie sanitaire et de l'évolution des pratiques de soins, de nombreux articles de journaux relatent la raréfaction, voir la « disparition » de ce genre de pratique et la renvoie à un passé « idéal » (63)(64). Une étude retrouvait une propension plus importante des personnes âgées à considérer leur praticien comme un médecin de famille (65), renvoyant aussi cet aspect à une pratique passée. On ne retrouvait pas de différence entre les deux bras de l'étude. **Les répondeurs qualifient volontiers leur médecin de médecin de famille en ville et en campagne (à près de 75 % dans les deux bras).** Ce constat est étonnant car les patients en ZR, où la densité

de médecins est plus faible, ont moins de choix pour leur suivi ce qui ne facilite pas le changement de praticien, contrairement aux ZU. Le bras rural de notre étude a inclus de nombreuses maisons de santé et les médecins travaillent donc souvent en association, qui plus est avec des internes dans le cadre de la réalisation du DES de médecine générale. Il existe une forte tendance générale, depuis quelques années, à l'exercice groupé. Il est possible que l'évolution de la pratique médicale aboutisse à une absence de différence avec le milieu urbain. En effet, l'exercice regroupé des médecins amènent les patients à consulter des médecins différents en fonction des disponibilités. Le poids de la démographie médicale avec les nombreux départs en retraite en campagne a aussi pu aboutir à une absence de différence, du fait de la possible difficulté à garder son médecin de famille dans ces zones. En effet, notre étude, en univariée, retrouvait que les répondeurs en ZU choisissaient plus souvent leur médecin sur le critère de « médecin de famille » qu'en ZR. Au vu de nos résultats, cette notion reste importante dans l'imaginaire des répondeurs dans les deux bras, comme le suggéraient les travaux déjà cités de Mousel C. et Mourton E. (29)(30).

Nos résultats ne montrent pas non plus de différence concernant l'image du médecin chez les répondeurs qui semblent le voir en particulier comme un conseiller et un confident dans les deux bras comme le retrouvait l'étude de Mousel C. dans son échantillon Lorrain (29).

Concernant le prestige du MG par rapport aux autres spécialistes, nous aurions pu attendre une différence significative en faveur du milieu rural comme l'avait souligné auparavant l'étude de Mourton E. (30), en considérant le rôle plus central du MG en campagne. De manière générale des études déjà citées (29)(37) s'intéressant à l'image du médecin ont montré que la population considérait que le statut du MG avait perdu de son prestige et que sa position sociale d'antan de « notable » était dépassée. Étonnamment, **notre étude ne montre aucune différence.** Moins d'un quart des patients dans chaque bras considèrent le médecin spécialiste comme plus prestigieux. L'étude précitée a été faite sur un nombre plus faible de sujets et les critères de ruralité n'étaient pas les mêmes, les ruraux étaient ceux qui déclaraient vivre dans des communes de moins de 2000 habitants. De plus, elle comparait la notoriété de spécialistes précis (chirurgien, cardiologues etc…),

ce qui n'est pas notre cas. Cependant, les répondeurs de notre analyse ont répondu dans la salle d'attente des cabinets médicaux. Malgré l'anonymat il se peut que cela induise un biais à la hausse concernant le jugement du niveau de prestige relatif. Ce biais ne devrait en revanche pas se manifester de manière différente d'un bras à l'autre. L'analyse de ces chiffres est intéressante quand on sait que plus de 50 % des MG se considéraient « insatisfaits de leur statut social en 2004 » (66). Ils argumentent en faveur d'une **bonne image du médecin de premier recours, même en milieu urbain, qui ne semble pas diluer son rôle malgré une offre de soins plus riche.**

4. Une attente de compétences spécifiques même en zone urbaine

Par rapport aux considérations sur la pratique et les champs d'action de la médecine générale, **la répartition actuelle de l'offre de soins sur le territoire est une des explications les plus convaincantes pour appréhender les différences significatives retrouvées dans notre étude sur la petite chirurgie d'urgence et le suivi pédiatrique par le MG. En ZR, les patients sont plus à même de consulter leur MG pour une suture ou pour le suivi de leur enfant qu'en ZU.** L'éloignement des urgences et des pédiatres est probablement un facteur déterminant pour le choix des patients, d'autant plus qu'il **influence aussi l'offre que propose les médecins à leurs patients (67)(68)**. La proximité des urgences inciterait les médecins à moins pratiquer les sutures par exemple. Nos chiffres descriptifs suggèrent que les étudiants et les jeunes de moins de 30 ans sont plus à même de choisir les urgences à la place du MG en ZR. Cela pourrait s'expliquer par leur proximité plus importante avec les centres urbains dans le cadre de leurs études ou d'habitudes prises lors de leurs études.

Dans notre analyse descriptive de la Q.24, on note **un taux important de non-réponses des hommes ≤ 50 ans ruraux à la question du suivi des enfants par un pédiatre ou un MG par rapport aux hommes de la même catégorie d'âge urbains ou aux femmes en général, Annexe 6.** Notre étude ne permet pas de tirer de conclusions à ce sujet. On peut évoquer l'influence des conditions socio-économiques et de la distance des commodités sur l'organisation familiale.

Le MG est pour près des trois-quarts des répondeurs des deux bras le premier recours en cas d'affection psychologique (79 vs 73 %) sans différence significative après correction en multivariée. La bonne accessibilité relative des MG, sa qualité d'écoute ainsi que le remboursement de la consultation doivent influencer ce résultat. L'accessibilité à un psychologue est plus importante en ville mais ses soins ne sont pas remboursés par sécurité sociale en 2021, au moment de l'étude, ce qui reste probablement un frein pour les patients. L'évolution vers de nouveaux dispositifs de prise en charge des soins de psychologue en 2022 pourraient cependant influencer à terme ces résultats.

L'absence de différence pour la volonté de recours au médecin traitant, plutôt qu'au gynécologue ou à la sage-femme pour le suivi gynécologique de routine (dans le cas où il le proposerait) est surprenante en considérant l'offre faible de spécialistes et sages-femmes disponible en ZR, en particulier dans les départements ruraux étudiés. A notre connaissance aucune étude ne s'est focalisée sur le souhait des patientes par rapport à leur suivi gynécologique en fonction de critères de ruralité/urbanité. L'influence de la densité et de l'éloignement des gynécologues sur la pratique gynécologique des MG n'est pas clairement établie. La littérature montre des résultats contradictoires. Les travaux quantitatifs de thèse de Bonhomme I. montraient que l'éloignement d'un gynécologue n'avait pas d'influence sur la pratique de la gynécologie par les médecins traitants (69), contrairement à une étude réalisée par l'Observatoire de la Santé Pays de la Loire (70). De nombreuses études s'accordent par contre à montrer **le faible recours des patientes de manière générale à leur médecin pour ce genre de suivi (71)(72)(73).** Les travaux de thèse de Ora. M. (73) montraient **que la gynécologie et l'examen gynécologique étaient peu pratiqués par les MG et soulignaient l'importance de l'offre proposée par le médecin (parfois simplement en évoquant ce sujet, ou en réalisant des examens) dans la considération des femmes sur ses compétences en la matière.** Si le sujet était abordé par le médecin, une part significativement plus importante de patientes le considérait comme apte à un suivi gynécologique. Cette notion est importante quand on sait que dans les études précitées, **l'idée du manque de compétences du MG**

en gynécologie était une cause significative d'absence de recours à ce dernier. Le sexe du praticien influençait aussi sa propension à réaliser des suivis gynécologiques, les hommes étant moins à même de développer ce type de pratique (71). **Nos résultats, montrant qu'un tiers des patientes des deux bras se feraient suivre par leur médecin traitant si celui-ci offrait des soins gynécologiques sont encourageants.** L'absence de différence, dans notre étude, sur un grand nombre de répondeurs, est en soit une donnée intéressante. Elle peut aller à l'encontre d'un préjugé qui pourrait exister chez les futurs médecins s'installant en milieu urbain, de considérer la pratique de la gynécologie en médecine générale comme moins utile au vu d'une population urbaine se rendant plus facilement chez les spécialistes. **La gynécologie ne serait pas l'apanage des ZR ou sous denses pour les MG et peut être une perspective de pratique enrichissante en milieu urbain.** L'évolution actuelle de la démographie médicale semble nécessiter que les MG pratiquent plus de gynécologie, en ville ou en campagne. Dans notre analyse descriptive, on constate d'ailleurs dans les deux bras que les femmes **jeunes < 30 ans en ville sont parmi les plus à même à vouloir être suivies par leur médecin traitant, Annexe 7.** Selon ces résultats**,** l'utilisation du conditionnel dans notre questionnaire « si le médecin proposait un suivi gynécologique » montre **l'importance de la communication avec les patientes, comme le confirmait la littérature.**

Pour **le suivi d'un diabète non compliqué par le MG** plutôt qu'un diabétologue, on ne constate pas non plus de différence significative, la majorité des répondeurs considèrent le MG comme le plus adapté pour suivre un diabète non compliqué. Il est possible que l'idée d'une prise en charge plus globale, par un même interlocuteur de confiance, **des problématiques peu graves ou peu spécialisées soient aussi vues comme un avantage en ZU et ZR, indépendamment de l'accès aux urgences ou à des spécialistes.**

De même, sur une considération plus technique, de l**'intérêt porté à la pratique de l'échographie par les MG, on ne retrouve pas de différence significative,** les sujets pensent majoritairement qu'il serait utile que leur médecin pratique des échographies dans son cabinet, alors même que les ZU de Strasbourg et Metz disposent d'une offre importante en radiologie. Il est

possible que les patients voient un intérêt à la réalisation d'examens complémentaires au cabinet médical, accélérant les prises en charge indépendamment du lieu géographique, comme le suggère un sondage réalisé pour MG France (74). Les travaux de thèse de Bargin J.R. montraient que les patients avaient globalement confiance en la réalisation d'échographies par un MG et qu'une proportion non négligeable d'entre eux préférerait qu'elles soit réalisées pendant la consultation (75).

On retiendra que même si, en ruralité, les patients attendent plus souvent qu'en ville une prise en charge technique par leur médecin pour la petite chirurgie d'urgence et qu'ils sont plus à même de faire suivre leurs enfants par ce dernier, **les patients restent globalement assez intéressés par des prises en charge spécifiques (diabétologie, gynécologie, échographie, petites chirurgies/sutures, pédiatrie) en ville, malgré l'offre de spécialisation et d'urgence disponible.** Même pour la petite chirurgie d'urgence, **les urbains sont plus de la moitié (58 %) à être intéressés par une prise en charge de proximité alors qu'on sait que les sutures se pratiquent de moins en moins, en particulier dans les ZU (25).** Le cas de la gynécologie, du diabète, de l'échographie **est aussi révélateur d'une attente de compétence du MG, même en ZU.** Ces données peuvent informer les médecins installés ou en projet d'installation sur les attentes des patients en termes de technicité ou de pratique spécifique. **Notre étude tend à montrer que même en ville, il existe une attente des patients concernant des prises en charge spécifiques ou techniques. Au vu du contexte actuel de surcharge des services des urgences et des soins de spécialistes, il pourrait être pertinent de les proposer plus fréquemment en médecine générale.**

5. Organisation, perspectives.

L'intérêt d'avoir traité de la démographie médicale dans notre questionnaire, et notamment le niveau de crainte des répondeurs concernant l'évolution de cette démographie sur leur lieu de vie nous semble logique tant le sujet est médiatisé, et lié à la problématique de l'aménagement du territoire. Les déserts médicaux sont souvent associés à la ruralité. Après analyse **aucune différence significative entre la ZR et la ZU n'a été démontrée.** Les répondeurs des villes et des campagnes

ne déclarent pas un niveau d'inquiétude significativement différent. On pourrait penser que le sujet inquiète autant les ZU que les ZR. Nous rappellerons que des zones sous denses en médecins sont parfois situées dans des endroits très urbanisés, comme par exemple dans l'agglomération Parisienne (40). Dans notre analyse, nous avons inclus dans le bras urbain, une maison de santé de la ville de Saint-Dizier en Haute Marne. Saint-Dizier correspond aux critères d'urbanité, et dispose d'hôpitaux, de service d'urgences et d'une offre en soins spécialisées. Mais contrairement aux autres villes de notre étude, elle présente une densité de MG relativement faible par rapport à la zone étudiée, même par rapport à de nombreuses ZR, son APL est de 3,6 (40). **L'inclusion de Saint-Dizier a donc probablement influencé le niveau de crainte à la hausse dans le bras urbain, pouvant induire une absence de différence significative entre urbain et rural.** A Saint-Dizier, la moyenne du niveau de crainte sur la démographie médicale s'élevait à 7,86/10, contre une moyenne de 6,40/10 toutes ZU confondues, et 5,81/10 en enlevant Saint-Dizier. Dans le bras rural, toutes les communes sauf une (Bulgneville) sont situées en zone d'action (ZAC) complémentaire ou prioritaire (ZIP) (40). **Cependant, nous assumons l'inclusion de cette ville car elle rend compte d'une réalité de la ZU, les zones sous denses ne représentent pas uniquement les ZR et il existe des milieux urbanisés où la crainte sur la démographie médicale est importante.** La représentativité de cet effet dans notre échantillon ne peut en revanche pas être affirmée. En effet il est possible que le nombre important de questionnaires récoltés à Saint-Dizier biaise en partie cette réalité en l'exacerbant dans notre étude.

Il existe une tendance claire ces deux dernières décennies à l'exercice médical en groupe (76). La création du statut de MSP a aussi été réalisée et encouragée en réponse à l'évolution de la démographie médicale (77). L'exercice en association en France est plus fréquent en ruralité, en illustre le nombre plus important de MSP sur les territoires ruraux et sous denses d'un point de vue sanitaire qu'en ville (78). Dans notre étude, **les répondeurs ruraux considéraient significativement plus l'exercice en association comme un avantage qu'en ville, bien que dans les deux bras les résultats soient assez élevés (> 8/10).** Il y avait dans le bras rural un plus grand

nombre de cabinets d'associations ou pluri professionnels inclus qu'en urbain, et l'habitude de ce genre d'organisations pluri-professionnelles pourrait expliquer le résultat. Une autre explication pour cette considération plus importante de l'exercice groupé est **l'économie de temps et de trajet induite si les professionnels de santé de premier recours sont disponibles au même endroit. En ville, cette question se pose moins car la densité locale des services induit de plus faibles déplacements.**

La télémédecine est un développement assez récent de l'évolution des technologies médicales, en médecine générale ou spécialisée, libérale ou publique hospitalière. Son développement fait partie des moyens mis en place pour diminuer les disparités sanitaires territoriales et de lutter contre l'effet des « déserts médicaux » (79). On constate dans notre étude que les répondeurs des deux bras jugent assez sévèrement l'utilité de la télémédecine, qui obtient un résultat proche de 5 (4,96/10 vs 5,26/10) c'est-à-dire proche « d'inutile » (selon l'échelle de valeur de notre questionnaire) dans les deux zones géographiques. **Aucune différence de jugement significative n'a été mise en évidence.** On peut légitimement s'étonner de ces résultats faibles et de l'absence de différence qu'il conviendra de nuancer car **les répondeurs sont assez peu nombreux à déclarer avoir déjà bénéficié d'une téléconsultation.** Ils sont respectivement de 9% en ruralité et 20 % dans les ZU, apparemment plus adeptes, mais ce critère d'utilisation de la télémédecine n'a pas bénéficié d'une analyse multivariée, ce qui ne nous permet pas de conclure. Il est possible, comme développé auparavant dans la discussion (internet médical) qu'il existe encore **une « inégalité face au numérique en santé » en la défaveur des ZR,** indépendamment de l'âge -qui a été pris en compte en multivarié sur la question de l'utilité- influençant la considération des répondeurs sur l'utilité de la télémédecine. L'inégalité peut être de cause sociodémographique mais aussi structurelle par manque d'infrastructure assurant un débit de qualité. La carte interactive de l'Observatoire des Territoires nous permet de voir que de nombreuses communes des bassins de vie correspondant aux cabinets inclus en ruralité ont un mauvais accès à la fibre optique, contrairement aux ZU étudiées (33). L'équipement informatique était aussi décrit comme plus faible en ruralité par une étude du

CREDOC en 2009 (80). En poussant l'analyse descriptive en sous-groupe (**Annexe 8.**), on constate quand même dans les deux groupes une considération plus importante des répondeurs ayant déjà bénéficié d'une téléconsultation mais qui reste plutôt modeste, de 6,36 et 6,06 pour les ZR et ZU respectivement. Cela suggère que l'expérience de la téléconsultation améliore son jugement d'utilité dans les deux bras, mais cette sous analyse reste descriptive. En analysant par âge, on constate un niveau d'utilité décroissant avec l'âge en ZU mais à l'inverse croissant avec l'âge en ZR, que nous n'expliquons pas vraiment avec la littérature. Une hypothèse serait de considérer une augmentation de l'utilité de ces technologies avec l'âge du fait de difficultés de déplacements majorées en ZR.

6. Points forts et faiblesses de l'étude

En plus de certains points déjà décrits dans les arguments de la discussion, notre étude comportait des atouts et des faiblesses.

Le nombre important de questionnaires collectés (1895) est un avantage certain quant à la puissance de l'analyse. De plus les répondeurs sont la patientèle d'un nombre non négligeable de médecins différents (> 50) exerçant dans les cabinets inclus ce qui augmente la représentativité.

Le choix d'inclure des cabinets choisis sur les critères de ruralité ou d'urbanité nous garantissait d'étudier réellement la patientèle de ces deux zones géographiques. En effet, les notions de campagne et de ville peuvent être bien subjectives pour la population, ce qui aurait induit de nombreux biais si ce critère géographique avait été déclaratif et si les répondeurs avaient été choisis par d'autres biais. En effet, avec l'évolution des espaces périurbains, de nombreuses personnes, se fiant à la typologie des paysages, pourraient indiquer vivre en campagne alors qu'ils sont urbains selon les l'INSEE.

Cependant, l'étude présente quelques faiblesses. Le choix des patients de répondre au questionnaire pourrait entrainer un biais pour l'analyse des résultats, si l'on considère que les patients les plus investis répondent, cela est une limite à l'extrapolation de nos résultats sur la

population totale des cabinets de médecine générale. Le choix des salles d'attentes comme lieu de récolte des données peut entraîner un biais, même si les réponses sont anonymes, les patients peuvent être influencés par le lieu de réponse. Cependant, nous ne pensons pas que cette hypothétique influence soit différente entre les deux bras de l'étude et masque ou induise une différence. De plus, c'est ce moyen de recrutement qui a permis de collecter un si grand nombre de données simultanément. Des appels téléphoniques ou des distributions aléatoires auraient eu une plus faible efficacité, en particulier pendant la crise sanitaire COVID19.

Le nombre de questionnaires récoltés par cabinet varie fortement, ce qui peut aussi avoir influencé les résultats par effet centre.

La période de l'étude s'est déroulée dans le contexte sanitaire particulier de l'épidémie COVID 19, où la pression sanitaire était dans tous les esprits, et le système de santé très médiatisé, ce qui pourrait avoir influencé les résultats des répondeurs.

Il existe un biais intrinsèque au choix des études quantitatives. Malgré un nombre important de données récoltées, les interprétations de l'analyse restent dépendantes des questions choisies pour le questionnaire, et de la manière dont elles ont été posées.

Les aspects de la médecine générale étudiés ici sont abordés de manière générale, pour dégager un tableau comparatif des ZR et ZU. Les hypothèses induites doivent être confirmées par des études précises qualitatives et quantitatives, aspect par aspect pour les préciser ou les contredire.

7. Ouvertures

Étant données les limites de précision et de nuances concernant l'analyse des représentations des répondeurs imposées par la méthode quantitative, **des études qualitatives** en ruralité et en ville, du point de vue des patients peuvent être réalisées à l'avenir pour préciser ces résultats et apporter des pistes de réflexions supplémentaires. Il serait notamment intéressant **de tester nos hypothèses concernant les limites à la satisfaction en milieu rural, à savoir la moins bonne complémentarité avec les autres professionnels de santé pour le parcours de soins, les délais**

de rendez-vous plus longs, la diminution du temps de consultation, la place moins importante de la prévention, et la moindre possibilité de choisir son MG. Si ces hypothèses se confirment, il semble important d'améliorer la démographie médicale pour favoriser le temps accordé à la prévention dans la pratique médicale et le temps médical accordé à chaque patient. Cela pourrait augmenter la satisfaction des usagers concernant la médecine générale.

Concernant les champs de compétences du MG, étudiées dans notre analyse, (suture, gynécologie, diabète, échographie…) notre étude suggère que les demandes de la population restent importantes en milieu urbain malgré l'offre de soins d'urgence, hospitalière et spécialisée locale**. Il serait intéressant d'évaluer l'intérêt de favoriser ces compétences des MG urbains pour l'amélioration de l'accès aux soins de la population, et la fluidité du parcours de soins. Il serait aussi utile d'évaluer son intérêt médico-économique, en ambulatoire pour notre système de santé.**

L'activité de la médecine générale étant elle aussi en tension en ruralité et en ville, ces modifications de pratiques pourraient être favorisées **par un recours plus important à la délégation de tâches entre médecins et d'autres professionnels de santé.**

Enfin le jugement des répondeurs sur l'utilité de la télémédecine apparaissait faible dans notre étude. **Il serait intéressant de préciser cette piste et d'en comprendre les raisons, en particulier en ZR** où la télémédecine est un des moyens mis en œuvre dans le but de favoriser l'accès aux soins.

CONCLUSIONS

La médecine générale se pratique différemment en zone rurale et en zone urbaine. Nous avons documenté ce postulat en mettant en évidence la part plus importante du médecin généraliste dans le parcours de soins des patients en ruralité. Les prises en charge sont souvent plus autonomes avec un moins grand recours aux spécialistes et à l'hôpital qu'en territoire urbain. Cette place, plus centrale en ruralité, est la conséquence d'une part, du différentiel d'offre de soins entre les deux milieux. En effet, l'éloignement des spécialistes, de certains paramédicaux et des structures hospitalières ou d'urgences en campagne complique l'accès à ces soins pour les patients et diminue l'adressage de la part des médecins généralistes, contrairement aux zones urbanisées. D'autres part, des particularités sociodémographiques documentées en campagne expliquent aussi une sollicitation plus importante du médecin traitant.

Ces constats nous ont amené à nous demander si les points de vue des patients sur la médecine générale étaient différents entre zones urbaines et zone rurales. Les points de vue des usagers des soins, leurs attentes et leurs considérations n'avaient jamais été étudiés spécifiquement au sujet de la médecine générale en fonction de cette dichotomie urbaine et rurale. Les considérations et préjugés sur les milieux ruraux et urbains, partagés aussi par les professionnels de santé, ont une influence sur la pratique des généralistes et les projets d'installation des internes. Ce point de vue populationnel peut informer ces derniers et les amener à questionner leur pratique, leur projet d'installation ou leur rapport à la patientèle et au territoire. Cela peut aussi être une tentative singulière d'évaluer la place de la médecine générale dans l'offre de soins, au vu des problématiques actuelles de la démographie sanitaire.

C'est dans ce sens que nous avons produit cette étude quantitative descriptive et comparative entre un bras rural et un bras urbain de patients répondeurs au questionnaire développé. Il traitait de la médecine générale sur plusieurs aspects : les circonstances de recours des patients, l'image qu'ils se font du généraliste, les champs d'actions qu'ils attribuent à la médecine générale, leurs opinions

sur des perspectives d'évolution, comme la situation de la démographie médicale ou le développement de la télémédecine, la satisfaction globale des patients concernant leur médecin traitant. Ce questionnaire anonyme a été distribué à l'intention des patients, dans les salles d'attente de 18 structures médicales en zones rurales ou urbaines, incluses à l'étude dans 7 départements du Grand-Est. Quelques questionnaires ont aussi été distribués par un investigateur dans le bras urbain à des sujets vivant en ville. **Au total, 1895 questionnaires ont été analysés (1036 en zone rurale, 859 en zone urbaine), en uni puis multivariée, pour mieux évaluer l'effet de la zone géographique indépendamment d'autres variables de confusion.**

Dans notre étude, **la satisfaction globale moyenne des répondeurs concernant leur médecin généraliste est élevée dans les deux bras et légèrement mais significativement supérieure en zone urbaine.** Elle est, en effet, de 8,86/10 en ruralité et 8,97/10 en ville. Ce constat nous a étonné, en supposant initialement le rôle plus central du médecin généraliste en campagne. Notre hypothèse **est qu'il existe une définition différente de la mission du médecin traitant par les patients dans les deux zones géographiques. Les différences socioculturelles entre les deux milieux et les effets de l'offre de soins sur le territoire aboutiraient à des attentes différentes des patients à propos de la médecine générale.** Les populations des villes, sociologiquement plus instruites, avec une proportion de cadres plus importante, ont un accès facilité aux spécialistes et leur rapport à la santé différerait de celui des zones rurales. Les urbains seraient plus sensibles à la prévention, au bien être, à l'entretien de la santé et sollicitent plus souvent le médecin sur ces sujets. De plus, on peut émettre l'hypothèse d'une complémentarité plus importante avec les spécialistes ou les hôpitaux en ville qui améliore les prises en charge individuelles et les parcours de soins. La pratique de la médecine en territoire urbain pourrait être influencée et modifiée par ces facteurs et donc le rôle moins « central » du généraliste de ville dans la prise en charge médicale pourrait être contrebalancé par ces éléments. **Dans les campagnes, l'avantage de la position privilégiée du médecin traitant dans le parcours de soins pourrait être atténué par des facteurs organisationnels. En effet, des consultations moins longues, dues à une patientèle plus**

importante, des délais de rendez-vous plus longs et une moins bonne complémentarité avec les spécialistes, pourraient diminuer la satisfaction. Enfin, la faible densité spatiale en soignants entrave la possibilité de choisir son médecin sur des critères personnels précis. Cela pourrait aussi expliquer que la satisfaction ne soit pas supérieure en ruralité. Ainsi, même si les résultats montrent une bonne satisfaction des patients pour leur médecin généraliste, il n'apparaît pas clairement que sa place traditionnellement plus importante en zone rurale par rapport au reste de l'offre de soins influence réellement cette satisfaction.

Dans les usages rapportés de la médecine générale, rien n'indique dans notre étude de différence concernant la fidélité au médecin et l'acceptation des remplaçants. Nous retrouvons une importance, sans différence, à consulter un médecin unique référent, bien que les patients acceptent volontiers les remplaçants. Les considérations étudiées concernant l'erreur médicale par les répondeurs ne montraient, elles-aussi, pas différence.

Les répondeurs urbains sont cependant significativement plus à même de vérifier les informations dispensées par le médecin sur internet qu'en ruralité. Cela semble être vrai pour toutes les classes d'âge et même chez les sujets jeunes, ayant pourtant grandi à l'époque du numérique. Cette différence pourrait traduire la **persistance d'inégalités face au numérique en santé entre les deux territoires, déjà étudiées dans la littérature.** La ponctualité du médecin apparaît tout aussi importante dans les deux bras, le style de vie urbain et son dynamisme ne semble pas prédominant par rapport aux exigences des patients ruraux.

L'image du médecin généraliste n'était pas différente entre ville et campagne malgré le rôle plus central qu'on peut lui prêter en zone rurale. Il n'est, en général, **pas considéré comme moins prestigieux qu'un spécialiste** dans les deux cas et dans les mêmes proportions, malgré l'accès facilité des urbains aux soins spécialisés. L'image du **médecin de famille persiste** de manière égale et n'est pas plus importante dans les zones rurales.

Les champs d'actions de la médecine générale évalués par l'étude montrent une **attente de compétences des médecins assez importantes et variées en ville comme en campagne. Ce**

constat va à l'encontre de l'idée d'une médecine urbaine plus minimaliste et moins technique du fait de l'offre de soins disponible. En cela, les répondeurs ne montrent pas de différence significative sur le suivi du diabète par le médecin traitant, son suivi psychologique, sa pratique de la gynécologie et l'intérêt jugé à ce qu'il pratique des échographies. **Sans étonnement, les demandes concernant la petite chirurgie d'urgence et le suivi pédiatrique sont plus importantes en ruralité,** l'offre de soins diminuée peut en être l'explication. L'attente sur ces deux types de compétences **reste étonnamment assez élevée en ville, alors que la pratique ambulatoire des sutures et autres petites chirurgies d'urgence diminue en général et particulièrement en zone urbaine.** Dans ce contexte défavorable de la démographie médicale et de saturation des urgences, **ces données peuvent permettre aux médecins et futurs praticiens de mieux considérer la possibilité et l'importance de ces pratiques, même en milieu urbain**. L'argument d'une absence de demande étant, comme nous l'avons vu, un argument souvent mis en avant, pour ne pas proposer certains soins.

Concernant les évolutions et perspectives de la médecine générale, notre étude ne montrait **pas de crainte plus importante sur la démographie médicale en campagne qu'en ville**. Malgré l'idée que l'on se fait souvent des zones rurales, il existe aussi des zones urbaines sous denses en généralistes, cela influence ce ressenti des patients. **Les répondeurs ruraux voient l'exercice médical en association comme significativement plus utile qu'en ville.** Ce mode d'organisation, plus commun pour les patients en ruralité, offre aussi l'avantage d'une diminution du nombre de trajets nécessaires pour les soins de premiers recours. La télémédecine est globalement considérée comme peu utile dans les deux groupes, sans différence significative, bien que peu de sujets en aient déjà bénéficié, en particulier en ruralité, traduisant là encore **une possible inégalité territoriale persistante face au numérique.** Ce constat est paradoxal quand on connaît la volonté affichée de diminuer les déséquilibres d'accès aux soins par ce biais.

Ces données pourraient permettre d'éclairer le choix d'installation ou de pratique des médecins généralistes en remettant en question certains préjugés sur la médecine urbaine ou rurale. Ainsi, la

médecine urbaine n'est pas forcément synonyme d'une prise en charge moins complète ou technique du patient. Ce point de vue des usagers tend à montrer que les prises en charge spécifiques ont aussi leur place en milieu urbain et qu'il peut y avoir une attente des patients à ce sujet. **La place de la médecine générale en zone urbaine, si elle est différente, reste importante et ne semble pas diminuée par les facteurs sociodémographiques et d'offres de soins locaux.**

Malgré les pistes intéressantes dégagées par notre travail, **un versant qualitatif de cette étude pourrait préciser nos hypothèses sur ce qui module la satisfaction des patients concernant leur généraliste en ville et en campagne.** D'autres études peuvent aussi être réalisées **pour évaluer les bénéfices d'une incitation à la pratique par les médecins généralistes urbains des compétences étudiées, pour le parcours de soins des patients ou sur le plan médico-économique pour le système de santé.** Enfin, il serait pertinent de vérifier et d'évaluer les raisons qui induisent un faible sentiment d'utilité de la télémédecine de manière générale, et notamment **en ruralité, celle-ci étant une des solutions envisagées pour améliorer l'accès aux soins dans les territoires plus isolés.**

VU
Strasbourg, le 19 mai 2022
Le président du jury de thèse
Professeur Michel VELTEN

VU et approuvé
Strasbourg, le 23 MAI 2022
Le Doyen de la Faculté de
Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILIA

ABBRÉVIATIONS

ANCT : Agence Nationale de la Cohésion des Territoires

APL : Accessibilité Potentielle Localisée

ARS : Agence Régionale de Santé

CREDES : Centre de Recherche, d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé

CREDOC : Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de vie

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DRESS : Direction de la Recherche des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

ECG : Électrocardiogramme

ET : Écart-type

INSEE : Institut National des Études Statistiques

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé

MG : Médecin(s) Généraliste(s)

MSH : Maison des Sciences et de l'Homme

MSP : Maison de Santé Pluri-Professionnelle

NA : Absence de réponse

NSN : Nombre de Sujets Nécessaires

ZR : Zone(s) Rurale(s)

ZU : Zone(s) Urbaine(s)

ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire (ARS)

ZAC : Zone d'Action Complémentaire (ARS)

DÉFINITIONS

Accessibilité Potentielle Localisée (APL) : Indicateur local d'accessibilité aux médecins généralistes prenant en compte la distance, le nombre d'actes par année, la demande de soins (fonction de l'âge). Elle est exprimée en nombre de consultations par habitant standardisées, au niveau des communes et peut être évaluée au niveau des bassins de vie (81).

APL moyen pondéré : Moyenne des APL des bassins de vie des structures incluses dans chaque bras, pondérée par le nombre de questionnaires collectés par structure.

ANNEXES

Annexe 1. Questionnaire de l'étude

Considérations de la population sur la médecine générale en milieu rural et en milieu urbain.

Nous vous proposons ce questionnaire afin d'étudier la perception de la médecine générale par la population, en fonction de leur zone géographique (Ville ou Campagne) dans le Grand Est. Il a pour but de mettre en évidence certaines différences, afin de mieux les comprendre. Votre avis nous intéresse.

Le questionnaire est anonyme. Une fois rempli, veuillez le déposer dans la boite située en salle d'attente. Merci pour votre aide précieuse.

Questionnaire réalisé dans le cadre d'une Thèse de Médecine.

Informations :

1) Vous êtes (cochez la bonne réponse) :

- O Un homme
- O Une femme

2) Quel est votre code postal exact (celui de votre commune de résidence) ? .....

3) Quel âge avez-vous ? (Cocher la bonne réponse)

- O Entre 18 et 30 ans
- O Entre 31 et 50 ans
- O Entre 51 et 65 ans
- O Entre 66 et 80 ans
- O Plus de 80 ans

4) Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ? (Cochez la bonne réponse)

- O Agriculteur
- O Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- O Profession libérale
- O Cadre d'entreprise
- O Profession intermédiaire, employé
- O Ouvrier
- O Retraité
- O Recherche d'emploi
- O Homme ou femme au foyer
- O Étudiant
- O Autre

5) Souffrez-vous d'une ou de plusieurs maladies chroniques ? (Ex. : hypertension, cholestérol, diabète, asthme, épilepsie...**sans préciser laquelle.**) :

- O Oui
- O Non

6) Cela vous est-il égal de consulter le remplaçant de votre médecin généraliste si ce dernier est en vacances ?

- O Oui
- O Non

7) Avec quelle fréquence, en moyenne, consultez-vous un médecin généraliste ? (Cochez la bonne réponse)

- O Moins d'une fois par an
- O Une fois par an
- O Tous les 6 mois
- O Tous les 3 mois
- O Tous les mois
- O Plus d'une fois par mois

8) Consultez-vous autant que possible le même médecin généraliste ?

- O Oui
- O Non

9) Comment avez-vous choisi votre médecin traitant ? (Cochez la bonne réponse)

- O C'est le médecin le plus proche de votre domicile
- O On vous l'a conseillé (amis, famille, etc.)
- O C'est un médecin qui a bonne réputation
- O C'est votre médecin de famille
- O Au hasard (vous avez vu sa plaque dans la rue, son nom dans l'annuaire, etc.)
- O Autre : .....

10) Vérifiez-vous sur internet les informations/traitements donnés par votre médecin traitant ? (Cochez la bonne réponse)

- O Jamais
- O Parfois
- O Souvent
- O Systématiquement

Image Du Médecin

11) Comment jugez-vous la confiance que vous avez envers votre médecin généraliste ? (Entourez un chiffre entier entre 1 et 10 sur cette échelle visuelle, dans le cadre rouge)

0 : Très faible 5 : Variable 10 : Très forte

12) Selon vous, dans quelle mesure votre médecin généraliste est-il à l'écoute ? (Entourez un chiffre entier entre 1 et 10 sur cette échelle visuelle, dans le cadre rouge)

0 : Pas à l'écoute 5 : Variable 10 : Très à l'écoute

13) Dans quelle mesure êtes-vous satisfait des informations dispensées par votre médecin traitant en consultation ? (Entourez un chiffre entier entre 1 et 10 sur cette échelle visuelle, dans le cadre rouge)

0 : Totalement insatisfait 5 : Moyennement satisfait 10 : Entièrement satisfait

14) Pouvez-vous qualifier votre médecin de « médecin de famille » ?

- O Oui
- O Non

15) Dans quelle mesure la ponctualité de votre médecin pour les rendez-vous est-elle importante pour vous ? (Entourez un chiffre entier entre 1 et 10 sur cette échelle visuelle, dans le cadre rouge)

0 : N'est pas importante 5 : Moyennement importante 10 : Très importante

16) Considérez-vous votre médecin traitant comme : (Cochez la bonne réponse)

- O Un technicien
- O Un ami
- O Un confident
- O Un conseiller
- O Un guide
- O Un savant
- O Un éducateur
- O Un modèle humain

17) Considérez-vous qu'être médecin spécialiste est plus prestigieux que médecin généraliste ?

- O Oui
- O Non

18) Le médecin généraliste est-il le professionnel de premier recours pour vos affections psychologiques ?

- O Oui
- O Non

19) Si vous êtes une femme : Si votre médecin généraliste dispense un suivi/soins gynécologique que faite vous ? (Cochez la bonne réponse)

- O Je me fais suivre par mon médecin généraliste pour les problèmes de routine
- O Je me fais suivre par mon gynécologue pour les problèmes de routine
- O Je me fais suivre par une sage-femme pour les problèmes de routine

20) Pour une plaie sans gravité du bras ou de la jambe, un petit abcès, un kyste ne nécessitant qu'une suture ou incision, que feriez-vous ? (Cochez la bonne réponse)

- O Je consulte mon médecin généraliste
- O Je me rends aux urgences
- O Je consulte un spécialiste

21) Pour le suivi d'un diabète pensez-vous que : (Cochez la bonne réponse)

- O Le médecin généraliste est le plus adapté
- O Le diabétologue est le plus adapté

22) Pensez-vous utile qu'un médecin généraliste réalise des échographies dans son cabinet (après une formation spécifique) ?

- O Oui
- O Non

23) Acceptez-vous qu'un médecin généraliste puisse se tromper (dans un diagnostic, un traitement, etc.) : (Cochez la bonne réponse « oui ou non » de chaque proposition)

- 1. Si l'erreur n'a pas de conséquence sur ma santé
  O Oui
  O Non
- 2. Même si l'erreur est grave, tout le monde peut se tromper :
  O Oui
  O Non

24) Si vous aviez/avez un ou des enfants de moins de 10 ans, pour le suivi de routine : (Cochez la bonne réponse)

O Je les fais/ferais suivre par un médecin généraliste
O Je les fais/ferais suivre par un pédiatre

25) Les médecines alternatives sont-elles pour vous plus efficaces que la médecine officielle ? (Cochez la bonne réponse)

O Oui dans tous les cas
O Oui dans certains cas
O Non dans aucun cas

26) De 0 à 10 ou situez-vous votre niveau de crainte concernant le manque de médecin sur votre lieu de vie ? (Entourez un chiffre entier entre 1 et 10 sur cette échelle visuelle, dans le cadre rouge)

0 : Aucune inquiétude 10 : Crainte importante

27) Dans quelle mesure pensez-vous qu'un regroupement médecin travaillant en associations avec d'autres médecins et professionnels de santé (infirmiers, kiné, spécialistes etc...) soit un avantage pour votre suivi médical ? (Entourez un chiffre entier entre 1 et 10 sur cette échelle visuelle, dans le cadre rouge)

0 : Délétère 5 : Neutre 10 : Un très grand avantage

28) Avez-vous déjà bénéficié d'une consultation de médecine générale par télémédecine (consultation à distance par écran interposé) ?

- O Oui
- O Non

29) Dans quelle mesure pensez-vous que la Télémédecine en médecine générale (consultation à distance par écran interposé) soit un avantage pour votre prise en charge dans le futur ? (Entourez un chiffre entier entre 1 et 10 sur cette échelle visuelle, dans le cadre rouge)

0 : Déteste 5 : moyen 10 : Un très grand avantage

30) Pensez-vous que le tarif d'une consultation simple en médecine générale (25 euros) est : (Cochez la bonne réponse) :

- O Trop cher
- O Adapté
- O Pas assez cher

31) Pensez-vous acceptable qu'un médecin généraliste refuse le tiers payant ?

- O Oui
- O Non

Conclusion :

32) Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de votre médecin généraliste ? (Entourez un chiffre entier entre 1 et 10 sur cette échelle visuelle, dans le cadre rouge)

0 : Totalement insatisfait 5 : Moyennement satisfait 10 : Extrêmement satisfait

Merci de votre participation.

BOXEBELD Hugo Interne en médecine

Dr GASS Boris

Annexe 2. Avis du Comité du Centre Hospitalier de Bar le Duc

CENTRE HOSPITALIER DE BAR-LE-DUC
1, Boulevard d'Argonne - BP 10510 - 55012 BAR-LE-DUC Cedex
Centre Hospitalier Bar-le-Duc
☎ : 03.29.45.88.88 - Fax : 03.29.45.44.57 - Email : hopitalbarleduc@orange.fr
Espace de Reflexion Ethique

Le 18 février 2021, Bar-Le-Duc

Objet :
Avis concernant le projet de thèse de Monsieur Hugo BOXEBELD avec une enquête et notamment une étude quantitative comparative en deux bras évaluant les considérations des patients sur la médecine générale en milieu rural, comparativement au milieu urbain.

Après analyse, le comité d'Ethique de Bar le Duc estime qu'une certaine démarche éthique est respectée dans la méthodologie du travail de thèse de Monsieur Hugo BOXEBELD, tant sur la protection du patient mais aussi des médecins qui participent à l'étude.

Docteur Claudio BACCARO,
Président de l'Espace de Réflexion Ethique
De Bar le Duc

Annexe 3. Fidélité exprimée selon l'âge et la présence de maladie(s) chronique(s), Q8

Annexe. Fidélité exprimée selon l'âge.*

	Territoire Rural *N=1032*	Territoire Urbain *N=858*
Q8. Fidélité selon âge : *n (% par tranche d'âge)*		
Oui		
Entre 18 et 30 ans	62 (76,54)	85 (77,27)
Entre 31 et 50 ans	242 (83,16)	229 (85,45)
Enre 51 et 65	304 (92,68)	227 (89,37)
Entre 66 et 80 ans	250 (88,65)	180 (92,31)
Plus de 80 ans	46 (92)	25 (80,65)
Non		
Entre 18 et 30 ans	17 (20,99)	21 (19,09)
Entre 31 et 50 ans	44 (15,12)	30 (11,19)
Enre 51 et 65	17 (5,18)	18 (7,09)
Entre 66 et 80 ans	14 (4,97)	4 (2,05)
Plus de 80 ans	1 (2)	1 (3,23)
NA		
Entre 18 et 30 ans	2 (2,47)	4 (3,63)
Entre 31 et 50 ans	5 (1,72)	9 (3,36)
Enre 51 et 65	7 (2,13)	9 (3,54)
Entre 66 et 80 ans	18 (6,38)	11 (5,64)
Plus de 80 ans	3 (6)	5 (16,13)

** : Non réponses sur l'âge (NA) exclues.*

Annexe. Fidélité exprimée selon la présence ou l'absence de maladie(s) chronique(s)

	Territoire Rural *N=1036*	Territoire Urbain *N=859*
Q8. Fidélité selon maladie chronique : *n (%)*		
Oui		
Présence de maladie chronique	490 (93,87)	353 (94,89)
Absence de maladie chronique	409 (85,03)	390 (85,71)
NA	7 (21,21)	4 (12,5)
Non		
Présence de maladie chronique	27 (5,17)	16 (4,3)
Absence de maladie chronique	68 (14,14)	58 (12,75)
NA	0	0
NA		
Présence de maladie chronique	5 (0,96)	3 (0,81)
Absence de maladie chronique	4 (0,83)	7 (1,54)
NA	26 (78,78)	28 (87,5)

Annexe 4. Vérification des informations médicales selon l'âge. Q10.

Annexe. Vérification des informations médicales sur internet selon l'âge.*

	Territoire Rural *N=1032**	Territoire Urbain *N=858**
Q10. Verification sur Internet : *n (%)*		
Jamais : ***n (% par âge)***		
Entre 18 et 30 ans	57 (70,37)	65 (59,09)
Entre 31 et 50 ans	205 (70,45)	173 (64,55)
Enre 51 et 65	234 (71,34)	173 (68,11)
Entre 66 et 80 ans	197 (69,86)	114 (58,46)
Plus de 80 ans	37 (74)	17 (54,84)
Parfois ***: n (% par âge)***		
Entre 18 et 30 ans	16 (19,75)	33 (30)
Entre 31 et 50 ans	72 (24,74)	75 (27,99)
Enre 51 et 65	70 (21,34)	60 (23,62)
Entre 66 et 80 ans	58 (20,57)	53 (27,18)
Plus de 80 ans	6 (12)	7 (22,58)
Souvent : ***n (% par âge)***		
Entre 18 et 30 ans	2 (2,47)	4 (3,64)
Entre 31 et 50 ans	6 (2,06)	9 (3,36)
Enre 51 et 65	13 (3,96)	9 (3,54)
Entre 66 et 80 ans	5 (1,77)	9 (4,62)
Plus de 80 ans	2 (4)	0
Systématiquement : ***n (% par âge*** **)**		
Entre 18 et 30 ans	2 (2,47)	4 (3,64)
Entre 31 et 50 ans	5 (1,72)	4 (1,49)
Enre 51 et 65	2 (0,61)	3 (1,18)
Entre 66 et 80 ans	1 (0,35)	5 (2,56)
Plus de 80 ans	0	0
NA	42 (4,05)	41 (4,77)

** : Non réponses sur l'âge (NA) exclues.*

Annexe 5. Vérification sur internet des informations médicales par les patients ≤ 50 ans en fonction de la présence d'une maladie chronique. Q10

Annexe. Vérification sur internet des informations médicales par les patients ≤ 50 ans en fonction de la présence d'une maladie chronique.

	Territoire Rural *N=368*	Territoire Urbain *N=369*
Verification sur Internet : *n (%)*		
Jamais : *n (%≤ 50 ans)*		
Maladie chronique	78 (75,73)	60 (60)
Absence de maladie chronique	183(69,06)	176 (65,43)
Parfois *: n (%≤ 50 ans)*		
Maladie chronique	21 (20,39)	34 (34)
Absence de maladie chronique	66 (24,91)	74 (27,51)
Souvent : *n (%≤ 50 ans)*		
Maladie chronique	2 (1,94)	4 (4)
Absence de maladie chronique	5 (1,89)	9 (3,35)
Systématiquement : *n (%≤ 50 ans*)		
Maladie chronique	0	0
Absence de maladie chronique	7 (2,64)	8 (2,97)
NA : *n (%≤ 50 ans)*		
Maladie chronique	2 (1,94)	2 (2)
Absence de maladie chronique	4 (1,51)	2 (0,74)

Annexe 6. Proportion de non répondeur à la question sur le suivi des enfants selon le sexe pour les sujets ≤ 50 ans. Q24

Annexe. Proportion de non répondeur à la question sur le suivi des enfants selon le sexe pour les répondeurs ≤ 50 ans.

	Territoire Rural *N=48*	Territoire Urbain *N=55*
Non réponses hommes ≤ 50 ans : n*(% des hommes < 50 ans)*	21 (23,86)	16 (14,68)
Non réponses femmes ≤ 50 ans : n *(% des hommes < 50 ans)*	27 (9,51)	39 (14,55)

Annexe 7. Choix du praticien pour un suivi gynécologique selon l'âge des femmes. Q19

Annexe. Choix du praticien pour un suivi gynécologique selon l'âge des femmes.

	Territoire Rural *N=705*	Territoire Urbain *N=587*
Q19. Gynecologie : *n (% par catégorie d'âge)**		
Médecin Généraliste		
Entre 18 et 30 ans	20 (33,33)	31 (40,26)
Entre 31 et 50 ans	67 (29,91)	66 (34,56)
Enre 51 et 65	70 (28,81)	56 (30,44)
Entre 66 et 80 ans	57 (37,75)	44 (36,98)
Plus de 80 ans	9 (33,33)	8 (50)
Gynécologue/Sage Femme		
Entre 18 et 30 ans	32 (53,33)	34 (44,16)
Entre 31 et 50 ans	144 (64,29)	113 (59,16)
Enre 51 et 65	151 (62,14)	114 (61,96)
Entre 66 et 80 ans	80 (52,98)	62 (52,1)
Plus de 80 ans	12 (44,44)	5 (31,25)
NA		
Entre 18 et 30 ans	8 (13,33)	12 (15,58)
Entre 31 et 50 ans	13 (5,80)	12 (6,28)
Enre 51 et 65	22 (9,05)	14 (7,61)
Entre 66 et 80 ans	14 (9,27)	13 (10,92)
Plus de 80 ans	6 (22,22)	3 (18,75)

** : Non réponses sur l'âge (NA) exclues.*

Annexe 8. Impact de la réalisation d'au moins une téléconsultation sur l'utilité ressentie de la télémédecine. Q28 et Q29

Annexe. Impact de la réalisation d'au moins de téléconsultation sur l'utilité ressentie de la télémédecine.

	Territoire Rural	Territoire Urbain	Analyse Univariée		Analyse Multivariée	
	N=1036	*N=859*	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
Utilité de la Télémédecine : *m (ET)*	**4,96 (2,83)**	**5,26 (2,73)**	**0,96 (0,93-0,996)**	**0,03**	**0,96 (0,92-1,00)**	**0,068**
Utilité si téléconsultation déjà pratiquée	6,37 (2,71)	6,06 (2,71)				
Utilité si téléconsultation jamais pratiquée	4,79 (2,8)	5,02 (2,7)				

BIBLIOGRAPHIE.

1. CCMSA Paris, URCAM Aquitaine, URCAM Franche-Comté, URCAM Languedoc-Roussillon, CREDES Paris. Santé et milieu rural. Une démarche exploratoire menée par trois URCAM. Besançon : URCAM Besançon ; 2002, 90 p. [En ligne]. https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2002/1394bisSanteEtMilieuRural.pdf. Consulté le 5 mars 2022.

2. Laurent C. La localisation géographique du lieu d'exercice influence-t-elle la décision du médecin généraliste d'adresser son patient vers un spécialiste ? Etude sur les médecins généralistes de Haute-Garonne [Thèse de médecine]. Université Toulouse III - Paul Sabatier ; 2020, 38p. [En ligne]. http://thesesante.ups-tlse.fr/3013. Consulté le 5 mars 2022.

3. Iverson G, Coleridge S, Fulda K, Licciardone J. What factors influence a family physician's decision to refer a patient to a specialist ? Rural Remote Health. 17 juill 2005;5(3):413. [En ligne]. https://www.rrh.org.au/journal/article/413. Consulté le 5 mars 2022.

4. Langley GR, Minkin S, Till JE. Regional variation in nonmedical factors affecting family physicians' decisions about referral for consultation. Can Med Assoc J. 1 août 1997;157(3):265-272. [En ligne]. http://www.cmaj.ca/content/157/3/265.abstract. Consulté le 5 mars 2022.

5. Chaput H, Monziols M, Ventelou B, Zaytseva A, Chevillard G, Mousquès J, et al. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale. DREES. 2020;(1140):5. [En ligne]. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/difficultes-et-adaptation-des-medecins-generalistes-face-loffre-de. Consulté le 5 mars 2022.

6. Evrard C. Activités des médecins généralistes et territoires : une étude en Auvergne. Actual Doss En Santé Publique EHESP. 2002;(40):57-60. [En ligne]. https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=262203. Consulté le 19 mars 2022.

7. Bontron JC, Voisin LM. Les soins hospitaliers en milieu rural, éléments d'un débat. Pour. 2012;214(2):57-64. [En ligne]. https://www.cairn.info/revue-pour-2012-2-page-57.htm. Consulté le 5 mars 2022.

8. Henneman PL, Garb JL, Capraro GA, Li H, Smithline HA, Wait RB. Geography and Travel Distance Impact Emergency Department Visits. J Emerg Med. mars 2011;40(3):333-9. [En ligne]. https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0736467909008087. Consulté le 5 mars 2022.

9. Or Z, Penneau A. Analyse des déterminants territoriaux du recours aux urgences non suivi d'une hospitalisation. Irdes Doc Trav. 2017;(72):20. [En ligne]. https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/072-analyse-des-determinants-territoriaux-du-recours-aux-urgences-non-suivi-d-une-hospitalisation.pdf. Consulté le 5 mars 2022.

10. Barlet M, Marbot C. Portrait des professionnels de santé, Édition 2016. DREES-SANTE ; 2016, 158p. [En ligne]. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/panoramas-de-la-drees/portrait-des-professionnels-de-sante-edition-2016. Consulté le 5 mars 2022.

11. Adjerad R, Bergonzoni A, Boisguérin B, Cuvilliez J, Dahmouh A, Faroux T, et al. Les dépenses de santé en 2018. Résultats des comptes de la santé: édition 2019. Drees ; 2019, 153 p. [En ligne]. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/panoramas-de-la-drees/les-depenses-de-sante-en-2018-resultats-des-comptes-de-la-sante. Consulté le 6 mars 2022.

12. Coldefy M, Com-Ruelle L, Lucas-Gabrielli V, Marcoux L. Les distances d'accès aux soins en France métropolitaine au 1er janvier 2007. IRDES ; 2011, 124 p. [En ligne]. https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2011/rap1838.pdf. Consulté le 2 avril 2022.

13. Vinel V, Kessler D, Voléry I, Kivits J. Se soigner en zones rurales lorraines : trajectoires de soins, perceptions des territoires et obstacles à l'égalité de l'accès aux soins médicaux. MSH Lorraine ; 2015, 110 p. [En ligne]. https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01316554/file/Medicamp.pdf. Consulté le 1er avril 2022.

14. Charpy C. Les Comptes de la Sécurité Sociale - septembre 2015. Commission des comptes de la sécurité sociale ; 2015, 371 p. [En ligne]. https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2015/RAPPORT/CCSS-RAPPORT-SEPTEMBRE_2015.pdf. Consulté le 6 mars 2022.

15. Toutlemonde F. Les établissements de santé - Édition 2017. DREES ; 2017, 183 p. [En ligne]. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/panoramas-de-la-drees/les-etablissements-de-sante-edition-2017. Consulté le 6 mars 2022.

16. D'Alessandro C, Levy D, Regnier T. Une nouvelle définition du rural pour mieux rendre compte des réalités des territoires et de leurs transformations − La France et ses territoires. Insee. 2021, 72 p. [En ligne]. https://www.insee.fr/fr/statistiques/5039991?sommaire=5040030#onglet-4. Consulté le 6 mars 2022.

17. Boisguérin B, Raynaud D, Breuil-Genier P. Les trajectoires de soins en 2003. DREES ; 2006, 12 p. [En ligne]. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er463.pdf. Consulté le 15 mars 2022.

18. Mizrahi A, Mizrahi A. Disparités de consommation médicale et état de santé en France. CREDES Paris ; 1994, 27 p. [En ligne]. https://www.irdes.fr/Publications/Rapports1994/rap1034.pdf. Consulté le 2 avril 2022.

19. Coutrix C. La perception d'une pratique rurale, semi-rurale ou urbaine selon les médecins généralistes d'Aquitaine [Thèse de médecine]. Université de Bordeaux; 2018, 120 p. [En ligne]. https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02025683. Consulté le 15 mars 2022.

20. Arnaud C, Thiron P. Médecine générale en milieu rural: freins à l'installation [Thèse de médecine]. Grenoble ; 1971-2015, France : Université Joseph Fourier ; 2013, 166 p. [En ligne]. https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00904065/document. Consulté le 17 mars 2022.

21. Dumontet M, Samson AL, Franc C. Comment les médecins choisissent-ils leur lieu

d'exercice ? Rev Francaise Econ. 2016;31(4):221-267. [En ligne]. https://www.cairn.info/revue-francaise-d-economie-2016-4-page-221.html. Consulté le 17 mars 2022.

22. Carol G, Hérault T, Lugand M. Motivations des jeunes médecins à l'installation en milieu rural en région Pays de la Loire [Thèse de médecine]. Université de Nantes, France ; 2014, 79 p. [En ligne]. http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=cceecbe6-b1e2-4c5f-b39a-194a84302a0a. Consulté le 17 mars 2022.

23. Ambert V, Cambon B, Marty L. Bien-être au travail et installation pérenne des médecins généralistes en milieu rural: une étude qualitative [Thèse de médecine]. Université Clermont Auvergne, France ; 2019, 125 p. [En ligne]. https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02296417/document. Consulté le 17 mars 2022.

24. Monin A, Millet I. Les facteurs de satisfaction des médecins généralistes ruraux en France : étude qualitative [Thèse de médecine]. Université Joseph Fourier, Grenoble, France, 2015, 262 p. [En ligne]. https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01163665/document. Consulté le 2 avril 2022.

25. Tamisier T. Les futurs médecins généralistes pratiqueront-ils les sutures en cabinet de ville ? [Thèse de médecine] Université Paris Descartes ; 2015, 49 p. [En ligne]. https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01302358/document. Consulté le 17 mars 2022.

26. Ceysson C. Les obstacles à la suture de plaies en cabinet de médecine générale: enquête quantitative auprès de l'offre et de la demande dans le département du Cantal [Thèse de médecine]. Université de Clermont-Ferrand, France ; 2011, 100 p.

27. Chataing F. Place de l'électrocardiogramme en médecine générale en 2011: étude quantitative sur le département de la Haute-Loire [Thèse de médecine]. Université de Clermont-Ferrand I, France ; 2011, 73 p.

28. Lehel A. Exercice de la médecine générale avec ou sans électrocardiogramme [Thèse de médecine]. Université de Bordeaux ; 2015, 72 p. [En ligne]. http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01178422. Consulté le 27 mars 2022.

29. Mousel C. Le médecin généraliste en 2007: Evolution en 25 ans de l'image du praticien et des attentes des patients. Résultats d'une enquête réalisée auprès de 108 sujets de la Vallée de la Fensch et du Pays Haut Lorrain [Thèse de médecine]. Université de Nancy I. Faculté de médecine ; 2009, [En ligne]. 209 p. http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2009_MOUSEL_CATHERINE.pdf. Consulté lé 17 mars 2022.

30. Mourton E. Représentation sociale du médecin généraliste dans la population lorraine en 2013. Connaissance de la population sur le métier de médecin généraliste [Thèse de médecine]. Université de Lorraine, France ; 2013, 83 p. [En ligne]. https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732859. Consulté le 17 mars 2022.

31. Ciancaleoni (G.), D'Houtaud (A.), Deschamps (J.P.). L'image du médecin en Lorraine [Thèse de médecine]. Université de Nancy 1, France ; 1983, 126 p.

32. Melmi D. Image de la santé, de la prévention et de la médecine: enquête auprès d'une

population du Pays Haut Lorrain [Thèse de médecine]. Université de Nancy 1, France ; 1983, 131 p.

33. Observatoire des territoires - ANCT. Carte Interactive-Observatoire des territoires. [En ligne]. https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/outils/cartographie-interactive/#c=home. Consulté le 17 mars 2022.

34. Bujang MA, Sa'at N, Bakar TMITA. Sample size guidelines for logistic regression from observational studies with large population: emphasis on the accuracy between statistics and parameters based on real life clinical data. Malays J Med Sci MJMS. 2018;25(4):122. [En ligne]. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6422534/.

35. Faculté de médecine de Strasbourg, Faculté de médecine de Rennes. Formalités réglementaires 2021 en recherche en santé. [En ligne]. https://sondagesv3.unistra.fr/index.php/262984. Consulté le 17 mars 2022.

36. Zumsteeg S. La bonne image des généralistes. IPSOS ; 2007. [En ligne]. https://www.ipsos.com/fr-fr/la-bonne-image-des-generalistes. Consulté le 17 mars 2022.

37. Ambroise-Thomas P, Couturier D, Loisance D, Hermange MT, Hermange MT, Ambroise-Thomas P, et al. Le rôle et la place du médecin généraliste en France. Bull Académie Natl Médecine. 1 avr 2008;192(4):805-16. [En ligne]. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001407919327967. Consulté le 17 mars 2022.

38. Brutel C, Levy D. Le nouveau zonage en aires urbaines de 2010: 95% de la population vit sous l'influence des villes. INSEE ; Insee première ; 2011, 4 p. [En ligne]. https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281191. Consulté le 17 mars 2022.

39. Maurin C. Enfin une nouvelle définition de la ruralité ! Gaz Communes ; 2020. [En ligne]. https://www.lagazettedescommunes.com/711976/enfin-une-nouvelle-definition-de-la-ruralite. Consulté le 17 mars 2022.

40. Cartosanté-Atlas santé. CartoSanté - Indicateurs : cartes, données et graphiques. [En ligne]. https://cartosante.atlasante.fr/#c=indicator&view=map12. Consulté le 17 mars 2022.

41. DREES, IRDES. L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ; 2020. [En ligne]. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/lindicateur-daccessibilite-potentielle-localisee-apl#toc-publications. Consulté le 17 mars 2022.

42. Legendre B. En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population. DREES ; 2018, 6 p. [En ligne]. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/en-2018-les-territoires-sous-dotes-en-medecins-generalistes. Consulté le 17 mars 2022.

43. INSEE. Professionnels de santé au 1er janvier 2018. Insee ; 2020. [En ligne]. https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677. Consulté le 19 mars 2022.

44. Silhol J, Ventelou B. Les zones d'intervention prioritaire reflètent-elles des écarts de pratiques des médecins généralistes ? INSEE ; 2020, 47 p. [En ligne].

https://www.insee.fr/fr/statistiques/4303437. Consulté le 19 mars 2022.

45. Lurquin B. Comparaison de l'activité des médecins généralistes français ruraux et urbains : étude transversale [Thèse de médecine]. Université Claude Bernard, Lyon, France ; 2019, 52 p. https://n2t.net/ark:/47881/m6kd1x88. Consulté le 5 mars 2022.

46. Boltanski L. Les usages sociaux du corps. Annales. Économies, Sociétés, Civilisations ; 1971 ; 26(1):205-233.

47. Forzy L, Titli L, Carpezat M, Verdier C. Accès aux soins et pratiques de recours - Étude sur le vécu des patients. DRESS ; 2021, 65 p. [En ligne]. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/acces-aux-soins-et-pratiques-de-recours-etude-sur-le-vecu-des. Consulté le 19 mars 2022.

48. Billoud D. Impact de la durée de consultation en médecine générale sur le ressenti du patient et sa satisfaction de prise en charge: étude qualitative à partir d'entretiens individuels semi-dirigés [Thèse de médecine]. Université de Montpellier, Faculté de médecine ; 2020, 82 p. [En ligne]. https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02963048. Consulté le 19 mars 2022.

49. Auge S, Gonsolin M. Durée de consultation et satisfaction en médecine générale: point de vue du médecin et du patient [Thèse de médecine]. Aix-Marseille Université. Faculté de médecine ; 2020, 56 p. [En ligne]. https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02923503. Consulté le 19 mars 2022.

50. Bearez B, Denis Rudelle K. Durée de consultation en médecine générale: perception et ressenti de patients de la Haute-Vienne en 2020 [Thèse de médecine]. Université de Limoges, France ; 2020. [En ligne]. http://aurore.unilim.fr/theses/nxfile/default/cf89cf05-65a8-406b-9b48-2a42fa6bf91c/blobholder:0/M20203214.pdf. Consulté le 19 mars 2022.

51. Hutton C, Gunn J. Do longer consultations improve the management of psychological problems in general practice? A systematic literature review. BMC Health Serv Res. 2007;7(1):1-15. [En ligne]. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1890290. Consulté le 19 mars 2022.

52. Merit B. Les principaux critères de choix du médecin traitant en 2014 : une étude transversale descriptive auprès de patients de médecine générale en Vendée [Thèse de médecine]. Université d'Angers ; 2014, 111 p. [En ligne]. http://dune.univ-angers.fr/fichiers/19982005/2014MCEM3359/fichier/3359F.pdf. Consulté le 2 avril 2022.

53. Schers H, van den Hoogen H, Bor H, Grol R, van den Bosch W. Preference for a general practitioner and patients' evaluations of care : a cross-sectional study. Br J Gen Pract. 2004;54(506):693-4. [En ligne]. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1326072. Consulté le 19 mars 2022.

54. Kearley KE, Freeman GK, Heath A. An exploration of the value of the personal doctor-patient relationship in general practice. Br J Gen Pract. 2001;51(470):712-8. [En ligne]. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1314098. Consulté le 19 mars 2022.

55. Nabarette H. L'internet médical et la consommation d'information par les patients. Réseaux. 2002;114(4):249-86. [En ligne]. https://www.cairn.info/revue-reseaux1-2002-4-page-249.htm. Consulté le 19 mars 2022.

56. Soulard-Buet M, Echasseriau A. Les patients de médecine générale et leurs comportements de recherche d'informations médicales sur internet [Thèse de médecine]. Université de Nantes, France ; 2012, 72 p. [En ligne]. http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=f23c75aa-72a4-47e9-81fc-f1e044dc02c5. Consulté le 19 mars 2022.

57. Renahy E, Parizot I, Chauvin P. Internet and health: lessons learned from the French national survey on households living conditions in 2005. Epidemiol Public Heal Epidémiologie Santé Publique. 2008;56(2):117-25. [En ligne]. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18472374. Consulté le 20 mars 2022.

58. Toussaint MA, Rousselin D. Patient internaute: changement dans la relation médecin / malade ? [Thèse de médecine]. Université de Picardie, Amiens, France ; 2015, 37 p. http://dumas.ccsd.cnrs.fr/view/index/docid/1291584. Consulté le 19 mars 2022.

59. Métois C, Senand R. Le point de vue de patients sur le retard de leur médecin généraliste : étude quantitative dans 16 cabinets de Loire Atlantique [Thèse de médecine]. Université de Nantes ; 2013, 98 p. http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=93eb6bf1-d82d-410c-ae6e-d4392cdc6869. Consulté le 20 mars 2022.

60. WONCA Europe. Definition of General Practice / Family Medicine. [En ligne]. https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine. Consulté le 22 mars 2022.

61. Pauly M. La proximité affective dans la relation médecin-patient : de la médecine de famille à la spécialité médecine générale [Thèse de médecine]. Université de Poitiers ; 2018. [En ligne]. http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/0b0e4cc3-1b92-477e-9837-4efbb438d9d1. Consulté le 22 mars 2022.

62. Muel-Dreyfus F. Le fantôme du médecin de famille. Actes Rech En Sci Soc. 1984;54(1):70-1. [En ligne]. https://www.persee.fr/doc/arss_0335-5322_1984_num_54_1_2224. Consulté le 22 mars 2022.

63. France 3 Normandie. "Le médecin de famille est en voie de disparition " : à Valognes, deux médecins nouvellement à la retraite s'inquiètent. 2020. [En ligne]. https://france3-regions.francetvinfo.fr/normandie/manche/medecin-famille-est-voie-disparition-valognes-deux-medecins-nouvellement-retraite-s-inquietent-1770941.html. Consulté le 22 mars 2022.

64. Saviana A. « Le lien patient-généraliste se distend » : la lente mort du « médecin de famille ». L'Express ; 2021. [En ligne]. https://www.lexpress.fr/actualite/societe/le-lien-patient-generaliste-se-distend-la-lente-mort-du-medecin-de-famille_2161176.html. Consulté le 22 mars 2022.

65. D'Amore A, Bayen S. L'image actuelle du médecin généraliste : étude quantitative auprès des patients du Nord-Pas-de-Calais [Thèse de médecine]. Université du droit et de la santé Lille ; 2017, 44 p.

66. Ipsos Public Affairs. Le regard des médecins sur leur métier a changé. Ipsos ; 2004. [En ligne]. https://www.ipsos.com/fr-fr/le-regard-des-medecins-sur-leur-metier-change.

Consulté le 20 mars 2022.

67. Maxit A, Lemarié V, Joly LM. Parcours de soins des urgences traumatiques simples : analyse et pertinence [Thèse de médecine]. Université de Rouen, Normandie ; 2015, 87 p. [En ligne]. http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01207691/document. Consulté le 20 mars 2022.

68. Coowar B, Idrissi I. Prise en charge de la petite traumatologie en médecine générale [Thèse de médecine]. Université de Rouen, Normandie ; 2011, 90 p. [En ligne]. http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/65/97/73/PDF/COOWAR_Beelal.pdf. Consulté le 20 mars 2022.

69. Bonhomme I, Moretti C. État des lieux de la pratique gynécologique des médecins généralistes installés en Savoie et Haute-Savoie: une étude quantitative [Thèse de médecine]. Université Grenoble Alpes ; 2017, 72 p. [En ligne]. https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01517439/document. Consulté le 20 mars 2022.

70. Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire (ORS). Suivi gynécologique : implication des médecins généralistes des Pays de la Loire. N° 15. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. ORS Pays de la Loire ; 2016, 8 p. [En ligne]. https://www.orspaysdelaloire.com/publications/suivi-gynecologique-implication-des-medecins-generalistes-des-pays-de-la-loire-ndeg-15. Consulté le 20 mars 2022.

71. Loyer M, Benoist G, Ruauld S, Université de Caen Normandie. Les freins à la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes de la Manche [Thèse de médecine]. Universté de Caen Normandie ; 2019, 75 p. [En ligne]. https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02103763/document. Consulté le 20 mars 2022.

72. Champeaux R, Dominault M. Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale : point de vue de médecins généralistes et de patientes [Thèse de médecine]. Université de Poitiers ; 2013, 116 p. [En ligne]. http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/62bd3a15-c39a-4613-ace3-54e608bfe46b. Consulté le 20 mars 2022.

73. Ora M, Leroux G. Orientation (médecin généraliste versus gynécologue) et motivations des femmes pour leurs prises en charge gynécologique de première intention [Thèse de médecine]. Université de Paris-Val-de-Marne ; 2008, 60 p. [En ligne]. https://athena.u-pec.fr/primo-explore/search?query=any,exact,990004831310204611&vid=upec. Consulté le 20 mars 2022.

74. Opinionway pour MG France. Français et médecins traitant. 2015. [En ligne]. https://www.mgfrance.org/images/sondages/sondagemgfrance.pdf. Consulté le 20 mars 2022.

75. Bargin JR. Évaluation de l'indice de confiance des patients réalisant une échographie chez un médecin généraliste diplômé en échographie [Thèse de médecine]. Université Joseph Fourier, Grenoble, France ; 2014, 95 p. [En ligne]. https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00935116/document. Consulté le 20 mars 2022.

76. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Quest D'économie Santé,

IRDES ; 2010;157:6. [En ligne]. https://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes157.pdf. Consulté le 20 mars 2022.

77. Ministère des Solidarités et de la santé. Exercice coordonné des soins de premier recours. [En ligne]. https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/l-exercice-coordonne. Consulté le 20 mars 2022.

78. Chevillard G, Mousquès J. Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ? Quest D'économie Santé, IRDES ; 2020;247:8. [En ligne]. https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/247-les-maisons-de-sante-attirent-elles-les-jeunes-medecins-generalistes-dans-les-zones-sous-dotees-en-offre-de-soins.pdf. Consulté le 20 mars 2022.

79. Ministère des Solidarités et de la Santé. Pacte territoire santé 2012-2015. [En ligne]. https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/article/2012-pacte-territoire-sante-2012-2015. Consulté le 20 mars 2022.

80. Bigot R, Croutte P, Duflos C. Les différences de modes de vie selon le lieu de résidence. Cah Rech, CREDOC ; 2009;259:193. [En ligne]. https://www.credoc.fr/publications/les-differences-de-modes-de-vie-selon-le-lieu-de-residence. Consulté le 2 avril 2022.

81. L'Observatoire des Territoires. Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes. [En ligne]. https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/accessibilite-potentielle-localisee-apl-aux-medecins-generalistes. Consulté le 2 avril 2022.

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Faculté de médecine maïeutique et sciences de la santé
Université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : BOXEBELD Prénom : Hugo

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 ».

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

à Strasbourg le 12/09/2022

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

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : La place du médecin généraliste (MG) dans le parcours de soins total des patients est plus importante en milieu rural qu'en milieu urbain. La pratique n'est pas la même en ville qu'à la campagne. Nous avons voulu savoir si cela induisait une différence de point de vue des patients concernant la place de la médecine générale entre les deux zones géographiques. **MÉTHODES :** Il s'agit d'une étude comparative descriptive quantitative basée sur un questionnaire traitant des différents aspects de la médecine générale, rempli par les patients. Le critère principal était la satisfaction des répondeurs sur la médecine générale. Les critères secondaires traitaient des différentes facettes de la médecine générale : son usage, ses champs d'action, ses perspectives, l'image du médecin. Les données ont fait l'objet d'une analyse univariée suivie d'une analyse multivariée. **RÉSULTATS :** 1895 questionnaires ont été analysés. La satisfaction était significativement supérieure en ville ($p < 0,001$). Les répondeurs urbains vérifient plus souvent sur internet ($p = 0,01$) les informations médicales. Les ruraux veulent plus souvent solliciter leur MG pour des petites chirurgies d'urgence ($p = 0,0035$) ou des suivis pédiatriques ($p = 0,007$). Les ruraux trouvent l'exercice médical en association plus utile que les urbains ($p < 0,001$). Il n'y avait pas de différence significative sur l'acceptation du remplaçant ($p = 0,4$), sur l'importance de consulter le même médecin ($p = 0,73$), sur la fréquence rapportée de consultation ($p = 0,609$), sur l'importance de la ponctualité du médecin ($p = 0,47$), sur le jugement de l'erreur médicale ($p = 0,89$) sur les représentation de l'image du MG ($p = 0,054$ à $0,94$), sur le qualificatif de médecin de famille ($p = 0,9$), sur le niveau de prestige par rapport aux spécialistes ($p = 0,34$), sur le premier recours au MG pour motif psychologique ($p = 0,085$), sur l'acceptation du MG pour un suivi gynécologique ($p = 0,15$), pour un suivi diabétique simple ($p = 0,38$), pour la pratique d'échographies ($p = 0,206$), sur le niveau de crainte concernant la démographie médicale ($p = 0,086$) et sur le jugement de l'utilité de la télémédecine ($p = 0,068$). **CONCLUSION :** La satisfaction des patients concernant le MG est bonne dans les deux zones géographiques mais légèrement supérieure en milieu urbain. Il n'apparaît pas que sa place traditionnellement plus importante en zone rurale par rapport au reste de l'offre de soins influence réellement cette satisfaction. Les patients urbains comme les ruraux attendent des compétences variées de leur MG. L'exercice en association apparait plus utile en ruralité, il limite les déplacements là où la densité spatiale des soins est faible. Les patients ruraux déclarent vérifier moins souvent sur internet les informations médicales. Ils ne jugent pas la télémédecine plus utile que les urbains alors qu'un des objectifs de son déploiement est l'amélioration de l'accès aux soins. Il peut persister des inégalités d'utilisation des outils numériques en santé entre les deux zones à la défaveur du milieu rural.

Rubrique de classement : Médecine Générale

Mots-clés : médecine générale - médecin généraliste - médecin de famille - rural - urbain - patient - ville- campagne - image - point de vue - satisfaction - compétences - télémédecine - démographie- offre de soins - différence

Président : Monsieur le Professeur VELTEN Michel

Assesseurs : Monsieur le Docteur GASS Boris CCU-MG (Docteur en Médecine Générale)

Monsieur le Docteur SCHMITT Yannick MCA-MG (Docteur en Médecine Générale)

Adresse de l'auteur : 9 rue de Rosheim 67000 STRASBOURG, FRANCE