



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Le contenu d'une consultation de médecine générale en Italie
Une étude comparative avec la France**

Présentée et soutenue publiquement le 03 octobre 2018 à 17 heures
au Pôle Formation
Par Alexis DI IULIO

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Eric HACHULLA

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Valéry HEDOUIN

Monsieur le Docteur Jean-Jacques CRIGNON

Monsieur le Docteur David WYTS

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Sabine BAYEN

*« La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :
Celles-ci sont propres à leurs auteurs. »*

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »

« L'art de la réussite consiste à s'avoir s'entourer des meilleurs »

John Fitzgerald Kennedy

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AGO	<i>Assicurazione Generale Obbligatoria</i>
AMELI	Assurance Maladie En Ligne
ASL	<i>Azienda Sanitaria Locale</i>
CEOM	Conseil Européen des Ordres des Médecins
CERIM	Centre d'Etudes et de Recherche en Informatique Médicale
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
DU	Diplôme Universitaire
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
ECG	ElectroCardioGramme
EURACT	<i>European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine</i>
EURISPES	<i>European Institute of Political, Economic and Social studies</i>
FNOMCEO	<i>Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi et degli Odontoiatri</i>
HAS	Haute Autorité de Santé
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economiques
PLFSS	Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
QCM	Questionnaire à Choix Multiples
SBHA	Streptocoque Béta-Hémolytique du groupe A
SSN	<i>Servizio Sanitario Nazionale</i>
TDR	Test de Diagnostic Rapide
WONCA	<i>World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians</i>

RÉSUMÉ

Contexte : L'harmonisation de l'exercice de la médecine générale en Europe garantirait la mobilité des médecins généralistes d'un pays à l'autre. La France et l'Italie sont deux pays voisins ayant des systèmes de santé similaires. Dans ce contexte, il est intéressant de comparer leur contenu de la consultation de médecine générale, afin d'identifier d'éventuelles différences de pratique, susceptibles de limiter la mobilité professionnelle des médecins généralistes.

Objectif : Comparer le contenu d'une consultation de médecine générale en France et en Italie au niveau des actes et du suivi du patient au cabinet.

Méthode : Une étude descriptive et comparative a été réalisée. Un total de 300 questionnaires a été envoyé par courrier à des médecins généralistes italiens les 22 Mars et 27 Avril 2018. Pour la France, les données et le questionnaire d'une étude pilote réalisée en 2014, comparant la France à l'Allemagne, ont été réutilisés : 150 questionnaires avaient été envoyés à des médecins généralistes français par courrier du 05 Avril au 05 Juin 2014.

Résultats : Le taux de réponse était de 66.66% en France et de 40.66% en Italie. Les hommes étaient majoritaires en France (72%), comme en Italie (69%). L'âge moyen des médecins était de 52,32 ans en France et de 60,91 ans en Italie. Les médecins italiens étaient en moyenne installés depuis plus longtemps (26,90 ans) que les français (21,48 ans). La majorité des médecins français et italiens exerçait en milieu urbain. L'exercice en groupe était majoritaire en France (53%), comme en Italie (64%). La moyenne du temps de travail par jour était de 9,91 heures en France et de 8,14 heures en Italie. La majorité des médecins français réalisait des gardes (69%), contrairement aux italiens (9%). En Italie, 48% des médecins pratiquaient un exercice particulier, contre 28% en France. Les médecins français suivaient plus d'enfants et réalisaient plus de soins addictologiques, qu'en Italie. En France, 72% des médecins réalisaient un test de diagnostic rapide du streptocoque pour l'angine, contre 6% en Italie. Les médecins italiens pratiquaient plus l'échographie (27 à 39%) que les français (0 à 2%).

Conclusion : Ce travail permet de constater les différences, mais également les similitudes, qui existent entre la France et l'Italie en consultation de médecine générale. Les résultats de cette étude, confrontés à ceux d'autres pays européens, peuvent déboucher sur une réflexion visant à harmoniser l'exercice de la médecine générale en Europe.

SOMMAIRE

SERMENT D'HIPPOCRATE	4
REMERCIEMENTS	6
LISTE DES ABRÉVIATIONS	13
RÉSUMÉ	14
INTRODUCTION	16
1. LE SYSTEME DE SANTE ITALIEN	18
2. LA FORMATION MEDICALE EN ITALIE	20
3. LA SPECIALISATION EN MEDECINE GENERALE	21
MATÉRIELS ET MÉTHODE	22
1. CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON	23
2. METHODE DE RECRUTEMENT	23
3. QUESTIONNAIRE	24
4. RECUEIL DES REPNSES	24
5. ANALYSE DES DONNEES	25
RÉSULTATS	26
A. DONNEES SOCIO-PROFESSIONNELLES ET MODALITES D'EXERCICE	27
B. DONNEES CONCERNANT LA PRATIQUE MEDICALE	34
DISCUSSION	38
1. CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES DES MEDECINS	39
2. CONDITIONS D'EXERCICE	40
A. MILIEU D'INSTALLATION	40
B. REGROUPEMENT	41
C. MODES D'EXERCICES	42
D. RYTHME DE TRAVAIL	42
3. PARTICIPATION A LA PERMANENCE DE SOINS	43
4. PRATIQUE DES MEDECINES ALTERNATIVES	43
5. PRISE EN CHARGE DES ENFANTS	45
6. PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ATTEINTES D'ADDICTION	46
7. TDR (TEST DE DIAGNOSTIC RAPIDE) DES ANGINES A STREPTOCOQUE	47
8. ECHOGRAPHIE EN MEDECINE GENERALE	47
9. LIMITES DE L'ETUDE	49
CONCLUSION	50
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	52
TABLE DES ICONOGRAPHIES	54
ANNEXES	55

INTRODUCTION

En 2002, la WONCA Europe (*World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*), bien qu'elle élabore une définition européenne de la médecine générale (1), actualisée par l'EURACT (*European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine*) en 2011 (2), affirme qu'il existe des différences significatives dans l'organisation des systèmes de soins de santé et la pratique de la médecine générale en Europe. Ce constat a été l'objet d'une étude initiée par le Docteur Adil CHABABE en 2014, qui a comparé le contenu d'une consultation de médecine générale en France avec l'Allemagne (3). À partir de ces résultats, le projet de comparer le contenu de la consultation dans d'autres pays européens avec celui de la France est né, et concerne d'autres pays d'Europe comme l'Italie, mais aussi l'Espagne, le Portugal, la Belgique, les Pays-Bas, la Suède et le Royaume-Uni. L'intérêt était de pouvoir situer le modèle français par rapport aux pays voisins.

La France et l'Italie sont deux pays frontaliers, tous deux membres de l'Union Européenne, où des flux migratoires médicaux existent. En effet, le CEOM (Conseil Européen des Ordres des Médecins) dans un rapport publié par l'observatoire européen de la démographie médicale en 2014, démontre que les flux de médecins augmentent entre les différents Etats membres de l'Union Européenne (4). À ce titre, la directive 2005/36/CE du 7 septembre 2005 du Parlement Européen, reconnaît que les qualifications professionnelles de formation des ressortissants des Etats membres, permettent à tout médecin généraliste diplômé d'exercer dans n'importe quel pays de l'Union Européenne (5).

Bien qu'il semble y avoir des similitudes dans l'organisation des systèmes de santé français et italien, il est intéressant de comparer également ces deux pays, au niveau du contenu même de la consultation de médecine générale. Cette étude permettrait éventuellement de juger de la capacité d'un médecin généraliste français à exercer en Italie.

1. Le système de santé italien

Comme en France, il existe en Italie un organisme de sécurité sociale, couvrant la population contre les risques liés à la santé. Il s'agit du *Servizio Sanitario Nazionale* (SSN) fondé en 1978, géré au niveau régional par les *Aziende Sanitarie Locali* (ASL) et financé par les assurés par le biais de cotisations sociales et les impôts généraux. Les travailleurs italiens sont obligatoirement couverts par ce système de santé, et bénéficient alors de *l'Assicurazione Generale Obbligatoria* (AGO), parfois complétée d'une assurance complémentaire, une mutuelle, pour le remboursement des actes effectués dans le privé, ou non pris en charge par le SSN.

Les patients peuvent choisir librement leur médecin traitant, parmi ceux conventionnés par le SSN. Ils ne peuvent consulter un spécialiste que sur prescription de leur médecin généraliste. Les honoraires de consultation chez un médecin conventionné par le SSN, sont intégralement pris en charge jusqu'à un certain plafond, et le patient n'a pas d'avance de frais à réaliser (6). Pour d'autres types de prestations (cures thermales, etc), une participation financière est requise via un ticket modérateur, dont le montant varie selon les régions.

Ce système de santé est géré de manière autonome par chacune des vingt régions italiennes. De ce fait, on observe de grandes disparités en termes de qualité et d'accès aux soins entre les régions du Nord et celles du Sud de l'Italie, confirmées par une étude de l'OCDE en 2015 (7). En effet les régions situées dans le Sud sont beaucoup moins pourvues en offre médicale conventionnée par le SSN, mais aussi en qualité des soins, ce qui incite les italiens, soit à consulter dans le Nord du pays (ce qui allonge considérablement les délais de consultation), soit à consulter un praticien du secteur privé, au dépend du règlement de la consultation, qui peut s'élever entre 50 et 80 euros chez un médecin généraliste (6).

La plupart des médecins libéraux en Italie sont rémunérés par une capitation (représentant environ deux tiers de leurs revenus), en complément d'une rémunération à l'acte (pour des prestations comme la vaccination, les certificats, les visites à domicile, la chirurgie légère, etc) (8). Des subventions leur sont également versées sur la base de performances pour la satisfaction à des objectifs de programmes régionaux ou l'adoption de mesures permettant la maîtrise des dépenses publiques (concernant la prescription d'examens complémentaires ou de médicaments).

2. La formation médicale en Italie

Les études de médecine en Italie sont dispensées au sein des facultés de médecine et de chirurgie. L'accès est conditionné par l'obtention du *diploma di scuola secondaria superiore*, équivalent au baccalauréat, et à la réussite d'un concours d'entrée (*prove d'ammissione*) avec un *numerus clausus*. Le nombre de places attribué par faculté est décidé au niveau national, et peut être consulté sur le site du ministère de l'éducation, de l'université et de la recherche (9). L'examen d'entrée se compose d'un QCM de 100 questions portant sur les disciplines suivantes : logique et culture générale, biologie, chimie, physique et mathématiques (10).

Une fois admis les étudiants suivent un premier cycle de 6 ans. Les trois premières années sont consacrées à l'étude des sciences fondamentales comme l'anatomie, la physiologie, la biologie, les pathologies générales, etc. À partir de la 4^{ème} année, la formation est plutôt orientée vers la pratique avec la réalisation de stages professionnels hospitaliers et ambulatoires. La validation de ces stages et la soutenance d'une thèse d'exercice sont les éléments fondamentaux pour accéder au diplôme de Docteur en médecine, la *laurea specialistica*, en fin de 6^{ème} année. Ce diplôme permet aux jeunes médecins thésés d'exercer la médecine de base, non spécialisée. Ils peuvent ensuite choisir une discipline de spécialisation (*post-laurea*) ou accéder à un doctorat de recherche (*dottorato di ricerca*).

3. La spécialisation en médecine générale

La durée de la spécialisation médicale (*post-laurea*) varie de 3 à 6 ans. Pour la médecine générale (*corso di formazione specifico in medicina generale*), il faut compter 3 ans de spécialisation, comportant quelques heures de cours à la faculté et la réalisation de stages pratiques.

La première année se compose de stages en médecine interne, en médecine d'urgence et en chirurgie ; la deuxième est consacrée à la gynécologie et à la pédiatrie ; et la troisième se compose uniquement de stages en médecine générale.

Les jeunes médecins ont la possibilité d'effectuer des remplacements durant leurs années de spécialisation, sous la forme de contrats à durée déterminée (de quelques jours à quelques mois).

Le doctorat de recherche (*dottorato di ricerca*) correspond au plus haut niveau de distinction prévu dans le système universitaire italien. Il n'est pas obligatoire, mais fournit les compétences nécessaires pour les activités de recherche hautement qualifiées, dans les universités et les structures hospitalières publiques ou privées.

MATÉRIELS ET MÉTHODE

Ce travail de recherche est basé sur la thèse d'Adil CHABABE de 2014, qui a consisté en une étude descriptive et comparative du contenu d'une consultation de médecine générale en Allemagne avec la France. D'autres études similaires sont actuellement en cours pour d'autres pays européens (Portugal, Espagne, Pays-Bas, Belgique, Suède, Angleterre). Pour chaque thèse, afin d'harmoniser les résultats, il est prévu que les données concernant la France soient réintégrées.

1. Constitution de l'échantillon

En 2014, l'échantillon représentatif avait été estimé entre 300 et 350 médecins dans chaque pays, pour espérer recueillir environ 100 réponses de chaque côté.

Pour la France, l'échantillon a été constitué le 24 Février 2014 par le CERIM (Centre d'Etudes et de Recherche en Informatique Médicale) via AMELI direct, avec 350 médecins tirés au sort.

En ce qui concerne l'Italie, chacune des 20 régions dispose d'un site internet officiel, avec une rubrique santé, où sont répertoriés tous les médecins généralistes et pédiatres exerçant sur le territoire. Via ces sites internet, un tirage au sort de 350 médecins généralistes a été effectué le 2 Mars 2018.

2. Méthode de recrutement

En France, un envoi postal d'un questionnaire à 150 médecins avait été réalisé. Il en a donc été de même pour l'Italie. Chaque questionnaire était également accompagné d'une lettre explicative du projet (consultable en **Annexe 1**), et d'une enveloppe pré timbrée pour le retour.

En cas de retours insuffisants, il avait été prévu de pouvoir ré-envoyer 150 questionnaires supplémentaires. Un total de 300 questionnaires a été envoyé en Italie.

Critère d'inclusion :

Tout médecin généraliste exerçant majoritairement la médecine générale.

Critères d'exclusion :

Tout médecin généraliste n'exerçant pas majoritairement la médecine générale.

Les réponses avec un questionnaire rempli de manière incomplète ont été exclues.

3. Questionnaire

Le questionnaire de l'étude de 2014 a été réutilisé (consultable en **Annexe 2**). Il avait été réalisé à partir des données de la littérature. Il a été conçu de façon anonyme, avec majoritairement des questions fermées, afin de faciliter le remplissage et ainsi favoriser un taux de réponse optimal.

Le questionnaire était constitué de deux grandes parties : la première concernait le contenu même de la consultation (l'examen clinique et les gestes médicaux) ; la deuxième renseignait les données socio-professionnelles, les modalités d'exercice et d'organisation des médecins.

Les questionnaires ont été envoyés les 22 Mars 2018 et 27 Avril 2018, après validation par la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).

4. Recueil des réponses

Les réponses ont été recueillies entre le 02 Avril 2018 et le 02 Juillet 2018. Les données ont directement été retranscrites dans un tableur Excel, avec calcul de moyennes et réalisation de pourcentages.

5. Analyse des données

Etant donné la nature descriptive et comparative de l'enquête, et comme pour la thèse d'Adil CHABABE en 2014, il avait été convenu de s'affranchir de tests statistiques et d'analyser directement les données retranscrites.

RÉSULTATS

En France, 100 réponses avaient été exploitées sur les 105 retours (5 médecins n'exerçaient que l'angiologie). Le taux de réponse était de 66.66% (100/150).

Pour l'Italie, le taux de réponse était satisfaisant avec un retour de 128 questionnaires sur les 300 envoyés. Parmi ces réponses, 6 questionnaires ont été exclus (2 médecins étaient en retraite, 3 questionnaires étaient revenus incomplets et 1 médecin exerçait principalement la médecine du sport). Le taux de réponse était de 40.66% (122/300).

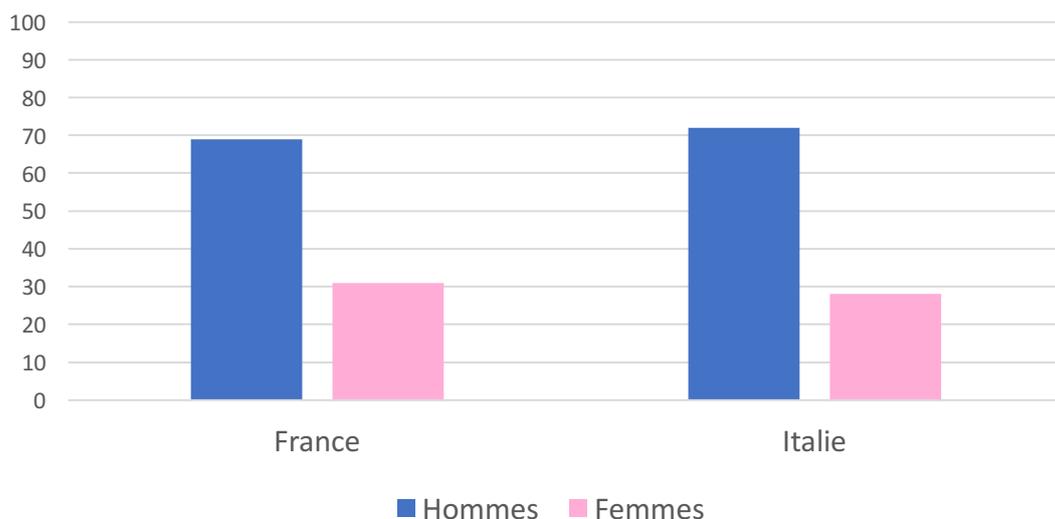
A. Données socio-professionnelles et modalités d'exercice

1. Répartition des sexes

France : 69% d'hommes et 31% de femmes.

Italie : Les hommes étaient également majoritaires à 72%, et 28% de femmes.

Figure 1 : Graphique représentant la répartition des sexes

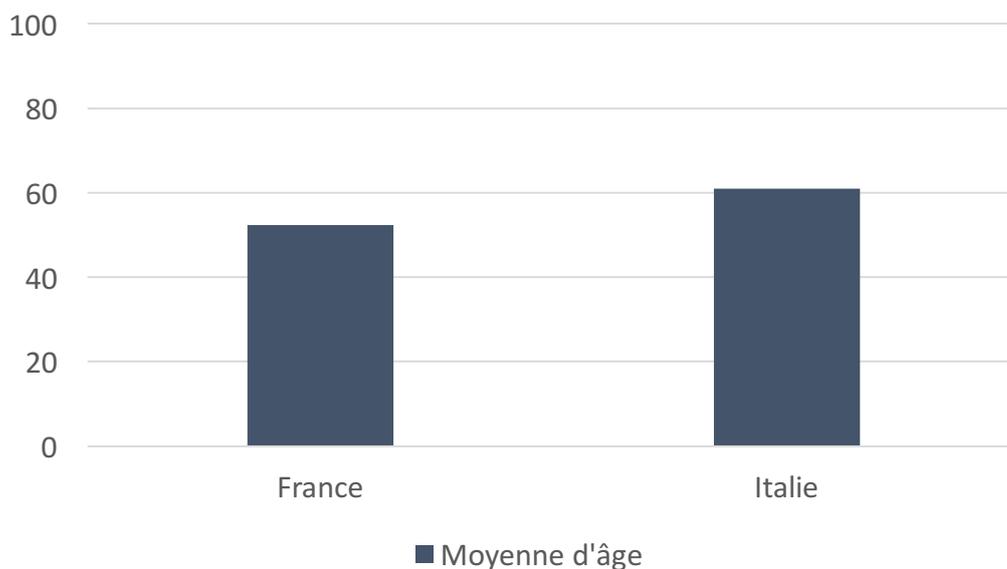


2. Âge moyen

France : La moyenne d'âge des médecins était de 52.32 ans.

Italie : La moyenne d'âge des médecins était de 60.91 ans.

Figure 2 : Graphique représentant l'âge moyen des médecins

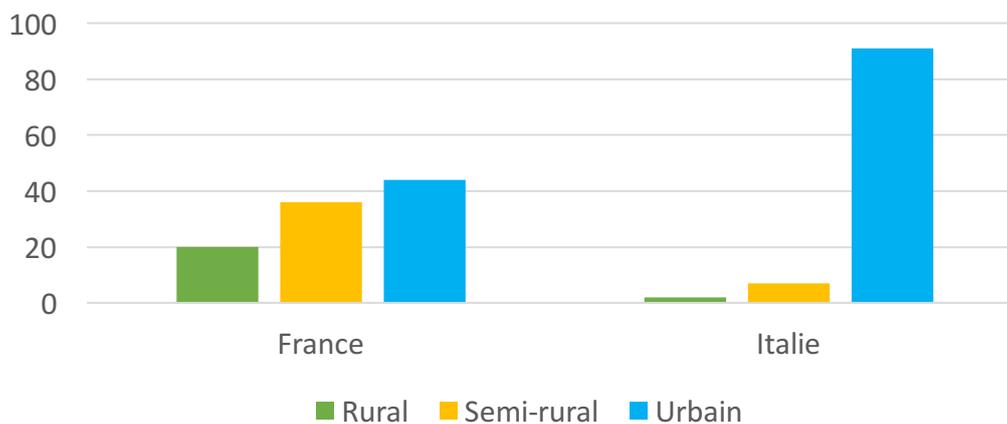


3. Milieu d'exercice

France : 20% en milieu rural, 36% en milieu semi-rural et 44% en milieu urbain.

Italie : 2% en milieu rural, 7% en milieu semi-rural et 91% en milieu urbain.

Figure 3 : Graphique représentant les différents milieux d'exercice

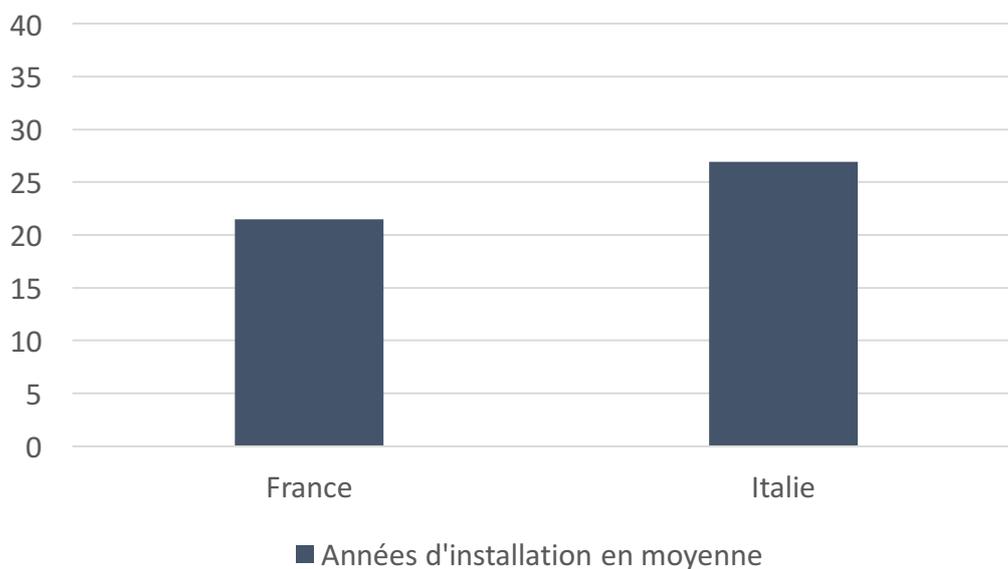


4. Années d'installation en moyenne

France : Les médecins étaient installés en moyenne depuis 21.48 ans.

Italie : Les médecins étaient installés en moyenne depuis 26.90 ans.

Figure 4 : Graphique représentant le nombre d'années d'installation moyen

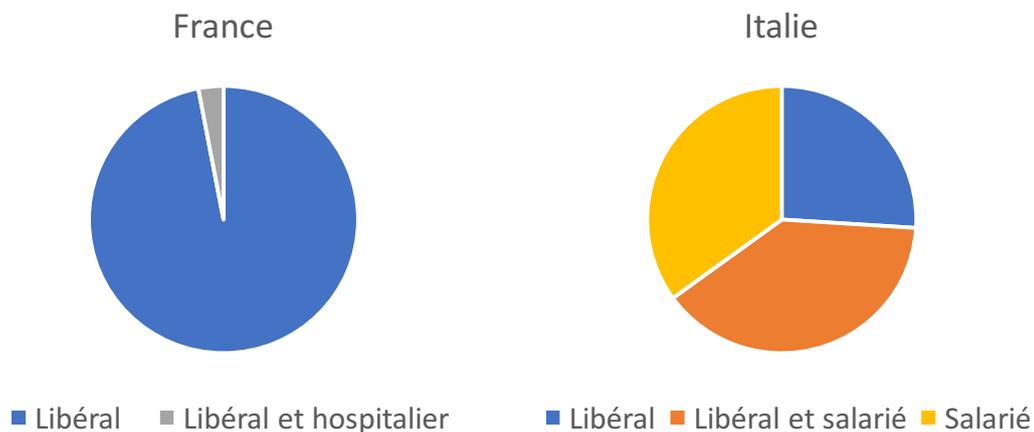


5. Mode d'exercice

France : 97% en libéral, et 3% en libéral et hospitalier.

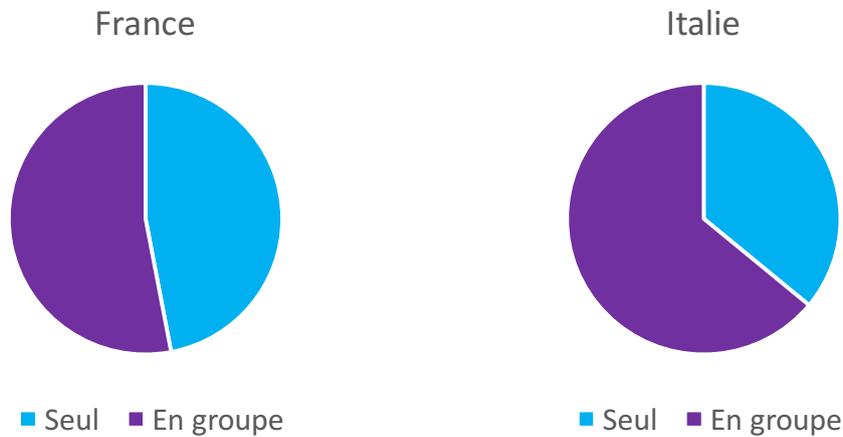
Italie : 26% en libéral, 39% en libéral et salarié, et 35% en salarié.

Figure 5 : Graphiques représentant les différents modes d'exercice



France : 47% travaillent seuls, et **53%** en cabinet de groupe.

Italie : 36% travaillent seuls, et **64%** en cabinet de groupe.



6. Pratique d'une discipline particulière

France : **28%** des médecins pratiquaient une discipline particulière.

Parmi lesquels 29% la médecine du sport, 68% l'homéopathie, et 29% l'acupuncture.

Italie : **48%** des médecins pratiquaient une discipline particulière.

Parmi lesquels 25% l'homéopathie, et 31% l'acupuncture. Le seul médecin pratiquant la médecine du sport, la pratiquait pour environ 6 patients sur 10 (ce sujet a donc été exclu).

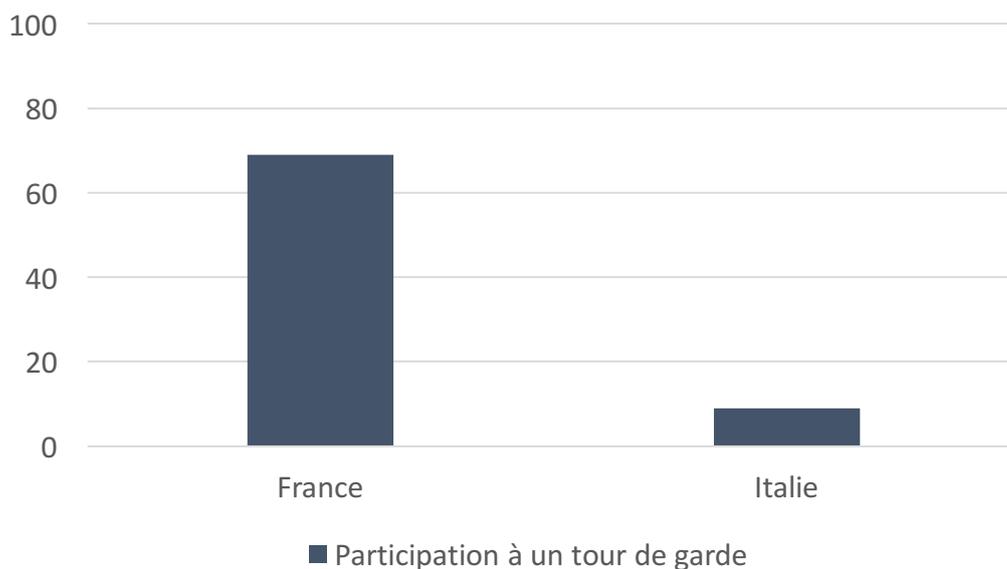
Par ailleurs, parmi ces médecins pratiquant une discipline annexe, 12% pratiquaient la cardiologie, 8% la pneumologie, 10% la médecine interne, et 10% la rhumatologie.

7. Participation à un tour de garde

France : 69% des médecins participaient à un tour de garde.

Italie : Seulement 9% des médecins participaient à un tour de garde.

Figure 6 : Graphique représentant la participation à un tour de garde

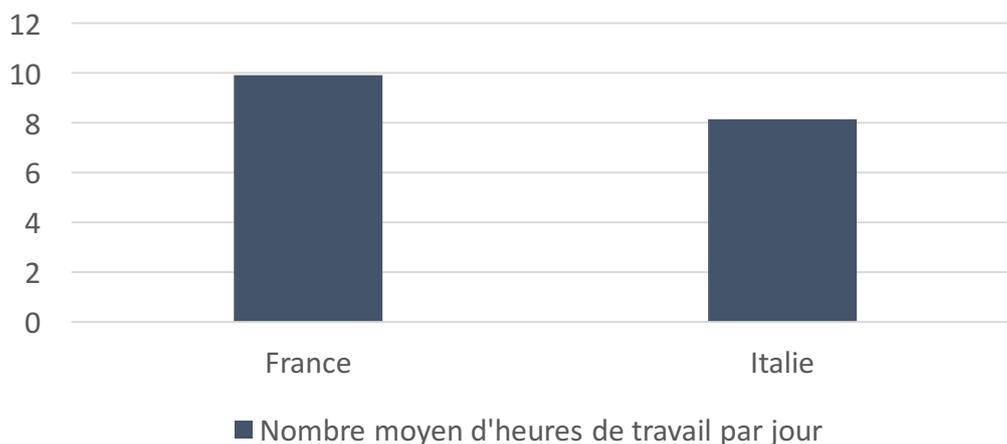


8. Temps de travail par jour

France : Les médecins travaillaient en moyenne 9.91 heures par jour.

Italie : Les médecins travaillaient en moyenne 8.14 heures par jours.

Figure 7 : Graphique représentant le temps moyen de travail par jour

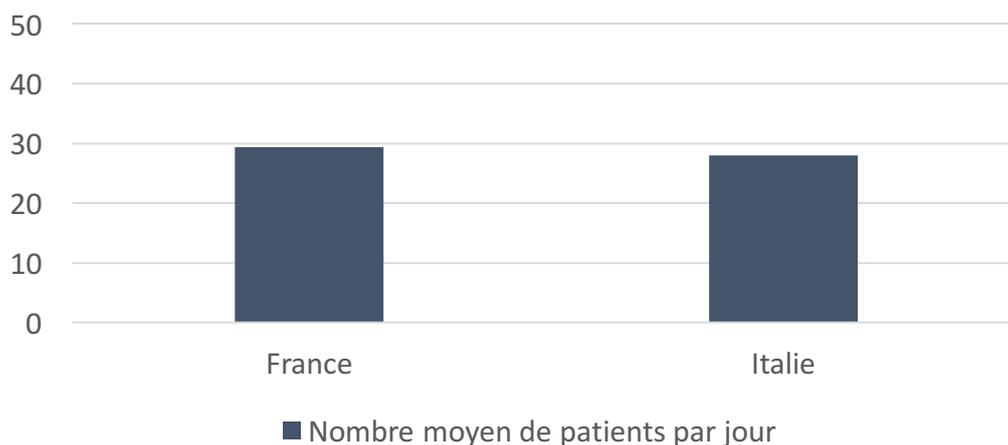


9. Nombre de patients par jour

France : Les médecins consultaient en moyenne 29.33 patients par jour.

Italie : Les médecins consultaient en moyenne 27.98 patients par jour.

Figure 8 : Graphique représentant le nombre moyen de patients consultés par jour

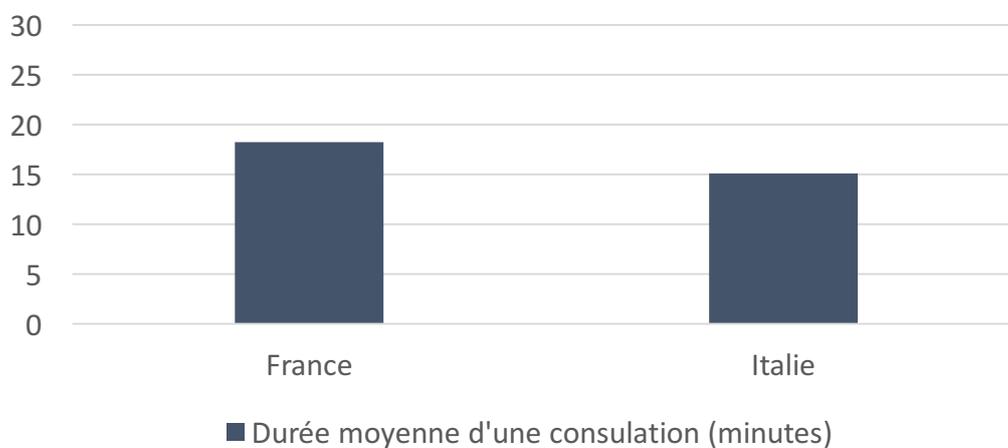


10. Durée moyenne d'une consultation

France : La durée moyenne d'une consultation était de 18.28 minutes.

Italie : La durée moyenne d'une consultation était de 15.12 minutes.

Figure 9 : Graphique représentant la durée moyenne d'une consultation

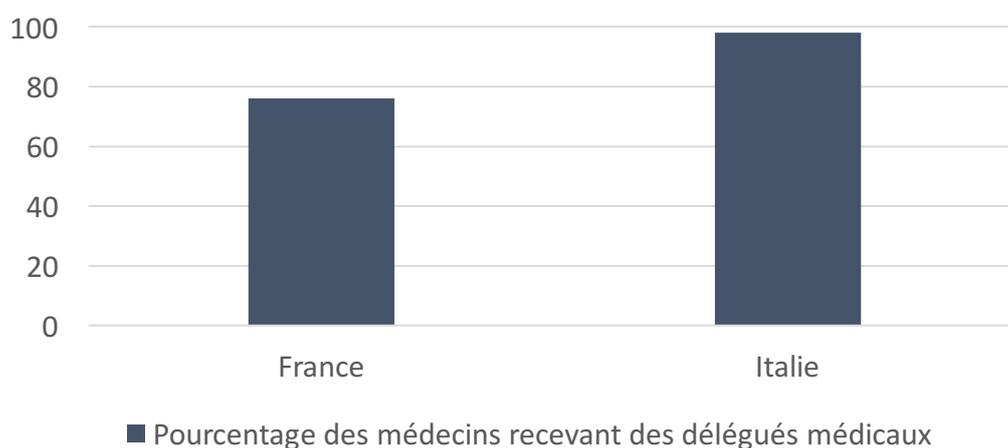


11. Délégués médicaux

France : 76% des médecins recevaient des délégués médicaux.

Italie : 98% des médecins recevaient des délégués médicaux.

Figure 10 : Graphique représentant le pourcentage de médecins recevant des délégués médicaux



12. Assistants médicaux

Aucun des médecins ayant répondu à l'enquête, en France comme en Italie, n'avait d'assistant médical.

B. Données concernant la pratique médicale

1. Type d'examen clinique

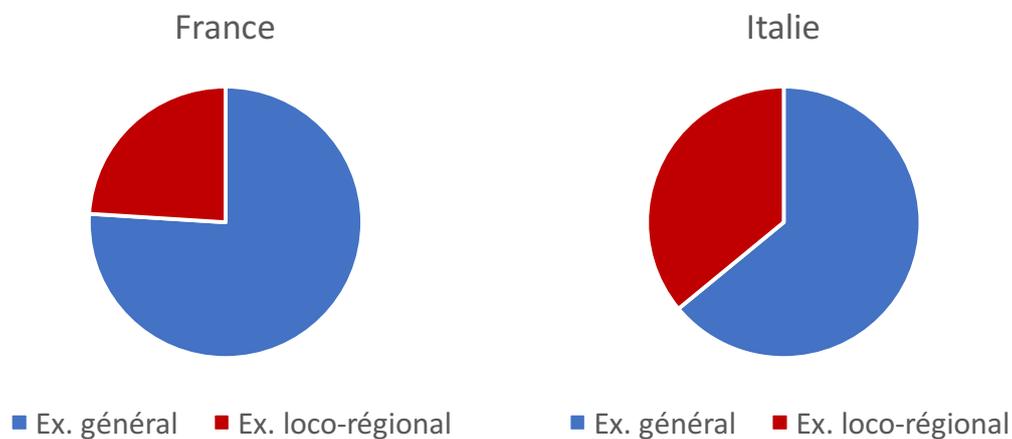
France :

76% des médecins effectuaient un examen général plutôt que loco-régional.

Italie :

64% des médecins effectuaient un examen général plutôt que loco-régional.

Figure 11 : Graphique représentant les types d'examens cliniques pratiqués



2. Examens paracliniques réalisés au cabinet

France :

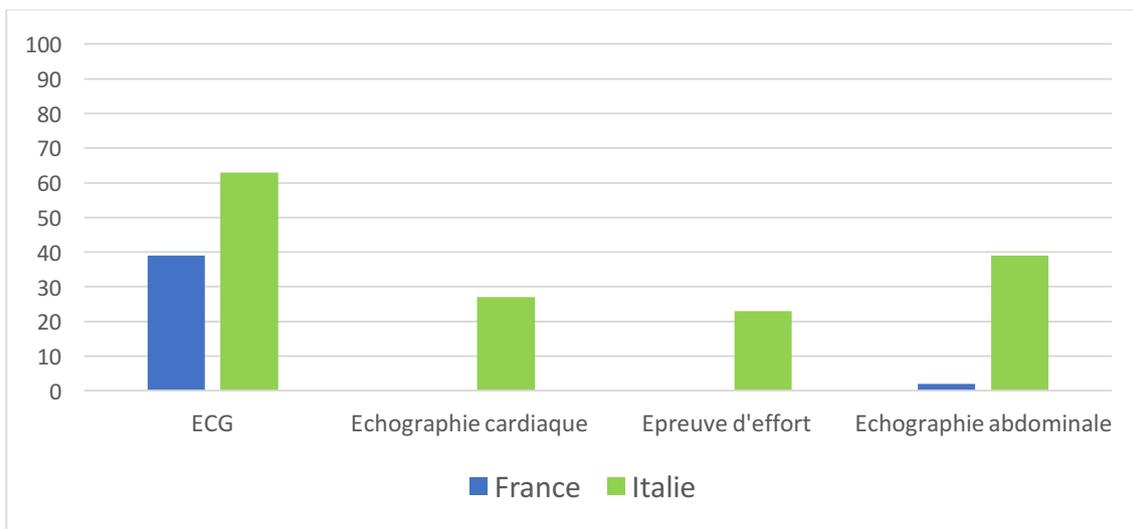
39% des médecins réalisaient des ECG, et 2% réalisaient des échographies abdominales.

Aucun des médecins ne réalisaient d'échographies cardiaques ou d'épreuves d'effort.

Italie :

63% des médecins réalisaient des ECG, 27% réalisaient des échographies cardiaques, 23% réalisaient des épreuves d'effort, et 39% des échographies abdominales.

Figure 12 : Graphique représentant les examens paracliniques réalisés au cabinet



3. Suivi psychologique

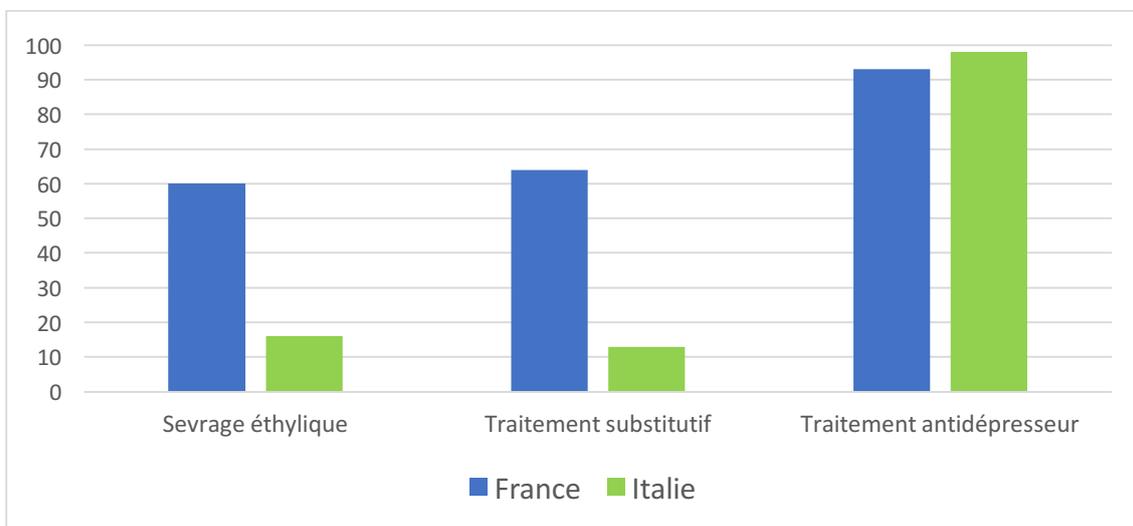
France :

60% des médecins procédaient au sevrage éthylique en ambulatoire, 64% renouvelaient des traitements opiacés substitutifs, et 93% introduisaient un traitement antidépresseur.

Italie :

16% des médecins procédaient au sevrage éthylique en ambulatoire, 13% renouvelaient des traitements opiacés substitutifs, et 98% introduisaient un traitement antidépresseur.

Figure 13 : Graphique représentant les actes de suivi psychologique réalisés au cabinet



4. Suivi de la femme

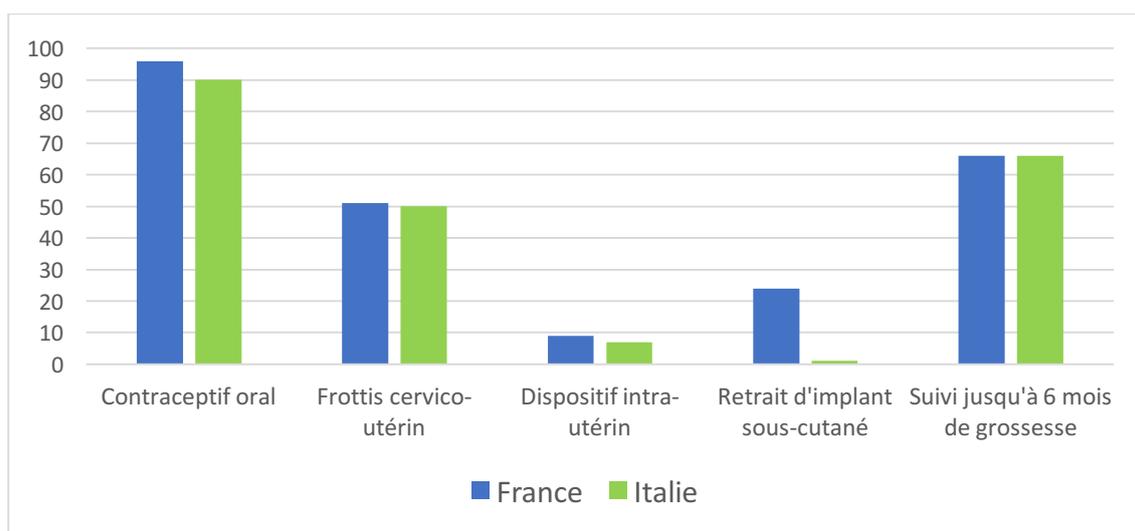
France :

96% des médecins prescrivaient un contraceptif oral, 51% réalisaient un frottis cervico-utérin, 9% posaient un dispositif intra-utérin, 24% retiraient un implant sous-cutané, et 66% suivaient les 6 premiers mois d'une grossesse.

Italie :

90% des médecins prescrivaient un contraceptif oral, 50% réalisaient un frottis cervico-utérin, 7% posaient un dispositif intra-utérin, 1% retiraient un implant sous-cutané, et 66% suivaient les 6 premiers mois d'une grossesse.

Figure 14 : Graphique représentant les actes de suivi de la femme réalisés au cabinet



5. Suivi pédiatrique

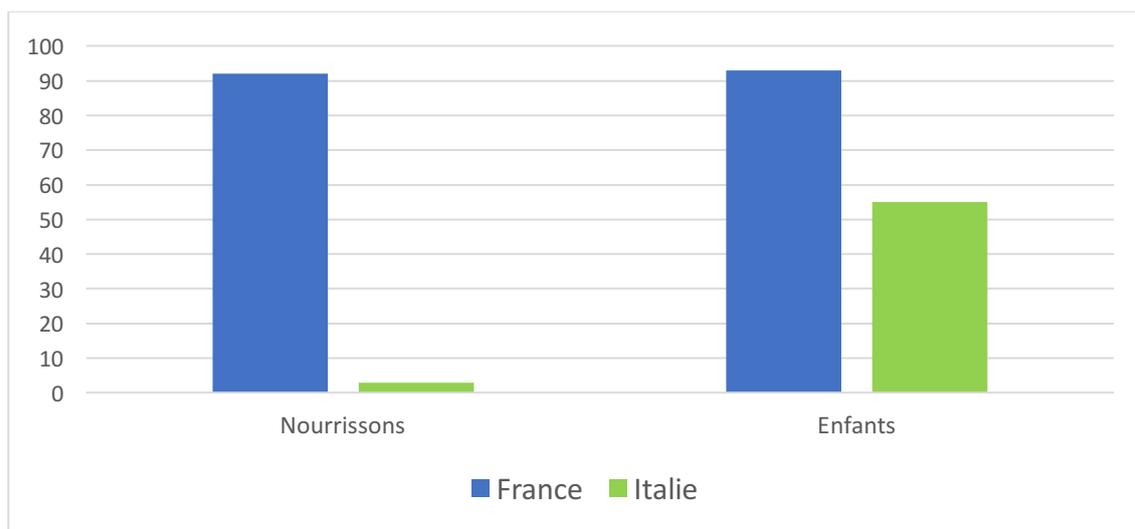
France :

92% des médecins suivaient les nourrissons et 93% les enfants.

Italie :

3% des médecins suivaient les nourrissons et 55% les enfants.

Figure 15 : Graphique représentant le suivi pédiatrique au cabinet



6. Soins et actes réalisés au cabinet

	FRANCE	ITALIE
Réalisation de points de suture	70 %	27 %
Retrait de points de suture	95 %	95 %
Salle dédiée pour la petite chirurgie	17 %	16 %
Retrait d'un corps étranger intra-oculaire	31 %	12 %
Soins d'ulcères / escarres	54 %	73 %
Incision d'un abcès / hémorroïde externe	22 %	21 %
Retrait d'un bouchon de cérumen	85 %	53 %
Réalisation d'un TDR streptocoque	72 %	6 %
Réalisation d'une aérosolthérapie	12 %	16 %
Pose d'un cathéter sus-pubien	3 %	2 %
Pose d'une voie veineuse périphérique	13 %	34 %
Réalisation d'une prise de sang	15 %	38 %
Laboratoire d'analyses sur place	1 %	6 %

Figure 16 : Tableau représentant les différents soins et actes réalisés au cabinet

DISCUSSION

Dans cette étude descriptive et comparative, l'objectif principal était de comparer le contenu d'une consultation de médecine générale entre la France et l'Italie, tant au niveau des actes effectués au cabinet, qu'au niveau des données socio-professionnelles, des modalités d'exercice et d'organisation des médecins. Le taux de réponse en Italie n'était pas aussi important qu'en France (40.66% contre 66.66%), mais en valeur absolue le nombre de sujets nécessaires restait satisfaisant pour permettre une comparaison (122 en Italie contre 100 en France).

1. Caractéristiques démographiques des médecins

La répartition des sexes entre la France et l'Italie dans cette étude est comparable, avec globalement 2/3 d'hommes et 1/3 de femmes dans chaque pays.

En France, dans une étude du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) en 2014, on note une répartition quasiment similaire, avec environ 56% d'hommes contre 44% de femmes (11). Cependant, ces données se sont modifiées ces dernières années, car en 2017, on note une inversion de la tendance avec, par exemple pour les médecins généralistes de moins de 40 ans, environ 62% de femmes contre 38% d'hommes (12). On assiste, actuellement en France, à une féminisation de la profession. C'est-à-dire que, parmi les jeunes médecins généralistes on retrouve une majorité de femmes, tandis que pour les plus anciens la majorité sont des hommes. En Italie, on constate le même effet. Les médecins les plus jeunes sont surtout des femmes, tandis que la majorité des hommes a plus de 40 ans. Chaque année, l'ENPAM (*Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza dei Medici*), organisme de retraite et d'invalidité des médecins en Italie, confirme ces données via le nombre d'inscrits au régime, par tranches d'âges et par sexe (13).

En revanche, on se rend compte qu'en Italie les médecins sont en moyenne plus âgés qu'en France. Et c'est un constat alarmant selon la FIMMG (*Federazione Italiana Medici di Medicina Generale*), qui estime que dans les cinq prochaines années, 14 908 généralistes prendront leur retraite, et priveront 14 millions de citoyens de médecin de famille (14). À proportions équivalentes, on compte plus de praticiens de médecine générale en France qu'en Italie. Les principales raisons, sont en Italie, comme en France, la limitation du nombre de postes offerts, face à l'augmentation massive du nombre de départs en retraite des médecins généralistes (15).

Ces données sur l'âge plus avancé des médecins italiens, peuvent être corrélées avec les résultats observés concernant le temps moyen d'installation des praticiens. Selon cette étude, les médecins italiens restent effectivement installés, en moyenne, depuis plus longtemps que leurs homologues français.

2. Conditions d'exercice

a. Milieu d'installation

On retrouve une plus grande proportion de médecins installés en zone urbaine, en France comme en Italie. Par contre, les médecins français s'installent plus volontiers en zone rurale que les italiens. Il peut s'agir d'un biais de sélection, car peu de données permettent de justifier ces différences ; si ce n'est qu'en Italie les médecins semblent s'installer plutôt en ville, où se concentrent richesses, commodités sociales et lieux d'éducation (16). Il semble également que les maisons de santé conventionnées en Italie, sont pour la plupart situées en milieu urbain.

b. Regroupement

En Italie, seuls 15 à 20% des médecins généralistes exerceraient en cabinet de groupe selon Y. Bourgueil (17). Dans l'étude, la majorité des médecins en Italie exercent en groupe. Il semble que depuis le début des années 2000, trois nouvelles formes de regroupement soient possibles : l'association, le réseau et le groupe, qui correspondent à trois niveaux d'intensités croissantes de l'engagement entre médecins. Ce type de réforme a été à l'origine d'un changement d'organisation des médecins concernant leur mode d'installation. La FIMMG relate par exemple, que dans la région des Pouilles (l'une des régions du Sud de l'Italie), les formes associatives dépassent désormais les 80% (18). On trouve davantage d'associations entre médecins, mais aussi avec d'autres professions paramédicales, comme les infirmières.

Toujours selon Bourgueil, La France figure parmi les pays européens où l'exercice en groupe est minoritaire (17). Une enquête de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) estime à environ 40% le taux de regroupement des médecins généralistes en 2003 (19). Cependant l'étude révèle des résultats plutôt en équilibre avec l'exercice en cabinet individuel. En effet, le regroupement semble attirer de plus en plus, notamment chez les plus jeunes médecins qui émettent une certaine réassurance à s'installer en cabinet de groupe. Parmi les autres facteurs incitant au regroupement on relève principalement la nécessité d'une meilleure coordination des soins, ainsi que la recherche de conditions et de temps de travail moins contraignants.

c. Modes d'exercices

Si en France, l'exercice en milieu hospitalier est possible pour les médecins généralistes dans des services de médecine ; à l'inverse en Italie, ils ne peuvent exercer qu'une activité de médecine ambulatoire. Ils sont alors soit libéraux en cabinet médical, soit salariés dans une structure de santé pratiquant des consultations. Certains ont également une activité mixte libérale et salariée.

d. Rythme de travail

En Italie, les médecins semblent avoir des journées de travail un peu moins longues, et consulter en moyenne moins de patients à la journée que leurs homologues français. Pour rappel, en Italie les médecins sont principalement rémunérés à la capitation. Ceci sous-entend qu'importe le nombre de consultations réalisées par jour, il n'y a pas d'impact sur leur rémunération. Les indicateurs du dernier PLFSS (Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale) estiment que le mode de rémunération détermine en partie le taux de consultations (20). Ainsi, lorsque l'activité est salariée ou forfaitaire, les médecins ont tendance à réaliser moins de consultations que leurs homologues rémunérés à l'acte. Les données de cette enquête ne semblent pas se confirmer pour l'Italie qui enregistre autant de consultations qu'en France. Néanmoins, il faut rappeler que la médecine privée en Italie prend davantage de place, dans un système de santé où l'offre de soins publique fait parfois défaut.

3. Participation à la permanence de soins

Selon cette étude, les médecins généralistes italiens sont très peu à effectuer des gardes, contrairement à leurs homologues français. Ceci s'explique plus particulièrement par le fait qu'en Italie, un service médical de garde (*servizio di continuità assistenziale*) existe. Il est géré par les ASL, qui emploient des médecins de garde pour assurer la permanence de soins (21). Sur la base du volontariat, des médecins généralistes peuvent être impliqués dans ce service médical de garde. Ils sont alors sous contrat, rémunéré selon un taux horaire défini au niveau régional. La plupart du temps ce sont des médecins de permanence de soins qui assurent ce service, rémunérés entre 30 et 50 000 euros bruts annuels, soit un niveau relativement bas par rapport aux médecins généralistes (22).

4. Pratique des médecines alternatives

L'étude montre que l'homéopathie et l'acupuncture sont les disciplines les plus pratiquées par les médecins, en France, comme en Italie, en complément de leur activité de généraliste.

En Italie, selon un rapport de l'EURISPES (*European Institute of Political, Economic and Social studies*) en 2017, l'homéopathie est le traitement le plus répandu, avec 76.1% qui en ont recours parmi les adeptes de médecines non conventionnelles. L'acupuncture intervient pour 29.6% d'entre eux (23). En parallèle, la France est qualifiée comme le pays le plus consommateur de médicaments homéopathiques. Un sondage IPSOS en 2012 estime que 56% des patients utilisent l'homéopathie pour se soigner, dont 36% de manière régulière (24). L'attrait des patients pour ces médecines alternatives vient principalement du fait qu'ils considèrent ces thérapies comme naturelles, non toxiques et dénuées d'effets secondaires. En France, elles sont actuellement très controversées.

En Italie en 2002, la FNOMCEO (*Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi et degli Odontoiatri*) a approuvé un document définissant l'homéopathie comme un « acte médical » (25), après que le Parlement Européen (résolution 75/97) et le Conseil Européen (résolution 1206/99) aient demandé à ce que les citoyens aient une plus grande liberté de choix des traitements. Les Etats membres de l'Union Européenne ont d'ailleurs été appelés « à régulariser le statut des médecines complémentaires, afin d'assurer la pleine inclusion dans les services de santé nationaux ». En 2013, un accord est signé, pour certifier la formation et la qualification des médecins italiens à exercer l'homéopathie, la phytothérapie et l'acupuncture. Les praticiens d'homéopathie et d'acupuncture sont donc des médecins ayant suivi un cursus complémentaire. Les patients se voient alors remboursés de leur consultation et de leurs médicaments, dès lors qu'ils ont été prescrits par un médecin.

En France, la prescription de médicaments homéopathiques est actuellement réservée aux docteurs en médecine, en chirurgie dentaire, en médecine vétérinaire, et aux sages-femmes. Le remboursement aux patients est encore une fois, conditionné par la prescription de ces corps de santé (articles L372 et L376 du Code de Santé Publique). Le CNOM reconnaît l'homéopathie comme une pratique médicale complémentaire et non comme une spécialité. À ce titre, il a été créé en 1998 un DU (Diplôme Universitaire) d'homéopathie, pour délivrer une compétence supplémentaire aux médecins qui s'orientent vers la prescription de ces médicaments (26).

Cependant, le Ministère de la Santé a récemment saisi la HAS (Haute Autorité de Santé) pour évaluer l'efficacité de l'homéopathie et le bien-fondé de son remboursement. Dans une récente commission de transparence, la HAS « s'étonne du maintien du taux de remboursement à 30% des médicaments homéopathiques compte tenu du taux de

remboursement à 30% voire 15% de médicaments ayant fait la preuve de leur efficacité » (27). En attendant la délibération, les enseignements d'homéopathie ont été remis en cause dans certaines facultés, notamment à Lille, où le doyen vient de suspendre le DU (28).

5. Prise en charge des enfants

En France, les médecins généralistes suivent les enfants et les nourrissons, que ce soit pour le suivi longitudinal (vaccinations, suivi de croissance, examens obligatoires, etc) ou en cas de problème de santé aigu. Lors de leur formation, ils doivent obligatoirement valider un semestre de formation pratique dans un pôle mère-enfant ou dans un service de pédiatrie. Ils sont également formés à la prise en charge des enfants lors de leur stage ambulatoire de médecine générale.

En Italie le suivi pédiatrique n'est pas réalisé par les médecins généralistes mais exclusivement par des pédiatres de ville. Comme pour le médecin de famille, les parents doivent consulter un pédiatre dit « de libre choix » pour prodiguer des soins à leurs enfants. Ces pédiatres, également conventionnés par le SSN, peuvent suivre les enfants de la naissance jusqu'à l'âge de 14 ans. En cas de maladie chronique ou de handicap, le pédiatre peut être amené à suivre un enfant jusqu'à ses 16 ans. Au-delà, le relais est automatiquement passé aux médecins généralistes. Souvent, la transition au médecin de famille est réalisée par les parents, entre 6 et 14 ans (29). Ceci explique pourquoi dans l'étude, certains médecins généralistes affirment soigner des enfants (pour 55% d'entre eux).

Il est à noter que la formation des médecins généralistes italiens n'est pas axée sur la prise en charge des nourrissons et que, par conséquent, ils ne sont pas tous habilités à leurs prodiguer des soins.

6. Prise en charge des personnes atteintes d'addiction

L'étude montre que les médecins généralistes français prescrivent davantage de traitements opiacés substitutifs que leurs confrères italiens. Pourtant, les modalités de prescriptions sont les mêmes dans les deux pays. En effet, tout médecin est habilité à en prescrire, à condition, et seulement pour certains d'entre eux, que la prescription ait été initiée par un psychiatre ou un addictologue. Un rapport a récemment été publié par l'observatoire européen des drogues et des toxicomanies, et estime qu'en France 169 750 patients poursuivent un traitement opiacé substitutif, contre seulement 62 868 en Italie (30), ce qui explique en partie le moindre pourcentage de traitements substitutifs prescrits.

Il en est de même pour le sevrage éthylique : les médecins français sont plus impliqués que les italiens dans la prise en charge des patients atteints d'une addiction à l'alcool. Encore une fois, le suivi n'est pas réservé aux seuls psychiatres ou addictologues, ni en France, ni Italie. Ici, la différence est probablement liée au fait que l'alcoolisme touche davantage la population française que la population italienne. L'OMS, selon un état des lieux datant de 2014, estime que les français consomment globalement deux fois plus d'alcool que les italiens (31).

7. TDR (Test de Diagnostic Rapide) des angines à streptocoque

Selon cette étude, les médecins italiens réalisent très peu de TDR pour le diagnostic des angines à streptocoque, contrairement à leurs confrères français, bien que la démarche diagnostique et thérapeutique recommandée dans chacun des deux pays est la même. En effet, ni en France, ni en Italie il n'est admis que l'on puisse différencier une angine virale d'une angine bactérienne cliniquement. La mise en évidence d'une pharyngite ou d'une amygdalite due à une infection au SBHA (Streptocoque Béta-Hémolytique du groupe A) repose sur la positivité d'un TDR, qui doit être réalisé lorsque le calcul du score de Mac Isaac est supérieur ou égal à deux (32).

Deux raisons peuvent expliquer cette nette différence du taux de réalisation de TDR entre les deux pays : l'incidence des infections au SBHA et l'antibiothérapie systématique. En effet, d'une part, en Italie il y aurait moins d'angines bactériennes. Selon une étude réalisée par Theresa L. Lamagni en 2008, il existe en Europe un gradient nord-sud, de haut en bas, concernant l'incidence des infections au SBHA (33). D'autre part, l'Italie fait partie des pays les plus consommateurs d'antibiotiques (34). Dans ce contexte, il est probable que les médecins généralistes italiens, face à une symptomatologie clinique bruyante, ne prennent pas la peine de réaliser de TDR, et antibiotisent leurs patients plus fréquemment.

8. Echographie en médecine générale

Seulement quelques médecins généralistes en France réalisent des échographies au cabinet, alors qu'en Italie environ un tiers des médecins déclarent en pratiquer.

En France, les principaux obstacles à la pratique de l'échographie au cabinet, selon un travail de thèse réalisé en 2016, portent sur « la difficulté à maîtriser l'échographie, le manque d'expérience de l'échographie en médecine générale, la place incertaine de l'échographie dans l'activité du médecin généraliste, les réticences liées à la sensibilité personnelle du médecin et le risque médico-légal » (35). En effet, les médecins généralistes, dans leur cursus, ne sont pas formés à l'échographie. Si certains sont capables d'en réaliser, soit ils ont eu l'opportunité d'apprendre à l'utiliser pendant leurs stages pratiques, soit ils ont suivi un module complémentaire de formation à l'échographie.

Les principaux avantages à utiliser l'échographie en médecine générale sont : une aide rapide au diagnostic et une amélioration de la prise en charge des patients. Certaines pathologies peuvent bénéficier d'un suivi rapproché comme, par exemple, l'anévrisme de l'aorte abdominale (36).

En Italie, pour répondre aux besoins en soins primaires de manière rapide et efficace, la FIMMG organise des cours nationaux pour les médecins généralistes afin de les former à l'échographie. En effet, la nouvelle convention collective nationale de 2018 a étendu les compétences des médecins de famille, pour la pratique d'examen complémentaires comme l'échographie, mais aussi la spirométrie, l'ECG etc (37). Ainsi, dans un avenir proche, il est estimé que 40% des demandes d'échographies pourront être réalisées par les médecins généralistes formés et équipés d'un échographe au cabinet (38). Ces actes sont pris en charge par le SSN (*Servizio Sanitario Nazionale*) sur la base des prix fixés au niveau régional par les ASL (*Aziende Sanitarie Locali*).

9. Limites de l'étude

L'étude étant non exhaustive mais basée sur un échantillon de médecins, il est difficile de s'affranchir d'un biais de sélection. D'autant plus que le nombre de non-répondants en Italie, est supérieur à celui des répondants. Cependant, cet échantillon a été constitué de manière aléatoire et permet de limiter ce biais.

Un biais d'information (ou de mesure) est à considérer. Il peut apparaître évident concernant les données chiffrées, en effet le questionnaire imposait de répondre de manière concise avec une moyenne (nombre de patients par jour, durée d'une consultation, etc), mais ces données sont variables pour chacun des médecins.

Enfin, il existe un probable biais de mémorisation, indépendant de la méthode, lié au fait que les médecins répondent au questionnaire à propos d'actes effectués au cours de l'année précédente (N-1).

CONCLUSION

Cette étude s'intègre dans un projet de recherche commun visant à comparer la médecine générale en France avec d'autres pays d'Europe. En 2014, le Docteur Adil CHABABE a rendu un premier état des lieux sur l'Allemagne et a montré un certain nombre de différences avec les pratiques françaises.

Les résultats de cette étude démontrent également qu'il y a des divergences dans le contenu de la consultation de médecine générale entre la France et l'Italie. Si certaines similitudes peuvent toutefois être constatées, il n'existe pas encore d'harmonisation des pratiques entre ces deux pays. Une période d'adaptation non négligeable serait alors nécessaire pour un médecin généraliste français désirant exercer en Italie.

À l'avenir, il pourrait être intéressant de confronter les résultats des différentes études, dont celles projetées sur d'autres pays européens, afin de réaliser un comparatif à plus grande échelle. Ce type d'étude pourrait être à l'origine d'une réflexion, visant à harmoniser la formation des médecins généralistes en Europe, mais aussi le contenu de la consultation de médecine générale dans les différents Etats membres.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Allen DJ, Heyrman PJ. préparé par la WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille), 2002
2. European Academy of Teachers in General Practice, The european definition of general practice / family medicine, 2011
3. Chababe A, Bayen S. Le contenu de la consultation de médecine générale en Allemagne : une étude comparative avec la France, 2014
4. Romestaing P. European Observatory of Medical Demography, 2014
5. Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles (Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE)
6. Sirelo. Le système de santé italien [Internet]
7. OCDE (2015). OECD Reviews of Health Care Quality : Italy 2014 : Raising Standards, OECD Review of Health Care Quality, Editions OCDE, Paris
8. Paris V, Devaux M. Les modes de rémunération des médecins des pays de l'OCDE, How physicians are paid in OECD countries. Trib Santé, 29 octobre 2013
9. Accesso Programmato 2018. Prove nazionali di ammissione ai corsi ad accesso programmato anno accademico 2018/2019 [Internet]
10. Viez MC. Direction des Ressources Documentaires. Les études de médecine en France, Allemagne et Italie, Décembre 2011
11. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France, 2014
12. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France, 2017
13. ENPAM. Bilancio consuntivo dell'esercizio, 2017
14. FIMMG News. Medici famiglia, in 5 anni 14 mln italiani saranno senza, 09 octobre 2018 [Internet]
15. FIMMG News. Carezza medici, Silvestro Scotti, 06 mars 2018 [Internet]
16. Cosmacini G. Storia della medicina e della sanità in Italia : Dalla peste nera ai giorni nostri, Editori Laterza, 2010
17. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives dans le contexte français, Santé Publique, 2009
18. FIMMG Bari. Più personale e forme associative per la Medicina Generale pugliese, 20 octobre 2016 [Internet]

19. Audric S. L'exercice en groupe des médecins libéraux, Etudes et résultats, DREES, 2004
20. PLFSS. Indicateurs de cadrage - Maladie, 2017
21. Segretariato Italiano Giovani Medici. Servizio di Continuità Assistenziale (Ex-Guardia Medica) [Internet]
22. Hartmann L, Ulmann P, Rochaix L. Régulation de la demande de soins non programmés en Europe, Comparaison des modes d'organisation de la permanence des soins en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède, La Documentation Française, 2006
23. EURISPES. Omeopatia : Rapporto Eurispes, 2017
24. IPSOS. L'homéopathie fait de plus en plus d'adeptes, 23 février 2012 [Internet]
25. Scuola Italiana di Medicina Omeopatica Hahnemanniana. MNC : Omeopatia «atto medico» la posizione della FNOMCeO, 26 octobre 2016 [Internet]
26. Leroy E. Pratique comparée de l'homéopathie en Europe et perspectives, 2014
27. HAS. Aesculus compose Boiron, Avis de la Commission de la Transparence, Juin 2018
28. Lancelot S. Homéopathie : Lille suspend son DU, le CNGE invite toutes les facs à faire de même, Le généraliste, 03 septembre 2018 [Internet]
29. Ministero della Salute. Assistenza di base: il Pediatra di libera scelta [Internet]
30. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. Rapport européen sur les drogues, Tendances et évolutions, 2018
31. World Health Organization. Global status report on alcohol and health, 2014
32. Chiappini E. Faringotonsillite, Dipartimento di Scienze per la Salute della Donna e del Bambino, Università di Firenze, 2012
33. Lamagni TL, Darenberg J, Luca-Harari B, Siljander T, Efstratiou A, Henriques-Normark B, et al. Epidemiology of Severe Streptococcus pyogenes Disease in Europe, Journal of Clinical Microbiology, 2008
34. ANSM. L'évolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2015, 2017
35. Salles M. Intérêt de la pratique de l'échographie en soins primaires par le médecin généraliste en France, 2016
36. Many E. Utilisation de l'échographie par les médecins généralistes en France : enquête descriptive, 2016
37. FIMMG Rinnovo ACN. ACN : sottoscritto accordo, ora prepariamoci alla convenzione del cambiamento, 29 mars 2018 [Internet]. [cité 15 sept 2018]
38. Bono F, Campanini A. The METIS project for generalist ultrasonography, J Ultrasound, 2007

TABLE DES ICONOGRAPHIES

Figure 1 : Graphique représentant la répartition des sexes.....	27
Figure 2 : Graphique représentant l'âge moyen des médecins.....	28
Figure 3 : Graphique représentant les différents milieux d'exercice.....	28
Figure 4 : Graphique représentant le nombre d'années d'installation moyen.....	29
Figure 5 : Graphiques représentant les différents modes d'exercice.....	29
Figure 6 : Graphique représentant la participation à un tour de garde.....	31
Figure 7 : Graphique représentant le temps moyen de travail par jour.....	31
Figure 8 : Graphique représentant le nombre moyen de patients consultés par jour.....	32
Figure 9 : Graphique représentant la durée moyenne d'une consultation.....	32
Figure 10 : Graphique représentant le pourcentage de médecins recevant des délégués médicaux..	33
Figure 11 : Graphique représentant les types d'examens cliniques pratiqués.....	34
Figure 12 : Graphique représentant les examens paracliniques réalisés au cabinet.....	35
Figure 13 : Graphique représentant les actes de suivi psychologique réalisés au cabinet.....	35
Figure 14 : Graphique représentant les actes de suivi de la femme réalisés au cabinet.....	36
Figure 15 : Graphique représentant le suivi pédiatrique au cabinet.....	37
Figure 16 : Tableau représentant les différents soins et actes réalisés au cabinet.....	37

ANNEXES

ANNEXE 1

Lettre explicative accompagnant le questionnaire (version italienne)



DÉPARTEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
UNIVERSITÉ DE LILLE 2

Lille, 19 marzo 2018,

Caro collega,

Il mio nome è Alexis DI IULIO, sono uno studente dell'ultimo anno di Medicina Generale a LILLE, in Francia.

Sto preparando un lavoro guidato dal Dottore Sabine BAYEN, per la mia laurea (dottorato di ricerca) che consiste nel confrontare la medicina generale in Francia e in Italia.

Lo studio prevede la raccolta di 150 questionari da altrettanti medici di medicina generale. Lei è stato estratto a sorte in un campione di 150 medici. Avrei davvero bisogno del vostro aiuto e Le sarei grato se potesse compilare rapidamente il questionario e reinviarlo per posta nella busta preaffrancata.

Altri studenti svolgono uno studio simile con altri paesi europei per comparare il metodo di lavoro dei propri colleghi. Se foste interessati, potrete disporre dei risultati dello studio.

Nel ricordarle l'importanza di un riscontro,

La ringrazio anticipamente.

Dr. Sabine BAYEN

Alexis DI IULIO

Dr. Sabine BAYEN
Maître de Conférences Associée en Médecine Générale
Faculté de Médecine H. WAREMBOURG
Université de Lille 2

Mr. Alexis DI IULIO
Interne en Médecine Générale
Faculté de Médecine H. WAREMBOURG
Université de Lille 2

Tél : +33(0)6 30 39 04 06
Mail : sabine.bayen@univ-lille2.fr

Tél : +33(0)6 77 66 75 86
Mail : alexis.di-iulio@etu.univ-lille2.fr

Lettre explicative accompagnant le questionnaire (version française)

(Chabab A, Bayen S. Le contenu d'une consultation de médecine générale en Allemagne : Une étude comparative avec la France, 2014)

██████████ Lettre explicative accompagnant le questionnaire (version française)



DEPARTEMENT
DE MEDECINE GENERALE
Adil Chababe
Roonstr. 38
50674 Köln
Tel: 0033 652516747
Email : chaby15@hotmail.fr

Thème: « La Médecine Générale en France et en Allemagne ,une comparaison»

05.04.2014

Köln , le

Bonjour , je suis un jeune médecin remplaçant dépendant de la faculté de Lille.
Je travaille actuellement sur ma thèse de doctorat dont l'objectif est de comparer le contenu d'une consultation de médecine générale française et allemande. Vous avez été tiré au sort via AMELI parmi 350 médecins en France (le même tirage au sort a eu lieu en Allemagne).

Via cette lettre , je vous demande si vous pouvez prendre le temps de répondre à mon questionnaire ci joint, j'ai pris le soin de mettre une enveloppe affranchie avec mon adresse pour faciliter le renvoi. Votre aide me sera très précieuse.

Je vous remercie d'avance d'avoir pris le temps de répondre à mon questionnaire.
Un renvoi du questionnaire dans le mois serait très aimable.

Cordialement

Adil Chababe

ANNEXE 2

Questionnaire envoyé par courrier (version italienne)



QUESTIONARIO

1 : Le capita spesso di eseguire un esame obiettivo : Generale Locoregionale

Spuntate, tra le seguenti prestazioni, quelle che avete eseguito almeno una volta nel corso del 2017 :

TEST DIAGNOSTICI IN MEDICINA GENERALE :

- 2 : Elettrocardiogramma (ECG)
- 3 : Ecocardiogramma
- 4 : Prova da sforzo
- 5 : Ecografia addominale

CONSULENZA PSICOLOGICA :

- 6 : Disintossicazione e recupero da alcolismo in regime ambulatoriale
- 7 : Rinnovo della prescrizione di una terapia sostitutiva in caso di dipendenza agli oppiacei
- 8 : Introduzione di un trattamento antidepressivo

MONITORAGGIO DELLA DONNA :

- 9 : Prescrizione di contraccettivi orali
- 10 : PAP - test
- 11 : Posizionamento di un dispositivo intrauterino
- 12 : Posizionamento e rimozione di impianto contraccettivo sottocutaneo
- 13 : Follow-up dei primi sei mesi di una gravidanza non complicata

MONITORRAGGIO DEI PAZIENTI PEDIATRICI:

- 14 : Monitoraggio del neonato e prima infanzia (0-2 anni)
- 15 : Monitoraggio del bambino / adolescente (>2-16 anni)

PRESTAZIONI TECNICHE ESEGUITE IN AMBULATORIO :

- 16 : Si dispone di una sala dedicata ai piccoli interventi
- 17 : Rimozione di punti di sutura
- 18 : Sutura in regime ambulatoriale
- 19 : Rimozione di un corpo estraneo oculare
- 20 : Cura delle ulcere / piaghe da decubito

- 21 : Incisione di un ascesso / di una trombosi emorroidaria esterna
- 22 : Rimozione di un tappo di cerume
- 23 : Test rapido per Streptococco
- 24 : Cateterizzazione sovrapubica
- 25 : Aerosolterapia
- 26 : Posizionamento di un accesso venoso periferico
- 27 : Prelievo ematico
- 28 : Laboratorio in loco per analisi di prelievi ematici

CONDIZIONI DI LAVORO :

- 29 : Età anni
- 30 : Sesso : uomo donna
- 31 : Si lavora in ambiente : rurale semi-rurale urbano
- 32 : Ambulatorio aperto da anni
- 33 : Modalità di lavoro :
libera professione libera professione + stipendiato libera professione + ospedaliero
stipendiato
- 34 : Esercita la professione : singolarmente studio associato
- 35 : Seguiti corsi di formazione supplementare :
medicina dello sport omeopatia agopuntura Altri (specificare) :
Percentuale di tutte le prestazioni : %
- 36 : Effettua turni di guardia : si no
- 37 : Lavora in media ore al giorno
- 38 : Riceve in media pazienti al giorno
- 39 : La Vostra visita dura minuti
- 40 : Si ricevono rappresentanti di industrie farmaceutiche : si no
- 41 : Si dispone di un segretario / una segretaria (un assistente medico) : si no

Regione :

Desidero ricevere i risultati dello studio : si no
In caso affermativo, la vostra e-mail :

.....

Si prega di inviare il questionario tramite posta, utilizzando la busta preaffrancata a :

Alexis DI IULIO
301, rue du faubourg d'Arras
Bâtiment B - Appartement 02
59 155 FACHES-THUMESNIL
FRANCE

Si ringrazia per la partecipazione.

Questionnaire envoyé par courrier (version française)

(Chabab A, Bayen S. Le contenu d'une consultation de médecine générale en Allemagne : Une étude comparative avec la France, 2014)

Questionnaire envoyé par courrier (version française)

Question 1(Q1):Faites vous le plus souvent un examen général ou un examen loco-régional ?

AU cours de l'année 2013, cochez les actes que vous avez réalisé au moins une fois :

- Q2 ECG
- Q3 Echographie cardiaque
- Q4 Epreuve d'effort

- Q5 Pose de cathéter sus-pubien(Cystocath® ...)

- Q6 Organisation d'un sevrage d'alcool en ambulatoire

- Q7 Renouvellement d'une ordonnance de traitement de substitution des opiacés

- Q8 Prescription d'une contraception orale
- Q9 Frottis cervico -vaginaux de dépistage
- Q10 Pose de stérilet
- Q11 Retrait d'implant contraceptif sous-cutané

- Q12 Suivi des 6 premiers mois de la grossesse normale
- Q13 Suivi du nourrisson
- Q14 Suivi de l'enfant

- Q15 Prescription initiale d'un traitement par antidépresseur

- Q16 Retrait des fils de suture
- Q17 Sutures au cabinet
- Q18 Incision de thrombose hémorroïdaire externe
- Q19 Ablation d'un corps étranger oculaire
- Q20 Avez-vous une salle consacrée à la petite chirurgie?

- Q21 Soins d'ulcères et d'escarres au cabinet

- Q22 Echographie abdominale au cabinet

- Q23 Test de dépistage rapide du streptocoque A

- Q24 Ablation de bouchon de cérumen

- Q25 Aérosols au cabinet

- Q26 Pose d'une voie veineuse périphérique au cabinet
- Q27 Prises de sang au cabinet
- Q28 Disposez-vous des moyens techniques pour analyser les prises de sang ?

CADRE d'EXERCICE:

Q29 Age ____ ans

Q30 Sexe: Homme Femme

Q31 Milieu d'exercice:

rural

semi rural

urbain

Q32 Depuis combien de temps êtes vous installé en Médecine Générale ?... ans

Q33 Quelle est votre mode d'exercice ?

libéral exclusif

libéral+salarié

libéral+hospitalier

salarié exclusif

Q34 Exercez-vous seul ou en groupe ?

Q35 Avez-vous un mode d'exercice particulier ?

Non

médecine du sport

homéopathie

acupuncture

si autres à préciser: _____

Quelle pourcentage représente cette activité par rapport à votre activité totale(par rapport à vos actes) _____ %

Q36 Participez-vous à un tour de garde ? Oui Non

Q37 Combien d'heures par jour travaillez vous en moyenne ? ____ h

Q38 Combien de patients recevez vous par jour en moyenne ? _____ patients

Q39 Quelle est la durée d'une consultation en moyenne? ____ min

Q40 Recevez-vous des visiteurs médicaux? Oui Non

Oui, je veux une copie des conclusions de votre travail.Mon adresse

mail: _____

Non , je ne veux pas de copie des résultats.

AUTEUR : Nom : DI IULIO

Prénom : Alexis

Date de Soutenance : 03 Octobre 2018

Titre de la Thèse : Le contenu d'une consultation de médecine générale en Italie : Une étude comparative avec la France

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : DES – Médecine Générale

Mots-clés : Europe, Italie, France, Médecine Générale, Consultation, Médecins Généralistes, Comparaison, Actes Médicaux

Résumé :

Contexte : L'harmonisation de l'exercice de la médecine générale en Europe garantirait la mobilité des médecins généralistes d'un pays à l'autre. La France et l'Italie sont deux pays voisins ayant des systèmes de santé similaires. Dans ce contexte, il est intéressant de comparer leur contenu de la consultation de médecine générale, afin d'identifier d'éventuelles différences de pratique, susceptibles de limiter la mobilité professionnelle des médecins généralistes.

Objectif : Comparer le contenu d'une consultation de médecine générale en France et en Italie au niveau des actes et du suivi du patient au cabinet.

Méthode : Une étude descriptive et comparative a été réalisée. Un total de 300 questionnaires a été envoyé par courrier à des médecins généralistes italiens les 22 Mars et 27 Avril 2018. Pour la France, les données et le questionnaire d'une étude pilote réalisée en 2014, comparant la France à l'Allemagne, ont été réutilisés : 150 questionnaires avaient été envoyés par courrier à des médecins généralistes français du 05 Avril au 05 Juin 2014.

Résultats : Le taux de réponse était de 66.66% en France et de 40.66% en Italie. Les hommes étaient majoritaires en France (72%), comme en Italie (69%). L'âge moyen des médecins était de 52,32 ans en France et de 60,91 ans en Italie. Les médecins italiens étaient en moyenne installés depuis plus longtemps (26,90 ans) que les français (21,48 ans). La majorité des médecins français et italiens exerçait en milieu urbain. L'exercice en groupe était majoritaire en France (53%), comme en Italie (64%). La moyenne du temps de travail par jour était de 9,91 heures en France et de 8,14 heures en Italie. La majorité des médecins français réalisait des gardes (69%), contrairement aux italiens (9%). En Italie, 48% des médecins pratiquaient un exercice particulier, contre 28% en France. Les médecins français suivaient plus d'enfants et réalisaient plus de soins addictologiques, qu'en Italie. En France, 72% des médecins réalisaient un test de diagnostic rapide du streptocoque pour l'angine, contre 6% en Italie. Les médecins italiens pratiquaient plus l'échographie (27 à 39%) que les français (0 à 2%).

Conclusion : Ce travail permet de constater les différences, mais également les similitudes, qui existent entre la France et l'Italie en consultation de médecine générale. Les résultats de cette étude, confrontés à ceux d'autres pays européens, peuvent déboucher sur une réflexion visant à harmoniser l'exercice de la médecine générale en Europe.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Eric HACHULLA

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Valéry HEDOUIN

Monsieur le Docteur Jean-Jacques CRIGNON

Monsieur le Docteur David WYTS

Directeur de thèse : Madame le Docteur Sabine BAYEN