



Université de Poitiers Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023

THESE **POUR LE DIPLOME D'ETAT** **DE DOCTEUR EN MEDECINE** **(décret du 25 novembre 2016)**

présentée et soutenue publiquement
le 08 Juin 2023 à Poitiers
par **Monsieur Jules-alexis Laurent**

**Etude du vécu des patients n'ayant plus de médecin traitant et en recherche
d'un nouveau praticien attiré pour garantir leurs soins**

Enquête de terrain menée par entretien individuel semi dirigé en Vendée

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Philippe Binder

Membres : Monsieur le Docteur Pierrick Archambault

Monsieur le Docteur Yann Brabant

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Julien Moinet

LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2022 – 2023

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.AS et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesseur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 1 an à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- PARTHENAY Pascal

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la

reproduction

- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARRILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France

☎ 05.49.45.43.43 - 📠 05.49.45.43.05

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- COUET William, pharmacie clinique
- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire (HDR)
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie (HDR)
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique (HDR)
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Philippe Binder, vous me faites l'honneur de présider ce jury. Merci de votre attention à l'appréciation de ce travail.

A Messieurs les Docteurs Pierrick Archambault et Yann Brabant, vous me faites l'honneur de participer à ce jury. Merci pour votre implication à la formation des internes et à votre bienveillance à leur rencontre.

A Monsieur le Docteur Julien Moinet, merci d'avoir accepté de diriger ma thèse et de m'avoir accompagné de façon personnalisée tout au long de ce travail.

Merci à mes premiers maîtres de stages : Jean Gauthier, François Lucquin et Virginie Martin pour leur accueil chaleureux, leur sympathie et la transmission de leur savoir-faire.

Merci à l'ensemble des équipes médicales et paramédicales des Urgences du CHNDS, de l'UGA du CHNDS et du service de Pédiatrie du CH de Niort pour m'avoir fait découvrir différentes approches de la profession de médecin généraliste.

Merci à mes maîtres de stage de Femme/Enfant : Carole Barbezat, Marie Jaouen et Sandrine Pignon pour m'avoir fait apprécier la pratique de la pédiatrie et gynécologie médicale. Je ne l'envisageais pas jusque-là.

Merci à Elodie pour son implication dans le recrutement des patients et au Dr Harbonnier pour son autorisation de déroulement de l'étude au sein de la CPTS.

Merci à Pierre Merceron pour son amitié sincère depuis notre petite enfance et à Ponpon pour son soutien et sa fidélité.

Merci à Jérémie et Raphaëlle, Pierre et Hélène ainsi que Rémi et Manon d'avoir été présents tout au long de mes études. Merci pour tous les moments festifs passés et à venir.

Merci à Alice et Nathan pour leur gentillesse, implication et amitié.

Merci à Jeff de m'avoir fait si bien découvrir sa région.

Merci à tous les amis de Lourdes pour leur soutien et amitié.

Merci à François Fouillet pour son accueil et son amitié au cours de ces quatre années passées à "la petite chaboissière".

Merci à tous les amis de "La Clotte et ses environs" d'avoir baigné mon enfance et d'être toujours aussi présents à mes côtés.

Merci à la famille Berthomé de m'avoir si bien accueilli.

Merci à toute la famille, Drouet et Laurent, pour tous les moments conviviaux et familiaux passés ensemble. Une pensée particulière pour Pep's et papi/mamie pour tout ce qu'ils nous ont fait découvrir dès le plus jeune âge.

Merci à mes parents d'avoir fait de moi ce que je suis, je suis très fier de vous et des valeurs que vous m'avez inculqué.

A maman, pour sa force de caractère, son courage, son altruisme, et sa douceur.

A papa pour la transmission de son amour de la médecine générale et des plaisirs de la campagne.

Vous faites de super grand-parents.

Merci à mon frère Mathieu pour ces moments de vie passés, tu resteras toujours mon grand frère.

Merci à ma sœur Fiona pour avoir eu une enfance merveilleuse à tes côtés. Tu m'as toujours protégé, je n'aurai pu envisager meilleure sœur.

Et enfin merci à Valentine dit "biquette" pour être la femme de ma vie. Je ne peux être plus comblé à tes côtés. Merci d'avoir donné naissance à notre merveilleuse petite Jeanne.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABREVIATIONS.....	9
I- INTRODUCTION.....	10
II- MATERIELS ET METHODE.....	14
1) Type d'étude.....	14
2) Echantillonnage.....	14
3) Recrutement.....	14
4) Recueil des données.....	15
5) Analyse des données.....	16
6) Ethique.....	16
III- RESULTATS.....	17
1) Données générales.....	17
2) Analyse des résultats.....	18
A/ La perte de son médecin traitant.....	18
a- Des conditions de perte particulières contribuant à son vécu péjoratif.....	18
1° Une perte inattendue.....	18
2° Une perte découverte de façon brutale.....	18
3° Une perte difficilement vécue.....	18
b- Une perte d'un lien familial non comblée.....	19
1° Une perte du médecin de famille.....	19
2° Une perte à l'impact familial certain.....	19
3° Une perte sans solution de reprise.....	20
4° Une perte source d'altruisme.....	20
5° Une perte à l'impact professionnel mesuré.....	21
B/ La recherche d'un nouveau praticien attiré.....	21
a- Une recherche non anticipée.....	21
1° Une recherche, mais à quel moment ?.....	21
2° Une recherche dans une nouvelle région s'avérant plus difficile que prévue	22
b- Une recherche infructueuse.....	22
1° Une recherche perdue d'avance.....	22
2° Une recherche confrontée à des barrières infranchissables.....	23
c- Une recherche non standardisée d'un médecin idéal.....	23
1° Une recherche, mais comment s'y prendre ?.....	23
2° Une recherche, comment la faciliter ?.....	24
3° Une recherche, mais peut-on choisir son médecin ?.....	25
C/ Se soigner sans médecin traitant.....	26
a- Des stratégies alternatives par défaut.....	26
1° L'armoire à pharmacie « familiale » et l'automédication.....	26
2° L'officine.....	26
3° Les urgences.....	26
4° La télémédecine.....	27
5° Des médecins généralistes sans rendez-vous.....	27

6° Les autres professionnels de santé.....	27
b- Le CSNP un concept récent au sein de la CPTS.....	28
c- Des sacrifices dans sa prise en charge médicale.....	29
d- Un retentissement psychologique certain.....	30
D/ Un avenir incertain non dénué d'espoir.....	31
a- Une médecine générale qui évolue.....	31
1° Une prise de conscience d'un changement.....	31
2° Une connaissance des projets de réforme nationale de la médecine générale limitée.....	32
b- Une balance entre pessimisme et optimisme.....	33
1° Des craintes.....	33
2° De l'espoir.....	34
IV- DISCUSSION.....	35
1) Résultats principaux et interprétations.....	35
A/ La perte de son médecin traitant.....	35
a- Des conditions de perte particulières contribuant à son vécu péjoratif.....	35
b- Une perte d'un lien familial non comblée.....	36
B/ La recherche d'un nouveau praticien attiré.....	37
a- Une recherche non anticipée.....	37
b- Une recherche infructueuse.....	38
c- Une recherche non standardisée d'un médecin idéal.....	38
C/ Se soigner sans médecin traitant.....	39
a- Des stratégies alternatives par défaut.....	39
b- Le CSNP un concept récent au sein de la CPTS.....	40
c- Des sacrifices dans sa prise en charge médicale.....	41
d- Un retentissement psychologique certain.....	42
D/ Un avenir incertain non dénué d'espoir.....	43
a- Une médecine générale qui évolue.....	43
b- Une balance entre pessimisme et optimisme.....	43
2) Forces et faiblesses.....	44
A/ Faiblesses.....	44
a- Biais de sélection.....	44
b- Biais lié à l'enquêteur.....	44
B/ Forces.....	45
3) Perspectives.....	46
V- CONCLUSION.....	47
VI- BIBLIOGRAPHIE.....	48
VII- ANNEXE.....	53

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD – Affection de Longue Durée

CNOM – Conseil Nationale de l'Ordre des Médecins

CPTS – Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CSNP – Centre de Soins Non Programmés

CSP – Code de Santé Publique

DPO – Délégué à la Protection des Données

DREES – Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

OMS – Organisation Mondiale de la Santé

SNIIRAM – Système National d'Informations Inter-Régimes de l'Assurance Maladie

I- INTRODUCTION

Quelle que soit la situation, le vécu est unique pour chaque individu. Selon Massimo Corsale (ancien professeur de sociologie à l'Université « La Sapienza » de Rome et représentant italien à l'Association Internationale de Sociologie) : « Le vécu est l'image que chacun de nous va continuellement se former de tout ce qui lui est arrivé pendant sa vie, et à laquelle est liée l'identité du sujet » /1/ Dans la démarche médicale, le vécu du patient prend une place prépondérante avec le développement de l'approche centrée patient théorisé par M. Stewart. /2/ Celle-ci permet d'axer la situation sur la personne plus que sur sa maladie en y intégrant une approche globale bio-psycho-sociale modélisée par le Dr G. Engel. /3/

Le mot patient invite à se pencher sur son étymologie, dérivé du latin *patiens* « celui qui endure, celui qui souffre » /4/. C'est une vision assez réductrice où le patient : sujet passif est en situation de faiblesse dans la relation avec son médecin. Au fil des siècles cette définition n'a de cesse d'évoluer devant l'apparition d'un sujet acteur et auteur de son parcours de soins, voire de ses propres soins. En ce sens, la loi du 4 mars 2002 dite « loi Kouchner » place réellement le patient dans une situation où on le responsabilise. /5/ De part son droit à l'information et au consentement libre et éclairé, le patient est en mesure de prendre des décisions réfléchies relatives à son état de santé en concertation avec le professionnel médical. /6/

Dans sa prise en charge médicale personnalisée, le patient est en relation étroite avec son médecin traitant. L'article L 162-5-3 du code de la sécurité sociale prévoit que « tout assuré ou ayant droit âgé de 16 ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi avec l'accord de celui-ci ». /7/ Le médecin traitant peut être un médecin généraliste ou spécialiste, exerçant en ville ou à l'hôpital, sans contrainte géographique, choisit librement par le patient après accord mutuel, jouant un rôle central dans l'orientation et le suivi de celui-ci tout au long de son parcours de soins.

Au cours de sa vie, il est très probable qu'un patient soit confronté à la perte de son médecin traitant. Mathématiquement on assiste d'une part à un vieillissement de la population avec une espérance de vie en France de 79.3 ans pour les hommes et 85.4 ans pour les femmes en 2021 /8/. D'autre part, une durée d'exercice de la médecine générale pour un même médecin globalement limitée. De façon plus précise la perte de son médecin traitant peut-être liée à des motivations émanant du patient : changement socio-professionnel ou familial voire mésentente dans la relation médecin-patient ou désaccord sur la pratique de l'exercice médicale. Cette perte peut également être liée au professionnel de santé lui-même. Elle est chiffrée dans l'atlas de la démographie médicale en France par le CNOM sous le terme « d'effectifs de médecins sortants » distingués en quatre motifs : départ à la retraite

avec arrêt de l'activité médicale, radiation (décès, convenances personnelles, transfert), arrêt temporaire d'activité et changement de spécialité. /9/

L'évolution constante des textes législatifs a permis de préciser et d'améliorer les droits des patients relatifs entre autres à la protection de leur santé. Ceux-ci garantissent l'égal accès de chacun aux soins. Selon l'article L 1110-3 du CSP :« Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins. Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne [...]» /10/

Au cours de ces dernières années, on observe de plus en plus de patients confrontés à la perte de leur médecin traitant et éprouvant des difficultés à en trouver un nouveau. En 2019, 9.9% de français n'avaient pas de médecin traitant selon le SNIIRAM. Cela représente 5.4 millions de patients dont 4.2% sont en ALD. Environ la moitié de ce quasi-décile de français exprime ne pas être en recherche d'un nouveau médecin traitant avec 42% d'entre eux ne consultant pas du tout de médecin généraliste. /11-12/ A l'inverse, l'autre moitié l'est de façon transitoire et se déclare en recherche active d'un praticien attitré.

Quoi qu'il en soit, il semble que cette recherche s'effectue dans un contexte de pression d'accès aux soins, fruit d'une évolution sociétale et d'une crise de la démographie médicale. En effet, en France la croissance annuelle moyenne des effectifs des médecins généralistes en activité régulière inscrits au tableau de l'Ordre des Médecins est de moins 0.94% sur la période 2010-2022 avec la perte de 10 128 médecins en l'espace de 12 ans. **Annexe 1**

Si cette diminution s'exprime au niveau national, il existe de fortes disparités départementales. **Annexe 2**

En ce qui concerne La Vendée, elle enregistre sur cette période une diminution de 5.5% des médecins généralistes en activité régulière, légèrement inférieure à la valeur nationale de 11%.

De façon conjointe, on observe que les départements ayant une perte de médecins généralistes sont sensiblement les mêmes qui bénéficient d'une densité de médecins pour 100.000 habitants inférieure à la médiane nationale en 2022 de 121 ; versus 141.1 en 2010. **Annexe 3**

Ce constat résulte d'un solde entrée/sortie déficitaire, c'est même l'une des qualifications ou celui-ci est le plus bas sur la période 2010-2022. **Annexe 4**

Le motif principal de sortie est le départ en retraite sans activité médicale avec une nette augmentation de la proportion entre 2010 et 2021 : +19.7%. **Annexe 5**

Cela trouve son explication notamment du fait du départ prévisible d'une génération pléthorique de médecins issus des promotions des années 1980.

Ainsi cette situation de patients ayant perdu leur médecin traitant est fréquente et entraîne des préoccupations quand on connaît notamment les avantages d'en avoir un. C'est le premier interlocuteur privilégié du patient concernant sa santé qui assure entre autres des fonctions de soins, prévention, dépistage, centralisation des données médicales, orientation dans le parcours de soins coordonnées et

garantissant une meilleure prise en charge personnalisée basée entre autres sur une confiance réciproque. De plus, l'absence de médecin traitant pose un inconvénient de poids au niveau financier avec une minoration du remboursement par l'assurance maladie. /13/

In fine avoir un médecin traitant c'est être mieux soigné de façon adaptée à chaque patient et être mieux remboursé. /14/

Ce sujet est d'actualité dans les débats en France et fait lien à la problématique plus globale de renforcement d'accès aux soins. C'est une priorité du gouvernement pour l'amélioration du système de Santé en témoigne le plan : « Ma santé 2022 : un engagement collectif ». /15/ Il prend de plus en plus d'importance dans le contexte sanitaire des dernières années lié à la pandémie du Covid 19.

Plusieurs travaux ont porté sur les critères de choix d'un médecin traitant /16/ ou sur les raisons amenant le patient à quitter ce dernier. /17-18-19/

Mais quand est-il du vécu sans médecin traitant ?

Certains articles témoignent du vécu émotionnel fort du patient n'ayant plus de médecin traitant et de la complexité pour en trouver un nouveau. Des habitants de Fontenay le Comte se disent en 2021 « être inquiets » et exprimer « la galère à trouver un nouveau médecin traitant ». /20/

A Givrand une patiente raconte en 2018 son parcours du combattant pendant 6 mois suite au burn-out de son médecin traitant. /21/

Une étude menée dans la Somme en 2017 par S. Fillatre s'est penchée quant à elle sur le vécu du médecin traitant face à son patient qui le quitte. /22/

Mais quand est-il de la situation inverse ?

A notre connaissance, une seule thèse s'approchant de notre sujet a été réalisée. Il s'agit d'une étude menée dans l'Essonne en 2017 par F. Perroteau sur le vécu du patient face au départ à la retraite de son médecin traitant. /23/ Il était montré que les réactions étaient propres à chaque patient allant de l'indifférence, aux doutes sur l'avenir jusqu'à un véritable deuil de la relation. Dans tous les cas, il y avait une prise de conscience de la nécessité de retrouver un nouveau médecin et d'essayer de reconstruire un nouveau lien différent.

Cependant cette étude s'intéressait uniquement au ressenti émotionnel du patient, secondaire à l'annonce du départ en retraite de son médecin traitant, et pas aux autres raisons de la perte de celui-ci. Qui plus est, les entretiens étaient menés auprès de patients dont le médecin était pour le moment toujours en activité, la rupture n'ayant pas été encore réalisée. Par ailleurs, cette thèse a été menée il y a 5 ans dans un contexte sanitaire plus apaisé et sur une population différente au sein du Bassin parisien.

L'idée de mon travail est donc d'étudier le vécu bio-psycho-social de patient vendéen n'ayant plus de médecin traitant quelle qu'en soit la raison. Cette perte ayant eu lieu il y a moins de deux ans auprès de patients se déclarant en recherche active d'un nouveau praticien pour garantir ses soins.

Ainsi l'ensemble de l'analyse à venir a pour but d'apporter des réponses à la question :

Quel est le vécu des patients vendéens n'ayant plus de médecin traitant et en recherche d'un nouveau praticien attiré pour garantir leurs soins ?

D'une certaine façon et a priori, ce vécu pourrait apparaître extrêmement varié en fonction des caractéristiques individuelles des patients, des ressources disponibles et de leur perception de cette situation. Mais on peut envisager que le ressenti soit plutôt négatif et que trouver un nouveau médecin traitant relève d'un défi pour la plupart des personnes dans cette situation.

L'objectif principal de cette thèse est donc d'étudier le vécu des patients vendéens n'ayant plus de médecin traitant et en recherche d'un nouveau praticien attiré pour garantir leurs soins.

Le but en serait d'identifier si possible des profils de patients en souffrance durant cette période et en difficulté dans leur quête d'un nouveau médecin traitant. Cela afin de mettre en lumière les freins à leur recherche et ainsi pouvoir les accompagner dans leur démarche. Soit en développant de nouveaux outils de recherche, soit en mieux les orientant vers des mesures déjà existantes. Le tout dans un compromis entre attentes/besoins du patient et offre à disposition sur le territoire. Il serait également intéressant d'identifier les structures de soins auxquelles les patients font appel, ou souhaiteraient faire appel, en l'absence de médecin traitant afin de mieux les développer sur le territoire si elles entrent dans un projet cohérent.

II- MATERIELS ET METHODE

1) Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative type enquête de terrain menée par entretien individuel semi-structuré.

2) Echantillonnage

La population étudiée est celle des habitants du département de la Vendée et faisant partie de la CPTS du Haut Bocage. Cette structure créée en février 2021 couvre 32 communes, soit plus de 87.000 habitants et comprend 349 acteurs de santé.

Les critères d'inclusion sont : personnes majeures, appartenant à la CPTS du Haut Bocage, n'ayant plus de médecin traitant depuis moins de deux ans.

Les critères d'exclusion sont : personnes ayant entre-temps déclaré un nouveau médecin traitant, lien de connaissance entre le patient et l'enquêteur, le refus de participer, la mauvaise compréhension du français et l'impossibilité de communiquer son consentement.

La sélection des patients a été faite avec le maximum de variations individuelles afin de mettre en évidence la diversité des ressentis existants, même les plus marginaux, dans les thèmes abordés.

Par ailleurs, le nombre de patients n'a pas été défini par avance pour respecter le principe de saturation des données.

3) Recrutement

Il a été choisi de réaliser une approche monocentrique avec un recrutement de patients au sein du CSNP de la ville des Herbiers. Celui-ci est une structure de soins ouverte au printemps 2022 et dépendant de la CPTS du Haut Bocage. Il a été créé suite au constat par les professionnels de santé de ce territoire d'une difficulté régulière pour la prise en charge des soins non programmés au sein des cabinets médicaux. Sa mission principale est donc de l'améliorer avec une orientation si besoin des patients vers ce lieu de soin après appel d'un numéro unique de régulation le 116-117.

Le recrutement s'est fait par l'intermédiaire de la secrétaire médicale de ce lieu de soins. Une fiche d'information à son attention a été réalisée. **Annexe 6**

Les patients ont tout d'abord été informés de la réalisation de cette étude et de son objectif. Il leur est par la suite proposé d'y participer en leur expliquant le déroulement. Une fiche d'information à leur attention a été réalisée. **Annexe 7**
En cas d'avis favorable et après un premier accord oral, une rencontre a été programmée par la secrétaire dans un local de « pause » mise à disposition par la CPTS au sein du CSNP.

4) Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé au travers d'entretiens semi dirigés. Ceux-ci sont guidés par un questionnaire ouvert établi au préalable, ajusté au fur et à mesure des informations recueillies. **Annexe 8**
L'ensemble des entretiens a été enregistré sur un dictaphone.

L'entretien s'est déroulé schématiquement en quatre parties :

Une introduction « standardisée » de présentation de l'enquêteur, explication de l'objectif de l'étude et du déroulement de cette rencontre.

Une seconde partie abordant des données quantitatives relatives au patient : sexe, tranche d'âge (18-29ans / 30-49 ans / 50-64ans / > 65ans), catégorie socio professionnelle.

Une partie « questionnaire » à proprement parlé. Celle-ci se compose de trois thèmes principaux : le vécu administratif, le vécu médical et le vécu psychologique et social.

Dans chaque point, quatre questions principales ouvertes, neutres ont été posées puis des questions de relance associées.

Pour finir, une partie libre sur d'éventuelles remarques ou questions; suivi de remerciements et des modalités de communication des résultats.

Le choix de ces thèmes est justifié par la nécessité d'avoir une vision globale de la situation avec une cohérence dans le modèle médical bio-psycho-social actuel.

L'aspect administratif y est greffé car est inhérent à la quête d'un nouveau praticien.

Au travers de la revue de la littérature et de réflexions personnelles, des questions jugées pertinentes se sont dégagées pour constituer ce questionnaire.

5) Analyse des données

Retranscription verbatim manuelle sur un support informatique (Word)

Analyse faite en double encodage manuel sur support papier, par l'enquêteur et une personne extérieure à l'étude afin d'augmenter l'objectivité de l'étude et sa validité.

Réalisation d'un codage ouvert et inductif d'unités syntaxiques en sous catégories.

Puis mise en comparaison de ces premières idées véhiculées lors d'un codage axial à fin d'obtenir des catégories relatant une dimension plus globale. Pour finir, codage

sélectif des catégories les plus fréquentes servant à dégager les idées centrales et thèmes généraux de notre étude.

6) Ethique

Autorisation de recrutement par le président de la CPTS du Haut Bocage **Annexe 9**

Anonymisation des entretiens avec une information claire, loyale et adaptée au patient.

Consentement oral à la réalisation de l'entretien, son enregistrement, sa retranscription et son analyse à des fins de recherche.

Un avis a été sollicité auprès du DPO de l'Université de Poitiers, validant cette démarche de recherche.

III- RESULTATS

1) Données générales

Douze entretiens ont été réalisés entre le 11 Janvier 2023 et le 1 Mars 2023. La durée des enregistrements varie de 21.22 minutes à 45.14 minutes.

Tableau 1. Caractéristique de la population étudiée

Entretien	Sexe	Tranche d'âge	Catégories socio-professionnelle
E1	F	50-64 ans	Cadres et professions intellectuelles supérieures
E2	H	50-64 ans	Retraités
E3	H	30-49 ans	Professions intermédiaires
E4	F	> 65 ans	Retraités
E5	F	30-49 ans	Employés
E6	H	18-29 ans	Ouvriers
E7	F	30-49 ans	Professions intermédiaires
E8	H	50-64 ans	Employés
E9	H	30-49 ans	Artisans, commerçants, chef d'entreprises
E10	F	> 65 ans	Retraités
E11	H	18-29 ans	Cadres et professions intellectuelles supérieures
E12	F	> 65 ans	Retraités

2) Analyse des résultats

A/ La perte de son médecin traitant

a- Des conditions de perte particulières contribuant à son vécu péjoratif

1° Une perte inattendue

La perte de son médecin traitant, quelle qu'en soit la raison, est un changement majeur pour le patient. Bien qu'elle soit quasi inévitable, pour la majorité d'entre eux cet événement est perçu de façon plutôt inopinée.

E1. « on n'a pas été averti de son départ, on l'a appris un peu comme ça »

E12. « La façon dont ça c'est passée ça a été un vrai choc »

Si certains patients présageaient un départ du fait de l'âge de leur médecin, la cessation d'activité s'est parfois accélérée pour diverses raisons ne permettant pas de donner l'information en amont.

E2. « on savait bien que ça allait arriver un jour mais il a eu un problème de santé lui, il n'a pas pu poursuivre donc ça a été assez soudain en fait »

E10. « bon forcément il était âgé donc on pressentait que ça allait arriver [...] mais ça s'est précipité »

2° Une perte découverte de façon brutale

La plupart des patients déplorent non seulement la soudaineté de cet événement mais également disent-ils la manière rude dont ils l'ont apprise.

E4. « je l'ai vu dans le journal »

E6. « c'est quand mes parents ils voulaient voir le médecin et puis ils voulaient prendre rendez-vous avec le médecin, la secrétaire leur a dit qu'il était plus là »

Un autre patient rapporte ironiquement être allé chez son médecin et avoir découvert son départ:

E3. « sur un joli mot inscrit sur la porte »

3° Une perte difficilement vécue

Les conditions brutales de la perte de leur médecin traitant potentialisent le vécu malheureux de cette situation, une certaine amertume s'en dégage.

E10. « le fait de pas avoir été prévenu, d'avoir été fidèle à quelqu'un pendant aussi longtemps et de ne pas avoir été prévenu de son départ, de l'apprendre par la presse, ça fait un peu mal. »

A l'inverse, les trois patients de notre étude ayant perdu leur médecin traitant pour cause de déménagement n'expriment pas particulièrement de ressenti négatif sur

les conditions de perte de celui-ci. Ils ne témoignent par ailleurs pas d'un retentissement psychologique majeur sur leur situation actuelle.

b- Une perte d'un lien familial non comblée

1° Une perte du médecin de famille

Le fait de ne plus avoir de médecin traitant n'est pas seulement l'absence d'un professionnel de santé. C'est la perte d'un être côtoyé depuis de nombreuses années où des liens se tissent au fil des événements de la vie. Celui-ci comporte une dimension affective allant au-delà du simple soin.

E5. « C'est vrai que ça a été difficile parce que c'était quand même notre médecin depuis 13 ans, qui connaissait [...] et qui nous suivait avec tout notre historique finalement de santé »

E10. « j'avais le même médecin traitant depuis 46 ans, donc je pense que c'est encore plus difficile à vivre quand on a gardé son médecin aussi longtemps [...] ayant eu le même médecin de famille depuis 46 ans il a tout vécu avec nous. »

2° Une perte à l'impact familial certain

Pour la quasi-totalité des patients, la perte du médecin traitant devient une problématique familiale. En effet les conjoints, enfants et parfois parents sont aussi très souvent suivis par le même médecin.

E2. « ça concerne aussi mon épouse puisqu'on est tous les deux dans le même cas [...] voilà on est quand même une petite famille de 4 personnes avec mes deux enfants et ma femme »

E3. « le dernier médecin ben j'avais les enfants, il suivait mon beau-père, il suivait ma femme. C'était très bien, le dossier il suivait, il prenait son cours et voilà. Sauf que là maintenant il n'y a plus rien. »

Les préoccupations se multiplient notamment lorsque le(la) conjoint(e) présente un problème de santé.

E4. « ce qui était plus inquiétant, c'était pour mon mari parce qu'il fallait une ordonnance pour ses médicaments parce qu'il est diabétique. »

E8. « c'est quand mon amie est arrivée, comme elle avait des soucis avec des AVC et tout ça il lui fallait un médecin au moins pour le renouvellement de ses médicaments »

L'autre inquiétude concerne la prise en charge et le suivi des enfants. Un père et deux mères de famille se retrouvent confrontés à cette situation et évoquent leurs difficultés voire leur échec pour obtenir des rendez-vous de suivis annuels et de vaccination.

E3. « quand on appel certains centres dont je citerais pas les noms parce que il m'horripile tellement, qu'on les appelle pour un enfant et qui nous disent « à ben non y a pas de médecin traitant c'est refus »...ah ben oui mais non c'est en enfant, ça devrait être obligatoire »

Une crainte sur d'éventuelles conséquences sur l'avenir de leurs enfants s'en dégage.

E7. « j'ai un enfant de trois ans qui fait sa rentrée à l'école qui donc est malade à chaque retour de vacances [...] les rendez-vous annuels des enfants que j'ai repoussé [...] j'ose espérer plus pour les enfants que le fait d'avoir décalé qu'il n'y ait pas par exemple de retard de croissance qu'on découvre en retard. »

3° Une perte sans solution de reprise

Les patients interrogés expriment le sentiment d'une situation d'autant plus compliquée à vivre qu'aucun suivi immédiat n'est possible par un autre généraliste. C'est le cas notamment de patients dont le médecin traitant exerçait en groupe et pour lequel les confrères n'ont pu reprendre toute sa patientèle.

E3. « il y a bien eu un remplaçant après mais le remplaçant a jamais voulu faire l'effort de nous prendre après derrière »

E10. «on n'a pas su à quel moment y a eu des places à prendre pour voilà s'inscrire. C'est un petit peu difficile à vivre en fait [...] nous on nous a dit non non c'est terminé, on a récupéré nos données médicales sur une clé USB voilà au revoir »

E12. « Eux c'était clair et net ils ne prenaient plus personne »

4° Une perte source d'altruisme

Plusieurs patients expriment leurs inquiétudes pour des personnes fragiles comme les personnes âgées ou présentant des pathologies chroniques. Il est intéressant de constater que ce sont les personnes les plus âgées de l'étude, de plus de 50 ans, qui ont ces réflexions comme s'ils projetaient leur propre peur sur l'avenir.

E4. « Malheureusement il y a des pauvres gens qui sont plus malades que moi, les personnes plus âgées elles doivent en pâtir de ça, c'est ça qui m'inquiète, moi c'est rien à côté »

E10. « je suppose qu'il y a des personnes avec des pathologies plus lourdes qui ne sont pas pris en charge quoi. »

Un patient évoque l'idée de prendre en charge en priorité les enfants.

E3. « Il y a une chose qui faudrait parce que nous adulte à la limite on peut attendre, par contre les enfants ne peuvent pas spécialement attendre. [...] Que n'importe quel médecin puisse les prendre, qu'il n'y ait pas de médecin attiré. »

Une patiente en ALD souhaite une priorisation pour les personnes dans cette situation.

E1. « Ben déjà la première chose que je comprends pas dans le cadre des personnes qui ont des pathologies chronique qui nécessitent...un suivi particulier je comprends pas qu'il y ai pas une priorisation parce que ben on a pas le choix »

5° Une perte à l'impact professionnel mesuré

Dans notre étude, le fait de ne pas avoir de médecin généraliste semble peut impacter professionnellement les patients en activité.

E2. « Sur professionnel non il n'y a pas du tout d'impact »

E3. « Professionnel non pas spécialement parce que on arrive à voir un médecin avec les visites obligatoires. »

Deux patients évoquent tout de même deux problématiques: obtenir un arrêt de travail et des justificatifs pour absence lorsque les enfants sont malades.

E7. « j'ai peut-être eu des absences non justifiées »

E8. « Ben à la mairie là où je travaille, ils m'ont dit ben va là-bas parce que de toute façon il faut un arrêt de travail. »

B/ La recherche d'un nouveau praticien attiré

a- Une recherche non anticipée

1° Une recherche, mais à quel moment ?

Le caractère souvent inattendu de la perte du médecin traitant contribue à l'absence d'anticipation par l'ensemble des patients d'une recherche d'un nouveau médecin généraliste en amont.

Devant le fait accompli, deux profils se distinguent.

Pour la majorité, la quête s'effectue dès la connaissance de la perte de leur médecin traitant avec une anticipation sur un éventuel besoin ultérieur. Dans notre étude, il semblerait que certains critères encouragent cela: un âge supérieur à 65 ans, un besoin de renouvellement d'ordonnance, une nécessité pour un autre membre de la famille.

E2. « j'ai anticipé un petit peu, c'est-à-dire que j'ai des traitements qui nécessitent un renouvellement tous les quatre mois en général, donc j'ai anticipé »

E10. « Ah ben ça je peux vous dire que le lendemain [...] j'ai cherché à téléphoner aux alentours »

A l'inverse, ce sont les trois patients les plus jeunes de l'étude, sans pathologie et n'ayant pas d'enfants qui ont finalement attendu un besoin aigu pour solliciter un médecin.

E9. « Après moi je m'en foutais d'avoir un médecin traitant parce que pour l'instant je n'en ai pas besoin réellement [...] c'est que ce jour-là j'avais besoin, c'était de l'urgence. »

L'un d'eux exprime d'ailleurs un regret à ce sujet.

E11. « Ouai, ça m'apprendra j'aurais dû le chercher depuis un sacré moment »

2° Une recherche dans une nouvelle région s'avérant plus difficile que prévue

Trois patients interrogés n'ont plus de médecin traitant à la suite d'un déménagement.

Ils montrent un étonnement certain devant la difficulté non prévisible à en trouver un nouveau et ne s'attendaient pas à arriver dans un « désert médical ».

E7. « je pensais pas qu'en Vendée il y avait le problème enfin je savais que c'était un problème qui existait mais je voyais plus ça dans le centre de la France, dans les zones vraiment rurales. C'est vrai que non j'ai pas anticipé ce problème-là. » ;

E8. « je n'imaginai même pas, j'entendais mais je pensais plus dans les départements comme la Creuse, la Corrèze, où il y a beaucoup moins d'habitants »

b- Une recherche infructueuse

1° Une recherche perdue d'avance

Les patients de la région ont conscience du manque de médecin généraliste et sont souvent pessimistes à l'idée d'en trouver un.

E2. « je sentais très bien que de toute façon ça servait pas à grand-chose »

E11. « Et puis ben on sait pas où aller car on sait que tout le monde est booké »

Cette résignation avant même le début de la recherche est une des raisons chez certains de l'absence d'anticipation à un éventuel besoin.

E9. « j'ai compris qu'il fallait... enfin pas laisser tomber mais que si y avait pas besoin y avait pas besoin [...] je ne me suis pas lancé là-dedans quoi. »

E11. « je savais qu'il y en avait pas qui s'installait, qu'ils partaient plus, j'avais pas forcément envie de chercher chercher, chercher pour avoir des refus alors que je n'avais pas de problème de santé à l'époque. »

Les récits de l'entourage renforcent encore plus les craintes des patients de ne pas trouver. Un patient nouvellement arrivé dans la région pour raison professionnelle a demandé conseil à des membres de son équipe et la réponse fut la même.

E8. « Déjà moi quand je suis arrivé j'avais demandé à mes collègues un petit peu et ils m'ont dit oula y en a mais qui prennent plus de patients parce qu'ils sont déjà surbookés ».

2° Une recherche confrontée à des barrières infranchissables

Les patients rapportent comme motif de refus explicité par les cabinets médicaux sollicités le fait de ne pas être en mesure d'accepter de nouveaux patients. L'une des raisons réside dans la possession d'une patientèle déjà trop pléthorique pour chaque médecin généraliste.

E5. « les médecins ne prenaient pas d'autres patients. »

E6. « soit ils ont déjà trop de patients, soit ils prennent pas. »

Les patients disent se heurter aux secrétariats voire directement au répondeur.

E1. « Je sais même pas comment faire en fait, on arrive même pas à passer le barrage de la secrétaire qui dit ben non le médecin prend pas de patients. »

E2. « il y a au moins peut-être cinq médecins qui avaient des répondeurs on prend pas de nouveaux patients. »

L'autre motif de refus fréquemment relevé est l'absence d'appartenance au secteur géographique du médecin.

E2. « après tiens ils peuvent peut-être prendre mais on n'était pas dans le secteur géographique. »

E3. « Si y a beaucoup de médecins oui on peut en prendre mais vous êtes pas de la commune donc non on prend pas. »

Ces nombreux refus créent chez quelques patients une culpabilité a de nouveau solliciter et potentiellement déranger.

E1. « moi je suis gênée d'aller quémander une place auprès d'un généraliste. Honnêtement moi personnellement c'est mon ressenti mais je suis pas la seule je pense »

E2. « un peu embêtant en se disant bon ben voilà on appelle des gens, on a l'impression de les embêter parce qu'ils prennent pas de nouveaux patients... »

c- Une recherche non standardisée d'un médecin idéal

1° Une recherche, mais comment s'y prendre ?

Pour l'ensemble des patients les moyens à disposition pour la recherche d'un nouveau médecin sont présents, à chacun sa manière.

En tête de liste on retrouve internet, avec un listing des cabinets médicaux et de leurs coordonnées disponibles. Certains utilisant même une application très développée « Doctolib »

E6. « On regarde sur internet puis on appelle »

E7. « Oui j'ai regardé sur internet, je tape médecin généraliste, je vois un petit peu, alors il y en a beaucoup qui sont sur doctolib [...] ça me permettait d'avoir le numéro d'appeler. »

L'autre moyen évoqué est le bouche à oreille entre famille, amis et collègues.

E5. « Beh après c'est le bouche à oreille, par exemple j'ai appelé celui là parce que mes parents sont de la bas »

E7. « J'ai dû en parler un petit peu avec des gens »

Les moyens plus classiques de communication, média, radio, presse sont également cités.

2° Une recherche, comment la faciliter ?

Lorsqu'on demande aux patients comment ils aimeraient être aidé dans leur recherche, ceux-ci sont assez sceptiques. Ils ont conscience que le problème est le manque de médecin et ne voient pas vraiment de solutions miracles.

E5. « être aidé je sais pas, je sais pas comment on peut être aidé après y a pas de médecin, y a pas beaucoup de médecin »

E10. « de toute façon faciliter les recherches, le problème c'est pas la recherche, le problème c'est l'absence de médecin »

Quelques patients évoquent la possibilité d'être inscrits sur une liste ou d'avoir accès à une liste de médecins prenant de nouveaux patients.

E7. « qu' il y ait peut-être une liste des médecins qui acceptent des nouveaux patients ou quelque chose qui soit visible [...] j'ouï avoir une liste des médecins qui prennent »

Un tel système de liste où les patients s'inscrivent a été mis en place dans une des mairies d'une commune appartenant à la CPTS. Malheureusement les trois patients qui y sont inscrits n'ont toujours pas eu de retour.

E4. « Et je me suis déplacée aussi à la mairie, j'ai eu une première fois bon ben on vous inscrit, on vous appellera. Et j'attends toujours à l'heure actuelle. »

3° Une recherche, mais peut-on choisir son médecin ?

Il ressort de plusieurs entretiens une volonté des patients de pouvoir trouver un médecin traitant qui corresponde à leurs critères, en restant le plus possible acteur de leur santé.

Ainsi est recherché un médecin compétent en qui le patient peut se fier.

E1. « ah mais moi j'adorerais avoir un médecin traitant avec qui avoir une relation de confiance, ça c'est clair »

E6. « je veux un médecin qui sache de quoi il parle »

L'aspect relationnel est également essentiel avec la volonté de pouvoir échanger librement.

E1. « un médecin qui soit dans l'écoute, dans la discussion »

E8. « un bon quoi, à l'écoute »

Pour une mère de famille, c'est la relation avec les enfants qui prime.

E7. « pour les enfants j'aime mieux quelqu'un qui soit un petit peu avenant, qui sache un petit peu y faire »

Le critère distance est également souvent évoqué avec la volonté de trouver un médecin de proximité, même si certains sont prêts à faire des concessions.

E6. « pas non plus 1 heure de route, mais non aux alentours de chez nous. »

E9. « euh non enfin on va dire la proximité »

E11. « je veux rester sur les communes aux alentours, pas faire plus d'une demi-heure de route. »

Cependant deux patients restent assez pragmatiques sur le fait qu'ils n'auront pas vraiment le choix dû au manque de médecin.

E10. « de toute façon je pense qu'on va pas faire les difficiles, si il y a un médecin généraliste[...] qui veut nous prendre, on dira oui tout de suite »

E11. « Je pense qu'on n'a tellement pas le choix que y a pas ».

Pour autant, il est à noter que plusieurs patients avaient retrouvé un médecin mais n'ont pas voulu poursuivre leur suivi avec celui-ci car leur mode d'exercice ne leur correspondait pas.

E5. « on a trouvé un médecin pas longtemps après dans une commune à côté sauf que ce médecin ça l'a pas fait, ça correspond pas du tout à notre façon de nous soigner [...] on pouvait pas continuer avec ce médecin »

E6. « le médecin là-bas elle était pas trop aimable donc on a pas cherché à aller plus loin avec eux »

C/ Se soigner sans médecin traitant

a- Des stratégies alternatives par défaut

Durant cette période sans médecin traitant, l'ensemble des patients interrogés ont eu au moins un besoin relatif à leur santé. Les stratégies mises en place varient selon les situations mais de nombreuses similitudes apparaissent.

1° L'armoire à pharmacie « familiale » et l'automédication

Très répandues, elles restent réservées aux petits maux du quotidien.

E5. « Ah oui ben on se soigne, on fait comme tout le monde on regarde un petit peu certaines fois sur internet [...] on a le paracétamol dans le fond de la pharmacie »

E11. « J'ai pas...à part des rhumes, otites de l'automédication »

2° L'officine

Solliciter le pharmacien semble naturel pour le patient et lui sert de repère avec une confiance dans un professionnel de santé qu'il connaît généralement. Que ce soit pour des conseils pharmacologiques, des actes de vaccinations, une surveillance de constantes voire un « dépannage » dans un renouvellement d'ordonnance, cela apparaît comme le premier recours pour la majorité des patients.

E2. « j'ai dû aller une fois à la pharmacie qui m'a dit, parce que je savais qu'on pouvait encore se faire délivrer des médicaments un mois ou peut être deux, je crois que j'ai dû utiliser un mois de entre guillemets secours. »

E3. « On a été aux pharmaciens pas pour l'automédications mais pour avoir des informations, eux nous orientaient sur certains médicaments »

E10. « On a été faire nos vaccins de grippe, on a dit à la pharmacienne prenait notre tension »

3° Les urgences

Se rendre aux urgences ou appeler le 15 est un réflexe connu de tous les patients de notre étude généralement réservé à des motifs qu'ils jugent urgents. Cependant, pour certains c'est une solution de réponse à certains besoins faute de professionnels disponibles.

E3 « On a été deux trois fois aux urgences, mais là c'était vraiment obligatoire d'y aller »

E6. « y avait pas de médecin j'avais été aux urgences pour ça »

E8. « le 31 donc j'ai dit ce week-end là c'est pas la peine ce week-end la aux urgences ils vont être débordés donc j'ai attendu le lundi »

E11. « j'ai appelé plusieurs médecins généralistes, aucun voulait me prendre, donc j'ai fini aux urgences [...] c'est pas forcément la solution c'est pas fait pour ça »

4° La télémédecine

Plusieurs patients y ont eu recours, que ce soit en télémédecine à domicile en téléchargement des logiciels en ligne ou via des télécabines en pharmacie. Quatre patients de notre étude ayant expérimenté sont unanimes sur un manque de contact, de relationnel et de personnalisation rédhibitoire pour un usage courant.

E1. « y a les cabines en pharmacie, ça mon mari a testé, mais humainement c'est un peu rédhibitoire ; »

E3. « les cabines de médecin de temps à autre, y avait pas d'autres solutions »

E10. « leezzy je crois ; non non ma fille m'a installé ça [...] c'est pas ma tasse de thé »

E11. « J'ai eu une très mauvaise expérience, j'ai fait une séance de médecin en téléconsultation [...] C'est pas du tout humain, on attend deux heures et puis on sait qu'au bout de 10 minutes ça sera fini et puis y a pas du tout de discussion. Je ne pense pas que c'est une solution la télécabine. »

5° Des médecins généralistes sans rendez-vous

Deux patients évoquent un médecin généraliste proche de la retraite prenant des patients sans rendez-vous. Il déplore pour autant la contrainte de patienter longtemps du fait de sa sollicitation importante.

E6. « je vais chez le docteur qui prend sans rendez-vous [...] mais bon il faut y aller tôt le matin, c'est pas forcément tip top. »

6° Les autres professionnels de santé

Certains patients évoquent s'être tournés vers d'autres professionnels de santé du fait de l'absence d'un médecin traitant. Que ce soient des infirmières libérales, sage-femmes, dentiste, kiné, orthoptiste...les possibilités citées sont multiples.

E7. « les prochains examens je pense que je vais essayer de passer par une sage-femme » mais les demandes dépassent parfois leur champ de compétence habituel.

Quitte à forcer un peu la main :

E10. « je n'avais même pas de médecin pour faire une demande de prise en charge pour ma cure thermale[...] j'ai fait appel à ma rhumatologue. Je trouve que déranger juste pour ça mais bon la secrétaire à fait le boulot »

Cependant selon la majorité des patients interrogés, l'ensemble de ces solutions apparaissent comme des alternatives de secours répondant ou non à un besoin de santé ; mais ne remplaçant pas le médecin traitant.

E2. « Un petit peu des astuces[...] mais enfin voilà essayé de trouver des solutions »

E3. « C'est pas ce qu'il y a à faire non plus, ils sont pas médecins »

E7. « Alors pour les besoins qu'on a au quotidien c'est vraiment le médecin généraliste

b- Le CSNP un concept récent au sein de la CPTS

La totalité des patients de notre étude ont eu recours au moins une fois au CSNP. La découverte de celui-ci est vécue comme un véritable soulagement par l'ensemble des patients. Il leur permet d'avoir recours à un médecin généraliste et qui plus est rapidement ; c'est une véritable porte d'accès aux soins. Globalement les patients s'en disent très satisfaits.

E5. « ce centre ben heureusement qu'il était là »

E6. « Je trouve que c'est bien »

E7. « globalement je trouve ça très bien et puis surtout d'avoir le rendez-vous dans la journée »

E8. « non c'est très bien ces trucs là parce que sinon je sais pas comment on ferait »

Cependant plusieurs problématiques se dégagent des discussions avec les patients. Le manque de facilité sur la prise de rendez-vous avec la nécessité de passer par l'appel du 116-117. Un système de secrétariat classique a été proposé par certains.

E3. « j'ai attendu 1 heure pour ma première fois, deux heures et demie pour la deuxième fois et je me dis combien de temps la troisième fois ? »

L'absence de suivi par le même médecin avec un turn-over des vacataires. Il semble qu'elle affecte davantage les patients présentant une problématique chronique ou nécessitant des explorations que ceux consultant pour un renouvellement d'ordonnance ou un problème médical aigu.

E9. « après comme je dis il faut qu'il y ai du suivi [...] dans deux semaines quand je vais la revoir si c'est pas la même c'est compliqué »

E11. « Mais après il n'y a pas de suivi, c'est bien pour dépanner, pour un renouvellement d'ordonnance pour tout ça. Mais je pense qu'un patient doit avoir un suivi et là y en a pas.(...) Et puis c'est toujours la même question sur quel médecin on va tomber. »

La limitation dans le type de motif de consultation a aussi été évoquée par certains patients.

Ainsi même s'ils sont soulagés d'avoir trouvé cette solution, celle-ci n'apparaît que transitoire et temporaire avant de trouver un nouveau praticien attiré.

E1. « Faut que je trouve un médecin traitant ça c'est sur »

E7. « si je trouve une solution plus adaptée je préfère quand même avoir quelqu'un qui suit... voilà j'aime bien connaître le médecin et qu'éventuellement au bout d'un moment il me reconnaisse. »

E10. « après je préférerais trouver un médecin traitant forcément »

c- Des sacrifices dans sa prise en charge médicale

Lorsqu'on interroge les patients sur leur perception de leur santé actuelle en l'absence de médecin traitant, la majorité de ceux-ci ne voient pas de changement majeur ou du moins ne l'attribuent pas à la perte de leur médecin traitant.

E1. « Je suis pas moins bien que quand j'avais mon médecin »

E5. « Non après si ça s'est dégradé c'est pas le médecin, c'est l'âge (rire), [...] c'est pas le manque de médecin qui fait que la santé change »

E6. « ma santé elle est très bonne, j'ai de bons anticorps »

E10. « Non ma santé ne s'est pas modifiée parce que je n'ai plus de médecin traitant. »

Cependant il apparaît que beaucoup ont dû renoncer à certaines demandes médicales faute de médecin.

Il s'agit avant tout des consultations annuelles de suivi ou de « check-up » qui avaient pour but de faire le point ou simplement revoir par courtoisie son médecin.

E5. « C'est vrai que ça, ça fait partie des petits suivis comme ça pour aller faire un petit check up je pense à des moments donnés on le fait plus alors que ça c'est peut-être quelque chose qui... ça on le faisait avant je pense ouai. »

E7. « Ben les rendez-vous annuels des enfants que j'ai repoussés »

E11. « On faisait au moins une visite par an avant, visite de contrôle, un check-up, contrôle de la tension, du cœur. »

Pour d'autres ce sont les problématiques du quotidien qu'ils doivent laisser de côté faute de rendez-vous.

E1. « Si j'ai pas de problème particulier [...] mais je traite pas le reste, je rogne sur des choses en attendant »

E3. « On est rendu à un stade où même avec de la fièvre on va travailler parce qu'on sait qu'il y a aucun médecin qui va nous prendre »

E4. « Ben ma perte de poids ça m'inquiète quand même, 5 kilos bon. Mais si le Dr [...] avait été là, il aurait vu pourquoi je perdais du poids. »

Une patiente évoque une problématique administrative.

E10. « je voulais une prise en charge pour une cure thermale, j'ai des cures thermales depuis 15 ans, j'ai des gros problèmes d'arthrose, cervicale lombaire, je

n'avais même pas de médecin pour faire une demande de prise en charge pour ma cure thermale. »

d- Un retentissement psychologique certain

Le fait de ne pas avoir de médecin traitant, de devoir trouver des stratégies alternatives pour se soigner voire de renoncer à certaines prises en charge est vécu de façon émotionnellement forte par les patients.

Certains se retrouvant démunis en cas de problème, ne sachant vers qui se tourner évoquent un sentiment d'inquiétude, de stress.

E1. « aujourd'hui je suis un peu dans l'incertitude »

E3. « Ben c'est embêtant. Quand ça va bien c'est bon ça passe mais la moindre maladie, moindre faiblesse, qu'on puisse rien faire, il faut qu'on essaye d'arriver à surmonter la chose à chaque fois, là ça devient compliqué. »

E7. « C'est un peu stressant oui je dirais que c'est plus stressant parce que je me retrouve à me poser des questions justement à chaque fois. »

La frustration est nommée par deux mères de famille qui ont des préoccupations pour leurs enfants.

E5. « Je pense que ça me frustre surtout pour mon fils parce que je me dis si il a vraiment un gros truc qu'est-ce que je vais faire. »

E7. « Et puis même voilà pouvoir faire ...savoir que je peux faire les examens dans les temps sans avoir à passer 2 heures au téléphone à chercher un médecin qui veuille bien... un petit peu frustrant aussi en fait. [...] donc oui frustrant »

Deux patients ayant plus de 50 ans, longuement suivis auparavant par leur médecin traitant, évoquent un sentiment d'abandon. Ils se retrouvent exclus du dispositif de soins et se considèrent comme ceux qui n'ont pas la chance d'être dans le système.

E8. « On se sent un peu abandonné quoi, on fait comment ? On se sent abandonné par l'état. »

Il en naît un sentiment d'iniquité par rapport à ceux qui ont eu la chance de trouver un nouveau praticien.

E10. « parce que là on se sentait un peu exclu du système de soin, carrément. Tout le monde à accès aux soins normalement, on a cotisé à la sécu, je sais pas pourquoi voilà on a pas accès aux soins [...] Un sentiment d'injustice moi j'ai eu, à partir du moment où on n'a pas pu être repris dans les conditions. »

Un patient ayant eu un besoin aigu et ne parvenant pas à accéder à des soins exprime des symptômes dépressifs .

E11. « C'était très très déprimant puisque en fait il n'y avait pas de suivi, [...] Le pire c'est le jour j'ai cherché beaucoup beaucoup un cabinet, j'étais vraiment plus déprimé qu'autre chose j'avais juste envie d'avoir un médecin pour qu'il me donne des conseils. »

Pour certains patients, ils expriment le besoin d'être rassurés, conseillés et pouvoir poser des questions si besoin.

E1. « Honnêtement ce qu'on attend du médecin référent c'est ça, c'est d'être là simplement pour nous rassurer parfois. Ça enlève l'inquiétude, et puis on sait qu'il est là au cas où quoi. »

E11. « on demandait conseil à notre médecin avant d'aller voir ostéo ou quoi que ce soit »

A l'inverse, une minorité de patients, généralement jeune et sans pathologie chronique, ne semble pas plus affectée que cela par cette situation.

E2. « beh voilà quoi une petite question qui est pas bien quoi...ca m'empêche pas de dormir, [...] ca m'inquiète pas effectivement de trouver une solution qui pourrait arriver parce que si c'est de l'urgence ben y a les urgences... »

D/ Un avenir incertain non dénué d'espoir

a- Une médecine générale qui évolue

1° Une prise de conscience d'un changement

Ces entretiens mettent en lumière la prise de conscience par une majorité de patients d'une rupture avec leur situation antérieure et d'une évolution de la médecine générale.

E5. « ça je pense que c'est quelque chose il faut en prendre conscience aussi, ça a changé »

Ils se montrent compréhensifs vis-à-vis de cela mais également des attentes et des besoins de la nouvelle génération de médecin, qu'ils soient professionnels ou personnels.

E1. « je comprends que les jeunes médecins, aient besoin de travailler ensemble, de faire moins d'heures, avoir une meilleure qualité de vie. »

E11. «Après je peux comprendre, vous votre génération à moins envie de faire des horaires que nos médecins d'avant faisaient »

La majorité se sent prête à suivre ces changements et à s'adapter à des pratiques différentes, parfois par défaut.

E1. « la médecine de demain, elle est sûrement différente de celle qu'on a connue jusqu'à là [...] je suis consciente qu'en tant que patiente il faut qu'on s'adapte à d'autres dispositifs. »

Pour autant, ils expriment le besoin de transmissions des données médicales et d'un suivi de leur dossier.

E5. « je pense qu'on est prêt à faire cette concession, si c'est pas toujours le même médecin mais qu'il y ai un suivi du dossier »

E12. « Un peu de suivi ce serait pas mal »

2° Une connaissance des projets de réforme nationale de la médecine générale limitée

Une patiente déplore le manque de médecins généralistes et éprouve une incompréhension vis-à-vis de cette situation qui n'a pas été suffisamment anticipé par les pouvoirs publics.

E1. « j'ai du mal à comprendre qu'on en soit arrivé là... dans cette situation avec une telle pénurie, j'ai du mal à comprendre comment on n'ait pas pu dans un pays développé comme le nôtre anticiper cette crise, ce manque de médecin généraliste, ce manque de médecin tout court. »

Pour autant la majorité des patients n'exprime pas être au courant des projets de réforme de la médecine générale.

Seuls quatre patients évoquent avoir entendu parler d'une obligation d'exercice dans des « déserts médicaux » ; sans plus de précision.

E2. « j'en ai entendu un petit peu parler, de choses plus ou moins contraignantes comme exercer en campagne, dans le monde rural avant d'aller s'installer en ville »

E3. « Il me semblait bien avoir entendu qu'ils voulaient faire revenir les médecins en campagne et compagnie surtout, c'était la grande question d'une réforme. Mais ça ne marchera pas. »

E10. « Alors moi j'ai juste entendu l'histoire de certains députés qui veulent essayer d'imposer la localisation des médecins. »

Pour aucun patient la notion d'Infirmière de Pratique Avancée ou d'assistants médicaux ne leur évoque quelque chose.

E5. « Non je ne suis pas trop au taquet »

E6. « Non pas du tout »

E12. « Non j'en avais pas entendu parler »

b- Une balance entre pessimisme et optimisme

1° Des craintes

L'absence d'un nouveau praticien attiré pour les patients engendre chez certains des craintes au quotidien.

L'inquiétude principale exprimée est celle d'un besoin médical urgent et de l'absence de solution de recours évidente.

E1. « En fait on a peur de l'urgence, moi dans mon cas c'est ça j'ai peur de l'urgence. »

E8. « Ben les craintes c'est le jour où il y a un souci grave qu'il n'y ai rien qui se fasse »

Cette sensation est exacerbée par le fait qu'en cas d'accès au service des urgences d'un hôpital celui-ci ne soit pas en mesure de les prendre en charge correctement.

E5. « qu'est-ce que je vais faire, est-ce qu'il faut aller aux urgences ? Les urgences sont saturées.»

E6. « Ça fait quand même peur, si on n'a plus de médecin après les urgences vont être bloqués, ça va être impressionnant. »

E8. « l'hôpital si vous attendez pendant 48 heures ou 72 heures dans un couloir. Je pense qu'il va y avoir des décès qui se feront dans les couloirs. »

D'autres patients se projettent dans l'avenir en anticipant la possibilité qu'apparaisse une pathologie ou des problèmes de santé dûs à l'âge.

E2. « une inquiétude en se disant bon pour l'instant ça va mais demain ... qu'est ce qui va en être un jour si jamais on a des soucis »

E3. « C'est qu'on ne sait pas où est ce qu'on va. [...] Ça va être sur l'avenir, je sais qu'on a pas mal de problèmes qui sont héréditaires dans la famille et on sait très bien que ça se déclenche sur l'âge de 40-41 ans »

E11. « Ben qu'il m'arrive quelque chose...voilà une longue maladie, [...] moi je me dis qu'est ce qui m'arrive si je choppe un cancer ou je sais pas il y a pleins de maladies. Je fais quoi si je fais de l'hypertension je vais voir qui. »

Pour beaucoup, ils craignent que ce manque de médecin s'aggrave dans les années à venir.

E6. « Ça après voilà, c'est que là vu comme que s'est parti est-ce que dans 10 ans ça sera pas pire ? Avec la génération qui arrive est-ce qu'ils vont vouloir partir vers ce métier là ou choisir la facilité ? »

E8. « rien parce que je vois déjà la galère que c'est pour trouver un médecin là alors si ça s'améliore pas dans les années à venir »

E9. « Ce qui m'inquiète c'est que dans 5-6 ans c'est que on n'ait plus personne quoi. »

2° De l'espoir

Malgré tout, quelques patients relativisent de la situation et gardent espoir de trouver un médecin.

E2. « je suis quelqu'un d'assez optimiste en général donc je me dis bon on trouvera une solution. »

E5. « on attend qu'il y ait peut-être des centres, peut être des solutions qui vont s'ouvrir à nous »

E12. « je suis d'un naturel très optimiste [...] je touche du bois »

Un patient a foi dans l'intelligence collective pour trouver des solutions.

E2. « je fais aussi confiance aux gens compétents et à l'intelligence collective pur essayer d'avancer et trouver et des solutions »

D'autres croient en leur bonne étoile.

E9. « Après je vois qu'il y a des choses qui se mettent en place et puis moi j'ai toujours un peu de chance là-dessus. »

IV- DISCUSSION

1) Résultats principaux et interprétations

A/ La perte de son médecin traitant

a- Des conditions de perte particulières contribuant à son vécu péjoratif

L'analyse effectuée a permis de mettre en évidence, dans un premier temps, un ressenti actuel de la situation du patient impacté par le triste souvenir de la perte de son médecin traitant. Celle-ci était vécue de manière émotionnellement forte et à caractère plutôt péjoratif. Les conditions généralement brutales et soudaines ne faisant que potentialiser cela.

La plupart des patients ont conscience que la perte de leur médecin traitant est inévitable et généralement liée au départ en retraite de celui-ci. Cependant inconsciemment ils espèrent que cette relation ne s'achèvera jamais. Ils se voient vieillir avec leur médecin et ne souhaitent pas penser à la disparition d'une condition qui leur convient.

La découverte de la perte du médecin traitant marque une rupture sans retour possible où le patient prend réellement compte du deuil à réaliser et des changements à venir. Le caractère brutal et inopiné exacerbe le vécu malheureux de cette situation avec le témoignage par les patients d'une volonté de l'apprendre différemment. Au cours des entretiens, on perçoit la nostalgie des patients sur cette période et la présence forte de souvenirs liés à cette perte récente.

L'étude de F.Perroteau /23/ soutient cette même notion. L'annonce et la découverte de la perte du médecin traitant y est mal vécue. Les patients expriment le sentiment d'être pris par surprise et au dépourvu. Pour la majorité d'entre eux ils préféreraient l'apprendre directement par le médecin, au mieux 6 mois avant la perte et non pas de façon indirecte et impersonnelle comme sur des affiches. Cependant dans cette étude, seul le vécu secondaire au départ en retraite du médecin traitant est pris en compte et non pas les autres raisons de la perte de celui-ci.

Dans notre analyse, les trois patients n'ayant plus de médecin traitant pour cause de déménagement récent en Vendée n'ont pas exprimé de ressenti particulièrement négatif de la perte de celui-ci. Ils ne sont pas revenus sur les conditions de la séparation ou du moins ne les jugent pas brutales et inopinées. Il semblerait que le fait d'acter voire de dater la rupture permettrait de mieux s'y préparer. Ces patients savaient que le changement géographique impliquerait forcément une adaptation. Probablement que cela leur a permis de cheminer plus rapidement dans les étapes du deuil pour arriver à une étape de rétablissement comme décrit par M. Hanus. /24/

b- Une perte d'un lien familial non comblée

Notre étude a permis de souligner l'importance du lien qui existait entre le patient et son médecin traitant. La perte de celui-ci est vécue comme un véritable déchirement ayant un retentissement sur l'ensemble de la famille et créant un vide non comblé.

Pour beaucoup de patients, la notion de médecin traitant dépasse le simple aspect médical. C'est une personne côtoyée depuis plusieurs années durant lesquelles une relation s'est créée au travers des moments joyeux ou plus difficiles de la vie. Très souvent, c'est le médecin de toute une famille, suivant plusieurs générations et ayant connaissance de leur secret. Dans nos entretiens ce lien avec le médecin de famille est symbolisé par les notions de : confiance, fidélité, longévité, communication et connaissance mutuelle.

Dans la littérature, la notion de relation médecin/patient a été très souvent étudiée et sa conception ne cesse d'évoluer au cours des époques. Traditionnellement elle suivait un modèle « paternaliste » /25/ où le médecin était persuadé de son savoir. Il avait la capacité de garantir seul et de façon objective l'intérêt du patient.

Dans notre étude on retrouve davantage les caractéristiques d'une relation dite « partenariale » /26/ ayant pour but d'obtenir une alliance thérapeutique basée entre autres sur la confiance réciproque et le principe de bienveillance.

Perdre son médecin traitant est perçu pour beaucoup comme la perte d'un membre de la famille et d'une partie de son histoire. Les préoccupations se multiplient avec une volonté pour une partie des patients interrogés de prioriser l'accès médical pour les extrêmes générationnels perçus souvent comme plus fragiles.

Cette notion de lien patient-famille est également décrite dans l'étude de F. Perroteau /23/. Il évoque un médecin faisant partie de la sphère familiale, pour lequel le départ entraîne un retentissement inter-générationnel. Pour autant, on n'y retrouve pas cette préoccupation liée aux plus petits de la famille.

Cette perte du médecin traitant est d'autant plus regrettable que les patients ne trouvent pas de moyen de la combler que ce soit sur le plan médical ou affectif. Certains regrettent, sur un aspect pratique, le fait de ne pas avoir pu être pris en charge par d'autres confrères présents dans le même cabinet médical. On pourrait y trouver une notion plus matérielle ou il existerait une volonté des patients de rester dans les mêmes locaux, d'avoir un repère géographique qui rassurerait et qui indirectement rappellerait leur attachement à leur ancien médecin.

B/ La recherche d'un nouveau praticien attiré

a- Une recherche non anticipée

Au travers de notre analyse, nous avons pu constater que la quasi-totalité des patients interrogés n'avait pas réalisé de démarche de recherche d'un nouveau praticien avant la perte de leur médecin traitant. Celle-ci ne s'effectuant qu'après la rupture, motivée ou non par le besoin.

Une des raisons y contribuant partiellement réside dans les conditions généralement brutales de la perte ne permettant pas de s'y préparer. Ceci est à modérer puisque plusieurs patients avaient conscience d'une fin proche et n'ont pas modifié leur attitude.

Ce constat résulte davantage dans l'attachement fort du patient à son généraliste et de sa volonté de pérenniser ce lien. On pourrait évoquer chez certains patients l'assimilation d'un départ anticipé à une forme de trahison de leur ancien médecin.

Cette absence d'anticipation est confirmée dans l'étude de F.Perroteau **/23/** où les patients ne souhaitaient pas réfléchir à la suite avant le départ et rester fidèles jusqu'au bout.

Pour M. de Fritsch « anticiper, ce n'est pas seulement se renseigner, c'est surtout décider puis s'entraîner et vérifier ». **/27/** On pourrait s'interroger sur la capacité totale et seul du patient à anticiper voire d'une nécessité d'une aide pour décider et faire un choix avant le dernier moment.

Par ailleurs, une fois la rupture réalisée et dans cette situation d'absence de nouveau médecin traitant, l'ensemble des patients de notre étude ont affirmé avoir réalisé au moins une fois une démarche de recherche d'un nouveau praticien.

Pour la plupart, celle-ci s'est effectuée avant même un besoin relatif à leur santé, témoignant d'une préoccupation certaine. Il semblerait qu'un âge supérieur à 65 ans, un besoin de renouvellement d'ordonnance et une nécessité pour un autre membre de la famille soient des critères favorisant cette démarche.

A l'inverse, ce sont les patients les plus jeunes de l'étude, sans enfant ou pathologie chronique qui ont initié la quête uniquement lors d'un besoin médical aigu.

De même, nous avons observé que cette anticipation n'était pas réalisée non plus chez les patients ayant déménagé. D'une part disent-ils par l'absence de préoccupation principale lors d'un changement de domicile. D'autre part du fait qu'il ne s'attendait pas à éprouver des difficultés dans leur recherche et se retrouver disent-ils dans un « désert médical ».

b- Une recherche infructueuse

Dans notre étude, les patients ont semblé partagés entre la nécessité de trouver un nouveau médecin traitant et la quasi-certitude d'un échec dans leur quête faisant naître un sentiment de découragement.

L'une des raisons relayées est l'absence de prise de nouveau patient par les médecins généralistes faisant lien à la « pénurie » de professionnels. D'autre part, ils ont évoqué la non-appartenance au secteur géographique du médecin généraliste sollicité.

L'étude de V. Portin /28/ s'est penchée sur les freins à la prise de nouveau patients d'après le point de vue des médecins généralistes. On y retrouve la même notion de pénurie de médecins. S'y ajoutent également comme obstacle à l'acceptation: la gestion des visites à domicile, des soins non programmés ainsi que les exigences administratives. On n'y retrouve pas la notion de secteur géographique.

Ces nombreux refus conduisent fréquemment les patients à abandonner leur démarche malgré une débauche de temps et d'énergie certaine. A terme se crée une résignation renforcée par le récit des échecs de l'entourage dans les mêmes démarches.

Certains patients regrettent de ne pouvoir directement réaliser leur demande, et la justifier auprès des médecins généralistes. Les freins d'une messagerie téléphonique et des secrétariats y contribuent. Du point de vue médical, on pourrait envisager ces barrières comme un filtre permettant de se protéger de demandes certes justifiées mais innombrables et chronophages.

c- Une recherche non standardisée d'un médecin idéal

La recherche est un élément clé avant la déclaration d'un nouveau médecin traitant. Les patients de notre étude ont affirmé avoir les moyens à disposition pour effectuer cette quête. Les outils d'information et de communication sont diversifiés et adaptés pour les différents profils. Pour autant le problème souligné n'est pas tant la recherche mais l'absence de praticien disponible pour recevoir de nouveaux patients.

Aucune piste concrète n'a été évoquée pour faciliter cette quête. Bien qu'il existe la possibilité de listes d'attentes en mairie, celles-ci posent le problème d'anonymisation et de priorisation ou non de certains patients.

Cette recherche est une étape nécessaire au changement, parfois source d'inconnu. Le patient se trouve confronté à la nécessité de trouver plus ou moins rapidement un nouveau praticien. Pour autant, il lui paraît essentiel de pouvoir choisir un médecin qui lui correspond.

Dans notre étude, est souvent évoqué le désir de trouver «un bon médecin traitant », qui est une notion très subjective.

Au cours de nos entretiens certains critères de choix essentiels sont souhaités par les patients : la compétence, l'aspect relationnel et humain, la notion de proximité géographique.

Dans l'étude de G. Ibanez, P.C et C.M /29/, ces qualités d'un «bon médecin traitant » ont été classées en trois catégories : les compétences médicales, les compétences relationnelles entre patients/collègues et les valeurs morales et éthiques. On retrouve ici des similitudes avec notre étude.

Ces résultats sont également confirmés par A. Ferrier /30/ . Elle retrouve par ordre décroissant de fréquence des critères décisifs de choix d'un médecin traitant : la compétence, l'écoute et la proximité.

Pour S. Bellegot /31/ , sa partie qualitative avait mis en évidence les caractéristiques : médecin de famille, proximité du domicile ou lieu de travail, bon relationnel et réputation.

Pour autant les patients de notre étude ont conscience de la rareté de l'offre et sont prêts à faire certains sacrifices pour trouver par défaut un nouveau praticien.

C/ Se soigner sans médecin traitant

a- Des stratégies alternatives par défaut

L'absence de médecin traitant et donc d'inclusion dans le parcours de soins coordonné est vécue comme une réelle difficulté par les patients de notre étude lors d'une nécessité de consultation quel qu'en soit le motif. L'analyse a pu montrer les différents recours possibles ou non pour les patients afin de gérer au mieux leur demande.

Certains réflexes sont présents comme l'automédication pour les petits maux du quotidien ou encore le recours au pharmacien. Celui-ci apparaît comme un professionnel de confiance, fiable et facilement accessible pour les patients.

Solliciter les urgences est perçu dans notre analyse comme une solution habituelle de réponse à un besoin jugé urgent. Cependant faute de médecins disponibles certains patients n'hésitent pas à s'y rendre même pour des motifs non justifiés. C'est le garant facile d'une prise en charge à n'importe quel moment.

Certaines raisons de recours aux urgences sont retrouvées également dans l'étude quantitative de M.Guerry /32/. Par ordre décroissant de fréquence il y retrouve : estimation par le patient d'un motif grave nécessitant son recours, praticité,

indisponibilité d'un autre médecin, service garantissant la possibilité de tout réaliser sur place.

Le développement de la télémédecine au cours de ces dernières années offre la possibilité aux patients d'avoir accès indirectement à un médecin généraliste. Vécu plutôt péjorativement par les patients interrogés du fait d'un manque de contact physique et d'une impersonnalité, elle n'est pas citée comme une solution d'avenir.

Dans l'étude d'E.Roger /33/, on retrouve cette même notion de solution de dépannage avec la crainte par les patients de diagnostic erroné, d'une perte de la relation médecin/patient ainsi qu'une déshumanisation de la médecine.

Certains patients n'hésitent pas à solliciter d'autres professionnels médicaux ou non pour répondre à leur besoin, cependant les demandes dépassent parfois leur champ de compétence.

Quoi qu'il en soit l'ensemble de ces moyens à disposition sont perçus par les patients comme des solutions alternatives à l'absence de médecin traitant et ne peuvent être que temporaires.

Cette absence de médecin traitant interroge sur le « nomadisme médical » contraint qui en découle. L'absence d'un repère central conduirait les patients à multiplier les avis pour obtenir des réponses à leurs interrogations. Cela pose d'une part un problème d'ordre temporel à la fois pour le patient mais surtout pour le professionnel sollicité avec une possible perte de temps. D'autre part ce serait un problème d'ordre financier avec une augmentation des dépenses de santé dans une conjoncture actuelle qui n'en aurait pas besoin.

b- Le CSNP un concept récent au sein de la CPTS

Le CSNP des Herbiers, comme les autres CSNP de Vendée développés depuis le début de l'année 2022, est né du constat d'une augmentation de l'activité des services d'urgences et des difficultés pour certains patients à trouver une réponse à leurs besoins de soins médicaux. Ils correspondent à une offre de soins au carrefour entre cabinet de ville et urgences ; permettant d'associer fluidité, proximité, rapidité et qualité des soins.

Ils ont permis d'apporter une réponse au 16% de Vendéens sans médecin traitant et de désengorger les services d'urgences du département avec une diminution de 10% des passages entre 2022-2023. /34/

Son développement au sein de la CPTS est perçu comme un véritable soulagement par les patients interrogés leur permettant d'avoir accès à un médecin généraliste

localement. Ils se disent globalement satisfaits de sa mise en place et de son fonctionnement. Il a permis de faciliter l'accès aux soins pour une population qui se sentait abandonnée et ainsi donner un repère aux patients en cas d'interrogation relative à leur santé.

Ces avis favorables sur ce type de structure sont confirmés dans l'étude de G.Mukendi /35/. Ici plus de 90% des patients exprimaient leur satisfaction globale. Cependant dans sa population d'étude 88.3% des patients avaient déclaré un médecin traitant.

Pour autant, dans notre étude certaines limites lui sont reprochées comme la difficulté de prise de rendez-vous et la limitation dans leurs motifs. L'absence de suivi régulier du fait d'une rotation des vacataires est également citée mais semblerait davantage impacter les patients présentant des pathologies chroniques non stabilisées ou des problèmes de santé en cours d'exploration.

De plus, il est perçu comme une solution temporaire et ne décourage pas les patients de notre étude à poursuivre leur quête d'un médecin traitant.

L'essor de ces structures fait réfléchir aux raisons de leur mise en place et de leur succès auprès de médecins généralistes pour y travailler. Certains syndicats de médecine générale /36/ déplorent l'attractivité importante de ce type d'exercice (financier, matériel, administratif, temporel) aux dépens d'une médecine générale de « ville » classique qui peine à attirer de nouveaux médecins. S'oriente-on ainsi progressivement vers une salarisation de la médecine générale ?

Plus globalement, quel avenir est-il promis à la médecine générale telle qu'on la connaît ? La volonté de déléguer certaines tâches médicales à d'autres professionnelles de santé : infirmière de pratique avancée, assistants médicaux... va-t-elle permettre un meilleur exercice coordonné de la médecine générale ou à l'inverse augmenter le fossé entre une médecine générale à deux vitesses ?

c- Des sacrifices dans sa prise en charge médicale

Les patients de notre étude se sont estimés globalement en bonne santé ou du moins n'attribuent pas une quelconque modification à cette absence de médecin traitant. Cette notion est à pondérer du fait d'une perte récente de celui-ci et donc d'un recul relatif sur leur situation.

Cependant leur conception de la santé est très subjective en témoigne cette remarque : « ma santé elle est très bonne, j'ai de bons anticorps ». Elle ne correspond pas forcément à la définition que l'on en connaît de l'OMS /37/

Néanmoins, ils expriment avoir dû renoncer à des soins faute de médecin traitant. Ce sont avant tout les consultations de préventions, de « check-up annuel » et des demandes relatives aux maux du quotidien.

L'étude quantitative de T.Bonnet /38/ s'est penché sur les facteurs de renoncements aux soins. La sous-médicalisation dans le secteur d'étude en faisait partie, s'y ajoutés un délai d'attente pour obtenir un rendez-vous (supérieur à 48H) et à moindre mesure une contrainte financière.

Au cours de notre analyse il paraît difficile du fait des caractéristiques populationnels limitées et d'un nombre d'entretiens trop faible de profiler un type de patient plus à même de renoncer aux soins. Dans une étude de la DRESS en 2021 /39/ , il était montré que les personnes pauvres en conditions de vie avaient trois fois plus de risque de renoncer à des soins, cela montant jusqu'à huit fois dans des zones très sous-dotées en médecin généraliste.

d- Un retentissement psychologique certain

Au travers des entretiens, nous avons pu percevoir le vécu émotionnel poignant de la majorité des patients témoignant d'une situation préoccupante pour leur propre santé mais également celle de leur entourage.

La notion d'abandon a été fréquemment employée avec l'impression par les patients d'une injustice à leur encontre. Ils se sentent exclus du système de soins et se considèrent comme la catégorie à part n'ayant pas eu la chance de retrouver un médecin traitant. Il en découle une certaine incompréhension de leur situation actuelle et plus globalement celle du système de santé en France. On pourrait s'interroger sur les raisons d'un tel constat et de l'absence de mesures efficaces en amont pour y remédier.

Pour d'autres ce sont des sentiments anxio-dépressifs qui dominent. Il semblerait que ce stress soit potentialisé par la préoccupation liée aux enfants.

Quoiqu'il en soit il existe une volonté de trouver un médecin traitant pour rassurer, conseiller et apaiser dans un contexte sanitaire des dernières années anxiogène.

Une minorité de patients à l'inverse n'ont pas évoqué être particulièrement affectés par cette situation. Ce sont essentiellement des patients jeunes sans pathologie chronique.

D/ Un avenir incertain non dénué d'espoir

a- Une médecine générale qui évolue

Les patients de notre étude ont pris conscience de l'évolution de l'exercice de la médecine générale, des attentes d'une nouvelle génération de médecins et se disent ainsi prêts à s'adapter à ces changements. Ils ont témoigné leur incompréhension sur une situation actuelle non anticipée par les pouvoirs publics mais pour autant ne semblent pas informés sur les mesures gouvernementales proposées pour améliorer entre autres l'accès aux soins.

La vision du médecin de famille omniprésent, exerçant généralement seul dans un cabinet mitoyen à son domicile mais pour autant souvent au détriment de sa vie familiale semble de l'histoire ancienne. Les patients comprennent la volonté d'une nouvelle génération de travailler dans des conditions différentes permettant de concilier vie professionnelle et familiale. Dans notre étude, selon les patients, les attentes de la nouvelle génération de médecin comprennent les critères : adaptation des horaires de travail, meilleure qualité de vie et travail en groupe.

Une étude de A.Kempa /40/ s'est penchée sur le vécu du métier de médecin généraliste et de son évolution par le professionnel. Il est montré la même notion d'une recherche d'un équilibre vie professionnelle et privée. Cependant les médecins de l'étude déplorent également une évolution du côté de la patientèle avec l'augmentation de leurs exigences et des attitudes de manque de respect.

b- Une balance entre pessimisme et optimisme

Cette absence de visibilité sur l'avenir a plongé les patients dans le doute avec l'émergence de craintes au quotidien ou sur un futur proche. Néanmoins, certains ont gardé espoir d'une amélioration prochaine de la situation.

L'absence de médecin traitant est une préoccupation pour tous et fait craindre pour certains un problème médical aigu sans pouvoir trouver de recours disponible. D'autres patients se disent davantage préoccupés par les possibles pathologies liées à la vieillesse. Il existe cette projection sur le futur qui pour l'instant reste incertaine.

Pour autant, les récentes actualités témoignent de la préoccupation de nos instances nationales sur le système de santé français et de leur volonté de l'améliorer /41/. On ne peut qu'espérer une issue favorable, conciliant les besoins d'une population et des professionnels de santé.

Quoi qu'il en soit, il paraît nécessaire d'adapter la médecine générale aux réalités d'aujourd'hui.

2) Forces et faiblesses

A/ Faiblesses

a- Biais de sélection

Le recrutement de patients sur un seul centre (CSNP des Herbiers) constitue une première limite démographique à cette étude. Une approche multicentrique sur les autres CSNP du département aurait permis d'avoir une meilleure représentativité de la population vendéenne. Cependant avec plus de 87.000 habitants, la CPTS du Haut Bocage garantit une excellente diversité de profils.

Par ailleurs, même si l'ensemble des patients n'avaient pas retrouvé de médecin traitant ; le fait d'avoir déjà consulté une fois au CSNP et ainsi obtenu une prise en charge médicale a pu les influencer positivement sur certaines questions ; notamment : « Que pensez-vous des moyens actuels disponibles localement (CPTS Haut Bocage) pour pallier l'absence de médecin traitant ? ».

Définir comme critère d'inclusion : une perte d'un médecin traitant inférieure à deux ans majore la probabilité de sélectionner des patients ayant eu le même médecin traitant et à fortiori les mêmes conditions de perte de celui-ci. Pour autant, en ne limitant pas le type de motif de perte du médecin traitant, on a pu recruter des patients n'ayant plus de généraliste pour cause de déménagement et ainsi minorer ce biais.

Nous pouvons supposer également que les patients ayant accepté de participer à notre entretien aient été particulièrement affectés par cette situation complexe. Il paraît plus difficile de recruter des patients de façon volontaire qui n'éprouveraient aucune difficulté dans cette situation ou souhaiteraient témoigner d'un vécu extrêmement positif.

b- Biais lié à l'enquêteur

Le second biais majeur est celui lié à l'inexpérience de l'enquêteur dans le domaine de la recherche qualitative. Quelle soit dans la gestion des entretiens semi-directifs mais également l'analyse et l'interprétation des résultats.

En amont la lecture d'ouvrage de sociologie **/42/** m'a permis de mieux appréhender le déroulement de ce type d'étude. Un approfondissement dans les bases de rédaction d'une discussion a également été nécessaire. **/43/**

Afin de préparer mes rencontres, j'ai réalisé un premier entretien à « blanc » avec une personne non incluse dans l'étude pour ajuster la formulation des questions pouvant poser des difficultés.

Je me suis efforcé autant que possible, au cours des entretiens, à garder une posture neutre en ne dévoilant pas mes émotions ou ressentis qui auraient pu influencer les patients. L'expérience s'acquiert également au fil des échanges.

Par ailleurs l'apport d'une tierce personne davantage compétente dans ce domaine a permis de garder une meilleure objectivité et ainsi augmenter la validité interne de cette étude.

B/ Forces

Ce travail réalisé en Vendée est le premier dans son genre s'intéressant au vécu des patients ayant perdu leur médecin traitant et en recherche d'un nouveau praticien attiré pour garantir leurs soins. C'est donc un travail de recherche original.

Le choix de la méthode qualitative a permis de recueillir des réponses liées à ce problème de santé fréquent, préoccupant et au cœur des problématiques nationales. Les principes de base de sa réalisation ont été appliqués.

La variabilité de l'échantillon a permis de balayer un maximum de situations et d'extrapoler de façon correcte à la population générale.

Le principe de saturation des données a été respecté et atteint au onzième entretien. Un entretien supplémentaire a été réalisé pour la confirmer.

Les entretiens semi-dirigés basés sur une trame de questions ouvertes ont permis aux patients de s'exprimer librement et de recueillir des informations détaillées et diversifiées essentielles à la compréhension de cette question.

La triangulation des données a permis d'augmenter la qualité et la fiabilité de l'étude. En effet un double encodage de l'ensemble des entretiens a été réalisé par une personne extérieure à l'étude permettant de neutraliser la subjectivité.

3) Perspectives

L'ensemble de cette étude pose des bases intéressantes pour appréhender cette situation complexe de perte puis de recherche de médecin traitant vécue par les patients. On pourrait extrapoler sur des implications futures de nos résultats.

Ainsi, afin de contribuer à une meilleure préparation du patient à la perte de son médecin traitant et de minorer son vécu péjoratif; une harmonisation des moyens d'annonce jugés optimales pourrait être envisagée et proposée aux médecins généralistes.

De même, promouvoir une anticipation de la recherche d'un nouveau praticien avant la perte du médecin traitant paraîtrait essentielle afin de pérenniser un nouveau lien patient/médecin de famille. Dans l'idéal on envisagerait une prise de contact préalable avec le nouveau médecin dans le but d'assurer une transition fluide dans le suivi du patient.

Cependant la pénurie ressentie actuelle de médecin freinerait ces démarches. Des réponses fortes à cette baisse de la démographie médicale paraîtraient nécessaires à un exercice futur de la médecine générale en toute sécurité pour patients et professionnels de santé.

L'apport du CSNP semble une alternative satisfaisante garantissant une prise en charge médicale des patients. Son développement à l'échelle nationale pourrait être une solution cohérente à l'amélioration de l'accès aux soins.

Une prise de conscience sociétale de l'évolution de la pratique de la médecine générale et la communication de mesures gouvernementales efficaces sembleraient indispensables pour maintenir une médecine générale de qualité.

Notre travail ouvre la voie à des nouvelles questions de recherche :

Quelle évolution du médecin de famille: vers une salarisation pour concilier vie professionnelle et privée ?

Les CSNP, solution d'avenir à la pénurie de médecin ou obstacle à la pérennisation d'une médecine générale de « ville » ?

Quels apports des infirmières de pratiques avancées et assistants médicaux dans l'amélioration de l'accès aux soins ?

Comment bénéficier des avantages du parcours de soins coordonnés en l'absence de médecin traitant ?

S'orientent-ils vers une privatisation des soins ?

Est-il possible d'imposer des nouveaux patients aux médecins généralistes ?

Quel ressenti du médecin généraliste devant dire non à de nouveaux patients ?

V- CONCLUSION

La perte de son médecin traitant est une situation de plus en plus fréquente ces dernières années, source de préoccupations pour les patients. La recherche d'un nouveau praticien semble s'inscrire dans un contexte de pression d'accès aux soins fruit d'une baisse de la démographie médicale et d'une évolution sociétale. Le département de la Vendée n'est pas épargné par ce constat. Le gouvernement actuel a fait de l'amélioration de l'accès aux soins une priorité.

Notre travail avait pour but d'étudier le vécu des patients vendéens n'ayant plus de médecin traitant et en recherche d'un nouveau praticien attiré pour garantir leurs soins.

Les résultats ont montré que le vécu actuel de la situation était impacté par le triste souvenir de la perte de son ancien médecin généraliste. Les conditions brutales de cette rupture potentialisant son caractère péjoratif. Par ailleurs, les moyens de recherche en eux-mêmes sont présents mais la quête est freinée par une pénurie de médecin et l'absence de prise de nouveaux patients par les généralistes actuellement installés. Cette situation est vécue de manière émotionnellement forte avec des sentiments entre autres d'injustice et d'exclusion du système de soins. Les patients trouvent des solutions alternatives par défaut pour répondre ou non à leurs interrogations médicales. Le CSNP est jugé comme un moyen satisfaisant à l'amélioration de l'accès aux soins mais ne substitue pas au médecin traitant. Les patients ont conscience de l'évolution de l'exercice de la médecine générale et des attentes des nouvelles générations de médecins. Ils se disent prêts à s'adapter à ces changements mais témoignent leur incompréhension sur le constat actuel de la médecine. Les informations sur les volontés de réforme par le gouvernement sont mal comprises par les patients. Ceux-ci sont en attente de mesures fortes pour répondre à leurs besoins.

La médecine générale est en perpétuelle mouvement, une adaptation de sa pratique au monde d'aujourd'hui semble indispensable pour pérenniser sa pratique sereine, de qualité et maintenir une relation bienveillante entre patients et professionnels de santé.

VI- BIBLIOGRAPHIE

/1/ Corsale M. Vécu. (experiences – vivencia). In: Dictionnaire de sociologie clinique [En ligne]. Toulouse: Érès; 2019. p. 669-71. (Sociologie clinique). Disponible : <https://www.cairn.info/dictionnaire-de-sociologie-clinique--9782749257648-p-669.htm>

/2/ Stewart M, Brown J, Weston W et al. Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method. third edition. Oxon: ed Radcliff medical press; 2014. 426 p.

/3/ Engel G. From Biomedical to biopsychosocial. Being scientific in the human domain. Psychosomatics. 1997;(38):521-8.

/4/ Harper D. Online Etymology Dictionary [En ligne]. Etymology of patient; 2023. [cité le 16 septembre 2022]. Disponible : <https://www.etymonline.com/word/patient>

/5/ LOI du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, n° 2002-303 [En ligne], 4 mars 2002 [cité le 17 septembre 2022] (France). Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>

/6/ Cardin H. La loi du 4 mars 2002 dite loi Kouchner. Les Tribunes de la santé [En ligne]. 2014 [cité le 17 septembre 2022]; n°42(1):27 Disponible : <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2014-1-page-27.htm>

/7/ LOI du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, n° 2004-810 [En ligne], 13 août 2004 [cité le 17 septembre 2022] (France). Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000625158/>

/8/ Institut national de la statistique et des études économiques [En ligne]. Espérance de vie en 2022, comparaisons régionales et départementales ; 22 février 2023 [cité le 12 octobre 2022]. Disponible : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012749#tableau-TCRD_050_tab1_departements

/9/ Arnault F. Conseil national médecin [En ligne]. Atlas de la démographie médicale en France ; 2022 [cité le 12 octobre 2022]. Disponible : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/11jksb5/cnom_atlas_demographie_medicale_2022_tome_1.pdf

/10/ Code de la santé publique-Article L1110-3 [En ligne]. Code de la santé publique. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000026268225/2016-02-04

/11/ Gattuso C. Le généraliste [En ligne]. Nicolas Revel, directeur général de l'Assurance maladie : « L'accès au médecin traitant me préoccupe » ; 9 janvier 2020 [cité le 14 juillet 2021]. Disponible : <https://www.legeneraliste.fr/actu-pro/nicolas-revel-directeur-general-de-lassurance-maladie-laces-au-medecin-traitant-me-preoccupe>

/12/ MG France [En ligne]. Patients sans Médecin traitant, mythe ou réalité ? ; 29 avril 2019 [cité le 4 juillet 2021]. Disponible : <https://www.mgfrance.org/publication/lettreauxgeneralistes/2142-patients-sans-medecin-traitant-mythe-ou-realite>

/13/ Ameli [En ligne]. Consultations en métropole : vos remboursements ; 3 octobre 2022 [cité le 13 octobre 2022]. Disponible : <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/consultations-telemedecine/metropole>

/14/ Ameli [En ligne]. Le rôle du médecin traitant et le parcours de soins coordonnés ; 22 mars 2022 [cité le 13 octobre 2022]. Disponible : <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-p-arcours-soins-coordonnes>

/15/ Ministère de la solidarité et de la santé [En ligne]. Ma santé 2022 : un engagement collectif. Dossier de Presse du 18 septembre 2018 [cité le 13 octobre 2022]. Disponible : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf

/16/ Merit B. Les principaux critères de choix du médecin traitant en 2014 : une étude transversale descriptive auprès de patients de médecine générale en Vendée [Thèse de doctorat]. [Angers] : Université d'Angers; 2014. 111p

/17/ Nics V. Pourquoi le patient change-t-il de médecin généraliste [Thèse de doctorat]. Rouen : Université de Rouen; 2003. 166 p

/18/ Feuillet A. Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste ? : enquête qualitative auprès de patients d'Eure-Et-Loir [Thèse de doctorat]. [Tours] : Université François Rabelais; 2013. 224p

/19/ Purvin J. Pourquoi les patients picards changent-ils de médecin traitant ? Etude qualitative sur les patients de la région Picardie [Thèse de doctorat en ligne]. [AMIENS] : Université de Picardie Jules Verne; 2016 [cité le 3 août 2021]. 71p. Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01345704>

/20/ Chauveau F. Ouest-France [En ligne]. Désert médical en Sud-Vendée. 10 000 patients sont en recherche d'un médecin traitant ; 26 décembre 2021 [cité le 20 juillet 2021]. Disponible : <https://www.ouest-france.fr/pays-de-la-loire/fontenay-le-comte-85200/desert-medical-en-sud-vendee-10-000-patients-sont-en-recherche-d-un-medecin-traitant-04ebd6fc-6250-11ec-8679-ab0fdb9344df>

/21/ Sertillanges P. France bleu [En ligne]. Vendée : elle a mis 6 mois pour trouver un nouveau médecin traitant ; 6 août 2018 [cité le 21 juillet 2021]. Disponible : <https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/vendee-elle-a-mis-6-mois-pour-trouver-un-nouveau-medecin-traitant-1533126095>

/22/ Fillatre S. Le médecin traitant face à son patient qui le quitte volontairement : vécu des médecins généralistes de la Somme : étude qualitative auprès de 12 praticiens [Thèse de doctorat en ligne]. [AMIENS] : Université de Picardie Jules Verne; 2017 [cité le 12 août 2021]. 69p. Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01768314>

/23/ Perroteau F. Comment les patients perçoivent-ils le départ à la retraite de leur médecin traitant ? Étude qualitative par entretien semi-dirigé auprès de patients de médecins généralistes de l'Essonne [Thèse de doctorat]. [Paris] : Université Pierre et Marie CURIE; 2017. 130p

/24/ Hanus M. Les étapes du deuil. Gérontologie et société [En ligne]. 2000 [cité le 10 mars 2023]; 23n° 95(4):71-86. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2000-4-page-71.htm>

/25/ Jaunait A. Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. Raisons politiques [En ligne]. 2003 [cité le 10 mars 2023];11(3):59. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-raisons-politiques-2003-3-page-59.htm>

/26/ De la Tribonnière X. Être en relation avec le patient. Pratiquer l'éducation thérapeutique. Issy-les-moulineaux : Elsevier Masson; 2016. 329p

/27/ De Fritsch M. Anticiper, c'est choisir : courte réflexion sur le processus d'anticipation. Sécurité globale [En ligne]. 2021 [cité le 19 mars 2023];27(3):29-32. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-securite-globale-2021-3-page-29.htm>

/28/ Portin V. Perception du rôle de médecin traitant et évaluation des freins à la prise de nouveaux patients : une étude qualitative auprès de médecins généralistes de la CPTS Initiatives Santé [Thèse de doctorat en ligne]. [Marseille] : Université Aix-Marseille; 2022 [cité le 20 mars 2023]. 116p. Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03826524>

/29/ Ibanez G, Cornet P, Minguet C. Qu'est-ce qu'un bon médecin ? Pédagogie Médicale. 2010;11(3):151-65.

/30/ Ferrier A. Quels sont les critères de choix d'un médecin traitant ? Etude quantitative auprès des patients de médecine générale de la région Ouest de l'Étang de Berre réalisée en 2018 [Thèse de doctorat en ligne]. [Marseille] : Université Aix-Marseille; 2019 [cité le 20 mars 2023]. 49p. Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02361951>

/31/ Bellegot S. Quels sont les critères de choix du médecin traitant dans le grand-Paris ? [Thèse de doctorat]. [Paris] : Université Paris Diderot; 2015. 88p

/32/ Guerry M. Pourquoi les patients vont-ils aux urgences au lieu de solliciter la permanence des soins ? Étude observationnelle descriptive transversale au sein des services d'urgence du CHU de Bordeaux (site Pellegrin) et du CH d'Agen [Thèse de doctorat]. [Bordeaux] : Université de Bordeaux; 2016. 74p

/33/ Roger E. Téléconsultation : représentations et préjugés. Étude qualitative auprès de patients du pays Salonais naïfs de téléconsultation [Thèse de doctorat en ligne]. [Marseille] : Université Aix-Marseille; 2021 [cité le 21 mars 2023]. 108p. Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03193807>

/34/ Charrier A. Actu [En ligne]. Vendée : 16% des habitants n'ont pas de médecin traitant ; 9 décembre 2022 [cité le 22 mars 2023]. [Disponible : https://actu.fr/pays-de-la-loire/la-roche-sur-yon_85191/centres-de-soins-non-programmes-lars-fait-le-bilan_55833682.html]

/35/ Mukendi G. Place des centres de consultations non programmées dans le paysage des soins primaires. [Thèse de doctorat en ligne]. [Nice] : Université de Nice-Sophia-Antipolis; 2019 [cité le 24 mars 2023]. 32p. Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02436841>

/36/ Dewevre G. UFML Syndicat [En ligne]. Centres de soins non programmés (CSNP) : opportunité ou opportunisme !? ; 27 juillet 2022 [cité le 24 mars 2023]. Disponible : <https://www.ufml-syndicat.org/centres-de-soins-non-programmes-csnp-opportunite-ou-opportunisme/>

/37/ Organisation mondiale de la Santé [En ligne]. Vos questions les plus fréquentes. Disponible : <https://www.who.int/fr/about/frequently-asked-questions>

/38/ Bonnet T. Le renoncement aux soins dû à l'avance des frais d'une part et à la pénurie de l'offre de soins d'autre part [Thèse de doctorat en ligne]. [Rouen] : Université de Rouen; 2015 [cité le 2 avril 2023]. 67p. Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01342957>

/39/ Lapinte A, Legendre B. Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres. Etude & Résultats. Juillet 2021;1200 :8.

/40/ Kempa A. Vécu du métier de médecin généraliste en 2017 : enquête qualitative auprès des généralistes des Alpes-Maritimes [Thèse de doctorat en ligne]. [Nice] : Université de Nice Sophia Antipolis; 2017 [cité le 7 avril 2023]. 63p. Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01633791>

/41/ Coutausse J-C. Le monde [En ligne]. Emmanuel Macron annonce un plan pour sortir le système de santé d'une « crise sans fin » ; 6 janvier 2023 [cité le 10 avril 2023]. Disponible :

https://www.lemonde.fr/sante/article/2023/01/06/emmanuel-macron-annonce-un-plan-pour-sortir-le-systeme-de-sante-d-une-crise-sans-fin_6156883_1651302.html

/42/ Krief N, Zardet V. Analyse de données qualitatives et recherche-intervention : Recherches en Sciences de Gestion [En ligne]. 2013 [cité le 8 Novembre 2022];N° 95(2):211-37. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-recherches-en-sciences-de-gestion-2013-2-page-211.htm>

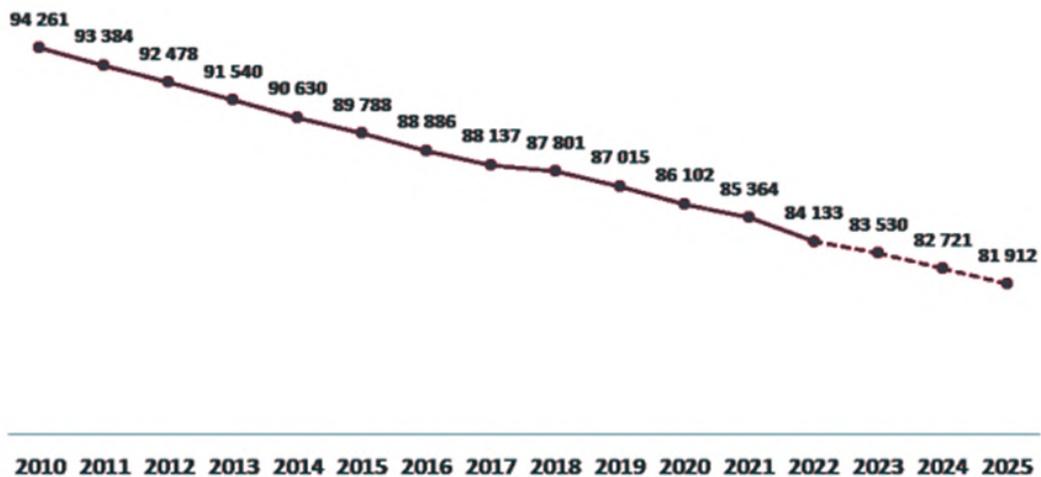
/43/ Fovet-Rabot C.. Délégation à l'information scientifique et technique, Cirad [En ligne]. Rédiger les sections Discussions et Conclusion de l'article scientifique en 7 points ; juin 2012 [cité le 6 mars 2023]. Disponible : <https://coop-ist.cirad.fr/content/download/4909/36893/version/2/file/Rediger-discussion-conclusion-article-scientifique.pdf>

VII- ANNEXE

Annexes 1 à 5 : Illustrations tirées de l'Atlas de la Démographie Médicale par CNOM 2022

Annexe 1

Figure 1. Préviation du nombre de médecins généraliste en activité régulière jusqu'en 2025



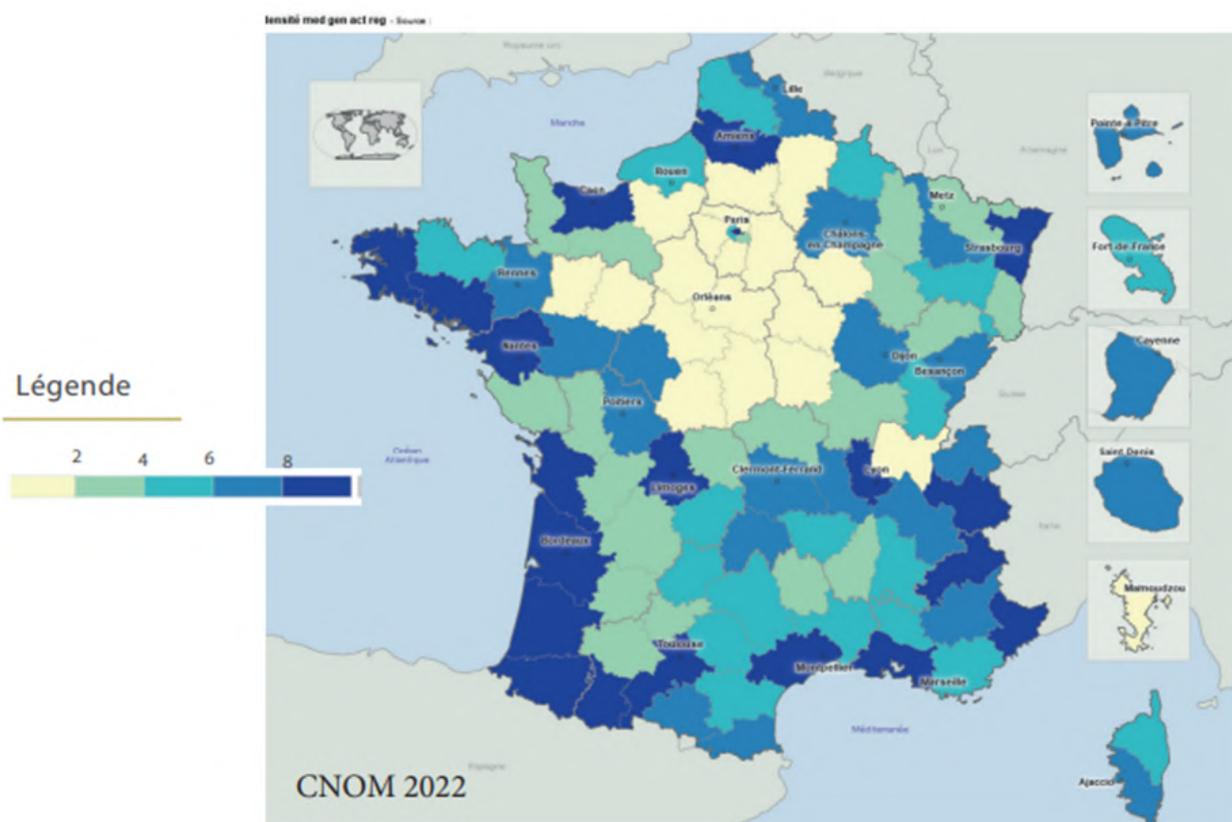
ANNEXE 2

Carte 1. Tendence des départements à perdre ou gagner des médecins généralistes en activité régulière entre 2010-2022



Annexe 3

Carte 2 - Classement départemental par décile des densités pour 100 000 habitants de médecins généralistes en activité régulière en 2022



Annexe 4

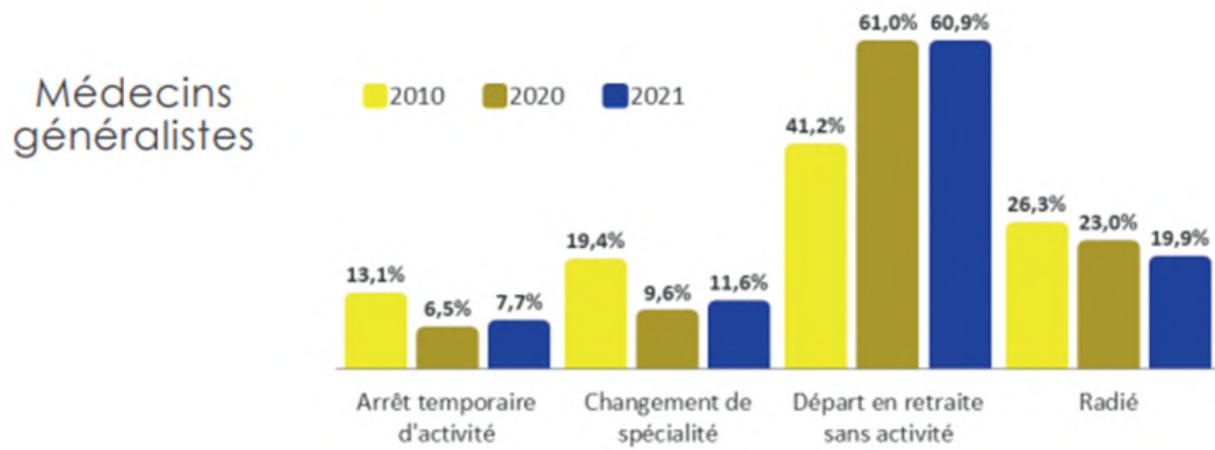
Tableau 1. Répartition des soldes (valeurs absolues) des entrants et sortants selon les qualifications entre 2010 et 2022

Qualification	Solde 2010 - 2022
ALLERGOLOGIE	274
ANATOMIE ET CYTOLOGIE-PATHOLOGIQUES	164
ANESTHESIE-REANIMATION	1622
BIOLOGIE MEDICALE	354
CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES	1022
CHIRURGIE DE LA FACE ET DU COU	4
CHIRURGIE GENERALE	-234
CHIRURGIE INFANTILE	123
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE	277
CHIRURGIE ORALE	76
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE	1090

Qualification	Solde 2010 - 2022
CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	292
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE	201
CHIRURGIE UROLOGIQUE	572
CHIRURGIE VASCULAIRE	118
CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	451
DERMATOLOGIE ET VENEREOLOGIE	-310
ENDOCRINOLOGIE ET METABOLISME	535
GASTRO-ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE	432
GENETIQUE MEDICALE	103
GERIATRIE	1470
GYNECOLOGIE MEDICALE	-626
GYNECOLOGIE MEDICALE ET OBSTETRIQUE	-1120
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	1937
HEMATOLOGIE	481
MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	159
MEDECINE DU TRAVAIL	-1126
MEDECINE D'URGENCE	404
MEDECINE GENERALE	-1493
MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	655
MEDECINE INTERNE	276
MEDECINE LEGALE ET EXPERTISES MEDICALES	47
MEDECINE NUCLEAIRE	244
MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	600
MEDECINE VASCULAIRE	755
NEPHROLOGIE	677
NEUROCHIRURGIE	223
NEUROLOGIE	995
NEURO-PSYCHIATRIE	-254
ONCO-HEMATOLOGIE	129
ONCOLOGIE MEDICALE	756
OPHTALMOLOGIE	156
ORL	34
PEDIATRIE	1518
PNEUMOLOGIE	510
PSYCHIATRIE	2505
PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT	-472
RADIODIAGNOSTIC ET IMAGERIE MEDICALE	1188
RADIODIAGNOSTIC ET RADIOTHERAPIE	-106
RADIOTHERAPIE ET ONCO-RADIOTHERAPIE	290
REANIMATION MEDICALE	-171
RECHERCHE MEDICALE	-2
RHUMATOLOGIE	-29
SANTE PUBLIQUE ET MEDECINE SOCIALE	70
SANTE PUBLIQUE ET MEDECINE SOCIALE	70
STOMATOLOGIE	-522

Annexe 5

Figure 2- Répartition (%) des médecins généralistes selon mode de sorties en 2010, 2020 et 2021



Fiche d'information secrétaire

Etude du vécu des patients n'ayant plus de médecin traitant et en recherche d'un nouveau praticien attitré pour garantir leurs soins

Enquête de terrain menée par entretien individuel semi dirigé en Vendée.

- 1) Identifier les patients venant en consultation et n'ayant plus de médecin traitant

- 2) Informé de la réalisation d'une thèse par un médecin du CSNP et succinctement de son déroulement
 - Donner la fiche d'information à destination des patients si besoin

- 3) Vérification des critères d'inclusion/exclusion et proposition d'y participer
 - S'assurer d'une personne majeure
 - S'assurer de l'absence de médecin traitant depuis moins de 2 ans
 - S'assurer de l'absence de connaissance avec enquêteur
 - S'assurer d'une bonne compréhension du français

- 4) Recueillir un premier accord oral et poser une date/heure pour entretien

Merci de votre participation

Fiche d'information patient

Etude du vécu des patients n'ayant plus de médecin traitant et en recherche d'un nouveau praticien attiré pour garantir leurs soins

Enquête de terrain menée par entretien individuel semi dirigé en Vendée.

Madame, Monsieur,

Médecin généraliste effectuant des remplacements en Vendée, je suis amené à réaliser une thèse d'exercice à fin de valider la fin de mon cursus médical.

Je vous sollicite en proposant de participer de façon volontaire à mon travail de recherche au travers d'entretiens réalisés en tête à tête.

Le thème général de cette étude est le vécu des patients n'ayant plus de médecin traitant et en recherche d'un nouveau praticien.

L'objectif est de recueillir vos impressions sur cette situation fréquente, préoccupante et au cœur des problématiques nationales.

Nous allons aborder au travers de questions trois thèmes principaux : votre vécu émotionnel, vos éventuelles démarches de recherche d'un nouveau praticien et la prise en charge de vos soins dans ce contexte.

Je vous informe que l'ensemble des données enregistrées, retranscrites et analysées sont sous le couvert du strict anonymat et ne seront traitées qu'à des fins de recherche. Ainsi merci de ne pas communiquer d'informations personnelles identifiantes.

Un consentement oral sera sollicité pour participer à ce travail.

Votre témoignage est essentiel avec une liberté de vos réponses.

Je vous remercie de votre participation.

LAURENT Jules-alexis
Thésard en Médecine générale
Faculté de Médecine de POITIERS

Annexe 8

Guide d'entretien

Données quantitatives

Sexe

Tranche d'âges : 18-29 ans / 30-49 ans / 50-64 ans / > 65 ans

Catégorie socio-professionnelle

Questionnaire

Administratif

Q1- Racontez-moi comment s'est passée la perte de votre médecin traitant

Depuis combien de temps et quelles en étaient les raisons ?

Q2 – Vous êtes en recherche d'un nouveau médecin traitant, comment se déroule-t-elle?

A quel moment avez-vous débuté ? En avez-vous parlé à votre ancien MT ? Quels moyens connaissez/utilisez-vous ? Quelles difficultés rencontrez-vous ?

Q3- Quelles concessions seriez-vous prêt à réaliser pour trouver un nouveau médecin traitant?

Distance, mode d'exercice?

Q4 - Comment souhaiteriez-vous être aidé dans votre recherche ?

A quel moment ? Par quelle instance existante ou à créer ?

Médical

Q5- Comment vous soignez-vous au quotidien ?

A quelles structures de soins/professionnels de santé faites-vous appel ? En situation d'urgence vs soins programmés ?

Q6- A quels éléments de votre prise en charge avez-vous dû renoncer ?

Q7- Que pensez-vous des moyens actuels disponibles localement (CPTS Haut Bocage) pour pallier l'absence de médecin traitant ?

Développement d'un CSNP ? Au niveau national ?

Q8- Quelle est votre impression sur votre santé actuelle ?

Comment évalueriez-vous votre état médical durant cette période ?

Psychologique et social

Q9-- Que ressentez-vous émotionnellement durant cette période sans médecin traitant?

Quel sentiment vous domine?

Q10- Quelles sont vos craintes au quotidien ? à long terme ?

Que redoutez-vous ?

Q11- Dans quelles mesures l'absence de médecin traitant a-t-elle un retentissement sur votre vie familiale? professionnelle ?

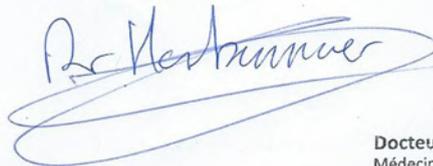
Q12- Comment envisagez- vous l'avenir ?

Annexe 9

Autorisation de recrutement au sein de la CPTS en vue d'une thèse de médecine générale

Je soussigné Dr Martin Harbonnier, président de la CPTS du Haut Bocage, autorise Mr Laurent Jules-Alexis à effectuer des recrutements de patients au sein du CSNP des Herbiers dans le cadre de son travail de thèse d'exercice en médecine générale.

Fait le 30/11/2022, à Les Herbiers



Docteur Martin HARBONNIER
Médecin Généraliste - Conventionné
Pôle Santé Notre Dame
17 rue Saint-Etienne, 85500 Les Herbiers
n°RPPS : 10100679850
n°AM : 851037085 00 1 20 1
CAB CONV ZSD IK

Etude du vécu des patients n'ayant plus de médecin traitant et en recherche d'un nouveau praticien attiré pour garantir leurs soins

Enquête de terrain menée par entretien individuel semi dirigé en Vendée

RÉSUMÉ

Introduction : Au cours des dernières années, de plus en plus de patients sont confrontés à la perte de leur médecin traitant et éprouvent des difficultés à en trouver un nouveau. Cette situation préoccupante est une priorité du gouvernement pour renforcer l'accès aux soins.

Une seule thèse réalisée en 2017 sur le Bassin Parisien s'était penchée sur l'analyse du vécu psychologique des patients secondaire au départ en retraite de leur médecin traitant.

L'objectif de notre travail est d'étudier le vécu bio-psycho-social des patients vendéens ayant perdu leur médecin traitant qu'elle qu'en soit la raison et en recherche d'un nouveau praticien attiré pour garantir leurs soins.

Matériels et Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative type enquête de terrain. Douze entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de patients appartenant à la CPTS du Haut-Bocage. Une analyse par triangulation des données a été effectuée.

Résultats : Le vécu de la situation actuelle est impacté péjorativement par le triste souvenir de la perte de son médecin traitant potentialisé par les conditions brutales et inopinées de sa découverte. Les moyens de recherche d'un nouveau praticien sont présents mais la pénurie de médecin freine cette quête. Le vécu de la situation est émotionnellement fort avec un sentiment d'iniquité et d'exclusion du système de soins. Des solutions alternatives par défaut sont mises en place par les patients pour tenter de répondre à leurs interrogations médicales. Le recours au CSNP est une solution satisfaisante pour les patients mais ne remplace pas le médecin traitant. Une prise de conscience sociétale s'effectue sur l'évolution de l'exercice de la médecine générale avec cependant une incompréhension sur l'absence d'anticipation et d'information sur des mesures gouvernementales cohérentes pour répondre à cette problématique.

Conclusion : Notre étude interroge sur la nécessité d'adaptation de l'exercice de la médecine générale aux réalités d'aujourd'hui et d'anticipation des besoins d'une société en perpétuelle évolution.

MOTS CLÉS

Vécu / Patient / Perte / Médecin traitant / Recherche / Vendée



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

