UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2016 n° 025

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES DE MEDECINE GENERALE

par

Aline Chataigner

née le 2 Juin 1986 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 1er Juin 2016

DIFFICULTES D'ACCES AU MEDECIN TRAITANT ET CONSEQUENCES RESSENTIES SUR LA QUALITE DES SOINS PAR LES PATIENTS

Etude qualitative sur la commune de Challans en Vendée en 2014

Président : Professeur Remy SENAND

Directrice de thèse : Docteur Brigitte TREGOUET

Membres du jury : Professeur Gilles BERRUT

Docteur Dominique DUPAS

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Remy Senand,
Qui m'a fait l'honneur de présider ce jury.
Qu'il trouve ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur Brigitte Tregouet.
Pour avoir accepté de diriger ce travail. Je vous remercie de l'aide et du soutien que vous m'avez apportés durant tous ces mois.

A Monsieur le Professeur Gilles Berrut,
A Madame le Docteur Dominique Dupas,
Qui m'ont fait l'honneur d'accepter d'être membre de ce jury,
Qu'ils trouvent ici l'expression de mes remerciements respectueux.

A Florian, mon socle depuis le début de ces longues études. Pour ton soutien et ton amour dans chaque moment de nos vies.

A Adèle et Léonie. Vous faites de moi une maman comblée. Votre joie de vivre, vos progrès jour après jour et votre complicité déjà naissante est source d'un immense bonheur.

A mes parents, pour votre présence rassurante et votre soutien à toute épreuve. Vous avez toute mon admiration.

A mes frères, beaux-frères, belles-sœurs, et mes petits neveux Caleb et Mathys pour ces moments précieux passés en famille.

A Mario, ma relectrice, qui a gentiment accepté de traquer les fautes.

A mes amies qui ont mis de la couleur à cette année de P1. Valérie tu es devenue une chouette sage-femme. Aurore, ta pensée m'accompagne pour ne pas perdre de vue l'essentiel de ce métier.

A mes amis de la fac pour tous ces moments magiques passés à rire, manger, boire, jouer, danser, travailler… et pour tous les autres moments aussi. Ces années n'auraient pas eu la même saveur sans vous ! Maxime et ses photos crados, Chloë et son rire, Perle et Plume les aliénées, marraine GG la globetrotteuse, parrain Jéjé, Cécile et ses crèmes +/- hypoallergéniques (t'as fait des progrès depuis…), la grande Marion et ses pantalons trop courts, Sophie et ses tartes au maroille, Tanguy-Pôlo, pink-Barbara, Claire et Antoine les bretons, et Aline (l'autre ;-)

A Perrine, meilleure co-interne forever. Dommage que tu veuilles travailler si loin !

A mes amies d'avant la fac qui ont grandi (vieilli ?) avec moi et qui me sont chères : Angeline, Emilie et Virginie.

Aux MSU croisés qui m'ont chacun, avec leur personnalité, donné le goût de la médecine générale, la plus belle des spécialités : Teddy et Isabelle, Cécile, Jacques, Patrick, Peggy, JF, Anne, Armand et Abdou.

A Nelly, pour ton aide précieuse au recrutement et pour ces chouettes déjeuners.

Aux secrétaires des cabinets de Challans, et au conseil de l'Ordre 85 pour leur aide dans le recrutement des patients. Et enfin aux patients challandais qui m'ont ouvert leurs portes afin de réaliser ce travail.

Liste des abréviations utilisées

AME : Aide médicale d'Etat

ARS : Agence Régionale de Santé

ATB : Antibiotique

ATCD : Antécédents

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMUc : Couverture Maladie Universelle complémentaire

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

Cs : Consultation

DES : Diplôme d'Etudes Supérieures

EES : Espace Equipe de Soins

ETP : Equivalent temps plein

Ext. : Extérieur

FCV : Frottis cervico-vaginal

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension artérielle

IVG : Interruption volontaire de grossesse

K : Cancer

MT : Médecin traitant

MG : Médecin généraliste

MSA : Mutualité Sociale Agricole

P : Patient

PEC : Prise en Charge

PDL : Pays De la Loire

PMI : Protection Maternelle Infantile

RDV : Rendez-vous

RGO : Reflux Gastro-Œsophagien

Rnvt : Renouvellement

Sem. : Semaine

TTT : Traitement

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION 8
II. MATERIEL ET METHODE 11
A. Le territoire étudié 11
1. Localisation géographique 11
2. Les caractéristiques sociodémographiques de Challans 12
3. L'accès physique aux soins et la démographie médicale 13
B. L'enquête 15
1. Les objectifs de l'étude 15
2. Le type de l'étude 15
3. Construction du guide d'entretien 15
4. Recrutement des patients 16
5. Recueil et retranscription des données 17
6. Analyse des données 18
III. Résultats 19
A. Caractéristiques de la population et des entretiens 19
B. Accessibilité aux soins primaires : la recherche du médecin traitant 20
1. Les causes et la durée de l'absence de médecin traitant 20
2. Les stratégies utilisées pour la recherche du MT 21
3. Les obstacles rencontrés lors de la recherche du MT 23
4. Les préférences de choix d'un médecin traitant 26
C. La recherche d'un acte de soin et les conséquences sur leur qualité 30
1. Les stratégies utilisées pour l'accès au soin 30
2. Les obstacles rencontrés concernant l'accès aux soins 33
3. Les conséquences sur le soin et le parcours de la recherche de soin 36
D. Les opinions des patients sur cette situation 40
1. Les raisons évoquées sur le refus des MG de prendre en charge de nouveaux patients 40
2. Les propositions de solutions 42
3. Chacun justifie la priorité de son besoin de médecin traitant 44
E. Les émotions 45
1. Concernant l'absence de médecin traitant 45
2. Concernant le refus de prise en charge des médecins 49
IV. Discussion 50

A. De la méthode 50
1. Choix du lieu 50
2. Le type de l'étude 50
3. Le recrutement de l'échantillon 50
4. Le recueil des entretiens 51
5. L'élaboration du guide d'entretien 52
6. L'analyse des données 52
B. Des résultats 53
1. Des consultations ponctuelles possibles après une persévérance acharnée 53
2. Un soin cependant très partiel 54
3. Une relation médecin-patient déficiente 58
4. Un rapport au spécialiste modifié 59
5. Un maillage du territoire défaillant dont personne n'est vraiment responsable. 61
6. Une double peine médicale et financière. 67
V. Conclusion 71
VI. Bibliographie 73
VII. Annexes 78

TABLE DES ILLUSTRATIONS

FIGURES

Figure 1 : Qualité des soins 10
Figure 2 : Carte de la communauté de communes de Challans *http://www.challans.fr/* 11
Figure 3 : Population de Challans par grandes tranches d'âge en 2006 et 2011 12
Figure 4 : Emplois par catégorie socioprofessionnelle à Challans en 2006 et 2011..... 13
Figure 5 : Carte de Vendée avec proportions d'actes par bénéficiaires Les zones déficitaires sont signalées en hachuré. *C@rtosanté ARS Pays de la Loire* 14
Figure 6 : Répartition des modes d'accès aux consultations de spécialistes en 2006 60
Figure 7 : Temps d'accès au médecin généraliste le plus proche en Pays de la Loire 63
Figure 8 : Activité moyenne des médecins généralistes en 2013 64
Figure 9 : Impact de la qualité des soins pour les patients n'ayant pas de MT 68
Figure 10 : Indice comparatif de mortalité prématurée évitable selon le territoire (2004-2008)..... 69

TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des catégories socioprofessionnelles chez les Challandais de plus de 15 ans . 13
Tableau 2 : Caractéristiques de la population..... 19
Tableau 3 : Caractéristiques des entretiens..... 20

I. INTRODUCTION

L'accès aux soins de manière équitable est un enjeu de santé publique, régulièrement au centre des débats. Récemment, le texte de la loi de Santé, proposé à l'Assemblée Nationale, portait, entre autre, sur une mesure emblématique : la généralisation du tiers payant pour faciliter l'accès aux soins pour tous. (1)

L'autre problématique de l'accès aux soins est celle du défaut de maillage du territoire avec des zones identifiées comme déficitaires en professionnels de santé. Chaque Agence Régionale de Santé (ARS) a été chargée de les identifier selon de nombreux critères (2). La liberté d'installation des médecins est donc régulièrement remise en question. Cette problématique est d'autant plus forte pour la médecine générale de premier recours car cette spécialité ne dispose pas de secteur public. Le pacte territoire-santé lancé en 2012 propose des mesures incitatives pour les zones dites « fragiles » (3–5) :

- Le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) permet aux étudiants en médecine de bénéficier d'une bourse en contrepartie d'une installation dans une zone géographique sous-dotée en médecins pendant une durée au moins équivalente à la perception de la bourse.
- La création de postes de Praticiens Territoriaux de Médecine Générale (PTMG) permettant d'assurer un niveau de rémunération minimum garanti lors du début de l'activité et une protection sociale en cas de maladie ou maternité, pendant 2 ans maximum.
- Création de maisons de santé (Personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens avec actions conjointes de soins. (6))

Plus localement, l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Pays de la Loire propose différentes mesures pour l'aide à l'installation et au maintien des médecins généralistes pour les zones déficitaires : exonération fiscale, indemnités versées aux étudiants en médecine, prime à l'installation, majoration d'honoraires médicaux, aide à la mise en place de maisons médicales pluridisciplinaires (7).

La loi du 13 Août 2004 relative à l'Assurance Maladie pour le parcours de soins coordonnés a mis en place le système du médecin traitant (MT) pour les plus de 16 ans. Ce système avait comme objectifs de régler l'accès direct aux spécialistes et d'éviter le nomadisme médical (8). Il n'est pas obligatoire mais l'absence de déclaration du médecin traitant entraine une

diminution de remboursement des soins par l'Assurance Maladie (9) (qui passe de 70% à 30%), sans possibilité de prise en charge de la différence par la complémentaire santé du patient. Ce dispositif bénéficie d'une forte adhésion car fin 2011, 89,7% des assurés avaient déclaré un médecin traitant. Dans 95% des cas, il s'agit d'un médecin généraliste. Pourtant, les sanctions financières, ont été fortement accentuées au fils des années, en cas de non-respect d'un parcours contraignant et difficilement intelligible (10,11) du fait de ses nombreuses exceptions (9). Ce contrat est établi entre le patient et le médecin, mais chacune des parties est libre d'accepter ou de refuser ce contrat (12,13). 10% de la population n'a pas de MT par choix, oubli, méconnaissance du dispositif, ou encore par impossibilité de trouver un médecin disponible.

Ce dispositif n'a aucunement régulé la balance entre l'offre et la demande des soins. Des témoignages de patients de différents lieux en France ont été récoltés par UFC Que Choisir. Ils expriment leurs difficultés à trouver un médecin acceptant d'être leur médecin traitant (14). En Vendée, à Challans, Fontenay le Comte et La Roche sur Yon (par ordre de fréquence), de nombreuses plaintes de patients ayant des difficultés à trouver un médecin traitant sont remontées auprès des différentes institutions. Sur le premier trimestre 2014, à Challans, 15 plaintes de patients ont été rapportées auprès de l'ARS des Pays De la Loire (PDL). Cette problématique, déjà connue (18 plaintes écrites recensées en 2013) a été accentuée par le départ d'un médecin de la commune début 2014. (Annexe 3) Il ne s'agit pourtant pas d'une zone considérée comme déficitaire par les institutions publiques (15).

La qualité des soins est une notion complexe. Selon l'OMS, la France est en retard sur l'étude de cette notion car elle ne possède que des données partielles peu accessibles (16). La définition de qualité des soins la plus largement utilisée est celle de l'Institut de médecine des Etats-Unis : la qualité est « la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations, d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment » La Haute Autorité de Santé décrit les dimensions multiples qui composent la qualité des soins (17).

- **L'efficacité** : maintenir et restaurer la santé des patients.
- **L'adéquation** : les professionnels s'appuient sur les dernières connaissances scientifiques pour prendre en charge les patients.
- **La sécurité** : des mesures sont mises en place afin d'éviter les effets secondaires ou d'en limiter la portée.
- **L'efficience** : apporter les meilleurs soins au moindre coût.

- **L'équité** : les soins sont apportés de manière appropriée et impartiale à chacun.
- **L'accessibilité** : la possibilité aux patients d'avoir accès aux soins dont ils ont besoin au moment opportun quels que soit leur position géographique, leurs handicaps, et leur niveau de ressources.
- **Prise en compte des besoins exprimés par le patient :** les soins prennent en compte les préférences, les attentes, les besoins et les valeurs du patient.
- **Continuité des soins :** soins coordonnés entre les différents professionnels.

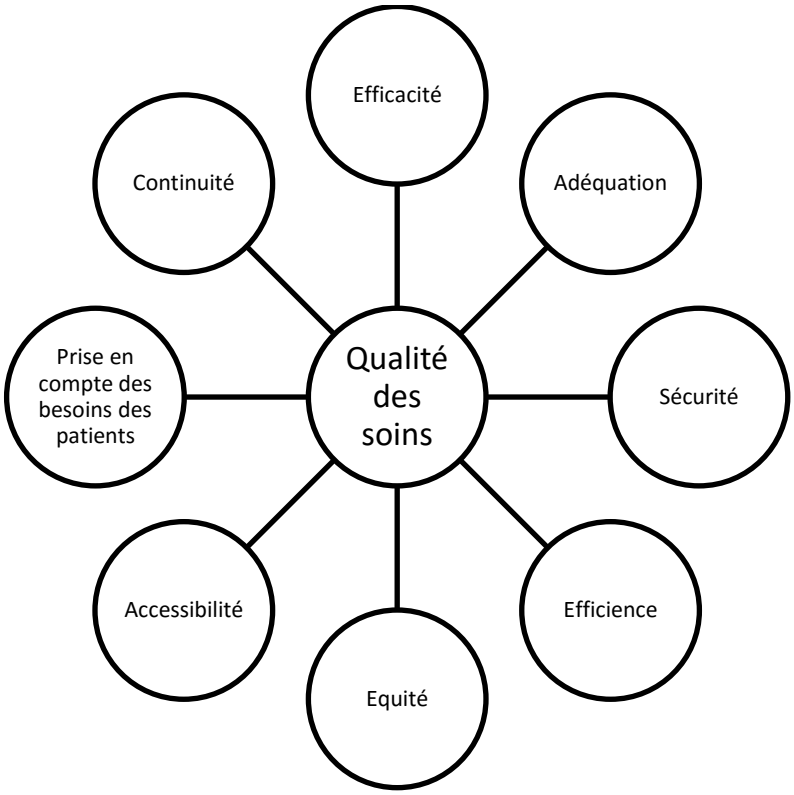


Figure 1 : Qualité des soins

Au-delà des soucis administratifs qu'occasionne la difficulté d'accéder à un médecin traitant, il s'agit surtout de se demander si cela peut avoir un impact sur la qualité des soins perçue par les patients.

II. MATERIEL ET METHODE

L'enquête réalisée avait comme objectif principal de comprendre si la difficulté d'accès à un médecin traitant pouvait avoir des conséquences ressenties sur la qualité des soins par les patients, sur la commune de Challans. Pour cela, il a été réalisé des entretiens semi-directifs afin d'obtenir des données qualitatives.

A. Le territoire étudié

1. Localisation géographique

Le sujet de l'étude a été orienté initialement vers la communauté de communes de Challans, située au Nord-Ouest de la Vendée, car l'enquêteur, en stage ambulatoire dans cette commune, était sollicité fréquemment par des patients recherchant activement des médecins traitants. Par la suite, lors d'une réunion avec l'ARS des Pays de la Loire, il s'est avéré que cette première impression était juste : Challans concentre le nombre de plaintes le plus élevé de patients concernant une difficulté à trouver un médecin traitant en Vendée. (Annexe 3)

La communauté de communes du pays de Challans est constituée des villes de Bois-de-Céné, Châteuneuf, Challans, Froidfond et La Garnache. Cet ensemble correspond également à l'Espace d'Equipe de Soins (EES) défini par l'Agence Régionale de la Santé (ARS) (18).

Figure 2 : Carte de la communauté de communes de Challans

http://www.challans.fr/

L'ensemble des mairies de ces communes ont été contactées par téléphone pour savoir si à leur connaissance, il y avait des plaintes concernant la difficulté à trouver un médecin traitant. Pour la mairie de Challans, il s'agissait d'un problème récurrent, pour lequel ils étaient régulièrement sollicités. Pour toutes les autres communes l'accès au médecin traitant ne paraissait pas problématique pour la population. L'ensemble de ces communes avaient d'ailleurs fin 2014 au moins un médecin présent sur place.

La localisation de l'étude a donc été recentrée sur la commune de Challans uniquement.

2. Les caractéristiques sociodémographiques de Challans

Début 2015, Challans comptait 19 836 habitants (19). La démographie locale augmente régulièrement en lien exclusif depuis 2006 avec un flux entrant d'habitants (20). Le taux de croissance annuel est estimé à 1,1% jusqu'en 2040 (soit environ 6000 habitants de plus par rapport à 2015)

Le dernier recensement date de 2011 et nous permet d'approcher les répartitions en termes d'âge et d'activité professionnelle.

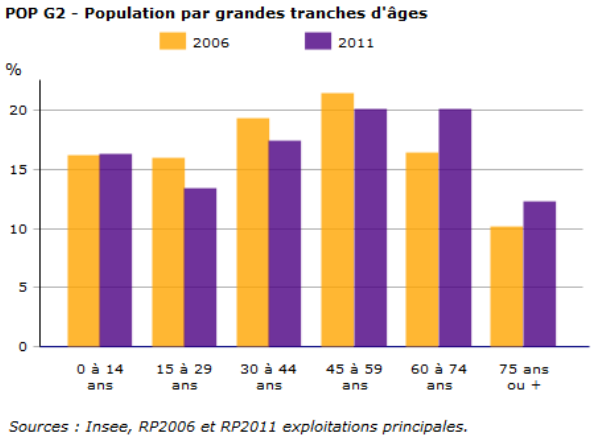


Figure 3 : Population de Challans par grandes tranches d'âge en 2006 et 2011

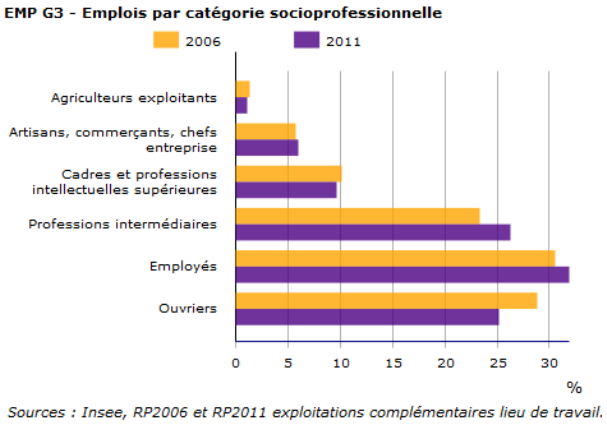
Cette commune est caractérisée par un taux fort de retraités (21) : 6031 habitants en 2011 soit 31,85% de la population totale versus 19,3% en Pays de la Loire et 22,1% en Vendée. (22) Ce taux est en constante augmentation depuis 2006. Ceci s'explique par la forte attractivité du littoral (20).

POP T5 - Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle

	2011	%
Ensemble	**15 820**	**100,0**
Agriculteurs exploitants	*111*	*0,7*
Artisans, commerçants, chefs entreprise	*573*	*3,6*
Cadres et professions intellectuelles supérieures	*724*	*4,6*
Professions intermédiaires	*1 867*	*11,8*
Employés	*2 560*	*16,2*
Ouvriers	*2 334*	*14,8*
Retraités	*6 031*	*38,1*
Autres personnes sans activité professionnelle	*1 620*	*10,2*

Sources : Insee, RP2006 et RP2011 exploitations complémentaires.

Tableau 1 : Répartition des catégories socioprofessionnelles chez les challandais de plus de 15 ans



Sources : Insee, RP2006 et RP2011 exploitations complémentaires lieu de travail.

Figure 4 : Emplois par catégorie socioprofessionnelle à Challans en 2006 et 2011

3. L'accès physique aux soins et la démographie médicale

a. Les moyens de transport.

La ville de Challans est reliée aux villes de la Roche-sur-Yon et de Nantes, ainsi que des Sables-d'Olonne par le TER et par autocars (23).

Au sein de la ville de Challans, les transports en communs sont très peu développés. Il existe un seul mode de déplacement public qui est le bus. Celui-ci ne fonctionne que 3 demi-journées par semaine (24). L'association de la Croix-Rouge Française propose des transports individuels pour les personnes de plus de 60 ans, à la demande, et avec participation financière, au sein de Challans uniquement (25).

b. La démographie médicale

Sur le canton de Challans, la population médicale a beaucoup varié ces dernières années. Après une situation décrite comme catastrophique en 2003 par le Conseil de l'Ordre 85, la situation s'est un peu améliorée mais les patients ont toujours des difficultés à trouver un médecin traitant (19).

Sur Challans, début 2015 on comptait 19 médecins généralistes (19). Les médecins sont quasiment tous regroupés dans des pôles d'activités tertiaires. (Un seul médecin généraliste en cabinet isolé dans le centre-ville). Les regroupements en maisons médicales induisent moins de proximité avec la population mais ont l'avantage de mutualiser les moyens, en particulier pour la permanence des soins.

La ville de Challans n'est pas considérée comme une zone de fragilité en Vendée selon l'ARS. Les zones sont définies par des critères principaux et des critères secondaires. Les critères principaux pris en compte sont l'activité médicale supérieure de 30 à 50% par rapport à la moyenne nationale et la densité médicale inférieure de 30% (26). Les critères secondaires sont définis par chaque ARS en fonction des particularités territoriales. 80000 vendéens ont été inclus dans ces zones de fragilité, sur un territoire regroupant 60 communes. (Annexe 3) (27).

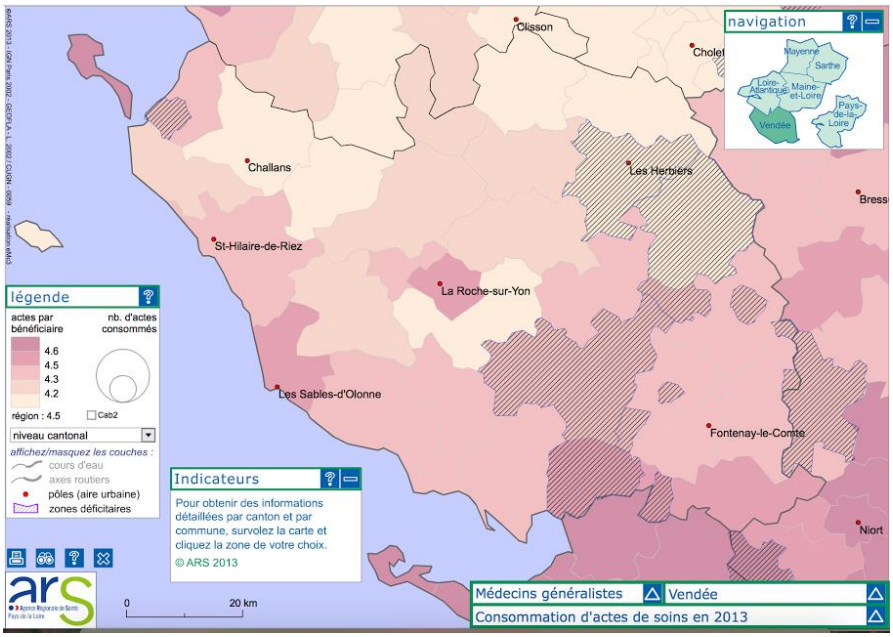


Figure 5 : Carte de Vendée avec proportions d'actes par bénéficiaires
Les zones déficitaires sont signalées en hachuré. ***C@rtosanté ARS Pays de la Loire***

La ville de Challans est peu pourvue en spécialistes. On recensait début 2015, en libéral : 1 gynécologue, 2 dermatologues, 3 cardiologues, 2 gastroentérologues, 3 ophtalmologues, 1 ORL, 1 pneumologue, 2 rhumatologues et 1 psychiatre (28).

B. L'enquête

1. Les objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude était de comprendre si la difficulté d'accès à un médecin traitant entrainait des conséquences sur la qualité des soins ressentie par les patients.

Les objectifs secondaires étaient :

- de cerner les obstacles rencontrés et les stratégies développées lors de la recherche du soin.
- de comprendre comment les patients se retrouvaient sans médecin traitant et comment ils en cherchaient un.
- de recueillir les émotions et les opinions que cette situation induisait.

2. Le type de l'étude

Le choix s'est porté sur une enquête qualitative car l'objectif était de comprendre s'il pouvait y avoir des conséquences ressenties par les patients sur la qualité du soin sans avoir de données précises au préalable sur le sujet. L'hypothèse initiale était que les patients se sentaient moins bien pris en charge. La technique de l'entretien semi-directif a été utilisée pour essayer d'obtenir un discours spontané en sollicitant si nécessaire une explicitation, et recueillir les représentations et opinions individuelles des patients dans le contexte de difficulté d'accès aux soins (29,30).

3. Construction du guide d'entretien

Un guide d'entretien élaboré à l'avance a regroupé l'ensemble des thèmes à aborder afin de rester dans le cadre de l'enquête. Les questions ont été élaborées de manière à rester les plus ouvertes possibles. Un recueil des données sociodémographiques était prévu en début d'entretien. L'ordre d'apparition des thèmes restait libre en s'adaptant au fil du discours du patient. L'objectif était que le discours soit le plus libre possible. Des relances ont été prévues en cas de non réponse ou de non évocation d'une thématique (29,30).

Les thèmes abordés dans le guide d'entretien étaient (Annexe 1) :

- Données sociodémographiques – mode de déplacement – maladies ou traitement chronique.
- La difficulté d'accès au médecin traitant.
- Stratégies et soins en cas de pathologie aiguë.
- Stratégies et soins pour le suivi de pathologie chronique.
- La prévention.
- Les émotions face à la situation.
- La perception de l'avenir.

4. Recrutement des patients

Le recrutement des patients a concerné des patients en âge de déclarer un médecin traitant (plus de 16 ans) vivant à Challans. L'objectif n'était pas de recruter un échantillon représentatif de la population locale mais d'avoir une variabilité maximale en termes d'âge et de niveau social.

Le recrutement a été effectué en diversifiant au maximum les canaux : (29)

- Mode direct : à la fin de consultations ponctuelles effectuées par 2 internes en stage à Challans (dont l'enquêteur).

- Mode indirect : via deux cabinets médicaux à Challans qui refusaient de prendre en charge de nouveaux patients. Les secrétaires prenaient les coordonnées des patients qui appelaient à la recherche d'un médecin traitant après leur avoir expliqué qu'un travail de thèse était en cours sur le sujet et qu'ils seraient éventuellement recontactés par l'enquêteur. La durée du recrutement a été de 6 semaines dans un cabinet et de 3 semaines dans l'autre au cours des mois de mars et avril 2014.

- Relai institutionnel : Un courrier du Conseil de l'Ordre des Médecins de Vendée, a été adressé directement aux 12 patients ayant signalés par écrit leurs difficultés à trouver un médecin traitant en mentionnant un travail en cours et les coordonnés de l'enquêteur qu'ils pouvaient ou non contacter.

- Informateurs relais : Les patients interviewés ont été sollicités sur d'éventuelles connaissances de leur entourage pouvant être concernées par l'étude.

D'autres méthodes de recrutements n'ont pas abouti :

- Tracts déposés dans les 4 pharmacies de Challans acceptant de participer.

- Refus du secrétariat de la mairie de Challans de transmettre les coordonnées des habitants venant se plaindre auprès de leur service.

- Absence de réponse de l'ARS malgré plusieurs courriels et essais de contacts téléphoniques.

Parmi les patients recrutés : il y a eu des refus de participation, des personnes non joignables, et des personnes ayant trouvé dans l'intervalle un médecin traitant (pour la plupart à l'extérieur de Challans) ne se sentant plus concernés par cette problématique.

Le recrutement a été dans son ensemble difficile et long. Il a été stoppé lorsque que l'enquêteur a eu la sensation d'être arrivé à un point de saturation des données. Les nouvelles données recueillies n'apportaient pas d'informations supplémentaires.

5. Recueil et retranscription des données

Le guide d'entretien a été testé sur 2 personnes extérieures non concernées par l'enquête. Quelques modifications de reformulation ont été effectuées pour une meilleure compréhension.

Les entretiens ont été effectués à une date et dans un lieu laissés au choix des patients afin de maximiser leur disponibilité. La plupart ont choisi leur domicile ou, à défaut, un lieu neutre publique.

Tous les patients étaient informés, avant d'obtenir leur consentement, sur le déroulement de l'étude, son objectif, la préservation de leur anonymat et leur possibilité de retirer leur consentement à tout moment. L'accord des patients était sollicité pour l'enregistrement audio de l'entretien dans l'optique de la retranscription ultérieure.

Les entretiens ont été réalisés entre le 14 avril 2014 et le 10 juin 2014.

La retranscription des données a été réalisée dans les 4 mois suivant les entretiens. Elle a été réalisée manuellement au début, puis à l'aide d'un logiciel de dictée vocale intégré à un logiciel de traitement de texte. Les données ont été retranscrites intégralement et de manière littérale. Les expressions non verbales notées lors du recueil des données ont été intégrées. Les noms propres et les villes cités ont été anonymisés en les remplaçant par leur fonction (ex : médecin MT1, 2…) ou par des noms communs (village etc…).

6. Analyse des données

L’analyse des données a été réalisée par lectures successives et répétées des différents entretiens, au fur et à mesure de leur retranscription. Le logiciel N Vivo a permis de faciliter la classification des idées.

III. Résultats

A. Caractéristiques de la population et des entretiens

Tableau 2 : Caractéristiques de la population

LES PATIENTS							
	Sexe	**Âge**	**Profession**	**Situation familiale**	**Lieu de vie**	**Maladie chronique-suivi/*ttt***	**Déplacements**
1	F	65	Journaliste	célibataire, sans enf	CV appartement	Arthrose cervicale / *ttt antalgique*	pied/bus
2	H	61	Retraité	en couple, divorcé, 5 enf NAC	périph maison		voiture
3	F	60	Retraitée	mariée, 2 enf NAC	village maison	K utérus en rémission	voiture
4	F	24	Agricultrice	célibataire, sans enf	village maison	*contraception oestropogestative et antihistaminiques*	voiture
5	F	88	Retraitée	veuve, 2 enf NAC	CV appartement	HTA, EP, TVP, Horton, Cardiopathie, PPR/*statines, IEC, NACO, anxiolytiques*	pied
6	F	58	Arrêt travail	mariée, 3 enf dont 1 AC	CV maison	K sein en rémission, HTA avec *antihypertenseur*	voiture
7	H	63	Retraité	marié, 3 enf dont 1 AC	CV maison		voiture
8	H	49	Chômage	célibataire, sans enf	CV	Mélanome avec *chimio orale*	voiture
9	H	70	Retraité	concubinage, 1 enf NAC	CV maison	Sd dépressif, HTA, RGO / *antidépresseurs, antihypertenseur, IPP*	voiture
10	F	63	Retraitée	concubinage, 1 enf NAC	CV maison		pied
11	F	33	Employée grande surface	concubinage, 3 enf AC	CV maison		pied
12	F	18	Employée chaine de restauration	vit chez ses parents	Garnache, maison	*Implant contraceptif*	pied/vélo
13	F	24	Sans emploi, congé maternité	concubinage, 3 enf AC, grossesse en cours	CV maison	Tumeur cérébrale évolutive/ grossesse en cours	voiture

AC = à charge

CV = centre-ville

Enf = enfant

NAC = non à charge

Périph = périphérie du centre-ville de Challans

ttt = traitement

K = cancer

HTA = hypertension artérielle

EP = embolie pulmonaire

TVP = thrombose veineuse profonde

PPR = Pseudopolyarthrite Rhizomélique

IEC = Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion

NACO = Nouveaux anticoagulants oraux

Chimio = chimiothérapie

IPP = Inhibiteur de la pompe à protons

L'échantillon a été constitué de 13 personnes : 9 femmes et 4 hommes. La moyenne d'âge était de 52 ans avec des âges extrêmes de 18 à 88 ans.

Les patients 6 et 7 ainsi que 9 et 10 sont des couples. Un seul entretien a été réalisé pour chacun des 2 couples.

La catégorie socio-professionnelle est représentée par 6 retraités, 3 inactifs (chômage ou arrêt), 1 agriculteur exploitant, 1 profession indépendante et 2 employés.

Tableau 3 : Caractéristiques des entretiens

	ENTRETIENS		
	Mode recrutement	**Durée (min)**	**Lieu**
1	cabinet cs ponctuelle	28	domicile
2	téléphone secrétaire	17	domicile
3	téléphone secrétaire	43	domicile
4	famille de patient	10	domicile
5	téléphone secrétaire	24	domicile
6	téléphone secrétaire	33	domicile
7	téléphone secrétaire		domicile
8	téléphone secrétaire	15	bar
9	conseil de l'ordre	27	domicile
10	conseil de l'ordre		domicile
11	conseil de l'ordre	26	domicile
12	cabinet cs ponctuelle	15	bar
13	cabinet cs ponctuelle	21	domicile

La durée des entretiens a été en moyenne de 24 minutes (durées extrêmes de 10 à 43 minutes)

B. Accessibilité aux soins primaires : la recherche du médecin traitant

1. Les causes et la durée de l'absence de médecin traitant

Les raisons qui ont été évoquées pour expliquer la nécessité de trouver un MT étaient un **déménagement récent** pour 9 patients, **un départ à la retraite du précédent MT** pour 3 patients et **l'absence de déclaration initiale** de MT pour 1 patiente.

Sur les 13 patients, seulement la moitié (7/13) n'avait réellement pas de médecin traitant déclaré, depuis une durée de 8 mois en moyenne et de 5 mois pour la médiane (de 1,5 mois à 24 mois pour les extrêmes). Les autres, ont un médecin traitant déclaré aux administrations,

mais souhaitent en changer (du fait de l'éloignement ou de non-satisfaction pour moitié/moitié) sans avoir trouvé de solution pour le moment.

2. Les stratégies utilisées pour la recherche du MT

Les stratégies qui ont été utilisées pour rechercher un médecin traitant sont :

a. Recherche de noms de médecins disponibles sur la commune

- **Par internet** « Et puis on a recherché sur Internet » (P6 et 7)
- **Par prospectus :** «J'ai pris le guide de Challans » (P1)
- **Par bouche à oreille :** « Par bouche à oreille. Ben voilà c'est ça. On m'a parlé comme ça… tu connais pas un médecin ? Si, va voir… » (P2)
- **Par sollicitation des professionnels du réseau de santé**

  - Pharmacie « De toute façon j'ai demandé à la pharmacie… » (P6)

  - Secrétaires médicales des cabinets médicaux « Et donc là auprès de la secrétaire j'ai insisté. Je suis allée une première fois » (P3)

  - Secrétaires de l'hôpital « Ben, j'en ai parlé ce matin à l'hôpital (Rires). À la secrétaire de l'hôpital. (P6)

b. Démarches pour demander un contrat médecin traitant

- **Le téléphone** est le média le plus souvent utilisé (11 patients sur les 13) L'aboutissement de cette démarche a été de :
  - **Laisser ses coordonnées/des messages** « On a donné nos coordonnées. » (P6) « il y a un toubib où j'avais laissé un message » (P7)
  - **Mise en file d'attente** « Je vous dis, je reste pour l'instant et j'attends que ça se libère et je me suis mis en file d'attente sur le cabinet là… » (P8)

- **La sollicitation directe des médecins au cabinet**

  « Y'a même un médecin là, derrière. Je suis même allée chez lui le voir. » (P5)

- **Consultations à répétition dans un même cabinet**

  « Ben oui, à la fin… bon à force d'aller toujours dans le même cabinet ils vont bien se dire, bon on la prend. De toute façon elle vient tout le temps.» (P13)

- **La recommandation d'un tiers** :

  Famille/Proches : «Je ne l'aurais pas connue [montre sa compagne] je ne sais pas si à l'heure actuelle je n'aurais pas de médecin traitant. » (P2) « Il nous a pris parce que on était recommandé par quelqu'un. Sans quoi on aurait pas été pris. » (P10)

  Professionnel de santé : le pharmacien : « Par le biais, d'ailleurs, du pharmacien […] Ben, c'est [lui] entre guillemets, ils se connaissent… » (P9)

- **Sollicitation des administrations**

  - La CPAM et le conciliateur : « Alors entre temps j'avais été à la CPAM […] et ils m'ont dit il faut écrire au conciliateur de la CPAM de la Roche sur Yon. » (P1)

  - Mairie : « Ils (*NB : la PMI*) m'ont dit allez voir à la mairie. […] C'est là qu'ils m'ont donné l'adresse du conseil. » (P11)

  - Conseil de l'ordre : « Oui, ils (*NB : le conseil de l'ordre*) m'avaient envoyé un courrier, comme quoi il envoyait le dossier… au… (Interviewer :) *À l'agence régionale de la santé ?* Oui, et depuis… [Bruit avec la bouche] » (P11)

  - L'ARS : « Ben, l'ARS je l'ai eu au téléphone. » (P9)

c. Déclaration d'un médecin traitant par défaut

5 patients ont déclaré un médecin traitant par défaut. (P5, 6, 7, 9,10) Interviewer : « Et vous l'avez déclaré comme médecin traitant ? » « Et oui… je ne pouvais pas faire autrement.» (P5) « C'est flagrant qu'il y'a un problème ! C'est flagrant, j'ai envie de dire, dès que je peux je m'en vais. Parce que… Non ! » (P6) « « Moi je trouve qu'elle ne s'occupe pas assez de ses malades. Elle n'ausculte pas comme il faut. […] En attendant de trouver un médecin traitant. J'aimerais bien en retrouver un dans Challans. » (P5)

d. Aucune stratégie / Attente

Pour 3 patients. « Bah en fait, je n'ai pas trop cherché, parce que quand j'ai appelé (*NB : pour prendre RDV*), ça m'a un peu énervée de ne pas trouver, de ne pas trouver directement… » (P12) « J'ai rien fait de spécial. […] Je vous dis, je reste pour l'instant et j'attends que ça se libère » (P8)

3. Les obstacles rencontrés lors de la recherche du MT

a. Refus des médecins

- **Refus des généralistes.** « On m'a dit que de toute façon médecin traitant il n'en était pas question mais qu'on pouvait me recevoir pour une visite. » (P1)

- **Ne sont pas recontactés par les cabinets :** « j'cherche cherche cherche et y'a pas moyen quoi. Si y'en avait un qui m'avait promis… […] Il devait m'envoyer un mot comme de quoi c'était bon ou pas bon [*NB : par rapport au MT*]… j'attends encore toujours sa réponse… » (P2) « Elle avait dit qu'elle (*NB : la secrétaire*) me rappellerait mais il n'a pas eu de remplaçant. » (P6) « Il y a même des cabinets où j'ai laissé un message, je n'ai jamais eu de réponse. » (P7)

- **Situation laissée floue sur les possibilités ou non de déclarer le médecin comme MT :** « Et puis, on avait déjà été voir le médecin. Et là, on nous avait rien dit de spécial. On nous avait même noté comme nous prendre. Et quand on y est allé pour prendre vraiment un rendez-vous, c'est là qu'on nous a refusé. Alors qu'on était inscrits pour être pris. » (P9) « Madame, on verra dans trois mois. » Alors je vais encore attendre 3 mois… (Interviewer) Pourquoi dans trois mois ? Ben voir s'il va arriver à avoir… *de la place.* (P9 et 10)

b. Méconnaissance du fonctionnement du dispositif médecin traitant

- **Ne savent pas si ils ont un MT déclaré/si ils peuvent changer**
  « (Interviewer) Et vous l'avez déclaré comme médecin traitant ? Et oui… je ne pouvais pas faire autrement. Mais on peut changer quand même ? » (P5) « (Interviewer) Et vous avez fait une déclaration de médecin traitant ? […] Oui avec le Docteur P… (Hésite). Il faudra que je vérifie, parce que là vous me donnez un doute. Non, on n'a pas rempli, pour le médecin traitant ou quoi que ce soit. Non. Il faudra que je vérifie. » (P11) **«** Et puis vu que j'ai 18 ans, ben justement, c'est à moi de trouver mon médecin traitant et puis… On ne sait encore rien sur ça. » (P12)

- **La notion de médecin traitant est floue avec le fonctionnement de cabinet de groupe.** « Même lui, mon conjoint son médecin traitant c'est à Village. […] Et en plus à Village c'est jamais le même parce que ça change tout le temps. Donc il aime pas y aller parce que

c'est jamais les mêmes […] Depuis, maintenant il y est resté mais ça change tout le temps. Du coup maintenant quand il est malade je dis « mais va voir ton médecin », « mais c'est jamais le même ! » (P13)

- **Certains se posent la question de la réelle nécessité d'avoir un médecin traitant.** « Beh justement en réalité, parce que je me suis posée la question, parce que je me suis dit est ce que j'ai vraiment besoin d'un médecin traitant ? Non, après tout je m'en fiche » (P1) « Après si c'est pas un médecin traitant c'est pas grave… » (P13)

- **Les remboursements de l'assurance maladie difficiles à comprendre**
  « Moi je sais qu'ils ne m'ont pas remboursé beaucoup […] parce que j'étais enceinte l'année dernière. Et j'ai fait des prises de sang et tout et je ne les avais pas payées. Donc ils me les ont déduits des actes. » (P11) « Je regarde quand même… par la sécurité sociale… ah bah non j'ai pas eu ça…. Ah ben non, sur une consultation à 23 j'ai eu 2euros60. C'est 10% ? C'est ça. J'ai été remboursé qu'à 10%. [soupire] Après bon j'ai la mutuelle mais bon… vous voyez c'est pas embêtant sur des petites sommes comme ça mais ça peut l'être sur de grosses sommes. » (P1)

- **Des commentaires témoignent d'un manque de connaissance plus général du système de santé**
  « *(en parlant des médecins de garde)* Par exemple ce serait bien. Même une pharmacie, ça peut toujours dépanner. Si il n'y en a pas dans la ville... Ben les urgences après je ne sais pas si t'as des médicaments. » (P12)

c. Administratifs

- **Aucune administration n'est responsable et aucune solution n'est proposée**
  - ni la CPAM : « Enfin vous voyez ils sont conscients des problèmes quand même mais ils peuvent rien faire. […] La CPAM elle-même me dit qu'elle peut rien faire pour moi ce qui est quand même une histoire de fous quoi. » (P1) « Oui, le conciliateur. Qui sert à la limite à rien. A pas grand chose. » (P9) Réponse de la CPAM au Patient 10 : «Nous vous informons que nous n'avons pas de réponse satisfaisante » Réponse du conciliateur : « « Continuez comme ça Madame » [….] Donc tant que c'était comme ça c'était comme ça. C'est ça que ça voulait dire » P10

- **Ni le conseil de l'ordre :** « Mais non, depuis, Je n'ai pas eu de nouvelles. Comme ils (le conseil de l'ordre) disaient, de toute façon, ça ne les concerne pas. » (P11)
- **Ni la mairie** : « Disons que la mairie, elle, c'est pas ça… c'est pas entre guillemets son rôle si on veut pas lui envoyer de médecins. » (P9*)* « Alors je suis allée à la mairie demander. […] Ils ont appelé pour me demander si j'avais une réponse. Alors j'ai dit non. Alors ils m'ont dit alors on s'occupe de vous. Et depuis je n'ai pas de nouvelles. Peut-être que ça va venir. » (P8)

« **Chacun se renvoie la balle et rien n'est fait**. […] On nous renvoie, on nous renvoie, et puis voilà… et puis débrouillez vous. » (P10)

La mairie a conseillé d'envoyer un courrier au conseil de l'ordre qui a transmis le courrier à l'ARS. Les patients n'ont pas eu de réponse de l'ARS. (Annexe 2 P11) Un patient a réussi à joindre l'ARS par téléphone, sans solution proposée (Annexe 2 P10). La CPAM dit d'envoyer un courrier au conciliateur qui transmet la liste des médecins généralistes sur Challans (Annexe 2 2 P1) ou qui contacte par téléphone (Annexe 2 P10). Les dossiers sont notés en cours d'étude pendant parfois un an. « *Ah oui, donc le dossier est en cours de traitement en 2013. Ils ne peuvent pas vous dire le délai et en 2014 en fait…* (P10) »

- **Avec pourtant des relances des caisses auprès des patients pour les inciter pour trouver un MT**

  « C'est super casse pied et là du coup, la CPAM m'envoie des papiers pour que je déclare un médecin traitant sur Challans… mais… [rires – écarte les mains] » (P13) « D'ailleurs j'ai reçu un courrier de la MSA. (Interviewer) *Ah d'accord ils vous disent que vous n'avez plus de médecin traitant.* Exact. » (P3)

- **Et des réponses standardisées non adaptées aux situations individuelles** « Lecture du courrier de la CPAM : *«Vous devez absolument avoir un médecin traitant, éventuellement, près de votre travail »* Bah, je suis en retraite ! Nous sommes en retraite. C'est ça qui est marrant. » (P10)

- **Une zone géographique non reconnue comme déficitaire**

  « Et *ils (la mairie)* m'ont dit, « […] De toute façon, ce n'est pas en manque de médecins. » Parce que comme il y a des médecins qui sont à mi-temps, donc pour eux ils considèrent qu'ils travaillent. Donc il n'y a pas de manque. » (P11)

d. Découragement des patients

- « Ben non (*NB : n'a pas cherché ailleurs*), parce que je sais que ma cousine elle va dans un autre cabinet,… c'est pareil ils ne prennent pas. Donc je savais qu'ils prenaient pas donc là c'est pareil je savais que j'avais pas de point d'appui. » (P3)

4. Les préférences de choix d'un médecin traitant

1. La relation avec le médecin

- **Un « bon contact » avec le médecin / se sentir à l'aise** (8 patients) « Parce que là avec le Docteur que j'ai vu pour ma fille, ça ne passait pas du tout. » (P11) « Donc c'est sûr que si je vois que ça passe, si je m'entends bien » (P12) […] J'ai pas confiance ! Je ne suis pas… Je suis pas à l'aise » (P6)

  Une bonne écoute/qui prend le temps : « Elle a vraiment pris le temps d'écouter vraiment […] Si tu as quelqu'un qui ne répond pas trop à tes questions et qui a envie de finir sa journée, là c'est pas cool. » (P13) « J'aurais besoin de quelqu'un pour me soutenir un petit peu, pour m'aider vous voyez. » (P5)

- **Proximité affective** : « Alors que je sais que les médecins dans les petites villes on va dire que entre guillemets ils connaissent même le prénom de leurs patients quoi. Donc ça c'est agréable aussi.» (P12) « Le dernier RDV c'est ce qu'il nous a dit le Dr P. Il disait a Guy : « si ça se trouve je connais mieux ta femme que toi. » (P3) «on s'entend bien… donc c'est un pote et puis on rigole quoi… Et quoi quand il s'ennuie avec les gens qui sont désagréables ou grossiers ou qui sentent mauvais ben moi je le fais rire parce que je sens bon et puis … on rigole… » (P8)

- **Confiance dans la compétence du médecin** : « Ça c'est une question de confiance hein. » (P3) « … de pouvoir lui dire tout ce que l'on a envie de lui dire. « J'ai une sécurité. Il connait très bien mon traitement. » (P8)

- **Réputation du professionnel / Médecin conseillé par l'entourage**

  « Et puis moi quand je vais là je suis très à l'aise parce que ma belle-fille apprécie le Docteur MT1. Voilà. J'ai besoin de connaitre quelqu'un qui apprécie. » (P3) « Donc si vraiment vraiment j'avais personne là, dans le cabinet du Docteur MT3, j'irais voir le médecin de ma cousine. » (P3) « Je changerai quand j'aurai trouvé plus près, que les gens autour m'auront dit : « Ah oui, je connais, il est bien ». (P6)

- **Qui ne soigne pas quelqu'un de la famille** « moi je vous ai dit que je ne veux pas aller chez le même médecin que ma belle-mère. Parce que bon… elle habite déjà là à côté… c'est déjà compliqué. J'aime mieux avoir cette relation avec le médecin de ma belle-mère qui n'est pas mon médecin. Comme ça, moi, si j'ai quelque chose à dire à mon médecin je peux lui dire » (P3)

2. Accessibilité

- **Physique : Ville de Challans pour l'unanimité des patients interviewés** (12 patients). Le seul qui n'a pas évoqué cela (P2) a trouvé un médecin traitant sur Challans entre le recrutement et l'entretien.

  Par préférence personnelle : « Moi je préfère que ce soit sur Challans même » (P12) « y'a un cabinet médical à 800 mètres, je suis vraiment dans le centre-ville donc oui, ça m'embête vraiment de savoir qu'il y a une ville où il y a des médecins et que il faudrait que j'aille faire je ne sais combien de kilomètres pour trouver un médecin. C'est l'idée, en fait, de dire qu'il y a des médecins à côté et que je suis obligée d'aller plus loin parce que personne ne veut me prendre » (P13) « Parce que là où on est on prend la 4 voies et c'est rapide pour aller à la Garnache. [Souffle]. Alors… on en est conscient. Voilà ! On est conscient que c'est pas loin mais …. [Rigole]… Mais… [Hausse les épaules] ça ne nous dit pas… alors que… les maisons médicales… les autres cabinets médicaux ils sont pas très loin. » (P3)

  Par facilité d'accessibilité : « Bah, sur Challans ! On s'en fout, du moment que c'est sur Challans. Nous, on ne prenait jamais notre bagnole, pour aller chez le toubib. On y allait à pied. Même là, si il était à 2 km, on y va à pied. On s'en fout. A 3 km, on s'en fout. » (P7)

  Distance maximale acceptable pour les patients : Absence de données fiables pour les patients 12 et 13 qui n'ont pas répondu clairement à la question.

A pied	6 patients	P 1, 5, 6, 7, 10, 11
Max 5 min en voiture	1 patient	P9
5 à 10 min en voiture	2 patients	P3, P8 (5-10km)
10 à 15 min en voiture	1 patient	P2
15 minutes en voiture	1 patient	P4

- **La disponibilité pour les RDV**
  « Et puis elle est pas là le mercredi aussi. » (P6) « Je l'appelais le matin j'avais un rendez-vous le soir. » (P11)

3. Le mode d'exercice

- **Qui travaille en coordination avec médecin spécialiste** « Il travaille avec le professeur. Il a les résultats en même temps et après il analyse et il me sécurise. […] Mon spécialiste envoie toujours à mon médecin traitant tous mes résultats. […] Et je suis surveillé par les 2. Et ils sont en accord » (P8)

- **Qui fait des visites à domicile :** « Déjà le MT1 ne se déplaçait pas. Déjà on lui faisait la remarque, on n'était pas gentils, qu'il fallait se déplacer. » (P3)

- **Cabinet de groupe** « Les maisons médicales ou les cabinets médicaux comme vous voulez, regroupent plusieurs médecins. Moi je fais attention maintenant parce que chez le dentiste aussi je vais là où il y a plusieurs dentistes. Parce que du coup euh ce médecin là il est pas là aujourd'hui mais vous pouvez être consulté par son… comment on dit… par le médecin d'à côté… » (P3)

4. Les caractéristiques du médecin lui-même

- **Pas de réelle préférence du sexe**

La question a été posée de manière fermée dans la plupart des cas. Aucune préférence ne se dégage des résultats. Les patientes femmes évoquent plus facilement un médecin femme mais sans être opposées à un médecin homme. « Ah non, je m'en fiche. Mais je suis quand même

plus à l'aise avec les filles. Mais sinon, non, il n'y a pas de soucis. » (P12) « Ah ben je préfère peut être plus une femme… [Réfléchi] Avant j'avais un homme quand même… et ça m'allait aussi. J'avais l'habitude de la voir c'était le médecin de famille donc ça allait. Mais mes filles sont plus gênées avec un homme donc je préfère une femme pour mes filles. » (P13)

- **Aucune opposition à consulter des médecins étrangers**

« En plus on a pas assez de médecins, ils arrivent de l'étranger donc ils ont pas la même culture pas le même diplôme […] Ils ont l'air très bien. Moi ce que j'en ai vu, j'ai jamais eu d'échos négatifs. Moi je serais prêt à en voir un tout de suite mais pour l'instant je préfère rester en confiance avec celui qui me suit parce que là je viens juste d'être stabilisé » (P8) « Et bien j'espère qu'il va y en avoir quand même, des médecins. Même si ça n'est pas un médecin français, même si c'est un médecin étranger, ça m'est égal. Du moment que c'est un bon médecin. » (P5)

- **Préférence de médecins « jeunes »**

« Elle était plus jeune et elle a vraiment pris le temps d'écouter vraiment » (P13) « Ah oui mais il ne va pas tarder à partir à la retraite. Il paraît qu'il est très très âgé. Ma fille y est allé il n'y a pas longtemps. […] Elle m'a dit qu'il était vraiment… vraiment au point de départ de la retraite. Donc c'est pas la peine de changer pour quelques mois. (P6)

5. <u>Ou tout simplement : avoir le choix du médecin traitant !</u>

« On aimerait bien avoir le choix quoi. C'est ça. » (P3) « C'est flagrant qu'il y'a un problème ! C'est flagrant, j'ai envie de dire, dès que je peux je m'en vais. Parce que… Non ! » (P6) « J'aurais bien voulu avoir un autre médecin moi. » (P10)

C. La recherche d'un acte de soin et les conséquences sur leur qualité

1. Les stratégies utilisées pour l'accès au soin

a. Stratégies pour l'accessibilité physique

- **Bon de transport** : « quand il fallait aller voir le cardiologue, je disais à mon médecin je vais prendre ma voiture. Il me disait non non, vous ne prenez pas la voiture, je vais demander un taxi. Comme je suis à 100 %, vous prenez le taxi et il vous emmènera là-bas, mais vous ne prenez pas votre voiture. » (P5)

- **Longs trajets en voiture :** « Donc je vais à Nantes. […] mais je ferai l'aller-retour tous les 6 mois je m'en fous. Je préfère être bien soigné et aller voir le médecin à Nantes qui me connait bien. » (P8) « Ben du coup *(parle du MT)* oui à côté de Fontenay le Comte donc c'est super casse pied et là du coup, la CPAM m'envoie des papiers pour que je déclare un médecin traitant sur Challans… mais… [rires – écarte les mains] » (P13)

- **Taxis** « Y'a qu'un taxi enfin je veux dire y'a pratiquement pas de moyen pour y aller quoi. Je vous dis je vais pas payer un taxi. » (P1) « Le pharmacien disait qu'il avait vu des gens prendre le taxi pour aller au Docteur. » (P9)

- **Transport via l'association La Croix Rouge :** « La Croix-Rouge, ici, nous amène chez un médecin mais pas hors de Challans. […] Je demanderai à la Croix-Rouge de m'emmener, je le paierai et puis c'est tout. » (P5)

- **Anticipation des RDV pour transport par des tiers : «** S'il n'y a pas d'urgence, ça va aller. […] Mais c'est pareil. Mais il faut que ce soit un rendez-vous, le… Par exemple que je prenne un rendez-vous aujourd'hui pour la semaine prochaine. […] Ben, j'ai ma belle-mère, qui avait pu,… parce que on avait pris un rendez-vous à un moment où elle était là. Donc, elle a pu nous amener. Donc, là, c'est vrai, que si on veut un RDV par exemple demain matin ou demain après-midi, il n'y aura personne pour nous amener. » (P11)

b. Stratégies pour l'accès à un médecin généraliste

- **Consultations ponctuelles dans des cabinets** pour 6 patients « Il m'a reçu, il m'a fait mon ordonnance et tout ça mais il m'a dit je peux pas vous prendre en suivi, c'est impossible. Voilà. » (P1) « Et après du coup quand mon fils est retombé malade, cette semaine, il a fallu que je reprenne rdv. Du coup MT1 ne pouvait pas donc j'ai été vers quelqu'un d'autre » (P13) « Je pense que je vais aller chez un médecin juste comme ça pour qu'il me fasse mon renouvellement mais c'est… C'est celui qui voudra bien me prendre en fait. » (P4)

- **Consultations auprès d'un médecin traitant par défaut**

- **En se rajoutant lors d'une consultation pour un tiers : «** Donc voilà en me rajoutant comme ça sans le dire. [rires] En disant juste est ce que je peux avoir quelque chose ; du coup j'ai fini sur la table » (P13)

c. Stratégies pour l'accès aux médecins spécialistes

En dehors du **suivi organisé dans le cadre d'une pathologie grave ou chronique** pour 4 patients (suivi de grossesse dans le cadre d'une tumeur cérébrale oncologue Nantes et Niort (P13), suivi pour cancer de l'endomètre en rémission suivi par gynéco (P3) cancer du sein oncologue à Nantes (P6) mélanome dermatologue à Nantes (P8)) :

- **Par accès direct : «** Alors après je suis allée voir en fait des spécialistes directement parce que vraiment… eehh… [rires gênés] je trouvais pas, je n'avais pas de médecin référent justement. […] J'avais besoin d'un phlébologue j'y ai été directement en donnant mon médecin référent de Paris [soupire. Rires] » (P1)

- **Par le biais de médecins généralistes : «** La remplaçante du Docteur où on a été à Village, elle a appelé la dermato directement pour pouvoir avoir un rendez-vous plus facilement. » (P11)

- **En substitution du médecin généraliste :** « Voilà. Après c'est ça, après il faut prendre un gynécologue. Changer de… Parce que jusque-là c'était mon médecin généraliste qui le faisait (*NB : le frottis*) mais après si j'en ai pas… je pense que ce sera ça après la

solution… aller voir un spécialiste… » (P4) « Pour le cancer du sein, ça va être à Nantes. Et l'hypertension, ça va être le cardiologue de Challans. (Rires) » (P6)

d. Consultations des autres professions médicales

- **Sage-femme** : « Et après, sinon, si, aller voir directement la sage-femme. » (P11) *(NB : en parlant du suivi gynéco)*

- **Conseils en pharmacie :** « Tout seul je vais à la pharmacie. A la pharmacie ils vont vous donner quoi ? un cachet… voilà, un cachet. Prenez ça prenez ci puisque vous avez mal là. » (P8)

e. Utilisation des structures et organisations publiques

- **PMI «** Après, j'ai été voir le centre médico-social pour…, par rapport à mes enfants… J'ai dit bon ben… parce que je sais que sur Nantes, ils font le suivi, pour les vaccins et tout. » (P11) « Oui c'est ce que je me suis dit ; si j'ai pas de médecin traitant au pire y'a la PMI. » (P13)

- **Médecin scolaire «** Même par rapport aux écoles. Parce que là, moi, c'est le collège, qui m'a dit pour la grande *(NB : qu'il y a un retard de vaccins).* Là, quand les petits vont avoir une visite médicale à l'école, c'est pareil, ils vont me dire il y a les vaccins. » *(NB :… en retard)* (P11)

- **Planning familial «** Pour la contraception, moi, je sais que je vais au planning familial. Je trouve que la dame est… Ils expliquent bien aux jeunes. Alors que les médecins savent moins bien s'y prendre. » (P12)

- **Les Urgences**

  8 patients évoquent les urgences en solution possible « s'il m'arrivait un truc j'appellerai je ne sais pas quoi,… les urgences ou l'hôpital. » (P1)

  Une seule patiente a expérimenté les urgences pour une consultation de conseil concernant de la médecine générale, pour pallier le manque de MT : « Mais je vois

j'ai été voir pour leur demander, par rapport à la gale. Comme quoi, comme elle avait eu un traitement et puis pas nous. » (P11)

Les 2 autres patients qui sont allés aux urgences déclarent qu'ils y seraient allés quand même, même en présence d'un médecin traitant (entorse de la cheville, et fracture du scaphoïde (P8 et 12))

g. Automédication

« Ben on attend. On se soigne comme ça. On va à la pharmacie. On prend des cachets on prend ceci. On essaye de… on se soigne quoi ! » (P2) « Encore moi, pour moi c'est pas trop grave, je vais à la pharmacie, je me soigne comme je peux, mais avec les enfants… on peut pas. Surtout en bas âge » (P13)

2. Les obstacles rencontrés concernant l'accès aux soins

a. Accessibilité physique

- **Pas de moyens de locomotion / Absence de transports en communs efficaces**
  5 patients n'ont pas de moyens de locomotion motorisés. (P 1,5,10,11,12). 2 parmi eux ont pourtant des médecins déclarés traitants en dehors de Challans (P 5 et 10)
  « Je sais qu'il y a un bus, il doit passer toutes les 3 heures dans Challans. Et les cars... Mais les cars c'est pareil, ils ne passent que toutes les 2 heures. C'est vraiment… C'est vraiment limité. » (P12)

- **Peu ou pas de visites à domicile** : « Si vous avez une grosse grippe ils se déplacent pas c'est à vous de vous déplacer. Alors imaginez vous si vous pouvez pas vous déplacer… […] C'est un gros problème ça. » (P2) « Vous voyez j'ai été bloqué du dos. Déjà le Dr MT ne se déplaçait pas. Déjà on lui faisait la remarque, on n'était pas gentils, qu'il fallait se déplacer. » (P3) « Ils ne se déplacent même pas ici. » (P5)

- **Pas de médecins en centre-ville / médecins tous regroupés** « Mais dans le centre ici, il n'y a personne. » (P1) « Mais après… après ce serait bien qu'il y en ait un au centre. » (P12) « Dans le centre, ou n'importe comment, ça manque énormément. […] Ils sont tous de l'autre côté de la plaine des sports. » (P9)

- **MT très éloigné en dehors de Challans :** « C'est plus ça qui m'embête : les visites tous les mois, les vaccins… et tout. J'ai pas envie de courir jusqu'à Fontenay tout le temps. » (P13)

b. Refus de prise en charge

- **Par les MG** « Ben j'ai appelé tout le monde et tout le monde m'a dit ben allez ailleurs. Et puis allez en campagne et puis en campagne ce sont des homéopathes qui veulent me voir… qui veulent me foutre au régime pour 3 séances par semaine à 50 euros ou d'autres choses comme ça. Des espèces de magouilles quoi… » (P8) « C'est pas normal qu'on dise aux gens ben appelez d'autres médecins parce que moi c'est pas sûr que je puisse vous prendre, au pire je vous prends mais bon… Du coup quand on y va on se dit qu'on le fait chier, qu'il avait pas le choix de nous prendre et que… » (P13)

  - Sans être ré-adressé vers un confrère « C'est flou ça pour nous […] Le transfert des patients,… enfin le médecin transfère des patients. [Silence] (Interviewer) C'est flou de savoir pourquoi ils adressent plus vers l'un ou vers l'autre ? Ben non pourquoi ils n'adressent pas. Pourquoi ils adressent pas en fait c'est ça le souci. Parce la dernière gynécologue, je sais pas comment elle s'appelait, pourquoi elle adresse pas vers le Dr *gynéco 2,* parce qu'en fin de compte c'est le hasard… » (P3)

- **Par les secrétaires médicales** : « On m'a dit « Ah non c'est impossible ! » [insiste sur les syllabes] « Si vous n'avez pas votre médecin référent ici on ne peut pas vous prendre même pour une ordonnance. » » (P1) « Et les secrétaires, alors là, de toute façon elles obéissent aux ordres qui leur sont donnés. Ils disent qu'ils ne peuvent pas, alors elles vont dire qu'ils ne peuvent pas. C'est tout. » (P10)

- **Par les spécialistes** : « Et encore, le dermato, il ne voulait pas le prendre tout de suite. Parce qu'il a dit je ne prends pas de nouveaux patients. Mais comme il avait un dossier là-bas pour les verrues. Donc, il a pu aller là-bas, parce que sinon… Il ne pouvait pas. » (P11)

- **Par la PMI :** « Après, j'ai été voir le centre médico-social pour…, par rapport à mes enfants… J'ai dit bon ben… parce que je sais que sur Nantes, ils font le suivi, pour les vaccins et tout. Mais ici, ils ne le font pas. Ils m'ont dit allez voir à la mairie. » (P11)

- **Urgences** « Mais je vois j'ai été voir pour leur demander par rapport à la gale. Comme quoi, comme elle avait eu un traitement et puis pas nous. « Vous pouvez pas ? »… Ils m'ont dit qu'on ne peut rien faire. Ça ne nous regarde pas. En gros c'est ça. Ils ont dit on a la salle d'attente qui est pleine. On ne peut pas… On ne peut rien faire. Ils m'ont dit il faut que vous alliez voir un médecin. » (P11) « Les urgences, déjà, tu te pointes avec un rhume ou un truc comme ça, ou de la fièvre, ils s'en foutent… » (P7)

c. Manque de médecins

- **Généralistes ou spécialistes** : « les médecins ça court pas les rues en ce moment. » (P11) « Mais c'est aussi pour les ophtalmos… qu'il en manque. Pour un rendez-vous, il faut plus de six mois. » (P10)

- **Avec des délais de RDV longs ou nécessitant une certaine anticipation** « Ben j'y suis allée un mois à l'avance. Elle m'a dit vous reviendrez dans 15 jours. Et puis j'y suis retournée dans 15 jours et elle m'a donné RDV avec vous 15 jours après. » (P3) « Et le médecin nous a dit, n'importe comment, si un jour vous avez une grippe, vous pourrez même attendre 15 jours, je ne pourrai pas vous prendre. Voilà. » (P10)

d. Obstacles financiers

- **Moindre remboursement des consultations : «** D'ailleurs, je n'ai même pas été remboursé parce que il n'avait pas mis la croix dans médecin remplaçant. » (P10)

- **Transports payants** : « D'un autre côté je me dis s'il faut que je paye un taxi pour aller à l'extérieur de Challans c'est pas intéressant alors bon… parce que bon … je vais le payer je sais pas… 40 euros de taxis [rires] donc c'est pas… » (P1)

3. Les conséquences sur le soin et le parcours de la recherche de soin

a. Défaut de transmission des informations médicales

- **Difficultés à récupérer le dossier médical :** « (Interviewer) Et vous avez récupéré votre dossier médical ? Non, parce que moi je suis passé,… je ne savais pas qu'il était parti en retraite. Je ne l'ai vu que quand c'était fermé. […] Parce qu'il n'y avait plus la pancarte du Docteur. Tout était fermé. Donc je me suis dit : il est parti. Pour avoir le dossier maintenant… je ne sais pas… ça va être plus dur. » (P11)

  Au final**, 4 patients n'ont pas récupéré leur dossier médical** (P1, 7, 11, 12), 6 l'ont récupéré (P3, 4, 5, 6, 9,10,) 1 donnée manquante (P13) et 2 patients sont non concernés (2 et 8)

- **Difficultés à devoir réexpliquer les ATCD à chaque consultation :** « Après si c'est pas un médecin traitant c'est pas grave… mais la dernière fois il a fallu que je ressorte le carnet de santé et tout ça alors que MT l'avait déjà vu une fois et quand j'ai vu votre amie *(NB : interne),* il a fallu que je ressorte tous les papiers, que je refasse tout mon baratin… » (P13)

- **Absence de création de nouveau dossier médical**

  « Et ils ne font pas de dossier donc voilà donc c'est quand même pas très pratique parce qu'il n'y a pas de suivi du tout quoi. Là je me dis si j'ai un Alzheimer… non mais c'est vrai si je commence à perdre la boule, y'a pas de dossier. Je veux dire on sait pas ce que j'ai eu avant on sait pas à quoi je suis allergique… je sais pas mais… je n'ai PLUS de dossier. » (P1)

b. Pour les pathologies aiguës

En règle générale, les patients arrivent à être reçus pour des consultations ponctuelles en dehors du contrat médecin traitant. « C'est vrai qu'on est pas mal pris en charge, c'est pas ça le problème. » (P1) Mais ceci entraine :

- **Un nomadisme médical.** (Annexe 2 : P1, 6, 9, 11) avec parfois **accès direct au spécialiste** pour avis (Annexe 2 P1 consultation angiologue)

- **Une difficulté dans le suivi médical**

  « […] Parce que là si j'ai une urgence, enfin une moyenne urgence, si j'ai une crise de quelque chose, je vais quand même tomber sur quelqu'un qui me connait pas du tout. Et ça c'est pas très agréable quoi. Parce que quelqu'un qui me connait qui va voir mon dossier et va quand même dire : ben oui c'est vrai que vous aviez fait ça l'année dernière donc c'est logique. Vous voyez ? Alors que moi je vais pas forcément y penser. Je vous dis que… moi je dis à chaque fois que j'ai vu un médecin ici, la prise en charge était bien sauf que si on regarde cette histoire-là, c'est pas bon. Parce qu'un nouveau médecin va pas forcément faire le rapprochement avec autre chose. Moi j'aurais pas l'idée de le dire et du coup je vais être mal soignée. » (P1)

- **Une absence de suivi des examens complémentaires** (Annexe 2 : radiographie du genou de la patiente 1, compte rendu de coloscopie du mari de la patiente 2)

- **Un retard aux consultations lié à la difficulté d'être vu en consultation «** D'ailleurs, je ne vais pas beaucoup chez le médecin à cause de tout ça. Ça m'a tellement agacé… et bref parce que j'ai la chance de ne pas être malade. Je touche du bois… donc, je n'ai pas consulté beaucoup.» (P10) « Beh pour Sacha au début je voulais pas *(consulter un médecin*) parce que on m'avait dit que c'était dur de trouver un médecin sur Challans. » (P13) ; ou à la **difficulté pour trouver un moyen de transport**. (cf obstacles pour l'accès au soin)

- **Automédication** « C'est là qu'elle m'a dit que de toute façon, les produits pour la gale, on pouvait les prendre en pharmacie. Comme c'était pas remboursé on pouvait les prendre en pharmacie. Mais sauf le comprimé. Mais j'ai quand même pu soigner les 2 filles. » (P11)
  Chez des patients aux pathologies chroniques parfois lourdes : « Encore moi, pour moi c'est pas trop grave, je vais à la pharmacie, je me soigne comme je peux, mais avec les enfants… on peut pas. Surtout en bas âge » (P13 atteinte d'une tumeur cérébrale en cours de traitement)

  Parfois en lien avec le manque de confiance envers le médecin traitant « par défaut » : prise d'antibiotiques en automédication (Annexe 2 : P7)

- **Soins partiels** : exemple de la gale avec traitement prescrit uniquement pour une seule personne de la famille. « il a dit c'est la gale. Donc d'accord. Donc j'ai dit vous ne donnez pas un traitement pour tout le monde ? Non, juste un traitement pour elle. Donc,… en fait, elle voulait voir tout le monde. Donc, voilà… (Soupire – rires gênés). « (P11)

c. Pour les pathologies chroniques

Les patients recrutés présentant des pathologies chroniques ont toujours pu accéder aux soins nécessaires pour **ne pas avoir de rupture de traitements**.

Cependant on constate dans le suivi :

- **Des renouvellements des ordonnances par mail / fax** pour un patient atteint de mélanome (Annexe 2 : P8) « […] C'est ennuyant pour les patients comme moi qui sont pas des gens… euh… pénibles. Qui ont besoin de soins mais moi je me fais renouveler par fax, par mail mes ordonnances. […] Mon médecin de Nantes il fait tout par mail. » (P8).

- **Absence de coordination Ville / Hôpital :** Patiente 13 dont les comptes rendus pour sa tumeur cérébrale sont transmis à un médecin qui ne la suit plus. (Annexe 2 P13)

- **Un nomadisme médical parfois imposé pouvant entrainer une perte d'information** (Annexe 2 : P1, 6, 9) « Je sais qu'il n'y a pas de suivi. C'est ça qui est embêtant parce que je me dis bon ben là ils me disent quelque chose mais après c'est fini quoi, je veux dire la prochaine fois voilà quoi… il va pas me dire ah ben oui, là ça s'est arrangé ou... Non je vais repartir à zéro donc c'est ça qui me plait pas quoi. » (P1)

- **Des objectifs ou conseils difficiles à tenir :** « En plus ça dépend aussi du médecin. Y'a un médecin qui va insister sur un truc, un autre qui va insister sur un autre donc… J'en sais rien moi… En plus je peux aussi comme ça mal me soigner parce que justement je vais dire… prrr… je m'en fous le prochain il insistera pas la dessus. Non mais c'est vrai hein. Et puis un suivi on sait qu'on va revoir le même médecin donc on se dit bon faut le faire quoi. Quelque part c'est vrai que ça compte… alors que là on se dit… bon pfff… ça

fait rien… ce sera un nouveau que je ne reverrai pas. Donc on se soigne quand même pas très bien quoi. » (P1)

- **Transfert des compétences des généralistes vers les spécialistes avec le suivi de maladies pouvant être suivi par un MG**: exemple du psoriasis (Annexe 2 : P11) **et patient consultant un spécialiste d'une autre spécialité que le problème initial** (Annexe 2 P3 : demande au nutritionniste prise de tension et examen général)

- **Défaut d'observance** : Patients ayant un médecin traitant « par défaut » en lequel ils n'ont pas confiance (P6 et 7) : « Elle m'a donné plusieurs fois la preuve que… ou elle est à côté de la plaque ou elle est débordée ou je sais pas… *(Coupée) Ah même moi, je lui ai posé une question...* (Coupé) …Il y a un *problème ... Je lui ai posée une question pour le truc pour ma cheville. Il n'y aurait pas un truc genre anti-inflammatoire et tout ? Normalement c'est du biprofenid. Elle m'a donné un tube pour l'arthrose coriace là. J'ai regardé les trucs! Arggggg !* Moi, quand j'ai vu ça, j'ai dit à mon mari « Attends avant de prendre… »

- **Des pathologies mises en attente** : pas de consultation pour le prolapsus périnéal. (Annexe 2 P10) ; **avec parfois risque d'évolution potentiellement graves** : (Annexe 2 frère du P2, cancer du pancréas) « Bon après quand c'est que pour le suivi du cancer c'est pas trop grave après c'est juste pour mes enfants c'est plus ça qui m'embête. Surtout après avec le bébé qui va arriver... « (P13)

d. Pour la prévention

Une majorité de patients (9 patients) pensent que la difficulté d'accès à un médecin traitant entraine un défaut de prévention. (« Ah oui, ça a changé quelque chose, parce que je n'ai plus rien qui me surveille maintenant ni plus personne » P5) **et peut potentiellement retarder certains actes de prévention**. « Par exemple un frottis, c'est sûr que j'aurais peut-être plus tendance à le faire six mois après que la date où il faut » (P4)

Ils se sentent seuls responsables de la prévention de leur santé. « Si je veux me faire un frottis, il faudrait que j'aille voir un gynécologue » P11)

Pour les vaccins, les patients vérifient par eux même. « Les vaccins, et tout ça, je suis moi, parce que bon ! » (P6) **2 familles ont un retard vaccinal pour les enfants : un a été dépisté par la médecine scolaire** « C'est le collège qui m'a dit pour la grande. Là, quand les petits vont avoir une visite médicale à l'école, c'est pareil, ils vont me dire il y a les vaccins » P11 (Annexe 2 P11). La seconde famille est confrontée à la **problématique de trouver un médecin acceptant leur administration**. « Ils sont en retard pour les vaccins » (P13) « Ben c'est compliqué après quand on appelle un médecin et qu'on dit ben voilà c'est pour les vaccins. Ben vu qu'il a déjà plein de demandes, c'est pas une priorité. Quand c'est ton médecin traitant il va dire « ben oui c'est vrai je vous les ai prescrits la dernière fois, donc oui faut que je les fasse alors que là ils vont dire… C'est ça aussi le souci. Enfin y'avait pas forcément de soucis mais c'est de s'entendre dire : « mais c'est qui qui vous les a prescrits ? » Ben oui c'est pas vous « Ben il faut rappeler celui qui vous les a prescrits » C'est ça en fait ce qui m'embête le plus. » (P13) **Une partie de la prévention, pour les enfants est reporté sur la PMI.** « Après je sais qu'il y a la PMI » (P11)

La contraception peut être suivie par le planning familial. « Pour la contraception, moi je sais que je vais au planning familial » (P12)

D. Les opinions des patients sur cette situation

1. Les raisons évoquées sur le refus des MG de prendre en charge de nouveaux patients

1. Surcharge de travail

C'est la raison la plus souvent évoquée pour 8 patients sur 13. « Ils sont surchargés, avec toutes les naissances » (6) « Il n'y a pas assez de médecins pour presque 20 000 personnes. C'est tout. » (10)

Surcharge parfois liée à des consultations non justifiées… « Je pense parce qu'il y a trop de monde ou que les gens ils y vont des fois pour rien ou… des fois je suis allée chez le médecin juste pour faire prolonger un arrêt. Donc ça prend un RDV pour une feuille quoi. » (P13) « Alors qu'il y a des gens qui pourraient se passer de leurs visites et ne pas prendre de tonnes de … pour que les autres puissent avoir rendez-vous à leur place. » (P8)

… Ou liée aux personnes âgées.... « Mais, les vieux c'est ça le problème mais bon ! Il ne faut pas se leurrer. » (P6) « Non, mais c'est vrai, il y a des vieux qui y vont pour un rien. Il y a ça aussi. Un pet de travers et ça y est ! (Rires). …**parfois d'ailleurs surmédicalisés** : « Je ne veux pas être méchant, mais bon… [Réfléchis] … quand je vois mon père. Ah la la, le toubib, les stocks de médicaments et tout, qui servaient à que dalle. À mettre à la poubelle. » (P6)

…Ou liée aux « étrangers » « Plus ça va plus Challans se peuple et pire ça va, moins il y a de médecins. Et voilà. *Et il y a eu pas mal d'arrivées là aussi… ça fera 2 ans ou 3 ans là. Les étrangers ils sont arrivés par centaines. » (P2 et sa compagne)*

2. Raisons financières

« Et vous savez, les médecins, à la campagne, ils sont plus gentils qu'ici. Ici, il n'y a que l'argent qui compte. C'est ça surtout je crois.» (P5) « Ben ils gagnent beaucoup d'argent, ils sont pas à plaindre, ils peuvent bien en prendre 2 de plus ça se verra pas. Est-ce que le gâteau qu'il y a à se partager ils peuvent se le partager ? » (P3)

3. Mauvaise volonté des médecins

« J'ai trouvé qu'il y avait quand même une espèce de mauvaise volonté quoi. » (P1) « Je ne sais pas, parce qu'ils en ont trop ou alors ils ne veulent pas travailler. Autrefois, les médecins ça travaillait plus. (P5)

4. Travail limité et contrôlé

- **Les médecins seraient limités par un « quota » de patients…**
  Evoqué spontanément par 5 patients.
  « Leur excuse c'était de dire […] qu'ils avaient leur quota quoi. Moi j'ai du mal à le croire puisque... quand je vois quand même la quantité de médecins qu'il y a et la population, je suis étonnée que tout le monde ait atteint ses quotas. » (P1) « Donc après pour eux c'est pas trop rentable de prendre plein de patients si ce n'est que des cas comme moi : qui vient vraiment chez le médecin que de temps en temps. C'est sûr qu'après ils ont plus de place. » (P12)

- **… ainsi que pour leur temps de travail**
  « Ils peuvent pas travailler trop d'heures. Ils sont pas libres de leurs heures. Après ils sont inspectés s'ils font trop d'heures. » (P8)

5. Activités professionnelles en dehors du cabinet

« Parce que peut-être qu'ils travaillent en même temps pour d'autre cabinets, pour un hôpital… » (P1)

6. Mauvaise répartition des patients

- **Absence de turn over de patients**
  « Et puis et j'ai l'impression que ceux qui ne sont plus de ce monde ne sont pas remplacés. » (P7) « Que s'il y a une place qui se libère, ça va faire un peu plus de temps de libre. Un peu plus de temps pour s'occuper des autres patients. » (P6)

- **Secteur géographique dont sont issus les patients trop large**
  « Alors bon cela dit ils soignent peut être tous les gens du coin, de la région. Alors justement c'est ça qui est agaçant. C'est de penser qu'il y a des gens de Soullans vous voyez qui se font suivre à Challans et moi du coup je suis obligée d'aller à Soullans. Y'a quelque chose qui va pas là. » (P1)

2. Les propositions de solutions

a. Pour le contrat médecin traitant

- **Contrat médecin traitant imposé aux médecins**
  « Alors ça peut être… la CPAM pourrait faire un peu de ménage la dedans. » (P1) « Ben obliger les médecins à prendre » (P13)

- **Sectorisation géographique du médecin traitant** « Ben que en priorité on se fasse soigner dans sa commune quoi. » (P1)

- **Création de listes d'attentes** « Moi je me dis que y'a quand même pas mal de personnes âgées… [rires]… des décès donc il va y avoir des places. (…) j'avais proposé ça à la

CPAM : est-ce que je peux me mettre sur une liste d'attente ? Ils m'ont dit « ah ben non c'est pas possible. » Alors je me dis : je vais jamais trouver. Moi je trouve qu'ils devraient faire une liste d'attente. Quand les gens arrivent, on a pas de médecin référent, on se met sur une liste et dès qu'il y a une place qui se libère… » (P1)

- **Prioriser certains patients (les enfants / les personnes âgées)** « faire passer les familles avec des enfants en bas âge en priorité. » (P13) « Surtout les personnes âgées. Les jeunes, bon,… c'est les personnes âgées qui en ont le plus besoin maintenant. » (P5)

b. <u>Mesures incitatives pour l'installation</u>

- **Mesures financières** « ils incitaient les médecins en leur proposant des dégrèvements d'impôts les premières années, des choses comme ça. » (P1) « donner des subventions aux jeunes médecins » (P2) « Oui, parce que je pense que les moyens matériels, je pense que la mairie pourrait faire le paquet. » (P9)

- **Création de cabinets médicaux…** « créer un autre cabinet [rires]… à la place des lotissements, créer des cabinets médicaux. » (P13)
  … dans le centre-ville de Challans (pour 3 patients P 5, 9 et 12) « Après ce serait bien qu'il y en ait un au centre […] Ils ne mettent pas à la place de ceux qui sont à pied.» (P12) « Dans le centre, ou n'importe comment, ça manque énormément. […] Ils sont tous de l'autre côté de la plaine des sports. » (P9)
  Création d'un centre de soin de premier recours, « un centre, où même si ça n'est pas un médecin traitant, mais voir un médecin qui est là. Même si c'est pas toujours le même c'est pas grave,… mais au moins qu'il soit là si jamais j'ai un souci ou quoi que ce soit. » (P11)

- **Action envers les étudiants en médecine : promotion des villes « déficitaires » à la faculté** « Je pense que c'est en allant dans les écoles. Essayer de trouver déjà les personnes qui veulent être médecin généraliste. Leur promouvoir la ville ou les villes qui n'ont pas de médecins ou qui ont besoin de médecins, vraiment » (P4)

c. Mesures restrictives pour l'installation

- **Supprimer la liberté d'installation**
  « Qu'ils prennent une personne qu'ils envoient à droite et à gauche, qu'ils prennent une personne et qu'ils la posent à un endroit. Point barre. Qu'il s'installe. L'Etat ils ont qu'à payer pour ça. » (conjointe du P2)

d. Mesures palliatives

- **Structure médicale spécifique pour les enfants** « C'est vrai, au moins qu'il y ait un centre pour les enfants, pour les vaccins. » (P11)
  ou extension des compétences des structures existantes « Ou déjà, au centre médico-social, qu'ils fassent un peu plus longtemps pour les vaccins. Jusqu'à six ans… Au moins pour les vaccins ! » (P11)
  ou des généralistes qui se consacrent pour les enfants « Ben peut être des médecins spécialisés pour les enfants en bas âge, du coup qui ne prendraient pas les personnes âgées ou les personnes au-dessus d'un certain âge. (…) Ou des généralistes vraiment pour les enfants en fait. » (P13)

- **Formation des étudiants en vue de pallier le manque de médecins** « Ou prendre des stagiaires. S'ils sont débordés ils ont qu'à prendre plus de stagiaires. » « Ou former des jeunes pour faire les après-midi ou se déplacer pour aller voir les anciens » (P2)

3. Chacun justifie la priorité de son besoin de médecin traitant

Les mères de famille pour les enfants, les personnes âgées pour elles-mêmes, (cf références III. D. 2. a.) les jeunes retraités parce qu'ils ne consultent pas beaucoup et donc ils ne prendraient pas de temps « Moi je sais que là… moi le toubib, je n'y allais pas souvent. Ah non, si j'y allais une fois par an… » (P7)

E. Les émotions

1. Concernant l'absence de médecin traitant

a. Sentiment d'insécurité/inquiétude (8 patients)

- **Anticipation d'un problème aigu**

  « Parce que c'est vrai que si on n'a pas de médecin qu'on peut appeler à n'importe quel moment de la journée pour avoir… » (P11) « J'ai peur de cet hiver parce que je me dis quand y'en a un qui est malade […] ils se les passent *(NB : les maladies)* donc si j'ai pas de médecin ça va être compliqué. » (P13)

- **Pour le suivi**

  « Parce qu'un médecin traitant bon, par exemple il va avoir tout votre dossier quand même sur… par exemple l'évolution des examens sanguins, … des radios tout ça donc il va peut-être dire… ah oui, ça oui c'est inquiétant ou pas. Alors que là non, parce que je vais voir quelqu'un de nouveau alors… [souffle] qui sait pas si avant… donc c'est pas rassurant quoi. » (P1)

- **Pour la prévention**

  « Donc quand vous vous retrouvez comme ça sans personne… ben vous êtes pas bien. Vous êtes pas bien. […] Du moment que le médecin c'est peut-être un peu bête [rires] prend ma tension et me dit que tout va bien… » (P3) « On me dit toujours hein, moi mes 2 parents sont décédés de cancer à chaque fois c'est pareil, si ça avait été pris plus tôt on aurait pu le guérir… alors après… vous savez bien…. » (P3)

- **Lié à un médecin traitant non choisi**

  « Ça m'a déçu la dernière fois. En attendant… […] Je le vis très mal parce que je ne peux pas avoir confiance en lui. Parce que j'avais confiance en mon médecin, et là, je n'ai pas confiance. Alors je le vis mal. Je le vis très mal. Il faut que je trouve quelqu'un.» (P5) « Vous êtes pas en confiance quand vous voyez ça. J'ai pas confiance ! Je ne suis pas… Je suis pas à l'aise. » (P6)

- **L'entourage est également source d'inquiétude pour l'accès aux soins et est évoqué spontanément** pour 8 patients**.** « j'ai un problème indirect parce que là je vais faire venir ma mère ici qui a 88 ans. A Challans j'entends. Elle va arriver dans 2 mois à Challans et là ça va poser un problème beaucoup plus compliqué parce qu'elle, elle a besoin de beaucoup plus de soins et sans médecin traitant... (P1) L'entourage est parfois cité **comme exemple de difficulté à trouver un médecin traitant** « c'est une amie qui habite au-dessus ; elle est arrivée un an avant moi et elle au bout d'un an elle a trouvée quand même. Elle a BEAUCOUP insisté quand même et elle est BEAUCOUP malade donc… « (P1).

b. Sentiment d'incompréhension

- **Vis-à-vis de la société :** « Au moins voir que les patients ils sont mécontents. Parce que j'en suis sûr qu'il doit y'en avoir pas mal. […] Parce que c'est bien les chiffres, sur papier ! Après, la réalité, c'est autre chose. (P11) « Il nous a retéléphoné (*NB : le conciliateur de la CPAM)* il y a pas longtemps pour savoir si on avait un médecin. Ben on avait un médecin, oui ! À Village 1. C'était pour savoir au niveau de nos remboursements quoi. Mais bon c'est pas ce qu'on… enfin c'était pas ça… » (P9) « On en a eu un *(conciliateur, au téléphone).* Ben comme on avait un médecin traitant, ben « continuez comme ça madame » […] c'était pas… Enfin comment dire c'était pas dramatique. Donc, bon, tant que c'était comme ça c'était comme ça. C'est ça que ça voulait dit dire. » (P10)

- **Vis-à-vis de leur famille** : « Si, ma fille, mais elle me dit oui tu te fais du souci, trop de soucis. Je lui dis tu ne te rends pas compte que je suis seule et que dans ma tête ça ne va pas toujours. Avec l'âge, on ne prend pas les choses comme les jeunes… » (5)

c. Sentiment d'injustice

- **Vis-à-vis de la société :** « C'est quand même fou la CPAM a décidé qu'il fallait avoir un médecin référent et puis par ailleurs on s'aperçoit qu'on ne peut pas. […] La CPAM elle-même me dit qu'elle peut rien faire pour moi ce qui est quand même une histoire de fous quoi. Donc c'est ça qui me plait pas » (P1) C'est comme si on disait aux gens : voilà nous on a la sécu, la mutuelle ; y'a des pays qui l'ont pas mais voilà. Mais moi j'ai travaillé toute ma vie, trente ans, pour pouvoir avoir des droits justement. Maintenant j'en ai

besoin. […] Ce que je trouve triste c'est qu'on n'arrive pas à la même égalité pour tout le monde. (P8)

- **Vis-à-vis des cabinets médicaux :** « C'est pas normal qu'on dise aux gens ben appelez d'autres médecins parce que moi c'est pas sûr que je puisse vous prendre, au pire je vous prend mais bon… » (P13)

d. Emotions désagréables parfois extrêmes

- **Agacement**

  « Oui ça c'est un peu agaçant quoi… ça m'a beaucoup agacé. » (P1) **avec sensation de devoir se répéter** « Ce que je n'aimerais pas trop avoir à refaire c'est de toujours devoir redire la même chose. […] Par exemple par rapport à mon cancer c'est bien de réexpliquer mais euh… [Soupire] mais ça fait rengaine quoi entre guillemets. » (P3)

- **« Obsession » / « Drame »**

  « Parce que lui c'était devenu obsessionnel, il est déjà en dépression chronique. Donc, il a fallu trouver parce que à un moment donné c'était devenu dramatique pour lui de pas trouver. Hein ? (en s'adressant à son mari) » (P10 à propos de P9)

- **Désespoir**

  « C'est les personnes âgées qui en ont le plus besoin maintenant. Alors je lui ai dit à la personne quand je suis allée voir le médecin qui est juste là. Je lui ai dit : alors à ce moment, qu'on me fasse une piqûre… elle me dit on n'a pas le droit. Bon ben écoutez, je préférerais mieux quelquefois. Au moins, je ne penserais plus à rien. On veut que les gens vivent plus vieux mais il y a personne pour les soigner. » (P5)

- **Regret de déménagement à Challans en lien avec les médecins**

  « Je regrette d'être venue ici. Oh mon Dieu comme je regrette. Ça, je le regrette. » (P5)
  « On n'a pas cherché à savoir ça avant d'emménager. (Interviewer) Ça aurait changé quelque chose ? Ah oui ! Ah, ben, on ne serait pas venus habiter là. Je ne pense pas. (P6)

e. L'abandon / La résignation

« […] J'ai abandonné un peu. » (P1) « Je me suis résignée » (P6) « […] Et puis j'ai abandonné » (P8)

f. Indifférence / relativisation

Pour 4 patients (P 3, 10, 12, 13) « Je vous dis c'est pas catastrophique. C'est pas un énorme problème… » (P13) « Ben depuis 1 mois et demi ÇA VA » (13) « à travers ça, je vois quand même qu'il y a des gens qui s'y intéressent. Donc on est pas quand même abandonnés » (P3) « Oui c'est stressant. Voilà. C'est tout. M'enfin j'en fais pas… j'en fais pas un drame non plus. » (P10)

g. Culpabilité

Sentiment d'être hors la loi « je me sens un peu hors la loi… bizarrement… […] C'est quand même fou la CPAM a décidé qu'il fallait avoir un médecin référent et puis par ailleurs on s'aperçoit qu'on ne peut pas. » (P1)

Sentiment de déranger : « […] La grosse chieuse qui trouve pas de médecin et qui en plus passe trois fois au cabinet. […] Du coup quand on y va on se dit qu'on le fait chier, qu'il avait pas le choix de nous prendre et que… » (P13)

h. Déshumanisation

« Et puis déjà il y a plus de convivialité c'est mieux. Là c'est à la chaine, à la queue leuleu. T'a fini et hop basta. [Rires] Ben non mais c'est ça… » « Comme à l'abattoir. » (P2 et *sa compagne*)

« On ferme les ouvertures à l'humain. On est dans la rentabilité, au quota. Commes les vaches comme les élevage de poules » (P8) « Moi j'ai entendu à la radio, que ben à la limite s'il n'y avait pas de médecin on n'avait qu'à aller voir un vétérinaire » (P9)

i. Espoir dans les politiques locaux

« Parce que le maire, quand il a fait sa pub pour les élections, il avait mis dessus, il y aura des médecins en centre-ville. Mais ça va pas se faire du jour au lendemain je le sais bien. » (P5)

2. Concernant le refus de prise en charge des médecins

a. Peur du refus

Des médecins généralistes : « (Interviewer) Et là, du coup, après, vous avez demandé à MT1 de vous prendre en médecin traitant ? Ben, j'ai pas osé parce que sur le coup elle m'a dit : c'est moi mais je ne pourrai pas tout le temps. » (P13)

… et des Urgences « Mais sinon j'aurais été vers les urgences *[NB : pédiatriques]* mais ils aiment pas ça quand on y va parce que l'enfant est malade. » (P13)

b. Agacement / énervement / colère

« Je me suis un petit peu énervée. Fallait pas. Mais je me suis un peu énervée. Je suis partie. Il a dit je vous prescris… j'ai dit « j'ai besoin de rien » et j'ai réglé et je suis partie. Et puis j'ai laissé courir parce que ça m'agaçait. […] Je me suis dit : maintenant je reste calme, ça sert à rien. […] Ça m'agace ! Je sais que je m'énerverais facilement. Alors, je ne le dis plus, j'ai dit que c'était terminé mais ça m'énerve (rires) ! Voilà.» (P10)

c. Délaissement

Enfin du coup, comme j'étais pas chez eux, je leur explique que je viens juste d'emménager mais bon… eux… ils s'en foutent. « Appelez quelqu'un d'autre » (P13)

d. Injustice

« Aberrant quoi. En 2014 c'est aberrant quoi. Le droit aux soins c'est le droit minimal social démocratique et là on y est pas du tout. Moi ça me… Moi je suis atterré quoi. Je trouve ça triste. » (P8)

e. Sensation d'opposition avec les médecins

« Justement moi je vais peut-être contre-attaquer à ce moment-là » (P1)

IV. Discussion

A. De la méthode

1. Choix du lieu

Le choix du lieu de recrutement s'est porté sur la ville de Challans. Cette ville concentrait le nombre de plaintes de patients le plus important en Vendée, auprès des institutions (Annexe 3). Elle apparaissait donc comme le lieu où il serait plus aisé de recruter.

Une patiente vivant dans une commune limitrophe a été inclue involontairement. Elle avait déclaré lors du recrutement habiter Challans. Comme elle vivait géographiquement plus proche du centre-ville de Challans que de la commune à laquelle elle est rattachée, elle n'a pas été exclue de l'étude.

2. Le type de l'étude

Il n'y avait aucun objectif de représentativité de la population (29). L'objectif était de comprendre si la difficulté d'accès à un médecin traitant pouvait avoir des conséquences sur la qualité des soins, selon les patients.

Ce type d'étude ne permet pas de chiffrer et donc de connaître l'importance quantitative de la difficulté d'accès à un médecin traitant. Nous n'avons pas d'ailleurs retrouvé aucune étude sur ce sujet.

3. Le recrutement de l'échantillon

Le recrutement des patients a été long et a nécessité plusieurs canaux de recrutements. Ces patients qui sont en dehors du système de soins sont plus difficiles à repérer et sont également minoritaires. Il s'agit donc très probablement d'un phénomène marginal. Ceci est également l'opinion de l'UFC Que Choisir dans son enquête sur les déserts médicaux (14), qui estime que les personnes devant faire beaucoup de kilomètres pour trouver un médecin traitant restent une exception.

Les entretiens ont été stoppés dès que l'interviewer a eu la sensation d'être arrivé à saturation des données. L'idéal aurait été de confirmer cette sensation en réalisant un à 2 entretiens supplémentaires mais le recrutement s'est avéré de plus en plus difficile et ceci n'a donc pas

pu être réalisé. De nombreux appels de patients sont restés sans réponse. Ces patients ont peut-être trouvé entre temps un médecin traitant. L'absence d'aboutissement des recrutements via l'ARS, le secrétariat de la mairie de Challans, et les pharmacies a été un facteur limitant.

Les biais sont en lien avec la vulnérabilité de ces patients qui ont pu accepter l'entretien dans l'espoir de trouver un MT étant informés au préalable que l'interviewer était un médecin généraliste en fin de formation. Ceci a pu être accentué par le fait que pour 3 d'entre eux, la proposition de participation à l'étude a été faite à la fin de consultations ponctuelles dans les cabinets.

Le même problème peut être évoqué pour les patients recrutés suite au courrier du conseil de l'Ordre. Les patients désirant un MT souhaitaient avant tout rester en bon terme avec cette institution. Cependant il n'y avait pas de risque de mesure coercitive et les patients restaient libres de contacter ou non l'interviewer (29).

La multiplication des types de canaux de recrutement ont permis d'atténuer un peu ces biais.

L'objectif initial était de trouver des patients n'ayant pas de médecin traitant, mais au cours de l'entretien (parfois dès le premier contact téléphonique), il se révélait que certains patients avaient un MT déclaré dans les communes limitrophes de Challans. Il a été décidé d'inclure ces entretiens car ces patients se déclaraient comme n'ayant pas réellement de MT avec une sensation de non suivi / non confiance pouvant influencer les soins, et restaient en recherche active d'un autre MT. Un autre patient a trouvé un médecin traitant entre le recrutement et l'entretien. Il a été également inclus. C'est donc au cours de l'étude que l'intitulé initial orienté comme « patients n'ayant pas de MT » s'est modifié en « patients ayant des difficultés à trouver un MT ».

4. Le recueil des entretiens

Les entretiens ont été réalisés dans des lieux laissés au choix des patients pour augmenter la disponibilité et favoriser la liberté du discours. L'environnement, parfois bruyant dans les lieux publics, ou encore diverses sources de distractions à domicile (enfants, animaux domestiques) ont pu être des freins pour la fluidité du discours ou la compréhension entre l'interviewer et le patient.

La technique de l'entretien semi-directif est une méthode complexe. L'interviewer n'a pas eu de formation spécifique à ce sujet mais a lu deux ouvrages (L'enquête et ses méthodes. L'entretien. De Alain Blanchet (29) et L'initiation à la Recherche de Paul Frappé (30)) traitants de la manière de conduire au mieux ce type d'entretien. L'interviewer a donc limité au maximum ses interventions et les relances, en tentant de rester neutre. Cependant chaque intervention a pu entrainer des modifications des opinions des patients (29). De plus, l'interviewer s'étant présenté comme futur médecin généraliste, certains patients, à leur tour, lui posaient des questions sur les raisons de leur situation, du point de vu des médecins. Ils ont pu, par ailleurs se sentir moins libres d'exprimer leur point de vue sur le rôle des médecins dans leur problématique.

5. L'élaboration du guide d'entretien

Deux items ont été rajoutés au guide d'entretien après la rencontre avec le premier patient, suite à l'évocation spontanée de certains sujets, qui paraissaient importants aux yeux de l'interviewer. Il s'agissait de la récupération du dossier médical et du remboursement des soins.

L'indication du type de couverture santé manque. Aucune donnée n'est disponible sur la CMU ou sur les complémentaires santés chez ces patients. Ceci aurait été utile car la protection sociale influence grandement les difficultés du parcours de soin.

Des questions ont parfois pu être difficiles à répondre pour certains patients, telles que leurs propositions de solutions ou les critères de choix d'un médecin traitant. Beaucoup semblaient désarçonnés par ces questions, qui nécessitent une réflexion préalable.

6. L'analyse des données

L'analyse des données a été réalisée après retranscription, soit environ de 3 à 6 mois après les entretiens, ce qui a pu entrainer un biais de mémorisation de la part de l'enquêteur.

On peut penser que les patients acceptant de répondre à l'enquête et de donner de leur temps, sont ceux souffrant le plus de la situation et donc que les conséquences sur les soins ont pu être majorées. Ceci est surement vrai pour la sensation d'insécurité et l'angoisse.

B. Des résultats

Concernant les caractéristiques des patients inclus on observe une bonne variabilité en termes de sexe et d'âge (18 à 88 ans). Sur le plan des catégories socio-professionnelles on observe une proportion importante de retraités (6 patients) mais une bonne diversité des professions sur le reste de l'échantillon. Le nombre important de retraités est à mettre en lien avec la forte proportion de patients venant d'emménager sur la commune (9 patients), qui doivent trouver un nouveau médecin traitant. Ces nouveaux arrivants sont pour la plupart de jeunes retraités.

Finalement, on se rend compte que la moitié des patients interrogés ont un médecin traitant désigné, mais parfois un peu fictif car seulement administratif, très éloigné de leur domicile, ou encore ne les satisfaisant pas. Pour ces patients il y a probablement moins de conséquences sur leur soins car le suivi est tout de même assuré un minimum pour la plupart d'entre eux.

Sans surprise, il existe une forte proportion de patients n'ayant pas de moyens de locomotion motorisés (5 patients). Pourtant, 2 parmi eux ont des médecins déclarés en dehors de Challans. Dans un environnement avec peu, voire pas de moyens de locomotion collectifs publics efficaces, il parait évident que cette catégorie de patients soit en première ligne pour la difficulté d'accès physique aux lieux de consultations et donc aux soins.

1. Des consultations ponctuelles possibles après une persévérance acharnée

La très grande majorité des patients ont obtenu un RDV avec un médecin pour répondre à un à besoin de santé (généraliste ou non) et **il n'a été constaté dans notre étude aucune rupture de traitement chronique.** Ceci est au prix d'une persévérance parfois acharnée des patients. D'après la définition européenne de la médecine générale par la WONCA (Organisation mondiale des médecins généralistes) (31), la médecine générale est le « premier contact avec le système de soins permettant un accès ouvert et non limité aux usagers ». Cet accès est donc très loin, ici, d'être « ouvert et non limité » !

L'accessibilité, l'un des piliers de la qualité des soins est clairement remis en cause par les patients.

Le premier obstacle rencontré est celui de la **difficulté à accéder à une consultation de médecine générale** avec des cabinets « se renvoyant la balle ». Dans notre étude, beaucoup de consultations ont été réalisées par les internes en stage dans les cabinets. Il existe un biais de recrutement car 3 patients ont été recrutés par des internes en stage, au cours d'une consultation ponctuelle. Il est également fort possible que les secrétaires orientent volontairement vers les étudiants ce type de patients. Ceci permet également aux médecins d'éviter d'avoir à refuser le contrat MT.

Le second obstacle est celui de **l'accessibilité physique**. Les personnes les plus touchées sont les personnes âgées privées de mobilité ou les personnes sans moyens de locomotion. La part d'activité consacrée aux visites, en France, est d'ailleurs très variable d'un médecin à l'autre : de moins de 2% à plus de 15% (32). Les médecins sont peut-être d'autant plus réticents à prendre en charge des patients nécessitant des visites à domicile, souvent plus âgés, avec des pathologies chroniques plus complexes et des consultations plus chronophages. A noter que les bons de transports n'ont pas été utilisés pour des consultations de médecine générale dans le cadre des dispositions réglementaires. Ceux-là pourraient pourtant faciliter l'accessibilité physique.

Les consultations sont la plupart du temps clairement identifiées comme ponctuelles dès le début mais on constate quelques exceptions avec des patients laissés dans le doute, qui espèrent signer le contrat du dispositif médecin traitant les fois suivantes. Les actes réalisés en dehors du dispositif médecin traitant sont donc plus fréquents à Challans. La CPAM de la Vendée comptabilisé à Challans 65% des actes sont effectués dans le cadre d'une consultation médecin traitant contre 75% en moyenne sur la Vendée. (Annexe 3)

2. Un soin cependant très partiel

Les consultations ponctuelles permettent de régler certains problèmes de santé à un instant T. Cependant le rôle et les compétences d'un médecin généraliste définis par la WONCA et par les compétences du DES de médecine générale sont bien plus larges que la simple gestion de problèmes aigus (31,33) : prise en charge globale bio-psycho-sociale, approche centrée sur la personne, coordination des soins, promotion et éducation en santé, etc…

Le dispositif du médecin traitant permet de lutter contre le nomadisme médical. Mais dans le cas contraire**, le nomadisme est finalement imposé aux patients**. Ils consultent différents professionnels, parfois des spécialistes, pour répondre à leur besoin de soins primaires. Il s'agit donc d'un **suivi en pointillé sans aucune continuité des soins**. Ainsi, des résultats d'examens complémentaires se retrouvent entre les mains de patients ne sachant pas vers qui se diriger. Les consultations suivantes, réalisées par d'autres professionnels, ne permettent pas d'évaluer l'évolution des pathologies.

a. La prévention

Les actes de prévention représentent, selon la Société Française de Médecine Générale (SFMG), 1/3 des actes de consultations en médecine générale. L'activité de prévention est large : du certificat, à la vaccination, en passant par la contraception, le dépistage des cancers, la consommation de toxiques, le bon usage des médicaments, le dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire etc (34). Le dispositif du MT favorise et valorise la prévention par le biais de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publiques (ROSP) (35) malgré le fait que certains indicateurs soient régulièrement remis en question. Tous ces actes de prévention s'effectuent au fil des consultations (36) ce qui, dans notre étude, explique bien le défaut ressenti de prévention des patients ayant des difficultés à trouver un médecin traitant. Les patients se sentent alors seuls responsables de leur santé et tentent de suivre eux-mêmes les recommandations mais sans prescripteur et sans connaissance médicale précise... Les médecins scolaires, la PMI, le planning familial peuvent en partie effectuer cette tache mais cela n'est pas suffisant. Des retards pour les vaccinations sont déjà observés pour les enfants dans 2 familles des patients interrogés. De plus, une fois les actes de prévention prescrits, les patients se retrouvent parfois seuls avec le résultat. (exemple : coloscopie mari de la patiente 3 – Annexe 2) **La prévention est donc d'efficacité limitée et non efficiente.**

b. Le suivi chronique

En cas d'impossibilité de répondre à la demande du patient, le médecin généraliste doit déléguer les soins ou orienter le patient dans le système de soins (31,37). Or, les patients, sont rarement redirigés vers d'autres médecins pouvant les prendre en charge. D'ailleurs ceux qui sont ré adressés le sont plutôt par les secrétaires des cabinets**. Le patient reste seul face à son suivi.**

Selon la Société Française de Médecine Générale (SFMG), le MT au long cours, perçoit de minimes changements dans l'état de santé de ses patients ce qui lui permet de réaliser des diagnostics précoces (37). Dans une rencontre de soins ponctuelle, les changements pouvant être pris en compte par le médecin seront seulement ceux rapportés par le patient.
Par ailleurs, **des pathologies sont volontairement mises en attente par les patients avec un renoncement au soin.** Dans notre étude, il s'agit d'un prolapsus génital mais cela pourrait s'étendre à des pathologies plus importantes susceptibles de s'aggraver rapidement. Il existe donc une perte de chance pour les patients avec un **diagnostic possiblement retardé**.

Le médecin généraliste a pour rôle de coordonner les soins et de travailler avec les autres professionnels de santé (31). Suite à une consultation auprès d'un médecin spécialiste, les comptes-rendus ne sont pourtant pas envoyés, ou envoyés à l'ancien MT, ou voire même donnés au patient lui-même**. L'absence de dossier médical** entraine une perte importante des informations nécessaires au suivi. Environ 1/3 des patients recrutés ont récupéré leur dossier. Cette proportion est similaire à celle retrouvée par le Docteur Dalsheimer dans sa thèse sur l'évaluation de la transmission des données médicales dans le cas de changement de médecin traitant (38). Le Dossier Médical Personnel (DMP) lancé en 2004 reste très minoritaire et peu utilisé par les patients comme les médecins (39,40). Son développement permettrait pourtant de limiter les pertes d'informations.
Chez les patients atteints de pathologies lourdes, un suivi conjoint et régulier, en coopération étroite entre spécialistes et généralistes est indispensable. 2 patients de la cohorte sont atteints d'un cancer évolutif. Tous les deux ont des médecins traitants déclarés très éloignés de leur domicile ce qui conduit à des pratiques à risques : le patient atteint d'un mélanome, dit s'être fait renouveler ses ordonnances par courriel et fax par son MT situé à 60km de son domicile. Il nécessite pourtant un suivi conjoint en alternance avec le spécialiste. **On comprend aisément le risque de passer à côté d'une évolution défavorable, d'un échappement ou encore d'une mauvaise tolérance au traitement**. Les patients, eux, ayant une confiance importante dans le suivi effectué par le spécialiste ne se sentent pas en insécurité.

L'éducation thérapeutique après diagnostic éducatif est un élément indispensable dans la prise en charge de pathologies chroniques (41). Elle nécessite un processus continu (42). Ici, le médecin n'est pas impliqué pour son patient, et ne commence pas un suivi car la consultation est dès le début clairement identifiée comme ponctuelle. Le patient se retrouvant sans suivi par un MT ne peut donc pas bénéficier de ce genre de consultations. Les objectifs

fixés et les conseils donnés sont également moins pris en compte par les patients. Ils sont moins motivés et surtout moins responsabilisés.

c. La prise en charge de pathologies aiguës

La réponse à un problème de santé aigu sur une consultation unique ne permet pas une prise en charge globale. Dans le projet régional de santé de l'ARS de 2015 il est écrit que « La seule réponse technique, la seule correction de symptômes biologiques ne suffisent pas ; il s'agit de respecter les attentes de chacun, d'identifier le besoin d'accompagnement psychologique ou social et de valoriser la participation à l'élaboration d'une réponse adaptée. » (43). Ceci est bien évidemment impossible dans les conditions actuelles de soin pour ces patients.
Les patients qui arrivent à exposer leur problème de santé lors d'un RDV pour lequel ils sont initialement accompagnants ne peuvent pas bénéficier de toute l'attention et du temps nécessaire.

Sur le plan aigu**, des maladies contagieuses continuent à évoluer avec propagation à l'entourage.** C'est le cas par exemple de la gale au sein de la famille de la patiente 11. Le médecin qui les a reçus une seule fois a refusé de prescrire le traitement pour l'ensemble de la famille. Ethiquement, le refus de prescrire le traitement pour toute la famille sans consulter chaque personne individuellement, alors que l'accès physique au cabinet est compliqué pour cette famille, parait difficile à entendre.

L'observance est mise à mal chez les patients non satisfaits de leur MT, favorisant ainsi l'automédication ou encore l'absence de prise des traitements. Il existe un risque non négligeable d'effets secondaires de l'automédication, en particulier lors de l'usage d'antibiotiques. (Annexe 2 P7 et P8)

Les patients sans MT n'ont pas de référents en cas de problème. Ils sont donc plus enclins à retarder une consultation nécessaire ce qui peut entrainer parfois des complications ou une évolution défavorable d'une pathologie (infectieuse par exemple). A contrario, certains peuvent « paniquer » de n'avoir pas de personne de référence et donc consulter de manière ultra précoce aux urgences ou auprès d'un autre professionnel de santé pour se rassurer. Cela conduit à une **inefficience du système de santé** et peut participer à la surcharge de travail des urgences observée début 2014 par le centre hospitalier de Challans suite au départ d'un

médecin généraliste. En effet il a été constaté, un accroissement de l'activité pour des pathologies infectieuses, ORL, ou encore pour répondre à des délais de RDV trop tardifs en ville. (Annexe 3) Certains patients y viendraient même pour renouveler leur ordonnance (44).

3. Une relation médecin-patient déficiente

L'entrée en relation avec le corps médical, est forcément mise à mal par les refus de prise en charge successifs auxquels sont confrontés les patients. La sensation de « déranger » les médecins les amènent à avoir une attitude « d'excuse » voir de culpabilité dès le début des consultations. Ceci peut retarder le soin et pourrait les mettre en grand danger pour leur santé.

La relation médecin patient en médecine générale comprend une histoire commune et partagée inscrite dans le temps (45). Cette relation toute particulière en soins primaires que Balint nomme la « compagnie d'investissement mutuel » ne peut pas se faire dans ce contexte. Cette compagnie d'investissement mutuel englobe le capital d'investissement du médecin dans son patient (ce qu'il apprend du patient, de sa famille, et des expériences communes avec le patient acquises au cours des consultations) et réciproquement (la nature et l'étendue de l'aide qu'il peut attendre de son médecin) (46).

La revue de littérature montre qu'une meilleure communication dans la relation médecin-patient améliore le suivi des traitements, les résultats cliniques et la qualité de vie (47). Il est également montré que le lien relationnel est un facteur primordial de la qualité des soins car il conditionne l'adhésion future du patient à la stratégie des soins proposés (48). Cette déficience relationnelle peut donc avoir un impact dans la qualité des soins, d'autant plus que certains ont un médecin traitant par défaut dans lequel ils n'ont pas confiance. Comme le Docteur Merit dans sa thèse sur les principaux critères de choix d'un médecin traitant, le critère de confiance dans la compétence du médecin apparait ici aussi comme un critère de choix jugé important. (49)

La relation médecin-patient est clairement déséquilibrée avec des médecins détenteurs des connaissances médicales, et un patient en demande de soins actuels et à venir, avec l'espoir de réponse positive à la demande de médecin traitant (50). La discussion médicale partagée, objectif idéal de la relation de soins, est impossible (51). Cette asymétrie relationnelle

associée à une vulnérabilité importante du patient entraine de l'angoisse, un sentiment de rejet et parfois de la colère amenant à une confrontation délétère à la relation (52).
Les conditions de base pour la communication décrites par Vanotti, incluent que les patients souhaitent que leur médecin se montre engagé, chaleureux, et intéressé par leurs problèmes (50). Pour des médecins réticents à une prise en charge au long cours, cette attitude ne peut pas être totale.

L'effet bénéfique du médecin, appelé remède-médecin par Balint (46) ainsi que l'effet placebo des médicaments prescrits par un médecin dont on a confiance, ne peuvent pas être envisagé ici. Une patiente (P3) explique bien cet effet en évoquant la moindre efficacité d'un traitement prescrit par un remplaçant (« le Docteur MT1 va nous donner un médicament qui va nous faire effet, ça aurait été un autre remplaçant qui nous l'aurait donné, il ne nous aurait pas fait effet quoi... c'est aussi psychologique quoi… »). On peut même parler d'effet nocebo pour les patients qui n'ont pas confiance en leur médecin dans notre étude.

Les médecins des communes limitrophes acceptent des patients de Challans. Ces patients, pour certains, continuent en parallèle leur recherche d'un médecin sur leur commune. Les médecins sont donc amenés à prendre en charge des patients avec parfois des dossiers complexes qui leur demande de l'investissement en terme de temps de travail. Le fait que ces patients les quittent après quelques mois peut les rendre plus méfiants et moins engagés pour les autres patients à venir.

4. Un rapport au spécialiste modifié

Il a été montré lors d'une enquête sur le mode d'accès aux spécialistes en 2006 que les patients n'ayant pas de médecin traitant se tournent deux fois plus fréquemment en **accès direct vers les spécialistes** (53). Ceci apparait dans notre étude et est bien compréhensible car à défaut de trouver une réponse à leurs problèmes de santé dans le secteur de soins primaires, ils se dirigent vers le secteur secondaire. C'est pourtant ce que voulait éviter la loi avec la création du médecin traitant, en créant un rôle central de coordination des soins et de pivot du MT.

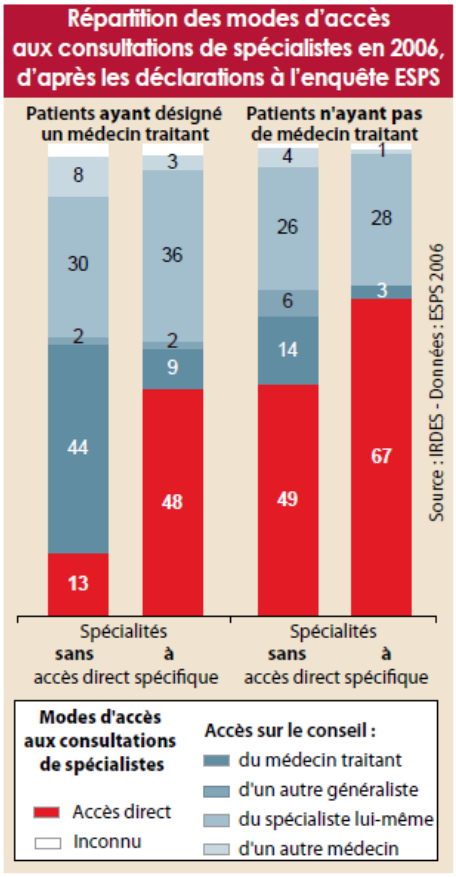


Figure 6 : Répartition des modes d'accès aux consultations de spécialistes en 2006

Des activités, habituellement ou antérieurement réalisées par le médecin généraliste sont **déléguées aux spécialistes** de manière plus ou moins justifiées. Il s'agit des rôles de prévention ou de suivi de pathologies chroniques. Dans notre étude, il s'agit par exemple de la réalisation de frottis cervico-vaginal ou de suivi de contraception ainsi que le suivi d'un psoriasis. Toutes ces consultations étaient réalisées auparavant par des médecins généralistes. Cela pose un problème dans la situation actuelle, avec une densité de médecins spécialistes très faible sur la Vendée (28). Les spécialistes sont parfois confrontés à des demandes de soins ou peut-être même d'ordonnances en dehors de leur spécialité d'origine. Ils sont plus ou moins obligés de se substituer dans certains cas, au rôle du médecin traitant. Ceci entraine un **risque d'inefficience du système de soin**, car les délais de RDV des spécialistes peuvent s'allonger et peut poser problème dans le cas où un avis rapide est indiqué. De plus, les dépassements de compétences peuvent entrainer une prise en charge moins efficace pour les patients. Comme d'après le Conseil Départemental de l'Ordre, 46% des médecins spécialistes en Vendée ont plus de 55 ans, ce problème risque de s'accentuer au cours des années à venir (28).

5. Un maillage du territoire défaillant dont personne n'est vraiment responsable.

En France on a jamais autant recensé de médecins inscrits à l'Ordre mais ce sont les médecins retraités qui majorent les chiffres (54). De nombreux médecins généralistes partent de manière anticipée avant l'âge de la retraite (43). Le nombre d'actifs a lui, légèrement diminué de -0,12%. Les Pays-de-la-Loire est la région la plus attractive de France avec +5,2% de médecins entre 2007 et 2013 toutes spécialités confondues (54).
A contrario, la Vendée a une densité faible de médecins généralistes avec une projection en 2018 de moins 1% des effectifs (54). Le département est pourtant attractif avec une population en constante augmentation et des besoins croissants en santé de par le vieillissement global de la population et l'augmentation des pathologies chroniques. Tout ceci pèse sur l'offre effective des soins.

Les différentes mesures de tentative de régulation du maillage du territoire, en gardant la liberté d'installation, n'ont pour le moment pas réussi à réguler l'offre médicale (55) :

- L'augmentation du numérus clausus ne tient pas compte de l'évolution de l'exercice et des pratiques médicales. L'augmentation du nombre de postes en médecine générale lors des choix après l'ECN (Examen Classant National) ne permet pas une compensation démographique car la médecine générale est la seule spécialité pour laquelle des postes restent vacants. Par ailleurs, seuls un peu plus de la moitié des diplômés de médecine générale font réellement de la médecine de premier recours. Les exercices particuliers sont donc très fréquents (médecine du sport, acupuncture,…) (56). Comme l'explique le Dr Legmann, président du Conseil National de l'Ordre des Médecins en 2010, dans sa définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale, la régulation de la démographie médicale reste purement arithmétique et ne prend pas en compte les évolutions de la société et les attentes des jeunes professionnels ce qui conduit à un déséquilibre et à l'absence de résultats probants (57).
- Les démarches de revalorisation du rôle du MG ne sont pas abouties tant sur le plan de la formation médicale avec une partie majoritairement hospitalière, et de par le dispositif médecin traitant (11).
- Les incitations financières donnent des résultats limités. L'impact est faible pour un coût élevé avec des mesures trop nombreuses, complexes et peu lisibles.

L'accès aux soins dépend non seulement (32) :

- d'une dimension spatiale
    - disponibilité de l'offre (quantité et localisation par rapport à la demande)
    - accessibilité physique (mobilité du patient, ressources en transport mobilisable, trajet en temps et distance/coût)
- mais aussi d'une dimension aspatiale
    - commodité (accueil patient, horaires, délai d'attente en salle d'attente…)
    - capacité financière (complémentaire santé, connaissance tarifs…)
    - acceptabilité (« dépend des caractéristiques sociales et culturelles du patient et de ses attitudes à l'égard de la santé et du système de santé, ainsi qu'à celle des professionnels et structures de soins »)

L'APL, Accessibilité Potentielle Localisée est une mesure récente développée par la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) et l'IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé) censée permettre de mesurer l'accessibilité aux soins. D'après les calculs, Challans est une zone où l'accès aux soins est bon : l'APL est de 80,73 (c'est à dire 80,73 équivalent temps plein (ETP) de médecin généraliste pour 100 000 habitants) pour une moyenne nationale de 70,6. A noter que l'ETP de médecin généraliste correspond pour l'ARS à la médiane nationale d'actes annuels soit 4250 actes (58).

L'APL ne prend en compte que la dimension spatiale avec la disponibilité de l'offre et est calculée sur les actes de 2010 (58). De plus, un médecin considéré comme « accessible » quand il est situé à une distance inférieure ou égale à 15 minutes en voiture. Il existe une apparente proximité de l'offre de soins car 100% des habitants de Pays-de-la-Loire sont situés à moins de 15 minutes d'un médecin généraliste (18). Cela pose problème pour les personnes à mobilité réduite ou qui n'ont pas de moyen de transport, dans des zones non ou mal desservies par les transports en commun telle que Challans. Dans les entretiens on constate que la moitié des patients souhaitent que le médecin soit accessible à pied et un seul accepte un trajet de 15 minutes. Cette limite du quart d'heure reste donc très théorique et en décalage avec ce que la population trouve acceptable.

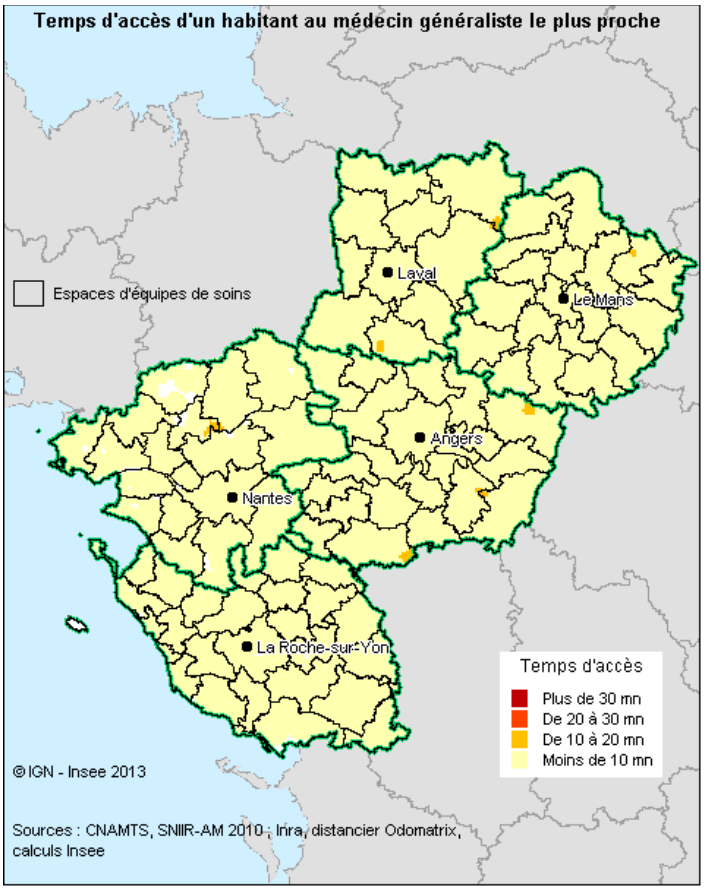


Figure 7 : Temps d'accès au médecin généraliste le plus proche en Pays de la Loire

Les consultations n'ont pourtant pas nécessairement lieu au plus proche du domicile du patient. Ainsi, plusieurs facteurs de choix de la consultation entrent en compte tels que le délai d'attente du RDV, l'attente dans la salle d'attente, le secteur de convention du médecin, la réputation du professionnel et la proximité du lieu de travail (18). Sur 10 consultations réalisées en Pays-de-la-Loire, 4 ne se déroulent pas au plus proche du domicile. Ces consultations ont lieu pour 2/3 d'entre elles dans des communes plus grandes en termes de population ou d'emploi (59).

Dans notre étude, dans les facteurs de choix influençant les consultations, sont ressortis : la réputation du professionnel et l'attractivité de Challans par rapport aux communes limitrophes. Pour le reste, les patients sont juste soucieux d'être pris en charge par un médecin traitant.

On voit bien que l'accès aux soins est une notion complexe comprenant des indicateurs théoriques quantifiables et d'autres plus nombreux non quantifiables ou plus difficilement : les critères sociaux, culturels, les capacités financières, l'accessibilité physique et les

commodités. Ceci explique pourquoi la situation rencontrée sur le terrain diffère des projections chiffrées.

Les médecins de Challans ont une activité moyenne de 4450 actes par an (15). Cette moyenne d'activité est plus faible que celle départementale (5600 actes) et régionale (4793 actes/an) Pour rappel, pour l'ARS un équivalent temps plein (ETP) de MG correspond à la médiane nationale d'actes annuel soit 4250 actes (58).

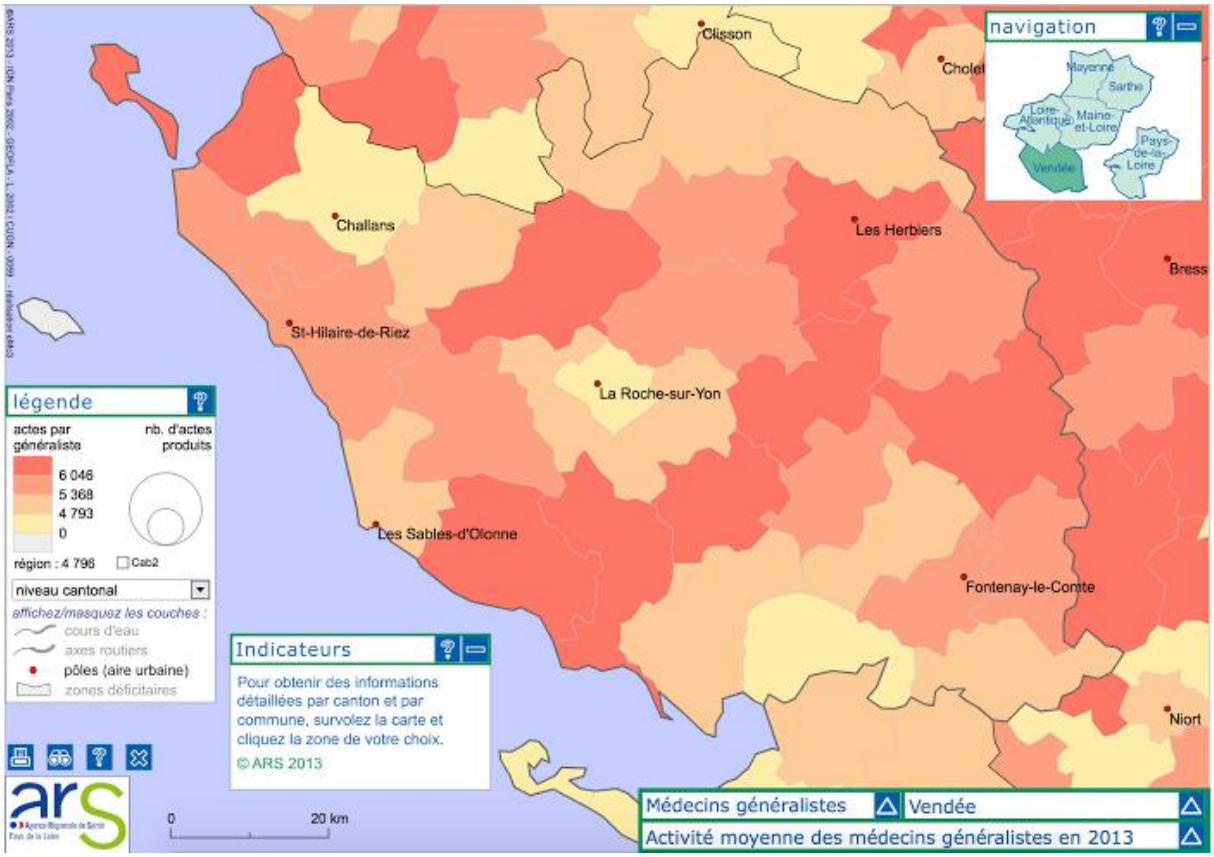


Figure 8 : Activité moyenne des médecins généralistes en 2013

Il a donc été reproché en 2012, aux médecins de la communauté de communes de Challans, de ne pas faire assez d'actes lors d'une réunion organisée par le Conseil de l'Ordre (44). La réunion en juin 2014 à l'initiative de la CPAM, de la MSA et de l'ARS a rendu compte d'une enquête sur l'activité, fin 2012, des médecins de la communauté de communes de Challans. Ils avaient une activité très disparate entre 4000 actes à plus de 12000 actes par an, avec des temps de travail choisis allant de 2 jours et demi à 5 jours par semaine. De nombreux médecins ont également des activités mixtes réduisant ainsi leur activité libérale (Annexe 3). Il leur a été redit lors de cette réunion, que les médecins de la communauté de communes de

Challans ont une activité plus faible que la moyenne départementale. L'assurance maladie estime pourtant dans un communiqué dans la revue médicale de l'Assurance médicale de 2004, qu'au-delà de 7500 actes par an il n'est plus possible de garantir une médecine de qualité (60). Les médecins ne sont d'ailleurs pas tenus de réaliser un nombre minimum de consultations par an et sont libres d'exercer leur métier comme ils l'entendent. A noter qu'un temps plein de médecin généraliste n'est pas comparable à un temps plein d'une profession salariée.

Si l'on prend en compte qu'un médecin prend 5 semaines de congés par an, et qu'il travaille 4,5 jours par semaine, la moyenne de 4450 actes par an, correspond à une moyenne de 21 consultations par jours (contre plus de 26 sur les mêmes calculs au niveau départemental). Ce chiffre est loin d'être négligeable, d'autant plus qu'il ne prend pas en compte les journées de formations, les éventuels congés supplémentaires, ni les journées réalisées en présence d'un étudiant en formation, nécessitant plus de temps (bon nombre de médecins du nord-ouest vendéen sont maitres de stage). Peut-on réellement reprocher aux médecins de ne pas faire suffisamment de chiffres en nombre d'actes, sans connaitre leur pratique ? Certaines consultations, incluant de l'éducation thérapeutique par exemple sont plus longues mais permettent des soins de meilleure qualité. Il en est de même des consultations complexes, prenant en charge globalement le patient, qui sont évidemment plus chronophages. Les objectifs de chiffres attendus par les institutions sont en décalage avec la pratique quotidienne des médecins généralistes.

Le dispositif MT est complexe car il comporte de nombreuses exceptions, et reste difficilement compréhensible pour nombre d'usagers. En l'absence de MT déclaré, une minoration de la prise en charge financière est appliquée sauf en cas d'IVG, hospitalisation, consultations aux urgences, soins palliatifs, expertise, étrangers avec AME, anatomopathologie, dentiste, sage-femme, médicaments, laboratoires, biologistes, pharmaciens, transports, fournisseurs, consultations directes chez un gynécologue ophtalmologue psychiatre ou neuropsychiatre, tabacologie, addictologie, consultation voyageur fièvre jaune, hors résidence habituelle ou consultation en urgence ainsi que pour les moins de 16 ans. (9) Par contre, cette minoration est applicable aux personnes couvertes par la CMU et CMUc. C'est donc le médecin qui se retrouve pénalisé lors de soins dispensés ponctuellement auprès de patients en situation de précarité et qui n'ont pas déclaré de MT.

Le MG est censé d'après la définition européenne de la médecine générale (WONCA) se positionner en défenseur du patient (31). Or, les médecins débordés, déjà obligés de refuser la prise en charge en tant que MT de certains patients, ne les orientent pas vers d'autres médecins disponibles, faute de possibilités sur la commune. Cette même constatation avait été faire par le Dr Clautour concernant le parcours de soins des femmes enceintes dans une zone de sous densité médicale (61). De plus le peu de temps libre peut bloquer certains médecins pour se lancer dans des projets pouvant dynamiser l'activité médicale du secteur et ainsi attirer d'autres praticiens. Pour le Dr Legmann il est important de redonner une capacité d'initiative aux médecins pour réactiver leur motivation dans la mise en place de projets de santé afin d'agir en complémentarité des pouvoirs publics en restant un acteur du dispositif de santé publique. Il estime que « Les médecins étant responsables de leur patientèle, ils doivent assumer la responsabilité de l'organisation de la continuité des soins sur leur territoire et n'informer le Conseil départemental de l'Ordre qu'en cas de difficultés. C'est à lui qu'il appartient alors de mener à terme les médiations nécessaires et d'en référer à l'ARS dans les situations non résolues pour permettre aux pouvoirs publics d'arrêter les décisions adéquates. » (57). Il s'agit ici des gardes mais également de l'accès aux soins primaires quotidiens. On voit ici finalement que c'est la population qui alerte les pouvoirs publics.

Les administrations sollicitées par les patients, restent muettes, se déchargent de leur responsabilité, ou encore témoignent seulement de leur impuissance. Les patients ne savent plus vers qui se diriger. Il existe une difficulté d'accès aux informations pour savoir vers qui se tourner, que ce soit du côté administratif ou médical.

La CPAM oriente les patients vers le conciliateur de la sécurité sociale qui contacte parfois les patients par téléphone mais ces derniers ne se sentent pas entendus ni compris dans leur requête.
Le conseil de l'ordre répond aux patients qu'ils ne sont pas concernés par ces problématiques et donc réadressent vers l'ARS.
L'ARS est responsable de l'organisation de l'offre du système de soins sur un territoire en fonction des besoins de la population. Or, un seul patient a réussi à joindre l'ARS après plusieurs appels téléphoniques de sa propre initiative : ils allaient faire une réunion sur ce sujet. Personne d'autre n'a eu de retour et l'ARS n'a de toute façon pas défini ce territoire comme fragile. Pour la population ceci est vécu comme une négation de leur problème.

A la demande de l'ARS, la MSA a analysé les flux de patientèles en 2013. 80% des patients consultent sur la communauté de communes de Challans. Elle en déduit donc qu'il n'y a pas de fuites ailleurs et que l'offre est suffisante. (Annexe 3) Le problème reste donc occulté car en pratique, certains patients sont réellement en difficulté.

Les mairies ne sont pas non plus concernées mais continuent de construire des nouveaux quartiers. Les patients qui sont nouvellement arrivés sur la commune regrettent de ne pas avoir été informés de la difficulté à trouver un MT. Certains témoignent que cette information aurait eu un rôle déterminant pour leur déménagement dans une autre commune.

La situation sur Challans a une stabilité précaire : un médecin cesse son activité sans être remplacé et c'est tout un équilibre à revoir comme début 2014 suite au départ d'un médecin.

6. Une double peine médicale et financière.

a. Sur le plan médical : un impact sur la qualité des soins

Si l'on reprend la qualité des soins, comme définie par l'HAS (17), avec toutes ses dimensions, on constate que les patients font un lien entre difficulté à trouver un médecin traitant et impact sur la qualité des soins.
Les dimensions de la qualité des soins qui se dégagent du discours des patients comme les plus atteintes sont l'accessibilité physique et aspatiale (commodités, capacités financières et acceptabilité), la relation médecin patient, la continuité des soins, la sécurité et les besoins des patients. Ces dimensions, sont d'après l'HAS, celles qui ressortent globalement comme déterminantes pour la qualité des soins dans la population générale (17). L'équité ne semble pas non plus respectée, selon les patients. (Ce que je trouve triste c'est qu'on n'arrive pas à la même égalité pour tout le monde. (P8))

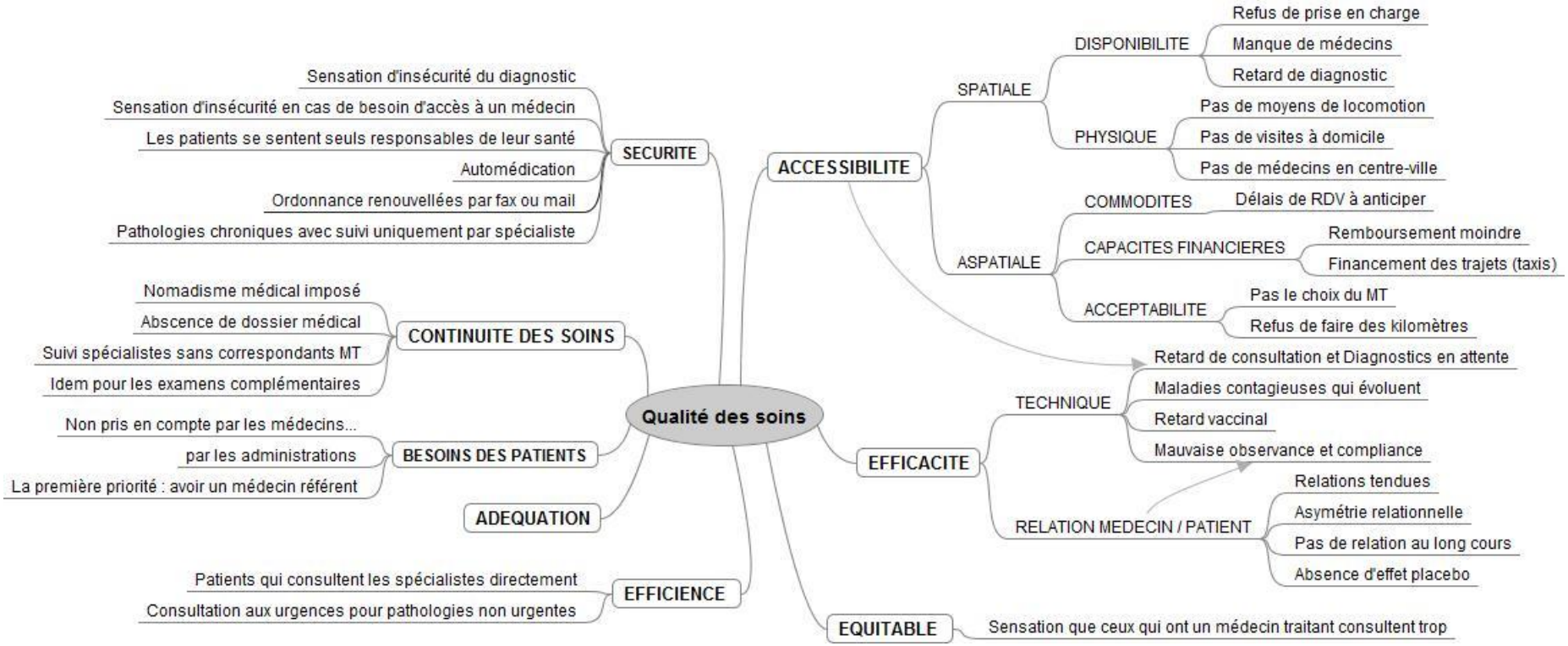
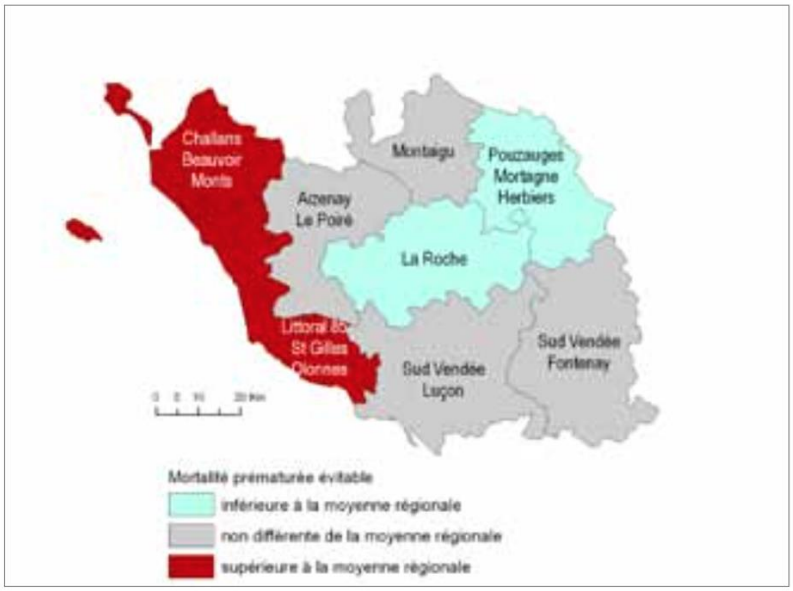


Figure 9 : Impact de la qualité des soins pour les patients n'ayant pas de MT

Il n'existe pas de bons indicateurs pour définir les besoins en soins et la qualité des soins. Le seul indicateur objectif pouvant être retenu est la mortalité évitable liée au système de soins chez les moins de 65 ans (62). Or l'ARS, lors d'un rapport de 2011, basé sur des chiffres de 2004 à 2008 a montré que la mortalité prématurée est supérieure de 19% sur le territoire de Challans-Beauvoir-Monts que la moyenne régionale et que la mortalité prématurée évitable est elle aussi plus importante dans ce territoire (63). D'après le dernier projet régional de santé de l'ARS de 2015, cette mortalité prématurée reste préoccupante en Vendée (43). Cet indicateur est un reflet indirect du système de soin, de la prévention, mais aussi des inégalités sociales. On constate également que la surmortalité selon le territoire n'est pas liée à la densité de l'offre médicale (62).



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

Figure 10 : Indice comparatif de mortalité prématurée évitable selon le territoire (2004-2008)

Comme l'a étudié le Docteur Leleu, dans sa thèse de santé publique sur la continuité longitudinale dans le champ des soins primaires, la diminution de la continuité des soins augmente les décès de l'ordre de 4% en population générale. La continuité des soins est donc corrélée au niveau de santé de la population (64). Les patients, à Challans, ont accès aux soins de manière ponctuelle mais l'absence de continuité des soins peut entrainer des conséquences sur la santé. Ce critère n'est pas pris en compte par les institutions dans les différentes réformes entreprises en santé publique (64).

b. Sur le plan financier :

Non seulement, nous l'avons vu, les patients bénéficient d'une médecine qu'ils ressentent de moins bonne qualité, mais d'autre part, ils sont pénalisés au niveau des remboursements en étant hors parcours de soins. Par ailleurs, certains ont eu besoin, pour répondre à leur besoin de santé, de faire appel en accès direct à des médecins spécialistes. Ici aussi, il existe une pénalité financière, qui peut également être majorée par le fait que les spécialistes ont le droit, dans le cas où le patient est hors parcours de soins, d'appliquer un dépassement d'honoraire (11). Comme l'explique la Cour des Comptes dans son rapport sur le dispositif médecin traitant et le parcours de soins coordonnés, les sanctions financières se sont d'ailleurs régulièrement aggravées au fur et à mesure des années. Une enquête d'UFC Que Choisir souligne que l'Assurance Maladie ne rembourse plus que 55% des frais courants et les mesures d'économies des dernières années finissent toujours par peser sur les assurés (majoration de la taxe sur les mutuelles, déremboursement, participations forfaitaires,…) (65). La pénalité liée à l'absence de déclaration de médecin traitant risque de s'aggraver car les projets de loi visent à obliger les enfants de moins de 16 ans à avoir un médecin traitant.

Ce défaut de remboursement est également applicable pour les patients qui ont la CMU et ceux qui sont exonérés du ticket modérateur (9). Or, les inégalités sociales de santé ne cessent de se creuser depuis 30 ans (43). Le système de soin peut conduire à aggraver ces inégalités. Les personnes précaires, n'ayant pas les moyens financiers d'accéder à un moyen de locomotion motorisé se retrouvent donc doublement pénalisés. Dans la thèse du Docteur Clautour sur le parcours de suivi de grossesse des femmes résidant en zone sous médicalisée dans le Sud-Est Vendée, il avait été mis en évidence que le niveau socio-culturel et en particulier l'accès à un moyen de locomotion était un déterminant important pour le suivi de grossesse (61). Les personnes âgées, moins mobiles et donc en plus grande difficulté à avoir accès à un médecin traitant sont d'autant plus fragilisées car nécessitent globalement plus de soins. La nécessité de faire appel aux transports payants contribue à augmenter le risque de renoncement aux soins.

On peut regretter que notre étude n'ait pas répertorié les personnes bénéficiaires de la CMU. Ce sujet n'a jamais été évoqué spontanément par les patients. On remarque qu'une très grande majorité d'entre eux n'ont pas d'activité professionnelle : sur ces 9 patients, 6 sont retraités et 3 sont en arrêt ou au chômage. Les actifs, de par l'utilisation de véhicule et de leur mobilité sur le territoire, ont plus de possibilités pour trouver un médecin traitant.

V. Conclusion

A l'heure où l'accès aux soins apparait pour les pouvoirs publics comme une priorité, il existe encore de nombreuses inégalités d'accès aux soins qui se creusent. Les personnes les plus touchées sont les personnes en situation de précarité mais également les personnes qui ne trouvent pas de médecin traitant acceptant de les prendre en charge.

L'objectif de ce travail était de comprendre si les patients ayant des difficultés à trouver un médecin traitant ressentaient un impact sur la qualité des soins.
Nous avons pu mettre en évidence que ces patients arrivaient à avoir accès à des consultations ponctuelles, au prix d'une persévérance acharnée, pour répondre à leur besoin de santé. Les difficultés d'accès physique et d'accès aux consultations elles-mêmes sont importantes. Pour les patients la qualité des soins s'en trouve altérée avec des soins partiels, sans aucune continuité, entrainant parfois des comportements à risque : automédication, retard de consultation, absence ou défaut de suivi de pathologies importantes,… Leurs besoins ne sont pas pris en compte et la relation médecin-patient, rôle déterminant de la qualité des soins s'en retrouve également déficiente.

Les patients se retrouvent seuls, avec la sensation d'être abandonnés à leur sort par les administrations et par les médecins ce qui entraine un fort sentiment d'insécurité. Cette problématique d'accès au médecin traitant, est minimisée par les institutions publiques avec des données chiffrées en décalage avec la réalité. Le maillage efficace du territoire en professionnels de santé est plus complexe qu'une simple notion de chiffre. Aucune institution ne se sent réellement responsable et aucune proposition n'est faite aux patients pour améliorer la situation.

La France possède l'un des meilleurs systèmes de santé au monde. Si les difficultés d'accès aux soins ne sont pas sérieusement prises en compte, elles risquent pourtant de s'accentuer pour les années à venir dans de nombreuses régions de France. Certains politiques locaux tentent d'apporter eux-mêmes des solutions en expérimentant d'autres modes de pratique. (salariat, etc…)

La population est donc frappée d'une double peine, médicale et financière liée au moindre remboursement des consultations. Le système de soin, aggrave les inégalités sociales préexistantes, en touchant plus particulièrement les personnes âgées dépendantes et les sujets vivant dans la précarité n'ayant pas de moyens de locomotion.

VI. Bibliographie

1. Gouvernement. La loi de santé [Internet]. 2015 [consulté le 07 avril 2016]. Disponible sur: http://www.gouvernement.fr/action/la-loi-de-sante?55pushSuggestion=Teaser

2. Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS). Démographie médicale, répartition des médecins sur le territoire. Enjeux pour l'accès aux soins et la sécurité des usagers. Cahier N°1 [Internet]. [consulté le 07 avril 2016]. Disponible sur http://www.leciss.org/sites/default/files/101117_DOSSIER_DesertsMedicaux_Cahier1.pdf

3. Gouvernement. Lutte contre les déserts médicaux : ce qu'il faut savoir [Internet]. 2015 [consulté le 07 avril 2016]. Disponible sur: http://www.gouvernement.fr/lutte-contre-les-deserts-medicaux-ce-qu-il-faut-savoir

4. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Contrat d'engagement de service public (CESP) [Internet]. 2014 [consulté le 07 avril 2016]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/contrat-d-engagement-de-service-public-cesp.html

5. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Engagement 3 : 200 « praticiens territoriaux de médecine générale » dès 2013 [Internet]. 2014 [consulté le 07 avril 2016]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/engagement-3-200-praticiens-territoriaux-de-medecine-generale-des-2013.html

6. Legifrance. Code de la santé publique - Article L6323-3 [Internet]. 2011 [consulté le 07 avril 2016]. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000017744182&dateTexte=&categorieLien=cid

7. Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie des Pays de la Loire (URCAM), Agence Régionale de Santé (ARS). Les aides à l'installation et au maintien des médecins généralistes dans les Pays de la Loire [Internet]. 2008 [consulté le 07 avril 2016]. Disponible sur: http://ars.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/backoffice/Doc_complet_V4.pdf

8. Dourgnon P, Guillaume S, Naiditch M, Ordonneau C. Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme. Questions d'économie de la santé. juill 2007;(124):1-3.

9. Ministère de la santé et des sports. Parcours de soins coordonnés [Internet]. 2009 [consulté le 7 avril 2016]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours_de_soins_coordonne_a_l_hopital-2.pdf

10. Bleuse B. Déterminants influençant le choix du médecin traitant par son patient [UFR Médecine et Techniques Médicales] : Université de Lille; 2016

11. Cour des comptes. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie [Internet]. 2013 [consulté le 7 avril 2016]. Disponible sur: http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0CDsQFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.ccomptes.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F53083%2F1415030%2Fversion%2F2%2Ffile%2F2_1_3_medecin_traitant_parcours_soins_coordonnes.pdf&ei=3LbYVJafMdPe7AafjYGAAQ&usg=AFQjCNEtVkFWVB8KGK8hTgV3Pjw3Z6-0Cg&bvm=bv.85464276,d.ZGU

12. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Questions-réponses sur le médecin traitant [Internet]. 2005. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/article/questions-reponses-sur-le-medecin-traitant-921#5

13. Assurance Maladie. Le médecin traitant [Internet]. [consulté le 7 avril 2016]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/gerer-votre-activite/le-medecin-traitant/le-dispositif-du-medecin-traitant_doubs.php

14. UFC Que Choisir. Déserts médicaux - À la recherche d'un médecin traitant [Internet]. 2012 [consulté le 7 avril 2016]. Disponible sur: http://www.quechoisir.org/sante-bien-etre/systeme-de-sante/professionnel-de-sante/enquete-deserts-medicaux-a-la-recherche-d-un-medecin-traitant

15. Agence Régionale de Santé Pays de la Loire. C@rtoSanté [Internet]. Disponible sur: http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/C-rtoSante.92744.0.html

16. Or Z, Com-Ruelle L. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? [Internet]; 2008 [consulté le 7 avril 2016]. Disponible sur: http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT19QualiteDesSoinsEnFrance.pdf

17. Haute Autorité de Santé. Guide méthodologique de diffusion publique des indicateurs de la qualité des soins [Internet]. 2012 [consulté le 7 avril 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-11/guide_methodologique_diffusion_indicateurs.pdf

18. Bonnefoy V, Gicquaud N, Poupon M, Sémécurbe F, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (Insee). Accès aux soins de premier recours dans les Pays de la Loire : renforcer l'offre dans les territoires fragiles. Etude. déc 2013;(124).

19. Conseil de l'Ordre 85. Démographie médicale arrondissement des Sables d'Olonne [Internet]. 2015. Disponible sur: http://www.ordremedecin85.fr/espace_medecin_article.php?id=64&pagination=1&id_rubrique=23

20. Julé M, Martin S, INSEE Pays de la Loire, Vendée Expansion. Les territoires de la Vendée face aux enjeux d'une forte attractivité démographique. Etudes. sept 2011;(97).

21. INSEE. Recensement commune de Challans [Internet]. 2011 [consulté le 7 avril 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/dossier_complet.asp?codgeo=COM-85047

22. INSEE Pays de la Loire. Retraités et titulaires du minimum vieillesse au 31 décembre 2012 [Internet]. [consulté le 7 avril 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=3&ref_id=revtc04501

23. Mairie de Challans. Se déplacer dans la région - Ville et Pays de Challans [Internet]. [consulté le 7 avril 2016]. Disponible sur: http://www.challans.fr/vivre-ici/d%C3%A9placements/se-deplacer-dans-la-region

24. Mairie de Challans. Chall'en bus - Ville et Pays de Challans [Internet]. [consulté le 7 avril 2016]. Disponible sur: http://www.challans.fr/vivre-ici/d%C3%A9placements/challen-bus

25. Croix-Rouge Française. Transport de personnes âgées [Internet]. [consulté le 7 avril 2016]. Disponible sur: http://challans.croix-rouge.fr/contenu/page.php?id=12

26. Collectif Interassociatif Sur La Santé, Association des Accidentés de la Vie, Union Nationale des Associations Familiales. Démographie médicale, répartition des médecins sur le territoire [Internet]. 2010 [consulté le 7 avril 2016]. Disponible sur: http://www.leciss.org/sites/default/files/101117_DOSSIER_DesertsMedicaux_Cahier1.pdf

27. Conseil de l'Ordre 85. Démographie des médecins généralistes et spécialistes au 1er janvier 2015 [Internet]. 2015. Disponible sur: http://www.ordremedecin85.fr/espace_medecin_article.php?id=64&pagination=1&id_rubrique=23

28. Conseil de l'Ordre 85. Démographie des spécialistes en Vendée au 1er Janvier 2015 [Internet]. 2015 [consulté le 7 avril 2016]. Disponible sur: http://www.ordremedecin85.fr/espace_medecin_article.php?id=64&pagination=1&id_rubrique=23

29. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes. L'entretien. Paris: A. Colin; 2010.

30. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale, Frappé P. Initiation à la recherche. Neuilly-sur-Seine; [Paris]: GM Santé ; CNGE; 2011.

31. World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physician (WONCA) Europe. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille [Internet]. 2002 [consulté le 7 avril 2016]. Disponible sur: http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf

32. Barlet M, Coldefy M, Collin C, Lucas-Gabrielli V. L'Accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux en France. Série étude et recherche. déc 2012;(124).

33. Attali C, Bail P, Magnier A, Beis JN, Ghasarossian C, Gomes J, et al. Compétences pour le DES de médecine générale. Rev Prat Med Gen. 2006;20(730/731):525.

34. Gallois P, Vallée J-P, Le Noc Y. Prévention en médecine générale : une part croissante et une évolution de l'activité. Médecine. févr 2007;3(2).

35. L'Assurance Maladie. Rémunération sur objectifs de santé publique [Internet]. [consulté le 7 avril 2016]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/remuneration-sur-objectifs-de-sante-publique/index.php

36. Bourdillon F, Mosnier A, Godard J. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. Santé Publique. 2008;20(5):489-500.

37. Société Française de Médecine Générale (SFMG). Le patient et son généraliste « médecin traitant » [Internet]. 2010 [consulté le 7 avril 2016]. Disponible sur: http://www.sfmg.org/data/generateur/generateur_fiche/609/fichier_patient-et-generalistef4b78.pdf

38. Dalsheimer O. Évaluation de la transmission des données médicales en médecine générale : cas du changement de médecin traitant [UFR Médecine et Techniques Médicales] : Université de Bordeaux; 2015

39. le Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS). Le Dossier Personnel Médical en questions [Internet]. [consulté le 7 avril 2016]. Disponible sur: http://www.leciss.org/sites/default/files/110606_Dossier-medical-personnel.pdf

40. Cour des comptes. Le coût du dossier médical personnel depuis sa mise en place [Internet]. juill 2012 [consulté le 7 avril 2016]. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/content/download/53668/1420602/version/2/file/rapport_cout_dossier_medical_personnel.pdf

41. Lagger G, Pataky Z, Golay A. Efficacité de l'éducation thérapeutique. Revue Médicale Suisse. 2009;(196):688-90.

42. Haute Autorité de Santé. Education thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation [Internet]. 2007 [consulté le 7 avril 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf

43. Agence Régionale de Santé (ARS) Pays de la Loire. Projet régional de santé des Pays de la Loire [Internet]. 2015 [consulté le 7 avril 2016]. Disponible sur: http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_concertation_regionale/prs/prs_actualisation_juin_2015/Part1_ARS_juin_2015_normal.pdf

44. Brutus L. Retour vers le futur. Pratiques. janv 2013;(60):28-9.

45. BOUSQUET M-A. Concepts en médecine générale : tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline [UFR Médecine et Techniques Médicales] : Université Pierre et Marie Curie (Paris 6); 2013

46. Balint M, Valabrega J-P. Le Médecin, son malade et la maladie. Paris: Payot; 1996. 265-267 p.

47. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. Santé Publique. mai 2007;19:413-25.

48. Hurlimann C. Approche conceptuelle de la qualité des soins. Actualité et dossier en santé publique. juin 2001;(35)

49. Merit B. Les principaux critères de choix du médecin traitant en 2014 : une étude transversale descriptive auprès de patients de médecine générale en Vendée [UFR Médecine et Techniques Médicales]: Université d'Angers; 2014

50. Vanotti M. La relation médecin-patient. Des conditions de base à la conduite d'entretien [Internet]. [consulté le 7 avril 2016]. Disponible sur: http://www.cerfasy.ch/cours_relation.php

51. Pierron J-P. Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. Sciences sociales et santé. févr 2007;25:43-66.

52. Jaunait A. La relation de coopération médicale et l'asymétrie médecin-patient. Commentaire. Sciences sociales et santé. févr 2007;25:67-72.

53. Le Fur P, Yilmaz E. Modes d'accès aux spécialistes en 2006 et évolution depuis la réforme de l'Assurance maladie. Enquêtes santé protection sociale 2004 et 2006. Questions d'économie de la santé. août 2008;(134)

54. Legmann M, Romestaing P, Le Breton-Lerouvillois G. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2013 [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; [consulté le 7 avril 2016]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_2013.pdf

55. Ecole Nationale d'Administration (ENA) Promotion Emile Zola. La régulation de l'offre de soins de premier recours. [Internet]. [consulté le 7 avril 2016]. Disponible sur: http://80.87.224.113/index.php?/fr/content/download/4389/32415/file/rapport_groupe14.pdf

56. Burdillat M. Les nouvelles questions posées à la démographie médicale. Regards croisés sur l'Economie. 2009;(5):74-85.

57. Legmann M. Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale [Internet]. avril 2010 [consulté le 7 avril 2016]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Rapport%20Mission%20Legmann%20Version%20finale%2009%2004%2010.pdf

58. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Accessibilité Potentielle Localisée (APL) aux médecins généralistes libéraux [Internet]. [consulté le 7 avril 2016]. Disponible sur: http://carto.observatoire-des-territoires.gouv.fr/#v=map1;i=offre_sante.apl_mg_hmep;l=fr

59. Barlet M, Collin C, Dress, Bigard M, Levy D, Insee. Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité. Insee Première. oct 2012;(1418).

60. Lhéritier M, Péjout I, Assurance Maladie. L'activité abusive du médecin référent. Revue Médicale de l'Assurance Maladie. 35. 2004;37-43.

61. Clautour C. Parcours de suivi de grossesse des femmes résidant en zones sous-médicalisées : étude qualitative dans le Sud-Est de la Vendée [UFR Médecine et Techniques Médicales]: Université de Nantes; 2014

62. Salem G, Rican S, Vaillant Z, Bochaton A. Egalité bafouée. Pratiques. janv 2013;(60):12-3.

63. Agence Régionale de Santé (ARS) des Pays de la Loire. Indicateurs de santé. Spécificités territoriales en Vendée [Internet]. 2011 [consulté le 7 avril 2016]. Disponible sur: http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_actualites/etudes_publications/observation_analyses/indicateurs-sante-ars-vendee-oct2011.pdf

64. Leleu H. Mesure de la continuité longitudinale dans le champ des soins primaires dans le contexte français [UFR Médecine et Techniques Médicales]. Université Paris Sud-Paris XI; 2014

65. UFC Que Choisir. Santé - Se soigner est-il un luxe ? [Internet]. 2012 [consulté le 7 avril 2016]. Disponible sur: http://www.quechoisir.org/sante-bien-etre/systeme-de-sante/professionnel-de-sante/enquete-sante-se-soigner-est-il-un-luxe

VII. Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

Introduction

Bonjour Madame, Monsieur,

Je suis jeune médecin, actuellement en fin de cursus universitaire. Je réalise une thèse à propos de la population de Challans, ayant des difficultés à trouver un médecin traitant, ce qui est votre cas.
La démographie médicale actuelle amène certains territoires dont celui de la communauté de communes de Challans, à des difficultés d'accès aux soins. Nous sommes préoccupés par cette situation.

Je vous remercie beaucoup d'avoir accepté de me rencontrer afin de faire avancer ce travail de recherche. Notre rencontre consistera à un entretien d'une durée de 30 minutes environ. Il s'agira d'une discussion libre et confidentielle à partir de certains thèmes déterminés à l'avance. Tous les entretiens récoltés seront retranscrits à l'écrit puis analysés afin de mieux comprendre ce phénomène. Pour faciliter cela, si vous l'acceptez, nous serons enregistrés par un dictaphone. (accord ou non du patient)

Vous avez la possibilité à tout moment d'interrompre votre participation. Les informations vous concernant resteront strictement confidentielles. En application de la loi « informatique et liberté » du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, elles seront saisies dans un fichier informatique présentant les garanties de protection prévues par la loi. Votre identité ne sera citée nulle part.

Si vous êtes prêts nous pouvons commencer.

Données personnelles
Quel âge avez-vous ? Quelle est votre profession ? Quelle est votre situation familiale ? Où vivez ou ? (communes – bourg ou village ?) Quels moyens de déplacements utilisez-vous ?

Suivez-vous un traitement tous les jours ? Avez-vous ou avez-vous eu une maladie nécessitant un suivi ?

Question 1 : Pouvez-vous m'expliquer le fait que vous n'ayez pas de médecin traitant ?

- Nouveau arrivant/ départ du médecin/désir de changer/autre…
  Relance 1.1 : Qu'est-ce qui vous a incité choisir un nouveau MT ?

- Durée de la période sans MT
  Relance 1.2 : Depuis combien de temps n'avez-vous pas consulté votre médecin traitant ou depuis combien de temps n'avez-vous plus de médecin traitant ?

- Démarches effectuées et les freins rencontrés
  Relance 1.3 : Pouvez-vous me raconter ce que vous avez fait pour rechercher un MT ?

Question 2 : Que prenez-vous en compte dans le choix d'un médecin traitant ?

- La distance par rapport au domicile/au travail.
  Relance 2.1 : Quel temps de trajet et quelle distance vous semble acceptable pour consulter un médecin généraliste ?

Question 3 : Comment faites-vous quand vous êtes malade ?

- Motifs de consultation
  Relance 3.1 : Qu'est-ce qui vous a incité à consulter ?

- Lieux de consultations
  Relance 3.2 : Où avez-vous consulté ?

- Nombre moyen de consultations
  Relance 3.3 : Combien de fois avez-vous eu besoin de faire appel à un médecin depuis que vous n'avez pas de médecin référent ?

- Impression sur la prise en charge

Relance 3.4 : Avez-vous eu l'impression d'être bien soigné ? / Avez-vous été correctement remboursé ?

Question 4A : Comment faites-vous pour votre suivi pour … (nom de la pathologie) ?

- Renoncement aux soins ? Moins de consultations ? Renoncement à des ttt ? Rupture de suivi ?
  Relance 4.1 : Avez-vous déjà renoncé à des soins / abandonné des traitements ?
  Si renoncement aux soins : Quelles raisons vont ont incité à ne pas consulter ?

Question 4B : Pensez-vous que cette situation a changé quelque chose pour vous concernant la prévention (par exemple, les vaccins, les frottis, la surveillance de votre état de santé) ? Avez-vous récupéré votre dossier médical ?

Question 5 : Comment vivez-vous le fait de ne pas avoir de médecin traitant ?

- Relance 5.1 : Que pensez-vous du refus des médecins de prendre en charge de nouveaux patients ?
- Relance 5.2 : Selon vous quels sont les motifs des médecins pour refuser de prendre en charge de nouveaux patients ?

Question 6 : Comment imaginez-vous l'avenir ?

- Relance 6.1 : Comment pensez-vous que la situation actuelle concernant la démographie médicale va évoluer ?
- Relance 6.2 : Pensez-vous trouver ou avez-vous déjà trouvé une solution à votre problème ?
- Relance 6.3 : L'Etat devrait-il faire quelque chose pour régler ce problème ? Quoi à votre avis ?

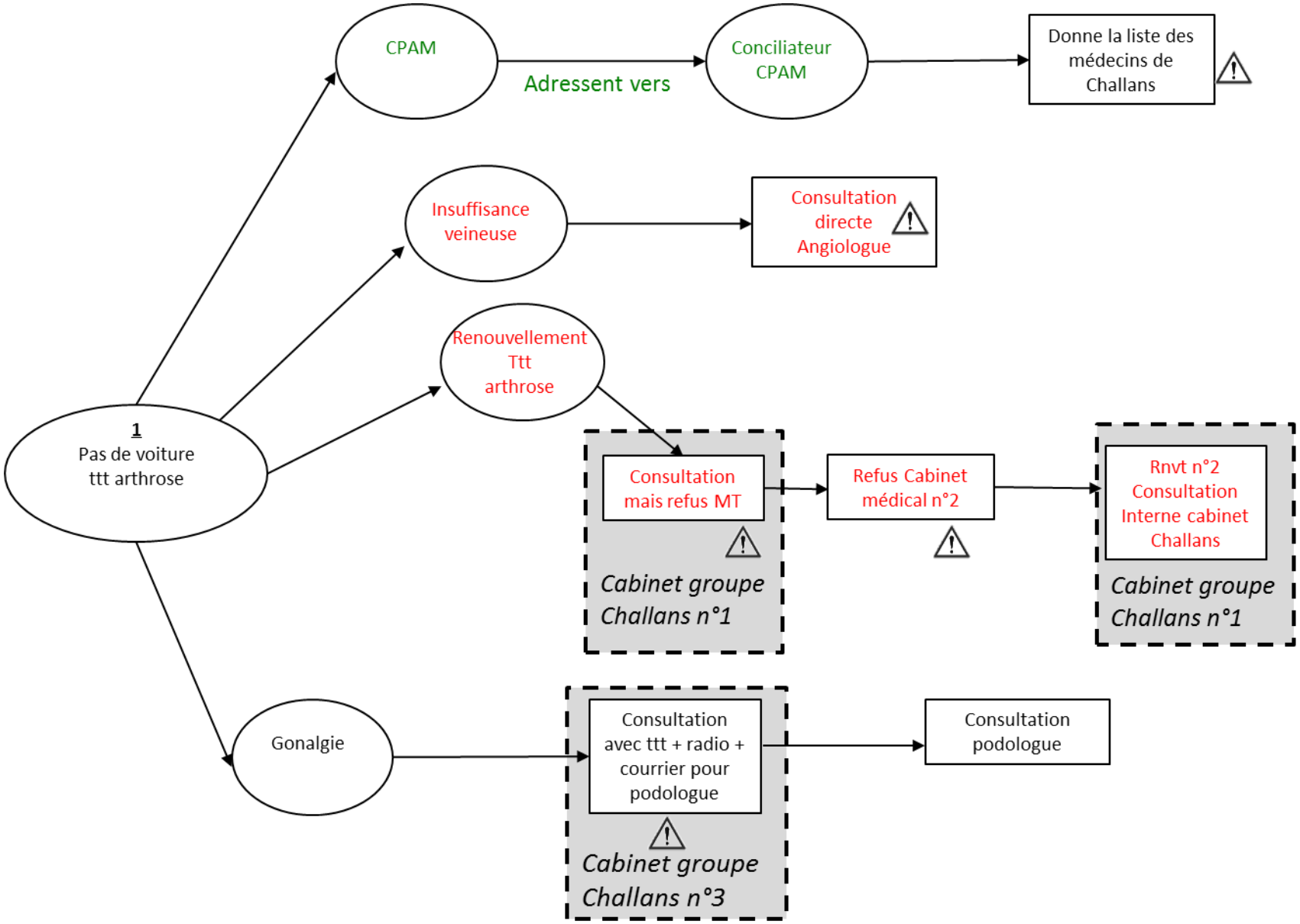
Conclusion : Je vous remercie de votre participation. Souhaitez-vous rajouter quelque chose ?

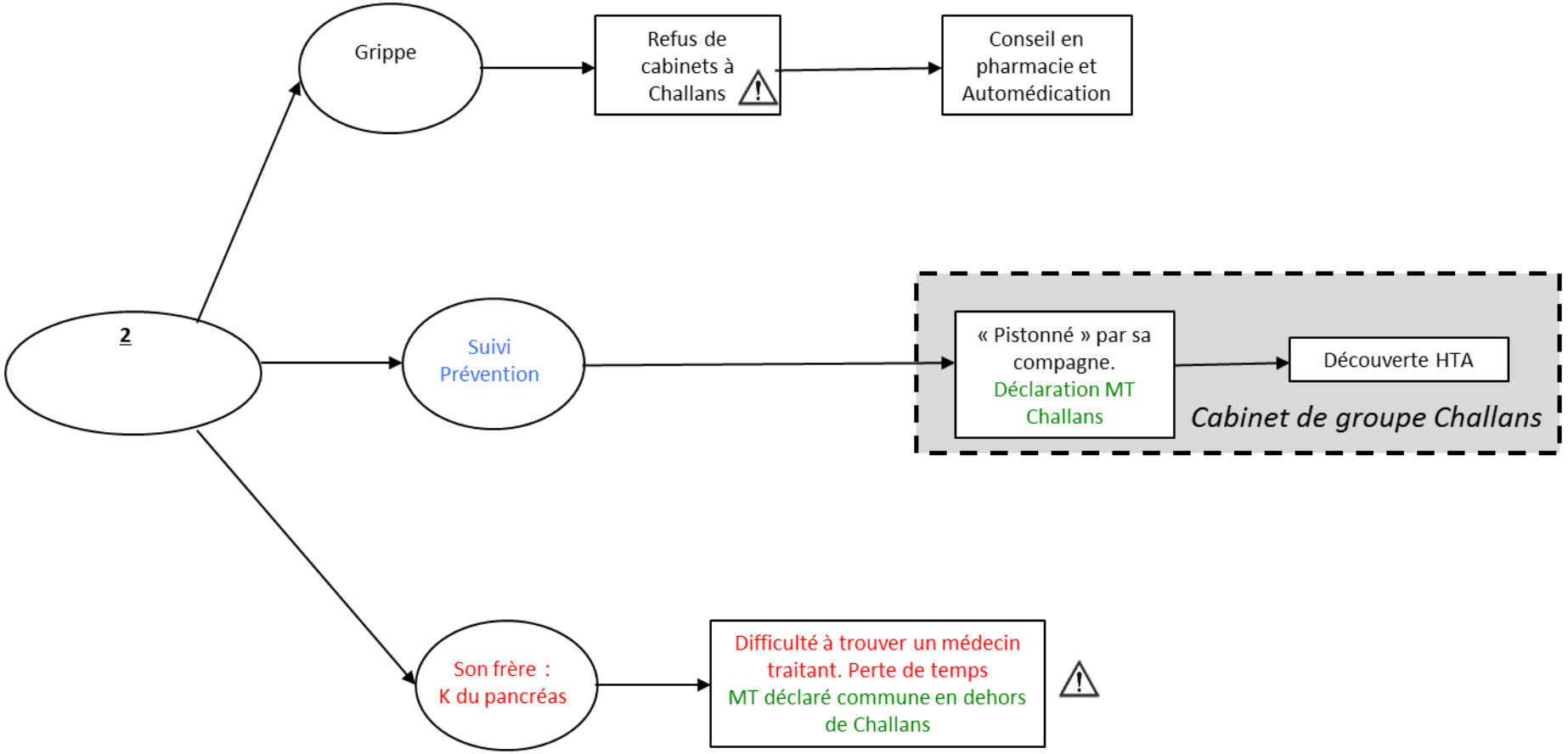
Annexe 2 : Les parcours de la recherche de soin

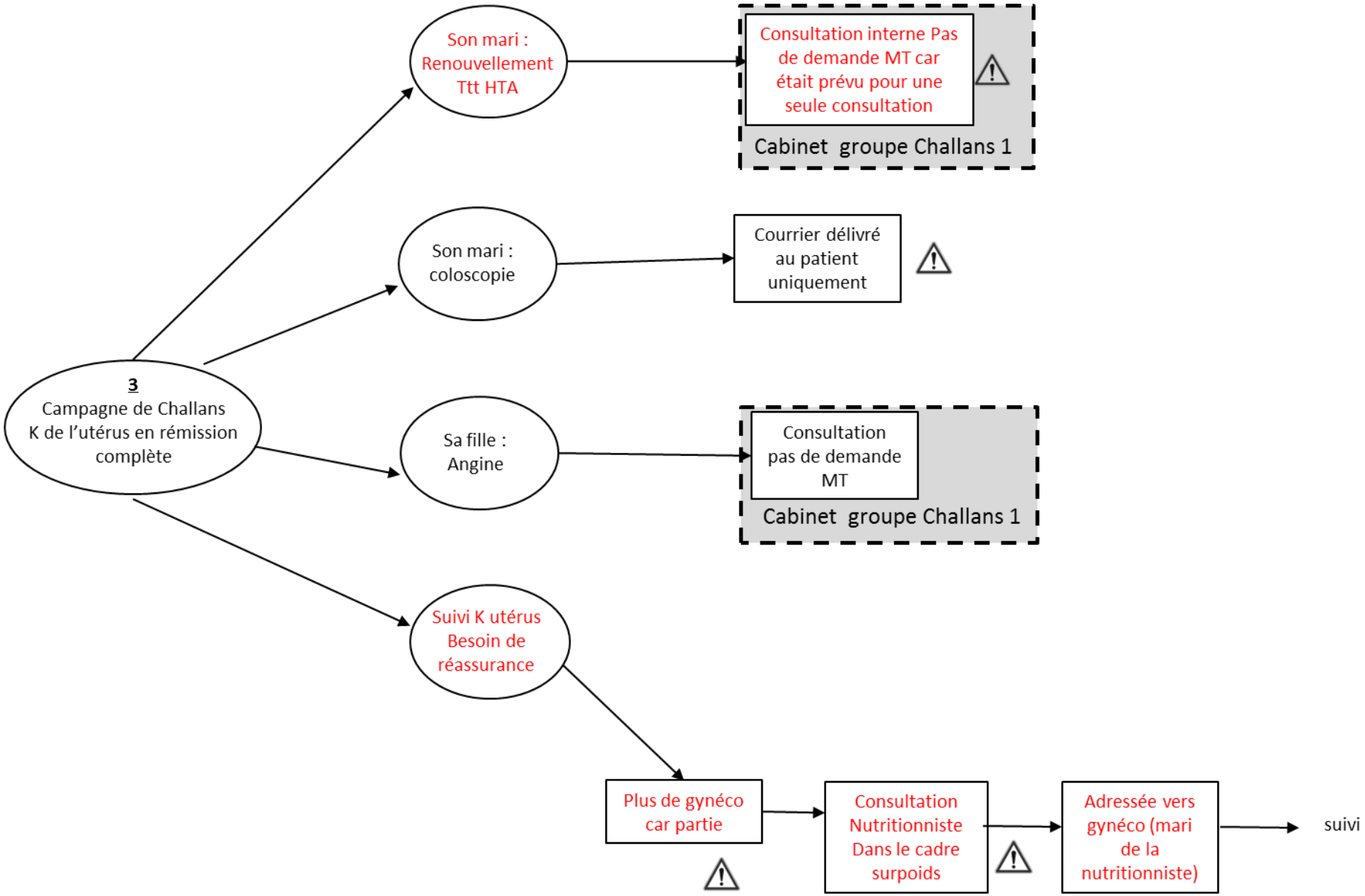
Rouge : Pathologies chroniques

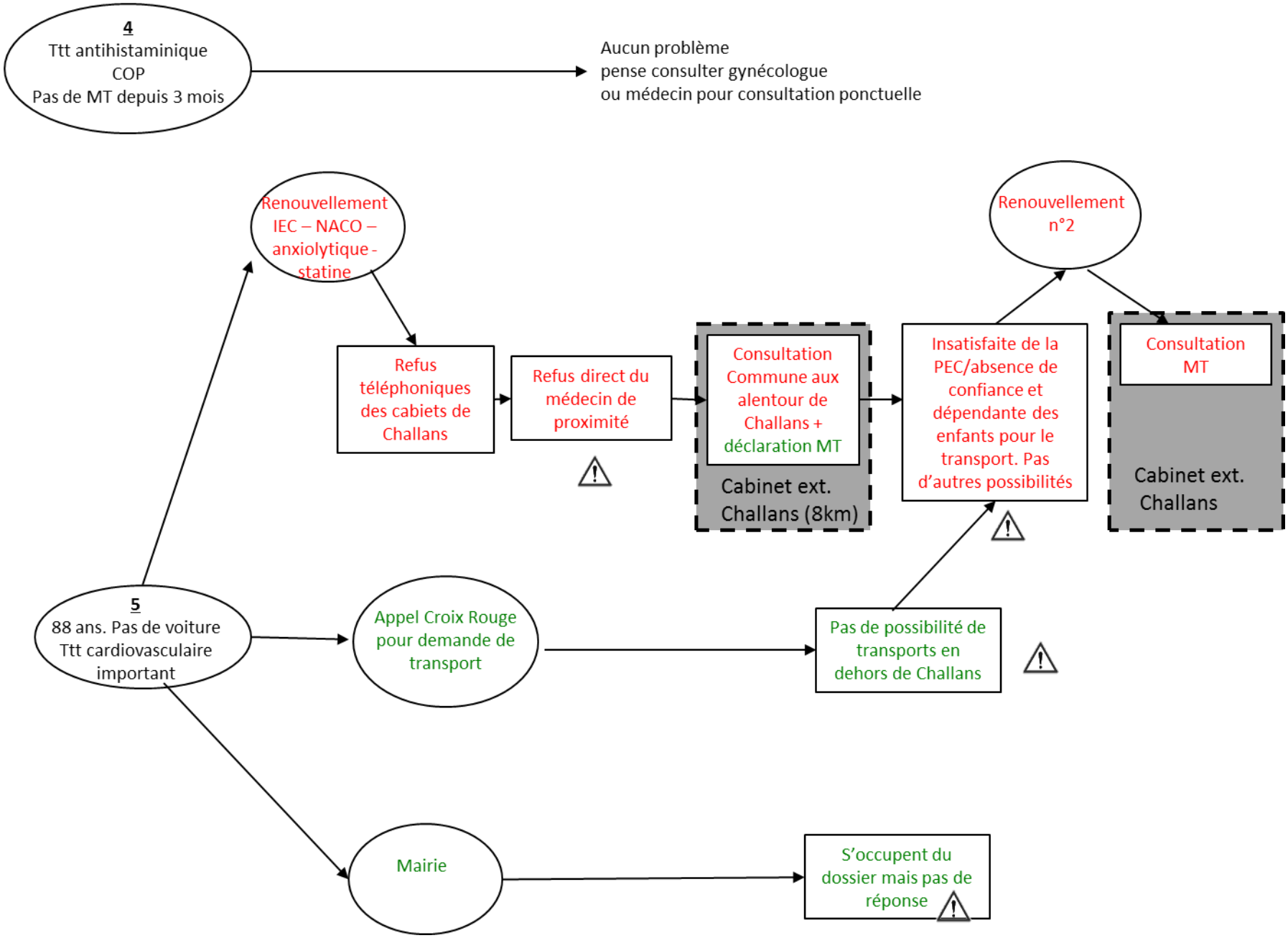
Bleu : Prévention

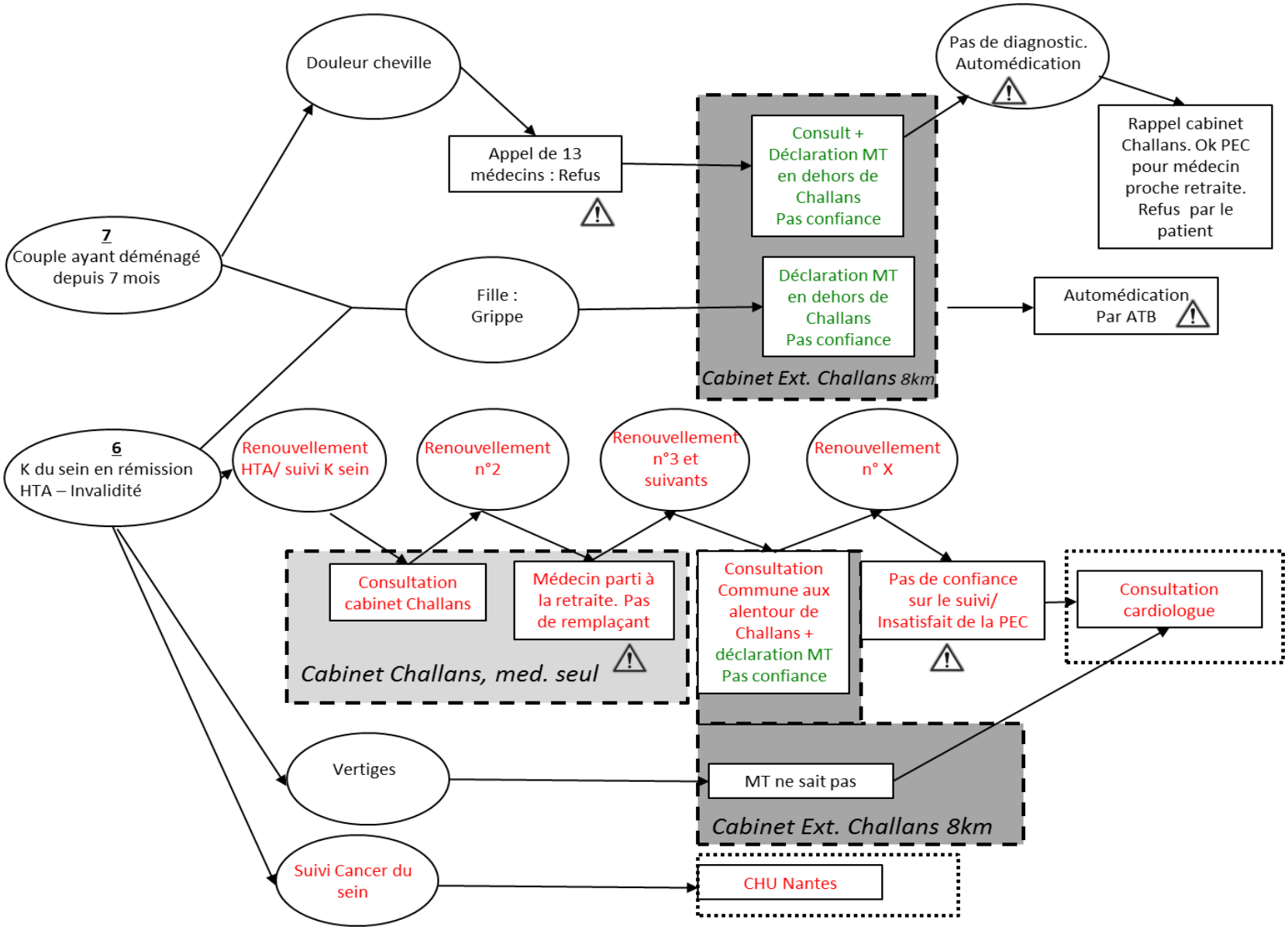
Vert : Administratif

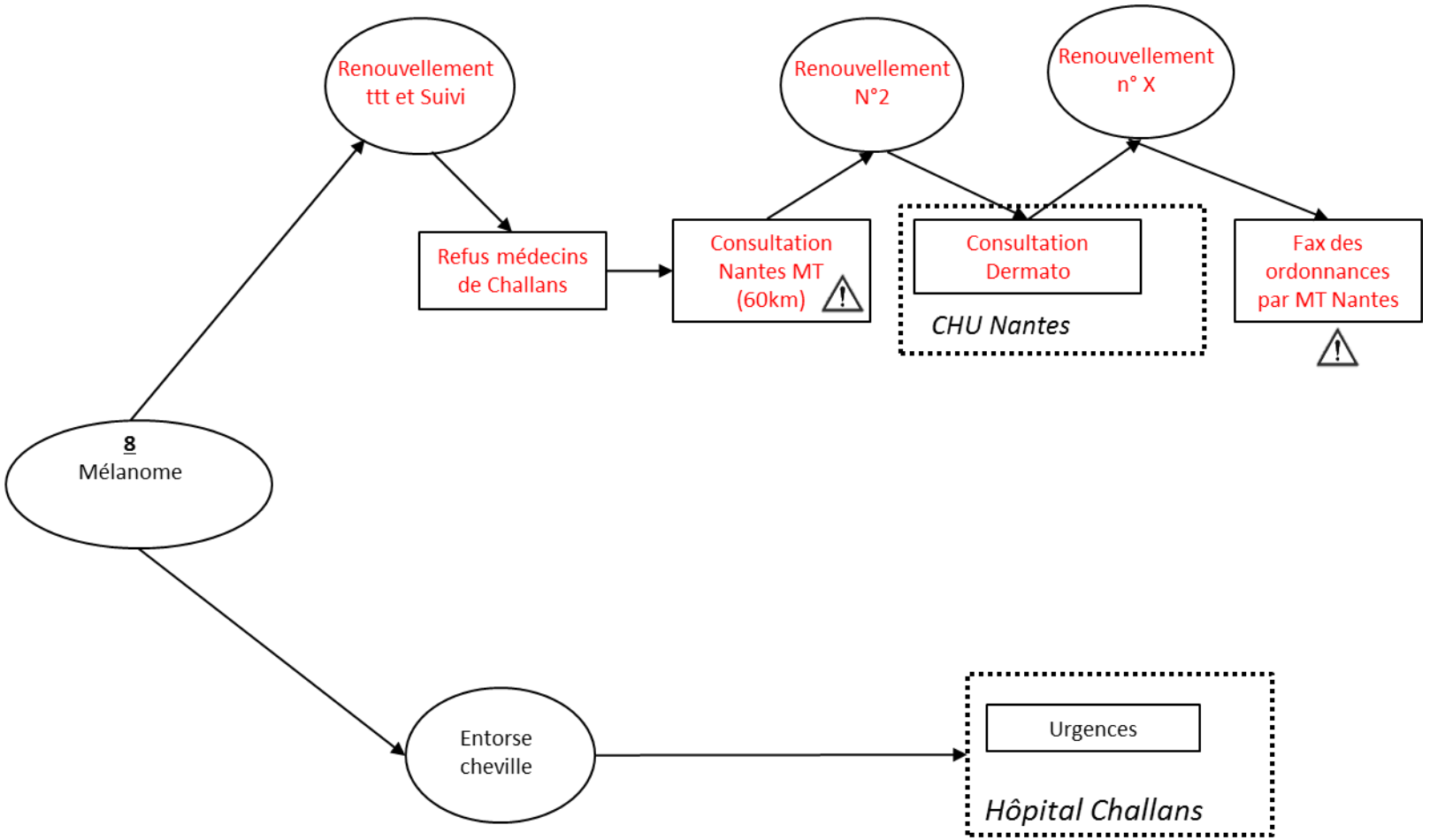

CPAM
Adressent vers
Conciliateur CPAM
Donne la liste des médecins de Challans
Insuffisance veineuse
Consultation directe Angiologue
Renouvellement Ttt arthrose
1
Pas de voiture
ttt arthrose
Consultation mais refus MT
Cabinet groupe Challans n°1
Refus Cabinet médical n°2
Rnvt n°2 Consultation Interne cabinet Challans
Cabinet groupe Challans n°1
Gonalgie
Consultation avec ttt + radio + courrier pour podologue
Cabinet groupe Challans n°3
Consultation podologue

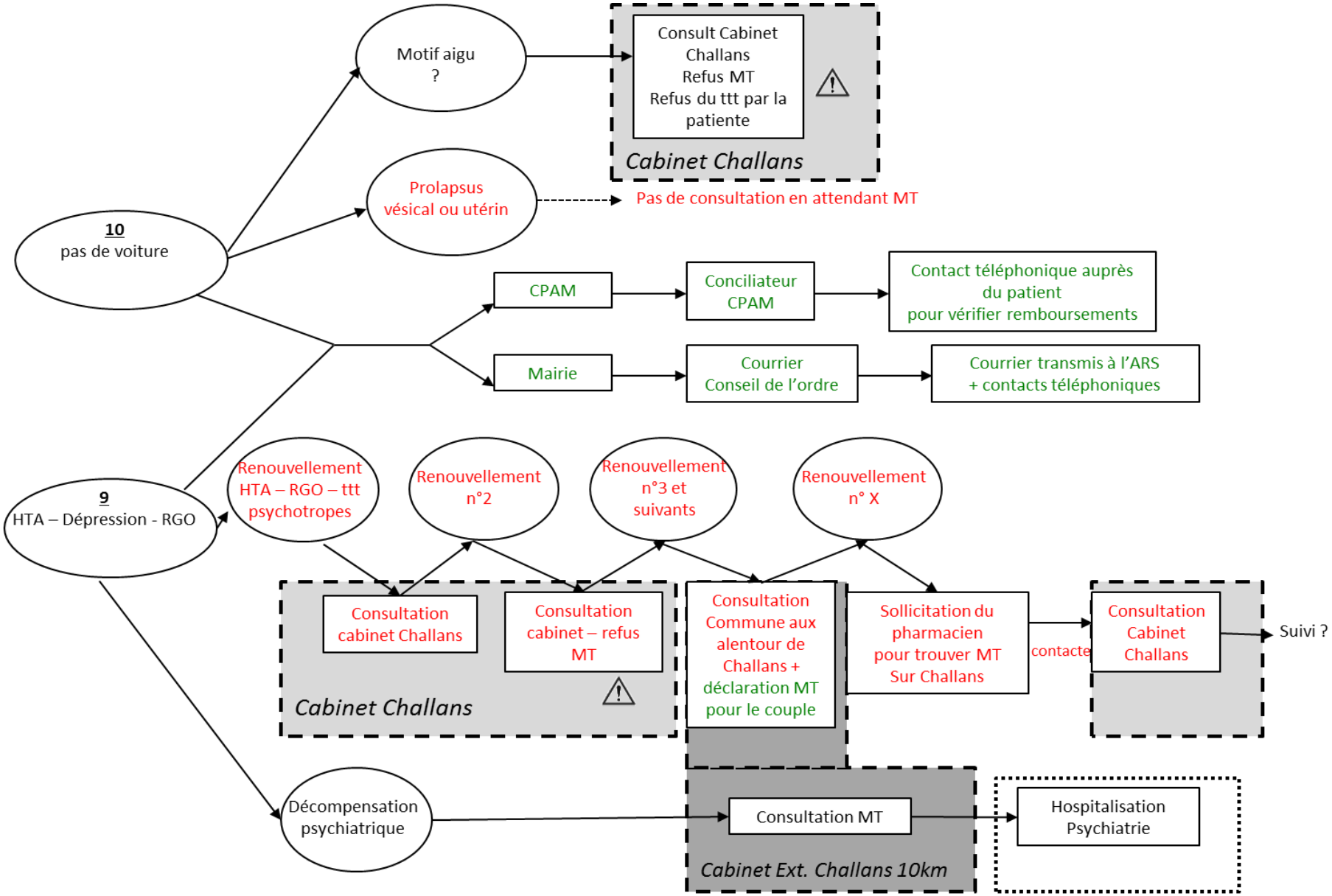

2
Grippe
Refus de cabinets à Challans
Conseil en pharmacie et Automédication
Suivi Prévention
« Pistonné » par sa compagne.
Déclaration MT Challans
Découverte HTA
Cabinet de groupe Challans
Son frère : K du pancréas
Difficulté à trouver un médecin traitant. Perte de temps
MT déclaré commune en dehors de Challans

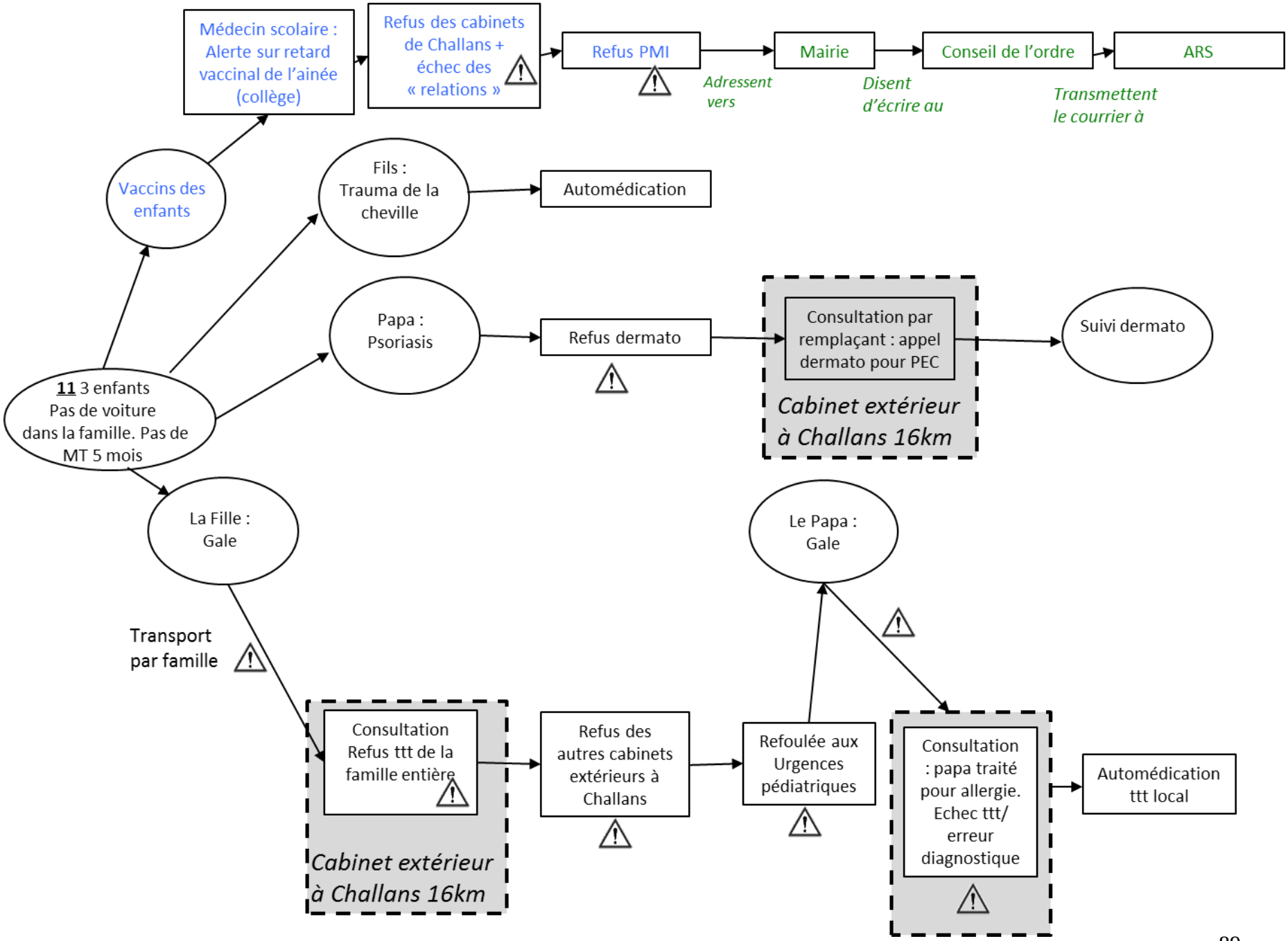

3
Campagne de Challans
K de l'utérus en rémission complète
Son mari : Renouvellement Ttt HTA
Consultation interne Pas de demande MT car était prévu pour une seule consultation
Cabinet groupe Challans 1
Son mari : coloscopie
Courrier délivré au patient uniquement
Sa fille : Angine
Consultation pas de demande MT
Cabinet groupe Challans 1
Suivi K utérus Besoin de réassurance
Plus de gynéco car partie
Consultation Nutritionniste Dans le cadre surpoids
Adressée vers gynéco (mari de la nutritionniste)
suivi

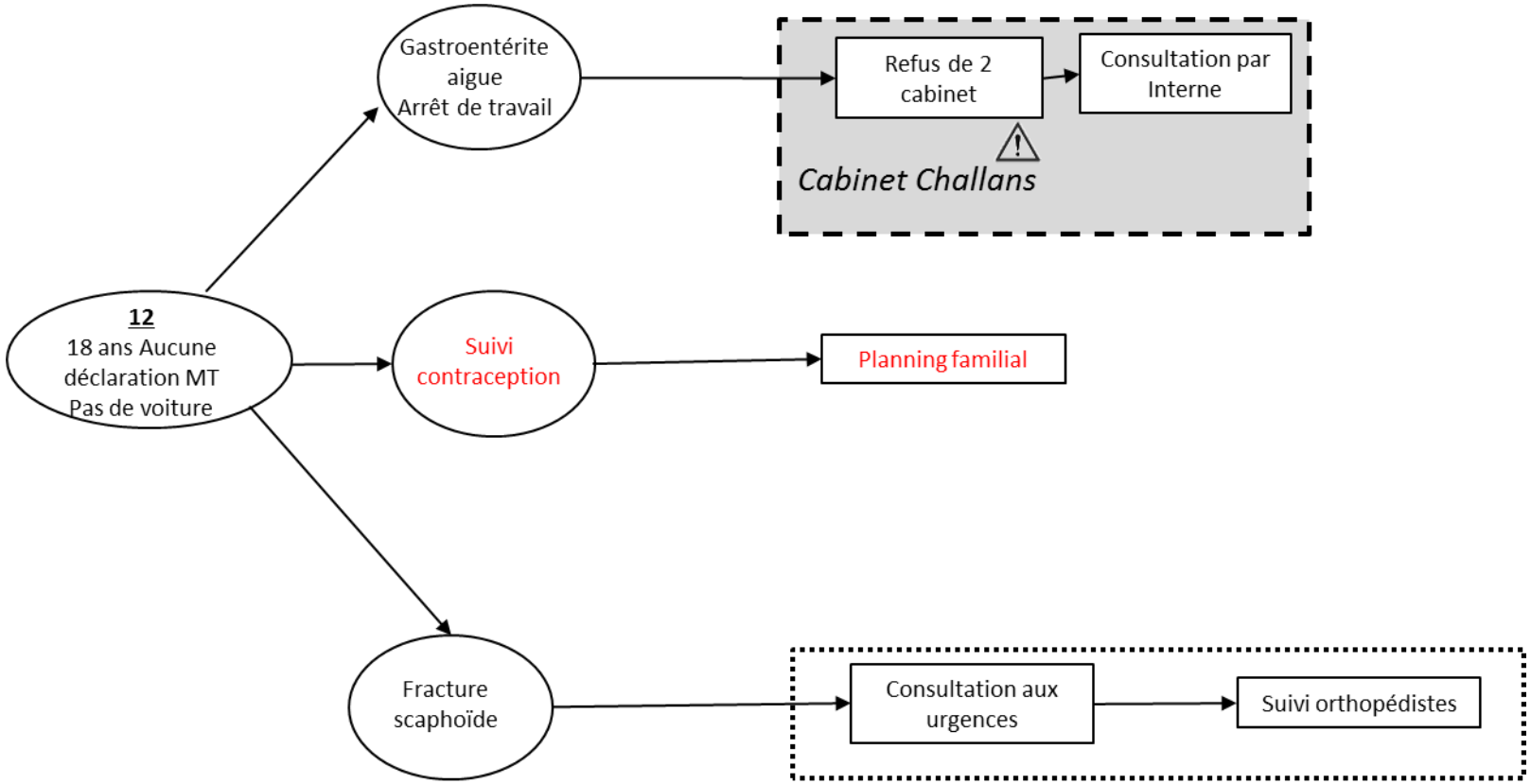

4
Ttt antihistaminique
COP
Pas de MT depuis 3 mois
Aucun problème
pense consulter gynécologue
ou médecin pour consultation ponctuelle
Renouvellement IEC – NACO – anxiolytique - statine
Refus téléphoniques des cabiets de Challans
Refus direct du médecin de proximité
Consultation Commune aux alentour de Challans + déclaration MT
Cabinet ext. Challans (8km)
Insatisfaite de la PEC/absence de confiance et dépendante des enfants pour le transport. Pas d'autres possibilités
Renouvellement n°2
Consultation MT
Cabinet ext. Challans
5
88 ans. Pas de voiture
Ttt cardiovasculaire important
Appel Croix Rouge pour demande de transport
Pas de possibilité de transports en dehors de Challans
Mairie
S'occupent du dossier mais pas de réponse

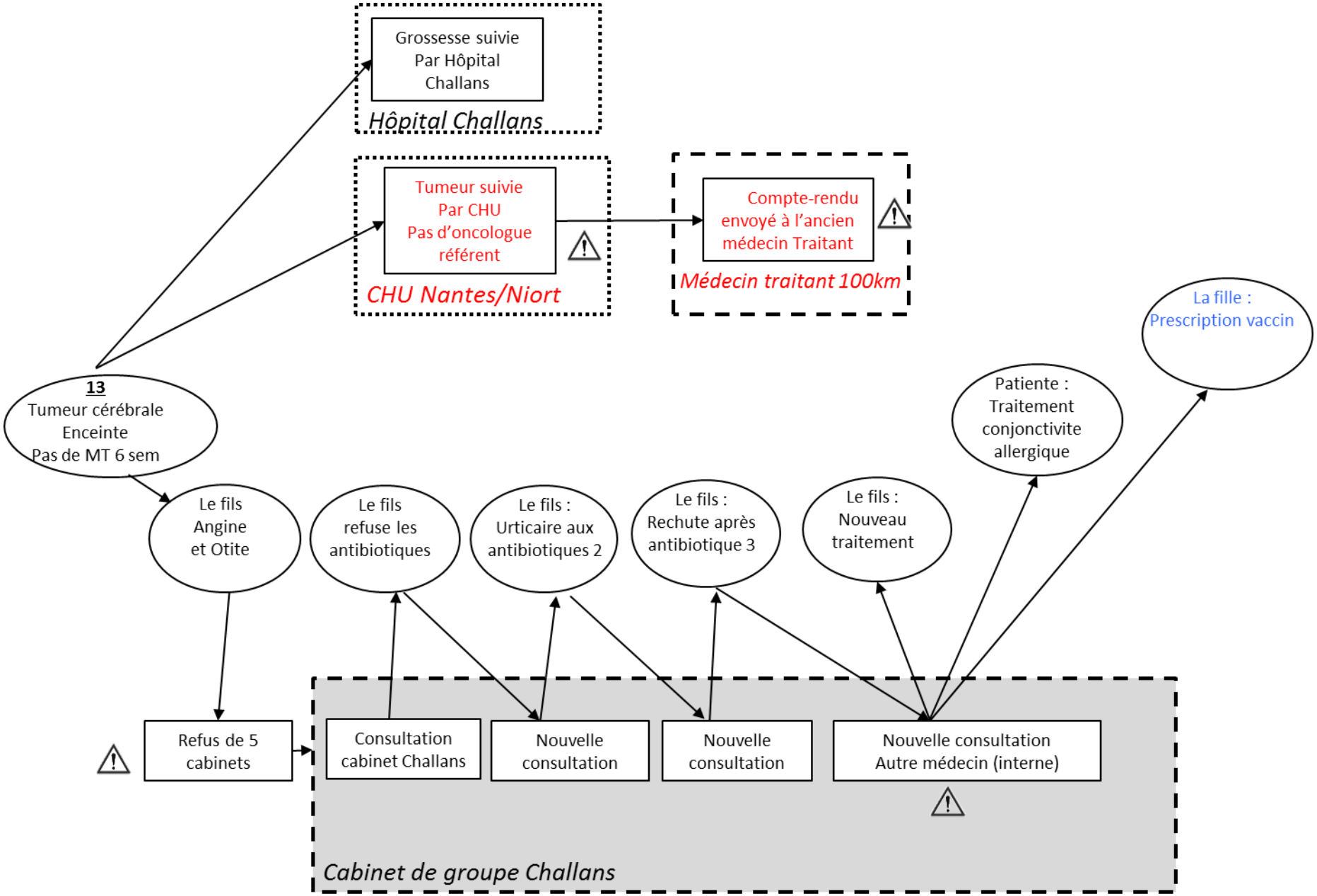

Douleur cheville
Appel de 13 médecins : Refus
Pas de diagnostic. Automédication
Consult + Déclaration MT en dehors de Challans Pas confiance
Rappel cabinet Challans. Ok PEC pour médecin proche retraite. Refus par le patient
7
Couple ayant déménagé depuis 7 mois
Fille : Grippe
Déclaration MT en dehors de Challans Pas confiance
Automédication Par ATB
Cabinet Ext. Challans 8km
6
K du sein en rémission HTA – Invalidité
Renouvellement HTA/ suivi K sein
Renouvellement n°2
Renouvellement n°3 et suivants
Renouvellement n° X
Consultation cabinet Challans
Médecin parti à la retraite. Pas de remplaçant
Cabinet Challans, med. seul
Consultation Commune aux alentour de Challans + déclaration MT Pas confiance
Pas de confiance sur le suivi/ Insatisfait de la PEC
Consultation cardiologue
Vertiges
MT ne sait pas
Cabinet Ext. Challans 8km
Suivi Cancer du sein
CHU Nantes


Renouvellement ttt et Suivi
Renouvellement N°2
Renouvellement n° X
Refus médecins de Challans
Consultation Nantes MT (60km)
Consultation Dermato
CHU Nantes
Fax des ordonnances par MT Nantes
8
Mélanome
Entorse cheville
Urgences
Hôpital Challans


Motif aigu ?
Consult Cabinet Challans
Refus MT
Refus du ttt par la patiente
Cabinet Challans
Prolapsus vésical ou utérin
Pas de consultation en attendant MT
10
pas de voiture
CPAM
Conciliateur CPAM
Contact téléphonique auprès du patient pour vérifier remboursements
Mairie
Courrier Conseil de l'ordre
Courrier transmis à l'ARS + contacts téléphoniques
9
HTA – Dépression - RGO
Renouvellement HTA – RGO – ttt psychotropes
Renouvellement n°2
Renouvellement n°3 et suivants
Renouvellement n° X
Consultation cabinet Challans
Consultation cabinet – refus MT
Cabinet Challans
Consultation Commune aux alentour de Challans + déclaration MT pour le couple
Sollicitation du pharmacien pour trouver MT Sur Challans
contacte
Consultation Cabinet Challans
Suivi ?
Décompensation psychiatrique
Consultation MT
Cabinet Ext. Challans 10km
Hospitalisation Psychiatrie


Médecin scolaire : Alerte sur retard vaccinal de l'ainée (collège)
Refus des cabinets de Challans + échec des « relations »
Refus PMI
Adressent vers
Mairie
Disent d'écrire au
Conseil de l'ordre
Transmettent le courrier à
ARS
Vaccins des enfants
Fils : Trauma de la cheville
Automédication
Papa : Psoriasis
Refus dermato
Consultation par remplaçant : appel dermato pour PEC
Cabinet extérieur à Challans 16km
Suivi dermato
11 3 enfants Pas de voiture dans la famille. Pas de MT 5 mois
La Fille : Gale
Le Papa : Gale
Transport par famille
Consultation Refus ttt de la famille entière
Cabinet extérieur à Challans 16km
Refus des autres cabinets extérieurs à Challans
Refoulée aux Urgences pédiatriques
Consultation : papa traité pour allergie. Echec ttt/ erreur diagnostique
Automédication ttt local


12
18 ans Aucune déclaration MT Pas de voiture
Gastroentérite aigue Arrêt de travail
Refus de 2 cabinet
Consultation par Interne
Cabinet Challans
Suivi contraception
Planning familial
Fracture scaphoïde
Consultation aux urgences
Suivi orthopédistes


Grossesse suivie
Par Hôpital
Challans
Hôpital Challans
Tumeur suivie
Par CHU
Pas d'oncologue
référent
CHU Nantes/Niort
Compte-rendu
envoyé à l'ancien
médecin Traitant
Médecin traitant 100km
13
Tumeur cérébrale
Enceinte
Pas de MT 6 sem
La fille :
Prescription vaccin
Patiente :
Traitement
conjonctivite
allergique
Le fils
Angine
et Otite
Le fils
refuse les
antibiotiques
Le fils :
Urticaire aux
antibiotiques 2
Le fils :
Rechute après
antibiotique 3
Le fils :
Nouveau
traitement
Refus de 5
cabinets
Consultation
cabinet Challans
Nouvelle
consultation
Nouvelle
consultation
Nouvelle consultation
Autre médecin (interne)
Cabinet de groupe Challans

Annexe 3 : Compte rendu réunion ARS 5 Juin 2014

Compte rendu rédigé à partir du verbatim de la réunion

Contexte : Ferme de la Cailletière à Challans, en présence des élus des communes de Challans, Sallertaine, Saint Christophe du Ligneron, Froidfond, Soullans, Le Perrier, La Garnache et Commequiers, des médecins généralistes, des représentant de l'URPS, conseil de l'ordre, centre hospitalier, CPAM et MSA. Le comité territorial d'accompagnement des soins de premiers recours.

1ere réunion en mai 2012 suite à des plaintes de patients reçues à l'ARS en 2011 pour trouver un MT et avoir un suivi médical. Saisie de l'ARS/mairie et hôpital. Ce territoire n'était pourtant pas historiquement repéré comme une zone en tension avec un nombre de médecins pas vraiment bas. Cette première réunion avait conduit à la décision d'une enquête sur les conditions de travail des médecins à Challans => transmise au conseil de l'ordre puis à l'ARS après anonymisation des réponses.

Enquête de l'ARS réalisée fin 2012 sur les conditions de travail des médecins généralistes auprès des 41 médecins de Challans et de ses environs. Sur 41 MG, 15 ont répondu de manière plus ou moins complète. Les médecins isolés ont plus répondu. 10 avaient une activité exclusivement libérale, les autres avaient des activités mixtes (EHPAD…). Activité très hétérogène, en groupe ou seul avec parfois une activité très importante et des activités très disparates au sein d'un même cabinet. Expriment la difficulté à trouver un remplaçant. Interrogation sur l'avenir. Grosse disparité d'exercice de 4000 à plus de 12 000 actes par an. Temps choisi avec parfois 2,5 jours ou 3 jours par semaine.

Les zones fragiles : pour catégoriser les zones fragiles, il y avait un nombre limité d'habitants pouvant entrer dans ces zones fragiles. En Vendée, 80 000 habitants devaient en faire partie. Ces zones permettent certains avantages dont des avantages économiques.

Discussion de la faible portée de cette étude en CATS Comité d'accompagnement territorial de premier secours (CPAM + MSA + URPS + Conseil de l'Ordre + représentants des maires + ARS + préfecture). Décision de compléter l'étude par l'analyse des actes et des flux.

Etude de la MSA 2013 sur les flux de patients en médecine générale. 80% des patients du territoire consultent un médecin du canton. Les autres consultent en grande majorité dans les cantons périphériques. Pas de fuite vers les autres cantons. En déduisent que ce n'est pas une zone où il y a des problèmes de flux de patientèle et que l'offre est suffisante. Pour la MSA, ce n'est pas que les gens ne sont pas soignés, c'est le problème du médecin traitant. Conditions d'exercice assez lourdes

pour certains médecins qui ne s'engagent pas dans un contrat de médecin traitant d'autant plus que la situation est complexe.

80% vers la communauté de commune (com com) de Challans ; 3,4% com com de Machecoul ; 3% com com de Sion Océan Marais de Mont ; 2,8% Bouin ; 2,8% Palluau et 6,8% ailleurs. Limites de l'étude : pas d'analyse de flux des autres communautés de communes vers Challans (exemple de Beauvoir avec désert médical, pas de plaintes = consultation des patients ailleurs), ni des étudiants et des travailleurs de Loire Atlantique, des vacanciers 6 mois/12 qui ont un médecin traitant ailleurs. Pas non plus de prise en compte des patients venant de la côte.

Etude de la CPAM : Activité des médecins généralistes de la communauté de commune de Challans plus faible que les autres en Vendée. 4800 actes en moyenne par an contre 5600 sur la moyenne départementale. 19 médecins généralistes sur 25 qui réalisent moins d'actes que la moyenne des médecins généraliste. En moyenne 65% des actes sont en rapport avec MT. (Vs 75% en moyenne en Vendée). Ceci explique les plaintes des patients qui n'ont pas de médecin traitant.

En 2013 : 18 plaintes écrites adressées à la CPAM

En 2014 : 15 plaintes écrites sur le premier trimestre 2014 expliquées par le départ d'un médecin début janvier 2014 avec très grosse activité.

Challans est la première commune en terme de plaintes d'accès au médecin traitant en Vendée. 2ème commune avec des plaintes en Vendée : Fontenay le comte. Mais zone connue sous tension.

Les urgences du CH de Challans, constatent eux aussi, une majoration de leur activité au premier trimestre 2014 en comparaison aux autres années. Réelle relation ? Ou saison ? Ou hasard ? Mais constatation de consultations aux urgences pour fièvre, infection ORL avec parfois des RDV trop tardifs incitant de consulter en urgence (ex : otalgie)

Pourquoi c'est compliqué ?

- A des moments de tension, des patients des communes avoisinantes à Challans, ont trouvé un médecin sur Challans et le gardent même si il y a un médecin installé par la suite dans leur commune car relation développée avec le médecin et sécurisés.
- Beaucoup de développement immobilier sans les structures en conséquence.
- Flux touristique l'été
- Pas d'installation de jeune médecin car :
    - Pas de projet actuellement de maison de santé sur Challans.
    - Difficulté à renouveler les médecins dans les cabinets de groupe

- Les spécialistes qui disparaissent (psy, gynéco, dermato…) avec des délais d'accès aux référents qui s'allongent. La Vendée est le département au niveau régional qui a le nombre de spécialites le plus faible.
- Territoire moins attractif. Accès à Nantes avec route et train.
- Secteurs de gardes. Pas de CAPS.
- Pas toujours de travail pour le conjoint.
- Peur de la gestion humaine (secrétaire, femme de ménage…) et des tâches administratives

Solutions évoquées :

- Travailler sur l'accueil de médecins spécialistes pour ne pas isoler le premier recours
- Maison de santé pluridisciplinaire. Exemple de la Chataigneraie qui est reconnue comme zone fragile. 1 médecin sur les 3 nouveaux installés a fait le CESP Contrats d'incitations : CESP, Praticien Territorial de Médecine Générale. Les contrats CESP seraient tous signés.
- Accueil des étudiants : bon nombre de médecins sont maîtres de stage sur le nord ouest vendéen.

  Proposition d'un projet commun collectif pour l'accueil des étudiants (ceux de l'hôpital + ceux en stage ambulatoire) avec petit pot d'accueil et présentation du territoire et avoir leur avis sur l'avenir. Faire des GEP (Groupe d'Echange de Pratique) sur la communauté de commune.
- Salariats de médecins mais mauvaise idée selon les institutions car expérience de centres de santé avec salariés : repousse l'installation et rapport difficile avec autres libéraux.
- Alternative avec les murs et secrétariat gérés par la commune. Collaboration. Proposition d'activité mixte à l'hôpital. Idée de référencier les activités salariées. Travail sur échelle intercommunale
- Demander à un cabinet de conseil de faire une analyse du territoire et de voir les différentes possibilités de maison médicale

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

NOM : CHATAIGNER PRENOM : Aline

Difficultés d'accès au médecin traitant et conséquences ressenties sur la qualité des soins par les patients. Etude qualitative sur la commune de Challans en Vendée en 2014

RESUME

Introduction : Actuellement, la répartition des médecins sur le territoire est une problématique importante. Des patients, dans certaines régions, sont déjà en difficulté pour trouver un médecin traitant. C'est le cas dans la commune de Challans, en Vendée.

L'objectif principal de l'étude était de comprendre si la difficulté d'accès à un médecin traitant entrainait des conséquences sur la qualité des soins, selon les patients.

Méthode : Il a été réalisé une enquête qualitative, par entretiens semi-directifs, auprès de patients de Challans présentant des difficultés à avoir un médecin traitant. Treize patients ont été recrutés via différents canaux (direct, indirect, relai institutionnel, informateur relais), puis rencontrés entre avril et juin 2014.

Résultats : Les patients arrivent à accéder à une consultation de médecine générale au prix d'une persévérance parfois acharnée. L'accessibilité physique et aux créneaux de consultations sont des obstacles à franchir pour la recherche du soin. Un nomadisme médical est imposé entrainant parfois des accès directs aux spécialistes. La continuité des soins est mise à mal avec des pertes d'informations et l'absence de dossier médical pour certains. Il existe une sensation très importante d'insécurité dans le diagnostic, la prévention, les traitements et le suivi. Les patients témoignent d'un retard aux consultations et parfois même à des renoncements aux soins. L'impact financier est non négligeable car les remboursements par l'assurance maladie sont minorés. Les administrations sollicitées sont peu aidantes.

Conclusion : La qualité des soins est globalement mise à mal, pour ces patients. Ils sont victimes d'une double peine médicale et financière. Cette situation, si des mesures efficaces ne sont pas rapidement mises en place, risque de s'aggraver et de majorer les inégalités sociales préexistantes.

MOTS-CLES

accès aux soins, médecin traitant, qualité des soins, continuité des soins, patient, médecine générale, médecin généraliste