



HAL
open science

Un an de consultations avancées à la maison de santé d'Hagetmau dans les Landes : le bilan

Amandine Lestage

► **To cite this version:**

Amandine Lestage. Un an de consultations avancées à la maison de santé d'Hagetmau dans les Landes : le bilan. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01844817

HAL Id: dumas-01844817

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01844817>

Submitted on 19 Jul 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2018

N° 88

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le 05 Juillet 2018

Par Amandine LESTAGE

Née le 29 Juin 1988 à Dax

Un an de consultations avancées à la maison de santé
d'Hagetmau dans les Landes : le bilan

Directrice de thèse Madame le Docteur Annie BARTHOLOMEUS

Rapporteur Monsieur le Docteur Christophe ADAM

Jury

Président du jury Monsieur le Professeur Roger SALAMON

Monsieur le Docteur Laurent MAGOT

Monsieur le Docteur Christophe ADAM

Monsieur le Docteur Bernard LAHITTON

Université de Bordeaux
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2018

N° 88

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le 05 Juillet 2018

Par Amandine LESTAGE

Née le 29 juin 1988 à Dax

Un an de consultations avancées à la maison de santé
d'Hagetmau dans les Landes : le bilan

Directrice de thèse Madame le Docteur Annie BARTHOLOMEUS

Rapporteur Monsieur le Docteur Christophe ADAM

Jury

Président du jury Monsieur le Professeur Roger SALAMON

Monsieur le Docteur Laurent MAGOT

Monsieur le Docteur Christophe ADAM

Monsieur le Docteur Bernard LAHITTON

Je tiens à adresser mes sincères remerciements,

A Monsieur le Professeur Roger SALAMON, vous me faites l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Laurent MAGOT, vous m'avez apporté une aide précieuse lors de l'élaboration du projet de cette thèse et je vous en suis profondément reconnaissante. Merci d'avoir accepté de juger mon travail et veuillez recevoir l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Christophe ADAM, vous avez accepté d'être le rapporteur de ce travail et de faire partie de ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Bernard LAHITTON, vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez recevoir l'expression de mon profond respect et de ma gratitude. Je vous remercie également pour le temps consacré à la maison de santé permettant de développer ces consultations ô combien importantes pour les patients.

A Madame le Docteur Annie BARTHOLOMEUS, pour m'avoir confié ce travail, pour votre accompagnement et vos encouragements. Pour votre enthousiasme et votre gaieté quotidienne dans l'exercice de votre métier qui ont conforté mon choix d'exercer la médecine générale.

A tous les professionnels de la maison de santé qui m'ont aidé de près ou de loin à l'élaboration de ce travail. Et particulièrement au Docteur Raphaël PREISSER pour ses conseils, pour son aide statistique et pour ses multiples lectures et corrections. Merci également au Docteur Cécilia TORESSAN pour m'avoir consacré un peu de son temps.

Aux secrétaires de la maison de santé, Elisabeth, Isabelle et Martine, pour leur disponibilité et leur gentillesse.

A ma famille, mes parents, mes frères, pour leur amour et leur soutien,
A Rémi et Raphaël, les deux hommes de ma vie, merci pour votre soutien et votre réconfort dans les moments difficiles,
Maman, merci pour ta présence sans faille durant toutes ces années, merci pour tes petits plats, tes visites à Bordeaux, ton amour inconditionnel,
Paul, pour avoir accepté de lire ce travail,
Eric, pour ton anglais infailible,
Mes grands-parents bien sûr, merci d'être toujours là...
Ce travail vous est dédié comme témoignage de ma reconnaissance et de mon affection.

A mes amis, ceux présents depuis le début et ceux rencontrés durant les études de médecine.

Introduction	6
I. Les consultations avancées sur Hagetmau, une zone rurale sous-médicalisée dans les Landes	7
1. Les Landes	7
a) Démographie générale	7
b) Démographie médicale	10
2. Le territoire d'Hagetmau	14
a) Démographie générale	14
b) Démographie médicale	16
c) Comparaison	18
3. Création d'une MSP sur Hagetmau	19
a) Origine et état des lieux en France	19
b) Contexte et projet sur Hagetmau	20
4. Les consultations avancées	23
a) Définition et intérêts	23
b) Mise en place sur Hagetmau	23
c) D'autres expériences	24
5. Le problème posé	29
II. Etude descriptive de la population en fonction du type de consultations fréquentées	31
1. Matériel et méthode	31
a) Le type d'étude	31
b) Modalités de recueil des données et données recueillies	31
c) Analyse statistique	33
2. Analyse des données	33
a) Description des répondants et des quatre échantillons	34
b) Description de la consultation	41
c) Motivations et motifs de recours aux consultations spécialisées	53
d) Délai de rendez-vous et activité professionnelle	58
e) Proximité de la maison de santé et délai de rendez-vous	59
f) Données sur l'ensemble des consultations pendant la durée de l'étude	60
III. Discussion	63

1. Validité de la méthode et des résultats.....	63
a) Un effectif restreint	63
b) Biais de sélection	63
c) Biais de mémorisation	64
2. Résumé des résultats	64
a) Caractéristiques et profil des patients	64
b) Le parcours de santé et ses déterminants.....	67
Conclusion	78
Annexe 1	79
Annexe 2	80
Annexe 3	85
Bibliographie.....	87
Serment médical.....	91

Abréviations

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire
CSP : Code de Santé Publique
BEPC : Brevet d'Études du Premier Cycle
CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CMU : Couverture Maladie Universelle
CH : Centre Hospitalier
CERS : Centre Européen de Rééducation du Sportif
MRC : Maison de Rééducation et de Convalescence
SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins
CCHCU : Communauté des Communes Hagetmau Communes Unies
EPCI : Établissement Public de Coopération Intercommunale
NMR : Nouveaux Modes de Rémunération
SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
PMI : Protection Maternelle et Infantile
ARS : Agence Régionale de Santé
IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
ASALEE : Action de SAnté Libérale En Équipe
DU : Diplôme Universitaire
SCM : Société Civile de Moyen
ECG : Electrocardiogramme
CHT : Communauté Hospitalière de Territoire
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
GP : General Practitioner
MT : Médecin Traitant
DIM : Département d'Information Médicale
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
IFOP : Institut Français d'Opinion Publique
APL : Accessibilité Potentielle Localisée
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
VSL : Véhicule Sanitaire Léger
ALD : Affection de Longue Durée

Introduction

La maison de santé pluridisciplinaire (MSP) d'Hagetmau a vu le jour en 2014, suite à de nombreux échanges entre responsables locaux et professionnels de santé. Elle représentait, lors de sa création, une des premières MSP implantée dans le département.

A l'heure actuelle, 97 structures équivalentes sont en fonctionnement et 60 en projet en Nouvelle-Aquitaine. Ces chiffres, établis depuis le nouveau découpage des régions, font de notre province l'une des plus dotées en MSP.

Les Landes représentent un territoire attractif, notamment grâce à leur situation géographique, au sud du pays, à proximité du littoral, des montagnes pyrénéennes et de l'Espagne.

Malgré cela, il existe d'importantes disparités territoriales en termes de démographie médicale et d'accès aux soins, la plupart des médecins s'installant au sein des deux principales villes du département et à proximité du littoral.

Ainsi, le territoire d'Hagetmau est considéré comme une zone d'accompagnement prioritaire au sens de l'article L.1434-7 du code de santé publique (CSP).

La création de la MSP a permis de renforcer l'offre de soins de premier recours au sein d'une même structure en répondant à une demande bien présente, motivée par le départ de nombreux médecins généralistes hagetmautiens.

Un grand nombre de programmes se sont développés au sein de la structure, toujours dans un souci d'amélioration de la prise en charge globale du patient et de la qualité du soin. Des consultations spécialisées avancées ont pu être instaurées en 2015 en lien avec le centre hospitalier de Mont-de-Marsan.

De nombreuses études ont évaluées les MSP à travers leur création, leur organisation mais aussi le point de vue des patients et des soignants. Cependant, aucune étude à ce jour ne s'est penchée sur le bénéfice de ces consultations avancées qui restent rares.

L'objectif de ce travail est d'évaluer le parcours de santé et le profil des patients en fonction de la consultation fréquentée ainsi que leurs motivations.

Tout d'abord, nous ferons un état des lieux de la situation démographique (générale et médicale) dans le département et au sein du territoire d'Hagetmau. Nous nous pencherons sur l'histoire de la MSP et des consultations avancées. Nous examinerons des situations comparables au niveau national et nous centrerons notre propos sur l'organisation des soins à l'étranger.

Dans un second temps, nous exposerons la méthode et les résultats de notre étude quantitative qui concerne les patients de la MSP.

Finalement, nous discuterons les résultats en nous servant des caractéristiques démographiques des patients de la MSP.

I. Les consultations avancées sur Hagetmau, une zone rurale sous-médicalisée dans les Landes

1. Les Landes

a) Démographie générale

Avec la création de la nouvelle cartographie des régions début 2016, les Landes font dorénavant partie de la grande région Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes, sous sa dénomination officielle Nouvelle Aquitaine.

Il s'agit du deuxième département le plus vaste de l'hexagone après la Gironde avec une superficie de près de 9 250 km².

➤ Population

La population ne cesse de croître depuis quelques années. En effet, le nombre d'habitants était de 379 341 en 2009 alors qu'il atteignait 405 200 au 1^{er} janvier 2015 (1).

On considère le département des Landes comme le plus dynamique de la nouvelle région en terme de croissance démographique, qui est intégralement due au solde migratoire (2).

En témoigne, le taux de variation de la population de 2010 à 2016 : + 8,1%, bien au-delà de la moyenne française (+ 3%) (3).

➤ Caractéristiques de la population

Les landais vivants dans les zones urbaines représentent une proportion plus faible que la moyenne régionale (68% vs 77%) (1). Par déduction, les landais vivants dans les zones rurales sont en pourcentage plus nombreux par rapport à cette moyenne.

Au cours de ces dernières années, la moyenne d'âge de la population landaise a sensiblement augmenté. Elle est d'ailleurs plus élevée que la moyenne régionale (43,5 ans vs 42,9 ans).

On a remarqué une augmentation de la population de 60 ans et plus et une diminution de la population de moins de 60 ans (4).

La population de 60 ans et plus représente 29,9% de la population totale soit près d'un tiers alors qu'elle n'en représente que 24,6% à l'échelle de la France.

Nous sommes donc face à une population landaise plus âgée que la moyenne nationale.

Tableau 1 : Répartition par tranche d'âge de la population dans les Landes

Age	2009	2014
0 à 14 ans	16,9	16,7
15 à 29 ans	14,4	13,9
30 à 44 ans	19,8	18,5
45 à 59 ans	21,4	21,0
60 à 74 ans	16,6	18,5
75 ans ou +	10,9	11,4

Sources : Insee, RP2009 (géographie au 01/01/2011) et RP2014 (géographie au 01/01/2016) exploitations principales.

Tableau 2 : Répartition par tranche d'âge de la population en France

Age	2009	2014
0 à 14 ans	18,3	18,3
15 à 29 ans	18,6	17,9
30 à 44 ans	20,3	19,3
45 à 59 ans	20,2	19,9
60 à 74 ans	13,7	15,3
75 ans ou +	8,8	9,3

Sources : Insee, RP2009 (géographie au 01/01/2011) et RP2014 (géographie au 01/01/2016) exploitations principales.

➤ Chômage

Le taux de chômage est le même qu'en France métropolitaine, à savoir 13,5%. Il s'agit en majorité de femmes avec une grosse part de chômeurs chez les 15-24 ans (4).

➤ Diplômes et formation

Les jeunes landais sont de mieux en mieux formés.

Ils étaient 35,2% en 2009 à n'avoir aucun diplôme ou au plus un BEPC ou brevet des collèges contre 30,4% en 2014.

Ils sont également plus nombreux qu'il y a quelques années à avoir un baccalauréat ainsi qu'un diplôme de l'enseignement supérieur (4).

➤ Revenus et niveau de vie

Il s'agit d'une population avec un revenu économique supérieur à la moyenne nationale.

Même observation pour le taux de pauvreté qui est un des plus faibles en Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes (1).

Tableau 3 : Revenus et pauvreté dans les Landes en 2012

Champ : population des ménages fiscaux ordinaires

Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal 2012

	Landes	Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	France de province
Part des ménages fiscaux imposés (en %)	62.7	61.0	61.9
Revenu disponible par unité de consommation (en €)			
1er décile (D1) (en €)	11 388	10 819	10 593
Niveau de vie médian (en €)	19 594	19 360	19 402
9e décile (D9) (en €)	33 716	34 620	35 071
Rapport interdécile (D9/D1) *	3.0	3.2	3.3
Taux de pauvreté (en %)	11.5	13.3	14.1

* Le rapport entre le niveau de vie au-delà duquel vivent les 10 % de personnes les plus aisées (9e décile) et celui en deçà duquel vivent les 10 % les moins aisés (1er décile) est un indicateur d'inégalités de niveau de vie.

Les bénéficiaires de la CMU-C représentent 5% de la population, un pourcentage bien inférieur au niveau national et un des plus faibles au niveau régional (5).

Tableau 4 : Bénéficiaires de la CMU de base en 2015

2015	Département	CMU_Base	Population	CMUC_Population
40	Landes	7 987	411 197	1.9%
	Total métropole	2 044 178	65 150 265	3.1%

Tableau 5 : Bénéficiaires de la CMU complémentaire en 2015

2015	Département	CMUC_RO	CMUC_OC	Total_CMUC	Population	CMUC_Population
40	Landes	16 873	3 685	20 558	414 090	5.0%
	Total métropole	3 986 312	634 270	4 620 582	65 453 363	7.1%

En résumé, le département est vaste, avec une très bonne croissance démographique. La présence d'une minorité de grandes villes explique la localisation des landais plutôt dans les zones rurales.

Les landais sont plus âgés que la moyenne en France mais ils affichent un niveau socio-économique légèrement supérieur ainsi qu'un taux de pauvreté moindre.

b) Démographie médicale

➤ Les effectifs et leurs caractéristiques

En 2017, 1534 médecins sont inscrits au tableau de l'Ordre alors qu'ils n'étaient que 1300 en 2010 (3).

- *Les médecins en activité totale*

Il s'agit des médecins en activité régulière, des remplaçants et des médecins temporairement sans activité.

Le département enregistre une très légère hausse de 0,8% des effectifs entre 2010 et 2017 ce qui n'explique pas l'augmentation du nombre de médecins inscrits au conseil de l'Ordre ces dernières années.

- *Les médecins retraités*

En effet, l'augmentation des effectifs est due à la forte hausse de médecins retraités. Ils représentent, en 2017, 32% de l'ensemble des médecins inscrits à l'Ordre alors qu'ils n'étaient que 21% en 2010 (retraités actifs et sans activité).

Cette configuration suit la tendance nationale (6).

Les médecins retraités voient leurs effectifs augmenter de 87,7% sur l'ensemble du territoire ces dix dernières années alors que les médecins en activité totale ont des niveaux d'effectifs stables.

- *Les médecins en activité régulière*

On considère, en activité régulière, un médecin dont le lieu d'exercice est celui de la résidence professionnelle au titre de laquelle il est inscrit au tableau du conseil départemental d'après l'article L 4112-1, en application des dispositions de l'article R 4127-85 du CSP (7).

Leur nombre est passé de 977 en 2010 à 990 en 2017 soit un gain de 1,3 point. Cette tendance est plutôt favorable, compte tenu de la situation nationale qui va dans le sens contraire.

- *Répartition par âge*

La moyenne d'âge des médecins en activité régulière est de 52 ans, soit un chiffre plus élevée qu'en France (51 ans) (3).

Un quart des médecins landais a un âge supérieur ou égal à 60 ans et à peine 13 % ont moins de 40 ans (8).

La population médicale vieillit. De nombreux départs à la retraite sont à prévoir ces prochaines années et le nombre d'internes formés et à former reste insuffisant pour répondre aux besoins du territoire.

- *Variation des effectifs*

On s'intéresse aux spécialités concernées par l'étude sur une période allant de 2010 à 2017 (3).

La médecine générale est plutôt bien lotie avec une légère augmentation de sa population (0,2 %) alors que les effectifs nationaux sont à la baisse (-10 %).

Il en est de même pour la cardiologie qui voit ses effectifs stagner.

La psychiatrie s'est particulièrement développée sur le territoire landais comparativement au territoire national (+19,4 % vs -0,1 %).

Concernant la gynécologie médicale et obstétrique et la néphrologie, les effectifs ont baissé au cours de ces dernières années.

La gynécologie est déjà une spécialité en souffrance au niveau national (variation -63,6 % dans les Landes et -39,7 % en France) alors que la néphrologie a tendance à se développer (+19,4 % en France vs -33,3 % dans les Landes).

➤ Les modes d'exercice

57,4 % des médecins en activité régulière exercent en libéral exclusif, 33,3 % sont salariés et 9,3 % ont une activité mixte.

Les médecins généralistes, les cardiologues et les gynécologues ont majoritairement une activité libérale exclusive alors que les néphrologues et les psychiatres exercent plutôt une activité salariée.

➤ Les densités médicales

Le département des Landes possède de nombreux médecins généralistes.

Leur densité est de 141,8 pour 100 000 habitants ce qui est supérieur à la densité nationale (130,9 pour 100 000 hab).

Cette tendance est inversée concernant les spécialistes qu'ils soient médicaux (77,6 pour 100 000 habitants contre 125,4/100 000 en France) ou chirurgicaux (23,1 pour 100 000 habitants contre 35,6/100 000 en France) (3).

➤ Offre de soins hospitalière

Les Landes possèdent plusieurs centres hospitaliers (CH), publics et privés, uniquement répartis sur les territoires sud et est du département :

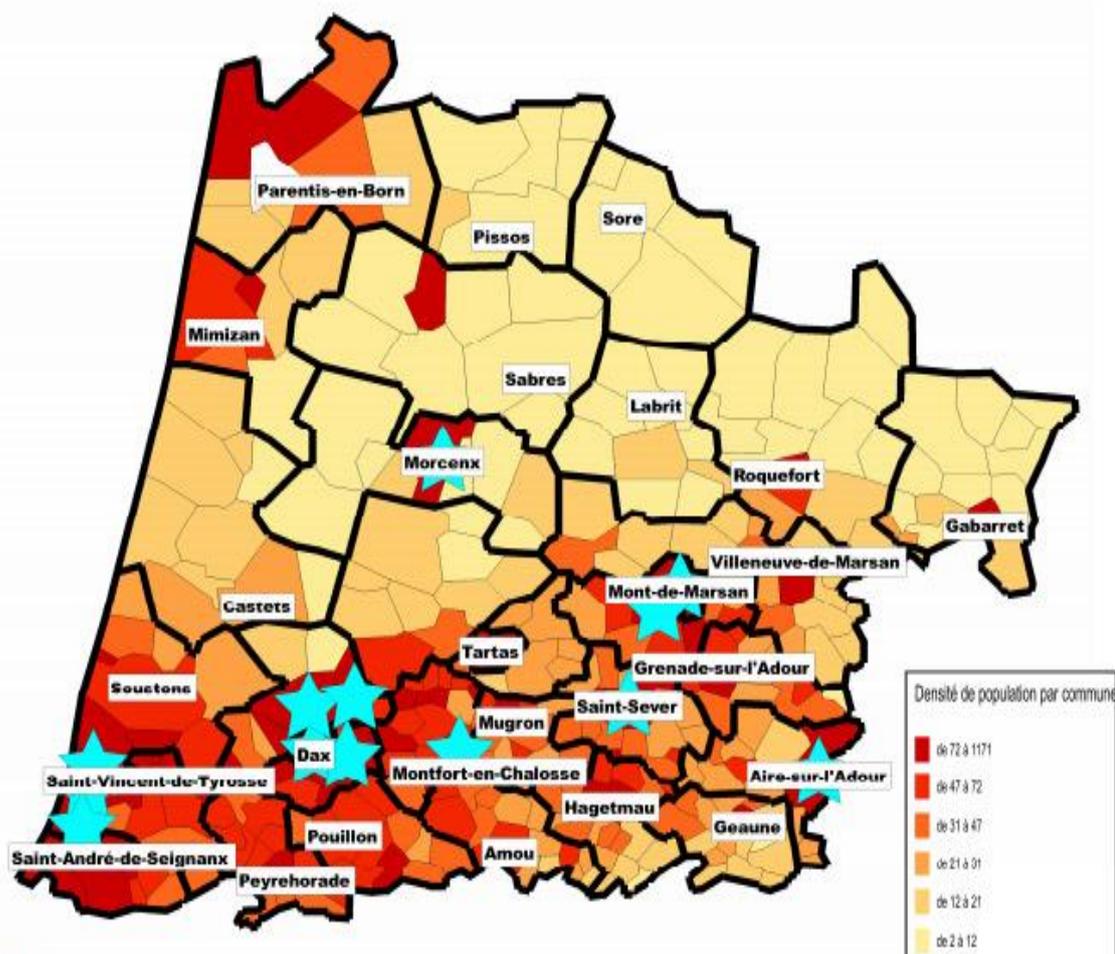
- au sud, un CH à Dax ainsi qu'une clinique ;
- à l'est, un CH et une clinique à Mont-de-Marsan, une clinique à Aire-sur-l'Adour, un CH à St Sever.

L'offre de soins hospitalière sur le territoire nord est absente. La population dépend des établissements situés à Arcachon, Mont-de-Marsan ou Dax.

Au sud, la population peut également se rapprocher des CH et cliniques de Bayonne alors qu'à l'est les CH et cliniques d'Orthez et de Pau accueillent bon nombre de landais.

Carte 1 : Communes comportant des établissements sanitaires
Découpage par canton et densité de population par commune au 1^{er} janvier 2013

(9)





Communes comportant des établissements sanitaires

AIRE-SUR-L'ADOUR Polyclinique les Chênes : établissement privé à but lucratif Clinique Jean Sarrailh : établissement privé participant au service public hospitalier	NAROSSE Clinique Maylis : établissement privé à but lucratif
CAPBRETON CERS : établissement privé à but lucratif	SAINT-PAUL-LES-DAX Centre de Réadaptation Fonctionnelle Napoléon : établissement privé à but lucratif
DAX Clinique Jean Lebon : établissement privé à but lucratif Centre Hospitalier : établissement public	SAINT-PIERRE-DU-MONT Clinique des Landes : établissement privé à but lucratif
LABENNE Korian Le Belvédère : établissement privé à but lucratif Institut Hélio Marin : établissement privé participant au service public hospitalier	SAINT-SEVER Centre Hospitalier : établissement public
MONT-DE-MARSAN Centre Hospitalier : établissement public	SAINT-VINCENT-DE-PAUL MRC Saint Louis : établissement privé participant au service public hospitalier
MONTFORT-EN-CHALOSSE Korian Montpibat : établissement privé à but lucratif	SOORTS-HOSSEGOR MRC Primerose : établissement privé à but lucratif
MORCENX Pôle Gériatrique du Pays des Sources : établissement public	

➤ Offre de soins ambulatoire

Comme évoqué plus haut, le département possède un nombre de médecin en activité régulière en augmentation ces dernières années, avec des effectifs supérieurs à la moyenne nationale et à certains départements de la région.

Cependant, il existe de nombreuses disparités au sein même du département en termes d'offre et d'accès aux soins.

Le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) (10) a permis de définir des territoires d'offre de soins comportant des zones d'accompagnement prioritaire et parmi celles-ci des zones dites « fragiles ».

Pour déterminer ces zones, une partie des paramètres pris en compte comporte :

- la densité médicale ;
- la part des professionnels de santé de plus de 60 ans en activité ;
- la part de la population de plus de 75 ans.

Les zones « fragiles » correspondent à « des zones de mises en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition des professionnels de santé, MSP, pôles de santé, centres de santé » selon l'article L 1434-7 du code de santé publique.

Au sud-est du département, il existe une zone d'accompagnement prioritaire correspondant au bassin de vie de la commune d'Hagetmau s'étendant sur plusieurs cantons avec comme zones « fragiles » les communes d'Hagetmau et de Samadet.

Au nord du département, les bassins de vie de Sore, Labouheyre et Ygos-Saint-Saturnin sont considérés comme zones d'accompagnement prioritaire, la commune de Sore étant une zone « fragile ».

Le panorama de l'offre de soins est favorable au sud et à l'ouest du département et semble plutôt défavorable au nord et à l'est.

Afin de garantir une prise en charge de premier recours de proximité, les MSP se sont donc développées dans ces territoires défavorisés (annexe 1).

La démographie médicale du département landais est favorable compte tenu de la situation nationale.

Il demeure cependant de nombreuses inégalités au sein du territoire en termes de densité de l'offre de soins et donc d'accès aux soins pour la population.

2. Le territoire d'Hagetmau

a) Démographie générale

Les différentes données étudiées concernent la communauté des communes Hagetmau Communes Unies (CCHCU) comportant 18 communes, situées au sud-est du département des Landes (11).

Carte 2 : CCHCU



Source landes.gov

➤ Population

Le territoire d'Hagetmau a vu sa population augmenter au fil du temps avec 9 978 habitants en 2014 contre 9 687 en 2009 soit une croissance de 3% en 5 ans.

Le chef-lieu, Hagetmau, possède à lui seul 4 593 habitants soit près de la moitié de la population de la CCHCU.

Les autres communes ne dépassent pas les 500 habitants, pour la plupart.

On est donc face à un territoire rural.

➤ Caractéristiques de la population

La population de 45 ans et plus a connu une hausse de ses effectifs depuis 2009, à l'inverse de la population de moins de 45 ans.

Les plus de 60 ans représentent 31,2% de la population du territoire contre 28,7% en 2009.

Tableau 6 : Répartition par tranche d'âge de la population dans la CCHCU

Age	2009	2014
0 à 14 ans	16,9	16,8
15 à 29 ans	13,5	12,6
30 à 44 ans	18,9	17,2
45 à 59 ans	22,1	22,3
60 à 74 ans	17,3	19,4
75 ans ou +	11,4	11,8

Sources : Insee, RP2009 (géographie au 01/01/2011) et RP2014 (géographie au 01/01/2016) exploitations principales.

➤ Chômage

Le taux de chômage est de 12% avec 53,4% de femmes, majoritairement jeunes entre 15 et 24 ans.

➤ Diplômes et formation

Les jeunes du territoire d'Hagetmau sont de mieux en mieux formés avec un nombre plus important ayant au moins un niveau baccalauréat et une diminution du nombre de jeunes sans diplôme, même s'ils représentent encore un tiers des effectifs.

Tableau 7 : Diplôme le plus élevé de la population non scolarisée de 15 ans et plus

Diplôme	2009	2014
Aucun diplôme ou au plus BEPC, brevet des collèges, DNB	39,0	33,2
CAP ou BEP	30,2	31,9
Baccalauréat (général, technologique, professionnel)	16,1	16,7
Diplôme de l'enseignement supérieur	14,7	18,1

Sources : Insee, RP2009 (géographie au 01/01/2011) et RP2014 (géographie au 01/01/2016) exploitations principales.

➤ Revenus et niveau de vie

La médiane du revenu disponible par unité de consommation est inférieure à la médiane nationale.

En revanche, le taux de pauvreté est relativement bas, à savoir 12,1%.

b) Démographie médicale

Les données concernant la démographie médicale du territoire d'Hagetmau sont issues de la cartographie interactive de la démographie médicale (3) mise à disposition par le Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Elles seront ici étudiées à l'échelle d'un EPCI, représenté par la CCHCU.

➤ Les effectifs et leurs caractéristiques

Depuis 2010, le nombre de médecins inscrits au tableau de l'Ordre a chuté de 23 %. Ils sont aujourd'hui 10 au total sur le territoire.

- *Les médecins en activité totale*

Les médecins en activité totale ont vu leur effectif se réduire pratiquement de moitié depuis 2010.

Ils ne sont plus que 6 actuellement.

- *Les médecins retraités*

Contrairement aux médecins actifs, ils sont à ce jour 4 alors qu'ils n'étaient que 2 en 2010.

- *Les médecins en activité régulière*

Leur effectif a diminué de 40% (6 médecins à ce jour contre 10 en 2010).

On retient de ces différents chiffres que les médecins en activité régulière ont vu leur effectif diminuer alors que les retraités sont deux fois plus nombreux.

Cependant, l'effectif de retraités ne permet pas de contrebalancer la perte d'un certain nombre de médecins inscrits à l'Ordre.

Ce constat est le résultat d'un nombre important de départs à la retraite ou de cessations d'activité pour maladie au cours de ces dernières années.

- *Répartition par âge*

La moyenne d'âge est la même que la moyenne nationale (51 ans).

A noter que la moitié des médecins en activité sur le territoire ont plus de 60 ans.

➤ Les modes d'exercice

Sur les 6 médecins en activité régulière, uniquement un seul exerce une profession salariée. Les 5 autres exercent en libéral exclusif.

Ceci s'explique par le fait qu'il n'y a que des médecins généralistes installés sur le territoire et aucun spécialiste.

➤ La densité médicale de médecins généralistes

Ils sont 5,9 pour 10 000 habitants soit 59 pour 100 000 si on veut comparer ce chiffre aux données nationales.

➤ Offre de soins hospitalière

Aucun centre de soins hospitalier n'est présent sur le territoire.

De par sa localisation, la population est orientée vers :

- le CH de Mont-de-Marsan à 28 kms ;
- le CH de Dax à 44 kms ;
- ou bien les CH d'Orthez et de Pau respectivement à 26 et 53 kms.

Les spécialistes libéraux sont aussi concentrés dans ces différentes villes.

L'offre de soins est relativement éloignée.

➤ Offre de soins ambulatoire

Le territoire d'Hagetmau est considéré comme une « zone fragile » au sens de l'article L.1434-7 du CSP (10).

Cette configuration a nécessité l'implantation d'une MSP, il y a quelques années, afin de pallier à la baisse fulgurante du nombre de médecins généralistes et à une défaillance de l'offre de soins sur le territoire.

c) Comparaison

➤ Démographie générale

La population des deux territoires s'est développée de manière assez importante ces dernières années même si la croissance est moindre pour la CCHCU.

On est face à une population vieillissante avec une part non négligeable des plus de 60 ans. Ils représentent une proportion un peu plus importante sur le territoire d'Hagetmau avec près du tiers de la population.

Même si les deux territoires sont relativement épargnés par le chômage et la pauvreté, Hagetmau et ses environs affichent un revenu économique inférieur à la moyenne nationale contrairement aux revenus du département.

De plus, le taux de pauvreté sur le territoire d'Hagetmau est plus élevé que celui des Landes, même s'il reste bas.

Concernant l'emploi, on recense moins de chômeurs chez les habitants du territoire d'Hagetmau que chez les landais.

➤ Démographie médicale

Les disparités sont davantage marquées entre les deux territoires.

Alors que le nombre de médecins inscrits au conseil de l'Ordre augmente sur le département et suit la tendance nationale, la tendance est plutôt à la baisse sur le territoire d'Hagetmau. En cause, la diminution des effectifs de médecins en activité régulière.

Concernant l'âge des médecins, la moyenne est équivalente entre les deux territoires. Cependant, la proportion des plus de 60 ans est plus importante sur Hagetmau et ses environs.

La densité médicale est faible sur le territoire d'Hagetmau : **2,5 fois moins importante** que sur le département.

Au total, on est face à un territoire correspondant au territoire landais en termes de population et de données socio-économiques.

Cependant, la démographie médicale semble inquiétante avec une diminution majeure des effectifs contrastant avec une population qui, elle, ne cesse d'augmenter.

3. Création d'une MSP sur Hagetmau

a) Origine et état des lieux en France

A l'heure actuelle, le développement des maisons et des pôles de santé est en pleine expansion en France. Ces dernières ont été mises en place afin de tenter d'améliorer la qualité et l'accessibilité aux soins par l'intermédiaire d'un travail pluri-professionnel et de nouveaux modes de prises en charge du patient (par exemple programme d'éducation thérapeutique).

Des études montrent que les jeunes médecins sont de plus en plus nombreux à se tourner vers ce mode d'exercice, préférant préserver leur qualité de vie et souhaitant se soumettre à moins de contraintes que leurs aînés (12).

De plus, les jeunes médecins sont réceptifs au travail en groupe, convivial et basé sur l'échange ainsi qu'au travail avec des confrères plus âgés ayant une certaine expérience.

Le terme de MSP a vu le jour en 2007 par l'intermédiaire de la loi de financement de la sécurité sociale du 19/12/2007 avec la création de l'article L.6323-3 du CSP.

Des modifications ont par la suite été apportées, en 2009, par l'article 39 de la loi Hôpital patients santé territoires (13) et en 2011, par la loi Fourcade (14).

Ainsi, « la maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L.1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L.1411-12 » (15) (16).

Depuis leur création, le nombre de MSP ne cesse de croître en France.

Le dernier rapport, datant de mars 2016, fait état de 1160 MSP dont 778 en fonctionnement et 382 projets déjà sélectionnés.

On compte en moyenne 5 médecins généralistes, 9,1 paramédicaux, 1,6 chirurgiens-dentistes et 2,4 pharmaciens dans une MSP, ce qui montre le caractère pluri-professionnel de l'exercice dans ce type de structure (17).

En l'espace de deux ans, 342 MSP ont vu le jour avec une faible majorité implantées en milieu rural, contrairement à ce que l'on pourrait penser, alors que le nombre de projets déclarés a légèrement diminué.

En prenant en compte la nouvelle région Aquitaine-Limousin-Poitou Charentes, 97 MSP sont actuellement en fonctionnement et 60 en projet. Elle constitue une des régions les plus dotées en MSP.

Avec la mise en place des NMR depuis le début de l'année 2015 par les organismes locaux d'assurance maladie, les MSP ont vu leur partenariat avec des structures externes se développer notamment avec les hôpitaux publics locaux ainsi que des professionnels de second recours (médecins spécialistes, sages-femmes, dentistes..).

Cette collaboration facilite la relation ville-hôpital et permet de bénéficier d'une rémunération optionnelle (18).

En effet, les structures peuvent bénéficier de deux types de rémunération (socle et optionnelle) en échange du respect de certains engagements.

Ces rémunérations sont basées sur trois axes : l'accès aux soins, le travail en équipe et les systèmes d'information.

Les consultations de spécialistes de second recours, l'accès à une sage-femme ou à un chirurgien-dentiste extérieurs à la structure appartiennent à la rémunération optionnelle dans le cadre du respect de l'accès aux soins.

b) Contexte et projet sur Hagetmau

Comme évoqué plus haut, le SROS a défini Hagetmau et les 17 communes qui l'entourent comme une zone d'accompagnement prioritaire synonyme de fragilité de l'offre et de l'accès aux soins.

La connaissance de l'évolution de la démographie médicale sur Hagetmau et sur la CCHCU a conduit les responsables politiques et administratifs dès 2007 à mettre en place les moyens pour la création d'une MSP sur le territoire.

Les premiers entretiens entre chargés de projet, praticiens et paramédicaux ont débuté en juillet 2007 et se sont poursuivis jusqu'à l'ouverture de la MSP en mai 2014.

Deux médecins étaient initialement impliqués dans le projet mais seulement un est finalement resté accompagné de l'équipe des infirmières, du podologue et du kinésithérapeute.

Le projet de santé a été porté par la chargée de projet de la Mutualité Sociale Agricole qui a su faire passer le message selon lequel il existait une réelle transformation du soin au-delà des intérêts purement matériels.

De par l'évolution de la démographie et l'explosion des maladies chroniques, la nécessité de travailler en équipe devenait primordiale, la consultation n'étant plus à même de résoudre l'ensemble des difficultés de santé.

Mais les médecins généralistes de la commune n'avaient pas, dans l'ensemble, une culture du travail en équipe. En effet, toute leur carrière se faisait le plus souvent seul ou à deux, sans projet formalisé de soin partagé.

Comme presque tous arrivaient quasiment à la soixantaine et étaient propriétaires de leur cabinet, ils ne voyaient pas l'intérêt d'un tel bouleversement : l'installation en MSP n'était pas réellement attractive sur le plan financier.

Des problèmes de santé personnels aigus se sont rajoutés rendant difficile et épuisante la permanence de soins, obligatoire en MSP, alors qu'elle est basée sur le volontariat.

L'avènement des MSP était embryonnaire et les termes de mise en commun, dossier partagé, réunion de concertation, pas toujours évidents.

Certaines formes juridiques n'étaient pas encore créées et restent en constante évolution (exemple de la Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA)). Les professionnels doivent ainsi s'adapter à ces évolutions juridiques.

Les médecins sont donc « contraints » par cette part de travail alors que leur formation et leur rôle premier restent le soin.

Ainsi, si ce projet de MSP semblait vital aux yeux des responsables du territoire, il n'en semblait pas de même pour les médecins avec la crainte d'une perte de liberté dans leur pratique ainsi qu'une augmentation des engagements et des contraintes.

La MSP a donc vu le jour le 19 mai 2014.

Son implantation est stratégique, à proximité de l'EHPAD, du centre de dialyse et de la protection maternelle et infantile (PMI) (locaux où se déroulaient également les consultations sectorisées de psychiatrie avant la mise en place des consultations avancées).

Les médecins

A cette date, deux médecins exerçaient : un installé à temps plein (l'accompagnateur du projet) et un en contrat de collaboration qui ne restera que quelques mois.

Par la suite, deux médecins se sont installés en collaboration à temps partiel permettant de renforcer l'équipe et d'accueillir des internes en stage.

L'année 2017 a constitué un réel bouleversement avec :

- l'installation d'un médecin hospitalier urgentiste en janvier et d'un autre médecin en septembre ;
- la signature entre l'Agence Régionale de Santé (ARS) et la faculté de Bordeaux d'un projet professionnel pour une interne de dernière année, lui permettant d'effectuer son dernier stage ambulatoire à la MSP afin de succéder au médecin accompagnateur du projet qui de par son âge souhaite cesser progressivement le soin pour coordonner l'équipe et accompagner les projets ;
- et le passage à temps plein d'une des collaboratrices alors que la seconde quitte la structure mais reste présente dans la SISA.

Donc à ce jour, 4 médecins exercent dont 3 installés et un en contrat de collaboration.

Les paramédicaux

- Les infirmières diplômées d'état (IDE) de 4 à l'ouverture sont passées à 9 avec la mise en place pour deux d'entre elles de journées d'éducation thérapeutique dans le cadre d'ASALEE.

Un projet de consultation de plaies et de cicatrisation est en cours de finalisation en lien avec les équipes des hôpitaux de Mont-de-Marsan et d'Orthez.

En effet, deux IDE possèdent le diplôme universitaire (DU) de plaies et cicatrisation ainsi que le DU diabète pour l'une d'entre elles.

- La podologue est dans le projet depuis l'ouverture et possède un agrément pour la prise en charge du pied diabétique suite à une formation effectuée courant 2017.
- L'année 2016 a permis l'installation d'une orthoptiste qui est un bel exemple de collaboration :

- elle travaille également dans une structure de soins hospitalière, favorisant les relations entre les établissements,
- elle participe au dépistage de la rétinopathie du sujet diabétique en collaboration un ophtalmologue et le CH de Mont-de-Marsan (télémédecine).

Une orthophoniste est également installée à temps plein.

- Le kinésithérapeute présent depuis 2014 quitte la structure fin octobre 2017 mais a pu trouver un successeur.

Les secrétaires

Elles sont actuellement quatre. Le temps de secrétariat a été doublé depuis l'ouverture de la MSP permettant d'élargir l'amplitude horaire de présence à l'accueil mais également à distance au téléphone pour les prises de rendez-vous et les urgences.

Deux secrétaires sont à temps plein. L'une d'entre elle possède un diplôme de secrétaire médicale et il est également envisagé qu'elle suive une formation de coordinateur de MSP. Les deux autres secrétaires ont une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (21h par semaine).

Chacune d'entre elles a une spécificité particulière : comptabilité, informatique, relations avec les structures externes, gestion des stocks et des plannings.

Autres professionnels

Une diététicienne est présente une demi-journée par mois et une médiatrice familiale plusieurs demi-journées par mois sur rendez-vous.

Depuis la création de la MSP, le changement de pratique des soignants s'est fait ressentir en permettant, dans le respect du secret médical, de partager les compétences et les inquiétudes de chacun, soit lors de réunions informelles, soit lors de rencontres mensuelles. Par exemple, la prise en charge des patients diabétiques se fait systématiquement avec la podologue, les médecins, les IDE et l'équipe d'éducation thérapeutique.

A côté des nombreux projets déjà existants au sein de la structure, d'autres sont en cours de discussion :

- le développement d'un groupe de pair ;
- la formation à l'échographie ;
- l'arrivée d'un nouveau médecin gériatre en 2018 ;
- de nouvelles collaborations avec les structures de proximité (cf consultations avancées).

Ainsi, depuis son ouverture, la MSP a joué pleinement son rôle attractif et s'est considérablement développée, toujours dans un souci d'offre et d'accès aux soins pour une population en constante évolution et en demande permanente.

4. Les consultations avancées

a) Définition et intérêts

Il s'agit d'organiser, au sein d'une structure de soins, des temps de consultations de spécialistes au plus proche du lieu de vie du patient pour favoriser un diagnostic précoce et organiser la suite de la prise en charge. Les praticiens sont habituellement rattachés à un autre établissement de santé.

Les intérêts sont multiples à la fois pour le patient, pour les médecins, pour la structure de soins accueillante et pour l'hôpital :

- Pour les patients, ces consultations permettent une meilleure accessibilité aux soins dont nous étudierons les déterminants dans notre travail ;
- Pour les médecins, elles favorisent la relation entre médecine de ville et médecine hospitalière avec une communication renforcée entre les deux parties ;
- Pour la structure de soins, elles contribuent à son développement et à l'afflux de patients mais également à répondre aux carences territoriales de médecins spécialistes ;
- Pour l'hôpital, elles permettent un recrutement et un drainage des patients, concernant les examens complémentaires à effectuer et les hospitalisations éventuelles.

Les enjeux sont majeurs en termes de santé publique.

b) Mise en place sur Hagetmau

Afin de s'adapter aux caractéristiques du territoire avec l'absence totale de médecins spécialistes et l'éloignement relatif des structures hospitalières, le projet de consultations avancées avait déjà été évoqué un an avant l'ouverture de la MSP.

Suite aux difficultés d'accès aux soins pour la population, une « convention de mise à disposition de moyens pour la mise en place de consultations hospitalières avancées » (annexe 2) a été signée entre le CH de Mont-de-Marsan, la CCHCU et la société civile de moyens (SCM) de la MSP d'Hagetmau.

Hagetmau Communes Unies et la SCM se sont engagées à mettre à disposition des praticiens hospitaliers les locaux, les équipements de bureau, la téléphonie et l'internet ainsi qu'une secrétaire médicale à raison de 4 heures par semaine.

L'hôpital, quant à lui, fournit le matériel informatique et un échographe mobile.

Concernant le volet financier, l'hôpital est locataire des locaux utilisés avec un tarif applicable par demi-journées et s'engage à rembourser les frais de secrétariat médical à hauteur de 4 heures par semaine comme indiqué dans la convention.

Ces consultations ont débuté en janvier 2015 et se sont progressivement développées. Les spécialités concernées étaient la pédiatrie, la gynécologie, la psychiatrie, la néphrologie et la cardiologie.

A ce jour, il a été décidé d'un commun accord de ne pas poursuivre les consultations spécialisées de pédiatrie. En effet, la commune d'Hagetmau bénéficie à la PMI de la présence d'un médecin assurant les consultations de nourrissons. Hagetmau n'était donc plus prioritaire.

Le planning est réparti comme suit :

- cardiologue : une demi-journée par mois ;
- gynécologue/sage-femme en alternance : six demi-journées par mois ;
- néphrologue : une demi-journée par mois ;
- psychiatre/IDE de liaison : six demi-journées par mois.

Soit 14 demi-journées de soins de spécialité par mois.

Concernant le matériel, un monitoring vient d'être installé pour les consultations de gynécologie ainsi qu'un échographe d'ancienne génération donné par le CH de Mont-de-Marsan.

Il est envisagé que la MSP s'équipe d'un nouvel échographe courant 2018. L'appareil à ECG est mis à disposition par la MSP pour les cardiologues et les néphrologues.

Pour l'instant il n'y pas d'échocardiographie.

Cela a d'ailleurs posé problème avec un jeune patient présentant une hypertension artérielle familiale avec hypertrophie ventriculaire gauche depuis une dizaine d'années et venant de s'installer dans la région. La consultation lui a fait perdre du temps car il a dû prendre un nouveau rendez-vous en cabinet libéral pour pouvoir bénéficier de son échographie.

A l'heure actuelle, les médecins de la MSP réfléchissent à l'établissement de nouveaux partenariats avec des intervenants extérieurs qui pourraient venir du secteur privé, mais la MSP manque de bureaux vacants.

c) D'autres expériences

➤ Territoriales

Le CH de Mont-de-Marsan a signé des conventions avec 3 communes de son territoire : Aire-sur-l'Adour, Labouheyre et Mimizan.

- *Mimizan*

Mimizan est situé au nord du département dans un territoire relativement vaste avec une densité démographique générale et médicale faible mais qui augmente en période estivale. Il constitue le point géographique le plus éloigné d'un recours hospitalier et les médecins se sont formés à cette particularité.

De ce fait, un projet de MSP a vu le jour au printemps 2017 regroupant une vingtaine de professionnels médicaux et paramédicaux.

Avant la création de la structure, les professionnels étaient regroupés, depuis 2010, sous l'égide d'une association nommée « Objectif Maison de Santé de Mimizan » avec un projet commun promouvant la facilitation de l'accès aux soins et l'offre de soins.

Ce projet a été agréé par l'ARS en 2014 et a permis la mise en place de consultations avancées en lien avec le CH de Dax.

Il s'agissait de consultations spécialisées avancées de chirurgie orthopédique, vasculaire et viscérale, d'anesthésie, de rhumatologie et de médecine interne.

Ces consultations avaient lieu dans les locaux de l'EHPAD de Mimizan en attendant la création de la MSP.

Depuis l'ouverture de la MSP, les consultations se sont diversifiées et d'autres conventions ont pu être signées avec des intervenants extérieurs :

- Une consultation de gynécologie avec le pôle de santé d'Arcachon ;
- Une consultation d'urologie et de diabétologie avec le CH de Dax ;
- Une consultation de psychiatrie avec le CH de Mont-de-Marsan ;
- Une consultation de médecine du travail ;
- Et une autre consultation de chirurgie orthopédique avec la clinique d'Arcachon.

Trois cabinets médicaux de la MSP sont mis à disposition des praticiens. Les intervenants extérieurs autogèrent ces cabinets avec leur secrétariat respectif.

Une cadre de santé a été recrutée afin de coordonner l'organisation de la MSP.

- *Labouheyre et Aire-sur-l'Adour*

Pour ces deux sites, une demi-journée est consacrée à la chirurgie orthopédique à Labouheyre et une demi-journée de consultations d'addictologie a lieu à Aire-sur-l'Adour. Ces consultations sont hébergées dans des locaux de la mairie et dans un cabinet de sage-femme.

A noter que les consultations avancées de psychiatrie ne constituent pas une innovation en termes de soins pour la population. Il existe déjà depuis les années 1960 une sectorisation de la psychiatrie avec une prise en charge « hors les murs ».

Cependant, il s'agit d'une innovation pour les soignants qui travaillent désormais en commun avec les autres spécialités.

➤ Nationales

- *Exemple de l'hôpital de Tarare*

Qui dit consultations avancées, n'implique pas forcément une MSP. Ces consultations peuvent aussi s'effectuer dans une structure hospitalière dépourvue de certaines spécialités.

C'est le cas de l'hôpital public de Tarare situé dans le département du Rhône.

Il est constitué en communauté hospitalière de territoire (CHT) avec l'hôpital de Villefranche sur Saône (situé à 32km) depuis 2011 ainsi qu'avec deux autres CH ayant rejoint la CHT récemment.

Il s'agit de regrouper des hôpitaux publics au sein d'un projet médical commun.

Les consultations avancées ont été développées dès 2010 et renforcée en 2011 (19). Le but était d'améliorer l'accès aux soins dans un secteur géographique en difficulté sociale et sanitaire avec une forte pénurie médicale.

Le centre hospitalier de Tarare comporte :

- un service d'urgences et de post-urgences ;
- une unité de chirurgie ambulatoire ;
- un service de médecine polyvalente ;
- un pôle gériatrique bien développé (court séjour, SSR et EHPAD rattachée)
- et un centre périnatal où se font les consultations de gynécologie et de pédiatrie.

Le développement d'une partie des locaux dédiée aux consultations avancées était primordial.

Les praticiens de l'hôpital de Villefranche sur Saône se déplacent sur le CH de Tarare pour y effectuer des consultations spécialisées de pédiatrie, gynécologie-obstétrique, cardiologie, gastro-entérologie, chirurgie orthopédique et viscérale, dermatologie, endocrinologie, néphrologie, urologie et rhumatologie.

Des conventions ont été signées entre les deux hôpitaux afin de définir les vacations des différents médecins pour ces consultations. Ils ont également pour missions de donner des avis spécialisés en hospitalisation et pour certains, selon leur spécialité, de réaliser des actes dans l'unité de chirurgie ambulatoire.

Plus particulièrement, les consultations de pédiatrie constituaient un réel besoin sur le territoire avec la fermeture du service de pédiatrie du CH, l'absence de pédiatres libéraux et le départ à la retraite en 2009 du seul pédiatre effectuant des vacations au centre périnatal. Ainsi depuis 2011, pas moins de 10 spécialistes consultent au centre périnatal (vacations allant d'une demi-journée par mois à deux demi-journées par semaine).

La forte demande de la population a nécessité une augmentation du nombre de vacations montrant l'importance de ces consultations sur le territoire.

Les pédiatres sont aidés d'IDE puéricultrices qui peuvent aussi consulter seules et recevoir les familles.

Face à la configuration médico-sociale du territoire, la création d'une MSP a été envisagée et son ouverture est prévue dans les mois qui viennent.

- *Exemple de consultations d'addictologie en Saône et Loire*

La partie ouest du département de Saône et Loire présente de nombreuses disparités en termes d'accès aux équipements avec des difficultés de déplacement importantes pour certaines populations (20).

Il s'agit également d'un territoire ayant une faible attractivité avec notamment une population vieillissante, une diminution de l'emploi et une pénurie médicale.

Il existe cinq centres de soins, de prévention et d'accompagnement en addictologie (CSAPA) répartis sur cette partie du département.

Un nombre non négligeable de patients se trouve éloigné du centre auxquels ils sont rattachés.

Par conséquent, il y a plus d'absentéisme dû à ces difficultés de déplacement.

D'autres modalités d'intervention ont été étudiées afin d'améliorer la prise en charge de ces usagers éloignés.

Les MSP ont paru être la solution la plus adaptée.

Ainsi depuis le mois de septembre 2016, l'équipe du CSAPA délègue du personnel afin de tenir des consultations au sein des locaux des MSP du territoire (notamment les plus éloignés des centres de soins).

Il s'agit essentiellement de travailleurs sociaux, de psychologues et d'infirmières qui interviennent environ une demi-journée par mois et qui travaillent en étroite collaboration avec le médecin généraliste.

Les professionnels collaborateurs ont dû se former afin de renforcer leurs compétences.

➤ Étrangères

Nous avons pu échanger avec des médecins étrangers afin de connaître l'organisation des soins de premier et de second recours dans leur pays.

- *En Pologne*

Il existe de nombreuses MSP privées voire même des départements d'hôpitaux privés. Ces structures fonctionnent sur un principe de contrat avec le service de santé publique appelé « NFZ ».

On considère qu'il existe trois niveaux de soins nécessitant une prise en charge spécifique en fonction du soin à effectuer : les MSP « de base », les MSP spécialisées et les départements d'hôpitaux pour des soins plus spécifiques.

Pour les MSP proposant des soins de « base », le contrat est négocié en fonction du temps minimal nécessaire pour prendre en charge un patient alors que les structures spécialisées négocient en fonction des actes à effectuer.

Le patient se rend dans la MSP qui l'oriente vers l'une des différentes structures en fonction des soins nécessaires.

Les soins de premier et de second recours sont dissociés et il n'existe pas de notion de travail en commun.

- *Aux Etats-Unis*

Il existe des regroupements de médecins généralistes ou spécialistes sur le même modèle qu'en France.

Ces spécialistes peuvent effectuer également des vacations au sein d'hôpitaux locaux.

Les WALK-IN se sont développés ces dernières années. Ils constituent des centres « low-cost » où pratiquent des infirmières généralistes qui sont capables d'assurer les soins de base et de premier recours (bobologie, prise de tension artérielle, ECG, etc...). Il s'agit d'actes non programmés.

Ces infirmières sont en mesure d'adresser le patient si nécessaire vers un spécialiste.

Certains centres ont une convention avec une mutuelle mais d'autres non, ce qui peut engendrer une augmentation majeure du prix de la consultation.

- *En Angleterre*

L'organisation du système de soins est un peu différente.

Tous les citoyens anglais doivent être inscrits auprès d'un « General Practitioner » (GP) (médecin généraliste chez nous). Ces GP se regroupent de plus en plus, formant des centres de santé avec des infirmières, des dentistes et d'autres professions paramédicales. Ils travaillent très régulièrement en binôme avec une infirmière qui a notamment un rôle d'éducation thérapeutique et d'accompagnement du patient (21).

Cependant, les médecins spécialistes n'ont aucune activité ambulatoire et exercent uniquement en milieu hospitalier. Ils n'exercent pas non plus dans les centres de santé.

Le GP est la pierre angulaire du système de santé anglais puisque c'est par son intermédiaire (sauf urgence) que les patients anglais peuvent accéder à une consultation spécialisée ou à une hospitalisation (22).

- *En Belgique*

Les maisons de santé s'appellent Maisons Médicales.

Elles ont été initiées en 1960 par des généralistes militants et des spécialistes hospitaliers dans le cadre d'un travail de collaboration qui s'est étalé sur 20 ans, les premières maisons médicales ayant vu le jour en 1980.

De par leur statut, elles n'intègrent que du soin de première ligne : médecins généralistes, paramédicaux, infirmières et selon la sensibilité des équipes, des travailleurs sociaux.

En effet, les études effectuées ont montré que cette première ligne résolvait 80 à 90% des problèmes médicaux posés.

Actuellement, il existe une interrogation concernant la mise en place de spécialistes médicaux dans ces centres de premier recours.

Mais la Belgique est petite et le second recours jamais très loin.

Plusieurs projets sont en cours :

- Le projet SYLOS qui a 10 ans et qui donne de bons résultats. Il a été mis en place à titre expérimental dans la région francophone de Verviers, qui est une région isolée dans la province de Liège, pour faire le lien entre les spécialistes de ville et hospitaliers. Il consiste à mettre en place des consultations « on line » par un numéro téléphonique dédié ou par télémedecine avec courrier rapide. L'accès est interdit aux médecins mutualistes pour éviter toute fuite vers les systèmes d'assurance.
- Le deuxième projet est toujours à l'état de projet. Il consiste à ouvrir officiellement les maisons de santé aux spécialistes de second recours qui semblent les plus utiles à la population (cardiologues, gynécologues) mais aussi à l'addictologie ou à la psychiatrie.

Il n'y a donc pas encore, à ce jour, de consultations de second recours dans les maisons médicales belges.

Au total, le système de soins des différents pays évoqués ne permet pas encore un travail commun dans une même structure des professionnels de premier et second recours.

5. Le problème posé

La recherche bibliographique sur les MSP est vaste, les thèses se multipliant sur ce thème ces dernières années.

De nombreux travaux ont étudié les attentes des patients et des professionnels de santé quant à la présence d'une MSP sur leur territoire (23) (24).

Certains ont attendu la mise en fonctionnement des structures pour évaluer leur rôle, leurs avantages ou encore leur place dans les soins de premier recours (25) (26).

La présence de consultations avancées au sein d'une MSP est un système assez novateur qui n'a, pour l'instant, pas été étudié.

Une enquête réalisée en Guadeloupe, en zone déficitaire, a montré que les usagers seraient favorables à la présence de professionnels de second recours tels que cardiologue ou gynécologue lors de la création d'une MSP (27).

Ces consultations de second recours restent rares au sein des MSP.

Dans l'ancienne région Aquitaine, au 31 décembre 2017, 66 MSP sont en fonctionnement (28). Parmi ces structures, moins d'une dizaine propose ce type de consultations (source Fédération Aquitaine des Maisons et des Pôles de Santé) notamment en Dordogne (Belvès, Nontron, St Aulaye Eymet et St Pardoux la Rivière) et dans les Landes (Mimizan, Aire-sur-l'Adour, Labouheyre et Hagetmau).

Le but de ce travail est de faire un bilan, deux ans après leur mise en place, des différentes consultations spécialisées avancées se déroulant à la MSP d'Hagetmau.

On s'intéressera au profil socio-économique et démographique des patients ainsi qu'à leur parcours de santé et ses déterminants, en fonction de la spécialité fréquentée.

Le parcours de santé a pour objectif « par la coordination des acteurs, sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, de garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale » (29).

Autrement dit, nous nous pencherons sur les éléments permettant une prise en charge adéquate de la population en considérant les particularités du territoire.

Objectif principal

Par l'intermédiaire de ce travail, nous cherchons à déterminer le parcours de santé des patients fréquentant les consultations spécialisées de cardiologie, gynécologie, néphrologie et psychiatrie à la MSP d'Hagetmau.

Objectifs secondaires

Il s'agit de connaître les motivations de ces patients ainsi que leur satisfaction et d'établir une typologie des patients qui viennent en consultation.

II. Étude descriptive de la population en fonction du type de consultations fréquentées

1. Matériel et méthode

a) Le type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative transversale descriptive réalisée sur un échantillon de patients ayant recours aux consultations avancées à la MSP d'Hagetmau.

b) Modalités de recueil des données et données recueillies

➤ Données recueillies

Les données recueillies par le questionnaire concernent :

- le patient :

<u>Données qualitatives</u>	<u>Données quantitatives</u>
Sexe (F, M)	Age
Couverture sociale (Mutuelle, CMU, Aucune)	Distance entre son domicile et la maison de santé
Profession (Etudiant, Actif, Chômage, Retraité)	
Médecin traitant	

- la consultation :

<u>Données qualitatives</u>	<u>Données quantitatives</u>
Type (Cardiologie, Gynécologie, Néphrologie, Psychiatrie)	Délai de rendez-vous
Moyen de locomotion (Véhicule personnel, Accompagnant, Taxi médicalisé)	
Consultations antérieures	

- l'adressage :

Données qualitatives

Médecin traitant
Autre généraliste
Spécialiste
Absence d'adressage
Autre

- les raisons de la consultation à la MSP :

Données qualitatives

Spécialiste non disponible
Délai de rendez-vous trop long
Proximité
Conseil du médecin
Conseil de l'entourage
Autre

- la fonction de la mise en place de ces consultations :

Données qualitatives

Pallier au manque de spécialistes dans le canton
Désengorger les cabinets de ville et l'hôpital
Faciliter l'accès aux soins pour la population
Autre

- la satisfaction des patients notée par Très Satisfait, Satisfait, Pas Satisfait.

➤ Modalités de recueil

L'étude porte sur l'ensemble des patients ayant fréquenté les consultations spécialisées de cardiologie, néphrologie, gynécologie et psychiatrie à la MSP d'Hagetmau entre le 04 avril 2016 et le 10 avril 2017 soit une période de douze mois.

Le recueil s'est fait par l'intermédiaire d'un questionnaire patient anonyme (annexe 3). Le but était de poser des questions simples, claires et courtes en nombre limité afin d'être compréhensibles pour tous et complétées en totalité.

Une première version du questionnaire a été testée en mars 2016 sur les consultations de gynécologie et cardiologie (environ une dizaine de questionnaires) afin d'évaluer la compréhension et la faisabilité.

Globalement, la compréhension s'est avérée correcte et les réponses cohérentes. Une seule question a nécessité d'être reformulée.

Tous les patients passaient par le secrétariat afin d'être enregistrés (carte vitale et mutuelle). A cette occasion, les secrétaires en profitaient pour leur soumettre le questionnaire, libre à eux de le remplir.

Des affiches étaient disposées à l'entrée de la MSP et au secrétariat afin d'expliquer le principe et le but de l'étude.

Les patients avaient à leur disposition des stylos ainsi qu'une urne de recueil.

Un mail avait été envoyé à tous les professionnels de santé en lien avec les consultations spécialisées (praticiens hospitaliers, IDE psy et sage-femme) afin de leur expliquer l'objet de mon travail de thèse.

Il avait bien été exposé aux secrétaires ainsi qu'aux professionnels de santé que les patients devaient remplir le questionnaire seul, sans aide afin de ne pas être influencés dans les réponses aux questions.

c) Analyse statistique

Les données ont ensuite été saisies dans le logiciel Epi Data puis analysées dans le logiciel Epi Info.

Nous avons réalisé une analyse descriptive de l'échantillon.

Les variables quantitatives sont décrites par leur moyenne et leur écart-type et les variables qualitatives sont, pour leur part, décrites par leur effectif et leur proportion.

Les échantillons de cardiologie, gynécologie, psychiatrie et néphrologie ont été analysés indépendamment pour certaines variables.

Une analyse bi variée a été également réalisée afin de rechercher des liens statistiques entre les différentes variables.

2. Analyse des données

Sur la période de l'étude, 140 questionnaires ont été recueillis parmi les 722 consultations avancées spécialisées ayant eu lieu soit 19% de réponses.

4 questionnaires n'ont pas pu être analysés en raison d'un trop grand nombre d'erreurs.

Au total, seuls 136 patients ont été inclus.

a) Description des répondants et des quatre échantillons

➤ Age

- *Échantillon des répondants*

Graphique 1 : Distribution de l'âge des répondants

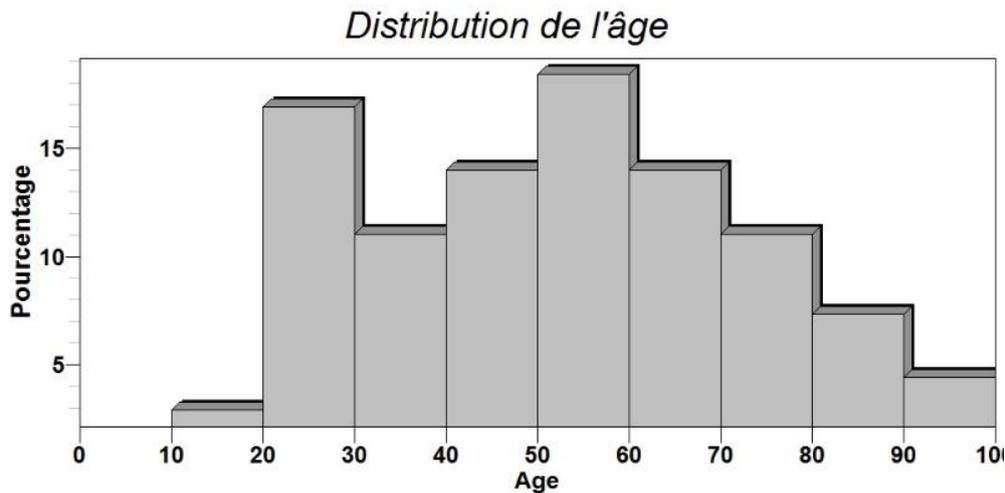


Tableau 8 : Répartition de l'âge des répondants

	<i>Valeur</i>
Effectif	136
Moyenne	52
Ecart-type	20.58
Minimum	16
25%	34.5
Médiane	52.5
75%	64.5
Maximum	96

Il s'agit d'une population assez homogène avec une médiane à 52,5 ans, un premier quartile se situant à 34,5 ans et un 3^e quartile à 64,5 ans.

- *Échantillon de cardiologie*

La population représentée par ces consultations est relativement âgée. Ils ont en moyenne 69,7 ans.

Graphique 2 : Distribution de l'âge en cardiologie

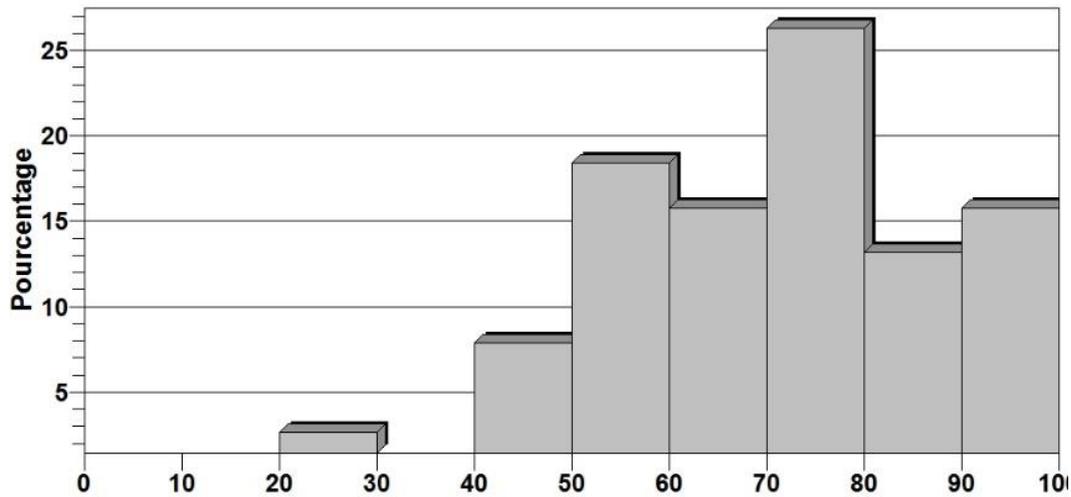


Tableau 9 : Répartition de l'âge en cardiologie

	<i>Valeur</i>
Effectif	38
Moyenne	69.7
Ecart-type	16.71
Minimum	26
25%	56
Médiane	73
75%	81
Maximum	96

- *Échantillon de gynécologie*

Cette population est plutôt homogène. La majorité de l'échantillon se situe entre 20 et 70 ans.

La moyenne d'âge est 41,8 ans.

Graphique 3 : Distribution de l'âge en gynécologie

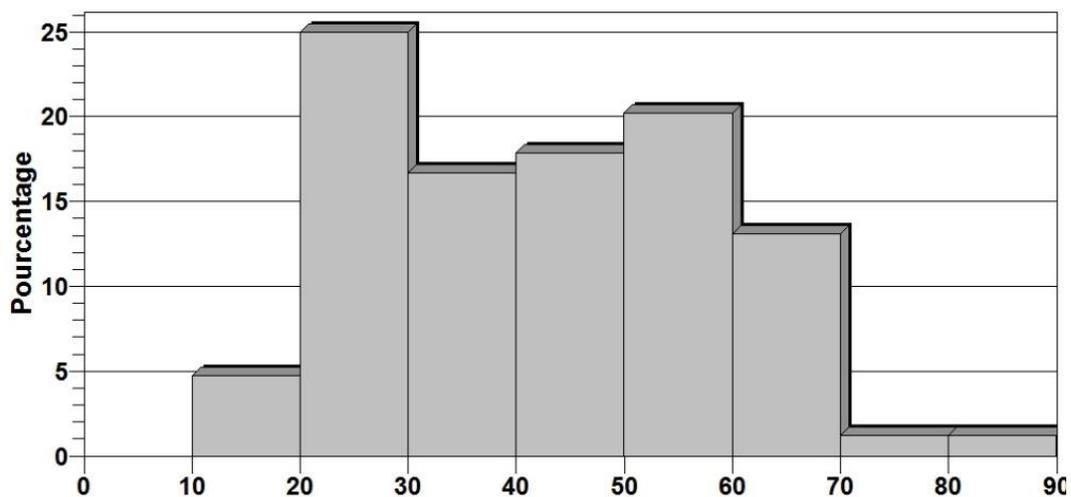


Tableau 10 : Répartition de l'âge en gynécologie

<i>Valeur</i>	
Effectif	84
Moyenne	41.8
Ecart-type	15.21
Minimum	16
25%	28
Médiane	41
75%	55
Maximum	82

- *Échantillon de psychiatrie*

La population de ce sous-groupe a en moyenne 48,4 ans.

Graphique 4 : Distribution de l'âge en psychiatrie

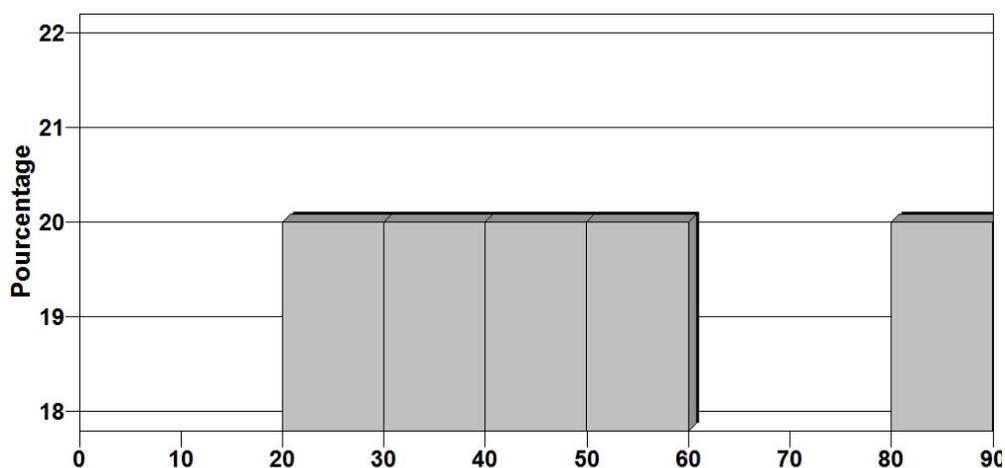


Tableau 11 : Répartition de l'âge en psychiatrie

	<i>Valeur</i>
Effectif	5
Moyenne	48.4
Ecart-type	20.82
Minimum	26
25%	45
Médiane	77
75%	50
Maximum	82

- *Échantillon de néphrologie*

Ces patients sont relativement âgés, 74,7 ans en moyenne.

45 % de la population ont entre 70 et 80 ans.

Graphique 5 : Distribution de l'âge en néphrologie

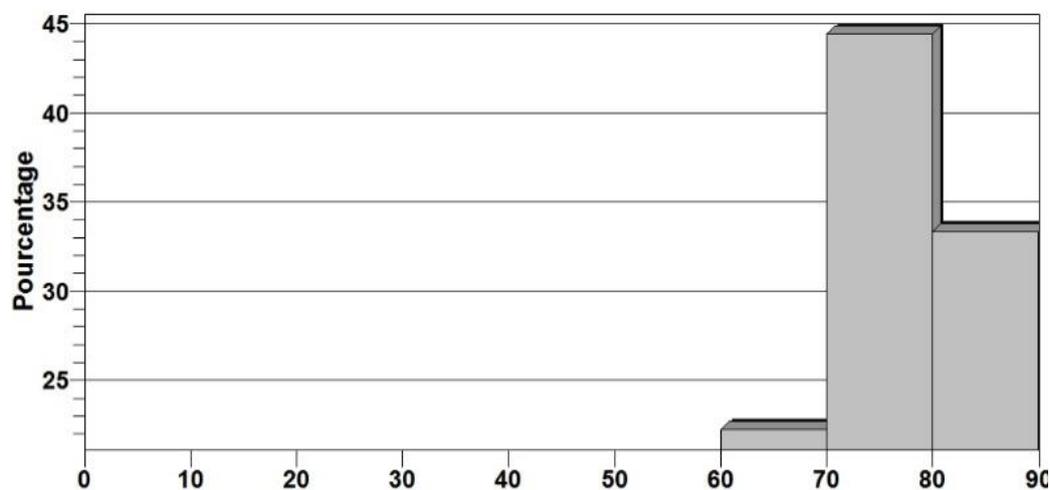


Tableau 12 : Répartition de l'âge en néphrologie

	<i>Valeur</i>
Effectif	9
Moyenne	74.7
Ecart-type	8.56
Minimum	60
25%	72
Médiane	77
75%	80
Maximum	84

➤ Sexe

- *Échantillon des répondants*

Tableau 13 : Sexe des répondants

	Effectif	Pourcentage	IC 95%
Féminin	106	77.9%	[70.0-84.6]
Masculin	30	22.1%	[15.4-30.0]
Total	136	100.0%	-

Un peu plus des trois quart de l'échantillon se compose de femmes. Cela s'explique notamment par la part non négligeable des consultations de gynécologie.

- *Échantillons de cardiologie et de néphrologie*

Il s'agit en majorité d'hommes : 57,9% pour la cardiologie et 77,8 % pour la néphrologie.

- *Échantillon de psychiatrie*

80% sont des femmes.

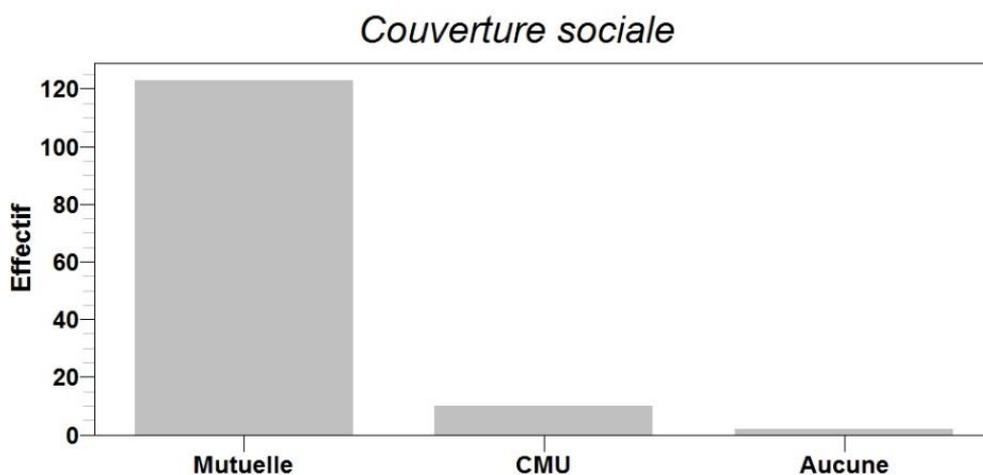
➤ Couverture sociale

- *Échantillon des répondants*

Tableau 14 : Assurance maladie complémentaire des répondants

	Effectif	Pourcentage	IC 95%
Mutuelle	123	91.1%	[85.0-95.3]
CMU	10	7.4%	[3.6-13.2]
Aucune	2	1.5%	[0.2-5.2]
Total	135	100.0%	-
Manquant	1	-	-

Graphique 6 : Assurance maladie complémentaire des répondants



La majorité des patients de l'échantillon possède une mutuelle (91,1%) alors que 7,4% sont couverts par une CMU et 1,5% ne bénéficient d'aucune couverture maladie.

- *Échantillon de cardiologie*

86,5% ont une mutuelle, 10,8% sont couverts par la CMU et 2,7% n'ont pas d'assurance maladie complémentaire.

- *Échantillon de gynécologie*

Plus de 90% sont couverts par une mutuelle.

- *Échantillons de psychiatrie et de néphrologie*

La totalité des deux populations est couverte par une mutuelle.

➤ **Statut professionnel**

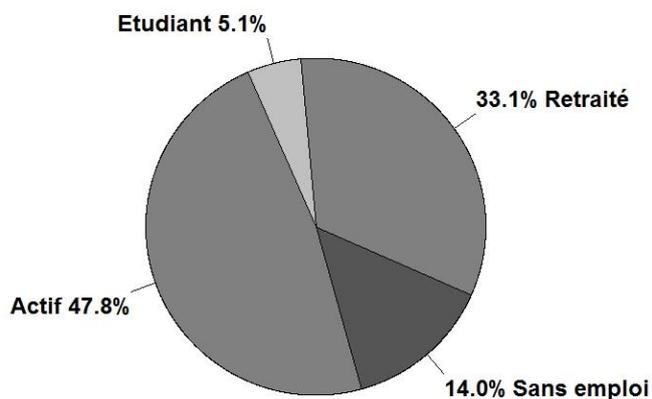
- *Échantillon des répondants*

Tableau 15 : Profession des répondants

	Effectif	Pourcentage	IC 95%
Etudiant	7	5.1%	[2.1-10.3]
En activité	65	47.8%	[39.2-56.5]
Sans emploi	19	14.0%	[8.6-21.0]
Retraité	45	33.1%	[25.3-41.7]
Total	136	100.0%	-

Près de la moitié de l'échantillon est en activité (47,8%) alors qu'un tiers est retraité (33,1%). Les patients sans emploi représentent 14% et les étudiants 5,1%.

Graphique 7 : Profession des répondants



- *Échantillon de cardiologie*

Tableau 16 : Profession en cardiologie

	Fréquence	Pourcentage	IC 95%
Etudiant	0	0%	-
En activité	10	26.3%	[13.4-43.1]
Sans emploi	2	5.3%	[0.6-17.7]
Retraité	26	68.4%	[51.3-82.5]
Total	38	100.0%	-

La population consultant en cardiologie est retraitée pour 68,4%. Il n'y a pas d'étudiant et 5,3% sont sans emploi.

- *Échantillon de gynécologie*

Il s'agit d'une population majoritairement en activité (64,3%).

Tableau 17 : Profession en gynécologie

	Fréquence	Pourcentage	IC 95%
Etudiant	7	8.3%	[3.4-16.4]
En activité	54	64.3%	[53.1-74.4]
Sans emploi	13	15.5%	[8.5-25.0]
Retraité	10	11.9%	[5.9-20.8]
Total	84	100.0%	-

- *Échantillon de psychiatrie*

3 patients sur 5 sont sans emploi.

- *Échantillon de néphrologie*

La population est retraitée à 90%.

b) Description de la consultation

➤ Le médecin traitant (MT)

Tous les patients de l'échantillon ont déclaré un MT.

Ce MT exerçait dans la MSP pour 46,3% d'entre eux alors que 53,7% de l'échantillon avait un MT qui n'exerçait pas dans la structure.

Tableau 18 : Exercice du MT dans la structure

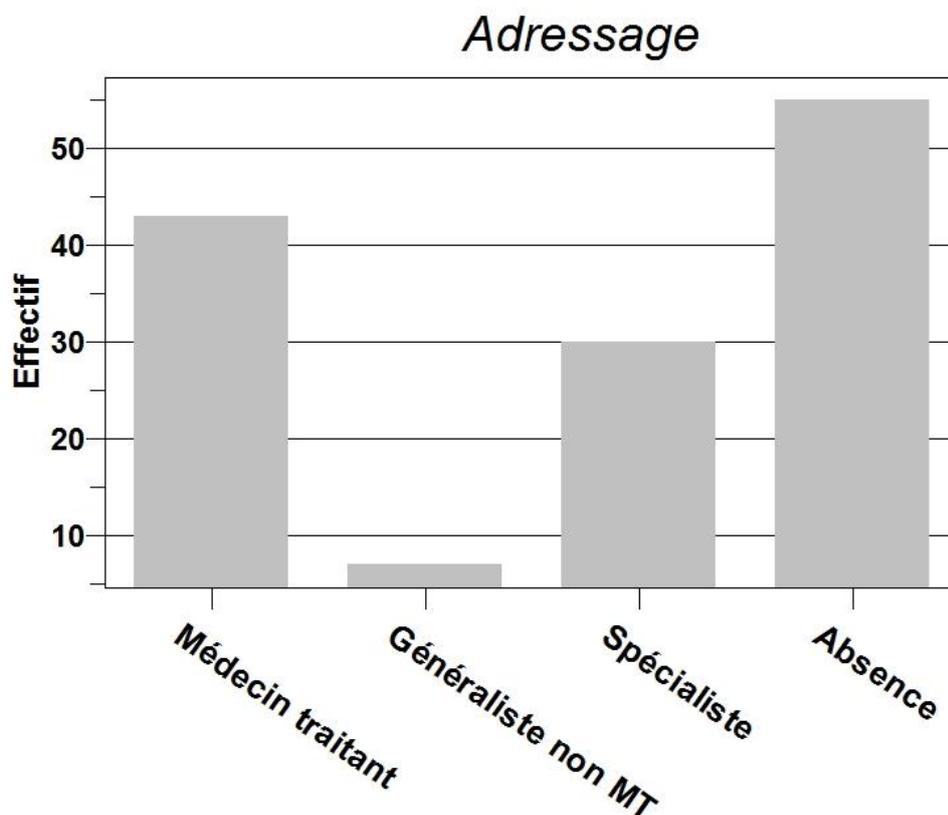
	Effectif	Pourcentage	IC 95%
Oui	63	46.3%	[37.7-55.1]
Non	73	53.7%	[44.9-62.3]
Total	136	100.0%	-

➤ Adressage

Tableau 19 : Adressage à la consultation

	Effectif	Pourcentage	IC 95%
Médecin traitant	43	31.9%	[24.1-40.4]
Généraliste non MT	7	5.2%	[2.1-10.4]
Spécialiste	30	22.2%	[15.5-30.2]
Pas d'adressage	55	40.7%	[32.4-49.5]
Total	135	100.0%	-
Manquante	1	-	-

Graphique 8 : Adressage à la consultation



La majorité des patients de l'échantillon a été adressée par un médecin :

- 31,9% par leur MT ;
- 22,2% par leur spécialiste ;
- et 5,2% par un généraliste qui n'était pas leur médecin référent.

Les 40% restants se sont présentés à la consultation sans avoir été adressés par un professionnel de santé. Cependant, certaines spécialités ne nécessitent pas d'adressage (la gynécologie et la psychiatrie).

➤ Type de consultation

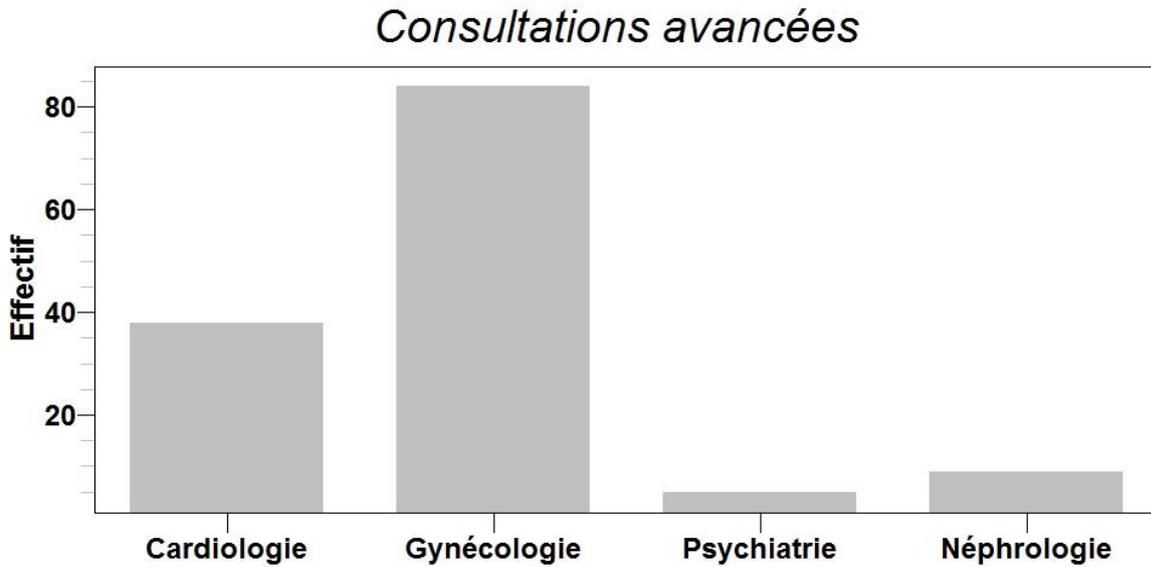
Tableau 20 : Les consultations

	Effectif	Pourcentage	IC 95%
Cardiologie	38	27.9%	[20.6-36.3]
Gynécologie	84	61.8%	[53.0-70.0]
Psychiatrie	5	3.7%	[1.2-8.4]
Néphrologie	9	6.6%	[3.1-12.2]
Total	136	100.0%	-

Plus de la moitié des résultats concernent les consultations de gynécologie, on a donc une population féminine exclusive.

La cardiologie représente 27,9% et la psychiatrie et la néphrologie à peine 3,7% et 6,6% respectivement.

Graphique 9 : Type de consultation

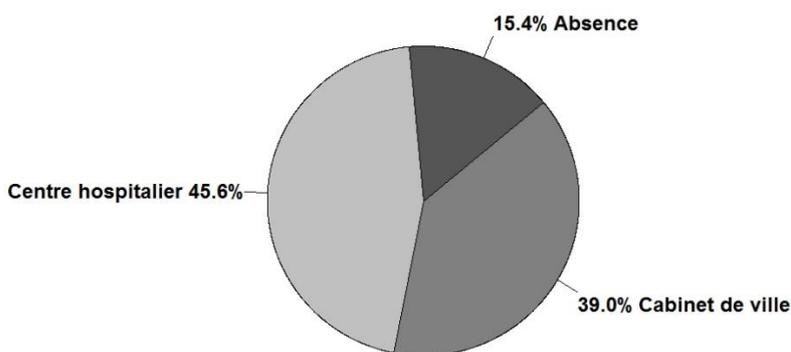


➤ Consultations antérieures

Tableau 21 : Lieu des consultations antérieures

	Effectif	Pourcentage	IC 95%
A l'hôpital	62	45.6%	[37.0-54.3]
En cabinet libéral	53	39.0%	[30.7-47.7]
Première consultation	21	15.4%	[9.8-22.6]
Total	136	100.0%	-

Graphique 10 : Lieu des consultations antérieures



Sur les 136 patients interrogés, près de 46% consultaient leur spécialiste en CH et 39% en cabinet libéral.

Pour seulement pour 15,4% d'entre eux, il s'agissait de la première consultation.

- *Les patients consultant dans un CH*

Tableau 22 : Les CH

	Effectif	Pourcentage
Mont-de-Marsan	40	64.5%
Orthez	4	6.5%
St Pierre-du-Mont	1	1.6%
St Sever	1	1.6%
Dax	1	1.6%
Pau	1	1.6%
Libourne	1	1.6%
La Rochelle	1	1.6%
Châteauroux	1	1.6%
Manquante	11	17.7%
Total	62	100.0%

Sur les 45,6% des interrogés consultant en CH, la majorité (64,5%) se rendait à l'hôpital de Mont-de-Marsan alors que 6,5% consultaient au CH d'Orthez et cela malgré la proximité kilométrique du CH d'Orthez par rapport au CH de Mont-de-Marsan.

Tableau 23 : Offre de soins comparée des deux établissements

CH Mont-de-Marsan	CH Orthez
Service et consultations de cardiologie	Service de médecine polyvalente à orientation cardiologique
Service et consultations de gynécologie (gynécologie médicale avec chirurgie, maternité de niveau 2B)	Centre périnatal avancé de consultations en gynécologie obstétrique et consultations sage-femme
Service et consultations de néphrologie, service d'hémodialyse	Consultations de néphrologie (1/2 journée tous les 15j)
Service de psychiatrie adulte, adolescent et enfant	-

Les autres centres de consultation représentaient une minorité.

- *Les patients consultant dans un cabinet de ville*

Tableau 24 : Les cabinets de ville

	Fréquence	Pourcentage
Mont-de-Marsan	21	39.6%
Hagetmau	9	17.0%
Orthez	5	9.4%
Dax	2	3.8%
Aire-sur-l'Adour	1	1.9%
St Vincent-de-Tyrosse	1	1.9%
Mimizan	1	1.9%
Bordeaux	1	1.9%
Région parisienne	1	1.9%
Département 84	1	1.9%
Manquante	10	18.9%
Total	53	100.0%

La plupart d'entre eux consultaient leur spécialiste sur la commune de Mont-de-Marsan. Les 17 % consultant sur la commune d'Hagetmau correspondent à des patientes ayant un suivi gynécologique par leur médecin généraliste ou à des patient(e)s ayant un suivi psychiatrique ou gynécologique au centre médico-social.

➤ **Suivi et adressage du patient en fonction du type de consultation**

- *Échantillon de cardiologie*

78,9% des patients étaient déjà suivis.

Tableau 25 : Consultations antérieures en cardiologie

	Fréquence	Pourcentage	IC 95%
Oui	30	78.9%	[62.7-90.4]
Non	8	21.1%	[9.6-37.3]
Total	38	100.0%	-

Parmi les patients adressés à la consultation, presque 60% l'ont été par leur MT.

Tableau 26 : Adressage en cardiologie

	Fréquence	Pourcentage	IC 95%
MT	22	59.5%	[42.1-75.2]
Généraliste non MT	2	5.4%	[0.7-18.2]
Spécialiste	10	27%	[13.8-44.1]
Non	3	8.1%	[1.7-21.9]
Total	37	100.0%	-
Manquant	1	-	-

- *Échantillon de gynécologie*

La proportion de patientes déjà suivies augmente et passe à presque 86%. Elles se rendaient plus souvent en cabinet de ville que les autres spécialités (50% puis cardiologie 23,7%).

Tableau 27 : Consultations antérieures en gynécologie

	Fréquence	Pourcentage	IC 95%
Oui	72	85.7%	[76.4-92.4]
Non	12	14.3%	[7.6-23.6]
Total	84	100.0%	-

Presque 60% des patientes sont venues d'elles-mêmes en consultation.

Tableau 28 : Adressage en gynécologie

	Fréquence	Pourcentage	IC 95%
MT	20	23.8%	[15.2-34.3]
Généraliste non MT	4	4.8%	[1.3-11.7]
Spécialiste	11	13.1%	[6.7-22.2]
Non	49	58.3%	[47.1-69]
Total	84	100.0%	-

- *Échantillon de psychiatrie*

Concernant le suivi, les chiffres sont semblables à la cardiologie. Sur les cinq patients consultant en psychiatrie, un seul n'avait jamais vu de psychiatre.

60% des patients ont été adressés par leur spécialiste et 40% sont venus sans adressage.

Tableau 29 : Adressage en psychiatrie

	Fréquence	Pourcentage	IC 95%
MT	0	0%	-
Généraliste non MT	0	0%	-
Spécialiste	3	60%	[14.7-94.7]
Non	2	40%	[5.3-85.3]
Total	5	100.0%	-

- *Échantillon de néphrologie*

Tous les patients avaient déjà un suivi spécialisé.

La majorité d'entre eux a été adressée par son spécialiste.

Tableau 30 : Adressage en néphrologie

	Fréquence	Pourcentage	IC 95%
MT	1	11.1%	[0.3-48.2]
Généraliste non MT	1	11.1%	[0.3-48.2]
Spécialiste	6	66.7%	[29.9-92.5]
Non	1	11.1%	[0.3-48.2]
Total	9	100.0%	-

➤ **Le type de consultation et le parcours de soins coordonnés**

On cherche à montrer une différence significative concernant l'adressage par le MT entre les différentes spécialités.

Tableau 31 : Cardiologie et gynécologie

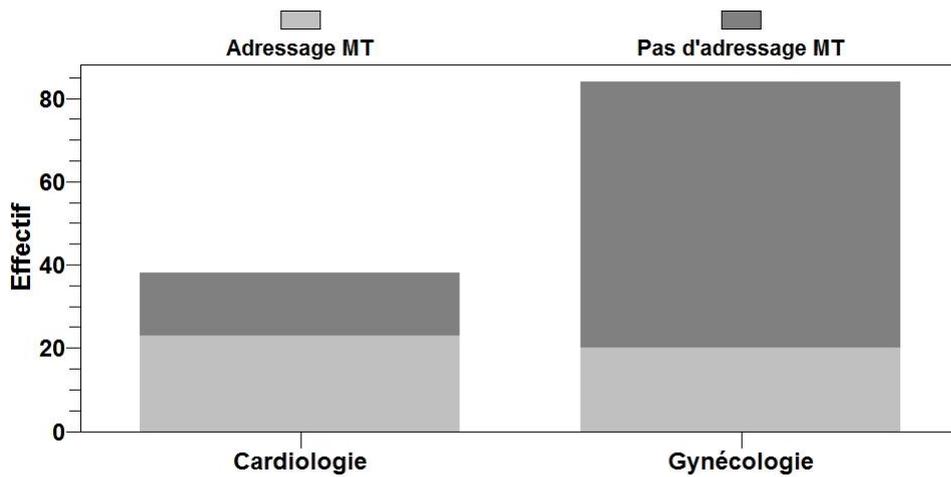
	ADRESSAGE MT		
	Oui	Non	TOTAL
Cardiologie	23 (60.5%)	15 (39.5%)	38
Gynécologie	20 (23.8%)	64 (76.2%)	84
TOTAL	43	79	122

OR = 4.91 IC [2.16-11.16]

RR = 2.54 IC [1.60-4.03]

Fisher exact = 0.000112

Graphique 11 : Cardiologie et gynécologie



Il existe une différence statistiquement significative concernant l'adressage entre les consultations de cardiologie et de gynécologie.

Les patients ont une probabilité plus élevée d'être adressés par leur MT pour les consultations de cardiologie que pour les consultations de gynécologie.

Tableau 32 : Cardiologie et néphrologie

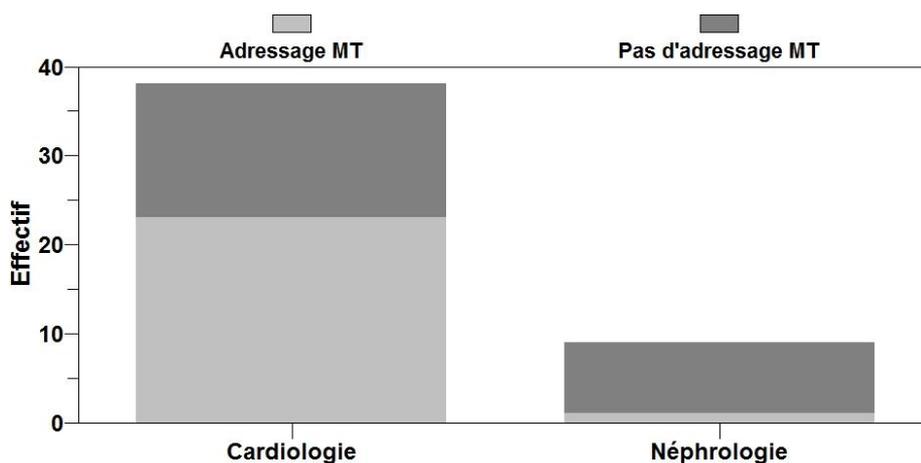
ADRESSAGE MT			
	Oui	Non	TOTAL
Cardiologie	23 (60.5%)	15 (39.5%)	38
Néphrologie	1 (11.1%)	8 (88.9%)	9
TOTAL	24	23	47

OR = 12.27 IC [1.39-108.33]

RR = 5.45 IC [0.84-35.19]

Fisher exact : 0.00924

Graphique 12 : Cardiologie et néphrologie



Cependant, il n'existe pas de différence statistiquement significative en termes d'adressage par le MT entre les consultations de cardiologie et de néphrologie.

➤ Distance entre la consultation et le lieu de résidence

Graphique 13 : Distance entre le lieu de résidence et la maison de santé

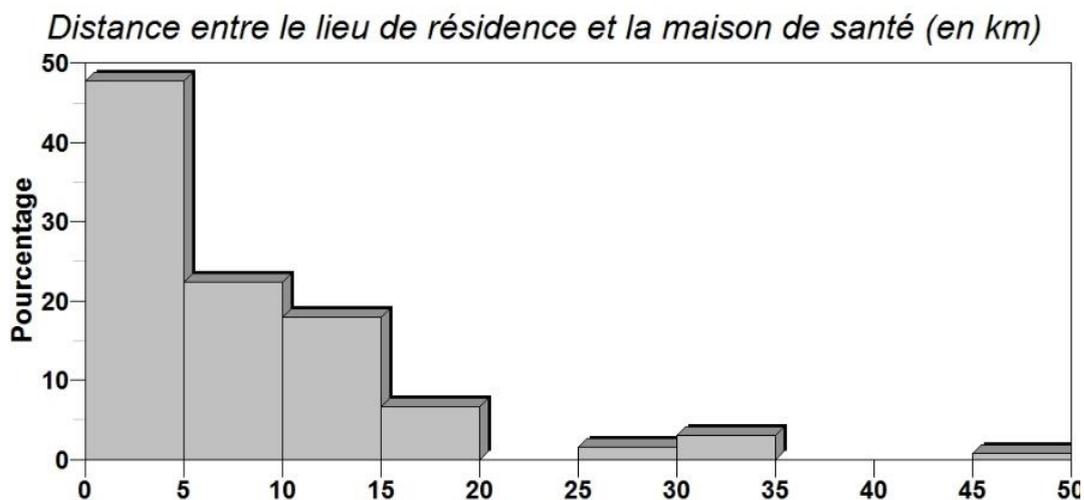


Tableau 33 : Distance entre le lieu de résidence et la maison de santé (en km)

	<i>Valeur</i>
Effectif	134
Moyenne	7
Ecart-type	7.38
Minimum	0
25%	2
Médiane	5
75%	10
Maximum	45
Manquant	2

Concernant la distance entre le lieu de résidence et la maison de santé, 50% habitent à moins de 5 kms et 75% à moins de 10 kms.

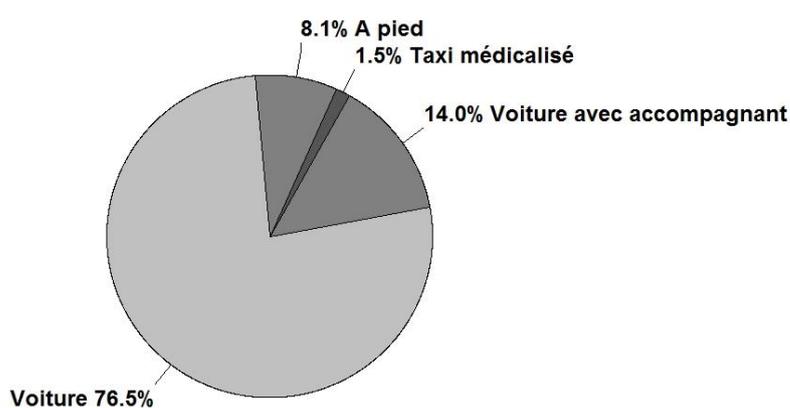
➤ Moyen de locomotion utilisé

- *Échantillon des répondants*

Tableau 34 : Moyen de locomotion des répondants

	Effectif	Pourcentage	IC 95%
Voiture seul	104	76.5%	[68.4-83.3]
Voiture avec accompagnant	19	14.0%	[8.6-21.0]
Taxi médicalisé	2	1.5%	[0.2-5.2]
Marche	11	8.1%	[4.1-14.0]
Total	136	100.0%	-

Graphique 14 : Moyen de locomotion des répondants



76,5% des patients de l'échantillon se sont déplacés avec leur voiture.

14% ont nécessité l'aide d'un accompagnant.

8,1% sont venus à pied et 1,5% avec un taxi médicalisé.

- *Échantillon de cardiologie*

Presque 60% sont venus avec leur voiture alors que 31,6% ont nécessité un accompagnant et 2,6% un taxi médicalisé.

Tableau 35 : Moyen de locomotion en cardiologie

	Fréquence	Pourcentage	IC 95%
Voiture seul	22	57.9%	[40.8-73.7]
Voiture avec accompagnant	12	31.6%	[17.5-48.7]
Taxi médicalisé	1	2.6%	[0.1-13.8]
A pied	3	7.9%	[1.7-21.4]
Total	38	100.0%	-

Les patients se déplaçant en véhicule seul ont en moyenne 63 ans et les trois quarts ont moins de 77 ans.

Tableau 36 : Age des patients de cardiologie se déplaçant en véhicule seul

	<i>Valeur</i>
Effectif	22
Moyenne	62.9
Ecart-type	15.79
Minimum	26
25%	51
Médiane	62
75%	77
Maximum	91

- *Échantillon de gynécologie*

88,1% se sont déplacés en voiture. 9,5% habitant à proximité sont venus à pied. Uniquement 2,4% sont venus accompagnés.

Tableau 37 : Moyen de locomotion en gynécologie

	Fréquence	Pourcentage	IC 95%
Voiture seul	74	88.1%	[79.2-94.1]
Voiture avec accompagnant	2	2.4%	[0.3-8.3]
Taxi médicalisé	0	0%	-
A pied	8	9.5%	[4.2-17.9]
Total	84	100.0%	-

La moyenne d'âge des patientes venant à la consultation avec leur véhicule personnel est 40,4 ans.

Tableau 38 : Age des patients de gynécologie se déplaçant en véhicule seul

	<i>Valeur</i>
Effectif	74
Moyenne	40.4
Ecart-type	14.28
Minimum	18
25%	28
Médiane	39.5
75%	54
Maximum	70

- *Échantillon de psychiatrie*

Concernant le moyen de locomotion utilisé, 60% sont venus accompagnés avec pour la plupart un statut d'adulte handicapé et 40% sont venus en véhicule seul.

Les deux patients se déplaçant en véhicule sans accompagnant avaient en moyenne 42 ans et les trois patients se déplaçant avec un accompagnant avaient en moyenne 52,7 ans.

- *Échantillon de néphrologie*

Les 2/3 de l'échantillon de néphrologie sont venus à la consultation avec leur propre voiture. Pour le tiers restant, les patients ont nécessité l'aide d'un accompagnant (une personne de leur entourage pour deux d'entre eux et un taxi médicalisé pour l'un d'entre eux).

Tableau 39 : Moyen de locomotion en néphrologie

	Fréquence	Pourcentage	IC 95%
Voiture seul	6	66.7%	[29.9-92.5]
Voiture avec accompagnant	2	22.2%	[2.8-60.0]
Taxi médicalisé	1	11.1%	[0.3-48.2]
A pied	0	0%	-
Total	9	100.0%	-

Dans l'échantillon de néphrologie, les patients venant en véhicule seul avaient en moyenne 76 ans.

Tableau 40 : Age des patients de néphrologie se déplaçant en véhicule seul

	<i>Valeur</i>
Effectif	6
Moyenne	76
Ecart-type	7.29
Minimum	62
25%	76
Médiane	77.5
75%	80
Maximum	83

c) Motivations et motifs de recours aux consultations spécialisées

➤ Délai de rendez-vous

- *Échantillon des répondants*

Graphique 15 : Délai de rendez-vous des répondants

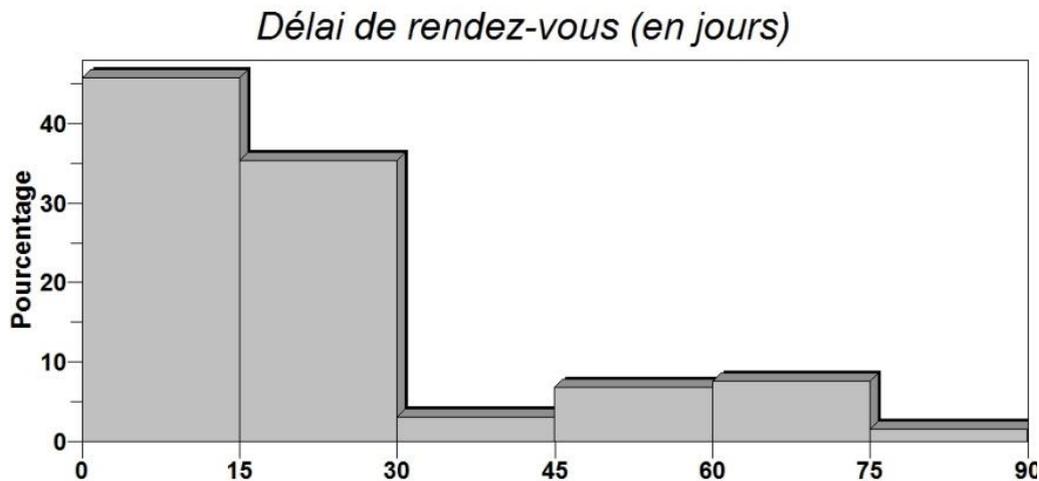


Tableau 41 : Délai de rendez-vous des répondants

	<i>Valeur</i>
Effectif	133
Moyenne	21.9
Ecart-type	18.87
Minimum	2
25%	9
Médiane	16
75%	25
Maximum	75
Manquant	3

Plus de 75% de l'échantillon a obtenu un rendez-vous de consultation dans le mois suivant l'appel téléphonique de prise de rendez-vous.

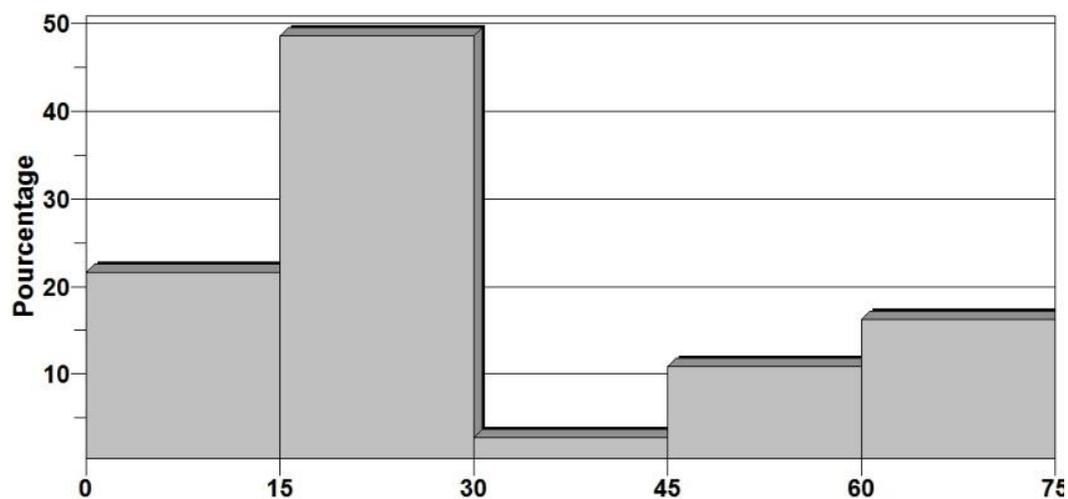
- *Échantillon de cardiologie*

La moitié de l'échantillon a pu obtenir un rendez-vous dans les 21 jours suivant la demande. Le premier quart dans les 15 jours et les trois quart dans les 50 jours.

Tableau 42 : Délai de rendez-vous en cardiologie

	<i>Valeur</i>
Effectif	37
Moyenne	29.8
Ecart-type	21.65
Minimum	5
25%	15
Médiane	21
75%	50
Maximum	72
Manquant	1

Graphique 16 : Délai de rendez-vous en cardiologie



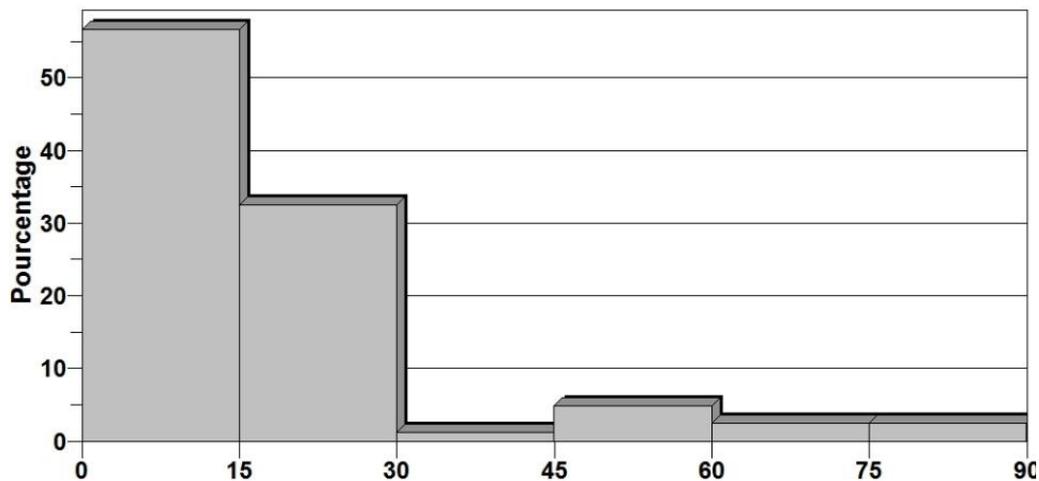
- *Échantillon de gynécologie*

Le délai de rendez-vous était assez court. La médiane se situe à 12 jours. 75% ont obtenu un rendez-vous dans les 22 jours et plus de 85% dans le mois.

Tableau 43 : Délai de rendez-vous en gynécologie

	<i>Valeur</i>
Effectif	83
Moyenne	17.4
Ecart-type	15.39
Minimum	2
25%	8
Médiane	12
75%	22
Maximum	75
Manquant	1

Graphique 17 : Délai de rendez-vous en gynécologie



- *Échantillon de psychiatrie*

Le délai de rendez-vous était assez long avec une médiane à 40 jours.

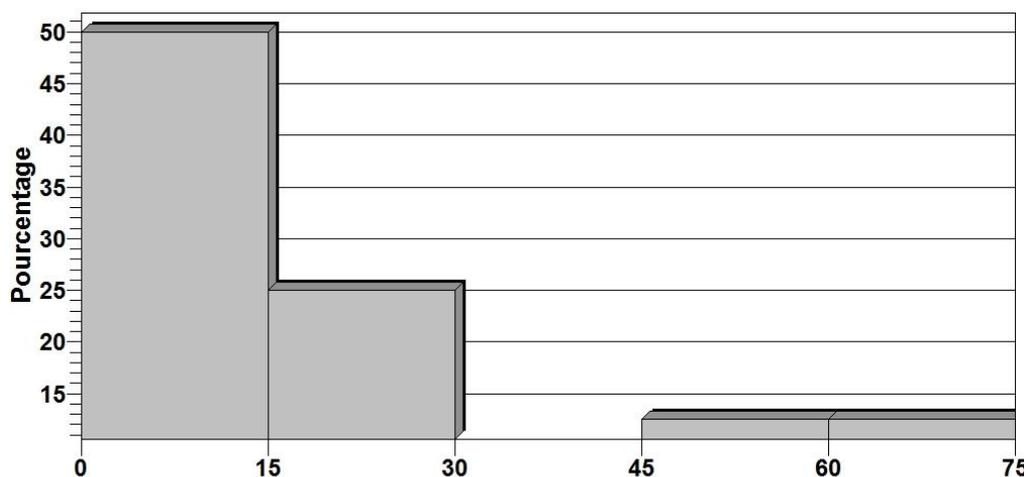
- *Échantillon de néphrologie*

La médiane se situe à 17,5 jours et 75% de l'échantillon ont obtenu un rendez-vous dans les 37,5 jours.

Tableau 44 : Délai de rendez-vous en néphrologie

	<i>Valeur</i>
Effectif	8
Moyenne	24.6
Ecart-type	21.74
Minimum	6
25%	8
Médiane	17.5
75%	37.5
Maximum	65
Manquant	1

Graphique 18 : Délai de rendez-vous en néphrologie



➤ **Raisons de la consultation à la maison de santé**

Tableau 45 : Les raisons de la consultation

	Fréquence	Pourcentage	IC 95%
Médecin habituel non disponible	3	2.2%	[0.0-4.7]
Délai de rendez-vous trop long	11	8.2%	[3.5-12.8]
Plus pratique	89	66.4%	[58.4-74.4]
Sur conseil du médecin	44	32.8%	[24.8-40.7]
Sur conseil de l'entourage	21	15.7%	[9.5-21.9]
Autre	12	9.0%	[4.2-13.8]
Manquante	2	-	-

Le taux de réponse dépasse 100% car il s'agissait d'une question à choix multiples.

Les deux tiers de l'échantillon préfèrent consulter à la MSP pour des raisons de proximité de leur lieu de vie.

Un tiers a été conseillé par son médecin et 15% par l'entourage.

Parmi les 9% de la catégorie « autre », la plupart ont évoqué comme raison le départ à la retraite de leur spécialiste ou un déménagement récent.

L'indisponibilité du médecin habituel et le délai de rendez-vous restent des raisons peu fréquemment évoquées.

- *Caractéristiques des patients consultant à la maison de santé pour une raison de proximité*

Ces patients ont en moyenne 49,6 ans, sont majoritairement en activité (52,8%) et viennent en consultation seul avec leur propre véhicule (80,9%).

Tableau 46 : Age et proximité

	<i>Valeur</i>
Effectif	89
Moyenne	49.6
Ecart-type	20.24
Minimum	16
25%	33
Médiane	50
75%	62
Maximum	96

Tableau 47 : Statut professionnel et proximité

	Fréquence	Pourcentage	IC 95%
Etudiant	5	5.6%	[1.8-12.6]
En activité	47	52.8%	[41.9-63.5]
Sans emploi	10	11.2%	[5.5-19.7]
Retraité	27	30.3%	[21-41]
Total	89	100.0%	-

Tableau 48 : Moyen de locomotion et proximité

	Fréquence	Pourcentage	IC 95%
Voiture seul	72	80.9%	[71.2-88.5]
Voiture accompagnant	10	11.2%	[5.5-19.7]
Taxi médicalisé	0	0%	-
A pied	7	7.9%	[3.2-15.5]
Total	89	100.0%	-

➤ Rôles des consultations

Tableau 49 : Le rôle des consultations

	Fréquence	Pourcentage	IC 95%
Pallier au manque de spécialistes	53	39.8%	[31.5-48.1]
Désengorger l'hôpital et les cabinets de ville	37	27.8%	[20.2-35.4]
Faciliter l'accès aux soins	108	81.2%	[74.6-91.2]
Autre	0	-	-
Manquante	3	-	-

Le taux de réponse dépasse 100% car il s'agissait d'une question à choix multiples.

Pour 81,2% des patients, ces consultations ont pour principale vocation à faciliter l'accès aux soins pour la population.

Cependant, il s'agit aussi de pallier au manque de spécialistes sur le canton pour 39,8% d'entre eux.

Pour 27,8%, les consultations avancées permettent de désengorger les structures hospitalières et les cabinets de ville.

➤ Satisfaction des patients

Tableau 50 : Satisfaction

	Fréquence	Pourcentage	IC 95%
Très satisfait	132	97.1%	[92.6-99.2]
Satisfait	4	2.9%	[0.8-7.4]
Non Satisfait	0	0%	-
Total	136	100.0%	-

97% de l'échantillon est très satisfait de la mise en place de ces consultations.

La totalité des patients interrogés déclare avoir recours à nouveau à ces consultations si le besoin se représentait.

d) Délai de rendez-vous et activité professionnelle

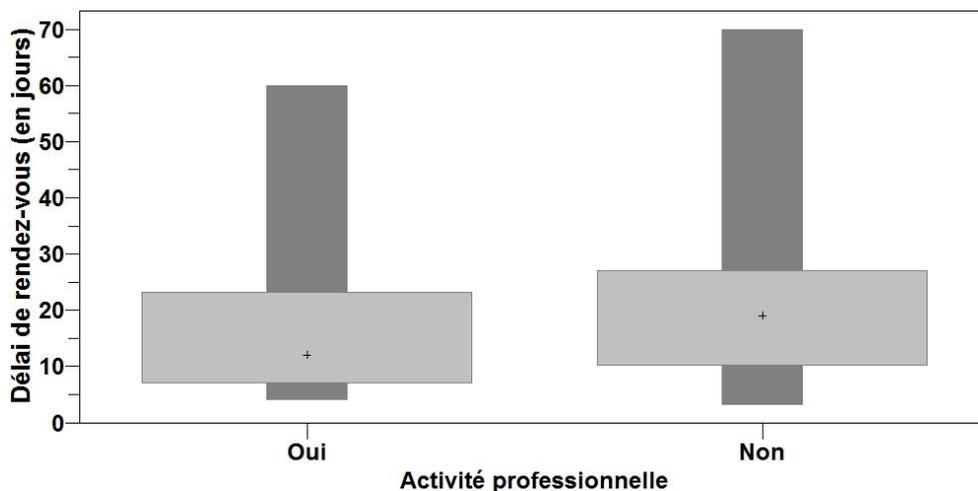
Activité professionnelle : Oui = patient étudiant et en activité
Non = patient sans emploi et retraité

Tableau 51 : Délai de rendez-vous en fonction de l'activité professionnelle

	<i>Oui</i>	<i>Non</i>
Effectif	71	62
Moyenne	19.1	25.2
Ecart-type	17.54	19.93
Minimum	2	3
25%	7	10
Médiane	12	19.5
75%	24	27
Maximum	75	72

p = 0.0625

Graphique 19 : Délai de rendez-vous en fonction de l'activité professionnelle



La moyenne d'un rendez-vous pour les patients ayant une activité professionnelle est de 19 jours et 25 jours pour les patients sans activité professionnelle.

Il n'existe pas de différence significative concernant le délai de rendez-vous entre les patients avec ou sans activité professionnelle.

e) Proximité de la MSP et délai de rendez-vous

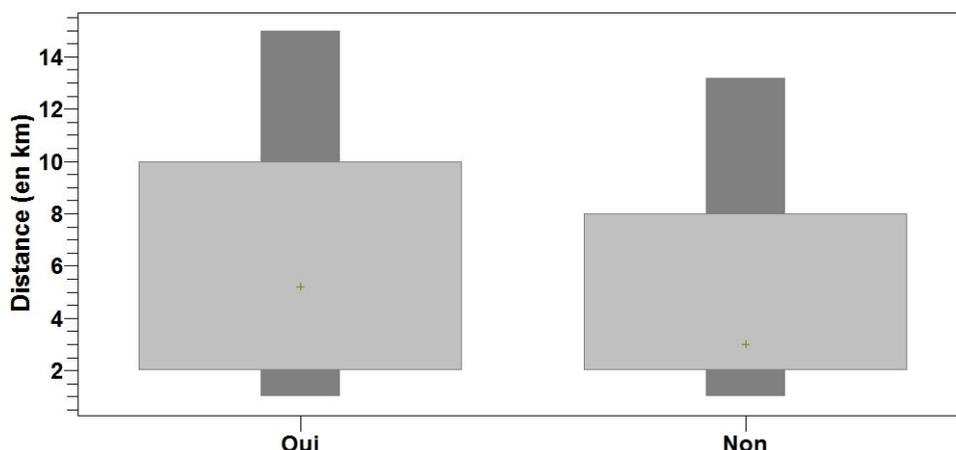
Délai de rendez-vous (en jours) : < ou = 15 jours

Tableau 52 : Délai de rendez-vous et proximité de la MSP

	<i>Oui</i>	<i>Non</i>
Effectif	68	66
Moyenne	7.5	6.5
Ecart-type	7	7.76
Minimum	0.4	0
25%	2	2
Médiane	6	3.5
75%	10	8
Maximum	30	45

p = 0.4547

Graphique 20 : Délai de rendez-vous et proximité de la MSP



Il n'existe pas de différence significative de distance entre le lieu de résidence des patients et la maison de santé, entre les patients ayant obtenu un rendez-vous dans les 15 jours et le reste de l'échantillon.

f) Données sur l'ensemble des consultations pendant la durée de l'étude

Nous avons pu récupérer, par l'intermédiaire du Département d'Information Médicale (DIM) de l'hôpital de Mont-de-Marsan, certaines caractéristiques démographiques des patients consultants ainsi que des informations concernant la consultation.

Toutes ces données portent sur l'ensemble des patients qui ont fréquenté les consultations avancées entre la 04 avril 2016 et le 10 avril 2017, soit 412.

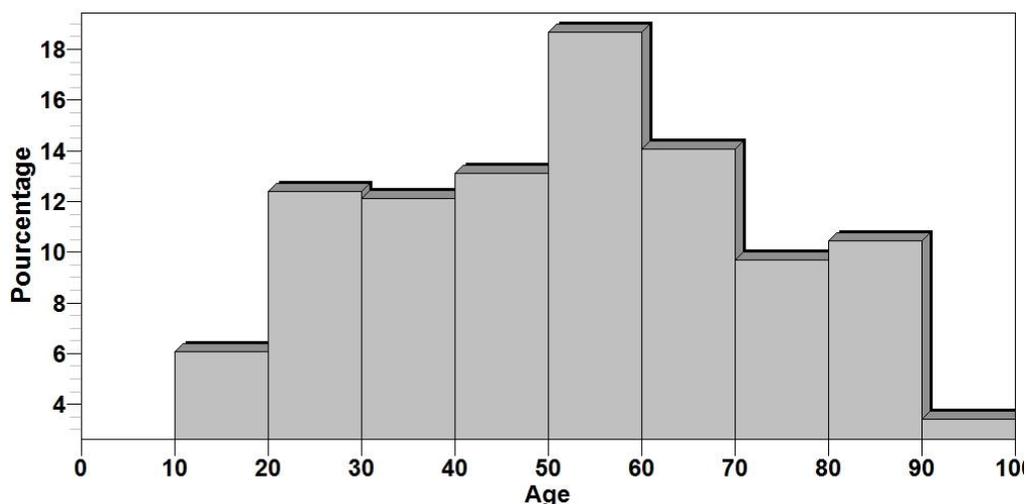
➤ Caractéristiques démographiques

- Age

Tableau 53 : Répartition de l'âge

	<i>Valeur</i>
Effectif	412
Moyenne	52.6
Ecart-type	21.14
Minimum	16
25%	35
Médiane	53
75%	68
Maximum	96

Graphique 21 : Distribution de l'âge



On observe une moyenne d'âge de 52,6 ans chez les consultants avec une médiane à 53 ans.

Les populations de cardiologie et de néphrologie sont semblables avec des moyennes d'âge respectives à 70,4 et 70 ans.

Les femmes suivies en gynécologie sont plus jeunes et ont en moyenne 41,4 ans.

Enfin, les patients de psychiatrie présentent un âge moyen de 50,7 ans.

- *Sexe*

Tableau 54 : Répartition du sexe

	Effectif	Pourcentage	IC 95%
Féminin	325	78.9%	[74.6-82.7]
Masculin	87	21.1%	[17.3-25.4]
Total	412	100.0%	-

La grande majorité de consultant(e)s féminines est expliquée par la consultation de gynécologie qui représente 49% de l'ensemble de la population.

Les femmes restent également prédominantes pour les consultations de cardiologie et de psychiatrie.

En cardiologie, elles sont 61,1% et 69,9% en psychiatrie.

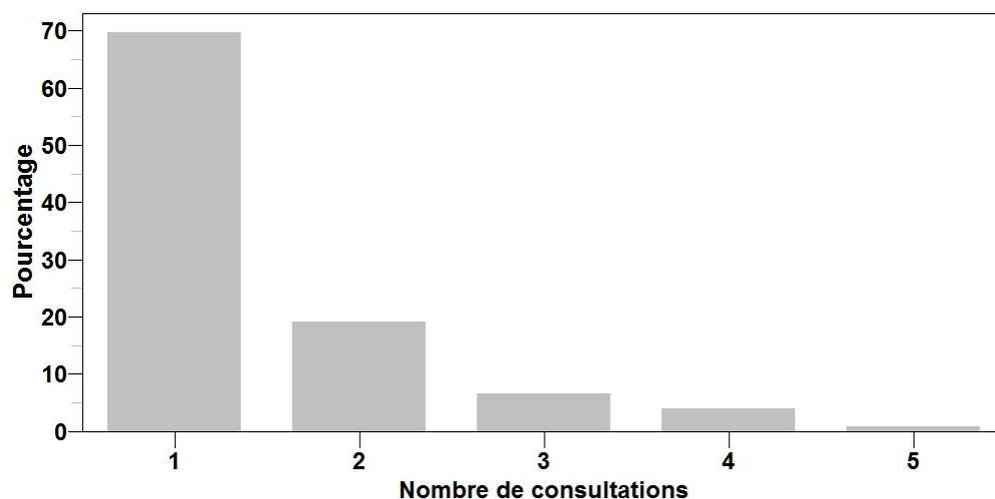
La néphrologie est la seule spécialité où les hommes sont plus nombreux, soit 66,7%.

➤ Caractéristiques de la consultation

Tableau 55 : Nombre de consultations effectuées par patient

	<i>Valeur</i>
Effectif	412
Moyenne	1.5
Ecart-type	0.84
Minimum	1
25%	1
Médiane	1
75%	2
Maximum	5

Graphique 22 : Nombre de consultations effectuées par patient



En moyenne, chaque patient est venu consulter 1,5 fois dans la même spécialité. Ce taux est inférieur pour la cardiologie et la gynécologie avec en moyenne 1,2 consultations.

En revanche, les patients consultent 1,8 fois en néphrologie et 2,2 fois en psychiatrie.

Ils sont près de 70% à n'avoir bénéficié que d'une consultation sur la période de l'étude.

III. Discussion

1. Validité de la méthode et des résultats

Nous pouvons souligner les différents biais apparus en cours d'analyse et les prendre en compte dans la validité des résultats.

a) Un effectif restreint

Nous avons fait le choix d'utiliser un questionnaire patient anonyme que le patient était libre de remplir afin de ne pas influencer ses choix et ses réponses.

Les secrétaires avaient uniquement pour mission de les informer de la présence du questionnaire.

Cependant, le taux de réponse s'avère relativement faible compte tenu du nombre de consultations effectuées durant l'étude (19,4% de répondants dont seulement 18,8% valides et pris en compte pour l'analyse).

Un échantillon plus large aurait permis de renforcer la puissance statistique de l'étude.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cela :

- 722 consultations ont été effectuées sur la période de l'étude mais ce chiffre ne reflète pas le nombre exact de patients ayant bénéficié des consultations avancées. En effet, certains d'entre eux ont bénéficié de plusieurs consultations durant cette période et n'ont pu être remplis qu'une seule fois le questionnaire ;
- La population de psychiatrie correspond à celle ayant eu le taux de réponses au questionnaire le plus faible avec seulement 6,8% de répondants par rapport à l'ensemble de consultants recensés par le DIM, soit 73. Le profil psychologique du patient influence sa réponse au questionnaire. Ainsi, la population de psychiatrie a biaisé la part de réponses au questionnaire.

b) Biais de sélection

➤ Réponses au questionnaire

Le choix de cette méthode implique un biais de sélection. Le profil des patients ayant répondu au questionnaire peut différer de ceux n'ayant pas répondu.

En effet comme évoqué plus haut, le taux de non répondants concernant les consultations de psychiatrie s'élève à 93,2%. Or, ces patients ont un profil psycho-social particulier. Le fait de ne pas les intégrer à l'analyse peut fausser la représentativité de l'échantillon.

➤ Non représentativité du sexe

La surreprésentation des consultations de gynécologie (61,8% de l'échantillon) implique un biais de sélection lié au sexe.

Le pourcentage de femmes dans l'échantillon (77,9%) est ainsi majoré par ces consultations. Les consultations de gynécologie ne représentent que 234 consultations sur les 722 qui se sont déroulées pendant la durée de l'étude soit 32,4%.

c) Biais de mémorisation

La question n° 9 concernant le délai d'obtention d'un rendez-vous peut inclure un biais de mémorisation, notamment pour les patients ayant pris leur rendez-vous il y a plusieurs semaines.

2. Résumé des résultats

a) Caractéristiques et profil des patients

L'échantillon de patients ayant répondu au questionnaire ne peut pas être comparé à la population générale à cause du biais engendré par les consultations de gynécologie. De ce fait, on compare chaque échantillon de spécialité par rapport à la population des consultants et du territoire.

Nous souhaitons extraire les caractéristiques démographiques de tous les patients de la MSP afin de faire une comparaison. Cependant, le logiciel ne nous permet pas actuellement de faire des requêtes efficaces.

➤ Un profil particulier en fonction du type de consultation

- *L'échantillon de cardiologie*

71 % des patients ont 60 ans et plus contre 31,2% de la population du territoire et 37,5% de la population ayant répondu au questionnaire.

Ils ont en moyenne 70 ans alors que l'âge moyen d'un habitant landais est 43,5 ans et 52 ans pour les répondants.

En effet, le taux de recours à un cardiologue augmente fortement avec l'âge. Alors qu'il n'est que de 25 pour 1000 à 60 ans il passe à 73 pour 1000 à 80 ans d'après une étude de la DREES (30).

Il s'agit majoritairement d'hommes (57,9%).

Les retraités sont plus représentés (68,4%) que chez les répondants (33,1%). Il n'y a d'ailleurs aucun étudiant.

Le profil socio-économique de cet échantillon est le plus fragile des quatre populations. Il présente le taux le plus élevé de bénéficiaires de la CMU (10,8%) et 2,7% n'ont pas d'assurance maladie complémentaire.

Cependant, seulement 5,3% sont chômeurs.

Alors que les patients couverts par une CMU sont plus importants que la population du territoire et les répondants, les chômeurs sont paradoxalement moins nombreux.

En résumé, la population cardiologique est âgée, retraitée et précaire.

Elle est comparable à la population des consultants en termes d'âge mais concernant le sexe, les femmes sont en réalité plus nombreuses à consulter en cardiologie.

- *L'échantillon de gynécologie*

Les patientes gynécologiques ont en moyenne 42 ans et 75% de l'échantillon à moins de 55 ans.

15,5% ont 60 ans ou plus ce qui est dérisoire comparé à la population du territoire.

La majorité est en activité (64,3%), les retraitées et les étudiantes sont donc minoritaires. Cependant, la proportion de patientes sans emploi n'est pas négligeable (15,5%). Elle est plus importante que pour la population du territoire mais s'en rapproche.

Cela s'explique par la catégorie de chômeurs prédominant sur notre territoire et qui correspond à des femmes jeunes, ce qui est semblable à l'échantillon des consultations de gynécologie.

Le taux de bénéficiaires de la CMU est proche de la population des répondants.

La population gynécologique est donc jeune, en activité mais avec une part non négligeable de chômeurs.

Concernant l'âge, elle est également comparable à la population des consultants.

- *L'échantillon de psychiatrie*

Seulement 5 patients représentent cet échantillon.

Ils ont en moyenne 48 ans. Seulement un patient a plus de 60 ans soit 20% de l'échantillon. Parmi eux, la majorité est de sexe féminin (80%).

Une étude de la DREES a montré que 54% de femmes étaient suivies en ambulatoire (31) ce qui est bien inférieur à notre échantillon.

La particularité de cette population est que 60% apparaissent sans emploi mais aucun d'entre eux n'est bénéficiaire de la CMU.

En effet, les patients bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé ne sont pas éligibles à la CMU.

Les sans emploi sont plus représentés que dans la population générale.

Nous supposons que l'état médico-psychologique de ces patients peut être incompatible avec une activité professionnelle.

Cette population est ainsi particulièrement féminine, sans emploi et d'âge moyen.

En comparaison avec les consultants, les patients ayant répondu au questionnaire sont légèrement plus jeunes et les femmes sont plus représentées même si elles constituent une part importante dans la population des consultants (69,9%).

- *L'échantillon de néphrologie*

Les patients néphrologiques ont en moyenne 75 ans avec une tranche d'âges comprise entre 60 et 84 ans donc 100% de la population de cet échantillon ont 60 ans et plus.

Il s'agit de la population la plus âgée des quatre échantillons.

De ce fait, 90% sont retraités.

On recense en majorité une population masculine (78%) et tous sont couverts par une assurance maladie complémentaire.

En résumé, la population de néphrologie est très âgée, retraitée et masculine.

Elle est épargnée par la précarité par rapport aux autres spécialités et à la population du territoire.

Elle est comparable à la population des consultants même s'ils sont en moyenne un peu plus jeunes (70 ans).

Finalement, nous sommes face à des populations différentes en fonction de la consultation fréquentée et qui ont chacune leurs spécificités, la plupart du temps cohérentes avec le type de spécialité qui leur est associé.

On pourrait les regrouper en deux grands groupes :

- Les patients âgés et retraités en cardiologie et néphrologie ce qui reflète le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques ;
- Et les patients jeunes et d'âge moyen, avec un niveau de précarité plus élevé qu'en population générale en gynécologie et psychiatrie.

A noter que le faible échantillon de psychiatrie peut ne pas représenter réellement la population de patients consultants dans cette spécialité.

De plus, dans l'ensemble, le profil socio-économique de la population de l'échantillon est légèrement plus fragile que la population générale, même si le niveau de précarité du territoire est un des plus faibles de l'hexagone.

D'après une étude de l'IRDES sur l'accessibilité territoriale aux soins, il semblerait que les chômeurs et les patients bénéficiant de la CMU-C aient un temps de parcours moindre par

rapport aux actifs pour recourir à un médecin spécialiste (32). Ceci pourrait expliquer qu'ils soient plus nombreux.

➤ Des patients ayant déjà consulté un spécialiste

Pour 21 patients de l'échantillon, il s'agissait du premier recours à un spécialiste.

Les 115 restants avaient déjà consulté au moins une fois dans la spécialité pour laquelle ils ont pris rendez-vous.

Dans chaque spécialité, au moins 80% des patients étaient déjà suivis.

On peut s'imaginer qu'il s'agit de patients chroniques (notamment en psychiatrie, cardiologie et néphrologie) avec des pathologies nécessitant un suivi au long cours.

En effet, l'analyse des données du DIM nous a montré que pour les spécialités de psychiatrie et de néphrologie, chaque patient bénéficiait, respectivement, en moyenne de 2,2 et 1,8 consultations.

Il aurait été judicieux de connaître la présence ou non d'affection de longue durée chez ces patients.

Cependant, nous n'avons aucune information sur les motifs de consultation, la gynécologie pouvant être prétexte à de la prévention, par exemple.

Il s'agit, d'ailleurs, de la spécialité où la proportion de patientes ayant bénéficié d'une seule consultation sur la période de l'étude est la plus importante (83,7%).

De plus, il se peut que certains patients aient mal compris la question et aient répondu « oui » au suivi antérieur par un spécialiste en considérant ce spécialiste comme leur médecin généraliste.

En effet, certaines patientes ont notifié dans leurs réponses que leur suivi gynécologique était auparavant assuré par leur MT et ont quand même répondu « oui » à cette question.

On peut également expliquer, en partie, la réponse à cette question par le fait que certains patients aient répondu positivement en indiquant un suivi par un spécialiste différent de la spécialité concernée par leur consultation à la MSP.

Une méthode par entretien individuel ou une meilleure formulation de la question aurait permis d'éviter ces erreurs.

b) Le parcours de santé et ses déterminants

➤ Un MT n'exerçant pas dans la structure pour la majorité

Tous les patients de l'échantillon ont déclaré un MT. Ceci est obligatoire depuis 2004 (33) dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

On remarque que moins de la moitié des patients bénéficiant des consultations avancées ont leur MT dans la structure (46,3%).

Il aurait été intéressant de savoir où étaient suivis ces patients là et si leur MT connaissait l'existence des consultations avancées.

Il est aussi probable qu'ils se soient rendus dans la structure sur conseil de leur entourage ou de leur spécialiste.

Cette constatation montre l'importance de la mise en place de ces consultations pour l'ensemble du territoire d'Hagetmau et pas uniquement pour la MSP.

Les besoins de santé sont bien réels et nécessitent de couvrir l'ensemble de la CCHCU afin de répondre à la demande.

➤ Un parcours défaillant pour la plupart des spécialités rentrant dans le cadre du parcours de soins coordonnés

Le MT a pour mission de mettre en relation le patient, lorsqu'il le nécessite, avec d'autres professionnels de santé notamment des spécialistes médicaux (33).

Cependant, certains d'entre eux sont en accès direct autorisé sous réserve de respecter certaines conditions (34) :

- la gynécologie pour les actes de prévention, de suivi de grossesse et d'IVG ;
- la psychiatrie entre 16 et 25 ans ;
- l'ophtalmologie ;
- la stomatologie.

En fonction de la spécialité fréquentée, l'adressage à la consultation diffère.

Pour la cardiologie, le parcours de soins coordonnés est respecté pour la plupart des patients puisque 59,5% ont été adressés par leur MT.

Cette constatation n'est pas retrouvée en ce qui concerne la néphrologie puisque seulement un patient de l'échantillon a été adressé par son MT. Pour 66,7%, le médecin qui adresse est le spécialiste. Cependant, il peut s'agir du néphrologue du CH pour ceux ayant déjà un suivi hospitalier.

Les patients suivis en psychiatrie ont plus de 25 ans. Dans ce cadre-là, ils doivent être adressés par leur MT.

Or, le spécialiste adresse pour 60% d'entre eux et le reste de l'échantillon a bénéficié de la consultation sans être adressé.

Les patientes en gynécologie, spécialité faisant partie des consultations en accès direct autorisé, viennent le plus souvent de leur propre initiative (58,3%). Seulement 23,8% ont été adressés par leur MT.

Ceci est bien mis en évidence dans l'étude puisque les patients ont une probabilité moindre d'être adressés par leur MT en gynécologie par rapport à la cardiologie.

Cependant, si le motif de consultation ne concerne ni la prévention ni le suivi de grossesse ou d'IVG, il est possible que le parcours de soins coordonnés n'ait pas été respecté.

Enfin, les 5,2% de répondants ayant été adressés par un médecin généraliste n'étant pas leur MT peut s'expliquer par la succession de nombreux remplaçants à la MSP durant la période de l'étude.

➤ Particularité de la gynécologie : suivi par le médecin généraliste

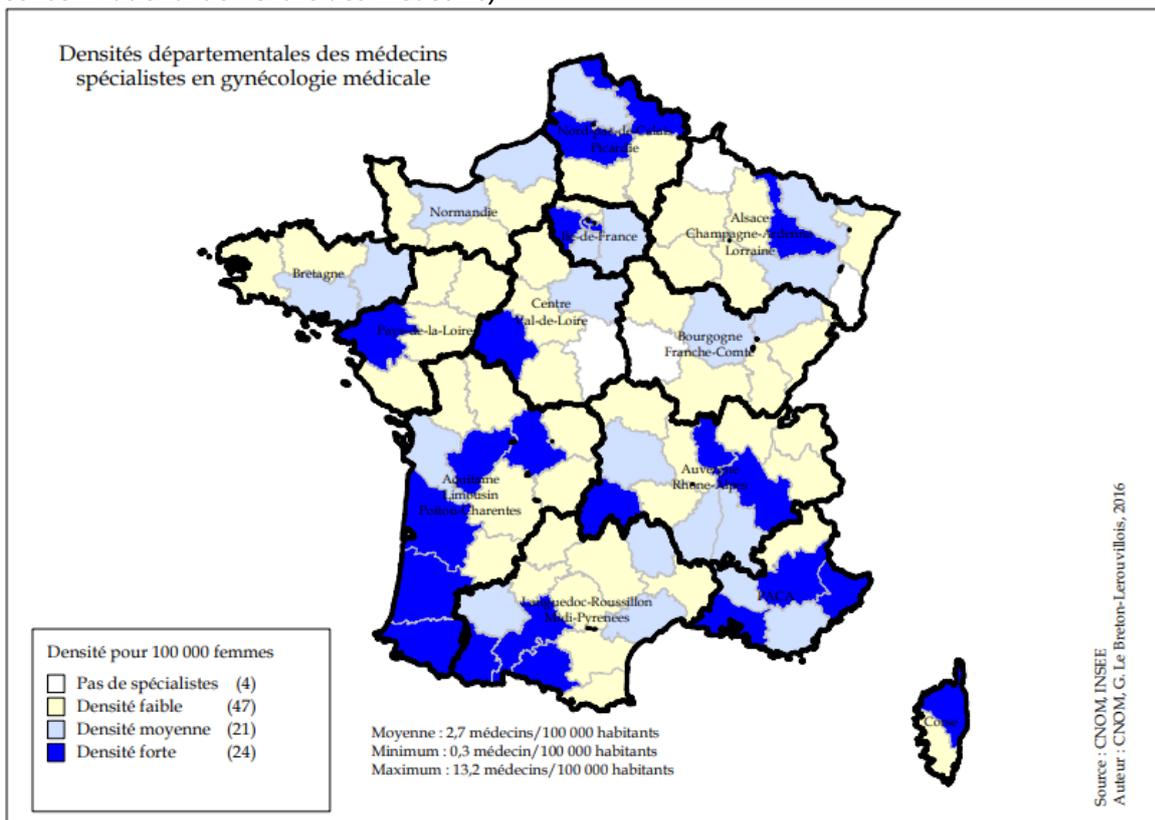
L'analyse de l'étude a montré que de nombreuses patientes suivies en gynécologie l'étaient par leur MT.

17% des patients consultaient leur spécialiste sur la commune d'Hagetmau parmi les patients étant suivis en libéral. Il s'agissait en majorité de patientes venant à la consultation avancée de gynécologie.

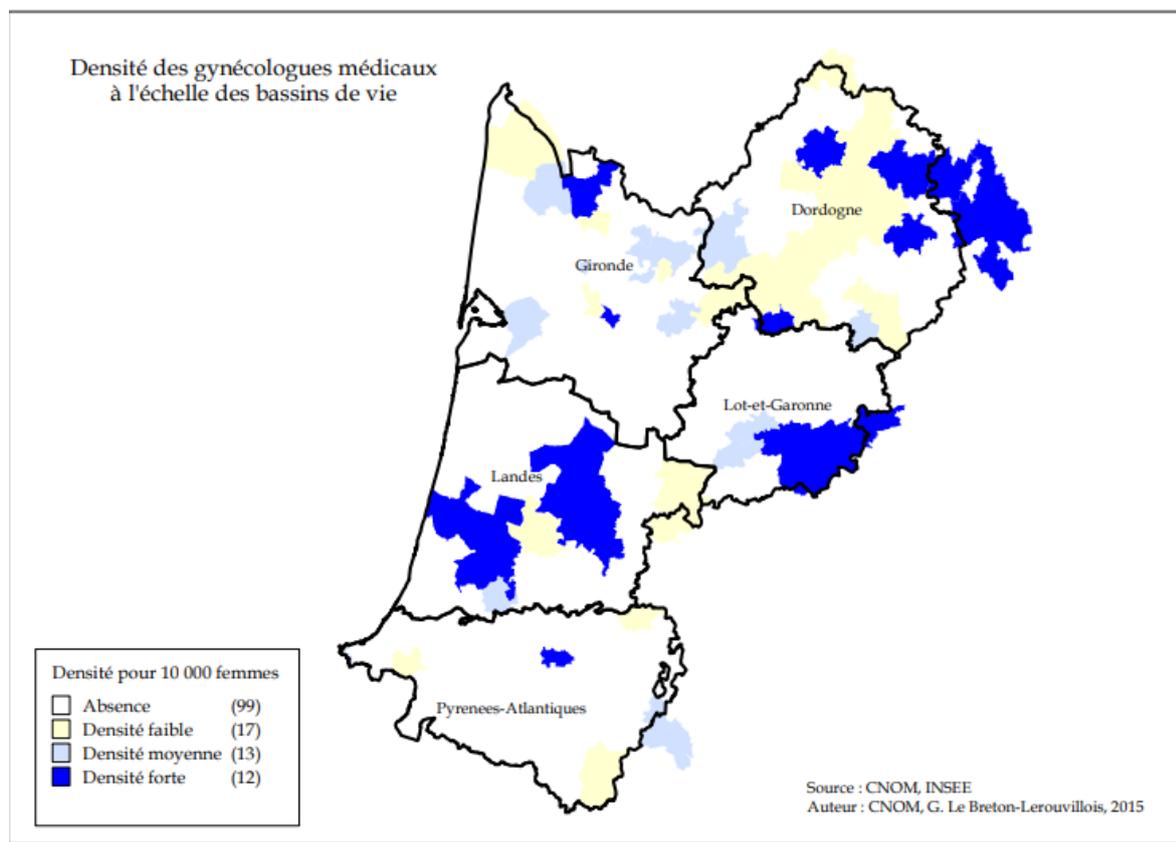
On sait bien, d'après l'étude de la démographie médicale, qu'il n'existe aucun spécialiste médical sur le territoire. La plupart de ces patientes considérait leur médecin généraliste comme leur spécialiste en gynécologie.

A l'échelle départementale, les Landes sont bien dotées en gynécologues médicaux puisqu'elles présentent une densité forte comparée à la moyenne nationale. Cependant, on note de fortes disparités territoriales au sein du département.

Carte 3 : Densité des gynécologues médicaux en France à l'échelle des départements (source Conseil National de l'Ordre des Médecins)



Carte 4 : Densité des gynécologues médicaux en Aquitaine à l'échelle des bassins de vie (source Conseil National de l'Ordre des Médecins)



Un pourcentage non négligeable du département des Landes ne possède aucun spécialiste en gynécologie médicale.

Les spécialistes se situent principalement autour des deux plus grandes villes du département : Dax à l'ouest et Mont-de-Marsan à l'est.

Compte tenu de la configuration du département, les médecins généralistes sont dans l'obligation de se substituer aux gynécologues, notamment dans les territoires ruraux. C'est d'ailleurs ce qu'a montré l'étude Epilule réalisée en 2003 avec près d'un tiers des femmes qui confient leur suivi gynécologique à leur médecin généraliste.

La pénurie en gynécologues médicaux ne cesse d'augmenter avec des effectifs diminués de presque 16% prévu entre 2015 et 2020 (8).

Tous ces éléments permettent d'affirmer l'importance de la mise en place de consultations avancées de gynécologie sur la commune d'Hagetmau afin de répondre aux besoins de santé et ainsi favoriser l'accès aux soins en palliant à l'absence de spécialiste en gynécologie médicale sur le territoire.

➤ Le délai de prise en charge

- *Le planning de fréquentation*

Afin de discuter les résultats de l'analyse du délai de rendez-vous, il nous a paru nécessaire de le confronter au planning de fréquentation des différentes consultations avancées. Ce planning nous a été fourni par les secrétaires de la MSP.

Tableau 56 : Fréquentation des consultations avancées

	CARDIOLOGUE	GYNECOLOGUE SAGE FEMME	PSYCHIATRE INFIRMIERS PSY	NEPHROLOGUE	
avr-16	12	19	30	5	
mai-16	11	17	30	0	
juin-16	0	21	30	6	
juil-16	13	0	30	5	
aout-16	13	8	0	5	
sept-16	6	35	30	5	
oct-16	8	17	30	5	
nov-16	9	24	30	4	
déc-16	7	10	30	5	
janv-17	8	26	30	5	
févr-17	8	22	30	5	
mars-17	8	35	30	5	
TOTAL	103	234	330	55	722

On compte 722 consultations sur la période d'avril 2016 à mars 2017 pour 14 demi-journées par mois de consultations.

Concernant la cardiologie, on note une diminution du nombre de patients par demi-journées sur la période avec en moyenne 9,4 patients par mois.

Ce constat est une volonté du cardiologue qui consacre dorénavant 30 min à chaque patient au lieu de 20 min auparavant, pour favoriser la qualité de la relation.

Rappelons que la vacation effectuée par le même médecin est d'une demi-journée par mois.

La gynécologie, quant à elle, a vu son planning de consultation s'enrichir au fil du temps. On compte en moyenne 21,3 patients par mois pour six demi-journées de consultations réparties en alternance entre des médecins gynécologues et des sages-femmes.

Les consultations de néphrologie étaient présentes une demi-journée par mois à la MSP sur la période choisie pour l'analyse. Le nombre de patients par mois est stable, à savoir 5 patients.

Enfin, en ce qui concerne la psychiatrie, le temps de consultation est fixe.

Les infirmiers psychiatres voient 4 patients par semaine soit 16 au mois et le médecin psychiatre assure 7 consultations toutes les deux semaines soit 14 patients au mois.

Au total, 30 patients sont vus tous les mois à la MSP.

Il s'agit du nombre de consultations le plus important des quatre spécialités proposées avec un planning sans plage vacante, témoignant de la forte demande en santé mentale.

- *Le délai de rendez-vous*

Le délai moyen observé toutes spécialités confondues était de 22 jours. Ce délai est bien inférieur au délai retrouvé dans l'enquête réalisée par l'IFOP, qui est de 61 jours, en 2017, pour l'obtention d'un rendez-vous chez un médecin spécialiste libéral (35).

Cette enquête met également à disposition un simulateur permettant de connaître approximativement le délai d'attente pour certaines spécialités en fonction de la région, du type d'agglomération, de l'activité professionnelle et de la présence ou non d'une affection de longue durée.

Nous l'avons donc utilisé pour les spécialités de cardiologie, gynécologie et psychiatrie. La néphrologie n'est pas proposée par le simulateur (36).

Ainsi, pour une consultation de cardiologie dans notre région, en milieu rural, le délai d'attente probable est de 31 jours.

Dans notre étude, le délai moyen est de 30 jours pour avoir accès au cardiologue de la MSP.

En gynécologie, le délai d'attente probable pour un obtenir un rendez-vous est de 62 jours. Ce chiffre est bien supérieur au délai retrouvé dans notre analyse qui est de 17 jours.

Enfin, pour une consultation de psychiatrie le délai est ramené à 14 jours dans notre région pour un territoire rural alors qu'il est de 31 jours dans une commune urbaine. Ces chiffres sont à prendre avec précaution car le calcul a été effectué sur moins de 20 personnes.

Dans notre étude, le délai pour obtenir un rendez-vous en psychiatrie est en moyenne de 33 jours.

Aucune donnée n'a été retrouvée sur le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous de néphrologie.

Dans notre étude, il est de 25 jours, ce qui reste raisonnable au vu des éléments fournis par l'Observation de l'accès aux soins (36).

Plusieurs hypothèses découlent de ces observations :

- Le délai moyen d'un rendez-vous chez un spécialiste est bien inférieur dans notre étude mais ne prend pas en compte toutes les spécialités médicales et notamment l'ophtalmologie et la dermatologie qui ont les délais les plus élevés. Donc, il est possible que le délai d'attente soit sous-estimé.
- Pour la cardiologie, le délai de notre étude est semblable à celui de la région. Cependant, seulement 9 patients sont vus par mois ce qui explique que ce délai soit d'au moins 30 jours.

On suppose qu'il serait fortement raccourci si le nombre de vacations était revu à la hausse.

- Les consultations de gynécologie constituent un véritable besoin sur le territoire avec un délai d'attente exorbitant.
L'importance du temps de consultation (six demi-journées par mois), s'adaptant aux besoins (nombre de consultations en augmentation depuis leur mise en place), permet de réduire les délais d'attente sur le territoire d'Hagetmau.
On peut se poser la question de l'ouverture d'une plage de consultations supplémentaire au vu de l'augmentation du nombre de consultations sur le mois.
- Enfin, alors que les autres spécialités tendent à répondre aux besoins de la population et à raccourcir voire égaler les délais d'attente, la psychiatrie fait office de mauvais élève.
Malgré un temps de consultation conséquent, le délai de rendez-vous est bien trop élevé par rapport à la moyenne de la région.
La consultation avancée n'est pas en mesure de répondre aux besoins en santé mentale.
On évoque la nécessité d'augmenter le temps de consultation compte tenu de la demande. C'est justement ce qui est le cas depuis le début de l'année avec le passage à deux demi-journées par semaine pour les IDE psychiatres. Le médecin psychiatre augmentera sa vacation d'ici quelques mois (une journée entière tous les quinze jours).

Concernant la différence de délai d'attente entre un territoire rural et un territoire urbain, cela peut s'expliquer par la sectorisation de la psychiatrie avec présence de nombreux centres de soins, notamment ambulatoires, en milieu rural, facilitant ainsi l'accès à cette spécialité pour la population de ce territoire.

Et plusieurs problématiques peuvent être soulevées :

- La consultation avancée est-elle là pour répondre à un problème médical aigu ? Et donc la diminution du délai de prise en charge est-elle bénéfique pour la qualité de vie du patient ou bien pour sa prise en charge médicale future ?

La réponse à ces questionnements paraît difficile.

Nous avons pu étudier le parcours de deux patients remarquables de la MSP afin d'avoir un premier aperçu.

La psychiatrie étant la spécialité la plus représentée en termes de temps de consultation, cela a pu être bénéfique concernant la prise en charge d'un état de panique caractérisé en évitant une hospitalisation et en permettant la mise en place d'un traitement adapté immédiat.

Cependant, en ce qui concerne un problème cardiologique aigu, la fréquence des consultations ne permet pas une prise en charge sur la MSP dans le cadre des consultations avancées.

- L'étude a également montré que le délai de rendez-vous n'était pas en corrélation avec l'activité professionnelle du patient ou son lieu d'habitation.

Ainsi, le délai varie uniquement dans notre analyse en fonction de la consultation fréquentée et de la demande de soins associée.

Il serait intéressant, à travers une nouvelle étude, d'évaluer dans quelle mesure le délai de consultation pourrait avoir une incidence sur la morbidité à long terme. L'activité professionnelle et le lieu d'habitation représenteraient, en effet, des facteurs pouvant faire varier ce délai en prenant en compte un échantillon plus important que dans notre étude.

➤ Les motivations et raisons de recours aux consultations avancées

- *La proximité : élément prépondérant*

La moitié de l'échantillon habite à moins de 5 kms de la maison de santé et les $\frac{3}{4}$ à moins de 10 kms.

Avant la mise en place de ces consultations, les patients, lorsqu'ils bénéficiaient déjà d'un suivi, consultaient leur spécialiste sur la commune de Mont-de-Marsan ou d'Orthez, pour la plupart, que ce soit en milieu hospitalier ou libéral.

Ceux ayant un suivi hospitalier consultaient au CH de Mont-de-Marsan pour 64,5% et 6,5% au CH d'Orthez.

En libéral, ils étaient 39,6% à consulter sur Mont-de-Marsan et 9,4% sur Orthez.

On rappelle que ces deux communes sont les plus proches du territoire d'Hagetmau permettant l'accès à un médecin spécialiste.

Elles se situent à 26 kms pour Orthez et 28 kms pour Mont-de-Marsan soit un temps de trajet respectif de 29 et 31 minutes.

La question est de savoir pourquoi ces patients qui avaient déjà un suivi dans une autre structure ont décidé de venir consulter à la MSP.

Pour 66,4% d'entre eux, soit les $\frac{2}{3}$ de l'échantillon, le principal motif de recours à ces consultations est le côté pratique du fait de la proximité de leur lieu de vie.

En s'intéressant à ces 66,4%, on remarque qu'il s'agit d'une population moins âgée que les répondants (en moyenne 49,6 ans vs 52 ans), avec un peu plus d'étudiants et de personnes en activité.

De plus, le pourcentage de patients venant en voiture seul est plus élevé qu'en population générale (80,9% vs 76,5%).

Les hypothèses découlant de l'observation de ce sous-groupe sont :

- la notion de proximité est importante pour le patient actif. Cette constatation peut être expliquée par l'activité professionnelle ou les études supérieures qui laissent peu de temps libre pour aller chez le médecin ou faire d'autres activités. L'actif a besoin d'une consultation proche de chez lui afin de gagner le plus de temps possible pour se rendre chez son médecin.

- la notion de proximité facilite également le déplacement des patients. Ils utilisent plus fréquemment leur véhicule personnel.

Nous pouvons, d'ailleurs, prendre l'exemple d'une patiente de 92 ans, suivie à domicile du fait de difficultés de déplacement.

Un compromis avait été établi pour qu'elle puisse bénéficier d'une consultation gynécologique à la MSP. En effet, elle ne voulait pas se déplacer jusqu'au CH le plus proche qu'elle trouvait trop loin.

La présence de consultations avancées proche de son lieu de vie a permis un diagnostic précis qui n'aurait certainement pas été posé en l'absence de ces consultations.

Une étude de l'IRDES montre qu'un patient met en moyenne 20 minutes pour avoir accès à un spécialiste. Ce temps de trajet varie en fonction des spécialités concernées (32).

Tableau 57 : Distances moyennes pour les patients en 2010 pour recourir aux soins ambulatoires

	Distance minimale	Distance supplémentaire	Distance totale parcourue
Médecine générale	1.0	6.5	7.5
Chirurgie dentaire	1.8	9.1	10.9
Cardiologie	9.5	8.1	17.6
Dermatologie	8.9	9.4	18.3
Psychiatrie	6.8	13.5	20.3
ORL	11.1	9.3	20.4
Gynécologie-obstétrique	8.8	12.5	21.2
Ophtalmologie	8.8	13.0	21.8

Source : ESPS 2010, Irdes – Sniiram, Cnamts.

Ce temps augmente pour les patients des communes où l'accessibilité potentielle localisée (APL) (mesure de l'adéquation entre l'offre et la demande de soins au niveau local) est la plus faible, ce qui est le cas pour la commune d'Hagetmau et ses alentours, d'après la cartographie interactive de l'observatoire des territoires (37).

L'étude de l'IRDES montre également que les patients éloignés de l'offre de soins ont tendance à recourir moins fréquemment à un spécialiste.

Ainsi, la proximité entre les consultations avancées et le lieu de vie du patient permet :

- De diminuer le temps de trajet (inférieur à 10 min contre presque 30 min auparavant) ;
- D'augmenter l'APL ;
- De favoriser le recours à un médecin spécialiste et donc une possibilité de consultation et de prise en charge adaptée pour le patient ;
- Et donc d'améliorer le parcours de soins.

- *Le rôle du médecin généraliste*

32,8% de l'échantillon consulte à la MSP sur conseil de leur médecin généraliste ou spécialiste. Ce taux passe à 49% en excluant les consultations de gynécologie. Cela montre l'influence du professionnel de santé sur les décisions prises par le patient en ce qui concerne sa santé.

Le MT est souvent le professionnel de référence et de confiance.

- *Les difficultés d'accès aux soins*

D'après l'OMS, « le droit à la santé comprend l'accès, en temps utile, à des soins de santé acceptables, d'une qualité satisfaisante et d'un coût abordable » (38).

Le lexique des parcours de l'ARS (33) définit l'accès ou l'accessibilité aux soins comme « la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé, elle présente au moins deux dimensions. L'accessibilité peut être de dimension sociale, financière et géographique. »

Un délai de rendez-vous trop long en cabinet libéral ou en milieu hospitalier est une des raisons de consultation à la maison de santé pour 8,2% des patients interrogés.

L'indisponibilité de leur médecin spécialiste habituel (pour diverses raisons) est évoquée pour 2,2% des patients.

Enfin, pour certains, le départ à la retraite de leur médecin spécialiste les a incité à consulter à la MSP.

Toutes ces raisons de consultation à la MSP s'expliquent par inadéquation entre la demande et l'offre de soins constituant des difficultés géographiques d'accès aux soins.

De plus, 14% de l'échantillon a nécessité un accompagnant et 1,5% un taxi médicalisé pour être présent à la consultation.

On retrouve des inégalités concernant ces chiffres en fonction de la spécialité fréquentée. Environ 1/3 des populations de cardiologie et néphrologie n'a pas pu se déplacer seul à la consultation.

En psychiatrie, presque 2/3 de l'échantillon a eu besoin d'aide pour se déplacer.

Au total, 84,6% sont venus par leurs propres moyens.

En cardiologie, les patients venant en consultation seul avec leur propre véhicule sont en moyenne plus jeunes (63 ans) que l'échantillon (69,7 ans).

Il aurait été intéressant de comparer le moyen de locomotion utilisé si la consultation s'était déroulée dans la structure habituelle du patient.

Il est possible que certains se déplacent en taxi médicalisé ou avec un accompagnant pour des trajets plus longs.

Pour exemple, une patiente de la MSP portant un pace maker pour des troubles du rythme avait un suivi antérieur en cabinet libéral sur Mont-de-Marsan. Ces contrôles nécessitaient la prescription d'un VSL dans le cadre de l'ALD.

La présence de la consultation avancée de cardiologie a permis d'économiser ce temps de transport en VSL qui impacte directement les caisses de la sécurité sociale. La patiente se rend par ses propres moyens à la consultation.

Suite à ces différentes constatations, on peut affirmer que :

- le moyen de locomotion utilisé varie en fonction de la spécialité fréquentée ;
- cette variation est en partie liée au profil des patients consultants ;
- plus les patients sont âgés, fragiles ou en situation de handicap, plus il leur est difficile de se déplacer pour accéder aux soins.

Avec une consultation au plus proche du patient, la prise en charge est facilitée.

Ainsi, pour 81,2% de l'échantillon, le principal rôle de ces consultations avancées est de faciliter l'accès aux soins.

Le désengorgement des cabinets de ville et de l'hôpital est évoqué en dernier recours.

Conclusion

Le parcours de santé et le profil socio-économique et démographique des patients fréquentant les consultations spécialisées sont multiples et varient en fonction de la spécialité fréquentée.

Le parcours de santé est le plus souvent lié à des difficultés d'accès aux soins.

La notion de proximité du lieu de vie du patient et la diminution du délai de prise en charge apparaissent comme des éléments primordiaux dans le choix de venir consulter un spécialiste à la maison de santé plutôt qu'ailleurs.

Ils permettent l'accessibilité à une consultation dans un temps adéquat pour une prise en charge optimale adaptée à chaque patient.

Nous sommes face à une population vieillissante qui ne cesse d'augmenter au fil des années, responsable d'une augmentation de la demande de soins. La densité médicale du territoire étudié étant faible, il semble difficile de répondre de façon satisfaisante à cette demande.

La mise en place de consultations avancées au sein de la MSP paraît être une solution adaptée pour pallier à ce problème. Celles-ci contribuent à améliorer l'accès aux soins, la qualité de vie du patient et son parcours de soins.

Globalement, le sentiment général est satisfaisant et des perspectives d'évolution sont en cours.

Actuellement, le temps de consultation en néphrologie et psychiatrie a pu être augmenté et les professionnels consultants seront toujours les mêmes afin de favoriser la relation médecin-malade.

Des partenariats externes sont également en projet et pourraient permettre d'accueillir d'autres spécialités mais le principal frein, à présent, reste le manque de place et de locaux dans la structure.

Après avoir identifié le parcours de santé et le profil des patients consultants et dressé un état des lieux des consultations avancées, nous ouvrons la voie à une recherche sur le parcours de soins. Cela nécessiterait la réalisation d'une étude prospective randomisée avec un groupe adressé en consultation à la MSP ainsi qu'un groupe adressé en consultation externe.

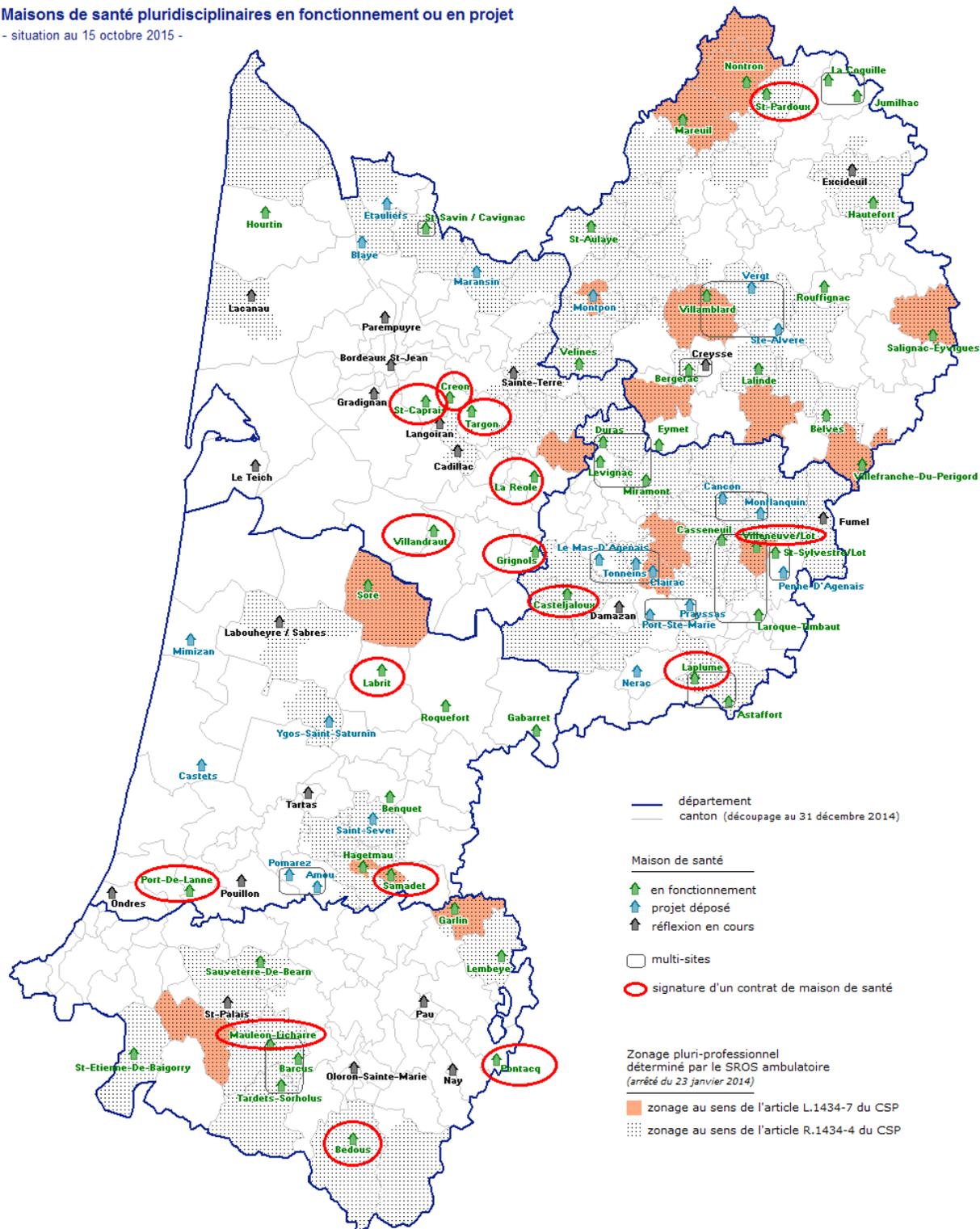
La notion de morbidité pourrait être appréciée et mettre en évidence une éventuelle différence en termes de prise en charge.

Notre travail ne nous apporte pas de précisions sur ce point mais compte tenu du profil des patients consultants, il est probable que le coût des transports soit diminué en raison de la proximité de la consultation. Une étude économique serait intéressante et aurait un intérêt en termes de santé publique.

Annexe 1

Maisons de santé pluridisciplinaires en fonctionnement ou en projet

- situation au 15 octobre 2015 -



cartographie : ARS Aquitaine Pôle études et PMSI
 source : ARS Aquitaine

Octobre 2015



CONVENTION DE MISE A DISPOSITION DE MOYENS POUR LA MISE EN PLACE DE CONSULTATIONS HOSPITALIERES AVANCEES

Vu l'article L.6143-7 du Code de la Santé Publique relatif aux attributions du Directeur des établissements publics de santé,

Vu l'article L.6134-1 du Code de la Santé Publique relatif aux conventions de coopération entre un établissement public de santé et des personnes morales de droit public ou privé,

Vu le Schéma régional d'organisation des soins de la région Aquitaine pour 2021-2016

Les soussignés,

La communauté de commune d'Hagetmau, Hagetmau Communes Unies, domiciliée BP 26 40 705 Hagetmau cedex, représentée par son Président, Monsieur Serge LANSAMAN,

Ci-après dénommée « Communauté de Communes H.C.U »,

La société civile de moyens de la maison de santé pluridisciplinaire d'Hagetmau, 160 avenue de la Gare, 40700 Hagetmau, représentée par Madame le docteur Annie BARTHOLOMEUS, co-gérante,

Ci-après dénommée « la S.C.M »,

Le centre hospitalier de Mont-de-Marsan, domicilié avenue Pierre de Coubertin, 40 024 MONT-DE-MARSAN cedex, représenté par son Directeur, Monsieur Christian CATALDO,

Ci-après dénommé « le centre hospitalier »,

Conviennent et arrêtent ce qui suit,

Article 1 : Objet

La présente convention a pour objet de définir les modalités d'organisation de consultations spécialisées, médicales et paramédicales, par le centre hospitalier de Mont-de-Marsan au sein de la Maison de Santé Pluridisciplinaire, sur la commune d'Hagetmau.

Article 2 : Objectif

Il s'agit d'organiser des temps de consultations de spécialistes, favorisant un repérage, un diagnostic précoce et l'organisation de la suite de la prise en charge du patient.

Cette offre de soins de proximité doit permettre de :

- Garantir l'accès à des soins spécialisés dans un territoire où la démographie médicale est fragile,
- Répondre aux besoins spécifiques de la population, confrontée à un problème de déplacements pour accéder aux soins,
- Favoriser un dépistage précoce des pathologies, gage d'une prise en charge adéquate,
- Rapprocher la médecine de ville et la médecine hospitalière

Article 3 : Moyens et prestations fournis par la Communauté de Communes H.C.U et la S.C.M

La S.C.M et la Communauté de Communes H.C.U s'engagent à mettre à disposition du centre hospitalier :

- Des locaux : Un bureau de consultation avec une salle d'attente,
- Des équipements :
 - Une table d'examen équipée d'étriers pour les examens de gynécologie,
 - Un bureau,
 - Trois fauteuils,
 - Des placards,
 - Les consommables à usage unique y compris les kits de pose et dépose de stérilet, de pose et dépose d'implant,
 - Du matériel « fixe » nécessaire aux consultations : toise, pèse bébé, pèse personne,
 - Un chariot commun à la salle d'urgence,
 - Un téléphone pour recevoir des appels extérieurs sans pouvoir en émettre,
 - Un lecteur de carte vitale mobile.
- Un accès à Internet
- Des ressources humaines : La S.C.M met à disposition du centre hospitalier un temps de secrétaire médicale à hauteur de quatre heures hebdomadaires

Article 4 : Moyens engagés en propre par le centre hospitalier

Le centre hospitalier se dote par ses propres moyens :

- Du matériel informatique nécessaire,
- D'un échographe mobile,
- De pinces de biopsie.

Article 5 : Dispositions financières

La mise à disposition des locaux fait l'objet d'un loyer établi au 1^{er} janvier 2015 à 25€ pour une demi-journée d'occupation des locaux, se décomposant comme suit :

- 10€ pour la Communauté des communes HCU, propriétaire, au titre de la location de la maison de santé

- 15€ pour la SCM au titre de la participation à l'entretien des locaux, les équipements, les énergies, le téléphone et l'accès internet.

La mise à disposition du temps de secrétaire médicale fait l'objet d'un remboursement par l'hôpital au tarif établi au 1^{er} janvier 2015 à 13 euros nets par heure.

La Communauté des Communes HCU établit trimestriellement un titre de recettes sur la base du planning d'occupation communiqué par la SCM.

La SCM établira, de son côté, trimestriellement deux factures distinctes, l'une couvrant les frais de participation à l'entretien des locaux, l'autre couvrant les frais de mise à disposition de secrétariat.

Article 6 : Responsabilité

Les risques ou dommages occasionnés par les professionnels de santé du centre hospitalier intervenant dans la M.S.P sont couverts en responsabilité civile et professionnelle par l'établissement.

Le centre hospitalier, employeur, s'assure pour les professionnels intervenant pour son compte, de sa couverture au titre des accidents et maladies professionnelles.

Le centre hospitalier, locataire des locaux mis à disposition, souscrit à leur égard un contrat d'assurance, dont le justificatif pourra être produit sur simple demande de la Communauté des Communes HCU, propriétaire des lieux.

Article 7 : Confidentialité

Dans le cadre de son activité exercée au bénéfice du centre hospitalier, la secrétaire médicale de la Maison de Santé Pluridisciplinaire est soumise à une stricte obligation de secret et de discrétion professionnelles.

Article 8 : Durée de la convention

La présente convention est conclue pour une durée de deux ans, renouvelable par reconduction expresse, dans la limite de six ans.

Au terme de cette période, les parties s'engagent à élaborer une nouvelle convention, si la poursuite du partenariat est confirmée.

La convention s'applique à partir du 16 janvier 2015.

Article 9 : Évaluation

Les parties s'engagent à réaliser une évaluation annuelle du dispositif en s'appuyant sur des éléments quantitatifs tels que le nombre de patients reçus en consultation et sur des éléments qualitatifs tels que l'organisation de la prise en charge des patients.

Article 10 : Dénonciation et résiliation de la convention

La présente convention prend fin sur demande expresse de l'une ou de l'autre des parties, signifiée par lettre recommandée avec accusé de réception, au moins trois mois avant la date de fin souhaitée.

Article 11 : Règlement des litiges

Les litiges auxquels l'exécution de la présente convention peut donner lieu et qui n'auront pu faire l'objet d'un règlement amiable préalable seront portés devant la juridiction administrative.

Article 12 : Diffusion

La présente convention est établie en trois (3) exemplaires originaux numérotés attribués comme suit :

1. Communauté de communes « Hagetmau Communes Unies »,
2. Société Civile de Moyens de la M.S.P d'Hagetmau
3. Centre hospitalier de Mont-de-Marsan

Article 13 : Signatures

Pour la Communauté de Communes, H.C.U
Le Président,
Serge LANSAMAN

Pour la Société Civile de Moyens,
Le 19 mai 2015,

...

Pour le Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan,
Le Directeur,
Christian CATALDO

ANNEXE 1

SPECIALITES PROPOSANT DES CONSULTATIONS AVANCEES A LA M.S.P D'HAGETMAU

Spécialités	En place depuis le 16 janvier 2015	En place à partir du 9 avril 2015
Néphrologie	X	
Gynécologie obstétrique	X	
Cardiologie	X	
Psychiatrie		X

A une échéance non définie précisément à la date de la signature de la présente convention, d'autres spécialités pourraient être amenées à développer des consultations avancées sur le site d'Hagetmau et notamment :

- La chirurgie viscérale
- L'oncologie

ANNEXE 2

FREQUENCE DES CONSULTATIONS DANS CHAQUE SPECIALITE

Spécialités	Périodicité
Néphrologie	Mensuelle Vendredi matin
Gynécologie obstétrique	Hebdomadaire avec une alternance : Un gynécologue obstétricien semaine 1 Une sage-femme semaine 2
Psychiatrie	Hebdomadaire pour l'équipe infirmière Mercredi matin 1 semaine sur 2 pour le psychiatre Mercredi matin
Cardiologie	Mensuelle Lundi après-midi

ANNEXE 3

PLANNING D'OCCUPATION DES LOCAUX PAR SPECIALITE

Spécialité	Vacation	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Néphrologie	M					X (mensuelle)
	AM					
Gynécologie obstétrique	M				X (Gynéco 1sem/2)	
	AM			X (SF 1sem/2)	X (Gynéco 1sem/2)	
Psychiatrie	M			X (Psychiatre 1sem/2 et IDE hebdo)		
	AM					
Cardiologie	M					
	AM	X (mensuelle)				

10. Pourquoi êtes-vous venus consulter à la maison de santé d'Hagetmau (plusieurs réponses possibles) ?

- Votre médecin spécialiste habituel n'était pas disponible
- Le délai de rendez-vous de votre médecin spécialiste habituel était trop long
- Pour des raisons pratiques (proximité)
- Sur conseil de votre médecin (généraliste ou spécialiste)
- Sur conseil de votre entourage (amis, famille, etc...)
- Autre (précisez) :

11. Par quel moyen de locomotion êtes-vous venus à la consultation ?

- Avec votre voiture
- En voiture avec un accompagnant car vous ne conduisez plus / vous ne vous déplacez plus seul
- Avec un taxi médicalisé
- A pied

12. Selon vous, la mise en place de ces consultations a pour fonction de (plusieurs réponses possibles) :

- Pallier au manque de spécialistes dans le canton
- Désengorger les cabinets de ville et l'hôpital
- Faciliter l'accès aux soins pour la population du canton d'Hagetmau
- Autre (précisez) :

13. Globalement, êtes-vous satisfait de la mise en place de ces consultations ?

- Très satisfait
- Satisfait
- Pas satisfait

14. Si le besoin se représentait, auriez-vous à nouveau recours à ces consultations ?

- Oui
- Non Si non, pourquoi ?

Merci de votre participation.

Vous pouvez remettre ce questionnaire dans l'urne prévue à cet effet à l'accueil ou bien aux secrétaires.

Fin du questionnaire

Bibliographie

1. Régnier V. Les Landes à grands traits [Internet]. Insee. 2016 [cité 26 juill 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908409>
2. Insee. Les Landes en Aquitaine Limousin Poitou-Charentes [Internet]. [cité 16 oct 2017]. Disponible sur: http://www.landes.gouv.fr/IMG/pdf/Insee_-_Presentation_CAR_Landes_2_-1-2.pdf
3. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [Internet]. [cité 28 août 2017]. Disponible sur: <https://demographie.medecin.fr/#l=fr;v=map2>
4. Insee. Dossier complet–Département des Landes (40) [Internet]. Paris: Insee; 2017 juin [cité 26 juill 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-40>
5. Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. CMU : couverture maladie universelle [Internet]. [cité 29 août 2017]. Disponible sur: <http://www.cmu.fr/statistiques.php>
6. Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er janvier 2016 [Internet]. Paris: Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2016 [cité 3 sept 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
7. Code de la santé publique - Article R4127-85. Code de la santé publique.
8. Le Breton-Lerouillois G. La démographie médicale en région Aquitaine - Situation en 2015 [Internet]. Paris: Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2015 [cité 3 sept 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_aquitaine_2015.pdf
9. Sud-Ouest Publicité. Se soigner dans les Landes [Internet]. Sud-Ouest. 2015 [cité 8 sept 2017]. Disponible sur: http://www.web.sudouest-publicite.com/sante_landes/article12.php
10. Agence Régionale de Santé Aquitaine. Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) 2012-2016 [Internet]. Bordeaux: Agence Régionale de Santé Aquitaine; 2016 déc [cité 17 oct 2017]. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/PRS_SROS%20revise_PRS_Aquitaine_2012_2015.pdf
11. Insee. Dossier complet–Intercommunalité–Métropole de CC Hagetmau Communes Unies (244000709) [Internet]. Paris: Insee; 2017 juin [cité 26 juill 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=EPCI-244000709>

12. Befve M. Facteurs déterminant le mode d'exercice de la médecine générale: enquête auprès des jeunes médecins généralistes issus des facultés de médecine de Lille (promotion 2004 à 2008) [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2014.
13. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
14. LOI n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2011-940 août 10, 2011.
15. Code de la santé publique - Article L6323-3. Code de la santé publique.
16. De Haas P. Monter et faire vivre une maison de santé. Le Coudrier. Brignais; 2010. (Partage d'expériences).
17. Direction Générale de l'Offre de Soins. Observatoire des MSP [Internet]. Communiqué présenté à: 5ème journées FFMPs; 2016 mars 11 [cité 18 sept 2017]; Nancy. Disponible sur:
http://www.ffmps.fr/files/Journees%202016/Prsentation_Observatoire_MSP_FFMPs_2_11_03_16.pdf
18. Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité.
19. Auger A. Efficience économique d'un service de consultations avancées dans le cadre d'une communauté hospitalière de territoire. L'exemple de l'Hôpital Nord Ouest Villefranche-sur-Saône - Tarare. [Mémoire]. [Rennes, FRANCE]: Ecole des hautes études en santé publique (EHESP); 2012.
20. Micali J. Construire une prise en charge de proximité auprès des usagers éloignés des CSAPA sur un territoire rural : La mise en place de consultations avancées au sein des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles [Mémoire]. [Rennes, FRANCE]: Ecole des hautes études en santé publique (EHESP); 2016.
21. Bras P-L, Duhamel G. Le système de soins anglais, un modèle pour la France ? Trib Santé. 2010;26(1):39-48.
22. Chevrier-Fatome C. Le système de santé en Angleterre - Actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire [Internet]. Paris: Inspection Générale des Affaires Sociales; 2002 juin [cité 29 janv 2018]. Report No.: 2002 105. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000090.pdf>
23. Tcha H. Attentes des professionnels de santé concernant une maison de santé pluridisciplinaire à Lannion (Côte d'Armor, 22) [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bretagne occidentale; 2012.

24. Mulliez-Caquant C. Evaluation des attentes de la population du canton de Steenvoorde à l'occasion de la création d'une maison de santé [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2011.
25. Honold E. Etude d'impact des maisons de santé pluridisciplinaires sur l'accès aux soins en médecine générale à travers l'expérience de la Maison de santé pluridisciplinaire de Coulombs [Thèse d'exercice]. [France]: Université François-Rabelais (Tours). UFR de médecine; 2013.
26. Chaissac C. Vécu des professionnels de santé libéraux après un an d'exercice à la maison de santé pluridisciplinaire de Fruges [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2014.
27. Carlier L. La maison de santé pluridisciplinaire de Capesterre-Belle-Eau: un projet au service des patients [Thèse d'exercice]. [France]: Université des Antilles et de la Guyane. UFR des sciences médicales; 2013.
28. MSP en Nouvelle Aquitaine [Internet]. FNAMEPOS. [cité 20 févr 2018]. Disponible sur: <http://fnampos.fr/actualites-federation-fnampos/msp-en-nouvelle-aquitaine/>
29. Agence Régionale de Santé. Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie [Internet]. Paris: Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes; 2016 janv [cité 16 janv 2018]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf
30. Le Garrec M-A, Bouvet M, Koubi M. Comptes nationaux de la santé 2011 [Internet]. Paris: DREES; 2012 sept [cité 23 janv 2018]. (Série statistiques). Report No.: 172. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat172.pdf>
31. Brilhaut G. Les établissements de santé - Edition 2016 [Internet]. Paris: DREES; 2016 [cité 23 janv 2018]. (Panoramas de la DREES Santé). Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pano-etab-sante-2016.pdf>
32. Com-Ruelle L, Lucas-Gabrielli V, Pierre A. Recours aux soins ambulatoires et distances parcourues par les patients : des différences importantes selon l'accessibilité territoriale aux soins [Internet]. Paris: Irdes; 2016 juin [cité 23 janv 2018]. (Questions d'économie de la santé). Report No.: 219. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/219-recours-aux-soins-ambulatoires-et-distances-parcourues-par-les-patients.pdf>
33. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie | Legifrance. 2004-810 août 13, 2004.
34. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés [Internet]. Assurance maladie. [cité 9 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes>
35. Renault M-C. Médecins : le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous région par région. Le Figaro. 23 mars 2017 [cité 23 janv 2018]; Disponible sur:

<http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2017/03/23/20002-20170323ARTFIG00004-dentiste-ori-ophtalmologue-decouvrez-le-delai-d-attente-par-region.php>

36. Jalma, Smartsanté, Ifop. Baromètre de l'accès aux soins Jalma [Internet]. [cité 23 janv 2018]. Disponible sur: <http://apps.smartsante.com/barometre-acces-soins/>
37. Commissariat Général à l'Égalité des Territoires. Espace cartographique Observatoire des territoires [Internet]. [cité 23 janv 2018]. Disponible sur: <http://carto.observatoire-des-territoires.gouv.fr/#l=fr;v=map43>
38. OMS. Santé et droits de l'homme [Internet]. WHO. 2015 [cité 23 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/fr/>

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

TITRE et RESUME en anglais :

One year of advanced consultations at the Hagetmau health center in the Landes: the report

Context: Today, the development of houses and health centers increase in France. The implementation of an MSP (multidisciplinary health house) on Hagetmau seemed necessary to compensate for the rapid decline in the number of general practitioners and a failure of the supply of care. The SROS (Regional Shema of Care Organization) having defined the territory as a priority support area to adapt to local characteristics. Due to the lack of specialist doctors and the relative remoteness of hospital structures, advanced specialized consultations were set up in this MSP.

Objective: To evaluate health monitoring and patient profiles based on their specialized consultation and motivations.

Material and method: Descriptive quantitative study through all the practical care performed using an anonymous survey on a sample of patients who used advanced consultations between April 2016 and April 2017.

Results: The path of health, the socio-economic and heterogeneity profile of the 136 answers are multiple and vary according to the specialty attended. The notion of proximity to the place of life and the decrease in the time taken to take charge appear as essential elements in the choice to come and consult at the MSP. Overall, the general feeling is very satisfying, and patients will not hesitate to have recourse to this type of care again if needed. Advanced consultations help to improve access to care, quality of life and the patient health.

RESUME :

Contexte : A l'heure actuelle, le développement des maisons et pôles de santé est en pleine expansion en France. L'implantation d'une MSP sur Hagetmau semblait nécessaire afin de pallier à la baisse fulgurante du nombre de médecins généralistes et à une défaillance de l'offre de soins, le SROS ayant défini le territoire comme une zone d'accompagnement prioritaire. Afin de s'adapter aux caractéristiques du territoire avec l'absence de médecins spécialistes et l'éloignement relatif des structures hospitalières, des consultations spécialisées avancées ont été mises en place dans la structure.

Objectif : Evaluer le parcours de santé et le profil des patients en fonction de la consultation spécialisée fréquentée ainsi que leurs motivations.

Matériel et méthode : Etude quantitative transversale descriptive réalisée à l'aide d'un questionnaire anonyme sur un échantillon de patients ayant eu recours aux consultations avancées entre avril 2016 et avril 2017.

Résultats : Le parcours de santé et le profil socio-économique et démographique des 136 répondants sont multiples et varient en fonction de la spécialité fréquentée. La notion de proximité du lieu de vie et la diminution du délai de prise en charge apparaissent comme des éléments primordiaux dans le choix de venir consulter à la MSP. Globalement, le sentiment général est satisfaisant et les patients n'hésiteront pas à avoir à nouveau recours à ce type de prise en charge si le besoin se représentait. Les consultations avancées contribuent à améliorer l'accès aux soins, la qualité de vie et le parcours de soins du patient.

MOTS-CLES :

- Maisons de santé
- Consultations avancées
- Spécialité
- Parcours
- Accès aux soins

DISCIPLINE :

Médecine Générale

Université de Bordeaux
UFR des Sciences Médicales
146, rue Léo Saignat
33076 BORDEAUX CEDEX