



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Construction d'un indicateur définissant la médecine de famille

Présentée et soutenue publiquement le 7 juin à 14 heures
Au Pôle Formation
Par Barbara TRAILIN

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Emmanuel DELAPORTE

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Monsieur le Docteur Pierre-François ANGRAND

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

MD	Médiane
IIQ	Intervalle Inter-quartile
MG	Médecin généraliste
DES	Diplôme d'études spécialisées
MSU	Maître de stage des Universités
CPP	Comité de protection des personnes

Déclaration d'intérêt

L'auteur déclare avoir deux liens d'intérêts :

- L'auteur a choisi la spécialité de médecine générale.
- L'auteur exerce la médecine générale.

Table des matières

Résumé	1
Introduction	3
Matériels et méthodes.....	6
I. Recrutement des médecins	6
A. Recrutement des médecins généraliste	6
B. Recrutement des autres spécialités	6
II. Recrutement des patients	8
A. Critères d'inclusion	8
B. Critères d'exclusion	8
III. Construction de l'arbre généalogique	8
IV. Calcul de la fidélité et de la mnésie	9
V. Analyses statistiques	9
VI. Ethique	9
Résultats	10
I. Population analysée	10
II. Score de fidélité	11
A. Comparaison des scores de fidélité entre chaque MG	11
B. Comparaison des scores de fidélité entre MG et le dermatologue	12
C. Comparaison des scores de fidélité entre les MG et le cardiologue.....	12
III. Score de mnésie.....	13
A. Comparaison des scores de mnésie entre MG et le dermatologue.....	13
B. Comparaison des scores de mnésie entre MG et le cardiologue	14
C. Comparaison des scores de mnésie entre chaque MG.....	14
IV. Construction de l'indicateur	15
Discussion	16
I. Mise en perspective des résultats.....	16
II. Forces et limites de l'étude	18
A. Forces de l'étude	18
B. Manque de puissance	18
C. Données non exploitées.....	18
D. Biais	19
E. Interprétation de l'indicateur	20
Conclusion.....	21
Références bibliographiques	22
Annexes	24
Annexe 1 : Réponse du CCP (mail)	24
Annexe 2 : Formulaire d'information remis aux patients	25
Annexe 3 : Box d'analyses bivariées des résultats de la mnésie	26
Annexe 4 : Box d'analyses bivariées des résultats de la fidélité	37
Annexe 5 : Tableau des résultats	43

RESUME

Contexte : La médecine générale est définie par une prise en charge holistique. La famille fait partie du contexte bio-psycho-social du patient. La médecine de famille incluant le suivi de l'entourage du patient pourrait avoir un intérêt, cependant aucune étude ne montrait que le médecin généraliste (MG) suivait plusieurs personnes d'une même famille (fidélité de la famille). D'autre part il n'existe pas de preuve que le médecin ait conscience des membres de la famille qu'il pourrait suivre (mnésie du médecin). L'objectif de cette étude était la construction d'un indicateur permettant de calculer la fidélité de la famille ainsi que la mnésie du médecin.

Méthode : Il s'agissait d'une étude quantitative, observationnelle, transversale. Des arbres généalogiques ont été construits avec les patients dans la salle d'attente pour obtenir le nombre de personnes dans la famille ainsi que le nombre de personnes consultant le même MG. Cela a permis le calcul du pourcentage de fidélité d'une famille. Puis, le MG a été interrogé pour obtenir le taux de mnésie. Enfin, la médiane des scores de mnésie et fidélité ont été comparés par le test de Wilcoxon pour l'ensemble des médecins. Le test de Kruskal-Wallis a été utilisé pour la comparaison des MG entre eux pour la fidélité et la mnésie.

Résultats : Cinq MG, un dermatologue et un cardiologue ont été interrogés. L'indicateur a permis de montrer une différence significative de fidélité entre le cardiologue et les MG avec des scores respectivement de 0,14 avec un intervalle inter-quartile (IIQ) [0,1 ; 0,17] et de 0,37 et IIQ [0,21 ; 0,62] pour le généraliste ayant le score le moins élevé, $p=0,01$. Ce score était de 0,27 et IIQ [0,11 ; 0,5] pour le dermatologue et 0,5 et IIQ [0,22 ; 0,62] pour l'un des médecins généralistes, sans différence significative $p=0,08$. Il existe toutefois une différence sur les scores de mnésie avec pour le dermatologue 0 et IIQ [0 ; 0,33] versus 0,78 et IIQ [0,62 ; 0,84] pour ce même médecin généraliste $p<0,001$. L'indicateur a permis de montrer une différence entre un MG plus âgé 0,78 et IIQ [0,62 ; 0,84] et un MG plus jeune 0,37 et IIQ [0 ; 0,57] $p<0,001$ sur des scores de mnésie.

Conclusion : L'utilisation de cet indicateur pourrait permettre de connaître les différences entre les spécialités et les différences entre les médecins d'une même spécialité, et réussir à mettre en évidence les spécificités de la médecine de famille.

INTRODUCTION

La médecine générale est une spécialité depuis 2004. (1) Elle a été définie comme une médecine ambulatoire, de premier recours avec une notion de polyvalence et également comme médecine de famille en Europe. (2) Les changements culturels, anthropologiques, sociétaux et administratifs peuvent expliquer l'utilisation préférentielle des termes de généraliste, médecin traitant, ou référent en France. (3)

La médecine générale a la particularité d'être une discipline de premier recours et d'avoir un recrutement de patients différent de celui d'autres spécialités. (4) Les connaissances du médecin généraliste semblent aussi être singulières sur le contexte psycho-social (anxiété, adhésion probable au traitement, minimisation ou majoration des symptômes). Les cardiologues notamment souhaitaient avoir des informations du contexte apparaître en plus du motif, des antécédents et des traitements sur les courriers que leur rédigent leurs confrères généralistes. (5)

Actuellement, le choix du médecin traitant reste libre. (3) Selon une étude, les patients choisissent préférentiellement les médecins les plus disponibles, ayant une meilleure proximité géographique, et si un proche est déjà soigné par eux. (6) Le médecin n'est pas systématiquement le médecin de la famille. La fidélité d'une personne pour son médecin dépend de nombreux facteurs, dont notamment la confiance et le fait que le médecin soit le médecin de famille à l'origine. (7) La fidélité d'une famille pourrait être définie par le nombre de membres d'une famille consultant le même médecin généraliste.

La famille est une entité faisant partie de l'entourage du patient. Le concept de famille a été défini à plusieurs reprises sans qu'aucun consensus n'ait été établi. (8) La famille reste néanmoins une entité appartenant au contexte bio-psycho-social du

patient. (8) La connaissance du contexte permet une approche globale centrée sur le patient. (2)

Aussi, il peut exister une ambivalence portant sur le rôle de la famille par rapport au patient. (9) En effet, un des membres de la famille est le plus souvent l'aidant. (10) Néanmoins la famille peut aussi créer une relation d'aide ou de fragilité avec le patient. (11)(12)

Le rôle de l'entourage dans le domaine de la santé a évolué avec la désignation de la personne de confiance. (13) Des temps dédiés de réunions avec l'entourage ont été organisés. (14)(15). Dans certaines maladies chroniques, l'entourage est en souffrance. Les soins donnés aux patients et à l'entourage pourraient ainsi faciliter la prise en charge de tous. (16)(17)

Du fait d'une proximité et d'un rôle qui lui est propre, le médecin généraliste peut avoir une vision différente de l'entourage. En effet, il peut être non seulement le médecin du patient mais également celui de l'entourage, la frontière entre celui-ci et le patient lui-même restant poreuse. Ainsi les informations apportées par les tiers peuvent être plus fréquentes mais leurs utilisations restent délicates. (18) La nature de ces informations peut aider le praticien à inscrire le patient dans son environnement bio-psycho-social. Cette prise en charge holistique prendrait alors tout son sens en médecine générale. (18)

Pourtant, lorsque les personnes de l'entourage consultent le médecin de façon indépendante, rien ne prouve que le médecin puisse faire le lien avec le patient ayant une pathologie chronique. La conscience qu'a le médecin de suivre les membres d'une même famille, que l'on pourrait nommer la mnésie du médecin, est inconnue.

La désignation de médecin de famille en France reste floue. Il n'existe pas de donnée sur le suivi des membres d'une famille par un médecin (fidélité), ni sur la conscience qu'en a celui-ci. La réalisation d'une étude de grande envergure pour montrer la fidélité d'une famille et la mnésie du médecin nécessiteraient un indicateur fiable et reproductible car actuellement il n'existe pas de gold standard.

L'objectif principal de cette étude était la construction d'un indicateur de médecine de famille. Celui-ci se devait d'être capable de montrer des différences entre des médecins généralistes et des médecins d'autres spécialités au travers de la fidélité et de la mnésie.

Les objectifs secondaires étaient :

Premièrement, étudier la rapidité et la simplicité d'utilisation de l'indicateur pour une étude épidémiologique ultérieure.

Deuxièmement, montrer des différences entre des médecins généralistes ayant des pratiques divergentes.

Parallèlement à ce travail, une étude qualitative sur la pratique de la médecine de famille a été réalisée sur l'échantillon des médecins généralistes afin de corréler les résultats de cette étude aux représentations de la médecine de famille par les médecins généralistes.

MATERIELS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude quantitative, observationnelle, transversale sur cinq médecins généralistes, un dermatologue et un cardiologue

I. Recrutement des médecins

A. Recrutement des médecins généraliste

Le groupe des médecins généralistes (MG) a été choisi par les investigateurs pour être le plus hétérogène possible. Ils étaient connus par l'un des deux investigateurs pour répondre aux mieux aux critères choisis. Ainsi, les médecins ont été recrutés en fonction de leur âge, l'ancienneté de leur installation, leur localisation, leur genre, leur mode d'exercice (seul ou en groupe), leur implication en tant que Maître de Stage des Universités (MSU). Le recrutement a été réalisé parmi des médecins exerçant dans le Nord et le Pas-de-Calais.

B. Recrutement des autres spécialités

Le choix des autres spécialités s'est volontairement porté sur des spécialités médicales ayant le plus de points communs avec la médecine générale. Les spécialités sollicitées devaient exercer une activité ambulatoire de consultation.

Le choix du dermatologue a été réalisé car l'amplitude d'âge de consultation de cette spécialité était comparable à celle de la médecine générale.

Le choix du cardiologue a été fait car il s'agit de l'une des spécialités médicales les plus sollicitées par les médecins généralistes. La patientèle pouvait être aussi hétérogène, avec la présence de personnes ayant des âges différents (demande de

certificat de non contre-indication à la pratique sportive, suivi de cardiopathie
ischémique...)

II. Recrutement des patients

A. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- La venue en consultation le jour de l'étude ;
- L'accord des patients pour la participation à l'étude et pour l'utilisation des données à des fins de recherches.

B. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusions étaient :

- Les consultations réalisées en visite à domicile ;
- Les consultations du médecin généraliste ne concernant pas une activité conventionnelle (homéopathie, acupuncture, etc.)

III. Construction de l'arbre généalogique

Pour chaque patient, un arbre généalogique a été construit.

Des questions ont été posées de façon systématique pour déterminer les membres de la famille : les parents, les frères, les sœurs, les époux, les enfants et les petits enfants. En revanche les patients pouvaient ajouter des apparentés s'ils estimaient qu'ils faisaient partie de leur famille proche (enfant vivant sous le même toit, remariage...). Les oncles, tantes, neveux, nièces et belles familles n'ont pas été inclus.

Puis les patients nous indiquaient les membres de leur famille qui consultaient le même médecin généraliste. Aucune donnée d'ordre médical, psychologique ou social n'a été demandée.

IV. Calcul de la fidélité et de la mnésie

Le nombre de personnes suivies, rapporté au nombre de personnes composant la famille, a permis de calculer le pourcentage de fidélité de chaque famille concernant chaque médecin.

En fin de demi-journée, au cours d'un entretien, le médecin devait nommer les personnes qu'il suivait dans la famille des patients ayant consulté. Les réponses correctes étaient comptabilisées si le médecin pouvait nous donner le lien familial puis le prénom ou le sexe et l'âge approximatif de la personne.

Le nombre de personnes que citait le médecin rapporté au nombre de personnes effectivement suivies, a permis de calculer le pourcentage de mnésie du médecin.

V. Analyses statistiques

Une analyse bivariée par le test de Wilcoxon a été utilisée pour comparer les résultats entre les médecins généralistes et les médecins des autres spécialités.

Les scores de mnésie et de fidélité ont été comparés entre chacun des médecins généralistes puis avec le dermatologue et enfin avec le cardiologue.

Une analyse bivariée par le test de Kruskal-Wallis a été utilisée pour comparer les médecins généralistes entre eux sur les scores de mnésie et de fidélité.

Le seuil de significativité a été fixé pour $p < 0,05$ car il est le seuil communément admis. Ces tests sont utilisés sur des faibles échantillons et ne peuvent que comparer les médianes.

VI. Ethique

La méthodologie de cette étude a été soumise au comité de protection des personnes (CPP) (Annexe 1), qui ne s'est pas opposé à la poursuite de ce travail. Chaque patient participant à l'étude a reçu un document comprenant l'explication de notre travail, ainsi que nos coordonnées (Annexe 2). Aucune donnée concernant l'état civil des patients n'a été conservée dans le cadre de cette étude.

RESULTATS

I. Population analysée

Le profil des médecins, l'âge, le genre, la durée d'installation étaient hétérogènes et résumés dans le tableau 1.

Médecin	Âge	Genre	Lieu d'exercice	Type d'exercice	Durée d'exercices	Durée dernière installation	Début d'activité	MSU
MG 1	59	Homme	semi-rural	seul	31	12	création	oui
MG 2	53	Femme	urbain	groupe	20	8	création	oui
MG 3	60	Homme	urbain	groupe	31	31	rachat	non
MG 4	30	Homme	semi-rural	seul	1.5	1.5	création	non
MG 5	48	Femme	semi-rural	groupe	18	9	création	oui
Dermatologue	55	Femme	urbain	seul	25	21	création	non
Cardiologue	58	Homme	urbain	groupe	27	6	rachat	non

Tableau 1 : Caractéristiques de la population des médecins interrogés

Au total, 136 familles de patients ont été étudiées. Le nombre de patients était variable par médecin et résumé dans le tableau 2.

Médecin	Nombre de patients inclus
MG 1	24
MG 2	14
MG 3	23
MG 4	14
MG 5	27
Dermatologue	17
Cardiologue	17

Tableau 2 : Nombre de patients interrogés par médecin

II. Score de fidélité

A. Comparaison des scores de fidélité entre chaque MG

La médiane des scores de fidélité ne montrait pas de différence significative au sein des médecins généralistes.

Médecin	Médiane	Intervalle inter-quartile
MG 1	0,5	[0,22 ; 0,62]
MG 2	0,46	[0,3 ; 0,66]
MG 3	0,38	[0,27 ; 0,59]
MG 4	0,37	[0,21 ; 0,62]
MG 5	0,44	[0,29 ; 0,54]

Tableau 3 : Comparaison des médianes de score de fidélité entre les médecins généralistes $p = 0,95$

Les médianes des scores de fidélité restaient bas, puisque moins de la moitié des membres de la famille consultait le même médecin. (Annexe 3,4,5)

B. Comparaison des scores de fidélité entre MG et le dermatologue

Il n'existait pas de différence significative entre les médianes des scores de fidélité des médecins généralistes et du médecin dermatologue. (Annexe 3,4,5)

Médecin	Médiane	Intervalle inter-quartile	p
Dermatologue	0,27	[0,11 ; 0,5]	
MG 1	0,5	[0,22 ; 0,62]	0,08
MG 2	0,46	[0,3 ; 0,66]	0,21
MG 3	0,38	[0,27 ; 0,59]	0,09
MG 4	0,37	[0,21 ; 0,62]	0,39
MG 5	0,44	[0,29 ; 0,54]	0,11

Tableau 4 : Comparaison des médianes de score de fidélité entre le dermatologue et chaque médecin généraliste.

C. Comparaison des scores de fidélité entre les MG et le cardiologue

Les pourcentages de fidélité des différents médecins généralistes étaient significativement plus importants que celui du cardiologue. (Annexe 3,4,5)

Médecin	Médiane	Intervalle inter-quartile	p
Cardiologue	0,14	[0,1 ; 0,17]	
MG 1	0,5	[0,22 ; 0,62]	< 0,001
MG 2	0,46	[0,3 ; 0,66]	0,01
MG 3	0,38	[0,27 ; 0,59]	< 0,0001
MG 4	0,37	[0,21 ; 0,62]	0,01
MG 5	0,44	[0,29 ; 0,54]	< 0,0001

Tableau 5 : Comparaison des médianes de score de fidélité entre le cardiologue et chaque médecin généraliste

III. Score de mnésie

A. Comparaison des scores de mnésie entre MG et le dermatologue

La médiane des scores de mnésie était significativement plus importante pour les médecins généralistes 1, 3, 5 que pour le dermatologue.

En revanche il n'existait pas de différence significative pour les médecins généralistes 2 et 4 par rapport au dermatologue. (Annexe 3,4,5)

Médecin	Médiane	Intervalle inter-quartile	p
Dermatologue	0	[0 ; 0,33]	
MG 1	0,78	[0,62 ; 0,84]	< 0,001
MG 2	0,63	[0,12 ; 0,75]	0,05
MG 3	0,57	[0,5 ; 0,67]	< 0,01
MG 4	0,37	[0 ; 0,57]	0,45
MG 5	0,75	[0,5 ; 0,75]	< 0,001

Tableau 6 : Comparaison de médiane des scores de mnésie entre le dermatologue et chaque médecin généraliste

B. Comparaison des scores de mnésie entre MG et le cardiologue

La médiane des scores de mnésie était significativement plus importante pour les médecins généralistes que pour le cardiologue. (Annexe 3,4,5)

Médecin	Médiane	Intervalle inter-quartile	p
Cardiologue	0	[0 ; 0]	
MG 1	0,78	[0,62 ; 0,84]	< 0,0001
MG 2	0,63	[0,12 ; 0,75]	<0,01
MG 3	0,57	[0,5 ; 0,67]	<0,0001
MG 4	0,37	[0 ; 0,57]	0,04
MG 5	0,75	[0,5 ; 0,75]	<0,0001

Tableau 7 Comparaison de médiane des scores de mnésie entre le cardiologue et chaque médecin généraliste

Enfin, il existait une différence significative sur la médiane de scores de mnésie entre les médecins généralistes.

C. Comparaison des scores de mnésie entre chaque MG

L'analyse a retrouvé une différence entre les médecins généralistes, mais elle ne pouvait pas déterminer quel médecin était différent d'un autre.

Médecin	Médiane	Intervalle inter-quartile
MG 1	0,78	[0,62 ; 0,84]
MG 2	0,63	[0,12 ; 0,75]
MG 3	0,57	[0,5 ; 0,67]
MG 4	0,37	[0 ; 0,57]
MG 5	0,75	[0,5 ; 0,75]

Tableau 8 : Comparaison de médiane des scores de mnésie entre chaque médecin généraliste $p=0,001$

En conséquence, les médecins généralistes ont été comparés entre eux.

Le médecin 1 présentait une médiane de score de mnésie plus importante, calculée à 0,78 [0,62 ; 0,84] contre 0,37 [0 ; 0,57] pour le médecin 4 $p=0,001$. Les autres comparaisons ne montraient pas de différence significative. (Annexe 3,4,5)

IV. Construction de l'indicateur

La construction des arbres généalogiques avec les patients a été rapide, les consultations n'ont pas été retardées.

DISCUSSION

I. Mise en perspective des résultats

A notre connaissance il s'agit de la première étude française ambulatoire portant sur la conception d'un indicateur permettant de définir la médecine de famille. Cet indicateur a permis d'obtenir des valeurs chiffrées pour la fidélité de la famille ainsi que pour la mnésie du médecin.

Les scores de fidélité des médecins généralistes n'étaient pas significativement différents du score de fidélité du dermatologue. Un manque d'effectifs, entraînant une diminution de la significativité, pourrait expliquer ce résultat. Par ailleurs le recrutement des patients du dermatologue inclus dans l'étude pourrait être proche de celui des médecins généralistes interrogés.

Néanmoins le score de mnésie du dermatologue était significativement différent de celui de certains médecins généralistes. Par conséquent, l'indicateur pouvait différencier une mnésie sans que la fidélité n'intervienne. Le dermatologue ne pouvait pas identifier les personnes de l'entourage aussi bien que certains médecins généralistes. Cela peut s'expliquer par le fait que le dermatologue n'avait pas besoin d'avoir conscience de la famille qui entoure le patient dans son activité quotidienne.

L'indicateur a permis de mettre en évidence une différence entre les scores de mnésie des médecins généralistes 1 et 4, alors qu'il n'y avait pas de différence sur les scores de fidélité de ces mêmes médecins. Ceci s'explique par le fait que le médecin 4 était un médecin nouvellement installé, qui pouvait donc avoir des difficultés à connaître les liens de filiation. Cela rejoint l'idée que les liens de filiation s'acquièrent dans le temps dans l'esprit du médecin. (19)

Pour le cardiologue, l'indicateur a objectivé un score de fidélité plus important en faveur des médecins généralistes. Néanmoins le cardiologue suivait davantage

de personnes isolées, abaissant de fait la médiane de fidélité. Le score de mnésie du cardiologue n'a pas été pondéré en fonction de la fidélité. En effet il suivait peu de familles.

Les chiffres de fidélité de notre étude étaient relativement bas. Aux Etats-Unis le médecin généraliste suivait une personne de l'entourage du patient dans 70% des cas.(20)

Il n'y a pas de différence entre les médecins exerçant en milieu rural et ceux exerçant en ville au niveau des scores mnésie ou de fidélité dans l'échantillon observé.

L'absence de différence entre médecins ruraux et médecins de villes au niveau des scores de fidélités contrastait avec leurs ressentis dans cette étude. En effet, selon eux, les médecins de campagne avaient un recrutement de la famille plus important. (19)

Enfin, l'ensemble des médecins de l'étude s'estimaient être des médecins de famille. Les scores de mnésie des médecins 1 et 5 étaient importants. Dans l'entretien qualitatif, ils exprimaient leur attachement à la médecine de famille. (19)

La conscience de suivi de l'entourage par les médecins généralistes a été clairement exprimée dans d'autres études. (21)

II. Forces et limites de l'étude

A. Forces de l'étude

La principale force de l'étude résidait dans son originalité.

La reproductibilité de la méthode a été une priorité. Le questionnaire était relativement court pour ne pas perturber le temps d'attente de la consultation.

B. Manque de puissance

Dans le but d'établir un protocole reproductible et simple il a été décidé de réaliser le recueil sur une seule journée par médecin. Cela avait conduit à des effectifs insuffisants pour permettre de conclure pour certains résultats. Pour résoudre cette difficulté, un recueil sur deux jours pourrait être suffisant. (20)

Le manque d'effectif a entraîné une analyse statistique qui n'a pu comparer que les médianes et non les moyennes.

C. Données non exploitées

La prise en compte du nombre de générations aurait pu être une donnée supplémentaire facilement utilisable avec l'arbre généalogique.

De plus, la notion de consultation d'un patient seul ou accompagné aurait dû être précisée. En effet, il était facile pour le médecin de se souvenir des personnes qui accompagnaient le patient.

De même, la différence entre réponses fermes ou approximatives quand le médecin ne suivait pas d'autres personnes de la famille n'était pas une donnée qui a été prise en compte. Pour certaines familles, les médecins disaient qu'ils ne savaient pas si d'autres personnes le consultaient, alors que, pour d'autres familles, ils en

étaient certains. Cette donnée qualitative aurait été intéressante pour savoir s'il existait des différences de précision dans les réponses des médecins.

D. Biais

La distance entre les personnes d'une même famille a été une limite. Les familles de patients habitant loin (un autre pays) ont été comptabilisées alors qu'ils leur étaient impossible de consulter le même médecin.

Il aurait été intéressant de définir une limite kilométrique sachant que la majorité des patients consultaient un médecin situé dans les 15 minutes de leur domicile. (22) La conséquence était alors une diminution du chiffre de fidélité.

Dans ce travail, les neveux, oncles et belle famille n'ont pas été comptabilisés dans les arbres généalogiques. Ce choix a été fait pour anticiper les arbres complexes en gardant une reproductibilité. Or les arbres étaient réellement rapides à construire. Parfois la belle famille était plus importante pour le patient que sa famille biologique. Il est arrivé à plusieurs reprises que le patient comme son médecin parlaient de membres de la famille non inclus. Ils n'étaient pas comptabilisés et cela a pu diminuer le taux de fidélité.

Au cours des investigations, les informations données par les patients étaient prises comme références. Or, ceux-ci pouvaient avoir eux-mêmes des troubles mnésiques pouvant compliquer le recueil des données. En effet, il arrivait que le médecin donne plus de noms appartenant à l'entourage d'une même famille que n'en déclarait lui-même le patient.

Le logiciel de gestion des dossiers médicaux confirmait facilement les propos du médecin. Il pourrait être davantage une source de référence.

Les médecins et patients avaient tous conscience du projet d'étude. Ainsi, ils ont peut-être été plus vigilants concernant l'entourage pour augmenter les bonnes réponses. Interroger les médecins sur la liste probable de patients avant les consultations n'était pas possible car les médecins pratiquant les consultations libres n'auraient pas pu participer à l'étude. De plus, l'intérêt de l'étude était de voir si le

médecin était capable d'avoir conscience de l'entourage en voyant le patient, le faire avec une liste de noms aurait peut-être faussement diminué la mnésie.

La concordance entre réponses des patients et réponses des médecins a parfois été difficile. Le médecin pouvait citer le lien de filiation avec d'autres éléments (séparation de l'enfant, lieu d'habitation...) mais ne pouvait ni déterminer le sexe ni l'âge approximatif ni le nom.

Si un doute existait sur la connaissance du médecin à décrire cette personne avec les critères méthodologiques, la réponse obtenue n'était pas retenue.

E. Interprétation de l'indicateur

Si l'indicateur pouvait permettre d'observer des liens de filiation, il ne permettait pas de rendre compte des connaissances biologiques, sociales, et psychologiques des membres de la famille suivis par le médecin. La correction était difficile car les patients qui consultaient ne connaissaient pas forcément les pathologies de leur famille et, surtout, il restait délicat d'aborder en quelques minutes des données sociales ou psychiques dans une salle d'attente. Il était toutefois possible d'aborder les connaissances biopsychosociales par une autre méthodologie. En effet, une étude s'était intéressée à la connaissance des médecins sur l'entourage des patients. Le protocole était réalisé par questionnaire que le patient pouvait remplir dans la salle d'attente. (21)

CONCLUSION

La médecine générale est une jeune spécialité dont la spécificité est un thème de recherche. La médecine de famille pourrait être l'apanage de la médecine générale.

L'intérêt de ces travaux serait l'intégration de la médecine de famille dans la prise en charge holistique. En effet, la prise en charge centrée sur le patient pourrait être accompagnée d'une prise en charge élargie à la famille. Ainsi, nous passerions d'une prise en charge centrée sur le patient, où « un est tout », à une prise en charge centrée sur le patient et centrée sur la famille, où « un est tout et tout est un ». Cette prise de conscience et cette sensibilisation à la médecine de famille dès le début des études de médecine pourraient orienter le choix des futurs médecins généralistes. Cela pourrait également apprendre à gérer les difficultés liées au secret médical, aux conflits que peuvent poser certaines familles.

Il existe un réel intérêt à définir la médecine de famille en France et à prouver son existence par une étude nationale.

Pour cela, une amélioration de l'indicateur est indispensable. Ce travail a permis de poser les bases que pourraient être les problématiques de l'utilisation de cet indicateur ainsi que les biais liés à la méthode d'utilisation.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr> (page consulté le 11/05/2017)
2. Europe W. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. Coord Rédactionnelle Trad En Fr Prof Pestaiux Cent Univ Médecine Générale UCL Brux Belg. 2002;
3. Code de la sécurité sociale - Article L162-5-3. Code de la sécurité sociale. <https://www.legifrance.gouv.fr> (page consulté le 11/05/2017)
4. White KL. The ecology of medical care: origins and implications for population-based healthcare research. *Health Serv Res.* avr 1997;32(1):11-21.
5. Luis HIDALGO BACHS, Philippe Vorilhon. Que doivent contenir les courriers échangés entre les médecins généralistes et les cardiologues? [Internet]. [cité 5 oct 2017]CMGF2016 31mars-2 avril 2016. Disponible sur: <http://www.congresmg.fr/presentations-2016/video/vendredi/01-cambon/01-cambon.pdf>(page consulté le 12/05/2017)
6. Bellegot S. Quels sont les critères de choix du médecin traitant dans le Grand-Paris ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine;
7. Gérard L, François M, Chefdebien M de, Saint-Lary O, Jami A. The patient, the doctor, and the patient's loyalty: a qualitative study in French general practice. *Br J Gen Pr.* 1 nov 2016;66(652):e810-8.
8. Lazartigues A. Nouvelles structures familiales. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatatraitps37-45823](http://www.em-Premium.com/doc-Distantuniv-Lille2frdatatraitps37-45823). 23 juill 2010; (page consultée le 29/042017)
9. Reynaert C, Libert Y, Jacques D, Zdanowicz N. Autour du corps souffrant : relation médecin-patient-entourage, trio infernal ou constructif ?, Abstract. *Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux.* 1 juill 2006;(36):103-23.
10. Sliman G. Qui sont les aidants? Principaux enseignements de la phase de constitution du premier panel national des aidants familiaux. *Réciproques.* 2009;1:27-34.

11. Davtian H, Scelles R. Penser la formation des familles et de l'entourage d'une personne atteinte de schizophrénie. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues00034487v172i9S0003448714000651](http://wwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues00034487v172i9S0003448714000651) 18 Nov 2014. 18 nov 2014; (page consultée le 29/04/2017)
12. Soares-Boucaud I, Simson J-P. Maltraitements, psychotraumatisme et troubles cognitifs chez l'enfant. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatatraitessps37-68543](http://wwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatatraitessps37-68543). 5 nov 2016; (page consultée le 29/04/2017)
13. Code de la santé publique - Article L1111-6 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr> (page consulté le 11/05/2017)
14. Durand-Gasselin J. Quelle place pour les familles en réanimation ? [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues16240693v19i3S1624069310000642](http://wwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues16240693v19i3S1624069310000642). 5 juill 2010; (page consultée le 29/04/2017)
15. Hodé Y. Prise en charge des familles de patients schizophrènes. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues00034487v169i3S0003448711000564](http://wwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues00034487v169i3S0003448711000564). 4 août 2011; (page consultée le 29/04/2017)
16. Monfort J, Neiss M, Rabier P, Hervy M-P. Alzheimer, famille, institution. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues000344870164000905002751](http://wwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues000344870164000905002751). 2017; (page consultée le 29/04/2017)
17. Hebben M. Enquête auprès des aidants naturels des patients âgés atteints de cancer: étude descriptive multicentrique auprès d'une population d'aidants reçus en consultation et hôpital de jour d'oncogériatrie. 2013.
18. Fantino B, Wainsten J-P, Bungener M, Joublin H, Brun-Strang C. Représentations par les médecins généralistes du rôle de l'entourage accompagnant le patient. *Santé Publique*. 19(3):241-52.
19. Yalcin E. Perception de la médecine de famille par les médecins généralistes [Thèse d'exercice de médecine générale] Université de Lille Faculté de médecine 2017
20. Medalie JH, Zyzanski SJ, Langa D, Stange KC. The family in family practice: is it a reality? *J Fam Pract*. mai 1998;46(5):390-6.
21. Rosenberg EE, Pless IB. Clinicians' Knowledge about the Families of their Patients. *Fam Pract*. 1 mars 1985;2(1):23-9.
22. Barlet M, Collin C, Bigard M, Lévy D. Offre de soins de premier recours: proximité ne rime pas toujours avec accessibilité. *Etudes Résultats Paris DREES*. 2012;

ANNEXES

Annexe 1 : Réponse du CCP (mail)

Bonjour,

Le CPP a bien étudié votre demande. Il s'agit d'une étude non interventionnelle et ne requière donc pas d'avis CPP ni ANSM.

Bien à vous,

Melle Emilie Broux
Secrétaire CPP Nord Ouest IV
Bâtiment ex-USNB
6 rue du Professeur Laguesse
CHRU LILLE
CS 70001
59037 LILLE CEDEX

e-mail : cppnordouestiv@univ-lille2.fr

Tel : 03.20.44.41.65

Fax : 03.20.44.41.63

<http://www.comite-de-protection-des-personnes-nord-ouest-iv.sitew.fr>

Annexe 2 : Formulaire d'information remis aux patients

Bonjour,

Nous sommes Internes (étudiants en 9^{ème} année de médecine).

Nous avons besoin de vous pour notre thèse.

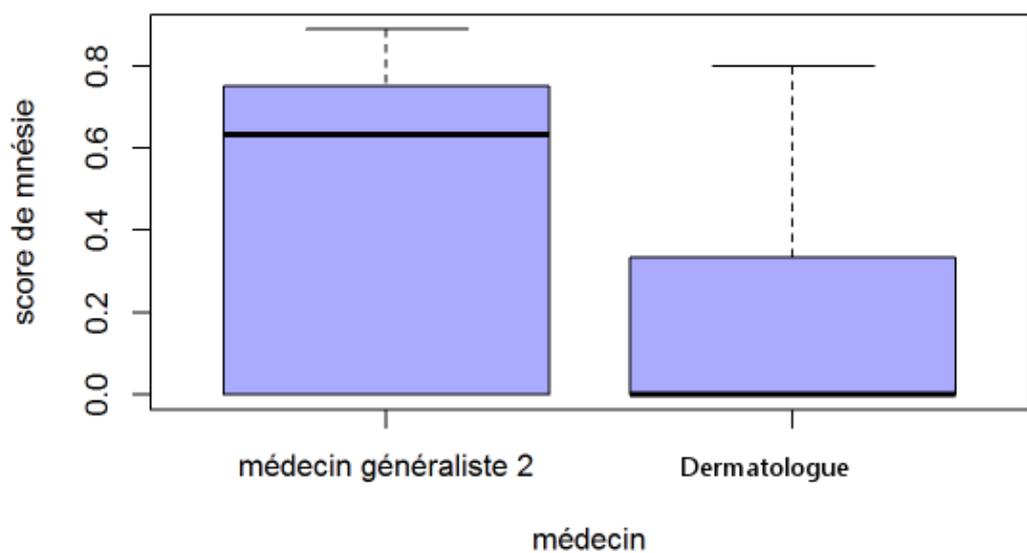
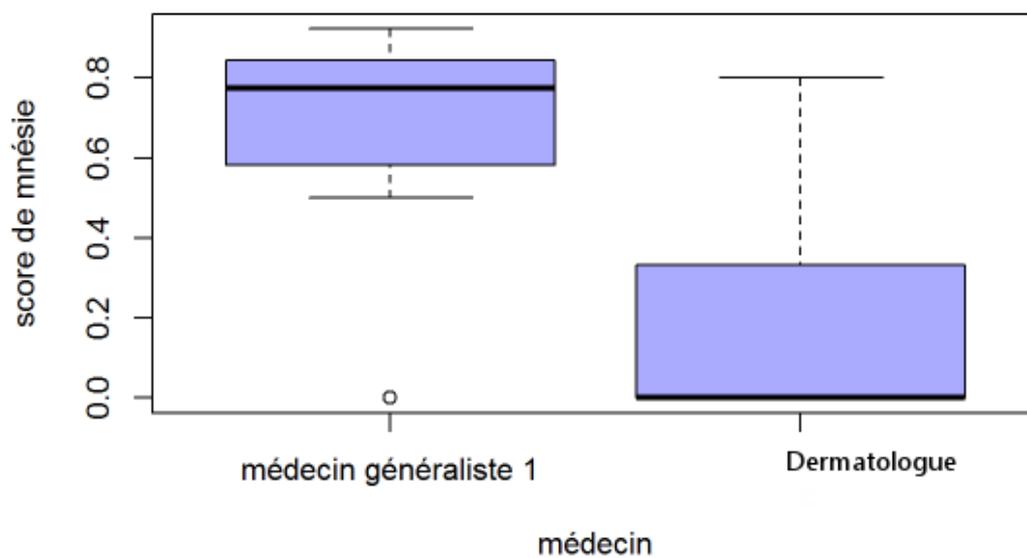
Le thème de notre thèse est la médecine de famille. En effet, observant une médecine qui change, nous nous interrogeons sur la place du médecin de famille dans le système de santé actuelle : existe-t-il toujours ? Est-il un mythe, ou une réalité ?

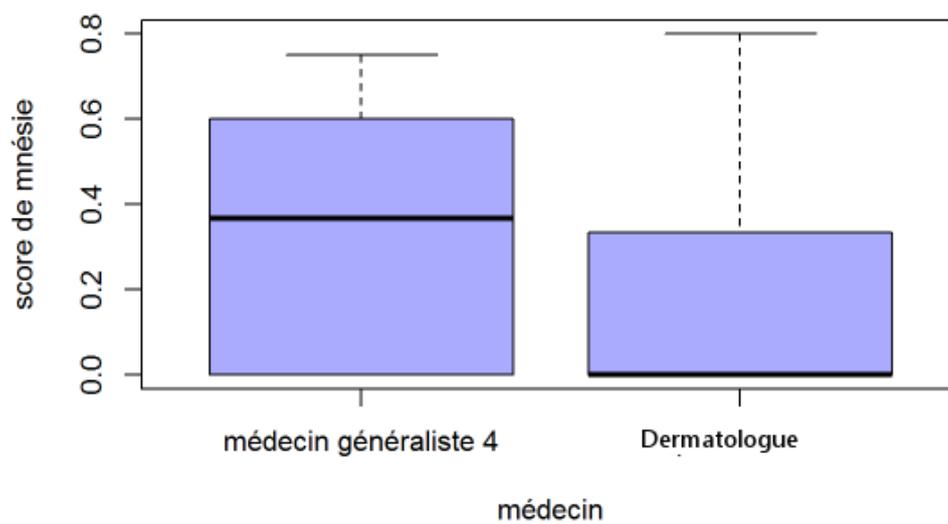
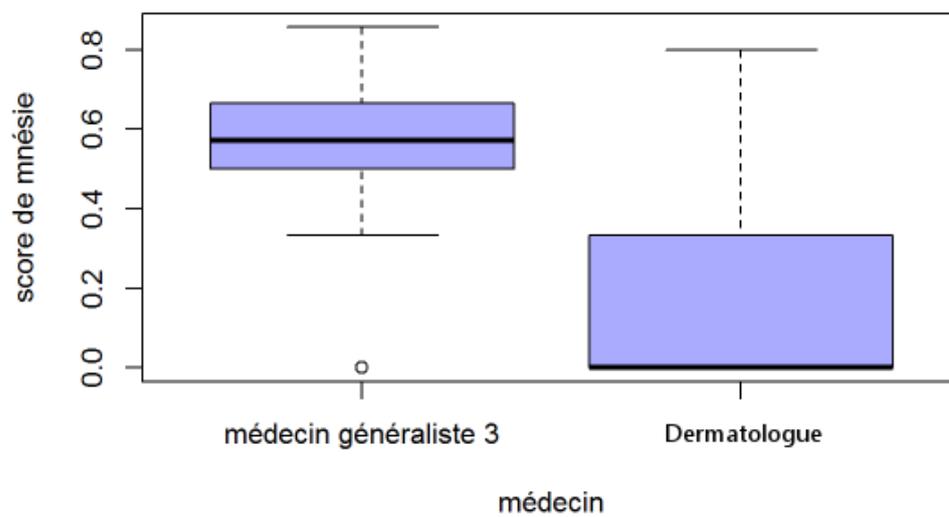
Aujourd'hui, nous réalisons une enquête : nous allons vous demander de dénommer les membres de votre famille puis de nous dire qui parmi eux vont également chez votre médecin.

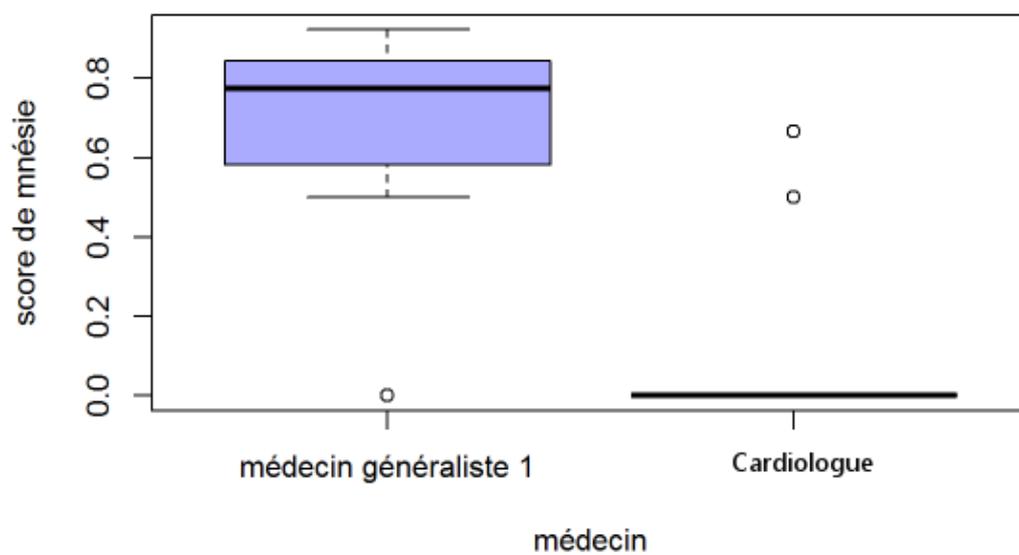
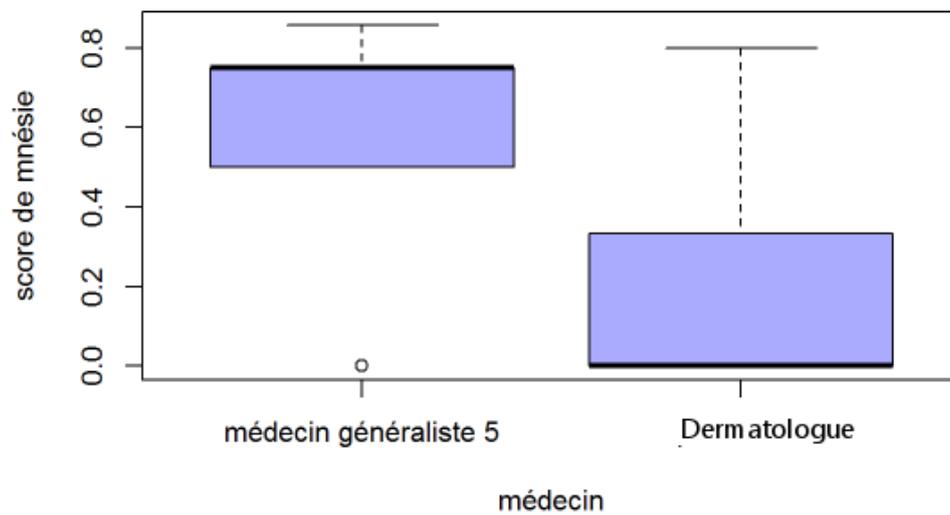
Dans un second temps, nous interrogerons votre médecin traitant pour savoir s'il a connaissance des membres de votre famille qui consultent son cabinet.

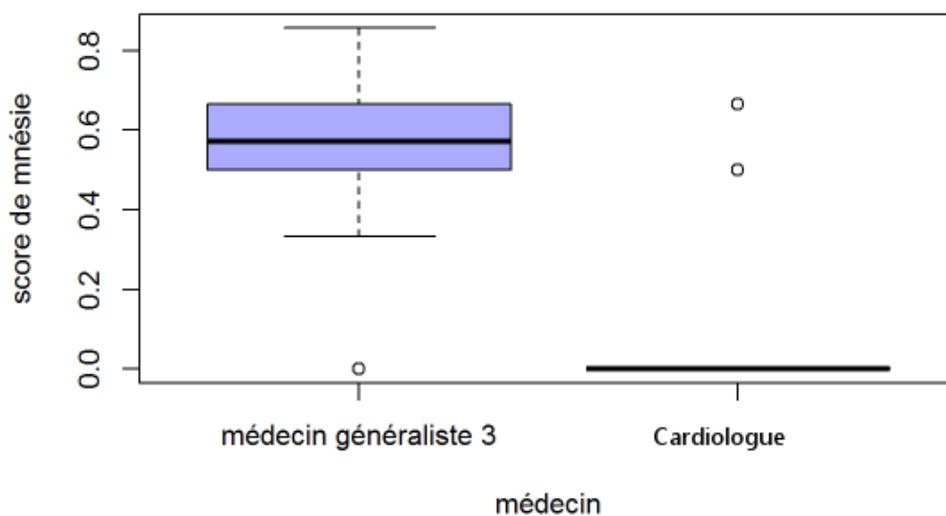
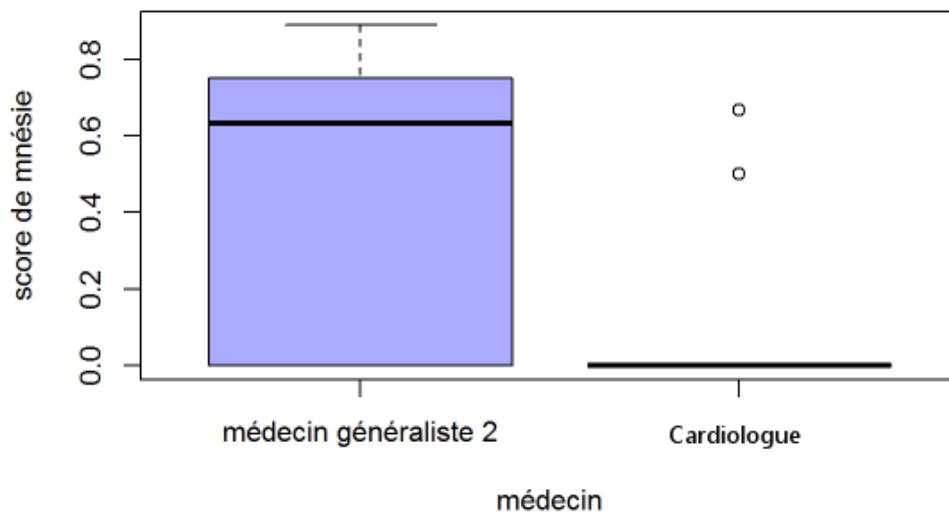
Ces données constitueront la base de notre travail de thèse. Si vous souhaitez avoir les résultats de cette enquête, envoyez-nous un mail à [Barbara.trailin\(at\)me.com](mailto:Barbara.trailin(at)me.com)

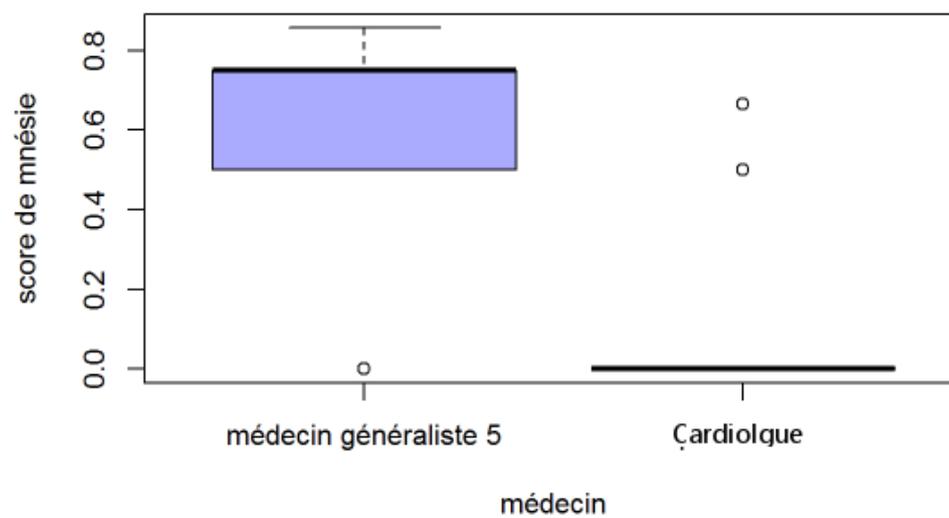
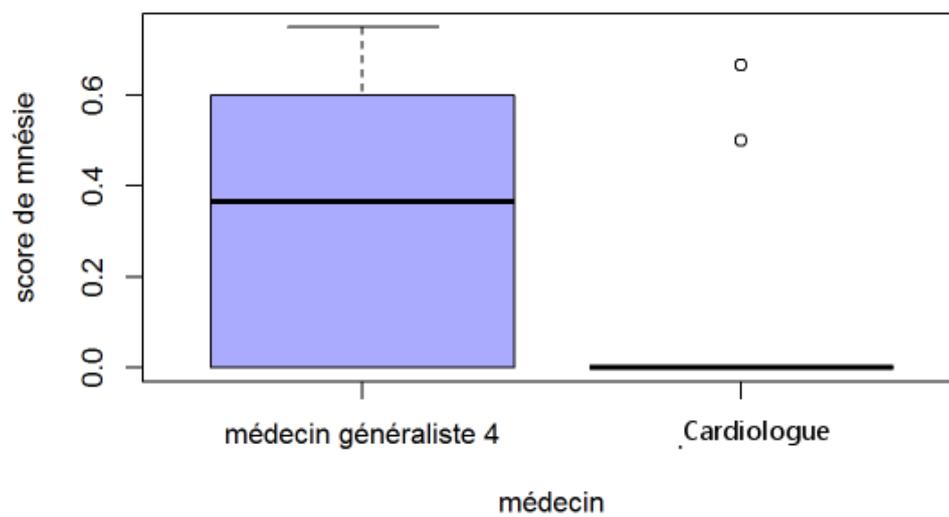
Barbara Trailin et Elif Yalcin

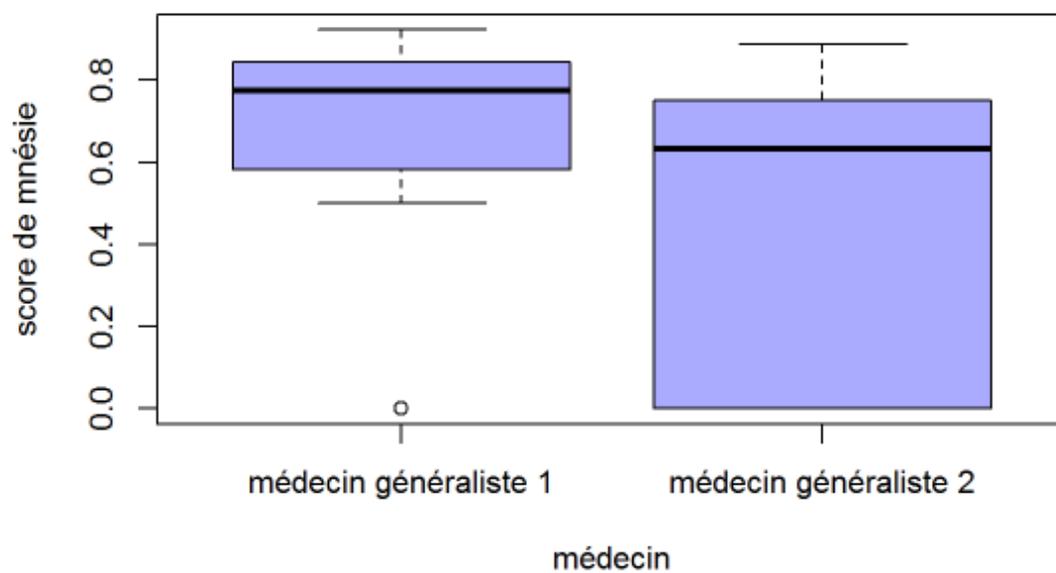
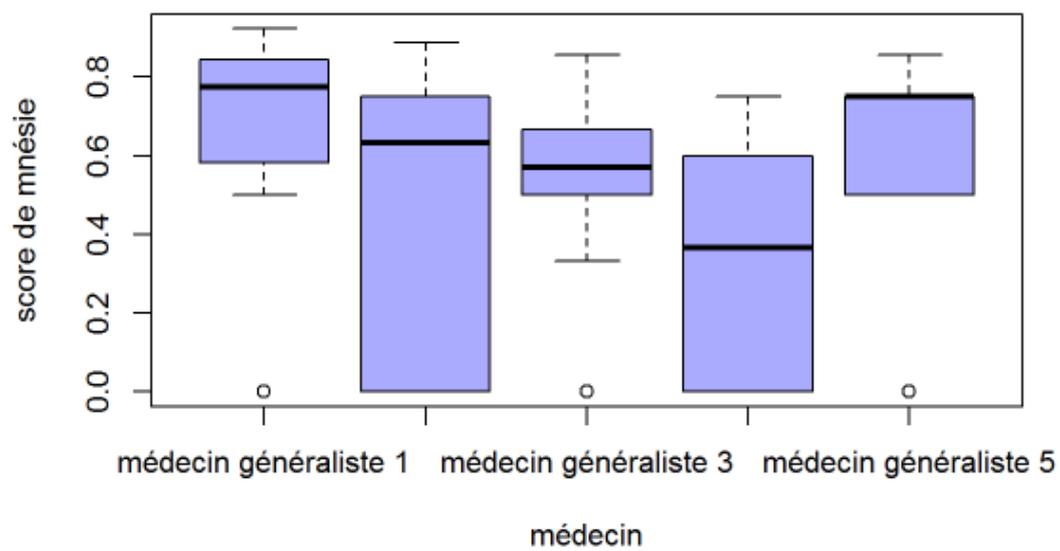
Annexe 3 : Box d'analyses bivariées des résultats de la mnésie

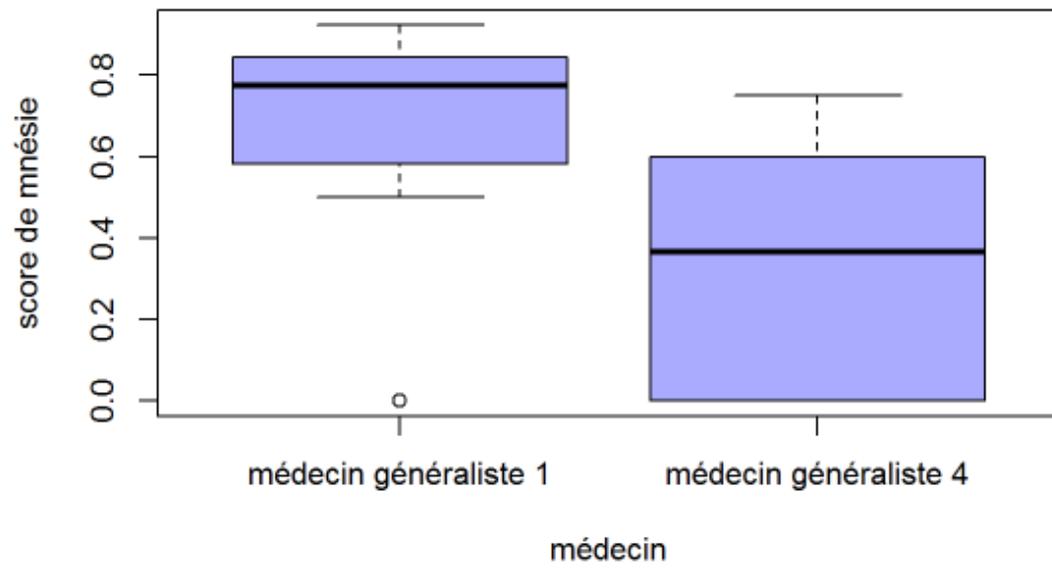
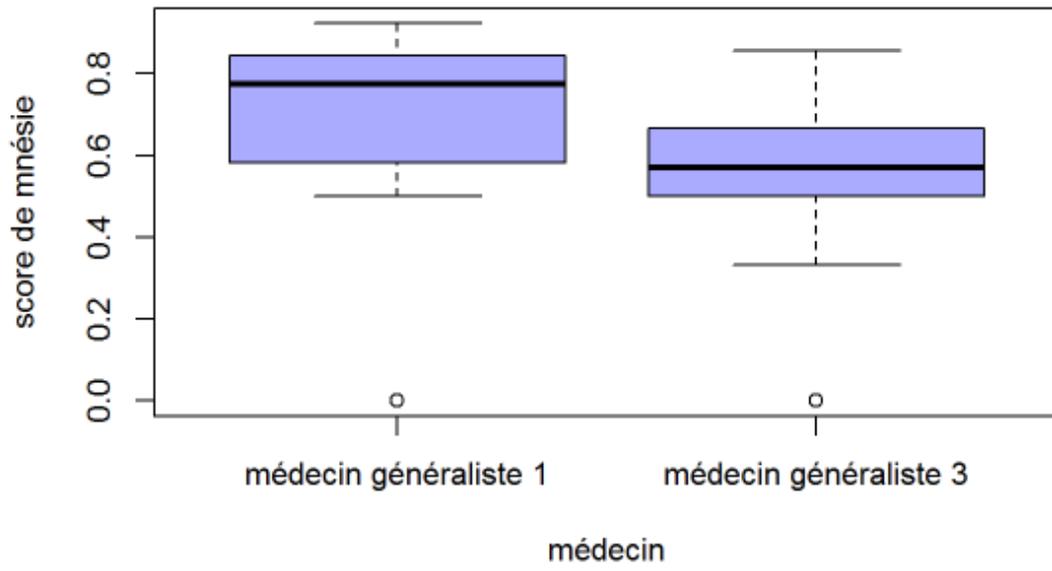


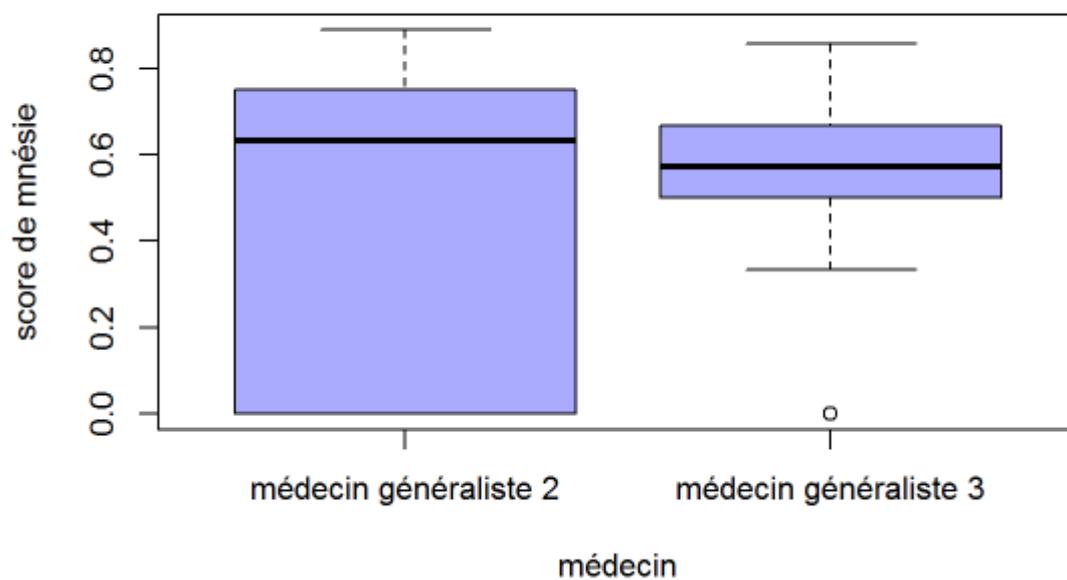
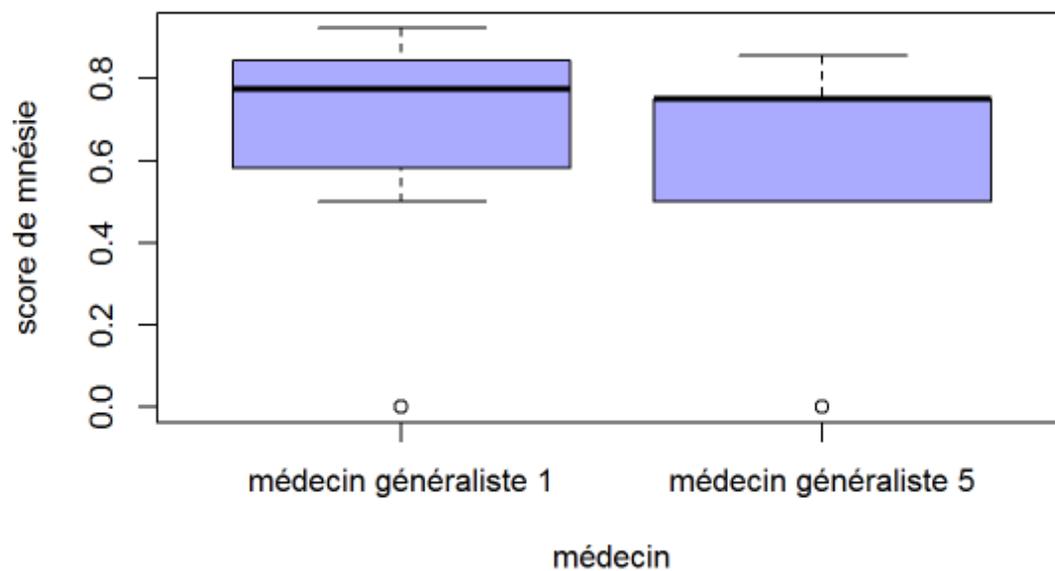


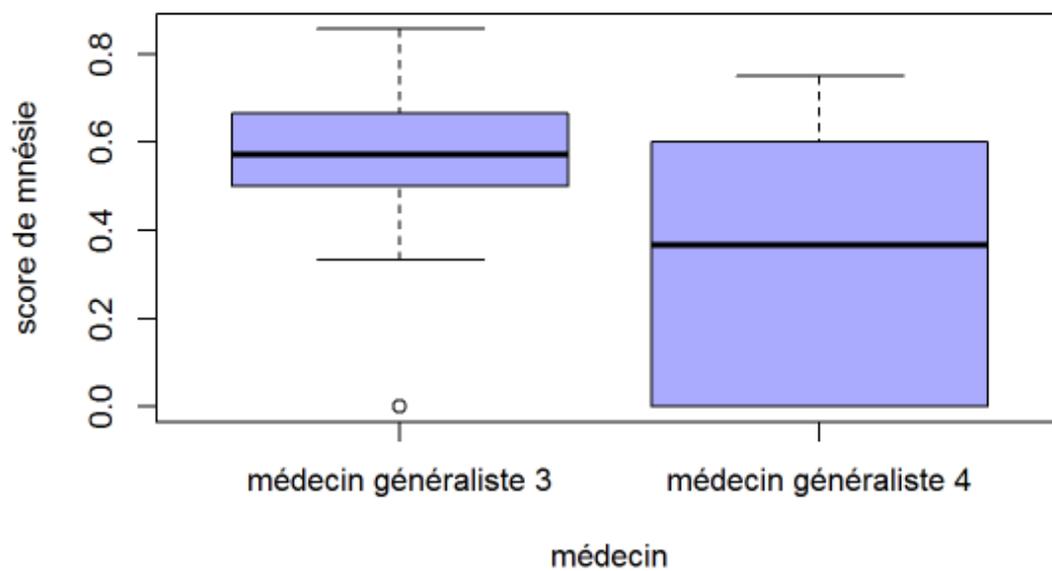
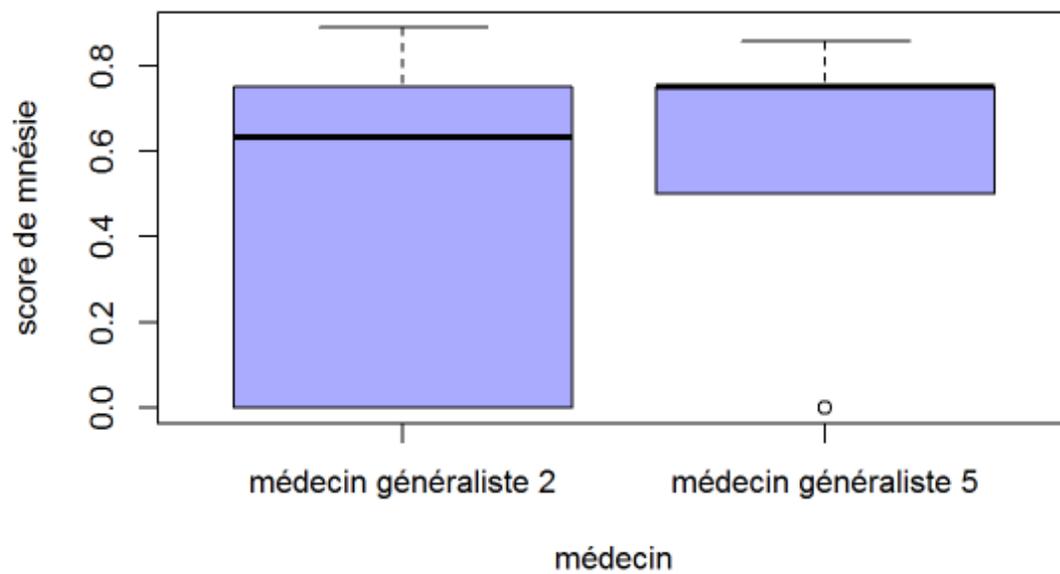


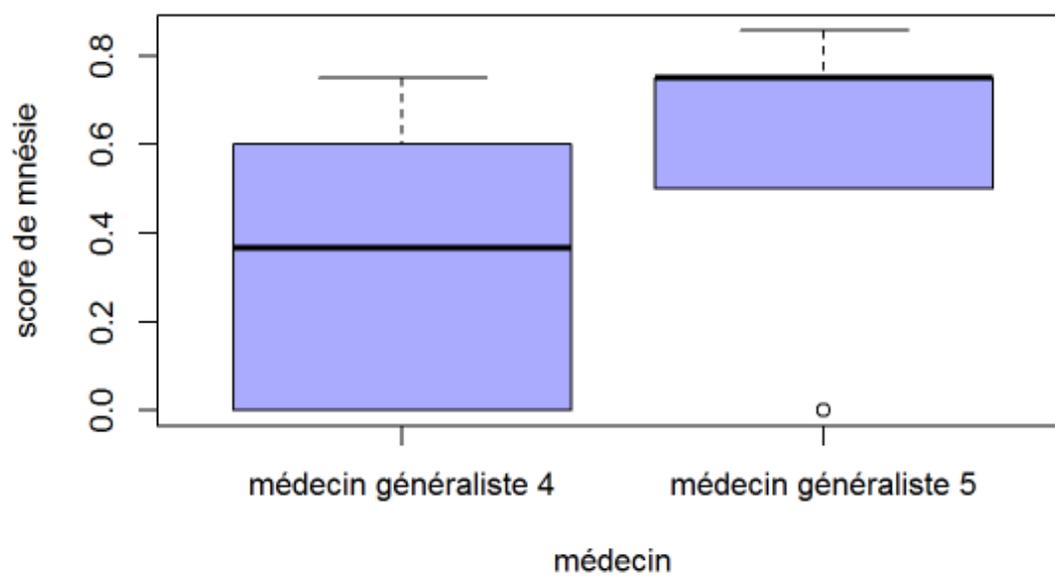
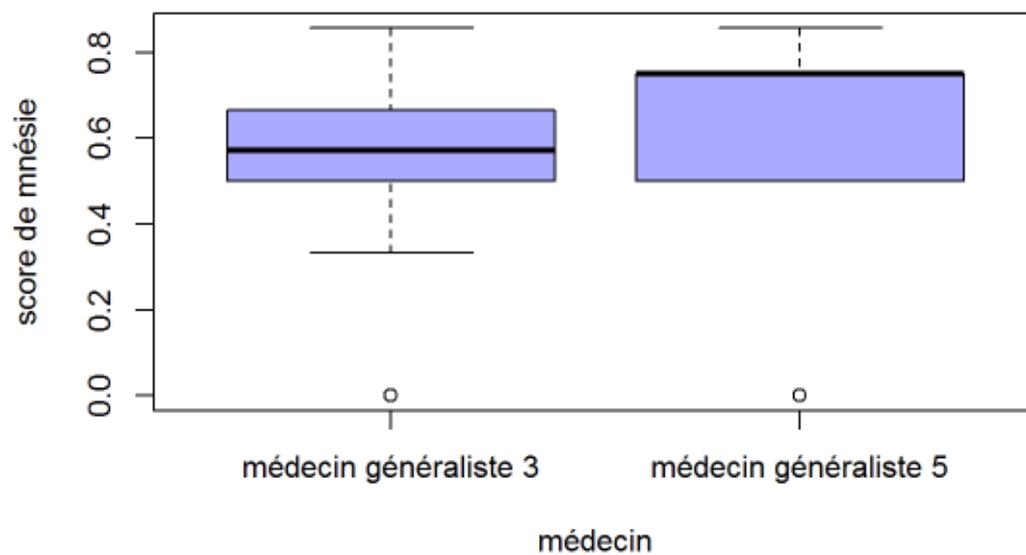


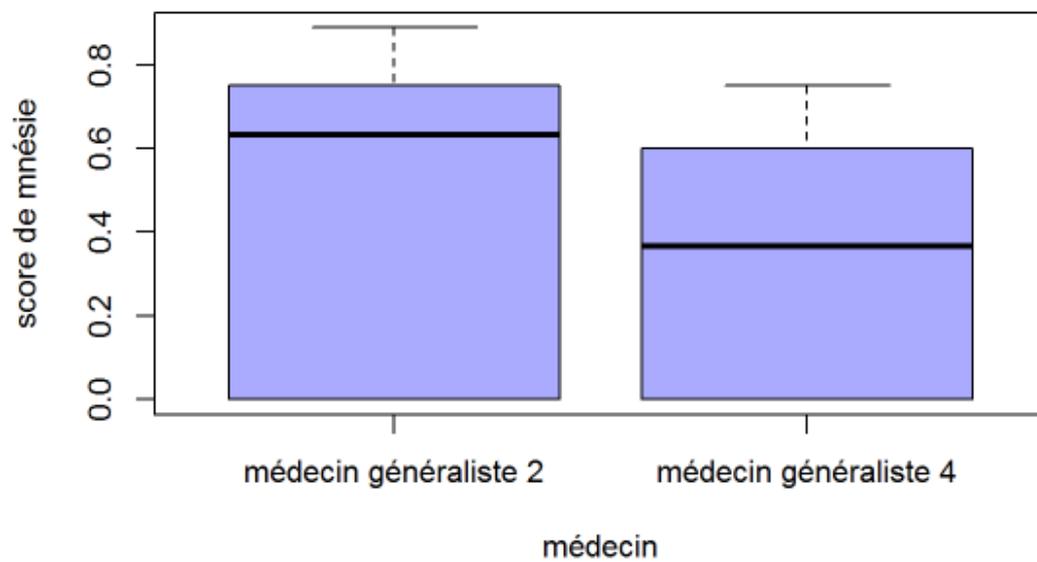


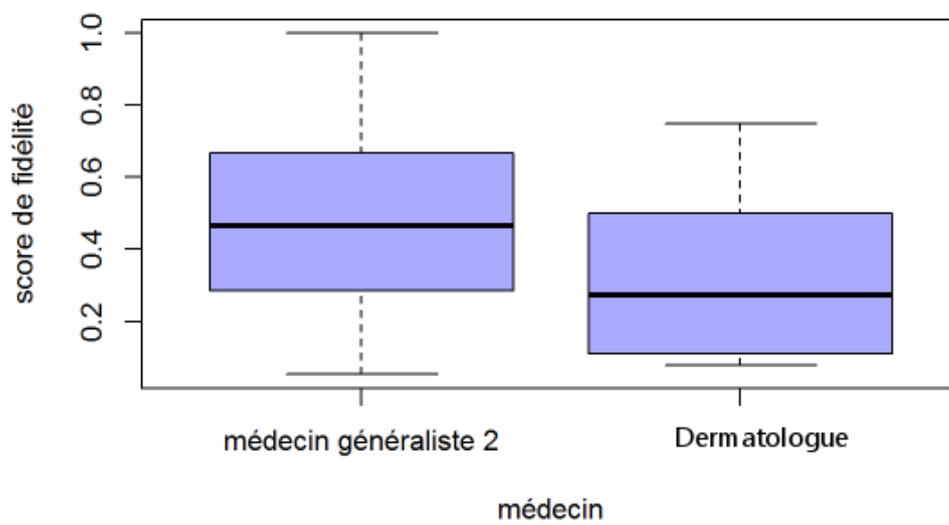
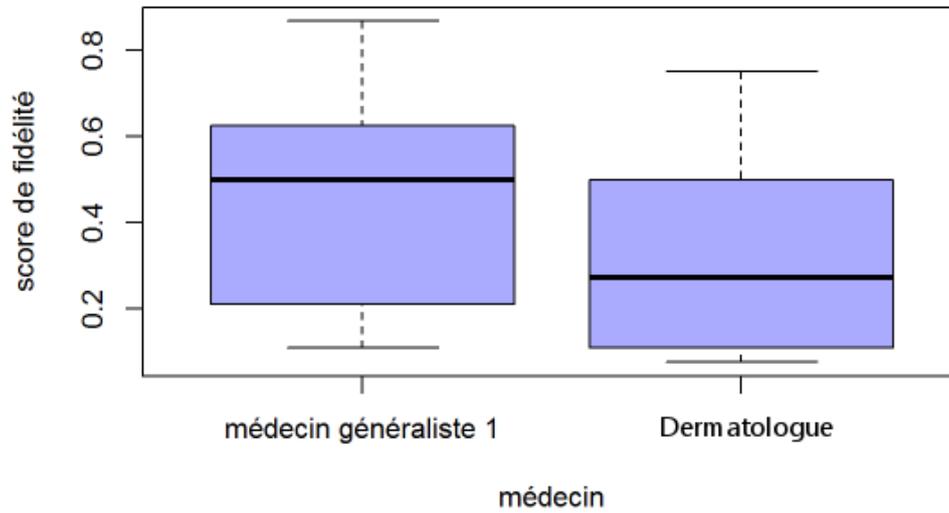


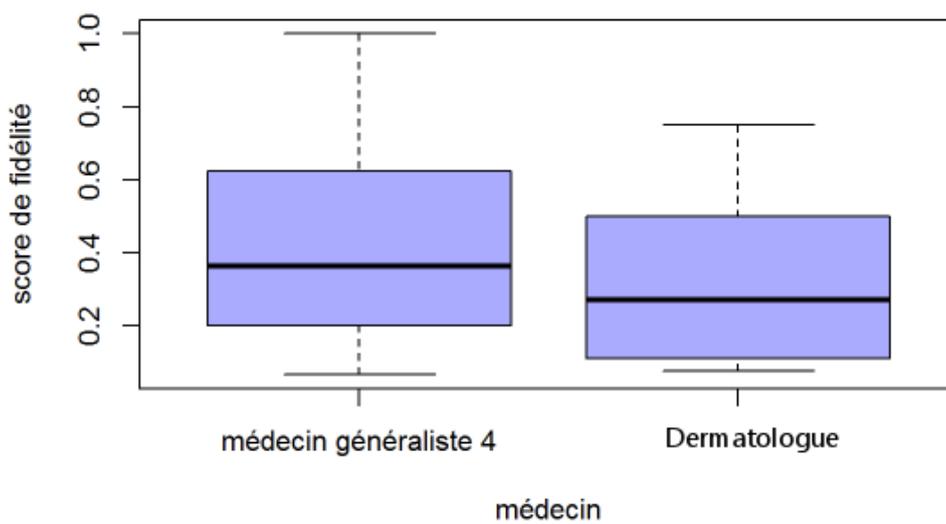
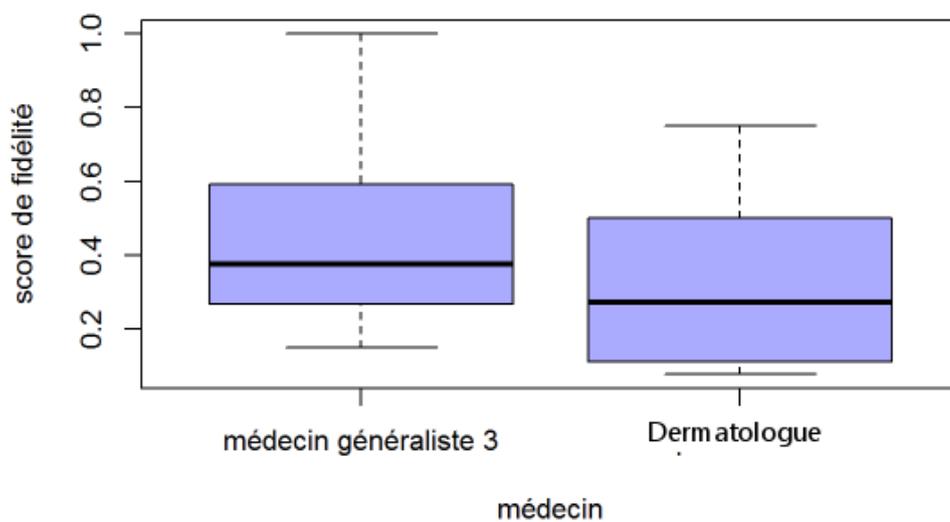


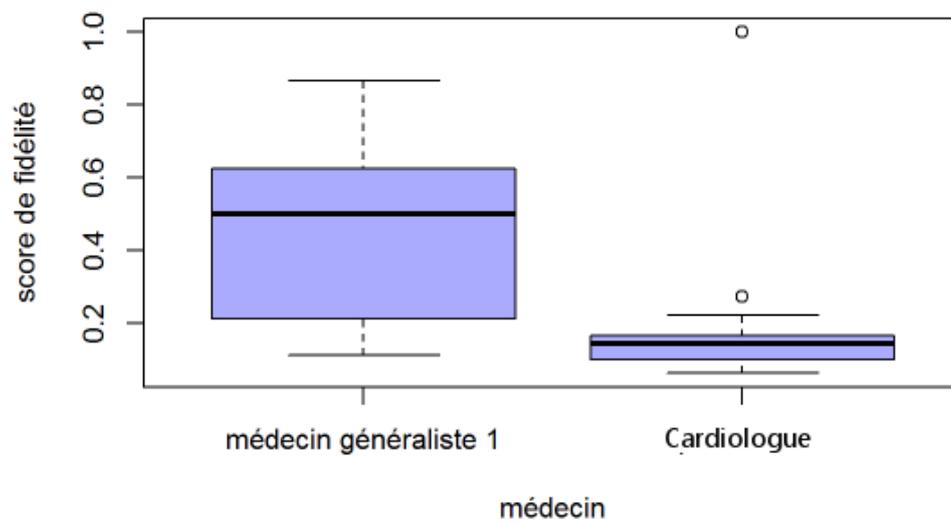
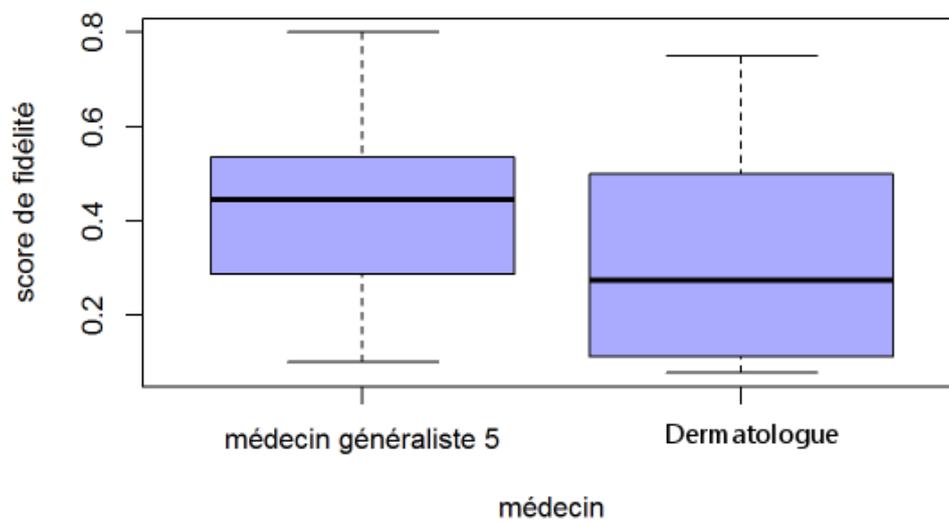


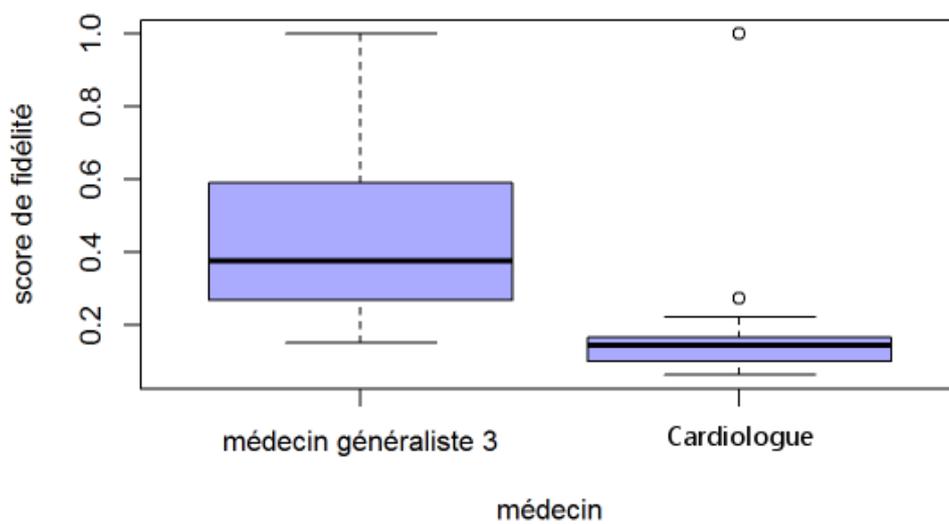
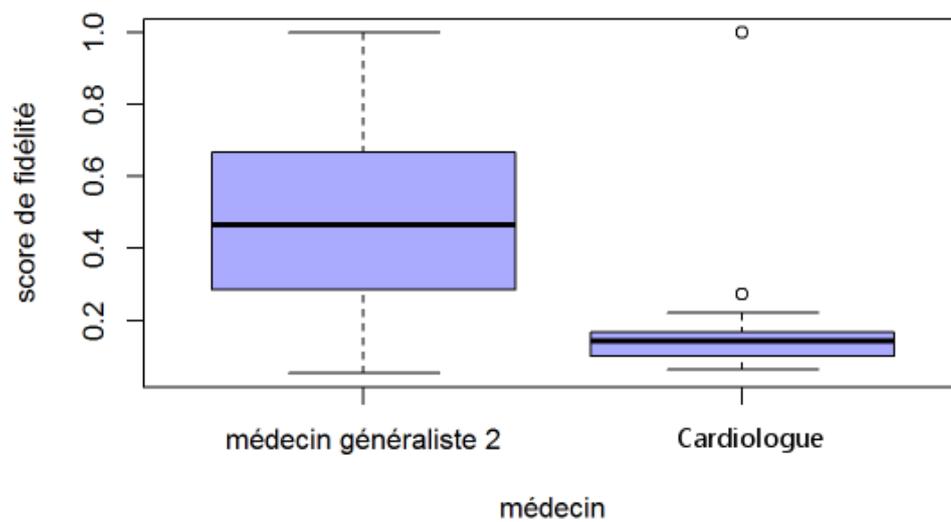


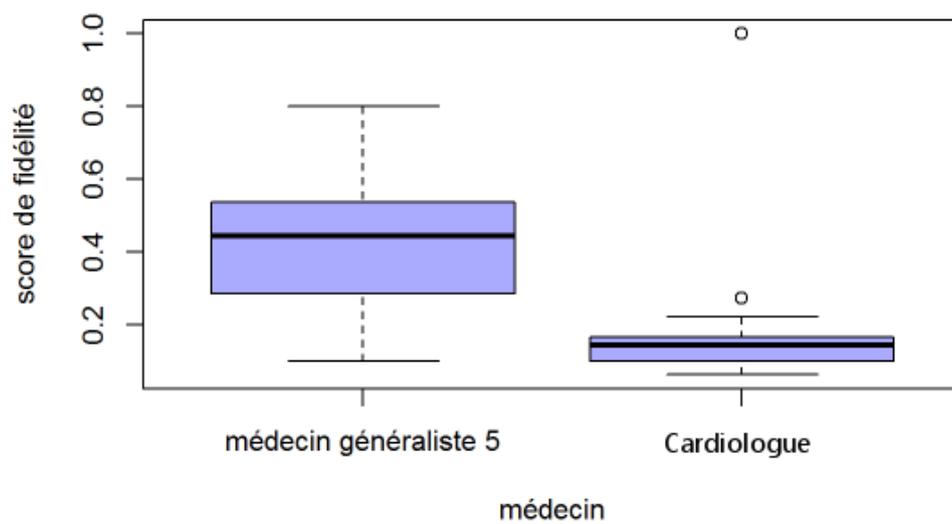
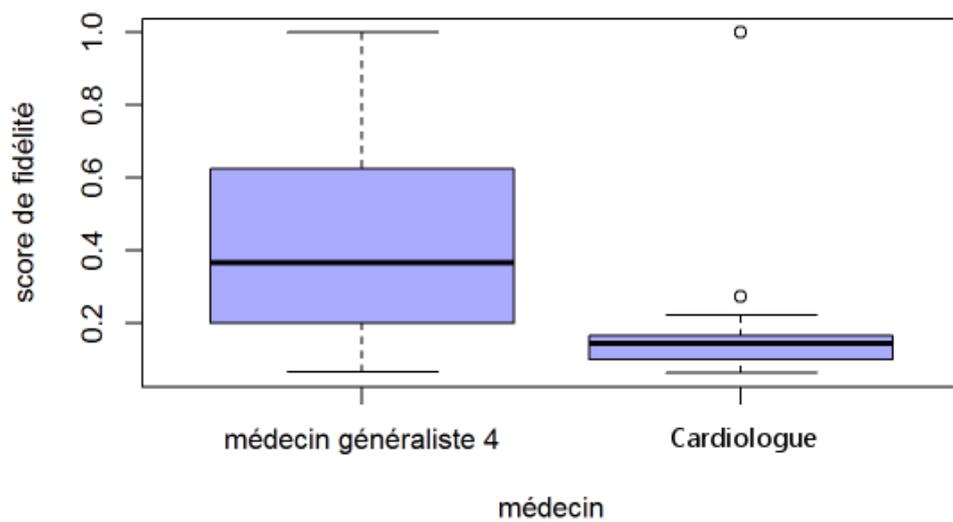


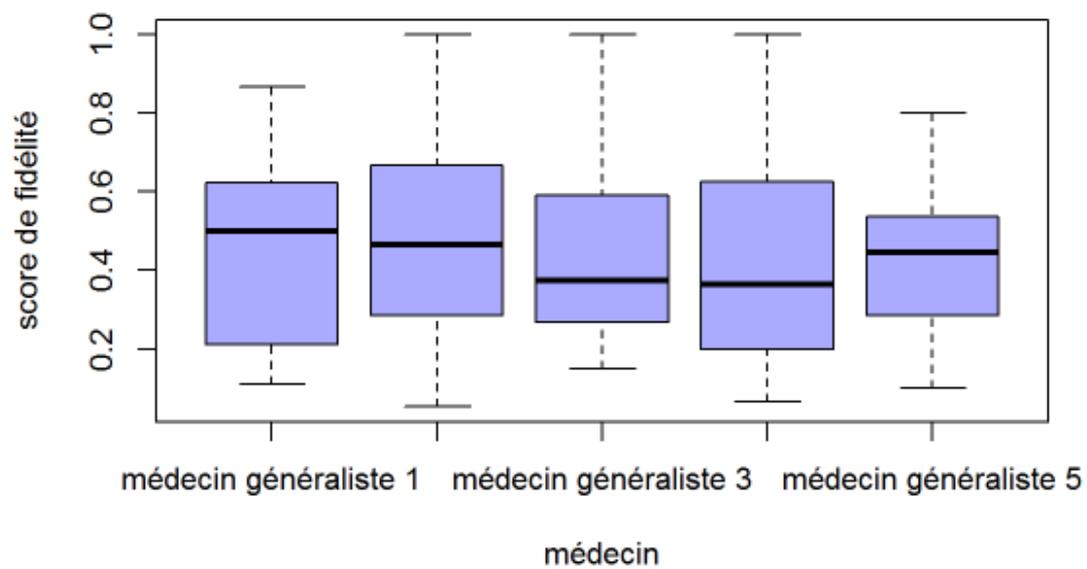
Annexe 4 : Box d'analyses bivariées des résultats de la fidélité











Annexe 5 : Tableau des résultats

Médecin	Patient	Personne composant la famille	Personne suivi	Personne dont le médecin se souvient
MG1	1	7	1	0
MG1	2	11	7	5
MG1	3	18	4	3
MG1	4	18	11	10
MG1	5	12	4	3
MG1	6	13	2	1
MG1	7	16	5	4
MG1	8	12	6	5
MG1	9	11	7	6
MG1	10	5	1	0
MG1	11	6	3	2
MG1	12	9	1	0
MG1	13	11	7	6
MG1	14	8	4	3
MG1	15	9	7	6
MG1	16	9	7	6
MG1	17	15	13	12
MG1	18	9	5	4
MG1	19	7	4	3
MG1	20	17	2	1
MG1	21	11	5	4
MG1	22	10	5	4
MG1	23	10	5	4
MG1	24	6	1	0
MG2	25	8	5	4
MG2	26	4	4	3
MG2	27	3	1	0
MG2	28	9	6	5
MG2	29	3	3	2
MG2	30	8	4	3
MG2	31	12	1	0
MG2	32	7	5	3
MG2	33	19	1	0

Médecin	Patient	Personne composant la famille	Personne suivi	Personne dont le médecin se souvient
MG2	34	7	3	2
MG2	35	5	2	1
MG2	36	7	2	1
MG2	37	9	1	0
MG2	38	17	9	8
MG3	39	20	3	2
MG3	40	13	2	1
MG3	41	9	4	3
MG3	42	8	4	0
MG3	43	13	2	1
MG3	44	12	3	1
MG3	45	9	3	2
MG3	46	9	6	5
MG3	47	6	2	1
MG3	48	8	3	2
MG3	49	3	2	1
MG3	50	8	2	1
MG3	51	12	7	4
MG3	52	6	2	1
MG3	53	8	3	2
MG3	54	7	2	1
MG3	55	8	2	1
MG3	56	8	5	3
MG3	57	3	3	2
MG3	58	5	3	1
MG3	59	8	6	5
MG3	60	12	7	6
MG3	61	8	4	3
MG4	62	5	5	1
MG4	63	9	4	3
MG4	64	12	3	1
MG4	65	9	1	0
MG4	66	7	2	1
MG4	67	10	1	0
MG4	68	5	3	2
MG4	69	8	5	3
MG4	70	10	5	3
MG4	71	5	1	0
MG4	72	7	2	1
MG4	73	15	1	0
MG4	74	3	2	0

Médecin	Patient	Personne composant la famille	Personne suivie	Personne dont le médecin se souvient
MG4	75	8	5	2
MG5	76	7	1	0
MG5	77	9	2	1
MG5	78	9	4	3
MG5	79	8	2	1
MG5	80	9	3	2
MG5	81	6	3	2
MG5	82	8	2	1
MG5	83	11	7	6
MG5	84	11	7	6
MG5	85	5	4	3
MG5	86	10	4	3
MG5	87	10	4	3
MG5	88	5	4	3
MG5	89	8	4	3
MG5	90	10	6	5
MG5	91	7	2	1
MG5	92	7	2	1
MG5	93	10	1	0
MG5	94	6	3	2
MG5	95	8	2	1
MG5	96	11	5	4
MG5	97	10	5	4
MG5	98	7	4	3
MG5	99	7	3	2
MG5	100	9	4	3
MG5	101	7	4	3
MG5	102	14	4	3
Dermatologue	103	13	1	0
Dermatologue	104	9	1	0
Dermatologue	105	11	3	1
Dermatologue	106	15	3	1
Dermatologue	107	9	1	0
Dermatologue	108	11	1	0
Dermatologue	109	9	4	0
Dermatologue	110	7	4	3
Dermatologue	111	13	6	4
Dermatologue	112	12	1	0
Dermatologue	113	13	3	1
Dermatologue	114	5	1	0
Dermatologue	115	4	3	0

Médecin	Patient	Personne composant la famille	Personne suivi	Personne dont le médecin se souvient
Dermatologue	116	6	3	2
Dermatologue	117	7	4	1
Dermatologue	118	3	1	0
Dermatologue	119	8	5	4
Cardiologue	120	8	1	0
Cardiologue	121	9	2	1
Cardiologue	122	11	3	2
Cardiologue	123	13	2	0
Cardiologue	124	1	1	0
Cardiologue	125	13	1	0
Cardiologue	126	14	2	0
Cardiologue	127	5	1	0
Cardiologue	128	6	1	0
Cardiologue	129	32	2	1
Cardiologue	130	10	1	0
Cardiologue	131	8	1	0
Cardiologue	132	7	1	0
Cardiologue	133	11	1	0
Cardiologue	134	20	2	1
Cardiologue	135	9	1	0
Cardiologue	136	6	1	0

AUTEUR : Nom : TRAILIN

Prénom : Barbara

Date de Soutenance : Le 7 juin 2017

Titre de la Thèse : Construction d'un indicateur définissant la médecine de famille

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : Médecine de famille, fidélité, mnésie, indicateur.

Résumé :

Contexte : La médecine générale est définie par une prise en charge holistique. La famille fait partie du contexte bio-psycho-social du patient. La médecine de famille incluant le suivi de l'entourage du patient pourrait avoir un intérêt, cependant aucune étude ne montrait que le médecin généraliste (MG) suivait plusieurs personnes d'une même famille (fidélité de la famille). D'autre part il n'existe pas de preuve que le médecin ait conscience des membres de la famille qu'il pourrait suivre (mnésie du médecin). L'objectif de cette étude était la construction d'un indicateur permettant de calculer la fidélité de la famille ainsi que la mnésie du médecin.

Méthode : Il s'agissait d'une étude quantitative, observationnelle, transversale. Des arbres généalogiques ont été construits avec les patients dans la salle d'attente pour obtenir le nombre de personnes dans la famille ainsi que le nombre de personnes consultant le même MG. Cela a permis le calcul du pourcentage de fidélité d'une famille. Puis, le MG a été interrogé pour obtenir le taux de mnésie. Enfin, la médiane des scores de mnésie et fidélité ont été comparés par le test de Wilcoxon pour l'ensemble des médecins. Le test de Kruskal-Wallis a été utilisé pour la comparaison des MG entre eux pour la fidélité et la mnésie.

Résultats : Cinq MG, un dermatologue et un cardiologue ont été interrogés. L'indicateur a permis de montrer une différence significative de fidélité entre le cardiologue et les MG avec des scores respectivement de 0,14 avec un intervalle inter-quartile (IIQ) [0,1 ; 0,17] et de 0,37 et IIQ [0,21 ; 0,62] pour le généraliste ayant le score le moins élevé, $p=0,01$. Ce score était de 0,27 et IIQ [0,11 ; 0,5] pour le dermatologue et 0,5 et IIQ [0,22 ; 0,62] pour l'un des médecins généralistes, sans différence significative $p=0,08$. Il existe toutefois une différence sur les scores de mnésie avec pour le dermatologue 0 et IIQ [0 ; 0,33] versus 0,78 et IIQ [0,62 ; 0,84] pour ce même médecin généraliste $p<0,001$. L'indicateur a permis de montrer une différence entre un MG plus âgé 0,78 et IIQ [0,62 ; 0,84] et un MG plus jeune 0,37 et IIQ [0 ; 0,57] $p<0,001$ sur des scores de mnésie.

Conclusion : L'utilisation de cet indicateur pourrait permettre de connaître les différences entre les spécialités et les différences entre les médecins d'une même spécialité, et réussir à mettre en évidence les spécificités de la médecine de famille.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Emmanuel Delaporte

Asseseurs : Monsieur le Professeur Christophe Berkhout

Monsieur le Docteur Matthieu Calafiore

Monsieur le Docteur Pierre-François Angrand

