

UNIVERSITE DE NANTES



FACULTE DE MEDECINE



Année 2011

N° 49

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

D.E.S DE MEDECINE GENERALE

Par

Marie SACHOT – LEBLANC

Née le 7 octobre 1982 à VICHY



Présentée et soutenue publiquement le 20 juin 2011



**L'ACCES AUX SOINS PRIMAIRES EN ZONE RURALE DEFICITAIRE :
ETUDE AUPRES DE LA POPULATION DE LA COMMUNAUTE
DE COMMUNES DE LA CHATAIGNERAIE**



Président : Monsieur le Professeur Pierre LOMBRIL

Directeurs de thèse : Monsieur le Docteur Thomas HERAULT

Monsieur le Docteur Jean PASCAL

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	4
PROBLEMATIQUE.....	6
1. <u>ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS</u>	7
A. <u>Définitions</u>	7
B. <u>Médecins</u>	8
C. <u>Infirmiers</u>	11
D. <u>Kinésithérapeutes</u>	13
E. <u>Chirurgiens-dentistes</u>	17
F. <u>Pharmaciens</u>	20
2. <u>PRINCIPALES CAUSES D'UNE PENURIE ANNONCEE</u>	22
A. <u>Réduction du numerus clausus des études médicales</u>	22
B. <u>Féminisation de la profession médicale</u>	23
C. <u>Vieillesse de la profession médicale</u>	26
D. <u>Modifications des comportements des jeunes médecins</u>	26
3. <u>MESURES MISES EN PLACE</u>	28
A. <u>Services en ligne et outils mis à disposition par l'assurance maladie</u>	28
B. <u>Aides au remplacement</u>	29
C. <u>Mesures d'aides au maintien et à l'installation des médecins en zone prioritaire</u>	30
D. <u>Mesures d'aides au maintien ou à l'installation des infirmiers en zone prioritaires (105)</u> ..	32
E. <u>Mesures non financières concernant des modes d'exercice particuliers</u>	32
F. <u>Exonérations de charges sociales</u>	33
G. <u>Cumul emploi retraite</u>	33
H. <u>Mesures concernant la formation</u>	33
I. <u>Recrutement des médecins étrangers</u>	36
J. <u>Mesures d'évaluation et de suivi de la démographie des professionnels de santé</u>	38
OBJECTIF	40
MATERIELS ET METHODE.....	42
1. <u>TYPE DE L'ETUDE</u>	43
2. <u>LIEU DE L'ETUDE</u>	43
A. <u>Description du territoire</u>	44
B. <u>Offre de soins</u>	50
3. <u>POPULATION DE L'ETUDE</u>	58
4. <u>RECUEIL DES DONNEES</u>	60
A. <u>Prise de contact et recrutement</u>	60
B. <u>Les entretiens</u>	61
5. <u>TRANSCRIPTION DES DONNEES</u>	64
6. <u>ANALYSE DES DONNES</u>	64
RESULTATS.....	65
1. <u>CARACTERISTIQUES DES INTERVIEWES</u>	66
A. <u>Caractéristiques socio-démographiques</u>	66
B. <u>Caractéristiques médicales</u>	67
2. <u>MODALITES DE L'ACCES AUX SOINS</u>	68
A. <u>Médecin traitant</u>	68
B. <u>Face à une situation d'urgence</u>	75
C. <u>Soins gynécologiques</u>	76
D. <u>Soins pédiatriques</u>	76
E. <u>Soins infirmiers</u>	76
F. <u>Soins par un kinésithérapeute</u>	77
3. <u>UNE REPONSE ADAPTEE DES SOINS PRIMAIRES AUX BESOINS</u>	77
A. <u>Satisfaction</u>	77

B. <i>Une réponse adaptée</i>	78
4. <u>DIFFICULTES D'ACCES AUX SOINS</u>	82
A. <i>Difficultés énoncées</i>	82
5. <u>POLE SANTE</u>	86
A. <i>Connaissance du pôle</i>	86
B. <i>Le pôle est-il une réponse à leurs besoins ?</i>	87
C. <i>Les points positifs du pôle</i>	88
D. <i>Les inconvénients du pôle</i>	89
6. <u>LA COMMUNAUTE DE COMMUNES DE LA CHATAIGNERAIE, ZONE DEFICITAIRE EN PROFESSIONNELS DE SANTE</u>	90
A. <i>Les personnes interrogées pensent-elles vivre dans une zone déficitaire en médecins?</i>	90
B. <i>Les personnes interrogées pensent-elles vivre dans une zone déficitaire en infirmiers ?</i>	91
C. <i>Les personnes interrogées pensent-elles vivre dans une zone déficitaire en kinésithérapeutes ?</i>	92
D. <i>Les personnes interrogées souffrent-elles du manque de professionnels de santé ?</i>	92
E. <i>Les personnes interrogées appréhendent-elles de la même façon que les autorités la notion de déficit ?</i>	92
7. <u>PROPOSITION DE SOLUTIONS POUR REpondre A LEURS BESOINS</u>	93
A. <i>Solutions proposées spontanément par les interviewés</i>	93
B. <i>Avis sur les propositions soumises</i>	96
C. <i>Pas de modification du système actuel</i>	98
8. <u>COMMENT LA POPULATION INTERROGEE VOIT-ELLE L'AVENIR EN MATIERE DE SOINS PRIMAIRES ?</u>	98
A. <i>Est-elle inquiète pour l'avenir ?</i>	98
B. <i>Comment envisage-t-elle la prise en charge de sa santé à l'avenir ?</i>	100
DISCUSSION	102
1. <u>A PROPOS DE LA METHODE</u>	103
A. <i>Choix d'une méthode qualitative</i>	103
B. <i>Choix du lieu</i>	103
C. <i>Elaboration du guide d'entretien</i>	104
D. <i>Réalisation des entretiens</i>	104
E. <i>Traitement de l'information</i>	105
2. <u>A PROPOS DES RESULTATS</u>	106
A. <i>Organisation actuelle et la perception qu'en a la population</i>	106
B. <i>Vivre dans une zone déficitaire n'est pas perçu comme un problème</i>	115
C. <i>Propositions de solutions à mettre en place pour améliorer l'accès aux soins primaires en secteur rural, en rapport avec la perception de nos interviewés</i>	115
CONCLUSION	124
BIBLIOGRAPHIE	127
ANNEXES	134
ABREVIATIONS	138

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, on mesure en France une inquiétude croissante face aux conditions d'accès aux soins, en rapport notamment avec l'évolution démographique des professionnels de santé. En effet, bien que le nombre de professionnels de santé soit très élevé aujourd'hui, on constate des disparités entre les régions trop importantes pour imaginer pouvoir garantir à tous les concitoyens des soins de qualité, en particulier un accès égal aux soins primaires. De plus, les projections statistiques font apparaître pour les années à venir une baisse des effectifs et une accentuation des disparités disciplinaires et géographiques. Cette situation de pénurie et de disparités territoriales de l'offre de soins et les difficultés d'exercices qui en découlent semblent une réelle inquiétude pour les professionnels de santé et les pouvoirs publics.

De nombreux rapports et études font état de cette situation, par leur description de l'état des lieux de l'offre de soins actuelle. Ces études ont également identifié les causes de cette situation et proposent des solutions à mettre en place pour pallier à cette dégradation de l'offre de soins, notamment en soins primaires. La plupart des mesures mises en œuvre ou envisagées visent à améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé.

Mais, ces solutions envisagées ou mises en place améliorent-elles l'accès aux soins primaires pour les patients ? Comment la population perçoit-elle l'offre de soins sur le territoire de santé qui la dessert ? Quelles mesures souhaiterait-elle voir être mises en place pour améliorer son accès aux soins primaires dans l'hypothèse où elle rencontre des difficultés pour accéder aux soins primaires ?

C'est dans ce contexte actuel de pénurie de professionnels de santé que nous nous sommes posés la question du point de vue du patient à ce sujet. Ainsi est né notre travail, dont l'objectif principal est de comprendre l'organisation de l'accès aux soins de premier recours, dans une zone identifiée comme déficitaire, à partir de la perception que peuvent en avoir ses habitants. Cette compréhension de leur perception de l'organisation des soins et la connaissance de leur point de vue sur le sujet nous permettra peut être de proposer des mesures à mettre en place pour améliorer leurs conditions d'accès aux soins primaires.

PROBLEMATIQUE

Dans un premier temps, nous présenterons l'offre de soins actuelle, qui dans l'ensemble montre une situation paradoxale : une augmentation des effectifs des professionnels de santé mais pour autant des disparités géographiques de l'offre de soins avec des densités faibles par endroit. La présentation de l'offre de soins concernera les médecins (généralistes et spécialistes), ainsi que les infirmiers, les kinésithérapeutes, les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens, qui sont, avec les médecins généralistes, les acteurs principaux de l'offre de soins primaires. Nous présenterons également les projections statistiques pour 2025 si les choses restaient telles qu'aujourd'hui (numerus clausus, comportements des professionnels...).

Dans un deuxième temps, nous présenterons les principales causes de cette évolution démographique de l'offre de soins ambulatoire.

Enfin, nous présenterons les principales solutions mises en place pour faire face à cette pénurie annoncée.

1. ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS

A. Définitions

a. Offre de soins primaires

Plusieurs définitions ont été données aux soins primaires, selon les époques et les pays, mais on retrouve un dénominateur commun qui est l'ambition de justice sociale visant à garantir l'accès de tous à des soins de base. Ce principe est au cœur de la définition des soins primaires retenue lors de la conférence d'Alma-Ata par l'OMS en 1978, et réaffirmé en 2008 dans son rapport annuel.

En pratique l'expression « soins primaires » se restreint aux missions assurées par les professionnels des soins ambulatoires, ce qui renvoie aux notions de premier recours, d'accessibilité, de continuité et de permanence des soins. Les médecins généralistes en sont les acteurs essentiels, bien que d'autres professionnels, tels que les infirmiers et les kinésithérapeutes, y soient impliqués (1).

Le projet de loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) réactualise cette définition : « L'accès à des soins de premier recours, ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'Agence Régionale de Santé au niveau territorial et conformément au schéma régional d'organisation des soins.

Ces soins comprennent :

- La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux ;
- L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- L'éducation pour la santé.
- Les professionnels de santé, dont les médecins traitants, concourent à l'offre de soins de premier recours, en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées, avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux (2) .

b. Offre de soins secondaires et tertiaires

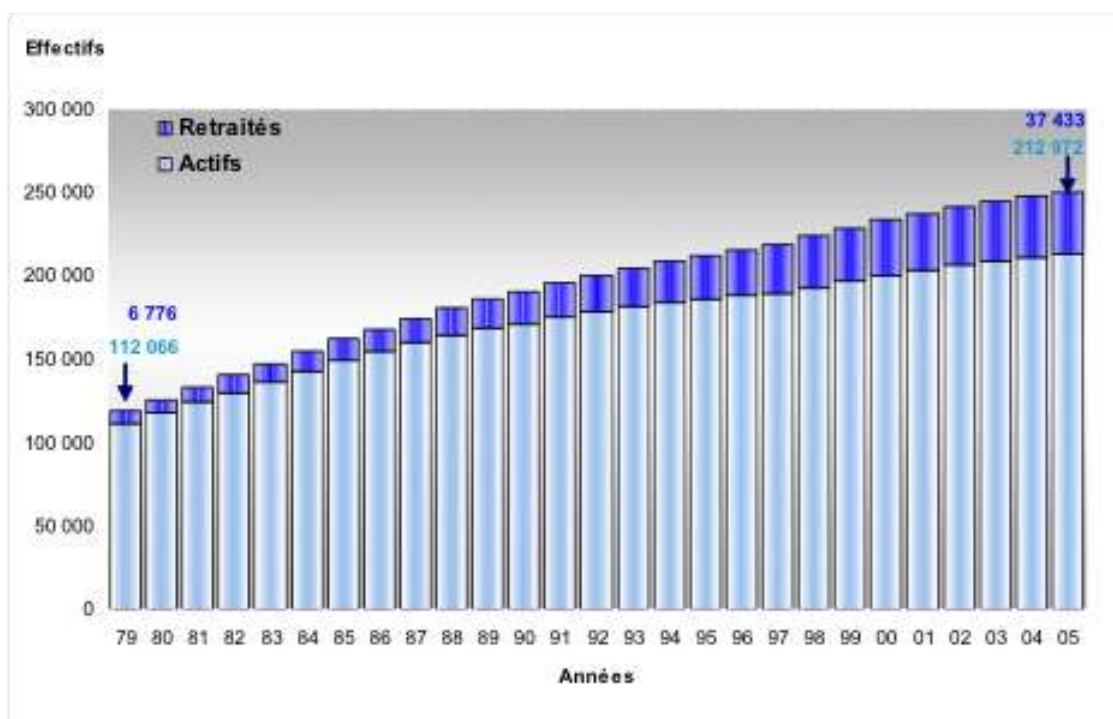
Les soins secondaires sont les soins qui ne peuvent être pris en charge par les médecins généralistes en raison de leur complexité et technicité : ils le sont alors par les médecins spécialistes. On distingue généralement un troisième niveau de soins qui se caractérisent par la nécessité du recours à un plateau technique important ou à une médecine de pointe : il s'agit là de soins hospitaliers (3). Contrairement aux soins primaires, qui sont des soins de proximité, les soins spécialisés peuvent n'être assurés que dans un ou plusieurs centres urbains et les soins hospitaliers de pointe accessibles uniquement dans les villes les plus importantes(3).

B. Médecins

a. Augmentation des effectifs

On mesure depuis plusieurs décennies une augmentation continue du nombre de médecins.

Effectifs des médecins inscrits à l'ordre depuis 1979.



Source : CNOM au 01/01/2006

Effectifs des médecins inscrits au Tableau de l'Ordre, de 2005 à 2009.

	Effectifs au 1er janvier 2005	Effectifs au 1er janvier 2006	Effectifs au 1er janvier 2007	Effectifs au 1er janvier 2008	Effectifs au 1er janvier 2009
Actifs	208887	212972	213995	215028	216017
Retraités	35791	37433	38751	40070	42136
Total	244678	250405	252746	255098	258153

Source CNOM

Au sein de l'Union Européenne, la France fait partie des pays les plus dotés en médecins, (340 pour 100000 habitants), après la Grèce (454 pour 100000 habitants), la Belgique (400) et l'Espagne (380). La France se situe au même niveau que l'Allemagne (4).

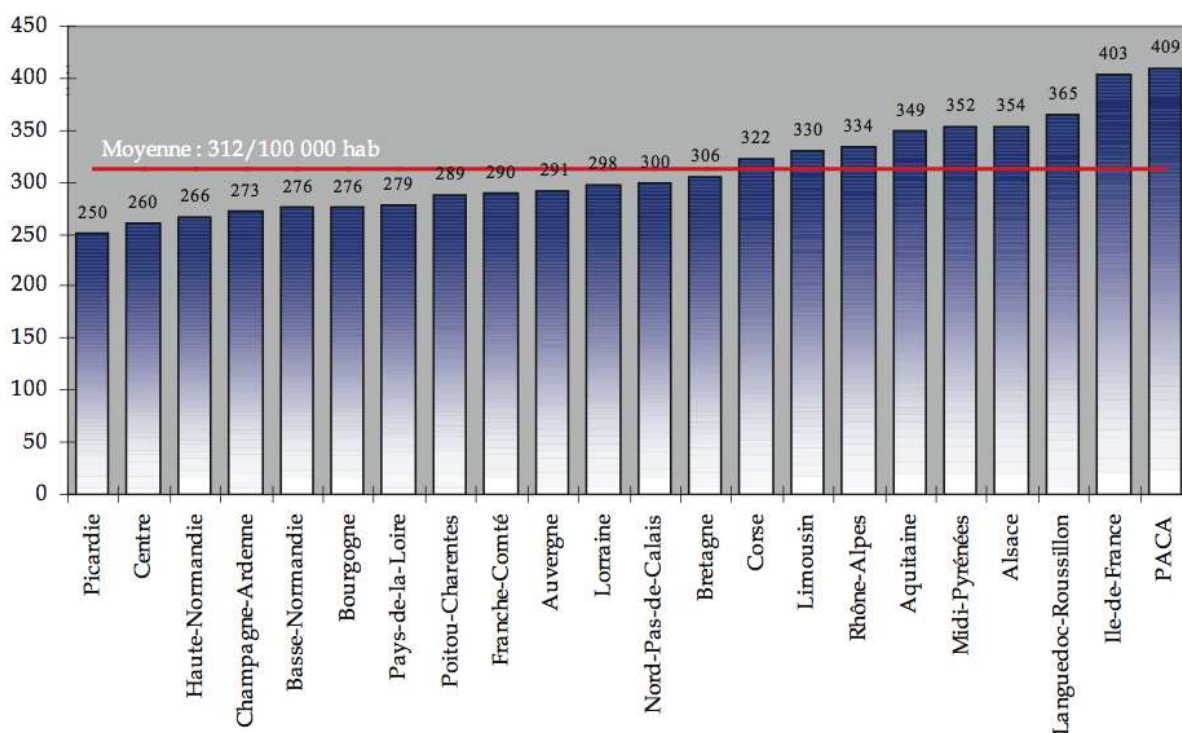
b. Disparités régionales

La répartition des médecins entre régions révèle de fortes différences de densité entre l'Ile-de-

France et le sud d'une part, et le nord d'autre part. La densité de la région la moins pourvue (Picardie) est de 248 médecins pour 100 000 habitants alors que l'Île-de-France, la mieux dotée, s'élève à 422 (5).

La région des Pays de la Loire, quant à elle, présente une densité de 279 médecins pour 100 000 habitants, sous la moyenne française de 312 médecins pour 100 000 habitants.

Densité médicale par région, 2009.



Source : CNOM, « atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2009

c. En 2025

Selon la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), en tenant compte de l'évolution actuelle du numéris clausus (augmentation progressive jusqu'en 2011, puis stabilisation jusqu'en 2020, puis diminution jusqu'en 2030) et en supposant que les comportements des professionnels de santé restent inchangés, le nombre total de médecins en activité devrait passer de 208000 en 2006 à 188000 en 2019, diminuant ainsi de 9,7%. Il repartirait ensuite à la hausse, pour revenir à un niveau proche de son niveau actuel en 2030 (206000). Sur la période 2006-2030, il diminuerait donc de 1% seulement (6).

C. Infirmiers

a. Augmentation des effectifs

Les effectifs infirmiers sont en constante augmentation : ils ont augmenté de 96% depuis 1980 pour atteindre 502500 au 1er janvier 2009 (7).

Cette tendance devrait continuer, en corrélation avec les besoins, puisque, depuis 2000, le quota d'étudiants admis en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat d'infirmier n'a cessé d'augmenter, passant de 26 400 à 30 500 en 2009.

Les infirmiers sont répartis comme suit :

- 15% en libéral
- 71% en hospitalier
- 14% en salariat non hospitalier.

b. Disparités régionales

D'une façon générale, on note des disparités régionales concernant la répartition des infirmiers. En effet, entre deux régions les densités peuvent être multipliées par 1,7 (7).

Densité d'infirmiers pour 100000 habitants, au 1^{er} janvier 2009

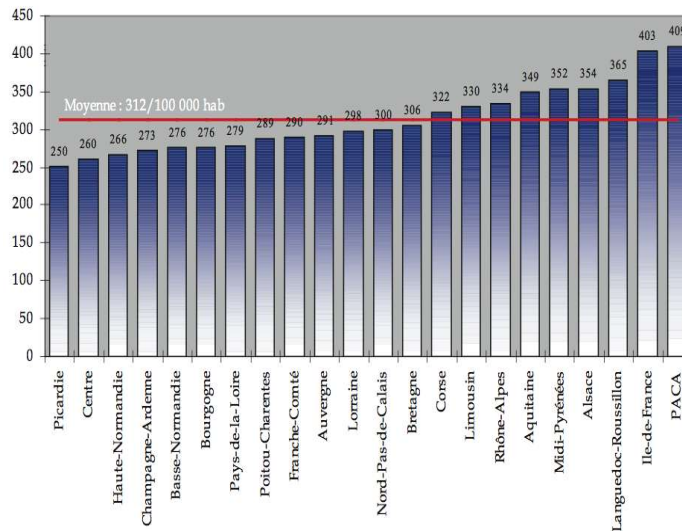
	Efectifs au 1 ^{er} janvier 2005	Efectifs au 1 ^{er} janvier 2006	Efectifs au 1 ^{er} janvier 2007	Efectifs au 1 ^{er} janvier 2008	Efectifs au 1 ^{er} janvier 2009
Actifs	20888	21272	21395	21508	21817
Retraites	3571	3743	3875	4070	4276
Total	24459	25015	25270	25578	26093

Les écarts de densité régionale constatés pour l'ensemble de la profession sont encore plus marqués dans le secteur libéral pour lequel les densités régionales varient de 1 à 5.

La densité en France métropolitaine s'établit en moyenne à 90 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants. Aux extrêmes, on dénombre 260 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants en Haute-Corse et seulement 28 en Hauts-de-Seine.

On constate une densité plus importante dans le sud que dans le nord. L'ensemble des régions du nord ouest, à l'exception de la Bretagne, présentent des densités faibles, et particulièrement la région des Pays de la Loire, avec une densité de 56 infirmiers pour 100000 habitants (8).

Densité d'infirmiers libéraux pour 100000 habitants en 2007.



Source : CNAMTS-SNIR

c. En 2025

Basée sur l'hypothèse d'un maintien des quotas à 30000, la croissance du nombre d'infirmiers devrait se poursuivre et atteindre 650 000 en 2025(9).

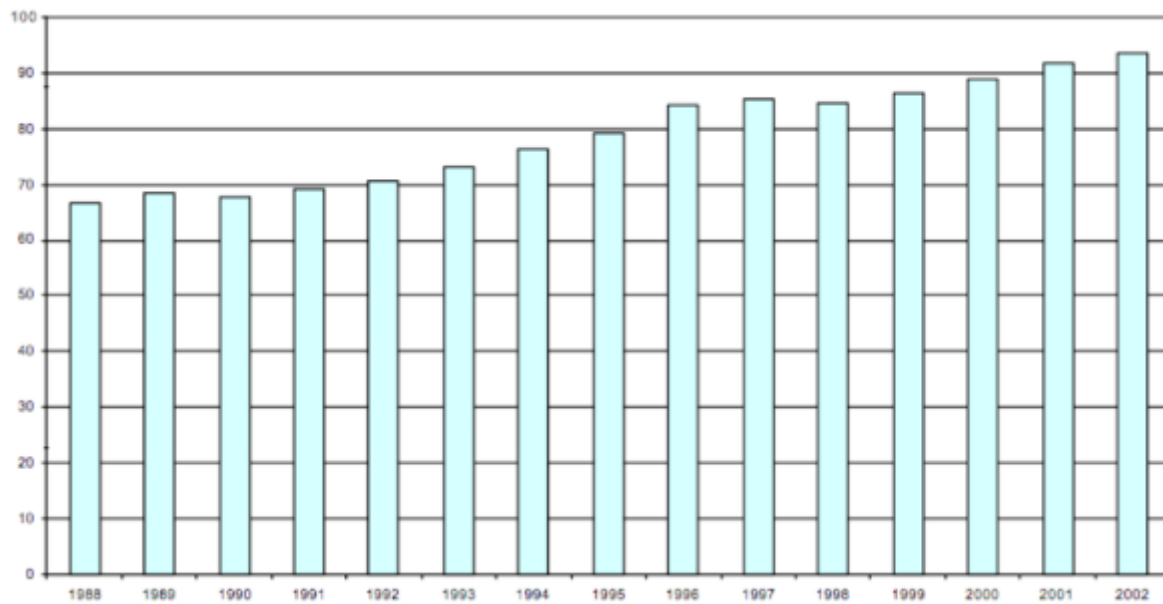
D. Kinésithérapeutes

a. Augmentation des effectifs

Depuis 1975, la profession des kinésithérapeutes a connu un essor particulièrement important(5).

En 2006, le nombre de masseurs-kinésithérapeutes atteignait 63431 soit une hausse de près de 60% par rapport à 1990, avec un taux de croissance annuel moyen de + 3% (10).

Evaluation du nombre de masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants



Source : DREES

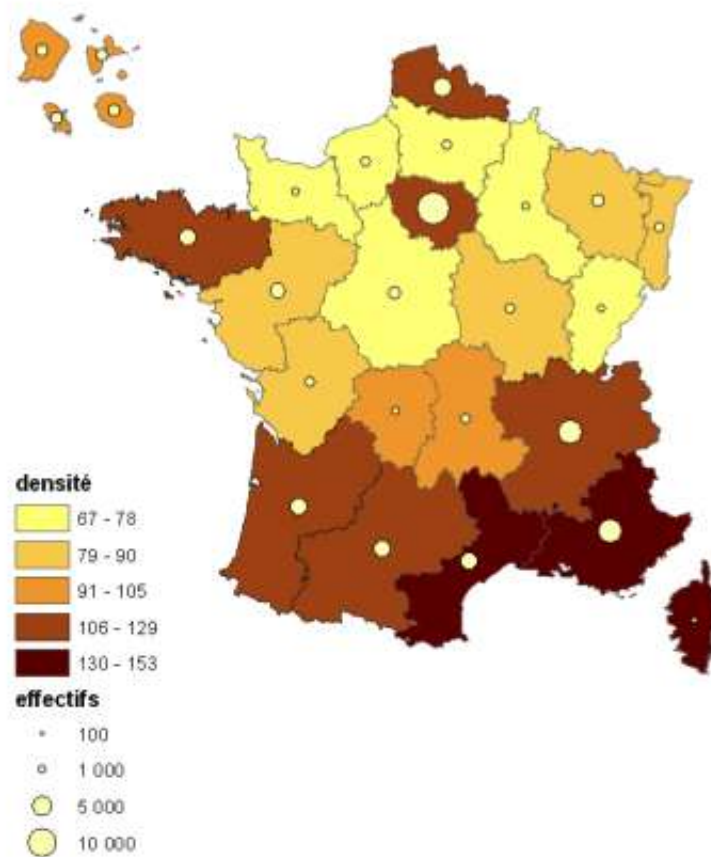
b. Disparités régionales

Malgré le nombre important de kinésithérapeutes, on note une inégalité de répartition sur le territoire, autant sur le plan régional que départemental.

En 2006, en France métropolitaine, la densité était de 102 pour 100000 habitants, avec des variations allant de 62 pour la Haute-Normandie jusqu'à 149 pour la région PACA(10).

Les Pays de la Loire se situent dans les densités les plus basses, avec une densité de 85 kinésithérapeutes pour 100000 habitants (11).

Densité et effectifs des masseurs-kinésithérapeutes par région au 1^{er} janvier 2009

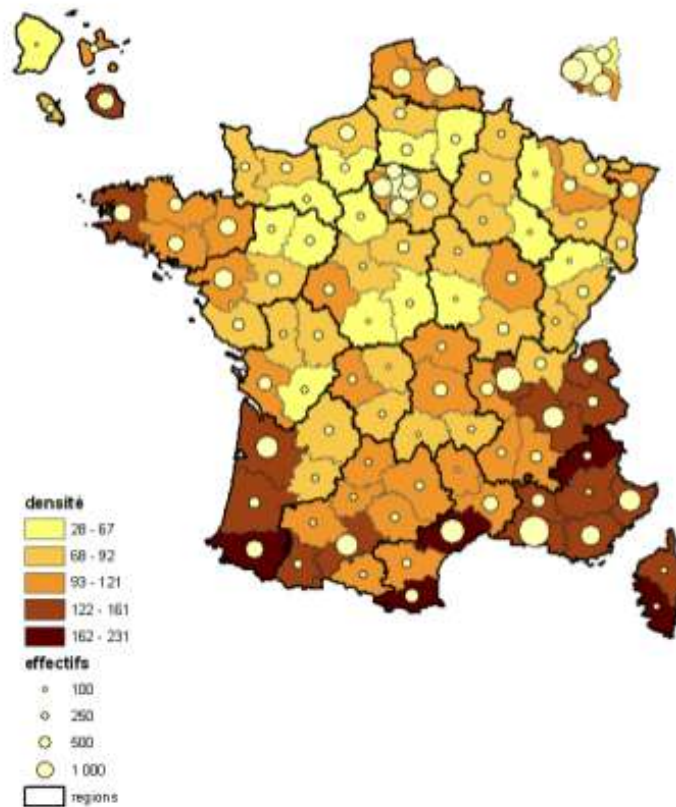


© IGN -DREES 2009

Sources : DREES - Répertoire Adeli, INSEE - estimations de population 2007.

Densité : nombre de professionnels en activité pour 100 000 habitants.

Densité et effectifs des masseurs-kinésithérapeutes par département au 1^{er} janvier 2009



© IGN -DREES 2009
Sources : DREES - Répertoire Adeli, INSEE - estimations de population 2007.
Densité : nombre de professionnels en activité pour 100 000 habitants.

c. En 2025

La DREES estime qu'en 2025, on recensera 90000 kinésithérapeutes soit une augmentation de 50% par rapport à 2005, en supposant que le quota d'entrées dans les écoles soit maintenu au même taux que celui de 2005.

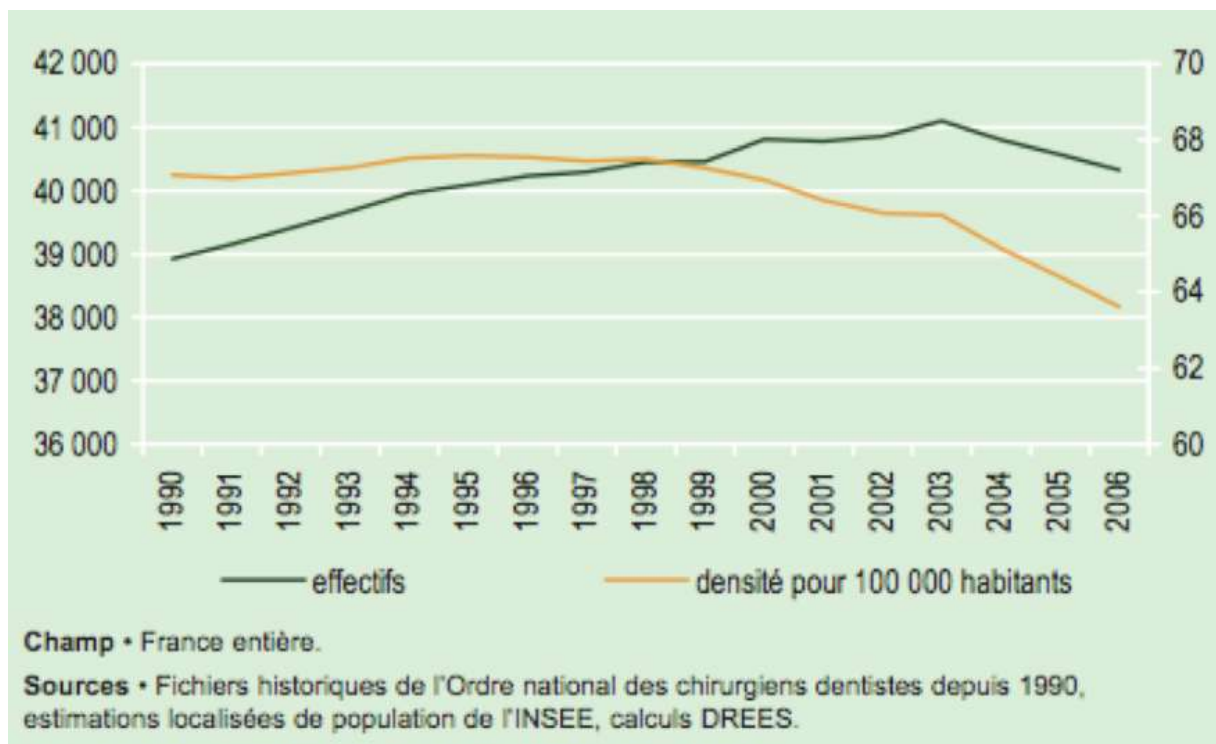
E. Chirurgiens-dentistes

a. Augmentation des effectifs

L'Ordre national des chirurgiens-dentistes a recensé environ 40300 praticiens actifs au 31 décembre 2006. Leur nombre a crû de plus de 4% depuis 1990, mais depuis 2004 on observe une diminution des effectifs de 2%(12).

La densité, quant à elle, a diminué, passant de 67 chirurgiens-dentistes pour 100000 habitants en 1990, à 65 aujourd'hui (12).

Evaluation du nombre et de la densité des chirurgiens-dentistes entre 1990 et 2006



Comparativement aux pays de niveau socio-économique comparable, la France se situe dans une position intermédiaire, en terme de densité, au même niveau que l'Allemagne, les Etats-Unis, le Japon et la Belgique. On retrouve des densités nettement supérieures dans les pays scandinaves, (Suède : 152 pour 100000 habitants, Norvège 125) mais bien inférieures au Royaume-Uni (40 pour 100000 habitants) et dans les pays de l'Europe du Sud et de l'Est (Espagne 44) (12)(13).

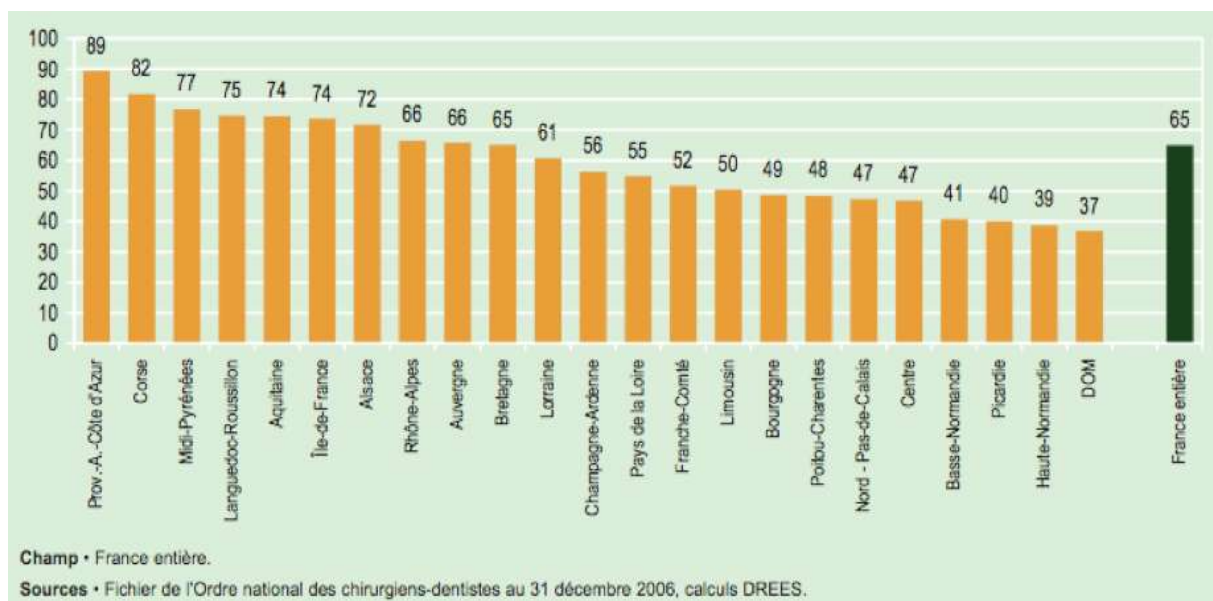
Comparativement aux autres professions de santé, le taux de croissance annuel moyen des effectifs de chirurgiens-dentistes a été le plus faible entre 1990 et 2006 (+0,5% contre 1,2% pour les médecins, 1,6% pour les pharmaciens et 3% pour les masseurs-kinésithérapeutes, les sages-femmes et les infirmiers) (12).

b. Disparités régionales

La répartition des chirurgiens-dentistes est elle aussi marquée par des disparités interrégionales fortes entre le nord et le sud, à l'exception de l'Ile de France, la Bretagne et de l'Alsace. On observe une variation allant du simple au double : 40 pour 100000 habitants en Normandie et Picardie, contre 80 à 90 pour 100000 habitants en PACA, Corse et Midi-Pyrénées.

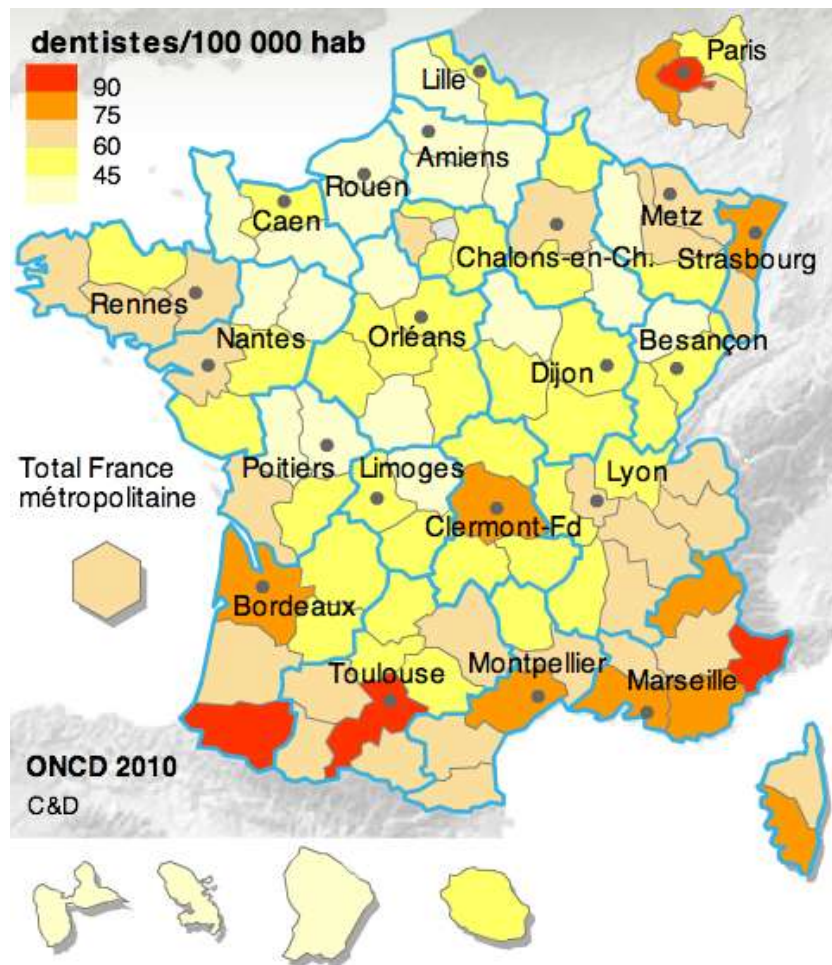
Les Pays de la Loire se situent dans la moyenne des régions françaises, avec une densité de 55 pour 100000 habitants.

Densité régionale de chirurgiens-dentistes (pour 100000 habitants)



On mesure aussi des disparités à l'échelle départementale, toutefois au sein d'une même région, les départements présentent des densités voisines.

Nombre de dentistes pour 100000 habitants, au 1^{er} avril 2010.

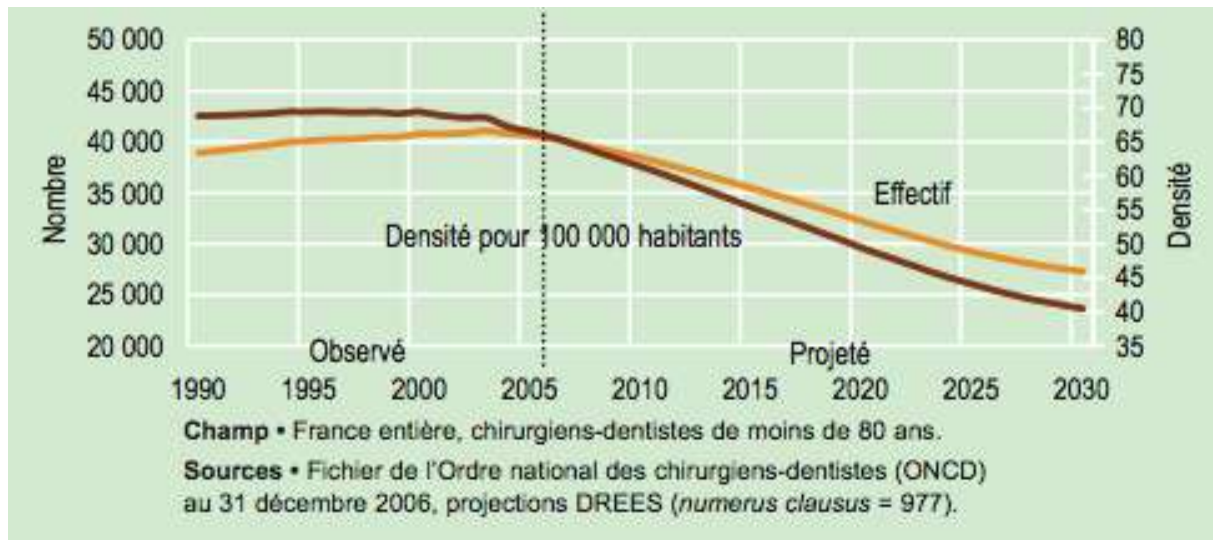


c. En 2025

Si les comportements restent inchangés en termes de flux de formation, d'entrée dans la vie active, de mobilité professionnelle et de cessation d'activité, on mesurera une diminution d'un tiers des effectifs des chirurgiens-dentistes passant de 40000 en 2006 à 27000 praticiens actifs en 2030 (14).

Le nombre de chirurgiens-dentistes pour 100000 habitants (France entière) diminuerait continûment et plus rapidement au cours des 25 prochaines années, passant de 65 dentistes pour 100000 habitants en 2006 à 55 en 2015 puis environ 40 en 2030 (14).

Evolution du nombre et de la densité des chirurgiens-dentistes entre 1990 et 2030, selon les hypothèses du scénario tendanciel



F. Pharmaciens

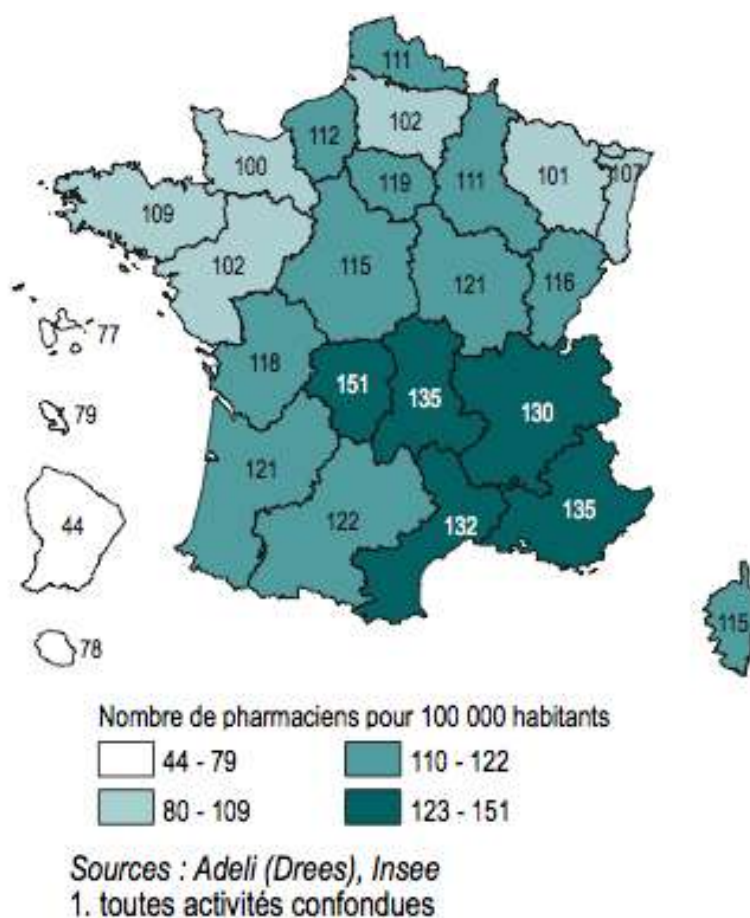
a. Augmentation des effectifs

L'ordre des pharmaciens recensait 72 700 pharmaciens actifs au 1er janvier 2009 (+ 90 % depuis 1980). Avec l'instauration en 1980 d'un *numerus clausus*, la croissance démographique s'est progressivement ralentie : + 3 % par an en moyenne entre 1980 et 1995, puis + 2 % entre 1995 et 2007, et + 0,2 % entre 2007 et 2009. En lien avec l'augmentation des effectifs, la densité de pharmaciens pour 100 000 habitants est passée de 68 en 1980 à 114 en 2009(15) (16).

b. Disparités régionales

On constate des disparités régionales, avec une variation allant de 100 pharmaciens pour 100 000 habitants à 151 pour 100 000 en France métropolitaine. Le nord ouest présente les densités les plus faibles, et particulièrement les Pays de la Loire, avec une densité de 102 pour 100 000 habitants.

Densité de pharmaciens pour 100000 habitants, au 1^{er} janvier 2009



A noter qu'il existe un système qui régit la répartition des officines sur le territoire, institué par la loi du 11 septembre 1941 et fondé sur des critères démo-géographiques, et dont « l'objectif est d'aboutir à une bonne répartition des officines de pharmacie sur l'ensemble du territoire, c'est à dire à l'intérieur d'une région, d'un département et d'une commune » (17).

c. En 2025

Le scénario établi, en considérant que le numérus clausus reste stable et sachant que les comportements des pharmaciens resteront inchangés car réglementés, montre que le nombre de pharmaciens actifs devrait continuer de croître sensiblement jusqu'en 2017 (+ 8% par rapport à 2005), puis devrait se stabiliser jusqu'en 2025 (18).

2. PRINCIPALES CAUSES D'UNE PENURIE ANNONCEE

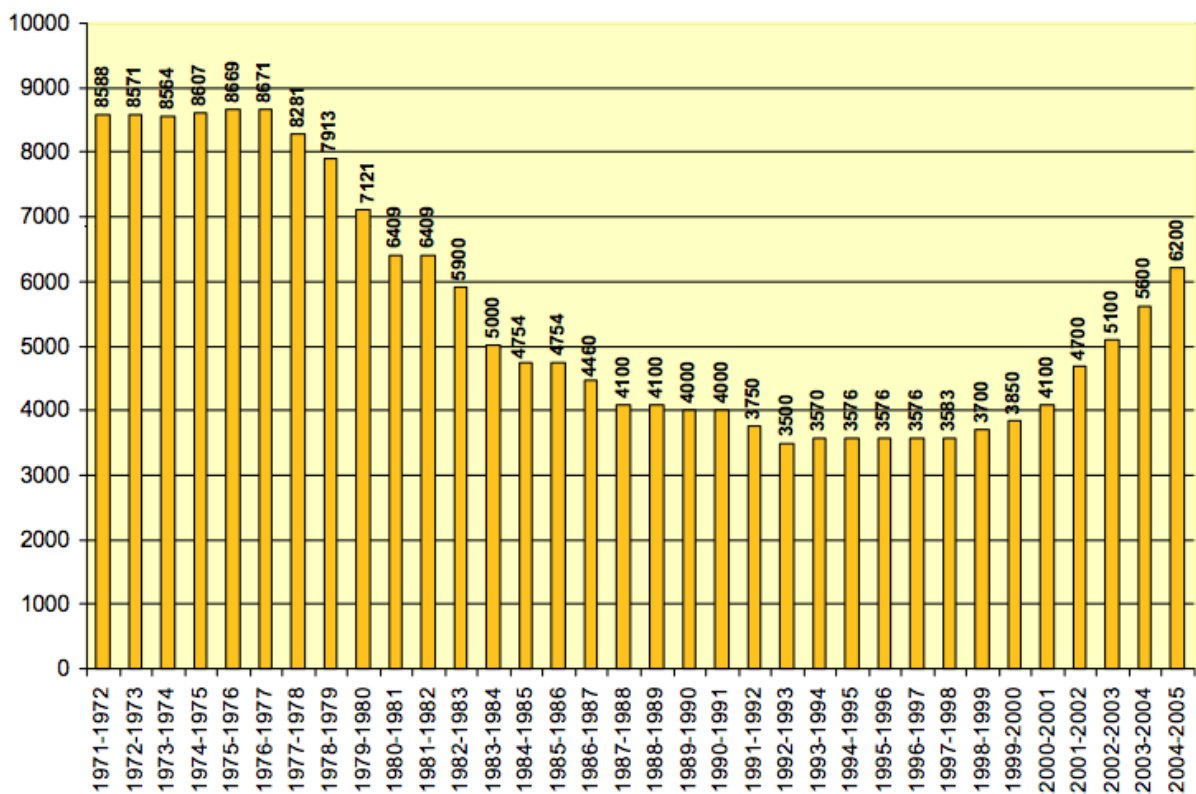
Dans cette partie, nous montrerons les principales raisons de cette pénurie de professionnels de santé, alors que nous venons de voir que leur nombre n'a jamais été aussi important en France.

Nous prendrons l'exemple des médecins, pour qui, malgré un nombre actuel de médecins jamais atteint auparavant, une pénurie semble reconnue par tous.

A. Réduction du numerus clausus des études médicales

Suite à un afflux massif d'étudiants en médecine dans les années 60, le numerus clausus a été instauré en 1971 afin de réguler les flux de formation. Celui-ci n'a de cesse de diminuer au fil des années, jusqu'en 1992 où il atteint son chiffre le plus bas (3500). Compte tenu de la durée des études de médecine (10 ans en moyenne), le nombre de médecins entrant actuellement en activité est à un niveau bien inférieur à celui mesuré au début des années 80.

Evolution du numerus clausus des médecins entre 1971 et 2005



B. Féminisation de la profession médicale

La féminisation du corps médical, qui est un phénomène présent dans quasiment tous les pays occidentaux, a débuté à partir des années soixante-dix, sous l'influence directe de l'accès croissant des femmes aux études supérieures et de l'expansion générale de la démographie médicale.

a. Pendant les études médicales

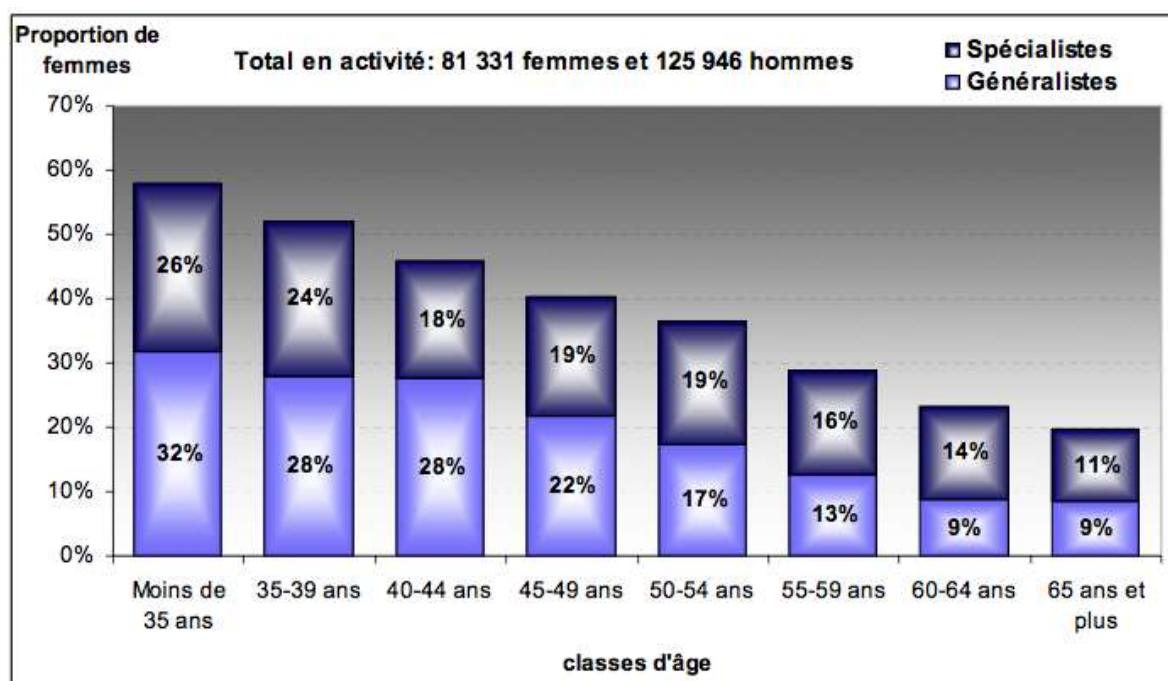
En 1955, les femmes ne représentaient que 16% des étudiants en médecine en France. En 1971, lors de la mise en place du numerus clausus, on observe une augmentation de la féminisation des étudiants. En 1985, on comptait 37,4% de femmes, et en 2000 elles étaient 55,6% et majoritaires dans les trois cycles des études médicales.

En 2005, 60% des internes de médecine générale sont des femmes, ainsi qu'actuellement presque deux tiers des étudiants de première année de médecine (19).

b. Chez les médecins en exercice

En France métropolitaine, les femmes représentent aujourd'hui 39,2 % des médecins en activité(20). Cette proportion est inférieure à la part des femmes dans la population active totale (45,8 %) et quasi égale à la part des femmes dans les professions libérales (38,2 %)(21). Le taux de spécialisation des femmes (part des spécialistes parmi les femmes médecins) s'élève à 48,6% (20).

Proportion de femmes selon l'âge et la répartition généraliste/spécialiste de chaque tranche d'âge.



Source : CNOM au 01/01/2006

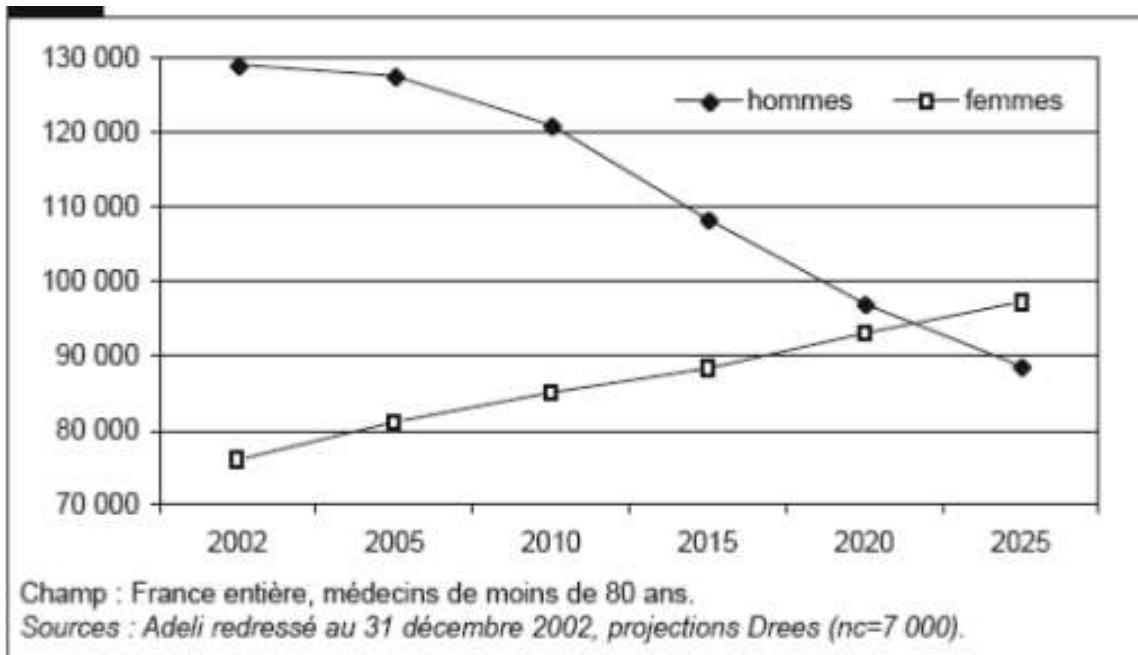
Par ailleurs, la proportion de femmes choisissant la médecine générale comme spécialité tend à s'élever depuis une dizaine d'années (environ 56% en 2006) (20).

c. Prévision d'évolution

Selon les projections de la DREES, la parité sera atteinte en 2020, les femmes médecins seront majoritaires à partir de cette période (22).

En 2030, 56 % des médecins généralistes seront des femmes.

Evolution du nombre de médecins par genre



d. Modalités d'exercice

Les femmes s'organisent différemment des hommes pour exercer la médecine. D'une part, elles préfèrent une activité salariée ou de remplacements à une activité libérale. Elles représentent 28 % des médecins exerçant en cabinet libéral, contre 47 % des médecins salariés (23).

D'autre part, elles privilégient les activités intermittentes. Les médecins dont l'activité est irrégulière, ayant moins de 45 ans, sont à plus de 60 % des femmes (20). On note aussi une plus grande précarité de l'activité féminine en début de vie active, probablement liée à la période de procréation. En effet, les médecins temporairement sans activité de moins de 45 ans sont pour plus des deux tiers des femmes.

Enfin, l'activité des femmes est égale à 70 % de celle des hommes sur une vie professionnelle. Elle était égale à 60 % de celle des hommes en 1989. Si ce rattrapage se poursuivait à ce rythme, hommes et femmes pourraient avoir la même activité moyenne vers 2025.

C. Vieillessement de la profession médicale

Les médecins en exercice vieillissent et leur renouvellement est loin de s'opérer. La tranche d'âge des moins de 40 ans diminue de 12% alors que celle des plus de 50 ans augmente de 53%.

L'âge moyen des médecins en activité totale est de 51 ans (respectivement 48 ans pour les femmes et 52 ans pour les hommes).

Un départ en retraite massif est prévisible dans les 5 prochaines années. En effet, le taux de médecins généralistes exclusivement libéraux, âgés de 55 ans et plus est de 42% en moyenne. Celui des médecins spécialistes en activité régulière est de 40%(24).

A noter que les promotions ayant bénéficié d'un numerus clausus élevé, ou n'y étant pas soumises, arrivent à l'âge de la retraite, ce qui va entraîner une forte augmentation du nombre de médecins cessant leur activité dans les années à venir.

D. Modifications des comportements des jeunes médecins

Les modalités d'exercice ont considérablement évolué, dans le sens où l'ensemble des professionnels de santé déclarent ne plus souhaiter avoir un exercice isolé, que ce soit en milieu urbain ou rural. Les raisons sont multiples : rejet de l'isolement intellectuel, souhait de préserver une qualité de vie personnelle et familiale, partage de plateau administratif et technique...(5)

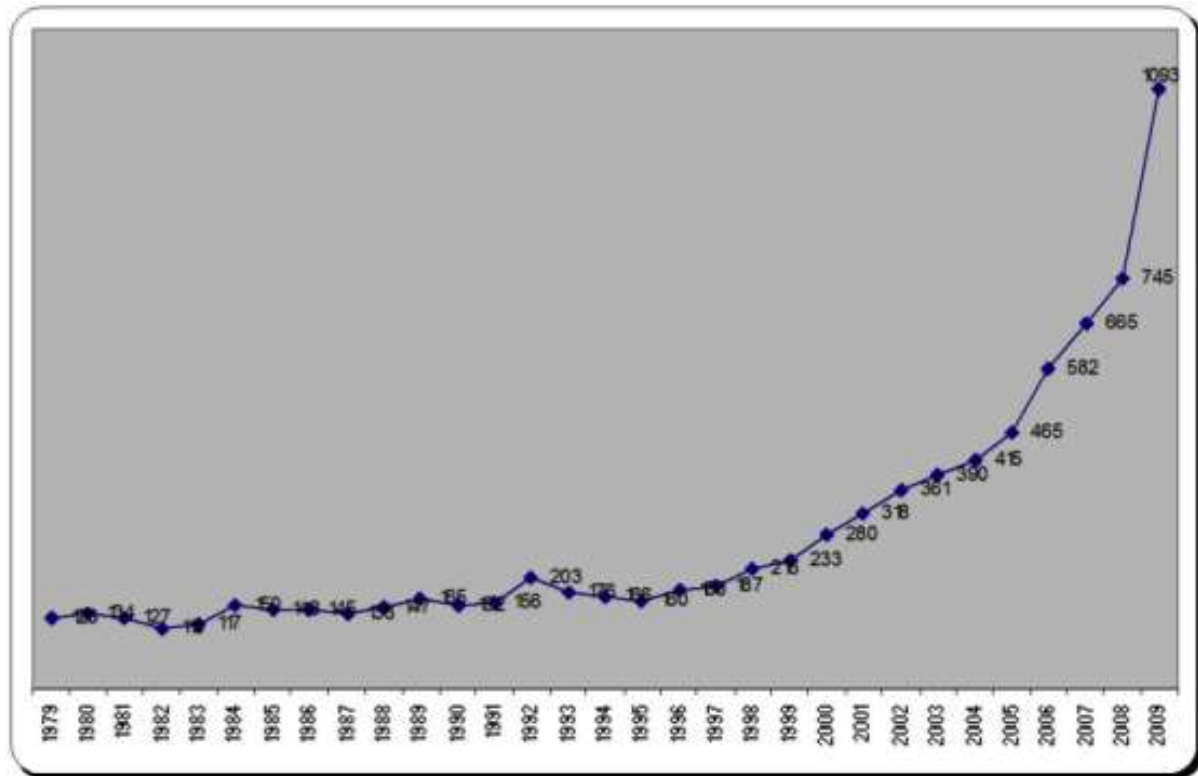
Par ailleurs, la qualité de vie étant devenue une dimension de plus en plus privilégiée, les jeunes médecins souhaitent consacrer plus de temps à leur vie familiale et à leur vie sociale.

a. Comportements actuels

- Installation de plus en plus tardive pour les généralistes, conséquence de la prolongation d'une activité de remplacement longtemps après l'obtention du diplôme. Installation également plus tardive pour les spécialistes, du fait de l'allongement de la formation et du souhait de prolonger leur activité en milieu hospitalier avant d'entrer dans le secteur libéral(5).

- Augmentation du nombre de remplaçants : au 1^{er} janvier 2010, le tableau de l'Ordre recense 10006 médecins remplaçants. En trente ans, les effectifs des médecins remplaçants nouvellement inscrits au tableau de l'Ordre sont passés de 128 en 1979 à 1093 en 2009, soit une augmentation de 754% des effectifs (26).

Evolution des effectifs des remplaçants entre 1979 et 2009



- Modification du mode d'exercice : alors que dans les années 80, un médecin sur deux choisissait un exercice libéral, aujourd'hui, ils ne sont plus qu'un sur dix : 67% des nouveaux inscrits font le choix d'exercer leur activité en secteur salarié et plus particulièrement dans le domaine hospitalier, 22% effectuent des remplacements et 10% s'installent en libéral (25).
- Cependant, augmentation du temps de travail moyen des médecins de 2h par semaine passant de 49h en 1968 à 51h en 2001. (Rappelons qu'en 2000 la France adopte la loi de réduction du temps de travail de 39 à 35h) (27).

3. MESURES MISES EN PLACE

Face à cette pénurie, des solutions ont été mises en place ou sont en cours de développement. Il existe aujourd'hui un large éventail d'aides et de mesures destiné à améliorer la répartition de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire (28).

Ces aides et ces mesures concernent aussi bien la formation, les remplacements, les investissements, l'installation, que l'amélioration des conditions d'exercice...

A. Services en ligne et outils mis à disposition par l'assurance maladie

L'assurance maladie a développé des services en ligne et outils destinés aux professionnels de soins ambulatoires.

a. C@rtoSanté

Service accessible en ligne, C@rtoSanté propose une représentation géographique des consommations d'actes, de l'activité moyenne, de la densité, et de l'attractivité et accessibilités des généralistes, des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes et des dentistes, à l'échelle cantonale et communale. Ce service a pour but d'aider les professionnels qui souhaitent s'installer à choisir le lieu en fonction des besoins. Le but est de favoriser une adéquation entre l'offre de soins et les besoins de santé de la population.

b. C@rtoSanté Pro

Ce service, accessible en contactant le service des relations avec les professionnels de santé des CPAM, permet, sur une zone géographique choisie, d'obtenir des indicateurs sur la population concernée, la démographie médicale et paramédicale, l'offre de soins en structures hospitalières et médico-sociales, le niveau d'activité des professionnels installés et la consommation de soins. Cet outil a été développé afin d'aider dans le choix du lieu d'installation les professionnels de santé, notamment les médecins généralistes.

c. Inst@LSanté

Ce service, accessible via le site internet de l'ARS, a pour vocation d'informer sur les aides à l'installation et sur les démarches associées. Il permet de faire connaître les dispositifs d'aide à la pratique professionnelle, de guider les professionnels de santé dans leur choix du lieu d'installation, et de créer un lien entre les professionnels de santé, les élus et les autres acteurs de santé.

B. Aides au remplacement

L'objectif des contrats d'aides au remplacement est d'améliorer les conditions d'exercice des praticiens exerçant dans des zones géographiques à priori peu attractives(29).

a. Contrats de bonnes pratiques relatifs à l'exercice des médecins généralistes en milieu rural

En milieu rural, les médecins généralistes rencontrent souvent des difficultés à se faire remplacer. Ces contrats visent à faciliter les remplacements pour libérer du temps de repos, de formation ou d'échange avec des confrères. L'adhésion à ces contrats concerne les médecins généralistes qui exercent :

- dans un cabinet éloigné de plus de 20 minutes d'un service d'urgence ;
- dans un canton dont la densité de médecins généralistes est inférieure à 3 pour 5 000 habitants. Ces zones ont été déterminées par l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM).

Les médecins généralistes perçoivent 300 euros par jour de remplacement effectif dans la limite de 10 jours par an, versés par la CPAM du lieu d'exercice du professionnel.

En contre partie, le professionnel doit :

- suivre au moins une action de formation professionnelle de 2 jours, de préférence en rapport avec les spécificités de l'exercice en milieu rural et/ou l'amélioration des pratiques professionnelles ;

- ne pas cesser son activité ou changer le lieu d'implantation de son cabinet pendant une durée de trois ans (sauf cas de force majeure).

b. Contrat de bonnes pratiques relatif à l'exercice des médecins généralistes en zones franches urbaines

Dans les zones franches urbaines, il a été constaté que la composante sociale et culturelle de la population de ces quartiers et sa précarisation imposent au praticien de tenir un rôle social de plus en plus important. L'adhésion au contrat permet de recevoir une indemnité de remplacement pour du temps consacré, entre autres, à de la formation notamment sur le champ de la prévention. L'Assurance Maladie apporte un soutien à ces professionnels en les accompagnant par la désignation d'un correspondant médico-social au sein de ses organismes locaux.

Les engagements du médecin généraliste en zones franches urbaines adhérant au contrat de bonnes pratiques sont :

- assurer une continuité des soins par une amplitude horaire d'ouverture du cabinet adaptée aux besoins de la population ;
- assurer une prise en charge globale de la population de ces zones en assurant des interventions en matière de prévention et d'éducation à la santé et en participant à des actions de coordination médico-sociale, individuelles ou collectives ;
- suivre au moins une action de formation professionnelle conventionnelle de 2 jours par an, en rapport avec les spécificités de l'exercice en zone franche urbaine ;
- ne pas cesser son activité ni changer le lieu d'implantation de son cabinet pendant une durée de 3 ans (sauf en cas de force majeure).

C. Mesures d'aides au maintien et à l'installation des médecins en zone prioritaire

Elles sont de différentes natures (28) (30) (31) :

- Exonérations fiscales : exonération d'impôts sur le revenu, à hauteur de 60 jours de rémunération au titre de la permanence des soins ;

- Indemnités versées aux étudiants en médecine : aides aux étudiants du troisième cycle attribuées sous condition de rester au moins 5 ans dans la zone (indemnités de logement et de déplacement, indemnités d'étude et de projet professionnel) ;
- Prime à l'installation ;
- Prime d'exercice forfaitaire ;
- Mise à disposition d'un logement ;
- Participation financière au regroupement des professionnels de santé, par la mise en place de maisons médicales pluridisciplinaires ;
- Financement de biens d'équipements (informatique, mobilier, matériel) ;
- Financement de charges d'exploitation (loyer, temps de secrétariat, charge) ;
- Majoration d'honoraires médicaux : les médecins exerçant en groupe dans une zone déficitaire peuvent bénéficier d'une majoration d'honoraires de 20% en passant un contrat avec l'assurance maladie ;
- Exonération de la taxe professionnelle.

Ces aides peuvent être octroyées soit par les collectivités territoriales, soit par l'assurance maladie. Elles concernent certaines zones géographiques bien identifiées : ces zones correspondent aux zones en difficulté, lesquelles ont été établies par plusieurs ciblage, avec des critères et des conclusions un peu différents.

⇒ Par le ministère

Cela a permis de mettre en évidence des zones sous – dotées en prenant comme critères le nombre de médecins pour 5000 habitants et l'activité moyenne des médecins sur l'année. Le découpage géographique s'est basé sur les bassins de vie(32).

⇒ Par les Missions Régionales de Santé

Ce ciblage, établi en 2006, qui a permis d'établir des zones déficitaires et des zones à risque, s'est basé sur le nombre de médecins pour 5000 habitants et le nombre de médecins pour 100 km². L'unité géographique utilisée est la communauté de communes(33).

D. Mesures d'aides au maintien ou à l'installation des infirmiers en zone prioritaires (105)

Il s'agit d'un contrat passé avec la CPAM et qui concerne les infirmiers qui souhaitent s'installer (ou qui sont déjà installés) en zone sous-dotée en infirmiers libéraux et exerçant en groupe (34).

La CPAM s'engage à verser une aide à l'équipement du cabinet ou autres investissements professionnels (véhicule...) d'un montant maximum de 3 000 euros par an, pendant 3 ans.

En contrepartie, l'infirmier qui adhère à ce contrat doit :

- Exercer deux tiers de son activité libérale conventionnelle dans une zone « très sous dotée »,
- Avoir un taux de télétransmission au minimum de 80 % de son activité,
- Réaliser les injections vaccinales contre la grippe dans le cadre des campagnes de l'Assurance Maladie,
- Assurer le suivi des patients atteints de pathologies chroniques, notamment le suivi des patients insulino - dépendants.

E. Mesures non financières concernant des modes d'exercice particuliers

a. Exercice sur lieux multiples

L'exercice sur lieux multiples permet d'exercer son activité sur un ou plusieurs sites distincts de sa résidence professionnelle habituelle(35).

Cela est possible :

- lorsqu'il existe, dans le secteur géographique considéré, une carence ou une insuffisance de l'offre de soins préjudiciable aux besoins des patients ou à la permanence des soins,
- lorsque les investigations et les soins que le professionnel entreprend nécessitent un environnement adapté, l'utilisation d'équipements particuliers, la mise en œuvre de techniques spécifiques ou la coordination de différents intervenants.

L'autorisation est délivrée par le conseil départemental de l'Ordre des Médecins.

b. Contrat de collaboration libérale

Le contrat de collaboration libérale permet à un jeune professionnel d'exercer avec un confrère ou une consœur de la même profession, sans pour autant être salarié ou s'associer(36).

Le collaborateur peut ainsi se constituer une clientèle personnelle, en bénéficiant des moyens du cabinet : salle d'attente, secrétariat, matériel...

Le collaborateur libéral n'a pas de liens de subordination. Il est responsable de ses actes professionnels qu'il doit accomplir dans le respect des conditions prévues par les textes qui régissent son activité.

F. Exonérations de charges sociales

En cas d'embauche d'un salarié dans un cabinet installé en zone de revitalisation rurale ou en zone de redynamisation urbaine, il est possible d'être exonéré d'une partie des cotisations patronales de sécurité sociale, pendant 12 mois.

G. Cumul emploi retraite

Le cumul emploi retraite est une mesure nationale permettant aux médecins libéraux de prolonger leur activité en cumulant retraite et activité, à condition que les revenus annuels du praticien soient inférieurs à 130% du plafond de la sécurité sociale.

H. Mesures concernant la formation

a. Augmentation du numerus clausus

Pour faire face à la pénurie de personnel médical, le ministère de la santé a

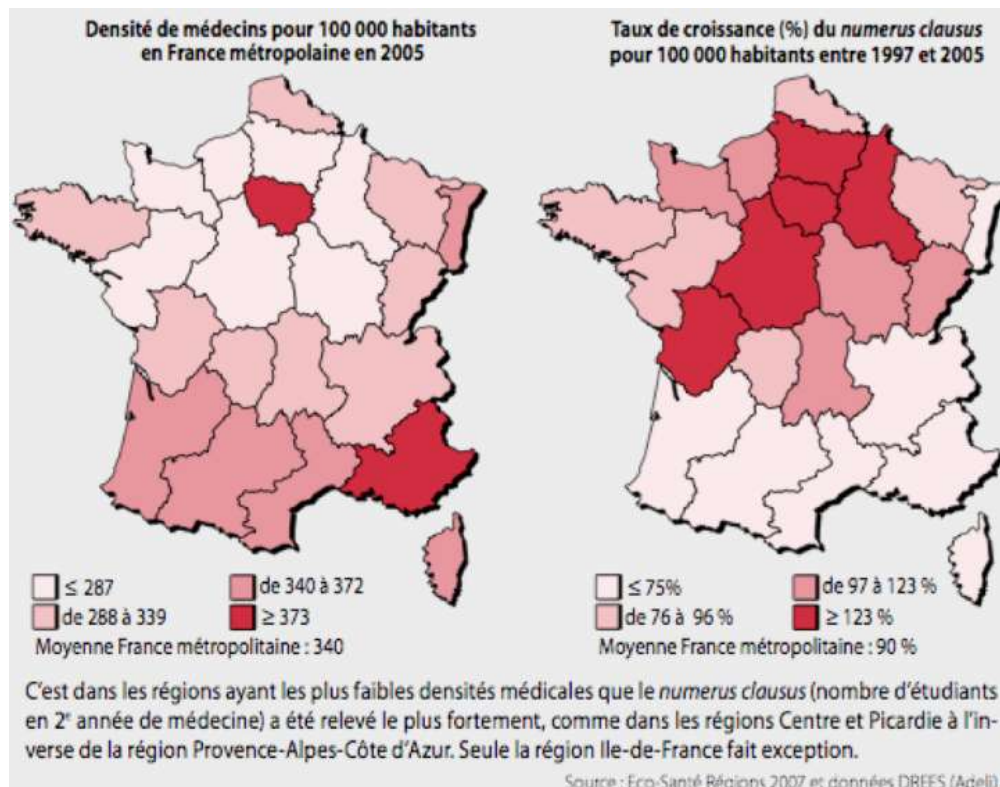
progressivement augmenté les *numerus clausus* au cours de ces dix dernières années :

- En médecine : depuis 2001, le *numerus clausus* a connu une augmentation de près de 50 %, passant ainsi de 4700 places en 2001 à 7400 en 2010,
- En pharmacie : 2588 en 2004 à 35090 en 2010,
- Pour les sage-femmes : 1000 en 2006 à 1016 en 2010,
- En odontologie : 977 en 2005 à 1154 en 2010.

L'ouverture du *numerus clausus* en médecine est variable en fonction des régions, pour permettre une meilleure répartition du nombre d'étudiants admis en deuxième cycle. Il a été plus fortement relevé dans les régions à plus faible densité médicale. C'est particulièrement le cas pour les régions du nord et du centre de la France. Concernant la région Pays de la Loire, le taux de croissance a été de plus de 76% depuis 1997.

Toutefois, ce rééquilibrage régional ne garantit pas que les jeunes médecins diplômés s'installeront dans la région où ils ont fait leurs études, du fait notamment de la liberté d'installation.

Densité de médecins et modulation régionale du *numerus clausus*



b. Répartition des postes d'internes aux Epreuves Classantes Nationales

Les Epreuves Classantes Nationales (ECN) ont été mises en place en 2007, dans le cadre de la réforme des études médicales, dont l'un des objectifs était de redonner sa place à la médecine générale.

Leur finalité est d'attribuer à chaque candidat un rang de classement, selon lequel il choisit, en fonction des postes disponibles, une affectation, c'est à dire un lieu de formation et une discipline.

La répartition des postes varie en fonction des régions et tient compte des capacités de formation et de leurs carences démographiques.

Mais cela ne suffit pas à combler les déficits, car tous les postes ne sont pas pourvus, et par ailleurs, cela ne garantit pas non plus que les jeunes médecins s'installeront là où ils ont été formés au cours de leur troisième cycle d'études médicales (liberté d'installation).

c. Stage de médecine ambulatoire en deuxième cycle

Le stage de médecine ambulatoire du deuxième cycle des études médicales, pourtant obligatoire depuis 1997, a été mis en place progressivement dans les facultés depuis 5 ans. Il a pour vocation de permettre aux étudiants une prise de contact avec la médecine générale, avant le passage des ECN, permettant ainsi de choisir cette spécialité en ayant une meilleure connaissance du type d'exercice.

Cependant, selon une étude de l'ANEMF (37), la mise en place du stage est difficile et il s'agit plus d'un stage de découverte qu'un réel stage d'externat, ce qui est insuffisant pour ce faire une idée de la pratique de la médecine générale.

d. Contrat d'engagement de service public

Le contrat d'engagement de service public est un dispositif qui a été mis en place par la loi Hôpital Patients Santé et Territoires, et qui prévoit d'accorder aux étudiants en médecine une

allocation mensuelle, dès la deuxième année des études médicales. En contrepartie de cette allocation, les étudiants s'engagent à exercer, à titre libéral ou salarié, dans une zone où l'offre médicale fait défaut, pour une durée égale à celle durant laquelle ils ont perçu cette allocation.

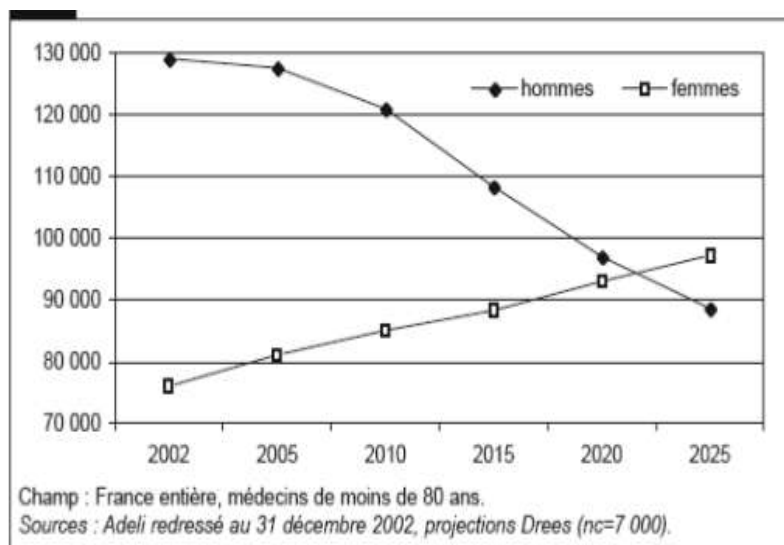
I. Recrutement des médecins étrangers

On note depuis quelques années une augmentation du nombre de médecins étrangers exerçants en France. De plus en plus de communes font appel à des médecins généralistes étrangers faute de trouver un médecin formé en France souhaitant s'installer, notamment en secteur rural.

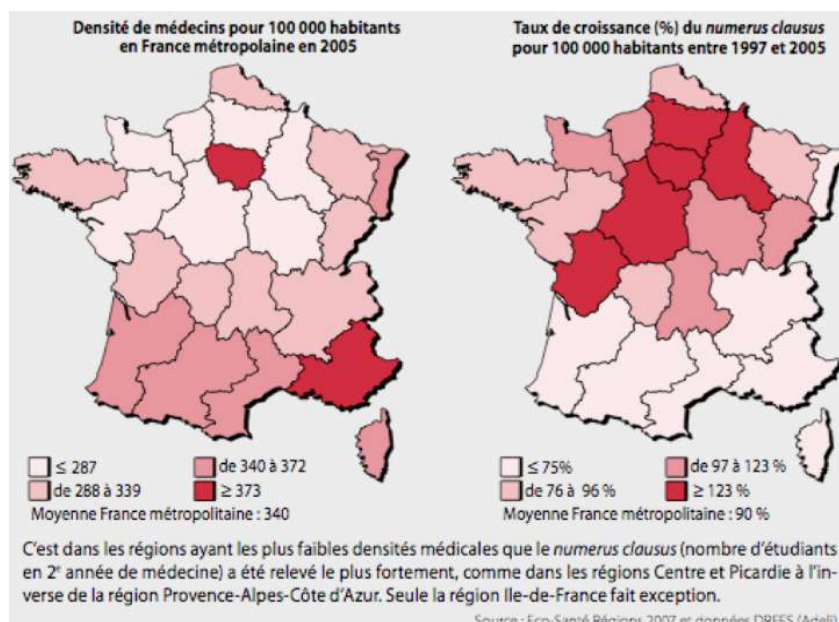
Au 1er janvier 2007, on comptait 8431 médecins de nationalité européenne et extra-européenne inscrits au Tableau de l'Ordre. Entre 2003 et 2006, leur nombre a augmenté de 24%(38).

Cependant, il faut noter que les médecins de nationalité européenne et extra-européenne ne sont pas spécialement présents dans les zones démographiquement désertifiées. Un tiers des médecins de nationalité européenne et extra-européenne se regroupe en région Ile-de-France. Ils sont très concentrés dans les régions et départements frontaliers avec l'Allemagne et la Belgique, et dans une moindre mesure avec l'Italie.

Répartition des médecins européens et extra-européens par région



Répartition des médecins européens et extra-européens par département



J. Mesures d'évaluation et de suivi de la démographie des professionnels de santé

a. Répertoire partagé des professionnels de santé

Il s'agit de rassembler et partager des informations (état civil, diplôme, mais aussi interdiction provisoire d'exercice ou nomination de praticiens hospitaliers) concernant les professionnels de santé au sein d'une base unique de référence(39 - 40). Cela permet une meilleure régulation démographique des professionnels de santé grâce à l'attribution d'un numéro d'identification unique et pérenne pour chaque professionnel. En effet, cela facilite la planification de l'offre de soins, grâce à une connaissance plus qualifiée de la démographie des professionnels de santé

Pour les professionnels de santé, cela permet une simplification des démarches administratives, par la mise en place d'un guichet unique chargé de l'enregistrement des informations.

b. Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé

Créé en 2003, l'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé (ONDPS) est une instance de promotion, de synthèse et de diffusion des connaissances relatives à la démographie et à la formation des professions de santé. Il fournit un appui méthodologique à la réalisation d'études régionales et locales. L'ONDPS développe, en relation avec les professionnels de santé, l'analyse des conditions d'exercice et de l'évolution des métiers.

Son but est de répondre aux problèmes démographiques des professionnels de santé, en suivant les évolutions démographiques des professionnels de santé afin d'adapter la répartition des effectifs de professionnels de santé à former, par profession et par spécialité, et par région ou subdivision.

c. Agences régionales de santé

Mises en place depuis le premier avril 2010, les Agences Régionales de la Santé (ARS) sont des établissements publics régionaux chargés de la mise en œuvre de la politique de santé dans les régions. Leur mission est d'assurer un pilotage unifié de la santé en région, de mieux répondre aux besoins de la population et d'accroître l'efficacité du système de soins. Elles ont un rôle dans la planification de l'offre de soins hospitalière comme ambulatoire, mais aussi médico-sociale.

Le caractère régional permet d'adapter les réponses aux spécificités et aux besoins locaux, pour améliorer la répartition territoriale de l'offre de soins et lutter contre les inégalités de santé.

OBJECTIF

L'objectif principal de notre travail était de comprendre l'organisation de l'accès aux soins de premier recours, dans une zone identifiée comme déficitaire, à partir de la perception que pouvaient en avoir ses habitants.

Les objectifs secondaires étaient de :

- Savoir si cette population avait « conscience » de vivre dans une zone identifiée comme déficitaire en professionnels de santé de premiers recours.
- Comprendre comment, au niveau de son territoire, elle s'organisait pour accéder aux soins de premiers recours.
- Identifier les avantages et les difficultés qu'elle pouvait rencontrer pour accéder aux soins de premier recours.
- Identifier les améliorations ou évolutions souhaitées par cette population pour accéder aux soins primaires.

Le but de notre travail était de proposer une ou plusieurs actions à mettre en place pour permettre l'amélioration de l'accès aux soins primaires dans cette zone déficitaire en fonction des propositions faites par la population.

MATERIELS ET METHODE

1. TYPE DE L'ETUDE

Il s'agit d'une étude qualitative, par entretien semi-directif, auprès d'un échantillon d'individus vivant dans une zone géographique identifiée comme déficitaire en soins primaires.

Ce choix a été fait car l'approche qualitative permet d'examiner et décrire des phénomènes sociaux à propos desquels il existe peu de présupposés. Elle décrit et interprète ces phénomènes, en termes de signification, et participe à leur compréhension. Cela permet d'aborder certains aspects sociaux (environnement, activités, expériences vécues) et de les comprendre. Au contraire des approches quantitatives, la recherche qualitative ne part jamais de présupposés sur l'existence de variables prédéterminées, ou de rapports de causalité, pas plus qu'elle n'essaie de les mettre en évidence (41). Dans ce type d'approche, on ne cherche pas à mesurer mais à comprendre.

Par ailleurs, dans notre étude, nous souhaitons orienter la personne vers certains sujets tout en lui laissant ensuite une certaine liberté pour s'exprimer. Nous avons donc choisi la technique de l'entretien semi-directif qui permet d'avoir accès au point de vue des personnes, à leur expérience vécue, au sens qu'elles donnent à leurs actions (42).

2. LIEU DE L'ETUDE

Selon les objectifs du travail, nous devons choisir une zone identifiée comme déficitaire par les autorités sanitaires.

Notre travail étant réalisé dans les Pays de la Loire, le choix s'est porté sur la Vendée car j'y effectuais un stage d'interne de médecine générale. Ensuite, face aux quatre zones déficitaires de la Vendée (30), notre choix s'est porté de façon « arbitraire » sur la communauté de communes de la Châtaigneraie (établie zone déficitaire par la Mission Régionale de Santé en 2006 et zone sous dotée par le ministère de la santé (33)).

Avant de faire l'état des lieux de l'offre de soins de ce territoire, nous consacrerons la première partie à un relevé géographique, populationnel et économique du territoire car cela impacte sur la compréhension de l'organisation des soins primaires.

A. Description du territoire

a. Localisation géographique

La communauté de communes du pays de la Châtaigneraie est située à l'Est de la Vendée, à la frontière avec les Deux-Sèvres.



b. La communauté de communes du pays de la Châtaigneraie

Elle est constituée de 19 communes. Il s'agit des communes du canton de la Châtaigneraie hormis Vouvant. Ce territoire s'étend sur une superficie de 316,59 km², (40km X 25 km) répartie comme suit (43):

- Antigny : 22,2 km²
- Bazoges en Pareds : 33,8 km²
- Breuil Barret : 14,7 km²
- Cezais : 12,2 km²
- Cheffois : 18,6 km²
- Menomblet : 21,0 km²
- Mouilleron en Pareds : 20,0 km²
- St Germain l'Aiguiller : 8,4 km²
- St Hilaire de Voust : 18,9 km²
- St Maurice le Girard : 11,4 km²

- La Chappelle aux Lys : 10,6 km²
- La Châtaigneraie : 7,9 km²
- Loge Fougereuse : 10,4 km²
- La Tardière : 20,5 km²
- Marillet : 4,3 km²
- St Maurice des Noues : 21,4 km²
- St Pierre du Chemin : 29,7 km²
- St Sulpice en Pareds : 13,3km²
- Thouarsais Bouildroux : 17,4 km²

Communes du canton de la Châtaigneraie



Le territoire est traversé par deux axes routiers majeurs :

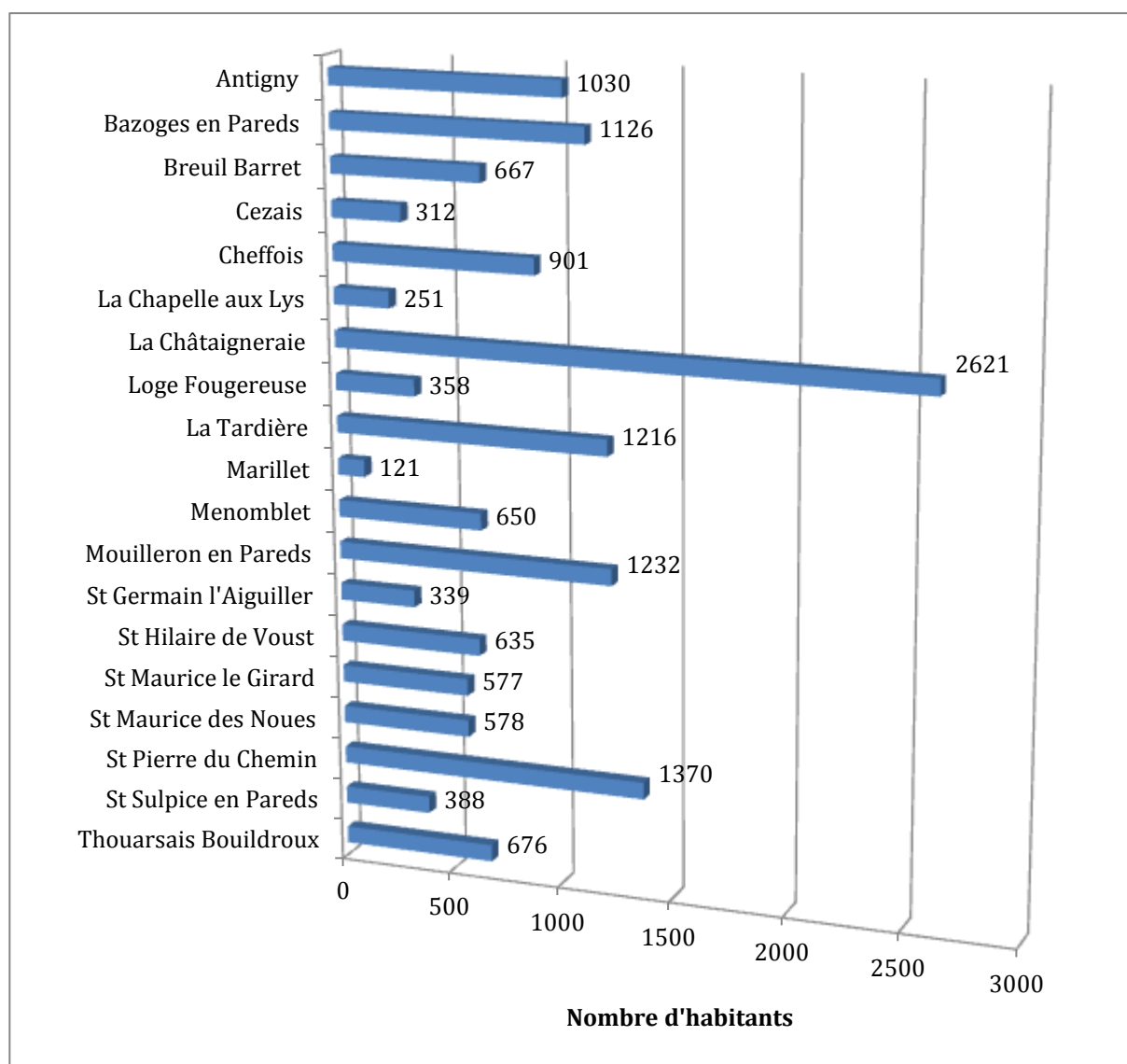
- La Route Départementale RD 949 bis (axe La Roche sur Yon – Poitiers) qui traverse le canton d'est en ouest.
- La Route Départementale RD 938 ter (axe Bressuire – Fontenay le Compte).

Aucune quatre-voies ne dessert le territoire. L'autoroute A83 (axe Nantes - Niort) est accessible en 15 minutes en voiture.

c. Population

La communauté de communes du Pays de la Châtaigneraie compte 15048 habitants.

Nombre d'habitants par commune.



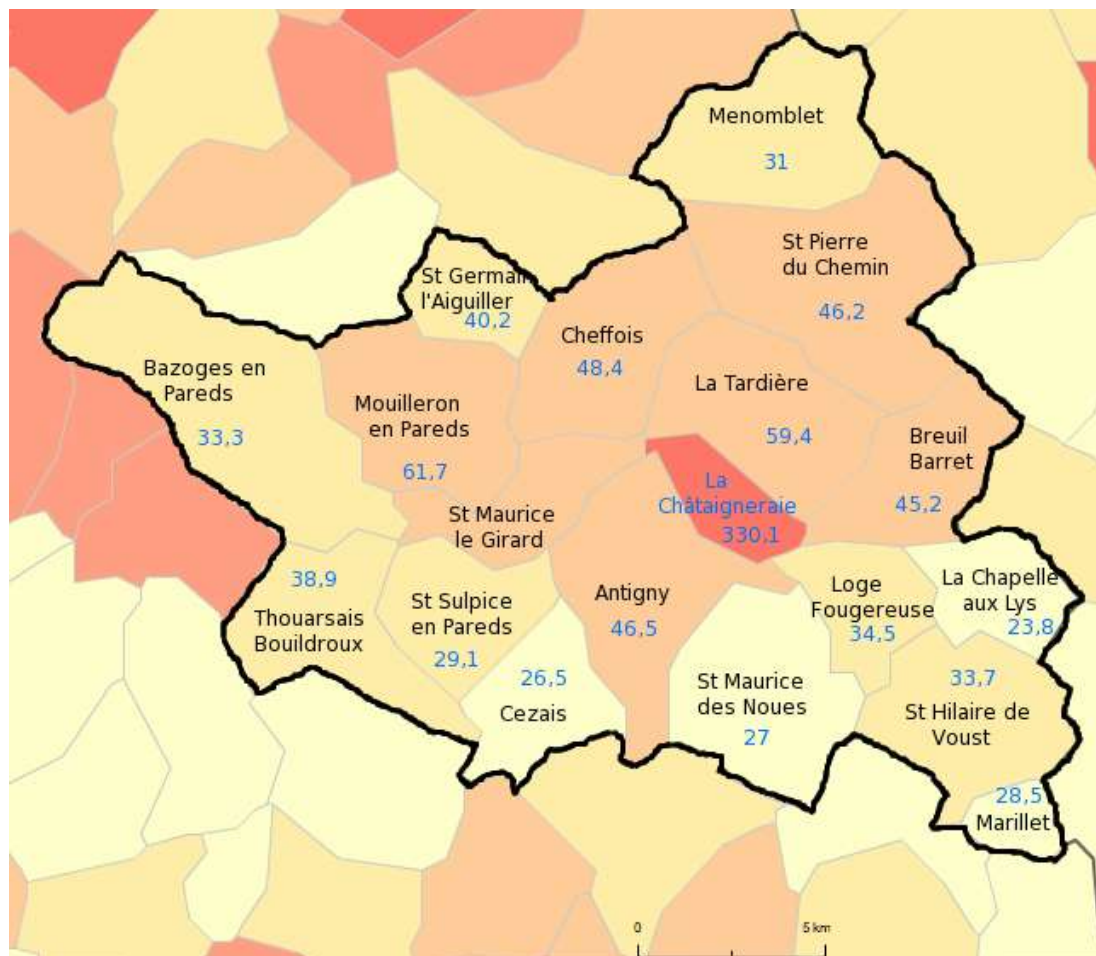
Source : INSEE, recensement de la population, 2006.

Les moins de 20 ans représentent 23% de la population.

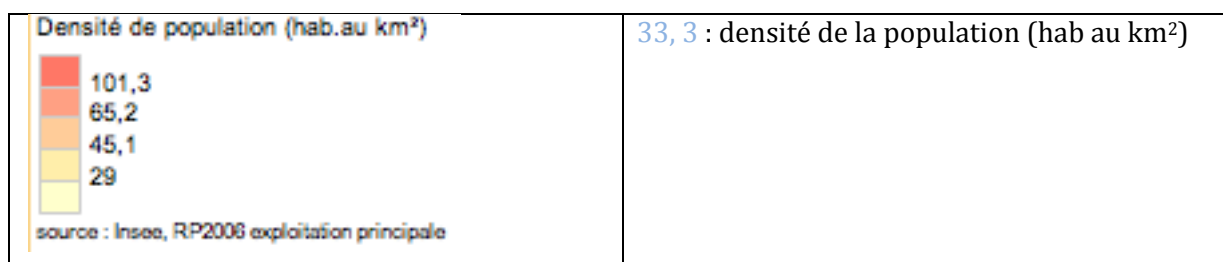
Les plus de 60 ans représentent 26,3% de l'ensemble de la population du canton de la Châtaigneraie. Plus particulièrement, les plus de 75 ans représentent 11,2% de la population.

A noter, une tendance à l'augmentation pour la tranche des 3^{ème} et 4^{ème} âge.

Densité de la population par commune du territoire de la communauté de communes de la Châtaigneraie



Légende :



d. Economie

La communauté de communes compte 6599 emplois, dont 81,4% sont de type salarié.

- ✓ On dénombre 1408 entreprises, qui concernent différents secteurs d'activité :
 - L'agroalimentaire
 - Meubles et menuiseries
 - Mécanique et micro-mécanique de précision.

La communauté de communes compte actuellement 9 zones d'activités intercommunales. Elle dispose d'une pépinière d'entreprises (300 m² de locaux équipés de bureaux qui sont loués aux nouvelles entreprises par la Communauté de Communes, afin de les aider à s'implanter dans le secteur en minimisant leurs frais d'installation).

- ✓ L'agriculture est une activité dominante dans le canton, caractérisée par :
 - L'élevage bovin
 - L'élevage hors-sol
 - Les productions céréalières.

Elle représente 130 employeurs et 725 salariés.

e. Autres activités

1. Tourisme

Le canton de la Châtaigneraie participe au rayonnement touristique du sud Vendée avec :

- Le Donjon de Bazoges en Pareds et la ciste des cous.
- La colline des Moulins de Moulleron en Pareds et le Musée National des Deux Victoires (Clemenceau et de Lattre de Tassigny).
- L'Eglise, les Remparts et la Tour Mélusine de Vouvant.
- Le petit patrimoine (église de Cezais, Chevalement minier de St Maurice des Noues).

- 77km de chemins de randonnée intercommunaux.
- 50km de sentiers cyclables départementaux.
- Plusieurs centaines de kilomètres de sentiers de petite randonnée.

2. Vie associative

Le canton peut s'appuyer sur le dynamisme de 381 associations.

3. Ecoles

On compte 23 écoles primaires (16 privées et 7 publiques), 2 collèges, 2 maisons familiales, 1 école de musique avec 110 élèves.

B. Offre de soins

a. Structures de soins

1. Pôle santé multi - sites

La communauté de communes du pays de la Châtaigneraie est reconnue comme zone déficitaire par la Mission Régionale de Santé. De même, elle est considérée comme sous-dotée par le ministère (33).

Face à cette situation, la communauté de communes a réfléchi à une solution à apporter. Ceci s'est matérialisé par la mise en place du pôle santé multi - sites, opérationnel depuis octobre 2009. Le souhait des élus était d'offrir à la population un ensemble de services de santé de premiers recours, et, en regroupant plusieurs professions médicales et paramédicales, offrir une réponse à l'évolution des besoins de la population et des modes d'exercices souhaités par de nombreux praticiens.

Il s'agit d'un bâtiment de 800 m², qui vise à pérenniser et à développer l'activité médicale sur la communauté de communes, à accueillir de jeunes médecins, grâce à une plate-forme novatrice et attractive. Il regroupe en son sein :

- Les 2 médecins généralistes de la Châtaigneraie,
- Un cabinet de 3 ou 4 infirmiers diplômés d'état (IDE),
- L'ADMR,
- Une antenne psychiatrique détachée de l'hôpital de Fontenay le Compte, composée d'un psychiatre et d'une infirmière de psychiatrie, assurant une permanence par semaine,
- Le CLIC,
- Une permanence de la CAF, de la MSA, de la CRAM,
- Une permanence d'un médecin du travail,
- Une permanence d'un médecin scolaire,
- Une permanence de la fonction publique territoriale.

En ce qui concerne les médecins généralistes, les deux médecins de la Châtaigneraie sont sur place, le médecin de la Chapelle aux Lys est présent sur le site une journée par semaine. Par ailleurs, le secrétariat et les données médicales sont mutualisés avec les cabinets de la Chapelle aux Lys et de St Pierre du Chemin.

Cette présence médicale permet d'assurer la continuité des soins puisque chaque jour deux ou trois médecins sont joignables.

A terme, ce projet a pour but de mutualiser le secrétariat et les données médicales entre le site principal de la Châtaigneraie et l'ensemble des autres cabinets médicaux de la communauté des communes (cabinets périphériques), hormis celui de la Tardière.

Les objectifs de ce pôle sont nombreux :

- centraliser en un même site des professionnels de la santé du territoire,
- permettre un exercice regroupé,
- favoriser l'échange des pratiques et la mutualisation des moyens, permettant de consacrer davantage de temps à la formation et de mieux concilier la vie familiale et la vie professionnelle,
- permettre l'exercice de la médecine à temps partiel,

- accueillir de jeunes médecins stagiaires afin de leur faire découvrir la médecine en milieu rural, ce qui permettrait au territoire de recruter plus facilement des professionnels désirant s'installer en son sein.

Le pôle est situé à proximité de l'hôpital local de la Châtaigneraie et du centre médico-social.

2. Autres structures de soins

On peut citer :

- L'hôpital local à la Châtaigneraie, comprenant 138 lits,
- Le centre médico-social (SSD, PMI, ASE), à la Châtaigneraie,
- L'EHPAD « le Bon Accueil » à la Châtaigneraie,
- L'EHPAD « la Pierre Rose » à St Pierre du Chemin (structure intercommunale),
- L'EHPAD « Résidence le Bocage » à Antigny,
- Le foyer d'accueil médicalisé « la Largère » à Thouarsais Bouildroux,
- Le CMP adulte à la Châtaigneraie,
- Le CMP enfant à la Châtaigneraie,
- La MARPA à St Maurice le Girard,
- La MARPA à St Hilaire de Voust,
- Le foyer handicapé « Comtesse d'Asnières » à St Pierre du Chemin.

b. Réseaux de soins

1. Médecins généralistes

On dénombre sur la communauté de communes 8 médecins généralistes :

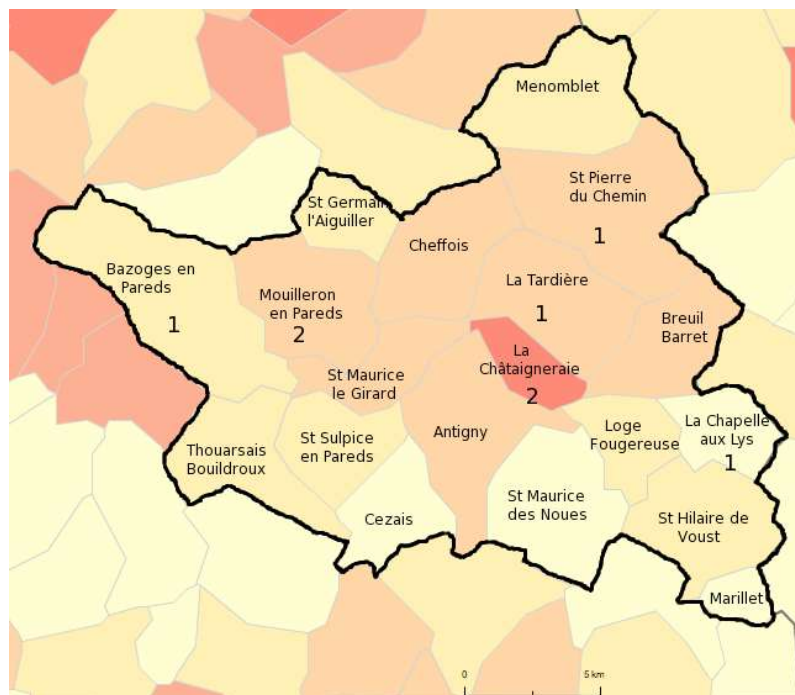
- Un sur la commune de la Tardière.
- Un sur Bazoges en Pareds
- Un sur la Chapelle aux lys
- Deux sur Mouilleron en Pareds
- Deux sur la Châtaigneraie

- Un sur St Pierre du Chemin.

Au cours de ces dix dernières années, deux médecins sont partis (l'un exerçait sur la Chapelle aux Lys, l'autre sur la Châtaigneraie). Par ailleurs le médecin de la Tardière s'est récemment installé.

Seuls les médecins de Bazoges en Pareds et de la Tardière ont moins de 55 ans.

Répartition des médecins généralistes de la communauté de communes de la Châtaigneraie



Distance en km du généraliste le plus proche

8km

- Marillet

7 km

- St Sulpice en Pareds

5 km

- Antigny
- Cezais
- Cheffois
- Menomblet
- St Hilaire de Voust
- St Maurice le Girard
- St Maurice des Noues

4 km

- Breuil Barret
- Loge Fougereuse

3 km

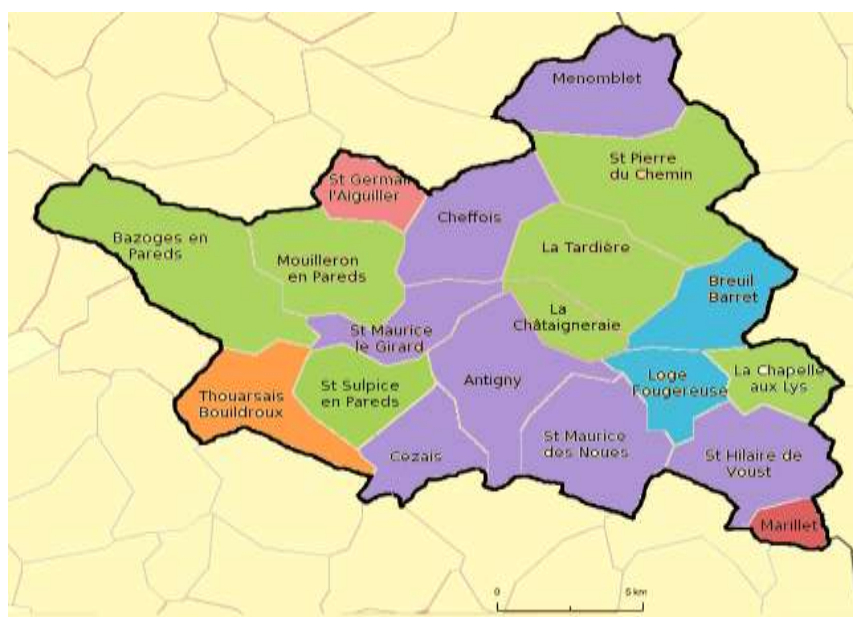
- Thouarsais Bouildroux

2 km

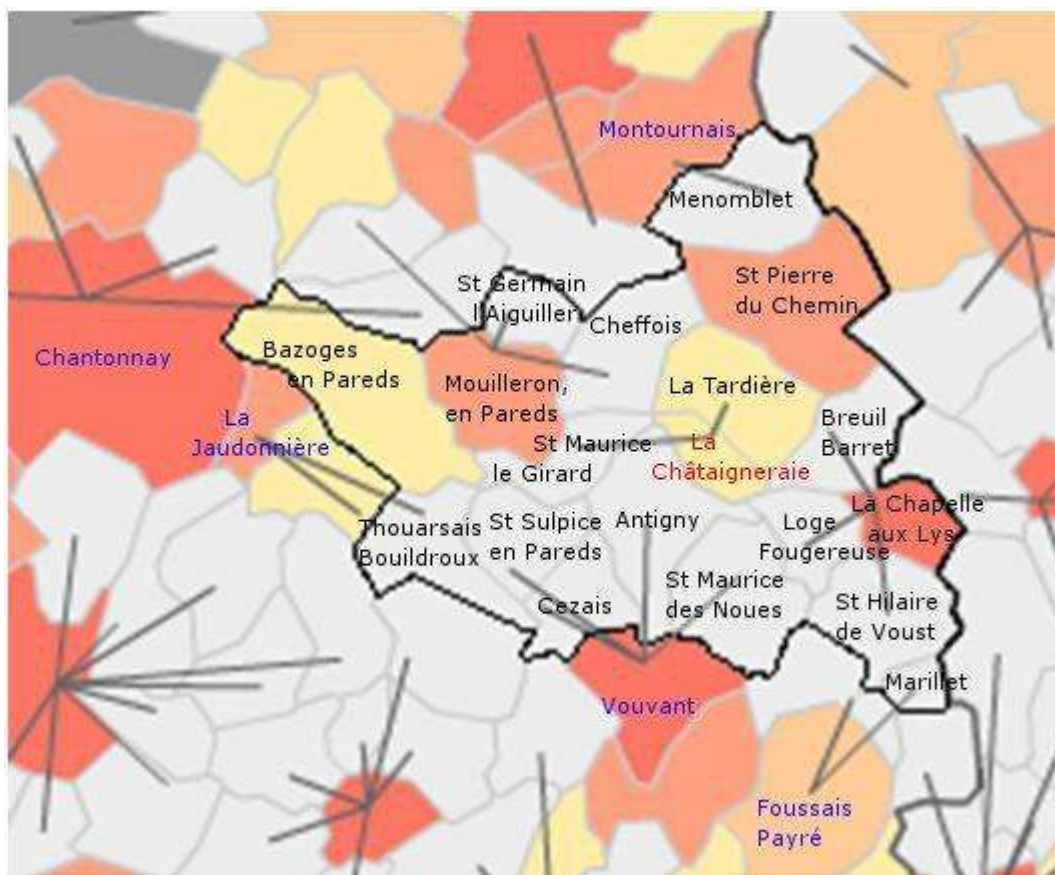
- St Germain l'Aiguiller

0 km

- Bazoges en Pareds
- La Chapelle aux Lys
- La Châtaigneraie
- La Tardière
- Mouilleron en Pareds
- St Pierre du Chemin

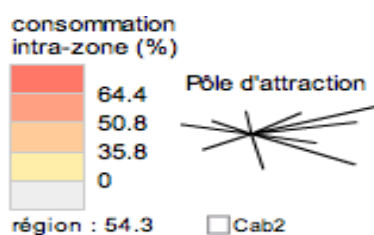


Attractivité et accessibilité des médecins généralistes en 2008 dans la communauté de communes de la Châtaigneraie



Source : URCAM Pays de la Loire, cartosanté

Légende :



Consommation intra-zone : actes consommés (C+V) par les habitants de la zone auprès des médecins de la même zone.

Pour rappel : 1 médecin généraliste à St Pierre du Chemin, 1 à Bazoges en Pareds, 2 à Mouilleron en Pareds, 1 à la Tardière, 2 à la Châtaigneraie et 1 à la Chapelle aux Lys.

Hors communauté de communes : 2 à Vouvant, 1 à Montournais, 9 à Chantonnay, 3 à la Jaudonnaire et 1 à Foussais Payré.

Cette carte montre qu'une partie des habitants de la communauté de communes de la Châtaigneraie consulte des médecins généralistes ne faisant pas partie de la communauté de communes. On constate par exemple que les habitants de la commune de Marillet consultent

majoritairement à Foussais Payré. Ou encore, les habitants du sud de la communauté de communes (St Sulpice en Pareds, Cezais, Antigny, St Maurice des Noues) consultent plutôt les médecins généralistes de Vouvant (hors communauté de la Châtaigneraie).

2. Autres professionnels de soins de premiers recours

	Chirurgiens -dentistes	Infirmiers Diplômés d'Etat	Kinésithé- rapeutes	Sage - femmes	Pharmacies
Châtaigneraie	5	5	9		3
Mouilleron en Pareds	1	2			1
St Pierre du Chemin		4			1
Bazoges en Pareds					1
TOTAL	6	11	9		6

3. Médecins spécialistes

Aucun médecin spécialiste n'exerce en libéral dans la communauté de communes de la Châtaigneraie.

Mais sur le site du pôle santé, sont organisées plusieurs permanences de spécialistes :

- Psychiatrie (antenne de l'hôpital de Fontenay le Comte)
- Médecine du travail
- Médecine scolaire.

De même, des consultations spécialisées sont ouvertes au public à l'hôpital local de la Châtaigneraie. Elles sont assurées par des praticiens et des professionnels de santé de l'Hôpital Local de la Châtaigneraie, des spécialistes du Pôle Santé Sud Vendée de Fontenay-le-Comte, ainsi que des médecins libéraux :

- Orthopédie (trois demi-journées par semaine),
- Pneumologie (une demi-journée par semaine),

- Neurologie (une demi-journée par semaine),
- Gériatrie (une journée par semaine),
- Soins palliatifs (sur rendez-vous),
- Douleur en cancérologie (sur rendez-vous).

4. Centre de secours

Il existe quatre centres de secours sur le canton :

- La Châtaigneraie : 37 pompiers volontaires dont deux infirmières urgentistes. La moyenne d'âge est de 28 ans.
- Mouilleron en Pareds : 27 pompiers volontaires dont une infirmière urgentiste (4 femmes, 23 hommes).
- St Pierre du Chemin.
- Vouvant.

5. Ambulanciers

On dénombre :

- une entreprise à Mouilleron en Pareds
- deux entreprises sur la Châtaigneraie
- une entreprise sur St Pierre du Chemin

c. Organisation des soins

1. Permanence des soins

La permanence des soins est une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimées par les patients. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors

des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant (à savoir de 20h à 8h tous les jours, à partir de 12h le samedi et de 8h à 20h le dimanche et les jours fériés) (44).

Au pays de la Châtaigneraie, la permanence des soins est effectuée par dix médecins (dont un médecin de la Caillère et deux médecins de Vouvant) qui exercent des gardes à tour de rôle.

Le pays de la Châtaigneraie ne dispose pas de maison médicale de garde.

3. POPULATION DE L'ETUDE

L'objectif de la sélection de la population de notre étude était de déterminer les personnes dont nous estimions qu'elles étaient en capacité de produire des réponses aux questions que l'on se posait, à savoir les personnes pour lesquelles le recours à une offre de soins de proximité était particulièrement important et pouvait sembler difficile, par exemple du fait de la localisation de leur domicile par rapport aux structures de soins primaires.

Pour identifier ces individus, nous avons fait le choix de diviser le territoire de la communauté de communes de la Châtaigneraie en trois zones : Nord, Ouest et Sud.



Dans chacune de ces zones, nous avons choisi les communes qui étaient le plus éloignées des cabinets des médecins généralistes (en supposant que la distance rend l'accès aux soins plus difficiles), ce qui nous a amené à choisir :

- La commune de Menomblet, au nord du territoire, dont le médecin généraliste le plus proche exerce à 5 km.
- La commune de Marillet, au sud du territoire, dont le médecin généraliste le plus proche exerce à 8 km.
- La commune de St Sulpice en Pareds, à l'ouest, dont le médecin généraliste le plus proche exerce à 7 km.

Au sein de chaque zone, nous avons sélectionné des personnes ayant des profils socio-économiques très différents. En effet, il s'agissait de contraster les individus de notre échantillon et les situations afin d'obtenir des unités d'analyse suffisantes pour être significatives(45). De par cette diversification, nous maximisons les chances d'apparition « d'au moins quelques cas capables de perturber notre système et de nous pousser à remettre en question ce que nous croyons savoir » (46). Nous avons choisi de définir cette diversité en fonction de variables descriptives classiques tels que l'âge, la situation sociale, la situation familiale. Ainsi :

- Nous avons choisi de prendre des personnes réparties suivant quatre tranches d'âges différentes, de 20-35 ans, 35-45 ans, 50-55 ans et > 65 ans, ce qui nous a permis d'avoir des personnes aux profils de santé différents.
- Nous souhaitons que la moitié des personnes habitent à proximité des commerces, l'autre moitié étant isolée dans la campagne.
- Nous souhaitons un panel diversifié de situation sociale : un élu, un professionnel de santé, une personne au faible revenu, des agriculteurs...
- Enfin, nous avons choisi des personnes aux situations familiales différentes (marié, veuf...).

Au total, ces critères de choix nous ont amené à constituer 3 groupes d'individus de localisation géographique différente (Menomblet, Marillet et St Sulpice en Pareds). Au sein de chaque groupe, nous avons essayé de recruter le plus de profils différents afin de recueillir une perception assez large de l'accès aux soins primaires. Nous avons donc choisi de recruter des personnes correspondant à ces profils :

- Une personne âgée seule
- Une personne âgée seule vivant avec un enfant handicapé
- Un couple de retraités
- Un couple avec enfant en bas âge
- Une personne suivie pour une maladie chronique
- Un élu
- Un jeune actif vivant seul
- Un professionnel de santé
- Une personne ayant un faible revenu.

Au total, il s'agissait de sélectionner 5 individus par commune, soit 15 personnes pour réaliser les entretiens, en supposant que nous atteindrions la saturation théorique avec 12 personnes.

4. RECUEIL DES DONNEES

A. Prise de contact et recrutement

Les critères de sélection ayant été établis, nous avons pris contact avec M. Valentin JOSSE, chef de cabinet du Président de la Communauté de Communes du Pays de la Châtaigneraie, afin qu'il nous aide à réaliser ce recrutement.

Pour chacun des trois groupes de localisations géographiques différentes, la prise de contact a été différente.

a. Concernant la commune de Marillet

M JOSSE est entré en contact avec Madame le Maire de Marillet, à qui il a transmis la liste des profils que nous souhaitons. Madame le Maire a ensuite contacté les personnes correspondantes et a organisé une rencontre pour permettre la réalisation des entretiens. A notre demande, elle a recruté 6 personnes au lieu de 5, afin que le premier entretien serve de test, et permette une modification éventuelle du questionnaire, avant le début de l'étude. Cet entretien a toutefois été conservé dans l'échantillon d'analyse, le questionnaire n'ayant pas été modifié.

b. Concernant la commune de Saint Sulpice en Pareds

Suite à une perte de contact avec M JOSSE, et malgré de nombreuses relances téléphoniques et par courriel, nous avons sollicité sa secrétaire, Madame JOURDAIN, laquelle a pris contact avec Monsieur le Maire. Monsieur le Maire a établi une liste de personnes correspondant aux critères de sélection, les a contactés pour leur expliquer l'étude et leur demander leur accord pour participer à l'entretien. Il nous a ensuite laissé leurs coordonnées afin que nous prenions contact directement avec eux pour convenir d'un rendez-vous. Sur les six coordonnées transmises, nous n'avons pu entrer en contact qu'avec quatre personnes, et ce malgré les relances itératives.

c. Concernant la commune de Menomblet

Nous sommes entrés directement en contact avec Monsieur le Maire qui nous a donné les coordonnées de personnes pouvant correspondre aux profils sélectionnés. Il n'a pas pris contact au préalable avec celles-ci pour leur demander leur accord. Nous avons contacté directement ces personnes pour leur expliquer l'objet du travail. Sur les cinq personnes sélectionnées, seules deux ont pu être contactées, et ont accepté de participer à l'entretien.

Au total, nous avons donc recruté douze personnes.

B. Les entretiens

a. Le guide d'entretien

L'entretien semi-directif utilise un guide d'entretien, afin de répondre au mieux à la problématique et d'apporter des éléments de réponses au questionnement général(42).

Le but de ce guide est de structurer l'entretien et de diriger les questions de l'interviewer sans moduler le discours de l'interviewé. Cela permet de poser un cadre à l'entretien.

Il présente des thèmes et des sous-thèmes directeurs qui devront être abordés au cours de l'entretien. Il doit être précis, formalisé et organisé(42).

Suite à la recherche documentaire réalisée et aux informations recueillies au cours de la réalisation de l'état des lieux, nous avons émis des hypothèses de recherche, qui ont ensuite été traduites en thèmes, puis reformulées en question d'enquête, pour aboutir au guide d'entretien.

Les thèmes abordés ont été les suivants :

- ✓ Organisation actuelle – narration
- ✓ Avantages – difficultés
- ✓ Besoins – attentes
- ✓ Avenir
- ✓ Pôle santé
- ✓ Déficit

Le guide d'entretien utilisé est présenté en annexe.

b. Réalisation des entretiens

1. Mot d'introduction

Avant de débiter les entretiens, nous avons réfléchi à une introduction pour présenter aux personnes interrogées notre travail.

Nous leur expliquions à travers cette introduction qu'il s'agissait d'un travail entrant dans le cadre d'une thèse de médecine, et en précisions les objectifs et le but poursuivi.

Nous leur expliquions également qu'il s'agissait d'un entretien semi-directif, qu'il y aurait donc quelques questions pour les orienter, mais qu'ils seraient libres de s'exprimer.

Enfin, nous précisions la durée approximative de l'entretien, le caractère anonyme, et l'enregistrement des entretiens dans le but de les analyser. Nous leur demandions bien entendu leur accord pour l'enregistrement.

2. Réalisation

Les entretiens ont été regroupés sur quatre demi-journées au cours du mois de juin 2010.

Le premier entretien a eu lieu dans la salle communale de Marillet le 10 mai 2010, et servait initialement d'entretien test. Finalement, après cet entretien, nous n'avons pas modifié le guide d'entretien, nous avons donc choisi d'inclure cet entretien dans l'étude.

Le 14 juin 2010, une après midi a été organisée dans la salle communale de Marillet, par l'intermédiaire de Madame le Maire. Au cours de cet après midi, nous avons réalisé les cinq entretiens du groupe Marillet.

Le 23 juin, nous avons réalisé les quatre entretiens correspondant au groupe de St Sulpice en Pareds. Le premier entretien a eu lieu sur le lieu de travail de la personne concernée, les autres au domicile de chacun.

Enfin, les deux entretiens des habitants de Menomblet ont eu lieu le 29 juin, au domicile des personnes.

Chaque entretien s'est déroulé de façon identique, d'abord par la présentation de l'interviewer, le mot d'introduction préalablement préparé, puis par l'entretien lui-même. Avant chaque entretien, des fiches concernant les caractéristiques socio-économiques des personnes interrogées ont été remplies. Ces fiches comprenaient les éléments suivants :

- Sexe
- Age
- Situation familiale, nombre d'enfants, âge des enfants
- Profession
- Conditions de vie (habitat, isolement, véhicule)
- Participation à la vie communale.

Les entretiens ont duré en moyenne 30 minutes, de 10 minutes pour le plus court à 50 minutes pour le plus long.

Chaque entretien a été enregistré sur ordinateur, à l'aide du logiciel Garage Band.

5. TRANSCRIPTION DES DONNEES

Chaque donnée enregistrée a été littéralement retranscrite.

Ce travail a été long et fastidieux (au début environ six heures par entretien, puis deux heures par entretien grâce à l'aide d'un logiciel de reconnaissance vocale) mais cela a permis de rassembler tout le matériel verbal et de ne pas faire de tri.

Les données ont ainsi pu être analysées plus finement puisque l'information transcrite était proche de l'entretien.

6. ANALYSE DES DONNES

L'analyse des données a débuté par le dépouillement des fiches d'identification pour caractériser les profils socio-démographiques des répondants.

Puis, nous avons procédé à une première lecture, qui a fait apparaître des hypothèses et suggéré des unités d'analyse. Les entretiens ont été ensuite découpés par thèmes, suivant les unités d'analyses identifiées.

RESULTATS

1. CARACTERISTIQUES DES INTERVIEWES

A. Caractéristiques socio-démographiques

Parmi les personnes interrogées figurent cinq hommes et sept femmes, dont la moyenne d'âge est de 56 ans. Le nombre moyen d'enfants est de 2. Parmi ces personnes, on note six retraités, huit personnes vivant dans un bourg, et une personne n'ayant pas de véhicule.

	SEXE	AGE	SITUATION FAMILIALE	NOMBRE D' ENFANTS	PROFESSION	VIE SOCIALE	HABITAT	MOYEN DE TRANSPORT
1	H	66	Marié	4	Retraité agriculteur	Adjoint au maire	Bourg	Voiture
2	F	66	Mariée	2	Retraîtée (travail juridique)		Bourg	Voiture
3	F	79	Veuve	4	Retraîtée couturière		Village	Voiture
4	F	53	Mariée	4	Chômage (ouvrière)		Bourg	Pas de permis Son conjoint a un véhicule
5	F	28	Concubinage	1	Bibliothécaire		Bourg	Voiture
6	H	30	Marié	1	Kinésithérapeute		Village	Voiture
7	F	40	Divorcée	1	Assistante sociale	Conseillère municipale	Village	Voiture
8	F	83	Veuve	2	Retraîtée commerçante		Bourg	Non
9	H	60	Marié	4	Pré-retraite		Bourg	Scooter
10	H	74	Marié	4	Retraité agriculteur		Village	Voiture
11	F	61	Célibataire	0	Retraîtée institutrice	Conseillère municipale	Bourg	Voiture
12	H	36	Célibataire	0	Manutentionnaire en agro-alimentaire		Bourg	Voiture

Dans le tableau, les interviewés ont été mis dans l'ordre chronologique des rencontres.

On distingue les 3 communes :

- En jaune : Marillet

- En vert : St Sulpice en Pareds
- En bleu : Menomblet.

B. Caractéristiques médicales

a. Problèmes de santé déclarés par les interviewés

Sur les 12 personnes interrogées, neuf bénéficient d'un suivi régulier, à savoir au moins une consultation chez le médecin généraliste tous les six mois.

Les principales pathologies qui les amènent à consulter régulièrement sont les suivantes :

- Diabète cité quatre fois,
- Hypertension chez trois personnes,
- Insuffisance respiratoire chronique pour une personne,
- Asthme pour une personne,
- Insomnie pour une personne,
- AVC pour une personne,
- Lombalgie pour une personne,
- Acouphènes pour une personne,
- Tremblement pour une personne.

b. Accès aux médecins généralistes

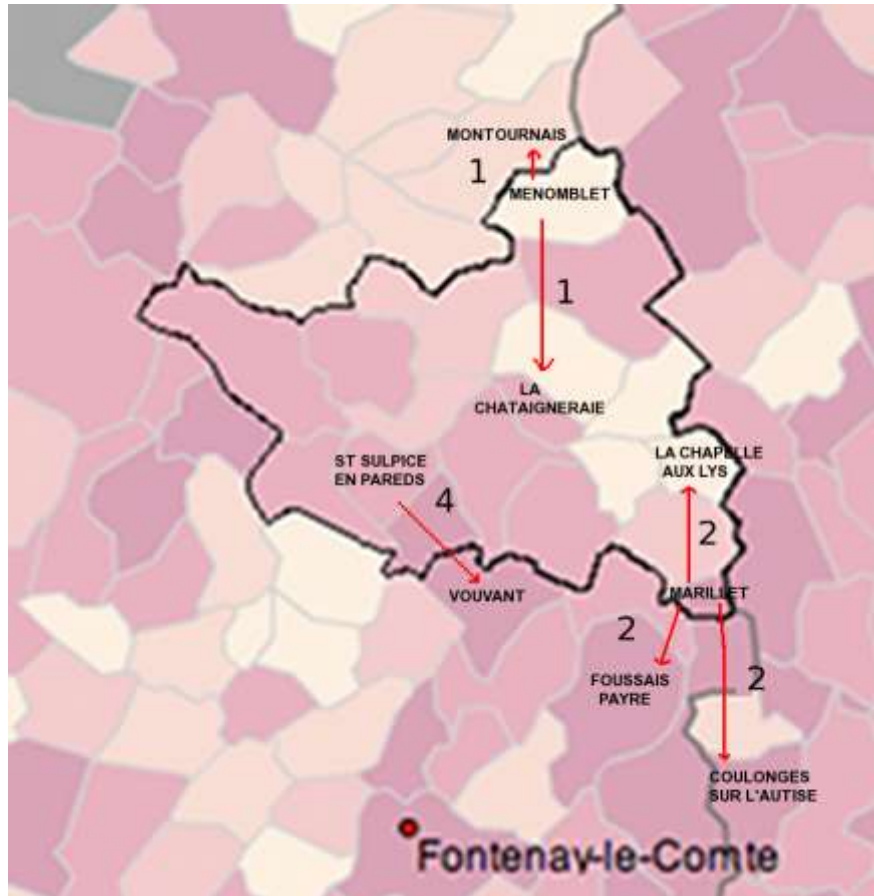
A Marillet, les interviewés 1 et 2 consultent un médecin à Foussais-Payré, les interviewés 3 et 5 consultent à Coulonges sur l'Autise en Deux-Sèvres, et les interviewés 4 et 6 consultent à la Chapelle aux Lys.

Sur la commune de St Sulpice en Pareds, les quatre interviewés consultent à Vouvant.

Quant à Menomblet, l'interviewé 11 consulte à la Châtaigneraie au pôle santé. L'interviewé 12 consultait le médecin de Montournais qui est décédé. Au jour de l'entretien, il n'avait pas choisi de nouveau médecin traitant.

Ci-dessous, la représentation cartographique de l'accès aux soins primaires des personnes interrogées.

Distribution des interviewés en fonction de leur médecin traitant



Finalement, seules trois personnes sur douze consultent un médecin généraliste de la communauté de communes de la Châtaigneraie.

2. MODALITES DE L'ACCES AUX SOINS

A. Médecin traitant

a. Rendez-vous

L'ensemble des interviewés, hormis l'interviewé 12 qui n'a plus de médecin traitant suite à son décès récent, ont déclaré obtenir très facilement des rendez-vous chez leur médecin généraliste.

En cas de nécessité de renouvellement des prescriptions, les patients font en sorte d'appeler quelques jours avant la date souhaitée de rendez-vous, afin d'obtenir une date de rendez-vous à leur convenance, mais aussi à la demande des médecins, qui souhaitent que les RDV de renouvellement soient pris plusieurs jours à l'avance pour une meilleure organisation. Pour certains, tels que les interviewés 1 et 8, les rendez-vous sont pris automatiquement à chaque consultation pour la fois suivante.

En cas de problème aigu, tous obtiennent un rendez-vous dans la journée, ou le lendemain selon la nature de la demande.

La date du rendez-vous est adaptée à l'emploi du temps du patient, du médecin et en fonction de la gravité de la demande (interviewé 4).

Il est plus difficile d'obtenir un rendez-vous pour l'interviewé 12. Dans l'ensemble, les médecins du secteur acceptent de le prendre de façon ponctuelle, mais ne souhaitent pas le prendre en tant que nouveau patient et donc d'assurer un suivi régulier : « i12 : Pour l'instant, je vais à droite, à gauche. Je ne vais pas parler que pour moi, on va là où on veut bien nous prendre. »

E : Vous arrivez à trouver facilement ?

i12 : C'est très dur. Pouzauges, c'est la grosse galère, la Châtaigneraie, ça va, mais en dépannage.

E : Si vous appelez, ils vous prennent quand même ?

i12 : Oui, mais il ne faut pas que ce soit régulier.

E : Ils ne veulent pas vous prendre en tant que patient ?

i12 : Pouzauges, ils le disent claire et nette. Pour eux, c'est niet. »

L'interviewé 12 souligne sa difficulté à trouver un nouveau médecin traitant.

A noter qu'il précise qu'avant le décès de son médecin, c'était très facile d'obtenir un rendez-vous : « Il était toujours arrangeable ».

b. Délai d'attente

Concernant le délai d'attente en salle d'attente, l'ensemble déclare attendre une moyenne d'une demi-heure, hormi l'interviewé 4 qui n'a pas d'attente en générale.

c. Relation médecin-malade

Tous déclarent avoir de très bonnes relations avec leur médecin. Certains parlent même d'une relation privilégiée :

- Interviewé 3 : « Il me connaît particulièrement bien ».
- Interviewé 11 : « Cette proximité de contact avec le docteur, je ne sais pas comment dire, je ne le sens pas comme un fonctionnaire, enfin ce n'est pas le mot qui convient, mais je ne le sens pas comme... Je n'ai pas l'impression d'être traitée comme un numéro parmi un autre ».

Toutefois, l'interviewé 7 parle de la difficulté relationnelle engendrée par l'informatique : « La consultation en elle-même, c'est vrai qu'avec l'ordinateur, je trouve que c'est parfois un petit peu difficile, parce qu'en fait le médecin est en train de rentrer ses données et moi j'aime bien quand on me regarde quand je parle. Donc il me connaît. Tout pendant qu'il pianote, je ne parle pas. Quand il a fini, je dis ce qui m'amène et puis après il m'ausculte ».

d. Accès au cabinet

Aucun des interviewés n'a montré de difficulté pour se rendre au cabinet médical, qu'ils aient ou non un moyen de locomotion. La plupart s'y rendent par eux-même en voiture (interviewés 1, 2, 3, 5, 6, 7, 10), ou bien se font conduire (interviewé 4).

Pour l'interviewé 8, qui n'a pas de moyen facile de locomotion, la consultation se fait à domicile. Dans le cas où la consultation ne peut se faire à domicile (consultation spécialisée

ou remplaçant), elle s'y rend en taxi (à sa charge financièrement) ou se fait emmener par sa femme de ménage.

e. Quand le cabinet médical est fermé

1. Le soir après 20h et la nuit

Les réponses obtenues montrent que chacun agit de façon différente lorsqu'il a besoin de consulter un médecin le soir ou la nuit et pas toujours de façon adaptée à la situation, ce qui montre un manque d'information de la population concernant la permanence des soins, alors qu'il existe une organisation précise de celle-ci, et montre également un manque d'information sur ce qu'est une situation d'urgence.

Les réponses données par les interviewés 1, 3, 6 et 9 qui décrivent qu'ils vont directement aux urgences, sans appeler le médecin de garde, quelque soit le motif de la consultation et quel qu'en soit le degré d'urgence, témoignent du manque d'information de la population sur ce qu'est une situation d'urgence. L'interviewé 9 justifie cette démarche par le coût du déplacement d'un médecin de garde, plus cher que d'aller aux urgences: « Une fois on l'avait appelé [...] on en avait eu pour plus de 300 francs. Donc ça fait beaucoup, pour donner à un médecin de nuit, qui vient avec sa voiture, et ça dure 10 minutes ».

Il en est de même pour les interviewés 3, 4, 5, 8 et 11 qui contactent le SAMU.

Certaines réponses témoignent d'un manque d'information quant au système de garde existant (interviewés 3, 5, 6, 8, et 12) :

- « C'est les urgences, il n'y a pas le choix » (interviewé 3) ;
- « E : Vous n'appellez pas le médecin de garde ? i5 : Non parce que je ne le sais pas en fait. Je ne sais pas qui est le médecin de garde. Il me semble, justement le dimanche j'avais appelé le médecin et, sur la boîte vocale, il nous demandait d'appeler le 15 en cas de... si on voulait un médecin [...] J'ai cru comprendre que ça marchait comme ça. Puis après en ligne, j'ai eu un médecin généraliste. Pour voir s'il y avait besoin de prendre un rendez-vous ou pas » (interviewé 5) ;

- « Là, le seul moyen, c'est les urgences [...] en campagne, on ne peut pas faire autrement [...] il doit y avoir un médecin de garde mais alors là, ils sont de garde tous les... je ne sais pas comment ça se passe au niveau des gardes » (interviewé 6) ;
- « Ben je ne sais pas, tellement j'étais pas bien, c'était une nuit, je sais pas si la nuit il se déplace, j'en sais rien je sais pas comment ça marche Je lui ai jamais posé la question » (interviewé 8) ;
- « Non, je ne sais même pas comment ça fonctionne » (interviewé 12).

Cependant, trois interviewés (interviewés 2, 10 et 11) ont répondu appeler le numéro de la régulation, qui les met en relation avec le médecin de garde. Mais la connaissance de la permanence des soins semble erronée, par exemple l'interviewé 3 dit « on appelle ce numéro si vraiment on arrive pas à joindre le médecin ».

Seul l'interviewé 7 semble bien informé sur le fonctionnement du système de régulation, et sait adapter sa démarche en fonction de la gravité de sa demande : « Sur la Vendée, il y a un numéro à composer. Si vraiment c'est important, j'appelle le 18 et si c'est quelque chose par exemple une chute pour laquelle il y a besoin de passer une radio, je vais directement aux urgences ». Elle précise toutefois qu'elle évite au maximum de déranger la nuit, la plupart du temps, elle gère jusqu'au matin, et appelle dès le matin pour avoir un RDV avec son médecin traitant dans la matinée. « Je ne suis pas pour l'automédication non plus mais voilà, ça ne sert à rien d'encombrer les services pour quelque chose qu'on peut peut-être gérer soi-même à domicile. C'est vrai que si c'est la fièvre, on a les moyens. En effet, si c'est une toux ou un rhume, c'est rare qu'avec les enfants, il ne nous reste pas du sirop pour attendre le lendemain. Et puis après, s'il y a vraiment beaucoup de fièvre, en téléphonant le matin de bonne heure, on peut avoir un rendez-vous en fin de matinée ».

Malgré le manque d'informations, l'interviewé 11 témoigne de l'efficacité du système de régulation, dans le sens où il se sent accompagné et en sécurité : « Mais à partir du moment où on est pris en charge, après... Bon le médecin de garde a répondu, les pompiers sont arrivés, ils ont appelé le SAMU, le SAMU parlait au téléphone, il ne fallait pas que je raccroche, il fallait ... Je me sentais en sécurité je veux dire. Ils étaient que tous les 2 les voisins, et elle était un peu perdue donc c'est moi qui est fait les démarches. Je me sentais accompagnée quand même, je ne me sentais pas toute seule ».

Si on analyse les réponses données à la question « appelleriez vous le médecin de garde ? », posée aux interviewés 3, 4, 5, 6, 12, la réponse a été non :

- Pour l'interviewé 6, le problème réside dans le fait que le secteur de garde est trop grand, donc c'est plus rapide d'aller directement aux urgences : « Ouais, parce que je sais que les gardes, ils ont des secteurs de garde assez important. Rien que sur le canton, ils dépassent largement le canton pour faire les gardes.... Le problème c'est que si il faut aller à l'autre bout, on a aussi vite fait d'aller à Fontenay aux urgences. Et puis, aux urgences, en fonction de la gravité, ils nous prennent rapidement ou pas » ;
- « Non, je ne sais même pas comment ça fonctionne » (interviewé 12).

L'interviewé 2 précise qu'il n'essaiera pas d'appeler son médecin traitant : « je ne dérangerai pas le médecin traitant...On ne va pas le déranger pour un oui ou pour un non. Il a des journées chargées ».

Deux personnes (interviewés 3 et 6) ont parlé de difficultés à avoir un médecin quand le cabinet médical est fermé : « les médecins, ce n'est pas pratique de les avoir en dehors des heures d'ouverture du cabinet. C'est pas facile. Le week end, il ne faut pas être malade, c'est sûr » (interviewé 3).

2. Quand le médecin est en congé

Aucun n'a déclaré avoir de difficulté en l'absence de son médecin pour congé.

Soit le médecin s'arrange avec un autre médecin, afin de ne jamais être parti en même temps : « Et bien, il est associé avec celui de St Pierre des Loges. Ils s'arrangent pour ne jamais être partis ensemble. Donc on en a toujours un. Et ça m'est arrivé d'appeler St Pierre des Loges et d'être pris tout de suite, dans la demi-journée où on appelle » (interviewé 1).

Pour d'autres (interviewé 2), leur médecin n'est pas forcément remplacé mais ils font en sorte de ne pas prendre de RDV pendant les congés de leur médecin. En cas de problème aigu, ils appellent un autre médecin du secteur, qu'ils ne connaissent pas, et obtiennent un RDV sans

difficulté : « i2 : De toute façon, enfin personnellement, on a RDV tous les mois avec lui, donc quand il a sa période de congé, on fait en sorte, on décale. Mais quand il y avait eu l'urgence, quand on avait eu le problème avec ..., on est allé à Mervent. Donc il y a toujours une possibilité. Ce jour là, c'est le petit fils qui a 3 ans, qui a fait un genre d'œdème, et j'ai appelé le matin dès 8h et j'ai eu un RDV à 10h. E : Avec un médecin que vous ne connaissiez pas ? i2 : Qu'on ne connaissait pas ».

Pour six des personnes interrogées (interviewés 4, 6, 8, 9, 10, 11), leur médecin a systématiquement un remplaçant : « Si il y a un remplaçant, on le prend, de toute façon on a pas le choix. Je pense que... J'ai eu affaire à des remplaçants, et ça s'était bien passé. Le dialogue se passe bien, il n'y a pas de problème » (interviewé 4).

Cependant, l'interviewé 9 déclare préférer attendre que son médecin soit de retour pour le renouvellement. Il ne souhaite pas voir le remplaçant car « Ca [l]'embête de lui raconter [sa] vie, il n'a pas besoin de la savoir. Il n'a pas besoin de savoir, il a le dossier médical, il n'a qu'à le consulter, et encore, si il a le mot de passe ».

Pour cinq des personnes interrogées (interviewés 3, 5, 7, 10, 11), leur médecin travaille en cabinet de groupe, ils consultent donc les associés en cas de congé de leur médecin traitant :

- « Disons que c'est un cabinet où ils sont quatre. Alors, il y en a toujours deux que moi je préfère. Donc si l'un est absent, l'autre est là. Donc ça se passe là aussi relativement bien » (interviewé 3) ;
- « C'est un cabinet médical, donc on prend rendez-vous avec un autre médecin. Il y a toujours quelqu'un » (interviewé 5) ;
- « Autrement, il y a une chose, c'est qu'ils sont deux docteurs, donc on prend l'associé. Moi ça ne me gêne pas, ça m'est déjà arrivé d'aller avec l'associé. On aime autant aller avec son docteur parce qu'il nous connaît mais moi je trouve que parfois voir l'associé ce n'est pas plus mal parce qu'il peut peut être relever des choses que l'autre ne voit pas » (interviewé 10) ;
- L'interviewé 11 souligne que depuis que son médecin travaille au pôle santé et donc en groupe, il y a toujours quelqu'un de disponible : « Et je pense que, maintenant qu'ils sont 3, enfin 4, avec celui de la Chapelle, si celui que je consulte habituellement

est en vacances, il reste les trois autres. Maintenant qu'ils sont regroupés, ça fait moins peur. Il y a les trois autres ».

Pour l'interviewé 12, avant le décès de son médecin, celui-ci était remplacé. Pour les renouvellements, l'interviewé 12 se débrouillait pour aller le voir avant ou après ses congés, et en cas de problème aigu, pas de difficulté particulière car médecin remplacé.

B. Face à une situation d'urgence

On note des comportements différents entre les différentes personnes interrogées, plus ou moins adaptés à la gravité de l'urgence.

Pour cinq d'entre eux, peu importe la gravité : ils appellent en premier lieu leur médecin traitant parce qu'ils pensent qu'il pourra gérer la situation (interviewés 3, 4, 8, 11) ou pour qu'il les oriente : « Je pense que je commence par appeler mon médecin. Pour savoir quoi faire, parce qu'ils peuvent prendre en urgence aussi. Je commence par appeler mon médecin pour savoir si je vais aux urgences ou qu'il me conseille. Je lui explique le cas » (interviewé 5). La nuit, puisque le cabinet est fermé, ces quatre interviewés redonnent la même réponse que dans le paragraphe précédent, à savoir qu'ils appellent le 15 ou vont directement aux urgences.

Pour les autres, le comportement est plus adapté à la gravité :

- Six personnes ont répondu aller directement aux urgences, car elles pensent que leur médecin ne pourra pas gérer la situation d'urgence (interviewés 1, 2, 6, 7 et 9, 12) « Moi je suis allé aux urgences. Quand j'ai eu le doigt arraché, je savais que lui n'aurait pas pu, il fallait opérer de toute façon. Parce que c'est pas la première fois, j'avais eu celui là il y a une dizaine d'années, donc je savais que lui il m'aurait envoyé aux urgences., donc j'y suis allé directement » (interviewé 1) ;
- L'interviewé 12 parle du cadre du travail, dans lequel les responsables appellent les pompiers qui transfèrent automatiquement aux urgences.

C. Soins gynécologiques

La plupart des femmes interrogées prennent directement RDV avec un gynécologue de Fontenay (interviewés 4, 5, 7, et 11). Seule l'interviewé 2 consulte son médecin traitant pour les soins gynécologiques de base (frottis). Pour les autres soins, celui-ci l'oriente vers le gynécologue à Fontenay.

D. Soins pédiatriques

Ils sont assurés principalement par les médecins généralistes (interviewés 4, 6 et 7).

Toutefois, la fille de l'interviewé 6 est suivie conjointement par le généraliste et le pédiatre. Le pédiatre est à Fontenay, la distance ne lui posant pas de problème, à la différence de l'interviewé 4 qui considère le pédiatre trop loin.

E. Soins infirmiers

Pour tous les interviewés, l'obtention de soins infirmiers est très simple et ne leur pose pas de problème. En général, le patient appelle le cabinet, laisse un message sur répondeur, puis l'infirmière rappelle pour dire son moment de passage : « On appelle les infirmières, en leur demandant de passer. En général, c'est dans les 48 heures, mais si c'est très urgent, Elle passe le jour même ou le lendemain. Donc ça ne pose aucun problème. Le cabinet est très bien géré » (interviewé 2) ; « ça marche très bien niveau soin infirmier à domicile. Ca fonctionne très bien, que ce soit la semaine ou le week end [...] La dessus, au niveau du réseau infirmier, aide soignant, au niveau rural, on a quelque chose qui est bien mis en place » (interviewé 6).

Pour la plupart des personnes interrogées, les soins se font à domicile (interviewés 1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 11, 12).

Pour l'interviewé 10, certains soins se font à domicile, les prises de sang au cabinet infirmier.

F. Soins par un kinésithérapeute

A l'instar des soins infirmiers, l'obtention de soins de kinésithérapie est très simple, la distance ne posant pas de problème :

- Pour l'interviewé 1, « ça ne manque pas les kinés ». Il obtient donc facilement les soins nécessaires. Le cabinet le plus proche est à 14km, ce qui ne lui pose pas de problème : « E : Vous êtes à combien de la Châtaigneraie ? il : 14km E : Vous les faites facilement, sans souci ? il : Oui oui, oui oui, forcément, on est bien obligé. J'ai été opéré des deux épaules, alors, ça s'est beaucoup de kiné. J'ai eu 65 séances à l'une et 48 à l'autre. Et donc j'y allais. Au début ma femme m'emmenait parce que je ne pouvais pas conduire, et puis après quand j'ai pu conduire et bien j'y allais tout seul. Il y a 3 cabinets à la Châtaigneraie » ;
- « On est bien pourvue. Il y a deux cabinets à la Châtaigneraie. Il y en deux ou trois à Fontenay. Donc on se déplace...Donc ça ne pose pas de problème » (interviewé 2).

Les interviewés 5,11 et 12 n'ont pas de réponse à la question car ils n'en n'ont jamais eu besoin, mais ils savent qu'il y a des kinésithérapeutes à proximité.

L'interviewé 9 ne sait pas car n'a pas eu besoin, mais pense que c'est assez facile d'obtenir un rendez-vous.

3. UNE REPOSE ADAPTEE DES SOINS PRIMAIRES AUX BESOINS

A. Satisfaction

A la question « êtes vous satisfait de l'offre de soins actuelle ? », toutes les personnes interrogées ont répondu être satisfaites : « On a pas à se plaindre » (interviewé 1) ; « Oui, généraliste, infirmier, oui, je n'ai jamais été déçu » (interviewé 12).

Cependant, sept personnes ont modéré leur satisfaction par rapport :

- A l'absence de choix pour les interviewés 2 et 5 ;

- A leur vieillissement, et les problèmes de santé que cela engendre pour cinq personnes (interviewés 3, 4, 5, 6, et 11) : « Dans la mesure où je n'ai pas de gros besoins, ça va. Après, je ne sais pas comment ça se passerait en cas de soucis répétitifs. A l'heure actuelle, on est à un âge où on a pas beaucoup de besoins. On est pas souvent malade » (interviewé 5), « Moi je suis jeune, je n'ai pas trop besoin de soins. A l'heure actuelle, ça me satisfait. En vieillissant, je pense qu'il ne faut pas trop tomber malade » (interviewé 6) ;
- Al'absence de moyen de locomotion : « Moi, oui je suis satisfaite, mais c'est vrai que celui qui n'a pas vraiment de moyen de locomotion pour se déplacer, ce n'est pas toujours évident » (interviewé 4) ;
- Au futur: « c'est vrai à l'heure actuelle, on a des médecins, mais d'ici cinq ans, sur le secteur de la Châtaigneraie, je ne sais pas si ils vont rester. Ils vont partir en retraite, est ce qu'il y aura des remplaçants, je ne sais pas. » (interviewé 6) ;
- Par rapport à ceux qui n'ont pas de médecin traitant : « Jusqu'à présent, moi je n'ai pas eu de souci, parce qu'en effet, sur Vouvant, j'ai eu la chance d'être cliente avant qu'il soit saturé, parce que c'est vrai que maintenant, puisqu'ils ont beaucoup de clients, ils ne prennent plus de nouveaux clients » (interviewé 7).

B. Une réponse adaptée

a. Par rapport aux médecins

Les personnes interrogées ont souligné des avantages dans l'organisation actuelle des soins primaires qui les satisfont et qui sont des réponses adaptées à leur besoin :

- Le fonctionnement par rendez-vous :
 - Qui limite l'attente : « Disons que moi, j'ai toujours été pour les rendez-vous, parce que d'aller directement à la salle d'attente, c'est tout juste si il y en a pas qui seront là dès 7h00 pour pouvoir passer. Tandis qu'avec les rendez-vous, on vient à l'heure des rendez-vous et c'est bon » (interviewé 2) ;
 - Qui permet de proposer aux patients un créneau adapté à leur emploi du temps : « Que ce soit avec le généraliste, j'ai toujours eu un RDV comme... oh

peut être pas comme je l'aurais voulu, mais au moins dans les 2 ou 3 jours, à une horaire qui convient à mes horaires de travail » (interviewé 12).

- La relation privilégiée médecin traitant-patient citée trois fois (interviewés 3, 7 et 11) car :
 - Disponibilité du médecin traitant : « je crois que si j'avais une urgence, il se déplacerait [...] Il y a cinq ans, quand mon mari était sur la fin, il venait quand même régulièrement. Je l'appelais, et il venait assez rapidement [...] Un soir, on a attendu l'ambulance qui s'était perdue...il est toujours resté auprès de mon mari de 7h du soir jusqu'à 11h pour attendre l'ambulance » (interviewé 3)
 - Médecin attitré : avoir affaire toujours au même médecin favorise une relation privilégiée « Le fait que ce soit des gens qui s'installent, et que ce soit des médecins fixes, il y a aussi la relation. Si en effet, il y avait, dans les cas extrêmes s'il y avait très peu de médecins et que les médecins assuraient à tour de rôle une permanence, on ne verrait jamais le même médecin, je pense qu'au niveau de la relation et du soin ce ne serait pas aussi bien » (interviewé 7).

- Une distance géographique acceptable (un médecin en moyenne dans un rayon de 10km), citée par trois d'entre eux (interviewés 4, 5, et 7) par rapport à :
 - La mobilité des gens « je pense que ce qui est absolument à conserver, ce sont les centres médicaux de proximité. Que ce soit, à tous les niveaux, que ce soient les kinés, infirmiers et médecins. Parce que je pense que tout le monde n'est pas aussi mobile » (interviewé 7) ;
 - L'urgence : « quand on est face à une urgence ou quand on doit consulter rapidement, il faut que ce soit assez proche quand même » (interviewé 7) ;
 - La vigilance d'un malade : « Même si on se déplace facilement, je pense que quand on n'est pas en forme, il ne faut pas faire... c'est peut-être mieux de ne pas avoir à faire 30 km pour consulter un médecin. Si on est fiévreux, niveau de l'attention de la vigilance, ce n'est pas la même chose » (interviewé 7).

- La possibilité de consulter assez tardivement le soir (interviewé 5).

- L'avantage du regroupement des médecins qui permet d'avoir toujours un médecin disponible : « Moi, ce que je trouve le point fort, c'est qu'ils se regroupent. Comme ça,

quand l'un n'est pas là, un autre peut prendre en cas d'urgence...Si ils tombent malades, il y aura un autre médecin sur qui compter » (interviewé 6).

- La proximité des spécialistes, par l'intermédiaire des consultations spécialisées organisées par le pôle santé, et le développement d'antennes :« Même à l'heure actuelle, il y a des chirurgiens de Fontenay qui viennent à l'hôpital local, avant ils ne le faisaient pas. De temps en temps, on a des réunions avec les chirurgiens de Fontenay, depuis qu'ils le font, ils englobent beaucoup plus de personnes. Beaucoup de personnes viennent au plus près et ça évite de les faire aller jusqu'à Fontenay [...] La proximité c'est important.

E : Mais les gens doivent quand même aller à Fontenay se faire opérer.

i6 : Oui, mais ils ont eu une première approche au près. D'un côté ça les décide aussi sur certaines opérations, à y aller. Ca s'est pas mal. Même les chirurgiens nous l'ont dit » (interviewé 6) ;

« i12 : Pour les spécialistes, moi je vois, il y a deux ans, je m'étais fait couper un bout de doigt [...] le spécialiste que j'avais coupait sa semaine en deux, c'est à dire qu'il prenait des RDV à Fontenay et à la Châtaigneraie. Quand il se déplaçait à la Châtaigneraie, moi je suis à 11 km, c'est vrai que ça me dépannait bien [...] Qu'ils se déplacent, sur le secteur qui a un pôle santé. Je trouve ça bien.

E : Plutôt que de les regrouper dans les grandes villes ?

i12 : Oui. Donc lui il faisait, en fait il avait son cabinet à Fontenay, et il coupait la poire en deux, en venant de temps en temps ici, pour les gens qui habitent le secteur. Et moi c'est vrai que ça m'arrangeait bien. Ca m'arrangeait plus de descendre à la Châtaigneraie plutôt qu'à son cabinet à Fontenay. Ca me faisait beaucoup moins de route » (interviewé 12).

b. Par rapport aux infirmiers

Les personnes interrogées ont souligné certains avantages dans le fonctionnement des soins infirmiers :

- Possibilité des soins à domicile, du fait de la proximité, présence des infirmiers en milieu rural (interviewés 2 et 7) :« On a pas à se déplacer, que ce soit pour les prises

de sang...on ne se déplace pas...C'est pratique. Nous, on a un véhicule mais, les gens qui n'ont pas de véhicule, je vois ici il y a une dame âgée, quand elle doit se déplacer pour des soins médicaux ou autre, il faut qu'elle se fasse conduire » (interviewé 2).

- Adaptation des heures de passages selon le soin et selon l'emploi du temps du patient (notamment en fonction des horaires de sortie en cas d'arrêt de travail) :
« En principe, elles préviennent vers quelles heure elles viennent. Par exemple, elles ne vont pas venir à 10h00 pour une prise de sang à jeun. C'est adapté » (interviewé 2) ;
« J'ai toujours eu un passage qui me convenait aussi. Ni trop tôt, ni trop tard. Soit dans la matinée, soit dans l'après midi. Donc là-dessus, j'ai toujours été satisfait » « Moi je suis quelqu'un qui n'aime pas rester enfermé, qui aime bien profiter quand même du peu que je peux de mes horaires de sortie. Je n'aime pas trop qu'on vienne empiéter là dessus. C'est vrai que là dessus, je n'ai jamais eu à me plaindre. C'était soit en début de matinée, ou en fin de matinée. Ca m'a toujours laissé un peu de temps libre. C'est vrai que là dessus, dans le secteur, on est bien desservi. Là dessus, il n'y a pas de souci » (interviewé 12).

c. Par rapport aux kinésithérapeutes

Par rapport aux kinésithérapeutes, les avantages cités sont :

- La possibilité d'avoir les rendez-vous quand on le souhaite, que ce soit programmé ou non et la rapidité de la prise en charge : « Je leur ai dit, à telle date je me fais opérer, il me faudrait un kiné à partir de telle date. Là c'est forcément programmé, donc pas de souci. Un jour, ma femme était bloquée, je leur ai téléphoné, ils l'ont prise dans la journée...De ce côté là, on est bien servi » (interviewé 1).
- La proximité, la présence des kinésithérapeutes en milieu rural, par rapport aux patients non mobiles (interviewé 7).
- Le choix du thérapeute car les kinésithérapeutes sont nombreux sur le secteur : « Les kinés, d'abord on a le choix parce qu'à la Châtaigneraie, je ne sais pas combien ils

sont, mais ils doivent être au moins 6 à exercer. Ca fait du monde, donc si un est trop chargé, on peut aller ailleurs » (interviewé 10).

4. DIFFICULTES D'ACCES AUX SOINS

Quatre des personnes interrogées (interviewés 1, 2, 10, et 11) n'ont cité aucune difficulté pour accéder aux soins primaires : « Aucun souci, aucun souci. On me propose ce qu'il faut, on me donne les soins qu'il faut, oui, oui » (interviewé 1).

Plusieurs des personnes interviewées ont cité des difficultés, mais ont relativisé leur propos en précisant que c'était quand même acceptable. Il s'agit notamment des difficultés pour accéder aux soins spécialisés du fait de l'éloignement géographique (interviewés 2, 3, et 5) :

- Les interviewés 2 et 5 parlent des difficultés de l'éloignement des spécialistes.
- L'interviewé 3 critique le fait de toujours se déplacer, mais dit qu'elle peut toujours trouver quelqu'un pour l'emmener, ce n'est pas réellement une difficulté « E : C'est un problème de devoir se déplacer sans arrêt ? i3 : Pour le moment, non... Mais ça sera quand je ne conduirai plus que ça posera problème ».

A. Difficultés énoncées

a. Par rapport à la médecine générale

Les différentes difficultés citées par rapport à la médecine générale sont :

- L'indisponibilité des médecins le soir et le week end, qui sont aussi le témoin d'une méconnaissance de l'existence du médecin de garde : « Ca serait plus pratique si on pouvait avoir le docteur le week end, ça c'est sûr... E : Vous aimeriez un système où les médecins sont toujours joignables ? i3 : Voilà. Ca ce serait appréciable. Là, je sais que ce n'est pas la peine d'appeler le cabinet, je sais que le cabinet est fermé à partir

de telle heure. C'est un répondeur qui vous dit de vous adresser à tel numéro » (interviewé 3).

- La diminution des visites à domicile : « Moi, j'aimais bien autrefois quand on l'appelait et qu'il se déplaçait. Heureusement, à l'époque où mon mari n'allait pas bien, il venait régulièrement, mais ça serait maintenant, je ne sais pas comment on ferait. Maintenant, ils insistent "emmenez moi le malade". Même si on tient à peine debout, il faut y aller. Ca s'est vrai que c'est gênant du point de vue santé » (interviewé 3) ;

La diminution des visites à domicile entraîne pour l'interviewé 4 le sentiment de perdre la relation privilégiée qu'elle avait avec son médecin, quand il venait dans la famille : « Bon c'est vrai qu'on ne peut pas retourner en arrière mais quand les médecins se déplaçaient dans les familles, quand même, c'est vrai qu'il y avait un autre contact » (interviewé 4).

- Le manque d'écoute de la part des médecins est :
 - évoqué par l'interviewé 6 et expliqué par le manque de temps : « Trouver un bon médecin, qui prenne le temps d'écouter. A l'heure actuelle, certains prennent le temps et d'autres ne prennent pas le temps, c'est comme dans tous les domaines. Prendre le temps d'écouter le patient, c'est vachement important [...] Chez le toubib ils sont écoutés en partie, mais nous après au cabinet on essaye d'écouter vraiment les problèmes. Parce que des fois les médecins, ils disent, c'est ça mais ils passent un peu à côté du problème. Les gens ont besoin de parler. A l'heure actuelle, ils ont plus l'écoute qu'ils avaient autrefois. Et si il n'y a plus personne pour écouter et informer les gens, je ne sais pas où on va s'en aller avec la médecine. Là il y a un gros problème [...] Il faut tellement foncer que à un moment donné, quand le corps ne suit plus, on va voir un médecin, mais le médecin dit "oui, ba c'est ça" et point. Et, on ne règle pas le problème des gens, on passe à côté de la cause de problème. Je pense qu'il y a un manque d'écoute des patients. Du moins certains médecins ne prennent pas le temps d'écouter les patients. Et je pense que si ils prenaient plus le temps d'écouter les patients, derrière, je pense que les gens seraient mieux soignés. On les reverrait moins souvent au cabinet » (interviewé 6) ;
 - Cité par l'interviewé 7, mais est lié à la présence de l'ordinateur : « C'est vrai qu'avec l'ordinateur, je trouve que c'est parfois un petit peu difficile, parce

qu'en fait le médecin est en train de rentrer ses données, et moi j'aime bien qu'on me regarde quand je parle » (interviewé 7).

- L'indisponibilité des médecins liée à la perception d'une surcharge de travail : « ... alors c'est vrai, que pour assurer un service de qualité, ils sont obligés de faire des heures, c'est peut-être préjudiciable pour eux parce qu'à un moment donné ils sont peut-être moins disponible. C'est vrai que si ils avaient moins de clients, plus de temps à nous accorder en consultation, ça pourrait paraître... » (interviewé 7)

- L'éloignement du médecin généraliste, alors qu'il existe un souhait de soins de proximité, évoqué par les interviewés 3 et 4 : « i3 : C'est sûr que l'on a rien sur place. On a absolument rien.... Le plus près, c'est au moins à 10km. Ca nous pose problème... Tant que je conduis, j'y vais ou ma fille qui est à côté me dépannerait. Mais enfin c'est vrai que c'est un problème pour l'avenir. Parce qu'il y a quand même pas mal de personnes âgées [...] Quand on a un problème de santé, comme pour la pharmacie, c'est pareil, il faut toujours se déplacer. Nous, on est vraiment isolé à Marillet » (interviewé 3) ;
« C'est vrai que, on a l'impression que le milieu rural, si il n'y a plus de médecin, il n'y a plus rien. C'est vide. C'est comme les commerçants qui s'en vont des milieux ruraux, il n'y a plus rien après. On a l'impression que c'est la mort d'un village » (interviewé 4)

- Les difficultés par rapport au médecin de garde à cause :
 - Du délai long d'intervention : « L'an dernier, ils m'ont pris, je ne sais plus à quel moment, mais ça a été long avant que le docteur vienne me voir » (interviewé 3).
 - De la distance éloignée pour consulter le médecin de garde : « Parce que je sais que les gardes, ils ont des secteurs de garde assez important. Rien que sur le canton, ils dépassent largement le canton pour faire les gardes... Le problème c'est que si il faut aller à l'autre bout, on a aussi vite fait d'aller à Fontenay aux urgences » (interviewé 6).

- La conscience du risque de pénurie de médecins en zone rurale à venir car :
 - Ils ont conscience que les jeunes médecins préfèrent s'installer en ville plutôt qu'en campagne (interviewés 4 et 7) : « On pense aux futurs médecins, mais

c'est vrai qu'il y en a pas beaucoup qui veulent s'installer en milieu rural. Je pense qu'il y a beaucoup de jeunes médecins qui préfèrent la ville » (interviewé 4) ;

- Ils connaissent le départ à court terme des médecins du secteur (interviewé 6 et 11) : « C'est vrai, à l'heure actuelle, on a des médecins, mais d'ici 5 ans sur le secteur de la Chataigneraie, je ne sais pas si ils vont rester. Ils vont partir en retraite, est ce qu'il y aura des remplaçants, je ne sais pas. Où allez se faire soigner, ce sera une vraie question » (interviewé 6).
- Le ressenti d'une pression subie par les médecins : « Mais, les médecins, je n'aimerais pas être à leur place à l'heure actuelle, parce qu'ils sont surveillés tout le temps, pour tout. Ils sont surveillés, il ne faut pas prescrire tout le temps. Je comprends pourquoi certains médecins préfèrent rester à l'hôpital. On voit vraiment que les médecins ont une pression. Moi je vois mon médecin traitant, à un moment donné, il en a marre » (interviewé 6).
- La difficulté pour trouver un nouveau médecin traitant :
 - Pour lui-même (interviewé 12) ;
 - D'une manière générale (interviewé 6, interviewé 7, interviewé 10, interviewé 11).

b. Par rapport à la médecine spécialisée

Trois difficultés ont été citées concernant l'accès aux soins spécialisés :

- L'insuffisance de cabinet de radiologie dans le secteur, et des délais trop longs, cité par les interviewés 2 et 9 : « Par contre, pour les cabinets de radiologie, il y a un seul cabinet de radiologie à Fontenay, c'est la croix et la bannière pour avoir des rendez-vous. C'est toujours... Ou le scanner, c'est tout juste si il ne faut pas prévoir 10 ans à l'avance... Localement ici, c'est le seul point négatif. Ce cabinet de radiologie, c'est hyper long » (interviewé 2).

- L'éloignement des spécialistes et des centres spécialisés (interviewés 2, 5, et 10) : « Ce serait bien d'avoir tous les spécialistes un peu plus près. Parce qu'aujourd'hui, ça va, on fait nos 40 km aller-retour sans problème, mais peut être que dans 10 ans, ça sera plus difficile » (interviewé 2). « Par contre, aller à Nantes, ça peut poser des problèmes pour celui qui n'a pas roulé beaucoup » (interviewé 10).

- Les difficultés par rapport aux services d'urgences car :
 - Les délais sont perçus trop longs aux urgences (interviewés 3, 7, et 9), expliqués en partie par un manque de personnel et de moyen : « Aux urgences, il n'y a pas assez de personnel. Les urgences, comme le milieu hospitalier, on voit bien que c'est un milieu qui souffre. Le personnel est insuffisant, donc au niveau des urgences, il y a un délai d'attente énorme. Ils ne sont pas assez nombreux, je pense que c'est ça » (interviewé 7) ;
 - Ils sont à distance des pôles d'urgences : « Il faut faire plus de trente kilomètres, une demi heure de route. Il n'y a que ça qui est dérangeant. C'est vrai que là dessus, on est très mal desservi » (interviewé 12).

c. Par rapport aux infirmiers

Aucune difficulté n'a été citée par rapport aux soins infirmiers.

d. Par rapport aux kinésithérapeutes

Une seule remarque a été formulée :

- Eloignement des kinésithérapeutes (interviewé 3)

5. POLE SANTE

A. Connaissance du pôle

Sur les 13 personnes interrogées, 10 ont entendu parler du pôle santé de la Châtaigneraie. Les interviewés 5, 8 et 9 n'ont pas entendu parler.

Sur les 10 personnes qui connaissent le pôle, six personnes savent ce que c'est réellement et peuvent en décrire le fonctionnement (interviewés 1, 2, 4, 6, 7 et 11).

Parmi ces 6 personnes, leur médecin en fait partie pour 3 d'entre eux (interviewés 4, 6 et 11), les deux autres sont des élus (interviewés 1 et 7).

Les interviewés 6 et 11 utilisent les services du pôle. L'interviewé 4, bien que son médecin en fasse partie, s'arrange pour obtenir ses RDV le samedi, quand son médecin n'exerce pas au pôle mais dans son ancien cabinet car elle ne souhaite pas consulter au pôle.

Parmi les non-utilisateurs, quatre seraient prêts à l'utiliser (interviewés 1, 2, 5 et 7). L'interviewé 8 n'a pas d'avis. Les interviewés 3, 4 et 9 ne souhaitent pas l'utiliser. L'interviewé 12 ne sait pas prononcé sur l'éventualité de l'utiliser mais s'est montré plutôt contre le pôle santé.

B. Le pôle est-il une réponse à leurs besoins ?

a. Pour les utilisateurs

Pour les interviewés 6 et 11, le pôle santé répond à leurs besoins par :

- La disponibilité des médecins du fait de leur regroupement (interviewés 6 et 11);
- La présence d'autres services sur place (interviewé 6) ;
- La perception que cela va attirer d'autres médecins à venir s'installer et donc répondre au problème de pénurie éventuelle (interviewé 6) ;
- La diminution du temps d'attente constatée (interviewé 11).

b. Pour les non utilisateurs

Cinq d'entre eux pensent que ça pourrait répondre à leur propre besoin (interviewés 1, 2, 5, 7, et 10) par :

- La disponibilité des médecins (interviewés 1 et 5) : « si quelqu'un ne peut pas nous prendre, on n'est pas obligé de rappeler quelqu'un d'autre » (interviewé 5) ;
- Le rapprochement des soins spécialisés (interviewé 2) ;
- La présence permanente d'un médecin (interviewé 10).

Pour les autres (interviewés 3, 4, 8, 9, 12), cela ne répondrait pas à leur besoin car :

- Le pôle n'apporte rien après 20h (interviewé 8) ;
- Le regroupement n'augmente pas le nombre de médecins (interviewé 9) ;
- Les médecins du pôle n'acceptent pas de nouveaux patients (interviewé 12).

C. Les points positifs du pôle

Les interviewés ont souligné plusieurs points positifs liés à l'existence et au fonctionnement du pôle. Cela rejoint en partie les éléments mis en évidence lors de l'analyse de la question « le pôle répond-t-il à vos besoins ? » :

- Le regroupement des médecins ce qui permet :
 - Une disponibilité et une présence permanente : « si son médecin n'est pas disponible, il y en a un disponible. Forcément un... Ca c'est leur force »(interviewé 1) ;
 - De réduire le temps d'attente pour l'interviewé 11 ;
 - De mutualiser les moyens (notamment secrétariat) (interviewé 10) ;
 - Aux médecins de s'absenter, de partir en vacances (interviewé 10).
- Le regroupement des professions paramédicales et autres aides sociales (interviewé 6).
- Des locaux neufs :
 - Ce qui est un outil de travail appréciable, et donc qui pourrait permettre d'attirer de jeunes médecins à venir s'installer (interviewé 6) ;

- Agréables pour le patient (interviewé 7).
- La présence des spécialistes au sein du pôle, ce qui réduit les déplacements (interviewé 7).
- La proximité de l'hôpital local (interviewé 7).

D. Les inconvénients du pôle

- Le risque de changer de médecin et de ne pas avoir affaire toujours au même (interviewés 3, 4, 9) : « on aime bien avoir affaire à son médecin traitant » (interviewé 3).
- Le risque de ne pas se faire rembourser la consultation par la sécurité sociale si on ne consulte pas son médecin traitant « Si vous voyez un autre médecin, la sécurité sociale va dire, mais pourquoi vous avez appelé un autre médecin ? Donc il faudra justifier que l'on a appelé un autre médecin parce que le sien n'était pas là » (interviewé 9).
- La perte de la proximité géographique des médecins avec la perte des médecins dans les petites communes (interviewés 4 et 12) : « Ce qui est dommage, c'est qu'on supprime les médecins en zones rurales [...] Le pôle, il est bien, c'est clair, ça permet d'avoir un cabinet un peu plus important, une disponibilité meilleure, mais il aurait fallu rapporter des nouveaux médecins, des gens qui sortent de leurs études, qui ont fini et qui rentrent dans le travail. Plutôt que de prendre des concurrents à gauche à droite et de se dire que sur un rayon de 20km, bah merde il n'y a plus de médecin. Je trouve ça dommage » (interviewé 12).
- Le manque d'information quant au fonctionnement du pôle (interviewé 3, 11) : « je ne pense pas au pôle en cas d'absence de mon médecin et vais directement aux urgences » (interviewé 3).
- Le pôle n'apporte pas de nouveaux médecins (interviewés 1, 6, et 11) et ne favoriserait pas l'installation de nouveaux médecins : « Est-ce qu'ils n'auront pas de difficultés à

trouver des nouveaux médecins, là ils sont quatre, mais quatre qui existaient déjà ? » (interviewé 1) ; « J'étais sceptique au début quand ils ont fait ce pôle santé. Ils disaient que ça allait faire venir des médecins, mais pour l'instant ce n'est pas le cas. Je suis un peu sceptique » (interviewé 6) ; « Il aurait fallu rapporter des nouveaux médecins, des gens qui sortent de leurs études, qui ont fini et qui rentrent dans le travail. Plutôt que de prendre des concurrents à gauche à droite » (interviewé 12).

6. LA COMMUNAUTE DE COMMUNES DE LA CHATAIGNERAIE, ZONE DEFICITAIRE EN PROFESSIONNELS DE SANTE

En posant la question aux personnes interrogées si elles pensaient que le territoire de la communauté de communes de la Châtaigneraie était un territoire déficitaire en personnels de santé, neuf personnes ont répondu oui (interviewés 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10 et 12).

A. Les personnes interrogées pensent-elles vivre dans une zone déficitaire en médecins?

Neuf personnes (interviewés 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, et 12) ont répondu vivre à l'heure actuelle dans une zone déficitaire en médecins.

Les raisons évoquées qui leur font penser que la zone est déficitaire sont les suivantes :

- La diminution du nombre de médecins (interviewés 1, 7, 9, et 10). Les interviewés 1 et 7 citent l'exemple des médecins alentours qui sont partis et qui n'ont pas été remplacés.
- Le vieillissement des médecins en place dans le secteur, et donc départ potentiel proche (interviewé 7).
- L'augmentation de la fréquentation des urgences (interviewé 1).
- La conscience du fait que les médecins, notamment les jeunes préfèrent rester en ville plutôt que venir s'installer en campagne (interviewés 1, 2, 9, et 12). Les interviewés 1

et 2 précisent le fait que ce sont notamment les femmes de médecins qui souhaitent rester en ville.

- La surcharge de travail des médecins (interviewés 2, 7, 8, et 10) : « quand je vois son emploi du temps, c'est archiplein [...] Les médecins sont fatigués » (interviewé 2) ; « conditions de travail difficile » (interviewé 7).
- La conscience de la mise en place par le conseil général d'aides et de solutions (bourses pour les étudiants en médecine) (interviewé 2).
- L'absence de professionnels de santé dans la commune et la nécessité de faire une dizaine de kilomètres pour accéder aux soins primaires (interviewé 3) : « C'est sûr que l'on n'a rien sur place. On a absolument rien. Que ce soit les infirmiers, les pharmacies, les docteurs, nous on n'a rien sur place à Marillet. Le plus près, c'est au moins à 10 km » (interviewé 3).
- Tous les habitants n'ont pas de médecin attitré (interviewé 6).
- La création du pôle santé, dont l'objectif était de pallier le manque de médecins (interviewé 7).

Les trois autres (interviewés 4, 5 et 11) ont répondu ne pas penser vivre dans une zone déficitaire : « je ne me sens pas laissée pour compte » (interviewé 5).

B. Les personnes interrogées pensent-elles vivre dans une zone déficitaire en infirmiers ?

Sept personnes ont répondu non à cette question (interviewés 2, 4, 5, 9, 10, 11 et 12) : « elles ont une bonne disponibilité » (interviewé 12).

Deux des personnes interrogées ne savaient pas (interviewés 1 et 8).

Deux autres personnes interrogées pensent que leur territoire est déficitaire en infirmiers (interviewés 6 et 7) : « ils n'arrêtent pas, ils le disent, et ils sont toujours en train de courir » (interviewé 7).

C. Les personnes interrogées pensent-elles vivre dans une zone déficitaire en kinésithérapeutes ?

Quatre personnes interrogées ont répondu non à cette question (interviewés 2, 4, 5 et 10) : « Localement, on est bien servi » (interviewé 2).

Cinq personnes ne savaient pas (interviewés 1, 8, 9, 11 et 12).

Deux personnes ont répondu oui (interviewés 6 et 7).

D. Les personnes interrogées souffrent-elles du manque de professionnels de santé ?

En posant la question « avez vous du mal à obtenir des soins ? » aux personnes qui ont répondu vivre dans une zone déficitaire, tous répondent non.

Quand on a parlé de solutions à mettre en place, deux personnes interrogées ont été étonnées de la nécessité de trouver des solutions (interviewés 1, 7) : « je ne pensais pas qu'on en était à ce point là...je n'ai pas conscience de la pénurie » (interviewés 7).

E. Les personnes interrogées appréhendent-elles de la même façon que les autorités la notion de déficit ?

La plupart des personnes interrogées ont conscience d'un problème national mais pas forcément dans leur secteur :

- L'interviewé 3 dit qu'il y a un manque dans le sens où il n'y a aucun professionnel de santé dans sa commune ;
- L'interviewé 2 pense que le problème est le même dans toutes les campagnes, pas forcément plus dans leur secteur ;

- L'interviewé 6 pense que les Deux-Sèvres qui est le département mitoyen est plus touché par le déficit en professionnel de santé que leur secteur.

7. PROPOSITION DE SOLUTIONS POUR REpondre A LEURS BESOINS

Cinq personnes ont d'abord été déroutées par la question, puisqu'elles n'y avaient pas vraiment réfléchi jusqu'à présent (interviewés 1, 2, 3, 5, 11).

Six personnes ont spontanément proposé des solutions (interviewés 4, 6, 7, 8, 11, 12).

A. Solutions proposées spontanément par les interviewés

- Augmenter la disponibilité des médecins le soir et la nuit (interviewé 4), en modifiant le système de garde actuel : « Quand on appelle, on aime avoir un médecin sous la main. Qu'il soit disponible. Mais disponible 24 heures sur 24 ? [...] mais j'ai l'impression qu'il y a quelque chose qui manque[...] quand c'est de nuit, on est obligé d'appeler les urgences, on n'a pas de médecin de garde. E : Alors que vous aimeriez avoir un médecin à proximité ? i4 : Oui ».
- Augmenter le nombre de visites à domicile, quitte à ce que les médecins fassent payer les frais de déplacement (interviewé 4) : « C'est vrai qu'autrefois, les médecins se déplaçaient à domicile, c'était beaucoup plus simple. Pour les gens qui ne pouvaient pas se déplacer, le médecin se déplaçait. Maintenant, c'est à nous de nous débrouiller. E : Mais au final ça ne vous pose pas de problème ? Vous y arrivez toujours ? i4 : Oui mais c'est vrai qu'autrefois les médecins se déplaçaient à domicile. Ils prenaient plus cher du kilomètre si il voulait, mais au moins ils se déplaçaient. E : Ca seraient mieux si c'était toujours le cas ? i4 : Oui, je pense aux personnes âgées qui ne peuvent pas se déplacer, ou autres, tout le monde n'a pas de voiture sous la main »
- Mettre en place des taxis collectifs (interviewé 4). Cependant, conscient de la difficulté pour les communes de prendre en charge le coût, la proposition a été faite que le coût soit à la charge du patient (interviewé 4) : « Par exemple un genre de taxi

collectif qui prendrait les personnes pour les amener. Ca serait intéressant dans un sens, mais toutes les communes n'ont pas les moyens de prendre ce genre de chose en charge. Je sais qu'à La Châtaigneraie, il existe un bus qui va à Fontenay tous les jeudis. Pour les gens qui habitent à Fontenay c'est intéressant. C'est un taxi collectif en quelque sorte. E : Vous seriez prête à payer ? i4 : Oui ».

- Augmenter le nombre de médecins (interviewé 6) : « Pour moi, ce serait d'augmenter le nombre de médecins, le quota. Il faudrait sortir beaucoup plus de médecins ». Cela permettrait de « favoriser l'écoute, pour mieux soigner » et d' « augmenter le temps de consultation ».
- Augmenter le nombre de kinésithérapeutes et infirmiers (interviewé 6).
- Limiter le nombre d'installations sans imposer aux médecins leur lieu d'installation (interviewé 6) : « Il faudrait peut être limiter par contre, il ne faudrait pas plus de tant de médecin par exemple ici, sans inciter. Par exemple pour une ville de 50000, pas plus de tant de médecins. Celui qui voudrait s'installer, il ne pourrait pas, ou il attend un départ en retraite, ou il va aux alentours » (interviewé 6) ; « Imposer les médecins à venir à tel ou tel endroit, non. Non, il faut qu'ils viennent d'eux-mêmes. Il faut quand même avoir le plaisir du travail aussi. Si on vient dans un endroit et ça nous plait pas, ça se ressent sur le travail. Il faut se plaire dans un coin [...] Les obliger à aller à tel endroit, ça non. C'est hors de question. Ce n'est pas possible de faire du bon travail si on est imposé d'aller dans telle ou telle région. Aller dans le centre de la France alors qu'on a pas envie d'y aller, non » (interviewé 6).
- Augmenter le nombre de spécialistes formés (interviewé 7).
- Diminuer les déplacements des gens en:
 - Centralisant tous les services (santé, sociaux, administratifs ...) sur les grosses communes (interviewé 7) : « Oui, parce que je pense que c'est bien que ce soit centralisé sur une commune plus importante. En effet, celui qui n'a pas de moyen de transport, il utilise un seul moyen de transport et va pouvoir faire ses courses, voir son médecin..., aujourd'hui, les gens viennent à Chantonay faire leurs courses, donc ils peuvent regrouper leurs RDV, faire en sorte que...

Je pense qu'en effet, si les services médicaux étaient concentrés sur une commune, ça permettrait peut être... plutôt que d'aller sur Bazoges consulter le médecin puis partir à La Châtaigneraie faire ses courses. Ce qui leur permettrait d'avoir accès aussi aux services administratifs. C'est ce qui se dessine sur La Châtaigneraie. Dans la mesure où c'est la commune la plus importante, beaucoup de choses y sont centralisées » ;

- Centralisant les professionnels de santé (interviewé 11), ce qui permettrait en plus d'améliorer leurs conditions de travail ;
 - Regroupant sur des mêmes fuseaux horaires les gens du même secteur qui ont les mêmes soins : « Quand je vois les ambulances, bon forcément elles ne peuvent pas faire autrement, tous les gens qui sont en chimio, quand il faut aller tous les jours à Nantes, on est loin de Nantes quand même. Quand il faut aller tous les jours à Nantes, c'est quand même, ça c'est dur. Mais bon, quelle autre solution ? Je vois des ambulances passer devant chez moi je ne sais pas combien de fois par jour. Il doit y avoir plusieurs personnes concernées et évidemment elles ne sont pas aux mêmes heures, mais est ce qu'il ne pourrait pas y avoir, est ce que ça ne pourrait pas être un peu plus étudié ça, que les gens soient plus convoqués dans les mêmes horaires. Mais c'est un peu difficile, car ils n'ont pas forcément le même docteur » (interviewé 11).
- Sensibiliser les gens sur les déplacements qu'ils sont prêts à faire pour leur loisir par exemple par rapport à ce qu'ils sont prêts à faire pour leur santé (interviewé 11) : « C'est complètement à côté ce que je vais vous dire, mais je viens de m'inscrire à un concours de belote. Avec la température qui fait, il y a des personnes qui sont pas forcément en bonne santé qui viennent de St Germain de Prinçay, ça fait 35km, ces personnes là qui font 35 km, elles vont rouspéter parce qu'elles n'ont pas de docteurs à proximité. E : Vous estimez que si les gens sont prêts à faire de la route pour des loisirs, pourquoi pas pour aller chez le médecin ? i11 : Oui c'est mon point de vue. On va à La Chataigneraie faire nos courses, on va à des concours de belote, on va danser un peu plus loin, on va faire plein de choses à 10 km, je ne vois pas pourquoi on ne ferait pas pour la santé 10km. A moins que après, quand l'état de santé est plus dégradé, mais dans ces cas, je suppose que le médecin se déplace ».

- Rapprocher les soins qui nécessitent un suivi quotidien telles que certaines chimiothérapies (interviewé 11): « Quand je vois les ambulances, bon forcément elles ne peuvent pas faire autrement, tous les gens qui sont en chimio, quand il faut aller tous les jours à Nantes, on est loin de Nantes quand même. Quand il faut aller tous les jours à Nantes, c'est quand même, ça c'est dur. Mais bon, quelle autre solution ? [...] Est ce que dans l'avenir on ne pourra pas rapprocher un peu ces soins là ? ».

B. Avis sur les propositions soumises

Certaines personnes ont donné un avis sur les propositions qui leur étaient soumises :

- Mettre en place un assistant de médecin :
 - Les interviewés 1, 3 et 4 seraient d'accord :
 - Si ils sont formés pour (interviewé 1) ;
 - Si c'est pour des soins limités : « Ca peut peut être assouplir les cabinets médicaux. Ils sont surchargés eux aussi. Ca serait peut être pas mal [...] Si c'est juste pour la tension, si c'est pour des petites bricoles, bon ba d'accord. Ca dépend des soins qu'il peut apporter. Je ne serais pas contre s'il le fallait » (interviewé 3) ;
 - Si motif de consultation simple (interviewé 4).
 - Les interviewés 2, et 10 seraient contre :
 - Car chaque consultation a son importance pour l'interviewé 10 : « Je ne suis pas trop d'accord, parce que... Je ne sais pas trop comment les autres docteurs travaillent, mais nous on y va pour la consultation trimestrielle, mais il ne fait pas que remplir une ordonnance, il nous consulte entièrement, il prend le cœur, la tension... Moi comme j'ai été opéré, il regarde... C'est vraiment une consultation comme si on était malade. Si on prend un auxiliaire.... Je ne pense pas que... ».
- Développer un bus santé :
 - Les interviewés 1 et 2 seraient d'accord :
 - Cela permettrait aux médecins d'habiter en ville « ce qu'ils cherchent à faire, tous » (interviewé 1) ;

- Pour faire de la prévention (interviewé 2): « ça pourrait même éviter certains problèmes, car quand les gens sont à la retraite, il n'y a plus la visite médicale annuelle, et c'est à ce moment-là qu'il peut y avoir des problèmes, donc il y aurait ce genre d'éléments, que le camion passe admettons une fois par an, les gens seraient prévenus, et pourraient passer au camion. Ça ferait de la prévention. Ça peut être ça, ou un autre genre d'élément. Disons que ça serait rapproché la médecine des gens ».
- L'interviewé 7 serait contre :
 - Car secteur petit, les habitants ne sont pas loin des médecins (interviewé 7) ;
 - Car il y a suffisamment de médecins (interviewé 7) ;
 - Les personnes à mobilité réduite ne pourront pas plus se déplacer vers ce bus plutôt qu'au cabinet (interviewé 7).
- Mettre en place des moyens de transport :
 - Les interviewés 7 et 11 seraient pour :
 - « Alors mettre un système de transport en place, oui ça répondrait un peu plus aux besoins. Le département de la Vendée, enfin comme d'autres départements, il existe des chèques transports pour les personnes âgées, mais c'est vrai que là, ce n'est pas suffisant. Je crois que c'est un chéquier de 10 chèques de 10 euros. Mais si ils ont une consultation sur La Roche, le déplacement coûte 80 euros. Donc voilà.... En une fois, le chéquier est pratiquement utilisé. Mais ce système là, oui. D'ailleurs nous, sur Chantonnay, enfin ça peut servir au niveau du soin mais ça a été mis en place par rapport à l'emploi, il y a un service de déplacement. Les gens qui doivent faire une démarche sur Chantonnay, sur le canton, appellent le taxi la veille, leur disent où ils souhaitent se rendre et le taxi vient les chercher et les attend, sauf si ça doit durer plus longtemps, dans ce cas là, ils reviennent les chercher et les reconduisent à leur domicile ». L'interviewé 7 pense que ce système de transport pourrait être financé par la communauté de communes de la Châtaigneraie.
 - L'interviewé 3 serait contre :

- Trop de frais ;
 - Peu de personnes concernées (seules les personnes sans moyen de locomotion sont concernées).
- Rapprocher les spécialistes :
- Cabinet de radiologie (interviewé 9).

C. Pas de modification du système actuel

Cinq personnes interrogées (interviewés 1, 2, 3, 9, 10) ont spontanément répondu ne pas vouloir de changement car :

- « Le système actuel marche » (interviewé 1) ;
- N'ont pas eu de souci jusqu'à présent avec le fonctionnement actuel (interviewés 2, 3, 9, 10) ;
- Cela engendrerait un coût (interviewé 10).

8. COMMENT LA POPULATION INTERROGEE VOIT-ELLE L'AVENIR EN MATIERE DE SOINS PRIMAIRES ?

A. Est-elle inquiète pour l'avenir ?

Cinq des personnes interrogées ont montré une inquiétude face à l'avenir (interviewés 3, 4, 6, 11, 12) en raison :

- Des restrictions budgétaires qui vont imputer sur les droits des malades, notamment en terme de remboursement des déplacements (interviewé 3) : « si il faut aller chez le kiné, soit il faut prendre sa propre voiture ou se faire conduire, parce qu'on a plus le droit ni aux taxis ni aux ambulances, ni à plus rien. J'ai eu la chance, quand ça s'est produit pour mon bras, que ma fille soit en accident de travail. Elle avait le droit au taxi donc j'ai profité de l'occasion. Les taxis ont bien voulu, mais ils n'étaient pas

obligés là non plus. Ca ça m'a bien rendu service, car j'ai quand même eu 70 séances» (interviewé 3) ;

- De devoir changer de médecin à un moment donné et de devoir consulter un médecin qui ne les connaît pas (interviewé 4) : « On sera obligé de faire la connaissance d'un autre médecin [...] Je sais bien qu'il y a des médecins autour, mais ce n'est pas son médecin. On sera obligé de prendre un autre médecin » (interviewé 4) ;
- De l'augmentation probable des déplacements (interviewé 4) : « Parce que s'il n'y a plus de médecin, où va-t-on aller ? On sera obligé de faire la connaissance d'un autre médecin, ou alors on sera obligé de faire beaucoup de kilomètres pour trouver un médecin» (interviewé 4) ;
- Du refus des jeunes médecins de s'installer (interviewés 6, 11) : « Si ils partent tous en même temps, je veux bien qu'il y ait quatre jeunes qui viennent, mais c'est pas sûr ! Je n'y crois pas trop ! C'est vrai que ça fait peur » (interviewé 11) ;
- De la difficulté de trouver un nouveau médecin (interviewés 6, 11, 12) : « Faudra qu'il accepte. Et là... Là, il y a un gros hic. Se faire soigner, mais par qui ? » (interviewé 6) ;
- Du vieillissement du corps médical (interviewé 11).

Cinq des personnes interrogées (interviewés 5, 7, 8, 9, et 10) n'ont montré aucune inquiétude car :

- Ce n'est pas une difficulté de changer de médecin (interviewés 5, 10) : « Un médecin est un médecin [...] Donc changer ça ne pose aucun problème » (interviewé 5), « Moi personnellement, j'ai eu affaire à des remplaçants que j'ai trouvé très bien. Je n'ai pas peur d'aller voir un remplaçant ou un autre (interviewé 10) ;

- Ils sont certains de voir de nouveaux médecins venir s'installer (interviewés 5, 7, 10) : « il y aura toujours un médecin » (interviewé 7) ;
- Un médecin ne peut refuser un soin (interviewé 8) : « je ne crois pas qu'on puisse refuser une consultation » (interviewé 8) ;
- Les autorités vont probablement augmenter les effectifs du corps médical (interviewé 10) : « Ca dépendra de l'évolution, parce que ce n'est pas dit que le corps médical n'augmentera pas » (interviewé 10) ;
- Leur médecin actuel est jeune, il sera donc en exercice pour encore longtemps (interviewés 9, 10) : « Je pense que lorsqu'elle prendra sa retraite, je ne serai plus là » (interviewé 10).

B. Comment envisage-t-elle la prise en charge de sa santé à l'avenir ?

A la question « Comment imaginez-vous la prise en charge de votre santé quand votre médecin sera parti, dans l'hypothèse où il ne serait pas remplacé ? » :

- Trois personnes ont répondu qu'elles utiliseraient le pôle santé (interviewés 1, 2, 7) car :
 - C'est la garantie d'avoir toujours un médecin disponible (interviewé 1) ;
 - Il est à proximité (interviewés 2, 7) ;
 - Il semble la solution pour attirer des médecins (interviewé 2) « On ira là où il y a des médecins » (interviewé 2) ;
 - Il est nécessaire de l'utiliser pour justifier sa mise en place (interviewé 7) : « C'est vrai que ce sont des choses qui ont été mises en place, il faut les utiliser pour montrer son utilité et sa nécessité » (interviewé 7) ;
 - Les locaux sont agréables (interviewé 7) ;
 - Il est à proximité de l'hôpital local (interviewé 7).

Cependant, deux de ces trois personnes (interviewés 1, et 2) ont modéré leurs propos :

- Est ce que des nouveaux médecins vont réellement venir s'installer dans ce pôle ? (interviewé 1) ;
 - Il existe le risque de consulter un médecin différent à chaque fois, ce qui peut être gênant dans la prise en charge de la santé (interviewé 2).
- Deux personnes s'adresseront à un autre médecin installé (interviewés 9, et 5) :
- Mais conscience d'une difficulté possible pour changer pour l'interviewé 9 : « parce que plus ça va aller, moins il y aura de médecin » ;
 - Sans difficulté pour l'interviewé 5 : « On n'est pas originaire d'ici, on aime bouger régulièrement, donc notre médecin ici, on l'a depuis un an et demi, deux ans maxi. Donc changer, ça ne pose aucun problème. J'ai tout le temps changé. Je n'ai pas un rapport...Un médecin est un médecin »
- Une personne évoque la possibilité que le cabinet soit repris et elle continuera donc à aller au même endroit (interviewé 9).
- Une personne évoque le fait qu'elle « partira » avant son médecin : « Il est tout jeune ma chère ! [...]Je pense que mon docteur est implanté là. Il a toute sa famille » (interviewé 3).
- Une personne évoque la possibilité de consulter l'associé : « je prendrai son collègue qui est à côté, et que j'aime bien » (interviewé 3).
- Les autres (interviewés 4, 6, 8, 10, et 11) n'ont pas de réponse. Seul l'interviewé 10 ne s'en inquiète pas car pense que les choses vont évoluer. Pour les autres, ils ne savent pas comment ils feront et montrent une certaine inquiétude.

DISCUSSION

1. A PROPOS DE LA METHODE

A. Choix d'une méthode qualitative

La méthode choisie a donc été celle de l'entretien semi-directif puisque nous cherchions à comprendre le point de vue de la population concernant l'accès aux soins primaires, et de prendre connaissance de leurs expériences vécues. Le choix d'une méthode quantitative nous aurait permis de mesurer les opinions ou les comportements, et non d'avoir une description précise, un accès direct à l'expérience et aux vécus des individus.

Le choix que nous avons fait d'une méthode qualitative s'est avéré adapté puisqu'il s'agissait d'explorer l'expérience des individus et de recueillir la diversité des vécus.

Cependant, cette méthode qualitative ne permet pas de généraliser. En effet, on ne peut pas généraliser à une société entière des observations portant sur un nombre limité d'individus, les échantillons étant trop restreints et n'étant pas représentatifs(47). Toutefois, nos résultats ont ouvert des pistes de réflexions et ont fait émerger des perceptions différentes de celles habituellement véhiculées notamment par les décideurs.

B. Choix du lieu

Nous avons choisi de réaliser notre travail au sein de la communauté de communes de La Châtaigneraie puisqu'il s'agit d'une zone identifiée comme déficitaire par les autorités sanitaires.

Or, nous remarquons que seuls trois des interviewés consultent un médecin faisant parti du territoire de la communauté de communes de La Châtaigneraie.

Cela nous amène à nous interroger sur la méthode utilisée pour définir ce qu'est une zone déficitaire en professionnels de santé puisque celle-ci ne semble pas tenir compte des migrations des patients vers les zones voisines. En effet, une zone peut être définie comme déficitaire, mais être voisine de zones bien pourvues en professionnels, au point que les personnes vivant dans cette zone ne perçoivent pas le déficit en professionnels de santé. Le zonage devrait tenir compte du lieu de consultation des patients.

C. Elaboration du guide d'entretien

Cherchant à comprendre le point de vue des patients concernant l'accès aux soins primaires, nous avons choisi des questions ouvertes, ce qui nous a permis d'obtenir de la part des patients des descriptions riches en détails. Toutefois, certaines questions étaient peut-être trop difficiles à répondre au cours d'un entretien, notamment la question « avez vous des solutions à proposer ? », puisque la majorité des participants ont répondu « je ne sais pas, je n'y ai pas réfléchi ». C'est effectivement une question qui demande réflexion, et dont il est difficile de répondre à brûle-pourpoint.

Le guide d'entretien nous a permis au cours de l'entretien de s'assurer que tous les thèmes préalablement choisis ont bien été abordés, ce qui nous a permis d'obtenir dans l'ensemble des entretiens complets. Par ailleurs, le guide d'entretien étant un outil simple et flexible, nous avons pu l'adapter pendant le déroulement de l'entretien afin de tenir compte du discours du répondant.

Le guide d'entretien avait été testé lors du premier entretien, pour vérifier sa compréhension et la pertinence des questions posées. Puisque celles-ci semblaient avoir été bien comprises, le guide n'a pas été modifié.

D. Réalisation des entretiens

Les entretiens ont été riches, et ont apporté beaucoup d'informations du fait des questions ouvertes d'une part, mais également par l'utilisation de la technique de reformulation, possible lors d'une discussion « en direct » comme celles-ci, ce qui a permis de préciser ou de clarifier les pensées des interviewés.

Cependant, nous avons éprouvé quelques difficultés au cours de ces entretiens du fait de la non maîtrise des techniques d'entretien et des modes d'intervention (consignes et relance, reformulation)... ce qui a certainement occasionné une perte d'informations.

Par ailleurs, nous avons certainement inconsciemment influencé le répondant par notre attitude, notre personnalité, et peut être avons nous induit des blocages.

D'autre part, il est possible que nous ayons amené les répondants à donner certaines réponses du fait de nos opinions, nos présuppositions sur le sujet abordé. Nous avons amené le répondant à donner la réponse que nous attendions.

Enfin, ce qui a pu être dit au cours de l'entretien dépend du moment où la question a été posée et de l'état d'esprit du répondant.

Concernant le lieu où se sont déroulés les entretiens, certains se sont déroulés à domicile, ce qui a pu mettre en confiance les participants et donc les « libérer » dans leurs réponses. Pour les autres dont l'entretien s'est déroulé à la salle communale, le cadre n'était peut être pas propice à un échange plus libre.

E. Traitement de l'information

Dans un premier temps, nous avons choisi de retranscrire littéralement chacun des entretiens, ce qui nous semblait la méthode la plus intéressante pour permettre une analyse la plus complète possible. L'inconvénient majeur de ce choix a été le temps passé.

Ensuite, nous avons réalisé une analyse thématique, qui consiste en une découpe d'un entretien à l'autre des éléments qui se réfèrent au même thème. La limite dans la mise en œuvre de cette méthode réside dans notre inexpérience face à ce type de travail, et donc de la difficulté de mener à bien certaines étapes importantes : hiérarchisation des thèmes, évaluation de la pertinence des données, choix des éléments à analyser..., ce qui a sûrement limité l'exploitation du matériel collecté.

A noter également que l'analyse des données a été faite à distance de la réalisation des entretiens (environ 6 mois), ce qui a probablement entraîné une perte d'informations, telles que les émotions, d'autant plus que les intonations, rires ou autres n'ont pas été retranscrits lors de l'étape de retranscription.

2. A PROPOS DES RESULTATS

A. Organisation actuelle et la perception qu'en a la population

Spontanément, la population interrogée apparaît satisfaite de l'offre de soins primaires proposée puisque tous ont répondu oui à la question « êtes vous satisfait de l'offre de soins actuelle ? ». Ces résultats vont dans le sens de ceux publiés dans l'étude Baromètre santé 2006 qui montre que 86% de Français sont satisfaits de leur système de soins (50).

a. Quels sont les éléments de leur satisfaction ?

1. Déclaration médecin traitant

Onze des personnes interrogées ont un médecin traitant (en France, 85% des assurés ont choisi un médecin traitant fin 2008) (51).

Il semble que le dispositif médecin traitant mis en place par la réforme de l'Assurance Maladie et entré en vigueur en 2006, fonctionne bien parmi nos interviewés puisque tous hormis l'interviewé 12, dont le médecin vient de décéder, ont un médecin traitant.

Par ailleurs, tous les interviewés déclarent ne pas avoir de souci pour la consultation des spécialistes, étant orientés de manière optimale par leur médecin traitant. Aucun ne fait état d'une volonté de consulter directement un spécialiste sans passer par son médecin traitant. Six ans après son entrée en vigueur, le parcours de soins coordonnés par le médecin traitant semble être entré dans les mœurs.

Outre l'accès facilité et coordonné aux spécialistes, une des personnes interrogées précise que pour elle, ce système améliore la relation médecin-malade puisque cela garantit un médecin attitré. En effet, si ce système n'existait pas, elle pense qu'elle verrait peut être un médecin différent à chaque fois.

2. Facilité d'accès au cabinet

Aucun des interviewés n'éprouve de difficulté pour se rendre au cabinet médical, soit ils s'y rendent par leurs propres moyens, soit en se faisant conduire. Seule la plus âgée des interviewés n'est pas mobile, les visites se font donc majoritairement à domicile. Dans le cas contraire, elle solutionne le problème par la prise d'un taxi, ou bien c'est sa femme de ménage qui l'emmène.

Trois des personnes interrogées précisent que les distances sont tout à fait acceptables.

En France, les difficultés d'accessibilité géographique concernent proportionnellement peu de personnes (52). Elles touchent la minorité de personnes ayant des difficultés de mobilité ou sans moyen autonome de transport (personnes âgées ou handicapées). En Grande-Bretagne, par exemple, seule 6 % de la population estime que l'accès au cabinet est « difficile ou très difficile » en raison des distances et des transports. En France, nous ne disposons pas de chiffres équivalents alors que la proximité géographique est souvent au cœur des débats (52).

3. Facilité d'obtention des rendez-vous

Facilité d'obtention des rendez vous pour les 11 interviewés qui ont un médecin traitant, avec un délai bref, et adapté à la demande et à l'emploi du temps du patient, ce qui montre une certaine disponibilité et adaptation des médecins aux demandes des patients. En moyenne, les RDV pour renouvellement sont obtenus dans les deux – trois jours et les RDV pour problèmes aigus dans la journée ou le lendemain. Ces résultats vont dans le sens de ceux trouvés au niveau national, où l'accès aux médecins généralistes semble être plutôt satisfaisant avec plus de 80 % des patients qui déclarent obtenir un rendez-vous en moins de 48 heures (50). Ce n'est pas le cas chez tous nos voisins européens, à l'exemple de l'Angleterre où 50 % des patients n'obtiennent pas de rendez-vous le jour souhaité et seuls 17 à 23 % l'obtiennent en moins de 24 heures (versus 60 % en France) (50).

4. Bonne relation entre patient et médecin

Tous déclarent avoir une très bonne relation avec leur médecin. Aucun n'a fait état du besoin de passer plus de temps avec son médecin ou d'un défaut de communication entre eux,

contrairement à la population nationale dont 6,5% déclarent ne pas avoir tout à fait compris ou n'avoir eu aucune explication chez le généraliste et dont 8% auraient souhaité avoir plus de temps pour discuter avec leur médecin généraliste (53).

Certains d'entre eux parlent même d'une relation privilégiée « il me connaît particulièrement bien » ce qui fait état de la notion de « médecin de famille ».

D'autres saluent la disponibilité des médecins, leur dévouement, tel que rester auprès du malade quand il en a besoin jusqu'à une heure tardive.

5. Un accès aux soins paramédicaux satisfaisant

Pour tous les interviewés, l'obtention de soins infirmiers est simple et fonctionne bien et notamment grâce à la possibilité de soins à domicile, de la proximité géographique des infirmiers et leur flexibilité en terme d'horaire de soins.

De même, 100% des interviewés sont satisfait de l'offre de soins actuelle en terme de kinésithérapie, notamment par la proximité géographique des kinésithérapeutes, la rapidité des prises en charge des patients

b. Les difficultés rencontrées

▪ Au quotidien

1. Le sentiment d'une surcharge de travail des médecins

Plusieurs personnes interrogées ont évoqué la surcharge de travail des médecins généralistes qui leur est préjudiciable dans le sens où cela peut se traduire par un manque d'écoute et une moins bonne disponibilité du médecin. En moyenne, les médecins généralistes travaillent 10 à 12h par jour, et le nombre d'heures travaillées par an est élevé (entre 1500 et 3500 heures par an, contre 2130 heures par an pour un cadre d'entreprise). A cela s'ajoute les déjeuners d'équipe, soirées de formation continue, initiative dans des réseaux de santé, engagement dans une démarche de qualité des soins...(54). Cette surcharge de travail influence-t-elle la qualité du travail du médecin, notamment son écoute et sa disponibilité ? Une enquête réalisée

en Poitou-Charente sur l'épuisement professionnel des médecins libéraux montre que plusieurs des médecins interrogés ont signalé ne pas avoir le temps de répondre à l'ensemble des demandes ou des problèmes des patients, de ne pas avoir le temps d'expliquer comme il le faudrait, ou bien de ne pas avoir le temps pour la prévention (55).

2. Une diminution des visites à domicile

La diminution du temps des visites à domicile est citée comme une difficulté par certains interviewés. Pour ces personnes, il existe un moyen de locomotion, ce n'est donc pas le problème de se déplacer en lui-même qui les fait parler de ce fait, mais plutôt le sentiment d'une perte de la proximité relationnelle avec le médecin. Nous pouvons effectivement constater la diminution des visites à domicile, suite à l'accord du 5 juin 2002 passé entre les Caisses et les Syndicats de médecins libéraux, et qui consistait en une revalorisation du tarif de la consultation et de la visite à domicile, en échange d'une diminution du nombre des visites, et une augmentation de la prescription de génériques ou en DCI. Un an après cet accord, le nombre de visites à domicile réalisées par les généralistes a baissé de 22,5% (source CNAM). Un des arguments cités par les interviewés, à savoir que c'est compliqué de se déplacer quand on est malade ne saurait remettre en question la diminution du nombre des visites à domicile puisque le médecin estime la capacité ou non de son patient à pouvoir se déplacer, et dans le cas où il ne pourrait se déplacer, le médecin consultera à domicile. A l'heure actuelle, les visites à domicile sont réservées aux personnes qui ne peuvent se déplacer et non plus à la convenance des personnes comme cela a pu être le cas par le passé. Ceci semble bien fonctionner comme ça et être adapté. Quant à la perte de la proximité relationnelle, cela semble très subjectif et difficile à évaluer.

3. L'éloignement des médecins généralistes ne semble pas être un vrai problème pour les usagers.

Seules deux personnes ont cité l'importance des soins de proximité, d'avoir des soins vraiment sur place. Une des personnes souligne même que tout est à 10km (médecins, pharmaciens entre autre), ce qui est trop loin à son sens ! Pour rappel, chaque commune du canton de la Châtaigneraie a un médecin généraliste à moins de 8 kilomètres.

Pour l'une, la proximité est importante pour favoriser l'accès aux soins d'un point de vue physique. Nous rappelons qu'aucune personne n'a cité de difficulté pour accéder aux soins, qu'elle ait ou non un moyen de locomotion. Chacun arrive à trouver une solution pour se rendre dans un cabinet.

Concernant cette notion de proximité, différentes études montrent que les consommateurs ne se rendent pas nécessairement au service le plus proche. En Grande-Bretagne, seul un tiers des patients sont inscrits auprès du généraliste le plus proche. En France, en cas d'hospitalisation, l'établissement le plus proche n'est pas toujours choisi et la distance parcourue par les patients augmente avec le niveau d'instruction quel que soit le degré d'urbanisation (53). Par ailleurs, il n'a pas été prouvé que l'éloignement des services entraîne des conséquences dommageables pour la santé, non plus qu'une consommation de soins insuffisante (53).

Par ailleurs, à quelle distance peut-on dire que les soins sont loin ? En France, en 1990, la distance moyenne au généraliste était de 1,7 kilomètre et 84 % de la population résidait dans une commune disposant d'un médecin. 87 % de la population résidait à moins de 3 kilomètres d'une commune avec médecin, 96,4 % à moins de 5 kilomètres. Si l'on compare avec un pays étendu comme les Etats-Unis, 10 % de la population rurale habite à plus de 30km d'un médecin.

Si l'on considère que plusieurs personnes nous ont répondu ne pas être gênées de faire 20km pour aller aux urgences ou consulter un spécialiste, et que l'on considère que cela n'est pas préjudiciable pour la santé, il semble tout à fait acceptable d'avoir un médecin dans un rayon de 10km et réfute l'idée d'avoir un médecin dans chaque commune.

4. Difficulté réelle de trouver un nouveau médecin

Un seul des interviewés n'avait pas de médecin traitant et nous a parlé de ses difficultés à en trouver un nouveau. Tous les médecins du secteur lui refusaient leur accès. Nous n'avons pas trouvé d'étude qui évalue cette tendance de refuser les nouveaux patients et la difficulté de trouver un nouveau médecin traitant lorsque l'on perd le sien (décès, retraite...).

5. Une appréhension vis à vis de l'informatisation de la consultation

Au cours des entretiens, il a été abordé la difficulté relationnelle liée à la présence de l'ordinateur. En effet, une des personnes interrogées explique que le médecin ne peut l'écouter lorsqu'il tape ses données sur l'ordinateur. Pourtant, l'apparition de l'informatique a modifié la pratique des médecins généralistes, en leur permettant entre autre le suivi du dossier médical avec insertion des résultats d'analyse, l'édition des ordonnances, l'édition des courriers aux spécialistes, la vérification des incompatibilités médicamenteuses, la consultation du Vidal, la comptabilité...

▪ Le soir ou la nuit

1. Il n'est pas facile d'obtenir des soins le soir ou la nuit

La difficulté de se faire soigner en dehors des ouvertures des cabinets fait partie des difficultés rencontrées. En effet, certains soulignent l'indisponibilité des médecins au moment des horaires de fermeture des cabinets médicaux et donc la difficulté d'accès aux soins. D'autres soulignent plutôt le fait d'un délai long d'intervention du médecin de garde. Enfin, d'autres précisent qu'ils sont parfois amenés à parcourir de grandes distances pour consulter un médecin de garde, les secteurs de garde étant grands, et qu'il est alors plus simple de se rendre aux urgences directement.

Qu'en est il réellement ? Comment s'organise la permanence des soins en France ?

La permanence des soins est une organisation de l'offre de soins, libérale et hospitalière, qui permet de maintenir la continuité et l'égalité de l'accès aux soins, notamment aux heures habituelles de fermeture des cabinets médicaux. Ceci est bien codifié par la loi, et identifié comme mission de service public par la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006. Malgré ce cadre bien défini, il est vrai que son efficacité a parfois été contestée car il a été constaté que, dans certains secteurs comme les zones rurales, ou qu'à certains moments dans l'année, l'offre de soins était insuffisante. Cela a donc été l'objet d'une réforme, ainsi la loi HPST réaffirme tout d'abord que la permanence des soins est une mission de service public, ensuite elle fixe comme premier objectif aux Agences Régionales de Santé l'amélioration de cette permanence des soins.

Dans le secteur concerné par l'étude, la permanence des soins se traduit par la présence d'un système de garde des médecins généralistes libéraux du secteur, régulé de façon centralisée par des médecins généralistes libéraux volontaires, en lien avec le centre 15 et installés dans les locaux du SAMU au CHD la Roche sur Yon. Il existe un numéro dédié, que les patients doivent composer afin d'entrer en contact avec le médecin régulateur et si besoin avec le médecin de garde du secteur.

Le système semble bien mis en place, il est donc étonnant que certains soulignent cette difficulté d'accès à un médecin au moment des horaires de fermeture des cabinets médicaux.

Cela s'explique certainement par une méconnaissance du système en place, en effet on constate que beaucoup des interviewés vont directement aux urgences si ils ont besoin d'un médecin le soir ou la nuit, plutôt que d'appeler le médecin de garde.

Une personne souligne que pour consulter le médecin de garde, les patients sont parfois amenés à parcourir de grandes distances, les secteurs de garde étant grands. Cet interviewé dit alors qu'il est plus rapide de se rendre directement aux urgences.

En Vendée, le système de garde est basé sur un découpage du département en 27 secteurs :

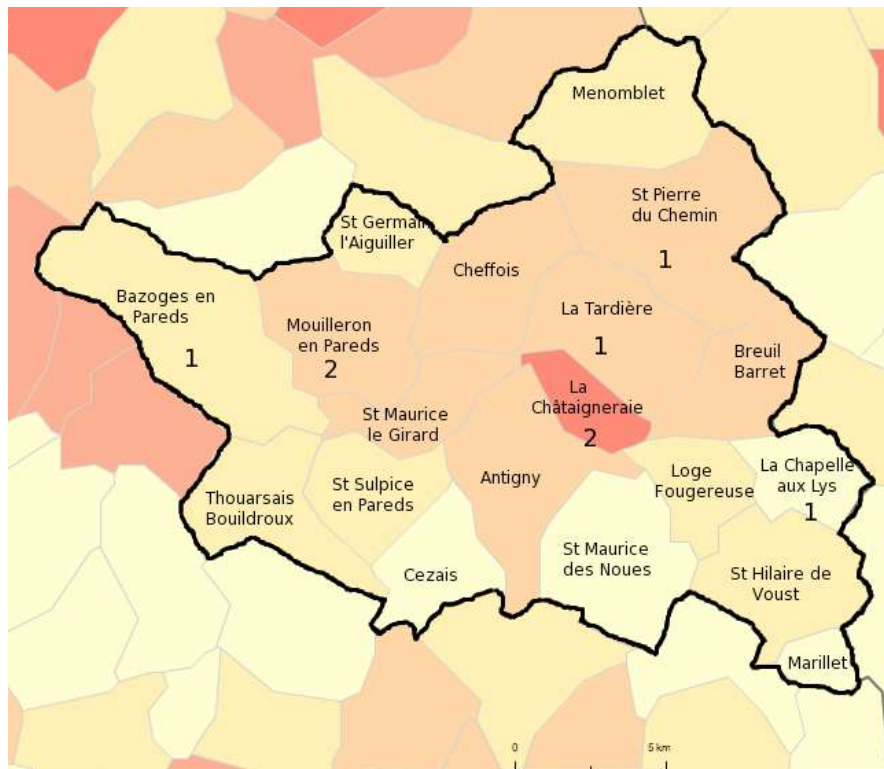


La communauté de communes de La Châtaigneraie s'étend sur un territoire de 40 km par 25 km.

Les urgences sont localisées à Fontenay le Comte, qui est à 23km de la Châtaigneraie, commune centrale de la communauté de communes.

Et si l'on considère la répartition des médecins :

Répartition des médecins généralistes dans la communauté de communes de la Châtaigneraie



Si l'on prend les communes des extrémités, à savoir un habitant de Marillet, et un médecin de garde de Bazoges en Pareds, on constate une distance de 32 km, alors que la distance Marillet – urgences Fontenay le Comte est de 23km.

Il est donc effectivement possible qu'il soit plus rapide pour l'utilisateur d'aller directement aux urgences plutôt que chez le médecin de garde. Cependant, il s'agit de cas peu fréquents, puisque les autres médecins sont localisés plus proches, et que ceci n'est pas vrai pour l'ensemble des communes.

- En cas d'urgence

Plusieurs des personnes interrogées ont cité un long délai d'attente aux urgences, expliqué en partie par la perception d'un manque de personnel et de moyens. Le délai d'attente moyen pour nos interviewés n'a pas été quantifié mais il ne semble pas correspondre aux résultats des enquêtes menées sur les services d'urgences qui montrent que 71 % des patients ont eu un premier contact en moins de 10 minutes ; 38 % ont été examinés par un médecin en moins de 15 minutes et 76 % en moins de 60 minutes, ce qui est relativement satisfaisant (50). Le problème se situe-t-il spécifiquement au niveau des urgences du territoire étudié ou bien existe-t-il une différence entre le ressenti du patient en situation d'urgences et le temps réel d'attente ? Une étude réalisée en 2002 par l'URML Ile de France montre que les patients souhaitent que les délais d'attente soient améliorés. Cela concerne à la fois le délai d'attente du premier intervenant (19,05%) et le délai d'attente des soins dans l'établissement d'accueil (8,98%). Ces attentes sont contradictoires avec les résultats de l'étude qui montraient des délais d'intervention courts (moins de 15 minutes). Ces contradictions étaient expliquées par le fait qu'en période de stress, l'attente paraît toujours plus insupportable et interminable. Le temps d'attente peut de même être ressenti comme plus long plusieurs mois après l'appel qu'il n'a été dans la réalité. De plus, certains patients attendent davantage que d'autres (56).

De même, un interviewé cite l'éloignement du service d'urgences le plus proche (30 km). Nous n'avons pas de données quant à la distance moyenne des services d'urgences par rapport au lieu d'habitation des patients, mais pour rappel, nous avons vu précédemment qu'il n'a pas été prouvé que l'éloignement des services entraîne des conséquences dommageables pour la santé.

L'organisation des interviewés pour accéder à des soins « d'urgence » montre que chacun agit de façon différente, mais pas toujours de façon adaptée à la situation. Les interviewés n'ont pas cité de difficultés par rapport à ce qu'il faut faire en cas d'urgence, mais il est licite de penser qu'une meilleure information et connaissance des situations d'urgences et de leur prise en charge serait bénéfique pour les patients, en terme de prise en charge, de délai d'attente ou en terme de réaction des usagers.

B. Vivre dans une zone déficitaire n'est pas perçu comme un problème

Dans l'ensemble, la population interrogée semble consciente du déficit en professionnels de santé, pour autant, aucun ne répond avoir de difficulté pour accéder aux soins primaires. Seule la personne n'ayant pas de médecin traitant souffre en réalité du manque de médecin. Les autres, malgré les difficultés qu'ils ont pu émettre ne souffrent pas du manque de médecin, mais sont conscients du problème existant. L'impression que donnent les interviewés est qu'ils savent qu'il existe un problème démographique mais pas dans leur secteur, plutôt autour de chez eux.

D'ailleurs, cinq des personnes interrogées ont montré une inquiétude face à l'avenir puisque ils ont conscience que ça les concernera tôt ou tard.

C. Propositions de solutions à mettre en place pour améliorer l'accès aux soins primaires en secteur rural, en rapport avec la perception de nos interviewés

a. Le pôle santé apparaît comme une solution plébiscitée par les usagers

Selon la perception de nos personnes interrogées, le pôle santé apparaît comme une solution possible pour faire face au déficit en professionnels de santé. En effet, 58% des personnes interrogées se disent satisfaites de cette maison médicale.

Toutefois, nous avons eu quelques remarques négatives envers le pôle au cours de notre enquête, expliquées d'une part par la méconnaissance du pôle et d'autre part, l'enquête n'a été réalisée que quelques mois après l'ouverture du pôle, date à laquelle toutes les attentes n'ont pas encore été concrétisées.

Concernant la méconnaissance du pôle, nous avons pu constater au cours de notre étude que la moitié des personnes interrogées ne savait pas réellement ce qu'était le pôle. Y a-t-il eu une campagne d'informations au moment de l'ouverture du pôle ? Notre étude n'a pas fait l'objet d'une question concernant ce point, mais par une recherche sur internet en tapant « pôle santé de la Châtaigneraie » sur le moteur de recherche google, on accède au site de la communauté

de communes de La Châtaigneraie qui comprend une page explicative sur ce qu'est le pôle, son objectif, son organisation, sa localisation... Il est donc possible de s'informer, mais, tout le monde n'ayant pas accès à internet, une information spécifique a-t-elle été adressée directement aux usagers du territoire ? Il semble que non car pour les six personnes qui connaissaient le pôle, leur connaissance venait soit de l'utilisation du pôle (leur médecin en faisant partie), soit de leur participation à la vie électorale.

Malgré ces remarques, la majorité des personnes interrogées a semblé en faveur du pôle santé, selon les arguments cités ci-dessous.

1. Une réponse adaptée à la continuité des soins

Le regroupement des médecins au sein du même lieu leur permet de s'organiser pour assurer la continuité des soins à tour de rôle. Pour le patient, il s'agit de la garantie d'avoir toujours un médecin disponible entre 8h et 20h, qui ne sera peut être pas son médecin habituel, mais qui aura accès à son dossier médical, du fait de la mutualisation des moyens (dossier médical, mais aussi secrétariat), qui peut être aura participé à la discussion de son cas. Certaines maisons médicales organisent même leur propre garde afin d'assurer la permanence des soins, à condition qu'elles regroupent un nombre suffisant de médecins.

Il faut cependant souligner le souci du remboursement de la consultation par la sécurité sociale si on consulte un médecin associé. En effet, l'assurance maladie ne reconnaît toujours qu'un unique médecin traitant alors que l'article L162-5-3 du code de la sécurité sociale prévoit explicitement que des médecins associés puissent être co-médecins traitants. Il est écrit dans la Loi : « Les médecins exerçant dans le cadre de la même spécialité au sein d'un cabinet médical situé dans les mêmes locaux ou dans un centre de santé mentionné à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique peuvent être conjointement désignés médecins traitants ». Mais les régimes ne savent toujours pas gérer techniquement cette situation pourtant très fréquente. De plus, comment le médecin consulté sait-il qu'il n'est pas le médecin traitant officiel ? Dans un cabinet de groupe, le patient ignore souvent quel est le médecin qu'il a initialement choisi il y a plusieurs années. Or la carte Vitale ne gère pas le nom du médecin traitant déclaré. La seule option pour le médecin est, s'il dispose de la carte Vitale du patient, d'aller consulter en ligne les fichiers de l'Assurance Maladie via "Votre Espace Pro", un téléservice à la disponibilité lente. Il peut aussi rechercher l'information en

ligne dans la section “Informations administratives sur vos patients” en saisissant à la main le numéro de sécu du patient. On obtient seulement une information binaire, à savoir si on est ou si on n’est pas le médecin traitant. Mais cette recherche systématique est chronophage. L’erreur de facturation est donc fréquente. Au total, le patient se retrouve pénalisé financièrement.

2. Réduction du temps d’attente

Une des patientes constate une réduction du temps d’attente au pôle santé, expliquée par le changement d’organisation de son médecin qui consultait auparavant sans rendez-vous. L’organisation avec ou sans rendez-vous ne permet pas de justifier une diminution du temps d’attente puisque cela est médecin dépendant : les médecins font le choix d’être ponctuels ou pas, se donnent les moyens de maîtriser le temps de travail ou pas. Ces deux objectifs, ponctualité et maîtrise du temps de travail, ne sont pas partagés par tous. Chaque praticien entretient avec les horaires un rapport particulier, qui induit des organisations du travail personnalisées. La pression de la salle d’attente affecte très différemment les praticiens. Certains y sont assez indifférents alors que pour d’autres, c’est stressant. L’objectif de ponctualité paraît assez facilement atteignable pour nombre de spécialités peu exposées aux aléas ; si les rendez-vous sont suffisamment espacés, fixés en fonction de la durée moyenne effective des consultations, l’agenda est tenu sans grande difficulté. À l’inverse, pour les généralistes qui reconnaissent assez souvent être en retard, tenir l’agenda est particulièrement ambitieux (54).

3. Une prise en charge pluridisciplinaire

Ce regroupement pluri-professionnel permet de renforcer les modes de pratiques coopératives (médecins entre eux, médecins et auxiliaires médicaux) et entre médecine de ville et hôpital (pratique en réseaux ...). Ces modes de pratique ont pour but de permettre de rompre l’isolement des médecins, de limiter la charge des contraintes (gardes et congés alternés) et de favoriser une prise en charge coordonnée des patients.

4. Le pôle favorise l'installation des jeunes médecins

Selon certains interviewés, cette organisation incitera les jeunes médecins à venir s'installer, notamment par rupture d'un isolement de leur pratique, l'amélioration des conditions de travail (locaux neufs, possibilité de prendre des vacances, entraide en cas de difficultés dans la prise en charge d'un patient...). On peut également citer le cadre agréable du fait des locaux neufs, permettant des conditions d'exercices innovantes et facilitées.

Si l'on compare aux déterminants de l'installation des médecins en zone rurale, mise en évidence dans la thèse de Pascal GICQUEL (57), on constate que l'un des critères principaux est le travail en groupe au sein d'une structure tel que le pôle santé. Il est donc licite de penser que ce pôle va permettre l'installation de nouveaux médecins.

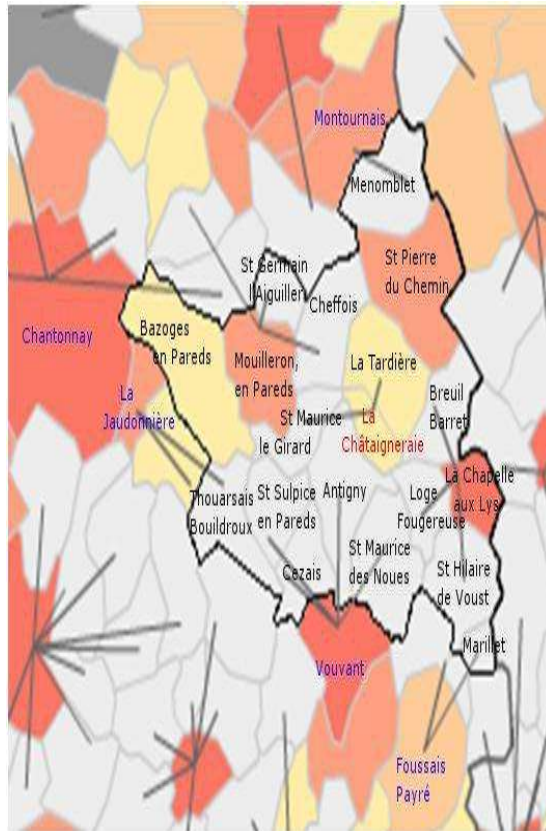
5. Le pôle permet l'intégration de nouveaux professionnels

La création du pôle a permis de développer des consultations régulières de spécialités médicales et non médicales. Le principal atout pour les patients en est le rapprochement géographique et donc la facilité d'accès, bien que plusieurs personnes interrogées ont précisé ne pas être dérangées par le fait de se déplacer.

b. Améliorer l'information quant au système de garde existant

Nous avons décrit précédemment le système de garde effectif en Vendée. Et nous avons pu faire le constat d'un manque d'information du public quant à son fonctionnement.

Pourtant, dans chaque cabinet médical, on peut trouver une carte, format carte de visite, qui explique la démarche pour accéder à un médecin aux horaires de fermeture des cabinets :



Cet outil semble précis et complet, utilisant notamment des mots simples. Alors, comment améliorer la diffusion de cette information ?

c. Mettreen place une maison médicale de garde

Les délais d'intervention des médecins de garde sont parfois longs et les secteurs sont parfois trop grands quand le patient doit se déplacer.

Une des solutions à mettre en place pourrait être la création d'une maison médicale de garde, qui serait idéalement située à La Châtaigneraie, localité centrale, ce qui permettrait à tous d'obtenir des soins en un temps optimal (en terme de distance géographique).

D'une manière générale, l'objectif principal d'une maison de garde est d'assurer la permanence de soins pour la population sur un secteur géographique déterminé. Cela a également pour objectif d'assurer la sécurité et diminuer la pénibilité des gardes de ville, améliorer la connaissance de l'organisation de l'urgence par le public et de son utilisation, diminuer l'engorgement inadapté du service des urgences...

Les projets de ce type visent à répondre à une demande croissante de la population concernant la prise en charge de l'urgence médicale réelle ou ressentie que les structures existantes gèrent avec de plus en plus de difficultés (58). En effet, on observe un délai long d'attente aux urgences, résultant plus d'une surcharge du service qu'un réel manque de personnel, car on constate qu'en dehors des horaires de consultation des cabinets médicaux, une part croissante de la population se tourne vers la structure hospitalière pour des soins non programmés ne demandant pas systématiquement un environnement de haute technicité. Pour éviter l'utilisation des services d'urgence à tort, chaque patient devrait être responsabilisé, la responsabilité reposant sur le bon usage du réseau pour recevoir des soins rapides et de qualité. Une information précise, notamment sur les coûts, pourrait éviter un consumérisme médical. 80 % des demandes en urgence pourraient être réglées en amont des services d'urgence (59). Le système de permanence médicale sur tout le territoire étant bien établi, les patients devraient y avoir recours en premier lieu. Ce système pourrait être amélioré par la création d'une maison médicale de garde.

d. Augmenter les visites à domicile n'apparaît pas comme une solution qui améliorerait l'offre de soins

Nous avons vu précédemment que les visites à domicile sont réalisées uniquement chez les personnes qui ne peuvent se déplacer. Il n'y a donc aucun intérêt à augmenter leur nombre puisque cela n'améliorerait pas la qualité des soins. Il appartient à chacun de se responsabiliser pour se déplacer au cabinet, et ainsi diminuer les coûts.

Les résultats d'une enquête réalisée par l'URML Ile de France montrent qu'encore aujourd'hui beaucoup de visites sont demandés pour des raisons non justifiées : attentes trop longues au cabinet, obligations professionnelles, tiers payant (on ne paye pas le médecin donc on peut le faire se déplacer), prix payé (on paye le médecin donc il peut se déplacer)...(60)

Cela permet de rebondir sur une des solutions proposées par une des interviewés qui suggérait de sensibiliser les gens en leur soumettant la question des déplacements qu'ils sont prêts à faire pour leur loisir par rapport à ce qu'ils sont prêts à faire pour leur santé.

e. Augmenter les effectifs en secteur rural

Une des solutions mises en place sur le plan national a été d'essayer d'augmenter les effectifs médicaux, par une augmentation notamment du *numerus clausus*, mais elle n'a pas de répercussion à la Châtaigneraie puisqu'il n'a pas été enregistré de nouvelle installation, ce qui renvoie en réalité à la problématique de la répartition géographique des professionnels de santé sur le territoire.

Le Pays de la Châtaigneraie ne fait pas figure d'exception. Pour exemple, les provinces canadiennes, des États-Unis ou du Royaume-Uni où, malgré une augmentation importante de la densité médicale au cours des trente dernières années, les problèmes de répartition géographique n'ont pas été résolus dans ces pays (61).

f. Influencer la répartition géographique des professionnels de santé

Plusieurs types de mesures sont prises à ce jour, l'efficacité en est discutable :

- Limitation de l'installation en zone excédentaire : Les politiques consistant à limiter l'installation dans des zones considérées en surplus n'ont pas permis d'améliorer la redistribution des professionnels de santé. Elles ont notamment été mises en œuvre au Royaume-Uni, en Allemagne, et dans la province canadienne de la Colombie-Britannique où ce dispositif est désormais abandonné en raison d'une incompatibilité juridique avec le principe de la liberté d'installation. De même en Allemagne, depuis 1993, le conventionnement à l'installation est limité dans les zones où la densité médicale est supérieure de 10% à la moyenne nationale. Un des effets de cette politique a été de détourner les étudiants des filières médicales au profit d'autres filières universitaires, sans véritable amélioration de l'inégalité de répartition géographique (61).
- Aides financières : mises en place le plus souvent sous forme de majoration de la rémunération pour l'exercice en zones rurales, dans les provinces canadiennes du Québec et d'Ontario, aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Australie et en Nouvelle-Zélande, elles n'ont eu qu'une influence modérée à court terme et très faible à long terme. Elles ne permettent pas de rendre systématiquement les zones déficitaires plus

attractives (61). Par ailleurs, il est notifié dans la thèse de Pascal GICQUEL que les aides financières passent au second plan dans les critères d'installation. « Les incitations à l'installation en milieu rural ne sont jamais considérées comme un critère à prendre en compte et sont jugées inefficaces car la question de l'installation des jeunes médecins n'est que partiellement une question médicale » (62).

Certains interviewés ont suggéré d'obliger les jeunes médecins à s'installer dans les campagnes. Si la population souhaite faire venir les médecins en campagne, il faut réhabiliter celle-ci. Comme le disent Sandrine BUSCAIL, Marc ZAFFRAN et Martin WINCKLER dans leur article « Peut-on contraindre un généraliste à s'installer à la campagne ? », « La réalité, c'est que la désertification des campagnes françaises est un problème social et économique général, qui touche de plein fouet tous les travailleurs indépendants : les médecins comme les agriculteurs. Pour réhabiliter les campagnes, il faut le faire ensemble : médecins, agriculteurs, et collectivités locales main dans la main » (63).

g. Mettre en place des moyens de transports adaptés

Trois des personnes interrogées ont suggéré la mise en place de moyen de transports pour la prise en charge de leur santé, quelle qu'en soit la forme (taxis collectifs, chèque transport, bus...)

Une des solutions envisagées a été que la communauté de communes finance les transports des usagers, que ce soit pour leur santé ou pour se rendre dans les services administratifs. Mais cela engendrerait un coût trop important, d'autant plus que l'on sait que la plupart de nos interviewés disent ne pas avoir de difficulté pour se rendre au cabinet, ou bien chez les spécialistes qui sont à une vingtaine de kilomètres.

Une autre des solutions proposées serait l'existence d'un bus qui desserve les communes avoisinantes, à la charge financièrement de l'utilisateur. Cela serait utilisé pour la santé, mais également pour les loisirs, les courses, les services... En effet, il s'agit d'une des difficultés du milieu rural d'être à distance des services.

Il existe déjà dans certaines régions un système de transport à la demande en milieu rural, véritable outil d'aménagement du territoire afin de répondre à des besoins croissants dans les villages, de dynamiser les zones rurales, de désenclaver les communes isolées, de favoriser l'accessibilité des personnes à mobilité réduite ou sans moyen de transport individuel. Cela pourrait peut être être envisagé au Pays de La Châtaigneraie pour rompre l'isolement.

Une des personnes interrogées suggère de regrouper les déplacements des patients qui vont dans les structures hospitalières, pour recevoir les mêmes soins. Elle cite l'exemple des chimiothérapies. Une telle logistique paraît difficile à mettre en place.

h. Transférer les compétences

Il s'agirait de transférer des activités, initialement réalisés par les médecins, à des assistants de médecins, qui pourraient être une nouvelle profession paramédicale ou bien des infirmières.

Les personnes interrogées ne perçoivent pas nécessairement la pertinence de cette solution. Seules trois des personnes interrogées seraient d'accord, à condition que ces professionnels soient bien formés et que ce soit pour des soins simples et limités.

Le transfert de compétences des activités médicales aux acteurs paramédicaux est une pratique courante dans certains pays, tels que les Etats-Unis, le Canada ou le Royaume-Uni. En Amérique du Nord, des infirmières praticiennes réalisent des soins pour des clientèles diversifiées. Ces pratiques se fondent sur des expériences positives. Ainsi, il a pu être rapporté récemment que la prise en charge après une première admission aux urgences des patients, notamment diabétiques ou asthmatiques, par des infirmières était aussi efficace qu'une prise en charge médicale (64).

En France, cette pratique n'est pas courante. Nos entretiens montrent qu'elle ne serait pas forcément bien accueillie par les patients. Une thèse réalisée par Fabienne MOLARD sur les « critères du choix du lieu d'installation des résidents » en 2005 montre que les résidents semblent contre le transfert de leurs compétences, même à des personnes spécialement formées. Les seuls souhaits de délégations émis sont le suivi du nourrisson et les vaccinations (65).

CONCLUSION

Dans le cadre de cette thèse, nous souhaitons comprendre comment la population d'une zone déficitaire en professionnels de santé percevait son offre de soins primaires, à travers son utilisation du système de soins.

Grâce aux différents entretiens réalisés, nous avons pu comprendre comment s'organisait la population d'une telle zone, et se rendre compte que le système fonctionnait finalement bien, la population apparaissant globalement satisfaite. Nous avons toutefois identifié quelques difficultés, mais nous avons démontré pour la plupart qu'elles n'avaient aucune conséquence sur la prise en charge de leur santé (par exemple, diminution des visites à domicile, ou encore l'absence de médecins dans chaque commune).

Nous nous sommes également aperçus à travers ces entretiens que la population n'avait pas conscience de vivre dans une zone déficitaire en professionnels de santé, s'étant adaptée à l'offre de soins existante (par exemple, on constate que la population se déplace facilement vers les spécialistes situés à une vingtaine de kilomètres). Pourtant, la population est consciente qu'il existe un manque de médecins en France, mais s'étant adaptée, n'en pâtit pas, et pense que ce sont « les voisins » qui sont concernés. Nous avons toutefois ressenti au fil des entretiens une inquiétude pour l'avenir.

Le but du travail était de proposer une ou plusieurs solutions permettant l'amélioration de l'accès aux soins primaires des populations des zones déficitaires en s'appuyant sur le point de vue de cette population. Nous avons effectivement pu dégager quelques pistes pour améliorer les soins primaires, certaines seront certainement à explorer, d'autres apparaissent plus difficile à envisager.

Parmi celles évoquées, nous retiendrons uniquement celles qui nous semblent plausibles :

- Création d'une maison médicale de garde, localisée de façon centrale par rapport au secteur, pour améliorer la permanence des soins. En effet, cela permettrait :
 - La facilité d'accès car localisation centrale ;
 - La simplicité pour le patient qui n'aura qu'un lieu à retenir pour savoir où trouver le médecin de garde.
- Augmentation des effectifs des professionnels et action sur la répartition géographique, bien que ces deux solutions n'ont pas aujourd'hui fait leur preuve.
- Mise en place d'un système de transport à la demande.

Quant au pôle santé déjà mis en place, et qui semble apparaître aux yeux des autorités comme une des solutions les plus importantes, nous avons pu constater dans notre travail qu'il s'agit effectivement d'une solution intéressante, satisfaisante pour la population, mais il nécessite encore quelques années avant d'en mesurer l'impact réel.

Par ailleurs, ces entretiens ont permis de révéler un véritable manque d'informations de la population quant au système de gardes, la permanence de soins ou encore sur ce qu'est une urgence. Il paraît licite de penser que si les patients étaient plus informés, ils éprouveraient certainement moins de difficultés, par exemple le soir quand ils souhaitent consulter un médecin. Il serait certainement intéressant de réfléchir sur ce point et de proposer des campagnes d'informations qui seraient des solutions simples à mettre en place.

Au total, ce travail a été intéressant car il nous a permis de découvrir l'avis des patients concernant leur système de santé, et non pas l'avis des professionnels de santé, mais cela ne semble pas être une voie à suivre pour réfléchir sur le système de santé dans le sens où les patients ne détiennent pas tous les déterminants pour prendre des décisions aussi précises que des professionnels. Finalement, ils ne sont concernés par le système de santé qu'à des instants de leur vie, et ne peuvent donc pas avoir une vision globale du système de santé. Cependant, il serait certainement intéressant d'avoir leur avis à posteriori sur les solutions mises en place pour juger de leur utilité.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) BOURGUEIL Y., MAREK A., MOUSQUES J., «Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande.» Questions d'économie de la santé, n°141, 1-6, avril 2009.
- (2) République Française, projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, 2009.
- (3) Rapport législatif, Projet de loi HPST : examen des articles, Bienvenue au Sénat.
- (4) Office statistique des Communautés Européennes.
- (5) BERLAND Y., « Démographie des professions de santé », Rapport n°2002135, 2002.
- (6) ATTAL-TOUBERT K., VANDERSCHULDEN M., « la démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées », Etudes et résultats, n°679, 1-8, février 2009.
- (7) BARLET M., CAVILLON M., « La profession infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles », Etudes et recherche, n°101, novembre 2010.
- (8) OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE, « La santé observée en Pays de la Loire » 3 décembre 2010.
- (9) MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière, « Facteurs d'évolution probables à moyen et long terme dans les champs sanitaire, social et médico-social publics impactant les ressources humaines et les organisations », mars 2007.
- (10) GOUGEON F., « Démographie des kinésithérapeutes : une répartition inégale », Physio Mag, 21 février 2007.
- (11) DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES, « Les masseurs kinésithérapeutes en Pays de la Loire », avril 2007.
- (12) COLLET M., SICART D., « Les chirurgiens-dentistes en France. Situation démographique et analyse des comportements en 2006 », Etudes et résultats, n°598, 1-8, septembre 2007.
- (13) OBSERVATOIRE REGIONALE DE LA SANTE BOURGOGNE, « Chirurgiens-dentistes ». La santé observée en Bourgogne, Fiche 5.12, septembre 2003.

- (14) COLLET M., SICART D., « La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030 », Etudes et résultats, n°595, 1-8, septembre 2007.
- (15) ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS, « Les pharmaciens : panorama au 1er janvier 2009 », 2009.
- (16) COLLET M., « Les pharmaciens en France : situation démographique et trajectoires professionnelles », Etudes et résultats, n° 437, 1-11, octobre 2005.
- (17) SABIN C., «L'implantation des officines pharmaceutiques et l'aménagement du territoire», DA2002, chron. p. 13
- (18) COLLET M., « La démographie des pharmaciens à l'horizon 2030 », Etudes et résultats, n°438, 1-12, octobre 2005.
- (19) BILLAUT A., « Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2004, suite aux épreuves classantes nationales », Etudes et Résultats, n°429, 1-12, 2005
- (20) CONSEIL NATIONALE DE L'ORDRE DES MEDECINS, « Démographie médicale française, situation au 1er janvier 2006 », Etude 39, juin 2006.
- (21) INSEE, Regards sur la parité, 2004.
- (22) BESSIÈRE S., BREUIL-GENIER P., DARRINE S.,« la démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projection au niveau national », Etudes et résultats, n°352, 1-12, novembre 2004.
- (23) LAPEYRE N., LE FEUVRE N., « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », Revue Française des Affaires Sociales, n° 1, 59-81, 2005.
- (24) LEGMANN M., « Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale », avril 2010.
- (25) LEGMANN M., KAHN-BENSAUDE I., ROMESTAING, « Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2009 », Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2009.
- (26) LEGMANN M., « Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2010 », Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2010.

(27) NIEL X., VILAIN A., « Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions socio-démographiques », Etudes et Résultats, n°114, 1-8, mai 2001.

(28) AGENCE REGIONALE DE LA SANTE, « Les aides au maintien ou à l'installation des professionnels de santé libéraux ».

(29) UNION REGIONALE DES CAISSES D'ASSURANCES MALADIES, « Contrats de bonnes pratiques »,

<http://www.urcam.assurancemaladie.fr/19657.0.html>

(30) UNION REGIONALE DES CAISSES D'ASSURANCES MALADIES Pays de la Loire, MRS, ARH Pays de la Loire, « Les aides à l'installation et au maintien des médecins généralistes dans les Pays de la Loire », juin 2007.

(31) UNION REGIONALE DES CAISSES D'ASSURANCES MALADIES Champagne Ardenne, MRS, ARH, « Aides à l'installation et au maintien des professionnels de santé en zones déficitaires », juin 2007.

(32) Circulaire DHOS/O3/DSS/UNCAM no 2005-63 du 14 janvier 2005 relative aux orientations propres à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux et aux modalités opérationnelles de définition des zones géographiques en vue de l'attribution d'aides aux médecins généralistes.

(33) UNION REGIONALE DES CAISSES D'ASSURANCES MALADIES Pays de la Loire, « Démographie des médecins généralistes : comparaison des zonages du ministère et de la MRS », mai 2008.

(34) Arrêté du 17 octobre 2008 portant approbation de l'avenant n°1 à la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux, Journal officiel du 18 octobre 2008.

(35) Article 85 du code de Déontologie Médicale.

(36) Loi n°2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises.

(37) PELTIER M., « Etat des lieux du stage de deuxième cycle en médecine générale », ANEMF, 2009-2010

(38) LE BRETON-LEROUVILLOIS G., « Les médecins de nationalité européenne et extra-européenne en France », CNOM, étude n°40-1, décembre 2007.

- (39) Ordre national des médecins, ordre national des chirurgiens-dentistes, ordre national des sage-femmes, ordre national des pharmaciens, l'assurance maladie..., « Le répertoire partagé des professionnels de santé, 11 questions pour un numéro à 11 chiffres ».
- (40) JOUAN P., « Le répertoire partagé des professionnels de santé bientôt prêt », bulletin de l'ordre des médecins, 2 février 2006.
- (41) GIACOMINI MK., « Les "preuves" issues de la recherche qualitative : une route semée d'embûches » Evidence-based medicine 6, n° 1, 4-6, 2000.
- (42) DESANTI R., CARDON P., « L'enquête qualitative en sociologie » Vol. 1. Rueil-Malmaison: ASH, 2007.
- (43) INSEE, recensement de la population, 2006.
- (44) DESCOURS C., « Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins », 22 janvier 2003.
- (45) BLANCHET A., GOTMAN A., « L'entretien », 2e édition refondue. Vol. 1. 1 vols. Paris: Armand Colin, 2007.
- (46) BECKER H., « Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales », Paris: La découverte, 2002.
- (47) COUVREUR A., LEHUEDE F., « Essai de comparaison de méthodes quantitatives et qualitatives à partir d'un exemple : le passage à l'euro vécu par les consommateurs », Cahier de recherche, n° 176, 1-106, novembre 2002.
- (48) MOISY M., « Les jeunes, leur rapport à la santé et leur état de sante », Rapport « L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique », DREES, Rapport 2009-2010
- (49) « Problèmes de santé spécifiques et état de santé global de la population », Rapport « L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique », DREES, Rapport 2009-2010.
- (50) OR Z., COM-RUELLE L., « La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? », IRDES, Document de travail n°18, décembre 2008.

(51) VENDIN E., « Adopté par la majorité des Français, le dispositif du médecin traitant favorise la prévention », CNAM, 26 janvier 2009.

(52) LUCAS-GABRIELLI V., NABET N., TONNELLIER F., « Les soins de proximité : une exception française ? », Question d'économie de la santé, n°39, 1-4, juin 2001.

(53) ALLONIER C., DOURGNON P., ROCHEREAU T., « Enquête sur la santé et la protection sociale 2008 », IRDES, n°1800, juin 2008.

(54) MICHEAU J., MOLIÈRE E., « L'emploi du temps des médecins libéraux », DREES, Dossiers solidarité et santé, n°15, 1-15, 2010.

(55) DAVEZIES P., DANIELOU F., « L'épuisement professionnel des médecins libéraux Une approche compréhensive en Poitou-Charentes », URML Poitou Charente, 2004.

(56) MARQUER, AUBERTIN, DIAMANT et al. « Les patients et les systèmes de réponse au urgences », URML Ile de France, 2002.

(57) GICQUEL P., « Déterminants de l'installation en zone rurale : enquête auprès des médecins généralistes de Loire-Atlantique », thèse de doctorat en médecine, université de Nantes, février 2010.

(58) UNION REGIONALE DES CAISSES D'ASSURANCES MALADIES BOURGOGNE, « Maisons médicales en Bourgogne, comment s'y prendre ? », février 2004

(59) CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, « Urgences et gardes, la permanence des soins en questions », 7ème jeudi de l'ordre, 20 avril 2000.

(60) UNION REGIONALE DES MEDECINS LIBERAUX Ile de France, « Enquête Visite à Domicile en Ile-de-France », dossier de presse, 31 janvier 2006.

(61) BOURGUEIL Y., MOUSQUES J., TAJAHMADI A., « Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé : les enseignements de la littérature », Question d'économie de la santé, n°116, 1-6, décembre 2006.

(62) JUILHARD J., « Rapport d'information sur la démographie médicale », sénat. p86, 2007-2008.

(63) BUSCAIL S., WINCKLER M., « Peut-on contraindre un généraliste à s'installer à la campagne ? », WINCKLER's webzine, 1er mai 2004.

(64) BERLAND Y., « Coopération des professionnels de santé : le transfert de tâches et de compétences », Rapport Ministère de la santé, octobre 2003.

(65) MOLARD F., « Critères de choix du lieu d'installation des Résidents. Etude auprès de 119 résidents de Poitou Charentes », thèse de doctorat en médecine, Université de Poitiers, 87p, 2005.

ANNEXES

GUIDE D'ENTRETIEN

Fiche d'indentification :

- Sexe
- Age
- Situation familiale, nombre d'enfants, âge des enfants
- Profession
- Conditions de vie (habitat, isolement, véhicule)

Guide thématique :

A. ORGANISATION ACTUELLE – NARRATION

1. Quand vous avez besoin de consulter votre médecin traitant, pouvez vous me raconter comment cela se passe, comment vous vous organisez ? (*aide : obtention du RDV, délai, durée de la consultation, relation avec votre médecin, coordination des soins, accès au cabinet*).
2. Comment cela se passe-t-il pour consulter un médecin généraliste quand le cabinet médical est fermé ?
 - Le soir, la nuit ?
 - Quand votre médecin traitant est en congé ?
3. Avez-vous une maladie qui nécessite un suivi régulier ?
4. Lorsque vous êtes face à une urgence médicale, par exemple une plaie qui saigne abondamment, comment vous organisez-vous pour obtenir les soins nécessaires :
 - Le jour ?
 - Le soir ou la nuit ?

(*aide : qui contactez-vous, délai d'intervention*).

Faites-vous appel à votre médecin traitant ?

5. Pouvez-vous me raconter comment faites-vous quand vous avez besoin d'un soin gynécologique ? (*aide : médecin traitant, gynécologue, déplacement longue distance pour voir gynécologue*).
6. Et d'un soin pour vos enfants ? (*aide : médecin traitant ? pédiatre ?*)
7. Pouvez-vous me raconter comment cela se passe-t-il quand vous avez besoin d'un soin avec un infirmier ? Et avec un kiné ?

B. AVANTAGES – DIFFICULTES

8. Par rapport à ce dont nous venons de parler, êtes vous satisfait de l'offre qui vous est proposée en terme de médecins généralistes, d'infirmiers et de kinés ? Quels points positifs trouvez-vous à ce fonctionnement ?
9. Au contraire, quelles difficultés rencontrez-vous ?

C. POLE SANTE

10. Avez-vous entendu parler du pôle santé de la Châtaigneraie ?

- Si oui : l'utilisez-vous ? Pourquoi ? Comment cela se passe-t-il ? Qu'en pensez-vous ? Quels avantages et difficultés rencontrez-vous ?
- Si non : il s'agit d'un regroupement de plusieurs professions médicales et paramédicales dans un même lieu (donc à La Châtaigneraie), fonctionnant depuis octobre 2009. Un de ses buts est de favoriser l'égalité des soins, favoriser la continuité des soins en offrant à la population de la communauté de communes de la Châtaigneraie un ensemble de service de premier recours.

Comment ce pôle pourrait répondre à vos besoins ? Est ce que vous aimeriez l'utiliser ?

D. DEFICIT

11. Certains disent que vous vivez dans un territoire déficitaire en professionnels de santé, qu'en pensez-vous ?

E. BESOINS – ATTENTES

12. Avez-vous des idées pour améliorer la prise en charge de votre santé ? (MG, IDE et kiné)

(bus santé, assistant...)

F. AVENIR

13. Lorsque votre médecin traitant partira en retraite, et s'il n'est pas remplacé, comment imaginez-vous la prise en charge de votre santé ? Comment allez-vous faire pour vous faire soigner ?

ABREVIATIONS

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural

ANEMF : Association Nationale des Etudiants en Médecine de France

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie

DCI : Dénomination Commune Internationale

ECN : Epreuves Classantes Nationales

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

MARPA : Maison d'Accueil Rural pour Personnes Agées

MRS : Mission Régionale de Santé

MSA : Mutuelle Sociale Agricole

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SSD : Service de Soins à Domicile

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

NOM : SACHOT-LEBLANC

PRENOM : MARIE

Titre : L'accès aux soins primaires en zone rurale déficitaire : étude auprès de la population de la communauté de communes de la Châtaigneraie.

|||||

RESUME

Depuis plusieurs années, on mesure en France une inquiétude croissante face aux conditions d'accès aux soins primaires en raison d'une diminution à venir des effectifs des professionnels de santé et une accentuation des disparités géographiques de l'offre de soins.

Afin d'éviter une inégalité d'accès aux soins primaires, il est nécessaire de repenser l'organisation des soins primaires sur le territoire et donc réfléchir à des mesures à mettre en place pour pallier à cette situation.

Dans ce contexte, une enquête qualitative par entretien semi-directif a été réalisée en Vendée, auprès de la population de la communauté de communes de La Châtaigneraie. Cette enquête a permis de comprendre l'organisation de cette population concernant l'accès aux soins primaires, sa perception et ainsi dégager des solutions à mettre en place, en corrélation avec les besoins de cette population, pour améliorer son accès aux soins primaires.

Parmi ces solutions identifiées, on peut citer la création d'une maison médicale de garde, l'augmentation des effectifs des professionnels de santé, la mise en place d'un système de transport à la demande, ou encore la création de maisons médicales pluridisciplinaires.

|||||

MOTS-CLES

Accès aux soins

Soins primaires

Zone déficitaire

Démographie médicale

Médecine rurale

Entretien semi-directif