



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Une déclaration administrative de médecin traitant n'est pas synonyme
d'un suivi par un médecin généraliste : étude descriptive et analytique
dans 4 EHPAD de Boulogne-sur-mer en 2023**

Présentée et soutenue publiquement le 28 juin 2023 à 14 heures
Au Pôle Formation

Par Adrien CANGARDEL

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Emmanuel CHAZARD

Assesseurs :

Madame le Professeur Sophie GAUTIER

Monsieur le Docteur Thavarak OUK

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Michaël ROCHOY

AVERTISSEMENT

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

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ALD	Affection Longue Durée
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
MAS	Maison Accueil Spécialisée

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	1
Introduction	2
1. Patients en affection longue durée (ALD)	2
2. Patients sans médecin traitant déclaré	2
3. Patients en ALD sans médecin traitant déclaré	3
4. Limites du projet "Cap Santé 2023" : un médecin traitant pour chaque patient en ALD	4
Matériels et méthodes	6
Résultats	8
Description de la population	8
Suivi par les médecins généralistes : réel ou administratif	10
Discussion	13
Résultats principaux	13
Comparaison à la littérature	14
Forces et limites	15
Perspectives	17
Conclusion	19
Références bibliographiques	21

RÉSUMÉ

Introduction : Le Cap Santé 2023 vise à ce que chaque personne en affection longue durée puisse signer une déclaration médecin traitant. Or, en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), de nombreux résidents en ALD ont bien une déclaration administrative mais ne sont plus suivis par leur médecin traitant (notamment après un départ en retraite, si l'EHPAD est éloignée ou si le médecin choisit de ne pas y intervenir). Notre objectif était de déterminer le taux de résidents d'EHPAD ayant un suivi par un médecin traitant avec ou sans déclaration administrative, et le taux de résidents n'ayant pas de suivi par un médecin traitant avec ou sans déclaration administrative.

Matériel et méthode : En mai 2023, nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive auprès des 215 résidents des 4 EHPAD rattachés au centre hospitalier de Boulogne-sur-mer. Le suivi par un médecin traitant était déterminé par les équipes infirmières. Les troubles neurocognitifs ont été déterminés dans le dossier médical.

Résultats : Nous avons recensé 154 femmes (71,6 %), 61 hommes (28,4 %), de $82,0 \pm 10,3$ ans, dont 64 % étaient atteints de troubles neurocognitifs. Parmi les 215 résidents, 130 (60 %) avaient un suivi par un médecin traitant — 121 déclaré administrativement (56 %) et 9 non déclaré (4 %). Il y avait 85 résidents (40 %) sans suivi par un médecin traitant — 70 ayant pourtant un médecin déclaré administrativement (33 %) et 15 non déclaré (7 %). Au total, sur 72 médecins généralistes déclarés, 30 assuraient un suivi (dont 3 exerçant entre 10 et 16 km).

Conclusion : Notre travail exploratoire sur 4 des 11 000 établissements d'hébergement du pays mériterait d'être conduit de façon coordonnée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Les EHPAD rattachés à un centre hospitalier étaient ceux où l'absence de suivi était la plus élevée. Outre l'identification de ce problème, augmenter le temps médical disponible reste un préalable indispensable pour améliorer l'accès aux soins, y compris en EHPAD.

INTRODUCTION

1. Patients en affection longue durée (ALD)

En France, les personnes souffrant d'une maladie dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé et particulièrement coûteux peuvent bénéficier d'une reconnaissance en affection longue durée (ALD). Cette reconnaissance doit être demandée par l'envoi d'un protocole de soins auprès de la caisse de rattachement du patient. La démarche doit être effectuée par son médecin traitant (1,2), par voie électronique (télédéclaration) ou par voie postale — certaines caisses ne permettant pas encore la dématérialisation du protocole de soins.

La liste et les critères médicaux utilisés pour la définition des ALD a été actualisée en janvier 2011, et les durées d'exonération ont été allongées pour certaines en avril 2017 (3,4). Cette reconnaissance en ALD permet un remboursement des soins et traitements en lien avec la maladie concernée à 100 % par l'Assurance Maladie — dans la limite du plafond de remboursement, et sans compter le reste à charge incluant les dépassements d'honoraires et la participation forfaitaire (1€ par consultation, 0,50€ par boîte de médicament, 2€ par transport médicalisé, 20€ par jour d'hospitalisation — limité à 50€ par an et par franchise) (1).

Actuellement, la prévalence des patients en ALD augmente, principalement du fait du vieillissement de la population et de l'amélioration de la survie des personnes atteintes de maladies chroniques : ainsi, en 2018, il y avait environ 11,11 millions de patients en ALD ; en 2022, ils étaient 13 millions (5).

2. Patients sans médecin traitant déclaré

En France, chaque assuré de plus de 16 ans doit avoir son propre médecin traitant (qui aura accepté ce rôle), choisi librement et individuellement, parmi les médecins généralistes ou d'autre spécialité, conventionné secteur 1 ou 2, sans

contrainte géographique (2). Il est également possible depuis 2017 de déclarer un médecin traitant pour les mineurs de moins de 16 ans, sans limite inférieure d'âge.

La déclaration médecin traitant pour les personnes de plus de 16 ans leur permet notamment un meilleur remboursement des soins à 70 % du tarif fixé par l'Assurance Maladie contre 30 % s'ils consultent hors du parcours de soins coordonné (6).

En France, environ 6,7 millions de personnes n'ont pas de médecin traitant, dont 1 million ont plus de 60 ans (1). L'Assurance Maladie a estimé qu'en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), le nombre de patients en ALD sans médecin traitant était de 8,5 % (parmi 730 000 résidents (2)) soit environ 62 000 patients (7).

De façon attendue, l'Assurance maladie a également annoncé que les patients avec médecin traitant voient davantage un médecin traitant que ceux n'en ayant pas (respectivement 4,2 contre 2 actes cliniques par an) (1).

3. Patients en ALD sans médecin traitant déclaré

En France, le nombre de personnes atteints d'une affection de longue durée (ALD) sans médecin traitant déclaré est passé de 510 000 fin 2018 à 600 000 en juin 2021 et 714 000 fin 2022 ; selon les estimations de l'Assurance Maladie en mars 2023, il pourrait atteindre 800 000 fin 2023 (1,8).

Cette augmentation est attendue compte tenu de la diminution du nombre de médecins généralistes en exercice (9–11) et du vieillissement de la population, avec augmentation du nombre d'ALD (5).

Les médecins généralistes en exercice poursuivent néanmoins leurs efforts : en 2018, il y avait environ 178 patients en ALD par médecin généraliste (11,11 millions de patients en ALD, soit 10,6 millions suivis pour 59 500 médecins généralistes libéraux), contre 215 en 2022 (13 millions de patients en ALD, soit 12,3 millions suivis par 57 000 médecins généralistes) (5,11).

4. Limites du projet “Cap Santé 2023” : un médecin traitant pour chaque patient en ALD

Un des grands projets pour la santé (que nous nommerons plus bas “Cap Santé 2023”) est de trouver un médecin traitant pour ces 714 000 adultes en ALD n’en ayant pas déclaré auprès de l’Assurance Maladie. Ce projet a notamment été relayé par le Président Emmanuel Macron lors de ses vœux aux soignants le 6 janvier 2023 et son adresse aux Français en avril 2023 (12,13), mais également par le ministre de la Santé François Braun et le directeur général de la Caisse Nationale d’Assurance Maladie (12).

Néanmoins, si le fond est évidemment louable, la forme peut être critiquée sur plusieurs points (14,15).

Primo, la recherche d’un médecin traitant pour chaque patient en ALD va réclamer un travail administratif de la part des soignants réunis dans les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, à un moment où l’accès aux soins est de plus en plus complexe. Ce temps consacré à identifier des patients en ALD par les médecins ne sera pas consacré à les soigner.

Deuxio, une grande partie du problème est purement administratif. Ainsi, l’Assurance Maladie a pu estimer que 183 000 adultes en ALD (25 %) avaient consulté au moins 3 fois le même médecin traitant dans l’année, et étaient donc suivis dans les faits. Nous pouvons y ajouter le naturel turn-over lors des départs en retraite de quelque 700 à 1 000 médecins généralistes chaque année (soit 150 000 à 200 000 patients en ALD environ), le suivi par d’autres spécialistes non déclarés (néphrologues ou gériatres notamment pour les 50 000 patients dialysés ou les 32 000 patients en unité de long séjour, etc.) (1,16).

Tertio, cette quête administrative masque notamment deux problèmes : d’une part la sous-déclaration des ALD (qui ne peut être faite que par un médecin traitant), et le non-suivi médical de patients ayant pourtant un médecin traitant déclaré administrativement. Ce dernier point se vérifie empiriquement dans certains EHPAD où certains patients suivis antérieurement par un médecin généraliste ne le sont plus par refus du médecin (notamment en cas d’EHPAD hors secteur ou pour convenance personnelle du médecin). Administrativement, ce médecin reste néanmoins déclaré

en tant que médecin traitant, et bénéficie du forfait patientèle médecin traitant ; pour l'Assurance Maladie, il n'y a pas de problème, mais pour le patient, il y en a un...

En pratique, en EHPAD, nous pouvons être confrontés à 4 types de situation (**Tableau 1**).

Tableau 1. Situations classiquement rencontrées en EHPAD

		Médecin traitant "réalité" (suivi du résident en EHPAD)	
		Oui	Non
Médecin traitant "administratif" (déclaré auprès de l'Assurance Maladie)	Oui	Situation idéale	Situation occultée par le "Cap santé 2023"
	Non	Projet "Cap Santé 2023" : régulariser la situation administrative	Projet "Cap Santé 2023" : trouver un médecin traitant pour ces patients

A notre connaissance aucune étude n'a chiffré le problème que nous soulevons ici des patients n'ayant plus de suivi médical par un généraliste mais ayant encore une déclaration de médecin traitant active.

Nous avons donc interrogé les EHPAD du Boulonnais (Pas-de-Calais). Selon les équipes infirmières interrogées, en juin 2023, un suivi par un médecin traitant était assuré pour 84 des 86 résidents à l'EHPAD Guynemer (Wimereux), pour 26 des 28 résidents à l'EHPAD Hauts-de-France (Boulogne-sur-mer), pour 31 des 32 résidents de la résidence Jardins d'Arcadie (Saint-Martin-Boulogne), pour 48 des 61 résidents de l'EHPAD Belle-Fontaine (Neufchâtel-Hardelot). Les autres EHPAD assuraient un suivi de la totalité de leurs résidents : 60 à l'EHPAD Les Mouettes (Outreau), 74 à l'EHPAD Saint-Augustin (Boulogne-sur-mer), 75 (dont 28 en unité Alzheimer) à l'EHPAD Georges Honoré (Saint-Léonard), 104 à l'EHPAD Gaston Houzel (Boulogne-sur-mer). Le nombre n'était pas déterminé parmi les 4 EHPAD rattachés au centre hospitalier de Boulogne-sur-mer, répartis sur 2 sites.

Notre objectif était donc de déterminer le taux de résidents d'EHPAD ayant un suivi par un médecin traitant, avec ou sans déclaration administrative ; et le taux de résidents non suivis par un médecin traitant, avec ou sans déclaration administrative, dans ces 4 EHPAD rattachés au centre hospitalier de Boulogne-sur-mer.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive auprès de l'ensemble des résidents des 4 EHPAD de Boulogne-sur-mer rattachés au centre hospitalier de Boulogne-sur-mer : L'Océane, La Corvette, La Caravelle, La Frégate (incluant l'Unité d'Hébergement Renforcée ou UHR). Les 4 EHPAD avaient une capacité d'accueil similaire d'une cinquantaine de places chacun.

Tous les résidents ont été inclus dans l'étude : il n'y a pas eu d'entrée ou de sortie de résident pendant le recueil de données qui a eu lieu du 10 au 15 mai 2023.

Pour chaque résident, nous avons recueilli les variables suivantes dans les dossiers informatiques :

- Sexe ;
- Âge ;
- Date depuis l'arrivée dans l'EHPAD de résidence actuelle (en mois) ;
- Présence de troubles cognitifs ou non (selon l'EHPAD, en se basant sur le résultat du dernier Mini-Mental State (MMS) si besoin) ;
- Provenance du résident (domicile, hospitalisation, ou autre hébergement long séjour).

Nous avons ensuite déterminé le médecin généraliste assurant le suivi (selon le personnel de l'EHPAD) et le médecin généraliste déclaré administrativement (selon la CPAM).

Le médecin généraliste assurant le suivi est celui qui s'occupe à la fois des soins chroniques (dont réévaluation et renouvellement de traitements), de la coordination des soins et celui à prévenir pour les problèmes médicaux aigus. Dans chaque EHPAD, nous avons récupéré cette information en interrogeant le Dr Hervé Wiart, médecin coordinateur et l'équipe infirmière (en pratique, il s'agissait souvent d'une feuille affichée dans l'office et/ou de nom noté sur la première page du dossier

papier). La liste a été mise à jour par l'infirmier(e) présent(e) le jour du recueil de données.

Pour chaque résident, nous avons ensuite identifié le médecin traitant déclaré à la CPAM en utilisant le téléservice INS intégré sur le logiciel médical MediStory (Prokov).

Pour mieux comprendre les déplacements ou non des médecins traitant lorsqu'une déclaration administrative était présente, nous avons calculé la distance kilométrique entre le lieu d'exercice et l'EHPAD. Pour chaque ville ayant au moins un médecin généraliste déclaré (assurant ou non le suivi), nous avons dénombré le nombre de médecins généralistes en exercice, selon l'annuaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins au 16 juin 2023.

Les analyses statistiques ont été réalisées sur Excel (Microsoft). Nous avons notamment complété un tableau de contingence tel que présenté en introduction (**Tableau 1**). Les variables quantitatives sont présentées en moyenne \pm écart-type. Les moyennes ont été comparées avec un test t de Student avec un seuil à 0,05, les variables qualitatives avec un test exact de Fisher sur R 4.3.0.

RÉSULTATS

Description de la population

Nous avons recensé 215 résidents dans les 4 EHPAD rattachés au centre hospitalier de Boulogne-sur-mer : 154 femmes (71,6 %), 61 hommes (28,4 %). Les hommes sont néanmoins majoritaires chez les moins de 70 ans (22 hommes versus 14 femmes). Les résidents avaient $82,0 \pm 10,3$ ans (minimum : 61 ans ; maximum : 100 ans). Les 154 femmes étaient plus âgées (84 ans $\pm 9,5$ ans) que les 61 hommes ($76 \pm 10,0$ ans), sans différence statistiquement significative ($p = 0,45$). La pyramide des âges est présentée en **Figure 1**.

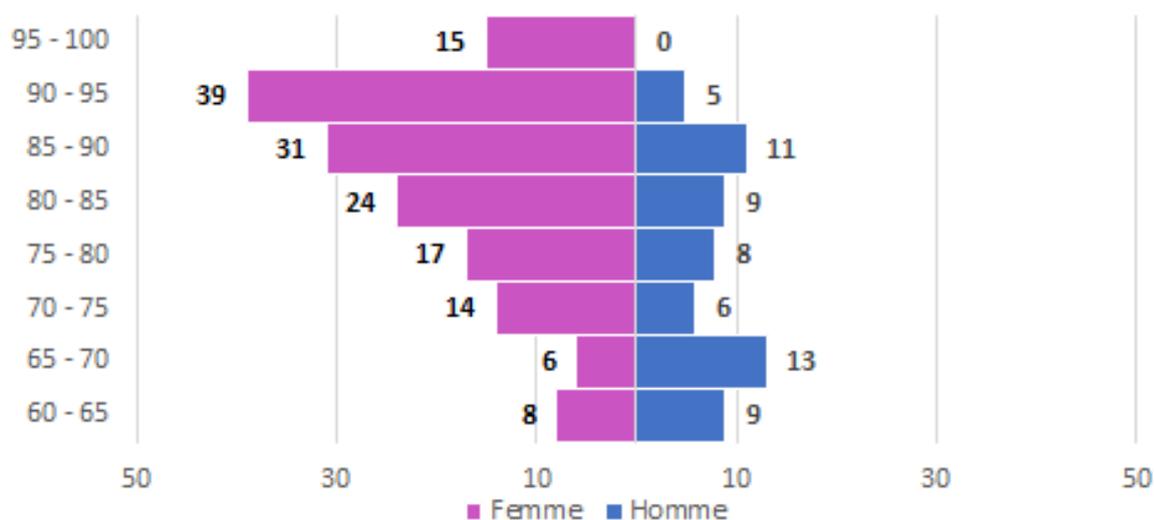


Figure 1 : Pyramides des âges des 215 résidents des 4 EHPAD rattachés au centre hospitalier de Boulogne-sur-mer (âge en ordonnées, nombre en abscisse)

Parmi les 215 résidents, 137 étaient atteints de troubles neurocognitifs (63,7 %) inégalement répartis, de 20 sur 51 à l'Océane (39,2 %) à 54 sur 56 résidents à La Frégate (incluant l'UHR) (96 %). Les patients venaient principalement d'une hospitalisation (45,1 %) puis du domicile (37,7 %) et enfin d'un autre établissement (17,2 %) (**Tableau 2**).

Tableau 2 : Caractéristiques des résidents et médecins généralistes assurant le suivi dans les différents EHPAD

	L'Océane	Caravelle	Corvette	Frégate	UHR
Nombre de résidents	51	52	56	42	14
Sexe					
Femme (N = 154)	35	41	39	31	8
Homme (N = 61)	16	11	17	11	6
Nombre de résidents atteints de troubles neurocognitifs (%)	20 (39 %)	32 (62 %)	31 (55 %)	40 (95 %)	14 (100 %)
Moyenne d'âge ± écart-type (ans)	78,1 ± 10,9	84,3 ± 10,5	82,2 ± 11,6	84,2 ± 7,4	80,9 ± 6,9
Temps moyen depuis l'entrée dans l'EHPAD ± écart-type (mois)	58,6 ± 52,1	57,1 ± 62,5	49,7 ± 54,9	32,2 ± 39,9	16,4 ± 12,5
Avant l'entrée					
Domicile (N = 81)	18 (35 %)	18 (35 %)	25 (45 %)	12 (29 %)	8 (57 %)
Hospitalisation (N = 97)	15 (29 %)	29 (56 %)	26 (46 %)	22 (52 %)	5 (36 %)
Autre établissement (N = 37)	18 (35 %)	5 (10 %)	5 (9 %)	8 (19 %)	1 (7 %)
Résidents sans médecin traitant "administratif" (N = 24)	6 (12 %)	7 (14 %)	8 (14 %)	3 (7 %)	0 (0 %)
Résidents sans médecin traitant assurant un suivi réel (N = 85)	16 (31 %)	22 (42 %)	13 (23 %)	28 (67 %)	6 (43 %)
Nombre de médecins ayant au moins un résident	17	17	17	9	6
Nombre moyen de résidents par médecin ± écart-type	2,1 ± 0,5	1,8 ± 1,9	2,5 ± 6,2	1,6 ± 0,7	1,3 ± 0,4

Suivi par les médecins généralistes : réel ou administratif

Selon les données recueillies dans les EHPAD, 30 médecins généralistes intervenaient auprès des résidents, avec un suivi de 1 à 26 résidents ($4,2 \pm 5,0$ patients par médecin). Parmi eux, 2 médecins généralistes libéraux (non coordinateurs d'EHPAD) s'occupaient de 16 et 26 résidents (19,5 %).

Selon les données de la CPAM, 73 médecins généralistes étaient déclarés médecin traitant des 215 résidents, soit un suivi de 1 à 27 résidents ($2,6 \pm 3,5$ patients par médecin).

Parmi les 215 résidents, 24 n'avaient pas de médecin traitant déclaré à la CPAM (11,2 %), mais 85 n'avaient pas de suivi par un médecin traitant réel (39,5 %). Ainsi, 70 résidents sur 215 (33 %) étaient considérés à tort par l'Assurance Maladie comme bénéficiant d'un suivi par un médecin généraliste (**Tableau 3**).

Tableau 3 : Tableau de contingence : suivi réel et/ou administratif

		Médecin traitant réel (présent à l'EHPAD)		
		oui	non	Total
Médecin traitant déclaré auprès de la CPAM	oui	121	70	191
	non	9	15	24
	Total	130	85	215

Nous avons détaillé les caractéristiques des 4 catégories de résidents en fonction de leur suivi réel et leur déclaration administrative : parmi les 70 résidents ayant une déclaration de médecin traitant mais pas de suivi réel, 51 étaient des femmes (73 %), et 49 étaient atteints de troubles neurocognitifs (70 %) (**Tableau 4**). Dans les 4 groupes, il n'y avait pas de différence statistiquement significative de sexe ($p = 0,31$) ou de taux de troubles cognitifs ($p = 0,32$).

Tableau 4 : Caractéristiques des résidents des 4 EHPAD rattachés au centre hospitalier de Boulogne-sur-mer selon leur suivi par un médecin traitant et/ou la déclaration administrative d'un médecin traitant

	MT EHPAD présent + CPAM déclaré	MT EHPAD présent + CPAM non déclaré	MT EHPAD absent + CPAM déclaré	MT EHPAD absent + CPAM non déclaré
Nombre de résidents	121 (57 %)	9 (4 %)	70 (32 %)	15 (7 %)
Sexe				
Femme (N = 154)	87 (72 %)	4 (44 %)	51 (73 %)	12 (80 %)
Homme (N = 61)	34 (28 %)	5 (56 %)	19 (27 %)	3 (20 %)
Nombre de résidents atteints de troubles neurocognitifs (%)	76 (63 %)	5 (56 %)	49 (70 %)	7 (47 %)
Moyenne d'âge ± écart-type (ans)	82,5 ± 10,8	82,7 ± 12,7	81,3 ± 9,8	81,6 ± 8,6
Temps moyen depuis l'entrée dans l'EHPAD ± écart-type (mois)	40,9 ± 37,9	43,4 ± 28,9	47,4 ± 56,7	111,0 ± 98,2

Nous avons analysé les caractéristiques géographiques des 72 médecins généralistes étant déclaré administrativement médecin traitant d'au moins un des résidents, dont 30 (41,6 %) en suivaient réellement au moins un.

Parmi les 72 médecins, la commune d'exercice a pu être identifiée pour 60 d'entre eux, venant de 20 communes différentes, d'une rue proche à Boulogne-sur-mer (0 km) jusqu'à Audresselles (16 km). Au total, la distance moyenne entre le lieu d'exercice et l'EHPAD était de $4,0 \pm 3,7$ km pour les médecins déclarés et assurant un suivi, versus $10,6 \pm 12,8$ km pour les médecins déclarés n'assurant plus le suivi. Néanmoins, la distance n'était pas le seul facteur explicatif : ainsi, sur 23 médecins généralistes à Boulogne-sur-mer étant déclaré d'au moins un résident dans les EHPAD, 11 assuraient un suivi (**Tableau 5**).

Tableau 5 : Médecins généralistes déclarés assurant le suivi en EHPAD ou non

Ville	Total médecins		Médecins déclarés qui viennent à l'EHPAD		Médecins déclarés qui ne viennent pas à l'EHPAD	
	Nombre MG dans ville	Distance moyenne (km)	Nombre MG déclarés	Distance moyenne (km)	Nombre MG déclarés	Distance moyenne (km)
Audresselles	1	16,0	1	16,0	0	-
Berck-sur-mer	3	51,0	0	-	1	51,0
Boulogne-s/mer	46*	1,5	11	1,6	12	1,3
Calais	58*	34,0	0	-	1	34,0
Condette	4	12,0	1	12,0	1	12,0
Conteville-lès-Boulogne	1	10,0	0	-	1	10,0
Equihen-plage	2	8,9	0	-	1	8,9
Groffliers	5	50,0	0	-	1	50,0
Le Portel	9	4,7	2	4,7	1	4,7
Marquise	7	13,0	0	-	1	13,0
Neufchâtel-Hardelot	7	19,0	0	-	1	19,0
Outreau	17	5,0	5	5,3	2	4,5
Saint-Etienne-au-Mont	6	8,6	1	9,8	1	7,4
Saint-Inglevert	3	20,0	0	-	1	20,0
Saint-Léonard	4	8,4	0	-	2	8,4
Saint-Martin-Boulogne	13	1,9	3	2,0	1	1,4
Samer	7	17,0	0	-	2	17,0
Touquet-Paris-Plage	15	40,0	0	-	1	40,0
Wimereux	11	7,2	1	6,4	2	7,6
Wimille	4	3,4	1	1,3	2	4,5

*Respectivement 92 et 97 pour Boulogne-sur-mer et Calais dans l'annuaire de l'Ordre des Médecins, incluant les médecins généralistes travaillant en hôpital, PMI, assurance maladie, etc.

DISCUSSION

Résultats principaux

Dans notre étude réalisée dans les 4 EHPAD rattachés au centre hospitalier de Boulogne-sur-mer, 130 résidents (60 %) avaient un suivi par un médecin traitant — 121 déclaré administrativement (56 %) et 9 non déclaré (4 %). Il y avait 85 résidents (40 %) sans suivi par un médecin traitant — 70 ayant pourtant un médecin déclaré administrativement (33 %) et 15 non déclaré (7 %). Ces données illustrent une difficulté d'accès aux soins dans les EHPAD rattachés au centre hospitalier et ce problème d'une part "caché" de patients sans suivi par un médecin traitant, qui va échapper au projet "Cap Santé 2023". Le suivi était assuré par 30 médecins (42 supplémentaires étaient déclarés administrativement sans assurer de suivi) exerçant à 10, 12 et 16 km pour 3 d'entre eux et moins de 10 km pour les autres. Deux médecins (Le Portel, Wimille) assuraient le suivi de 42 résidents (19,5 %) ; cela illustre d'une part la possibilité d'améliorer l'accès aux soins en EHPAD sur la volonté d'un faible nombre de médecins, mais d'autre part la fragilité de cet accès aux soins (notamment lors du prochain départ en retraite d'un de ces deux praticiens). D'après notre enquête téléphonique réalisée en juin 2023, le nombre de résidents accueillis dans les 8 autres EHPAD du Boulonnais était de 518, dont 18 sans suivi par un médecin traitant (3,5 %). Le taux de déclaration de médecin traitant dans ces EHPAD n'a pas été déterminé dans cette étude. Ainsi dans le Boulonnais, 733 résidents sont accueillis en EHPAD dont 103 non suivis par un médecin traitant (14 %).

En mars 2023, la CNAM a estimé que 8,5 % des patients en EHPAD n'ont pas de déclaration médecin traitant (1) ; ils sont 24 (11,2 %) dans notre échantillon, où en réalité 85 (39,5 %) n'avaient pas de suivi par un médecin traitant. En 2015, il y avait environ 730 000 résidents accueillis dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées (dont 33 000 en unités de long séjour environ, où un suivi par un médecin généraliste externe à la structure n'est pas possible) (16).

Comparaison à la littérature

Dans notre étude, l'âge moyen était de $82,0 \pm 10,3$ ans, avec 0 % avant 61 ans, 26 % ayant entre 61 et 75 ans, 47 % ayant entre 75 et 90 ans et 27 % ayant 90 ans ou plus. En France, 2 % des résidents en EHPAD ont moins de 60 ans (dérogation par la maison départementale des personnes handicapées), 10 % ont entre 60 et 74 ans, 48 % ont entre 75 et 89 ans, 40 % ont 90 ans ou plus (17). Les résidents sont de plus en plus âgés : en 2019, l'âge médian était de 88 ans, contre 87 ans et 5 mois fin 2015 et 86 ans et 5 mois fin 2011 (17). La population de notre étude était donc plus jeune, avec une moindre représentation des nonagénaires, et une sur-représentation des sexagénaires. Cette différence peut en partie s'expliquer par une espérance de vie moindre dans le Pas-de-Calais : en France Métropolitaine, en 2022, il s'agissait du deuxième département ayant la plus faible espérance de vie à la naissance pour les hommes avec 76,6 ans (après la Creuse) et le troisième pour les femmes avec 83,4 ans (après l'Aisne et la Meuse) (18).

Concernant le sex-ratio dans notre échantillon, il y avait 61 % d'hommes entre 60 et 69 ans et 92 % de femmes après 90 ans ; dans la littérature, la part des hommes parmi les personnes vivant en EHPAD est effectivement supérieure à celle des femmes entre 60 et 69 ans, puis diminue au-delà, notamment en raison des différences d'état de santé et d'espérance de vie entre les sexes (19) ; après 90 ans, huit pensionnaires sur dix sont des femmes (17).

Concernant les troubles neurocognitifs, 64 % des résidents étaient concernés (39 % à 96 % selon les EHPAD). En France, il a été estimé que 40 % des résidents en EHPAD en souffraient (17).

Une première façon d'expliquer cette sur-représentation des troubles neurocognitifs dans notre échantillon est un biais de sélection : nous avons sélectionné les 4 EHPAD rattachés au centre hospitalier de Boulogne-sur-mer, qui ont potentiellement un recrutement favorisant les patients avec des troubles cognitifs avancés, notamment à la Frégate. Ainsi, dans notre échantillon, 14 résidents étaient en UHR (6,5 %) et 42 à la Frégate (19,5 %), EHPAD davantage dédiée aux troubles

neurocognitifs avec la possibilité de déambulation (chambres non ouvrables de l'extérieur sans clé, etc.). En France, 14 % (11 % en 2015) sont accueillis dans une unité spécifique pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées et 5 % en unité d'hébergement renforcé (UHR) — deux services dédiés aux personnes souffrant de troubles du comportement et mis en place par le plan Alzheimer 2008-2012. Ces deux services accueillait 40 % des patients atteints de troubles neurocognitifs institutionnalisés en 2015 et 53 % en 2019 ; dans notre échantillon, la Frégate et l'UHR représentaient 40 %.

Une deuxième façon d'expliquer la sur-représentation des troubles neurocognitifs dans notre échantillon est administrative : il est notoire que les ALD sont sous-déclarées notamment pour les troubles neurocognitifs (20) ; or, contrairement au rapport de la DREES, nous nous sommes appuyés sur le dossier médical et le dernier MMSE, qui est une information plus fiable.

Concernant l'entrée en institutionnalisation, dans notre étude 37 % des résidents venaient du domicile ou celui d'un proche (50 % dans la littérature), 17 % d'un autre établissement tel que maison de retraite, résidence autonomie ou long séjour (16 % dans la littérature) et 44 % venaient d'une hospitalisation (30 % dans la littérature) (17).

Enfin, en 2019, 278 200 résidents sont administrativement sortis d'un EHPAD (incluant l'accueil permanent, temporaire, accueils de jour ou de nuit) dont 69 % suite à leur décès et 31 % pour un transfert vers un autre établissement ou un retour à domicile (personnel ou d'un proche). Nous n'avons pas étudié cette donnée dans notre étude.

Forces et limites

La principale force de notre travail est de révéler, sur un sujet d'actualité, une notion qui passe inaperçue quand on se fie aux déclarations administratives de médecin traitant. Nous avons réalisé un recueil exhaustif de 4 EHPAD rattachés au centre hospitalier de Boulogne-sur-mer, sur une durée courte et autour d'un week-end, afin de limiter les entrées et sorties (ou changements d'établissement). Nous avons recueilli des informations simples et claires ; il n'y a pas lieu de penser

qu'il puisse exister un biais d'information ou de mémorisation dans ce travail concernant le recueil en EHPAD. A noter toutefois que le nombre de médecins généralistes par ville a pu être surestimé dans le tableau 5, puisqu'il inclut (notamment à Boulogne-sur-mer et Calais) des praticiens ayant une orientation d'activité : angéiologie, homéopathie, acupuncture, médecine esthétique notamment. Par ailleurs ce tableau ne prend pas en compte l'exercice à temps partiel et les équivalences en temps plein. Les données fournies dans la première colonne de ce tableau sont données à visée informative.

Notre travail comporte toutefois plusieurs limites.

La première est un biais de sélection : nous avons étudié les données dans 4 EHPAD sur environ 11 000 structures d'hébergement en France. Ces 4 EHPAD sont rattachés au centre hospitalier de Boulogne-sur-mer et sont ceux où l'hébergement est le moins cher parmi les autres EHPAD du Boulonnais. Ce biais peut entraîner un désinvestissement plus important des généralistes : le rattachement à l'hôpital peut dissuader les médecins généralistes d'y intervenir, en faisant un amalgame avec les unités de long séjour. Dans les autres EHPAD du Boulonnais, le taux de résidents sans médecin traitant était largement inférieur d'après notre enquête téléphonique en juin 2023. Certains interlocuteurs ont cité comme raison le fait que le suivi par un médecin traitant était une condition *sine qua none* à l'acceptation du dossier dans l'EHPAD, ce qui ne semble pas le cas dans les EHPAD dépendant du centre hospitalier, qui sont peut-être aussi le moyen en aval de libérer des lits d'hôpitaux.

Notons ici que le choix des EHPAD rattachés au centre hospitalier aurait aussi pu entraîner un surinvestissement plus important des généralistes : la proximité géographique de ces 4 EHPAD les unes par rapport aux autres, dans la "capitale de la Côte d'Opale" autour de laquelle exercent 133 médecins généralistes dans un rayon de 10 kilomètres auraient au contraire pu inciter à davantage d'investir dans ces EHPAD. Mieux comprendre les raisons du désinvestissement des EHPAD rattachés au centre hospitalier pourrait permettre d'y améliorer l'accès aux soins.

La deuxième limite est le fait d'avoir choisi 4 EHPAD à budget global, où les médecins généralistes n'ont pas accès physiquement à la carte vitale des résidents (et ne peuvent donc faire des déclarations médecin traitant que par papier, avec le risque d'oubli de l'envoi, d'envoi à une mauvaise caisse, etc.) En France, environ

30 % des EHPAD sont à budget global. Néanmoins, nous nous sommes intéressés essentiellement au suivi "réel" des patients par les médecins généralistes ; nous montrons par ailleurs que l'absence de déclaration administrative est moins fréquente, et évidemment moins problématique lorsque le suivi est assuré.

La troisième limite est que nous n'avons pas étudié le suivi des résidents sans médecin traitant : suivi par le médecin coordinateur, suivi par un autre professionnel de santé (gériatre, psychiatre, etc.), absence de suivi médical (suivi essentiellement assuré par les paramédicaux). De la même façon, nous n'avons pas évalué l'impact de ce manque de médecin traitant sur les résidents, notamment quant à leur morbi-mortalité.

La quatrième limite est dans le choix des variables. Par exemple, nous n'avons pas considéré le nombre de traitements sur ordonnance et éventuellement leur fardeau anticholinergique (21,22) ; il est possible que les patients sans suivi soient ceux ayant peu ou pas de traitement chronique, et pour lesquels le personnel de l'EHPAD a moins investi dans la recherche d'un médecin traitant pour les soins en lien avec la prévention. D'autres variables tels que le classement en Groupe Iso-Ressources (GIR) aurait pu être pertinent : nous savons par exemple qu'en France, 85,1 % des résidents en EHPAD étaient en perte d'autonomie, soit en GIR 1 à 4 — contre 83,1 % en 2015 et 80,7 % en 2011 (17).

Perspectives

En lien avec les limites soulevées dans notre travail, nous pourrions mieux évaluer l'accès aux soins et ses conséquences dans les EHPAD, notamment sur des critères tels que le recours à l'hospitalisation ou la mortalité dans les groupes de patients avec ou sans médecin traitant assurant un suivi réel (et non pas uniquement sur la base d'une déclaration administrative).

Il serait également intéressant de réaliser ce type d'étude dans les autres structures d'hébergement comme les MAS, pour comprendre si la problématique est liée à la gériatrie ou à toute structure d'hébergement de long séjour, toute catégorie de résidents confondue.

Suite à l'épidémie de Covid 19 on a vu se développer la télémédecine devant

les contraintes d'isolement. Ainsi dans les EHPAD, où est regroupée une population de patients particulièrement vulnérables, souvent avec des poly-pathologies lourdes, de grandes difficultés à se déplacer, la télémédecine se présente comme un outil supplémentaire dans la coordination des soins, en réduisant les déplacements chronophages et en permettant aux soignants des EHPAD d'échanger directement avec les spécialistes téléconsultés.

Enfin, il serait pertinent de comprendre les difficultés d'accès aux soins en EHPAD en interrogeant les médecins généralistes quant au temps consacré, à l'ergonomie des logiciels médicaux utilisés ou aux difficultés de communication entre médecin, patient, famille et personnel intervenant en EHPAD.

CONCLUSION

Nous avons réalisé un travail exploratoire à l'échelle de 4 EHPAD sur 11 000, dans lequel nous mettons en évidence un problème d'accès aux soins en EHPAD plus important que celui estimé par l'absence de déclaration administrative médecin traitant. Un travail similaire à l'échelon national mériterait d'être entrepris par une action coordonnée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, afin de mieux préciser le nombre de résidents n'ayant pas de suivi par un médecin traitant dans les faits, sans se fier uniquement à la déclaration administrative.

Une fois le problème identifié, il faudra néanmoins trouver des solutions pour que les médecins généralistes qui n'assurent pas aujourd'hui le suivi des résidents puissent l'assurer demain, malgré la diminution à venir de la densité de médecins généralistes en exercice. En effet, le problème de fond est celui de la difficulté d'accès aux soins dans un contexte de "temps médical" limité, et non pas d'une simple difficulté de rencontre entre une offre de soins non pourvue pour les médecins et une demande insatisfaite pour les patients.

La piste la plus évidente, voire démagogique, pourrait être d'augmenter le nombre d'heures de travail des médecins (notamment les soirs et week-end) ou d'augmenter leur rythme de travail (réduction du temps passé par patient) ; ces options sont aujourd'hui difficiles à défendre dans le contexte démographique médical actuel associé au vieillissement de la population, alors que les médecins généralistes déclarent travailler 54 heures par semaine (dont 44 heures 30 auprès des patients) (23).

Pour augmenter l'offre de soins et améliorer le temps médical, nous pouvons évoquer trois axes plus réalistes et immédiats. Le premier consiste à diminuer les tâches administratives, tel que réclamé par le Collège de la Médecine Générale en 2023 (notamment les "certificats absurdes" tels que les arrêts de travail de moins de 3 jours ne donnant pas lieu à indemnisation, les certificats pour enfant malade, les

certificats pour assurances, etc.) (24). Le deuxième axe consiste à diminuer les motifs de recours aux soins par la prévention : prévention contre les infections et allergies par amélioration de la qualité de l'air dans les bâtiments publics, prévention contre le tabagisme et l'alcoolisme, éducation à la santé, etc. (25,26). Enfin, le troisième axe consiste à déléguer des tâches médicales à des infirmiers de pratique avancée et pharmaciens (par exemple la lutte contre le tabagisme par la délivrance de substituts nicotiques (27)), mais également à des diététiciens, ergothérapeutes, psychologues, si ces dernières professions faisaient l'objet d'un remboursement conventionnel, afin de toujours améliorer l'accès aux soins.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. étude SNIIRAM. Patients en affection de longue durée (ALD) sans médecin traitant : un plan d'actions est lancé [Internet]. 2023 [cité 14 avr 2023]. Disponible sur:
<https://www.ameli.fr/medecin/actualites/patients-en-affection-de-longue-duree-ald-sans-medecin-traitant-un-plan-d-actions-est-lance>
2. Assurance Maladie. Choisir et déclarer votre médecin traitant [Internet]. 2023 [cité 5 juin 2023]. Disponible sur:
<https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/principes/choisir-et-declarer-votre-medecin-traitant>
3. Legifrance. Décret n° 2011-77 du 19 janvier 2011 portant actualisation de la liste et des critères médicaux utilisés pour la définition des affections ouvrant droit à la suppression de la participation de l'assuré - Légifrance [Internet]. 2011 [cité 5 juin 2023]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000023456250>
4. Legifrance. Décret n° 2017-472 du 3 avril 2017 modifiant les durées d'exonération de la participation des assurés relevant d'une affection de longue durée. 2017-472 avr 3, 2017.
5. Assurance Maladie. Effectif, prévalence et caractéristiques des bénéficiaires d'une ALD - 2008 à 2021 | L'Assurance Maladie [Internet]. 2023 [cité 5 juin 2023]. Disponible sur:
<https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/prevalence-beneficiaires-ald>
6. Assurance Maladie. Rôle du médecin traitant et parcours de soins coordonnés [Internet]. 2023 [cité 5 juin 2023]. Disponible sur:
<https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes>
7. DRESS. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées. 2020.
8. Plus de 600.000 patients en ALD n'ont pas de médecin traitant [Internet]. egora.fr. 2021 [cité 19 mai 2023]. Disponible sur:
<https://www.egora.fr/actus-pro/sante-publique/70194-plus-de-600000-patients-en-ald-n-ont-pas-de-medecin-traitant>
9. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas national de démographie médicale [Internet]. [cité 2 avr 2017]. Disponible sur:
<https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1476>
10. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Laffeter Q, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Les dossiers de la Drees. 2021;(76):74.
11. DREES. Démographie des professionnels de santé [Internet]. 2023 [cité 5 juin 2023]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
12. Le Président de la République présente son cap pour la santé. [Internet]. elysee.fr. 2023 [cité 19 mai 2023]. Disponible sur:

- <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2023/01/06/le-president-de-la-republique-presente-son-cap-pour-la-sante>
13. Macron E. Adresse aux Français. [Internet]. [elysee.fr](https://www.elysee.fr). 2023 [cité 5 juin 2023]. Disponible sur:
<https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2023/04/17/adresse-aux-francais-2>
 14. Rochoy M. 714 000 patients en ALD sans médecin traitant ? Pourquoi ce chiffre est probablement faux [Internet]. [egora.fr](https://www.egora.fr). 2023 [cité 5 juin 2023]. Disponible sur:
<https://www.egora.fr/actus-pro/billet-de-blog/79930-714-000-patients-en-ald-sans-medecin-traitant-pourquoi-ce-chiffre-est>
 15. Rochoy M. Patients sans médecin traitant : Emmanuel Macron va surtout soigner des statistiques [Internet]. *L'Express*. 2023 [cité 5 juin 2023]. Disponible sur:
<https://www.lexpress.fr/sciences-sante/patients-sans-medecin-traitant-macron-va-surtout-soigner-des-statistiques-par-le-dr-rochoy-NQ4UU525HRBARFCHQ3EXBFK6l/>
 16. DREES. Fiche 17 - Les établissements d'hébergement pour personnes âgées.pdf [Internet]. 2020 [cité 5 juin 2023] p. 109-15. (L'aide et l'action sociales en France). Disponible sur:
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Fiche%2017%20-%20Les%20%C3%A9tablissements%20d%E2%80%99h%C3%A9bergement%20pour%20personnes%20%C3%A2g%C3%A9es.pdf>
 17. Balavoine A. Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Premiers résultats de l'enquête EHPA 2019. 2022.
 18. Insee. Espérance de vie en 2022 [Internet]. 2022 [cité 17 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012749>
 19. Fizzala A. Les durées de séjour en EHPAD. 2017;
 20. Rochoy M, Chazard E, Bordet R. Épidémiologie des troubles neurocognitifs en France. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2019;8.
 21. Welsh TJ, van der Wardt V, Ojo G, Gordon AL, Gladman JRF. Anticholinergic Drug Burden Tools/Scales and Adverse Outcomes in Different Clinical Settings: A Systematic Review of Reviews. *Drugs Aging*. 8 mai 2018;
 22. Gray SL, Anderson ML, Dublin S, Hanlon JT, Hubbard R, Walker R, et al. Cumulative use of strong anticholinergics and incident dementia: a prospective cohort study. *JAMA Intern Med*. mars 2015;175(3):401-7.
 23. DREES. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. 2019 [cité 12 juin 2023]. Disponible sur:
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/deux-tiers-de-s-medecins-generalistes-liberaux-declarent-travailler>
 24. Collège de Médecine Générale. [certificats-absurdes.fr](https://www.certificats-absurdes.fr) – Dénoncez la charge administrative des médecins [Internet]. 2023 [cité 12 juin 2023]. Disponible sur:
<https://www.certificats-absurdes.fr/>
 25. Musich S, Wang S, Hawkins K, Klemes A. The Impact of Personalized Preventive Care on Health Care Quality, Utilization, and Expenditures. *Popul Health Manag*. déc 2016;19(6):389-97.
 26. Li D, Xiao H, Ma S, Zhang J. Health Benefits of Air Quality Improvement: Empirical Research Based on Medical Insurance Reimbursement Data. *Frontiers*

- in Public Health [Internet]. 2022 [cité 12 juin 2023];10. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2022.855457>
27. Rochoy M, Babol A, Péan C, Deleplanque D, Gautier S, Berkhout C. Trends in the delivery of reimbursed nicotine replacement therapies between 2016 and 2019 in France. *Thérapie*. 2022;77(5):561-70.

AUTEUR : Nom : CANGARDEL

Prénom : Adrien

Date de soutenance : 28 juin 2023

Titre de la thèse : Une déclaration administrative de médecin traitant n'est pas synonyme d'un suivi par un médecin généraliste : étude descriptive et analytique dans 4 EHPAD de Boulogne-sur-mer en 2023

Thèse - Médecine - Lille 2023

Cadre de classement : DES de Médecine Générale

Mots-clés : accès aux soins, EHPAD, médecine générale, gériatrie

Introduction : Le Cap Santé 2023 vise à ce que chaque personne en affection longue durée puisse signer une déclaration médecin traitant. Or, en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), de nombreux résidents en ALD ont bien une déclaration administrative mais ne sont plus suivis par leur médecin traitant (notamment après un départ en retraite, si l'EHPAD est éloignée ou si le médecin choisit de ne pas y intervenir). Notre objectif était de déterminer le taux de résidents d'EHPAD ayant un suivi par un médecin traitant avec ou sans déclaration administrative, et le taux de résidents n'ayant pas de suivi par un médecin traitant avec ou sans déclaration administrative.

Matériel et méthode : En mai 2023, nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive auprès des 215 résidents des 4 EHPAD rattachés au centre hospitalier de Boulogne-sur-mer. Le suivi par un médecin traitant était déterminé par les équipes infirmières. Les troubles neurocognitifs ont été déterminés dans le dossier médical.

Résultats : Nous avons recensé 154 femmes (71,6 %), 61 hommes (28,4 %), de $82,0 \pm 10,3$ ans, dont 64 % étaient atteints de troubles neurocognitifs. Parmi les 215 résidents, 130 (60 %) avaient un suivi par un médecin traitant — 121 déclaré administrativement (56 %) et 9 non déclaré (4 %). Il y avait 85 résidents (40 %) sans suivi par un médecin traitant — 70 ayant pourtant un médecin déclaré administrativement (33 %) et 15 non déclaré (7 %). Au total, sur 72 médecins généralistes déclarés, 30 assuraient un suivi (dont 3 exerçant entre 10 et 16 km).

Conclusion : Notre travail exploratoire sur 4 des 11 000 établissements d'hébergement du pays mériterait d'être conduit de façon coordonnée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Les EHPAD rattachés à un centre hospitalier étaient ceux où l'absence de suivi était la plus élevée dans le Boulonnais. Outre l'identification de ce problème, augmenter le temps médical disponible reste un préalable indispensable pour améliorer l'accès aux soins, y compris en EHPAD.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Emmanuel Chazard

Asseseurs : Madame le Professeur Sophie Gautier

Monsieur le Docteur Thavarak Ouk

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Michaël Rochoy