

Ressenti des habitants de la communauté de communes de Gournay-en-Bray sur la démographie médicale de cette zone

Ophélie Richard

▶ **To cite this version:**

Ophélie Richard. Ressenti des habitants de la communauté de communes de Gournay-en-Bray sur la démographie médicale de cette zone. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02049868

HAL Id: dumas-02049868

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02049868

Submitted on 26 Feb 2019

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.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHAMACIE DE ROUEN

ANNEE 2019 **N°**

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

OPHELIE RICHARD
NEE LE 23 FEVRIER 1990 A GUEBWILLER (HAUT-RHIN)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 7 FEVRIER 2019

RESSENTI DES HABITANTS DE LA COMMUNAUTE DE COMMUNES DE GOURNAY-EN-BRAY SUR LA DEMOGRAPHIE MEDICALE DE CETTE ZONE

Président du jury :	Monsieur le Professeur JL. HERMIL
Membres du jury :	Madame le Docteur M. LAINE
	Monsieur le Docteur J. LADNER
Directrice de thèse :	Madame le Docteur A. DEPERTHUIS

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Benoit VEBER

Professeur Guillaume SAVOYE

I - **MEDECINE**

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

M. Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle **APTER**	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie plastique
M. Jean-Marc **BASTE**	HCN	Chirurgie Thoracique
M. Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Ygal **BENHAMOU**	HCN	Médecine interne
M. Jacques **BENICHOU**	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
M. Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
Mme Sophie **CANDON**	HCN	Immunologie
M. François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe **CHASSAGNE**	HCN	Médecine interne (gériatrie)
M. Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Jean-Nicolas **CORNU**	HCN	Urologie
M. Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie

M. Jean-Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et imagerie médicale
M. Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
M. Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition
M. Stéphane **DERREY**	HCN	Neurochirurgie
M. Frédéric **DI FIORE**	CB	Cancérologie
M. Fabien **DOGUET**	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
M. Jean **DOUCET**	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
M. Bernard **DUBRAY**	CB	Radiothérapie
M. Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. Eric **DURAND**	HCN	Cardiologie
M. Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
M. Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Thierry **FREBOURG**	UFR	Génétique
M. Pierre **FREGER**	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
M. Jean François **GEHANNO**	HCN	Médecine et santé au travail
M. Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
M. Dominique **GUERROT**	HCN	Néphrologie
M. Olivier **GUILLIN**	HCN	Psychiatrie Adultes
M. Didier **HANNEQUIN**	HCN	Neurologie
M. Claude **HOUDAYER**	HCN	Génétique
M. Fabrice **JARDIN**	CB	Hématologie
M. Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal **JOLY**	HCN	Dermato – Vénéréologie
Mme Bouchra **LAMIA**	Havre	Pneumologie
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
M. Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël **LECHEVALLIER**	HCN	Chirurgie infantile

M. Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry **LEQUERRE**	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie
M. Hervé **LEVESQUE**	HB	Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie cardiaque
M. Bertrand **MACE**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David **MALTETE**	HCN	Neurologie
M. Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle **MARIE**	HB	Médecine interne
M. Jean-Paul **MARIE**	HCN	Oto-rhino-laryngologie
M. Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
M. Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique **MERLE**	HCN	Epidémiologie
M. Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
M. Benoit **MISSET** *(détachement)*	HCN	Réanimation Médicale M. Jean-François
MUIR *(surnombre)*	HB	Pneumologie
M. Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
M. Christophe **PEILLON**	HCN	Chirurgie générale
M. Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Gaëtan **PREVOST**	HCN	Endocrinologie
M. Jean-Christophe **RICHARD** *(détachement)*	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
M. Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
M. Horace **ROMAN** *(disponibilité)*	HCN	Gynécologie - Obstétrique
M. Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie - Pathologie
M. Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato-gastrologie
Mme Céline **SAVOYE–COLLET**	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale **SCHNEIDER**	HCN	Pédiatrie
M. Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive

Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Thérapeutique
M. Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
M. Christian **THUILLEZ** *(surnombre)*	HB	Pharmacologie
M. Hervé **TILLY**	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles **TOURNEL**	HCN	Médecine Légale
M. Olivier **TROST**	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
M. Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre **VANNIER** *(surnombre)*	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
M. Pierre **VERA**	CB	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric **VERIN**	HB	Service Santé Réadaptation
M. Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier **VITTECOQ**	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure **WELTER**	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS**	HCN	Chirurgie Vasculaire
M. Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie
Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie **CLAEYSSENS**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition
M. Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
M. Joël **LADNER**	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie cellulaire
M. Thomas **MOUREZ** *(détachement)*	HCN	Virologie

M. Gaël **NICOLAS**	HCN	Génétique
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia **ROLLIN**	HCN	Médecine du Travail
M. Mathieu **SALAUN**	HCN	Pneumologie
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie
M. David **WALLON**	HCN	Neurologie
M. Julien **WILS**	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

M. Thierry **WABLE**	UFR	Communication
Mme Mélanie **AUVRAY-HAMEL**	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
M. Roland **CAPRON** (PU-PH)	Biophysique
M. Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
M. François **ESTOUR**	Chimie Organique
M. Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre **GOULLE** (Professeur émérite)	Toxicologie
M. Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mme Isabelle **LEROUX - NICOLLET**	Physiologie
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie
M. Rémi **VARIN** (PU-PH)	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
M. Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
M. Jérémy **BELLIEN** (MCU-PH)	Pharmacologie
M. Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Camille **CHARBONNIER (LE CLEZIO)**	Statistiques
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile **CORBIERE**	Biochimie

M. Eric **DITTMAR**	Biophysique
Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie
Mme Dominique **DUTERTE- BOUCHER**	Pharmacologie
M. Abdelhakim **ELOM.I**	Pharmacognosie
M. Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL **GHARBI-HAMZA**	Chimie analytique
Mme Marie-Laure **GROULT**	Botanique
M. Hervé **HUE**	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia **LE GOFF**	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong **LU**	Biologie
M. Jérémie **MARTINET** (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine **MALLETER**	Toxicologie
Mme Sabine **MENAGER**	Chimie organique
Mme Tiphaine **ROGEZ-FLORENT**	Chimie analytique
M. Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique
M. Frédéric **ZIEGLER**	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ**	Pharmacie officinale
M. Jean-François **HOUIVET**	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**	Anglais

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Anaïs **SOARES**	Bactériologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Sophie **MOHAMED**	Chimie Organique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et minérale
M. Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
M. Roland **CAPRON**	Biophysique
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
M. Abdelhakim **ELOM.I**	Pharmacognosie
M. Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
M. Michel **GUERBET**	Toxicologie
M. François **ESTOUR**	Chimie organique
Mme Isabelle **LEROUX-NICOLLET**	Physiologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
M. Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
M. Rémi **VARIN**	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
M. Philippe **VERITE**	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

M. Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG)	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

M. Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG)	UFR	Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mme Laëtitia **BOURDON**	UFR	Médecine Générale
M. Emmanuel **LEFEBVRE**	UFR	Médecine Générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD**	UFR	Médecine générale
M. Philippe **NGUYEN THANH**	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse **THUEUX**	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

M. Pascal **BOULET**	UFR	Médecine générale
M. Emmanuel **HAZARD**	UFR	Médecine Générale
Mme Marianne **LAINE**	UFR	Médecine Générale
Mme Lucile **PELLERIN**	UFR	Médecine générale
Mme Yveline **SEVRIN**	UFR	Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

M. Serguei **FETISSOV** (med)	Physiologie (ADEN)
M. Paul **MULDER** (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su **RUAN** (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil **ADRIOUCH** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UM. 1079**)**
Mme Carine **CLEREN** (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain **FRAINEAU** (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (med)	Génétique moléculaire humaine (UM. 1079)
M. Nicolas **GUEROUT** (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel **LETELLIER** (med)	Physiologie
Mme Christine **RONDANINO** (med)	Physiologie de la reproduction
M. Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
M. Frédéric **PASQUET**	Sciences du langage, orthophonie
M. Youssan Var **TAN**	Immunologie
Mme Isabelle **TOURNIER** (med)	Biochimie (UM. 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle	*HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*
CB - Centre Henri Becquerel	*CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*
CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation	*SJ – Saint Julien Rouen*

Remerciements

A mon président du jury,

Monsieur Le Professeur Jean-Loup HERMIL,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury et d'avoir accepté de juger ce travail.

A mon jury,

Madame le docteur Marianne LAINE, Monsieur le docteur Joël LADNER,

Je suis honorée de votre participation à ce jury. Je vous en suis très reconnaissante.

A ma directrice de thèse,

Madame le docteur Anne DePerthuis,

Merci de m'avoir accompagnée tout au long de ce travail. Vos conseils et votre disponibilité m'ont été précieux. Je garde un excellent souvenir du stage dans votre cabinet où j'ai beaucoup appris.

A tous les médecins généralistes que j'ai croisé pendant mes études qui m'ont donné une superbe image de ce métier. Je remercie tout particulièrement les Dr Florence Savage, Dr Xavier Lagarde, Dr Pascale Dubot-Guais et Dr Mathieu Blondet chez qui j'ai énormément appris.

A mes parents, merci pour le soutien sans faille que vous m'avez accordé depuis le début de ces dix longues années.

A ma sœur « presque jumelle », Elise, merci pour ta contribution à cette thèse : les retranscriptions, la relecture… mais aussi pour tout le reste.
Puissent les années nous faire cocher de nombreux éléments de notre liste !

A mon frère Joslin, que l'avenir nous apporte d'autres jolies randonnées à vélo.

A Charline, Zibe, Jojo, Coco, Clémence, Lucie, Guillaume et Jean-Marie merci de m'avoir fait me sentir chez moi dans cette belle région pendant ces 3 ans.

A Gaëlle, Lucie et Elise, ces 3 années d'internat furent merveilleuses en grande partie grâce à vous.

A Mylène, Caro et Mélanie parce que l'externat avec vous c'était sacrément chouette, parce que Strasbourg garde une place toute spéciale dans mon cœur et qu'il m'a fallu quitter cette superbe ville pour m'en rendre compte.

A Mimi, Ornella et Elodie merci pour votre amitié depuis toutes ces années.

A la Nouvelle Calédonie et à toutes les magnifiques personnes que j'y ai rencontrées (Julia, Clémence, Julie, Mathieu, Marie, Kamel, Ségolène, Sandra, Jeannine, Baba…), ces 6 mois furent d'un enrichissement énorme tant sur le plan personnel que professionnel. La fin de ce travail signe des retrouvailles imminentes.

A tous les copains/ copines d'Alsace, de Normandie, du bout du monde ou d'ailleurs avec qui j'ai fait un bout de chemin. Je ne peux pas citer tout le monde mais je ne vous oublie pas.

A l'équipe de « médecins du monde » de Rouen, cette année de bénévolat en votre compagnie a été très enrichissante et m'a permis de découvrir d'autres aspects de la médecine.

A toutes les personnes qui se battent contre les lobbys et l'économie libérale, tous ceux et celles qui osent un mode de vie alternatif plus respectueux de l'environnement afin de préserver notre planète et toute sa biodiversité, merci de nous permettre d'espérer à un avenir meilleur.
Comme le dit Aurélien Barrau « les autres combats n'ont aucun sens si celui-là est perdu ».

Enfin à Myrtille, Kirielle, Mystik, Caillou et tous les autres parce que la vie sans boules de poils serait un peu moins belle.

Sommaire :

Introduction 19

A. La démographie médicale française : un enjeu majeur pour les responsables politiques, les praticiens de la santé et les citoyens 19
B. La situation à Gournay-en-Bray 20
   1. Communauté de communes de Gournay en Bray 20
   2. Professionnels de santé 20
   3. Une démographie médicale problématique ? 21
   4. La consultation de renfort 21

Méthode 22

A. Type d'étude 22
B. Population étudiée 22
C. Recueil des données 22
D. Analyse des données 23

Résultats 24

A. Population de l'étude 24
B. Perceptions sur la définition et les causes de désertification médicale 25
   1. Définition 25
   2. Causes 26
      a. La faible attractivité de la ville 26
      b. Un changement de pratique des médecins 27
      c. Une surcharge de travail 27
      d. La mentalité des patients 27
C. Ressenti négatif sur l'accès aux soins 28
   1. Sentiment d'isolement : le problème de la distance géographique 28
      a. Vivre loin des grandes villes 28
      b. Le problème des transports 29
      c. Des urgences éloignées qui génèrent une anxiété 30
   2. Sentiment de pénibilité, de difficulté, d'épuisement : le problème des délais voire du refus de patient 30
      a. Des délais de RDV jugés insupportables 30
      b. Difficultés à trouver un médecin traitant 32
      c. Changement de pratique des médecins 33
   3. Facteurs aggravants 34
      a. L'âge : les 2 extrêmes de la vie 34
      b. La temporalité 34
      c. La maladie chronique et le handicap 35
   4. La responsabilité des politiques : entre colère et désintérêt 36
      a. Désintérêt 36
      b. Colère envers les dirigeants nationaux 36
      c. Ressenti envers les dirigeants locaux 36

d. Volonté d'imposer l'installation des médecins 37
D. Ressenti positif sur l'accès aux soins 39
1. Les infirmières à domicile 39
2. La consultation de renfort 40
E. Conséquences 41
1. Conséquences sur la vie quotidienne 41
a. Anticipation 41
b. Impact sur l'emploi 41
c. Éloignement du lieu de consultation 42
d. Consulter un autre professionnel de santé 42
e. Utilisation des connaissances 42
f. Déménagement 43
2. Conséquences sur la santé 44
a. Automédication 44
b. Retard de prise en charge 44
c. Suivi médical compliqué 44
d. Renoncement aux soins 45
3. Conséquences sur le système de soins : la saturation des urgences 45
F. Ressenti à propos de l'avenir 47
1. Optimisme ou pessimisme ? 47
2. Réelle volonté de maison médicale 47

Discussion 48

A. Rappel des principaux résultats 48
B. Discussion des résultats : le concept d'accès aux soins 50
1. Comment définir l'accès aux soins ? 50
a. OMS 50
b. Dans la littérature 50
c. Dans notre étude 51
2. En pratique, comment mesurer l'accès aux soins ? 52
C. Comparaison des résultats à la littérature 53
1. Les causes perçues de désertification médicale 53
a. Un changement de pratique des médecins ? 53
b. Surcharge de travail 53
c. Mentalité des patients 53
d. Attractivité de la zone 54
2. Ressenti négatif sur l'accès aux soins 55
a. La distance géographique 55
b. Éloignement des services d'urgences 55
c. Délais d'obtention d'un RDV 56
d. Difficultés à avoir un médecin traitant 56
e. Facteurs aggravants 56
f. Politique 57
g. Imposer l'installation des jeunes médecins 57
h. Ressenti du médecin 58
i. Désertification autre que médicale 58

3. Ressenti positif sur l'accès aux soins 58
a. IDE 58
b. Consultation de renfort 58
4. Conséquences 59
a. Modifications organisationnelles 59
b. Éloignement du lieu de consultation 59
c. Consultation d'autres professionnels de santé 59
d. Maintien à domicile des personnes âgés 59
e. Autre conséquence non retrouvée dans l'étude 60
f. Automédication 60
g. Renoncement aux soins 60
h. Retard de PEC 61
i. Suivi médical compliqué 61
j. Saturation des urgences 61
5. Projet de maison de santé pluridisciplinaire 62
a. La maison de santé pluridisciplinaire est-elle une solution pour pallier aux inégalités territoriales de santé ? 62
b. Améliore-t-elle le ressenti par rapport à l'accès aux soins ? 62
D. Discussion de la méthode 63
1. Forces de l'étude 63
2. Limites de l'étude 63

Conclusion **64**

Glossaire **65**

Liste des figures et tableaux **66**

Bibliographie **67**

Annexes **71**

Annexe 1 : La communauté de communes de Gournay-en-Bray 71
Annexe 2 : Zonage conventionnel médecins Normandie 2017 72
Annexe 3 : Nombre de professionnels de santé en Haute Normandie 73
Annexe 4 : Guide d'entretien 74
Annexe 5 : État des lieux de l'offre de soin de premier recours en Normandie 75

Serment d'Hippocrate **76**

Résumé - Mots clefs **77**

Introduction

A. La démographie médicale française : un enjeu majeur pour les pouvoirs publics, les praticiens de la santé et les citoyens

La question des inégalités d'accès aux soins est une préoccupation à la fois ancienne et grandissante. (1) Cela fait plus de 30 ans que les pouvoirs publics échouent dans leur tentative d'atteindre la juste corrélation entre offre et demande de soins primaires. (2)
Le nombre de médecins en France ne cesse de diminuer depuis 10 ans et cette baisse devrait se poursuivre jusqu'en 2030. (3)
A cela s'ajoute une inégalité de répartition selon les régions et départements créant des territoires contrastés en termes d'offre de soins. (4)

Cette question est aujourd'hui encore une préoccupation importante des pouvoirs publics. En effet, la stratégie nationale de santé dévoilée récemment dédie une grande partie de son plan à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé. (5)

Le médecin généraliste, principal acteur des soins de premiers recours est ainsi concerné par cette problématique, tout comme les autres professionnels de santé.
De nombreuses études françaises se sont penchées sur les attentes, les freins et les éléments de satisfaction des médecins exerçant en zone rurale. (6–10)

Enfin, sont concernés presque prioritairement les usagers du système de soins habitant dans ces « déserts médicaux » souvent déjà dépourvus de transports, emplois, écoles et commerces… (2) En effet la santé est aujourd'hui la préoccupation principale des français devant les ressources et l'emploi (11), alors qu'en 2012 elle n'était que la 2ème source d'inquiétude derrière le chômage. (12)
De plus un autre sondage récent montre que pour les français l'inégalité d'accès aux soins est le premier sujet porteur d'inégalités en France devant l'emploi ou le système de retraites. (13)
Selon Roy Pechansky et J. William Thomas, les patients sont les seuls juges de l'accès aux soins de leur territoire. Ils invitent à se fonder sur le point de vue des usagers dans l'idée qu'un même degré de recours aux soins ne présage en rien d'un vécu identique en termes de difficultés rencontrées. (14)
Néanmoins très peu d'études s'intéressent au ressenti des populations vivant en zones déficitaires en offre de soins.

Ainsi l'objectif principal de cette étude est de recueillir le ressenti des patients vivant en zone déficitaire en offre de soins (communauté de communes de Gournay-en-Bray) sur l'accès aux soins de cette zone et d'examiner ses conséquences.
L'objectif secondaire est de récolter le ressenti sur les causes perçues de désertification médicale et sur l'avenir.

B. La situation à Gournay-en-Bray

1. Communauté de communes de Gournay en Bray

Située à la périphérie est de la Seine-Maritime à la frontière avec l'Oise, elle est composée de 18 communes totalisant 13 647 habitants sur une superficie de 189 km2. (annexe 1)

- Avesnes-en-Bray : 316 hab
- Bosc-Hyons : 454 hab
- Bouchevilliers : 78 hab
- Brémontier-Merval : 591 hab
- Bézancourt : 358 hab
- Cuy-St-Fiacre : 668 hab
- Dampierre-en-Bray : 483 hab
- Doudeauville : 90 hab
- Elbeuf-en-Bray : 424 hab
- Ernemont-la-Villette : 191 hab
- Ferrières-en-Bray : 1703 hab
- Gancourt-Saint-Etienne : 237 hab
- Gournay-en-Bray : 6536 hab
- Martigny : 145 hab
- Ménerval : 189 hab
- Molagnies : 176 hab
- Montrôty : 297 hab
- Neuf-Marché : 711 hab

2. **Professionnels de santé** (15)

Tous sont installés à Gournay-en-Bray.

- Médecins généralistes : 10
- IDE : 7 libéraux + IDE salariés de la croix rouge
- Masseurs – kinésithérapeutes : 4
- Chirurgiens – dentistes : 4
- Pharmacies : 3
- Gynécologue médicale : 1

- Spécialistes consultant à l'hôpital ou à la consultation de renfort tous les 15 jours : ORL, urologue, gynécologue
- Services d'urgences : Gisors (25 km), Rouen (53 km), Beauvais (30 km)
- Maternité : Gisors (niveau 1), Rouen (niveau 3), Beauvais (niveau 3)

3. Une démographie médicale problématique ?

La communauté de communes de Gournay-en-Bray a été classée zone déficitaire par l'ARS en 2014 puis zone d'action complémentaire en 2017. (annexe 2)
La région de Gournay-en-Bray n'est pas la plus défavorisée de Haute-Normandie en ce qui concerne les médecins, en revanche elle fait partie des zones les plus sous-dotées en infirmières, dentistes et kinésithérapeutes. (annexe 3) (16)
Plus de la moitié des médecins ont plus de 55 ans (17), la situation est donc susceptible de s'aggraver dans les années à venir.
De plus la population de la zone est vieillissante avec environ 8% de personnes âgées de plus de 75 ans, la demande en soins va donc probablement augmenter. (16)

4. La consultation de renfort (18)

Crée en novembre 2013 elle a pour but de pallier en partie à la faible démographie médicale de Gournay-en-Bray. Elle répond à la problématique des consultations aiguës sans RDV rapide chez le médecin traitant ne nécessitant pas de prise en charge aux urgences.
Plusieurs médecins de la clinique du Cèdre ou installés à Gournay se relaient du lundi au vendredi afin d'offrir une plage de consultations journalière. Ils sont assistés d'une IDE et d'une secrétaire médicale.

Méthode

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative, effectuée auprès de la population du territoire de Gournay-en-Bray.
La recherche qualitative définit tout type de recherche qui amène des résultats produits ni par des procédures statistiques ni pas d'autres moyens de quantification. (19)

B. Population étudiée

Il s'agit de l'ensemble des habitants de la communauté de communes de Gournay-en-Bray.

Les critères d'inclusion étaient tout patient habitant et consultant dans la communauté de communes de Gournay-en-Bray.
Les critères d'exclusion étaient les patients mineurs et ceux ne sachant pas qu'ils habitaient dans une zone déficitaire en professionnels de santé, néanmoins cette possibilité ne s'est pas présentée.

Les critères retenus afin d'obtenir une variation maximale étaient le sexe, l'âge, la situation professionnelle, la présence d'enfants à charge au domicile, le lieu d'habitation (Gournay-en-Bray ou village alentour) et la déclaration d'un médecin traitant.

Une première partie des patients a été recrutée grâce à une note affichée à plusieurs endroits stratégiques (salle d'attente de médecins, mairie…) leur demandant de nous contacter s'ils se sentaient concernés par la démographie médicale de Gournay-en Bray.
Une deuxième partie a été recrutée par échantillonnage raisonné lors de consultations médicales en fonction des critères de variation afin d'obtenir une diversité maximale de profils. Aucun patient n'a refusé de participer à l'étude.

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données, confirmée par deux entretiens, avec un total de 14 entretiens.

C. Recueil des données

Le recueil de données a été réalisé de février à décembre 2017 au moyen d'entretiens semi-dirigés verbaux en tête-à-tête au domicile des patients.
Les entretiens ont été enregistrés grâce à une application intégrée au smartphone après que les patients aient donné leur consentement oral. Ils étaient informés de l'objectif de l'étude et du respect de leur anonymat.
Une attention toute particulière a été portée à la conduite de l'entretien pour favoriser une ambiance propre à la confidence. L'enquêteur adoptant une attitude positive, empathique, intéressée, respectueuse et évitant toute attitude de jugement sur les idées exprimées.

Un canevas d'entretien a été rédigé spécifiquement pour cette étude à partir d'éléments bibliographiques et d'hypothèses précoces.
Les grands thèmes abordés ont été :

- Le ressenti sur l'accès aux soins vers tous les professionnels de santé (médecin généraliste, spécialiste, dentiste, kinésithérapeute, pharmacies, IDE et services d'urgences)
- Les conséquences sur la vie quotidienne de l'accès aux soins
- Les causes perçues de désertification médicale de Gournay-en-Bray
- Le ressenti sur l'avenir

Le choix a été fait dans le guide d'entretien d'utiliser le terme « désert médical » même s'il n'avait pas de définition concrète (20) plutôt que de parler d'inégalité territoriale de santé car c'est un terme largement utilisé dans les médias et dans le débat public qui nous a paru être plus porteur de sens lors des entretiens.

Le guide d'entretien est présenté en annexe 4.

D. Analyse des données

Les entretiens ont ensuite été transcrits manuellement dans leur intégralité par écrit sous forme de verbatim et anonymisés.
La méthode d'analyse est celle de la théorisation ancrée. (19)
Deux verbatims ont été codés de manière indépendante par 2 chercheurs et une triangulation des données a été effectuée, afin d'assurer la validité des résultats.
Les données ont été traitées avec le logiciel N'Vivo.

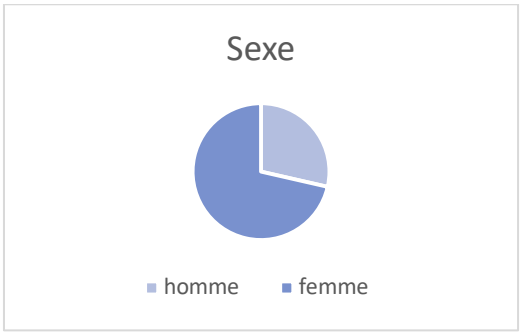
Résultats

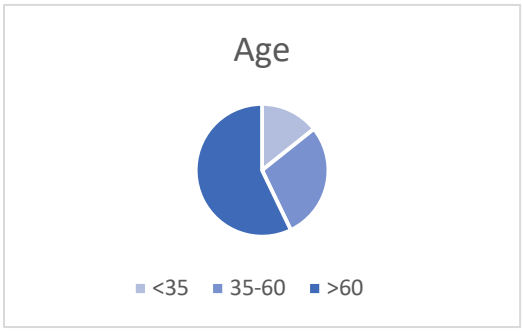
A. Population de l'étude

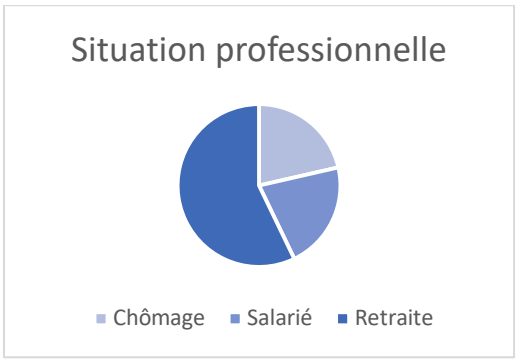
14 entretiens ont été réalisés, avec une durée moyenne de 23 minutes.

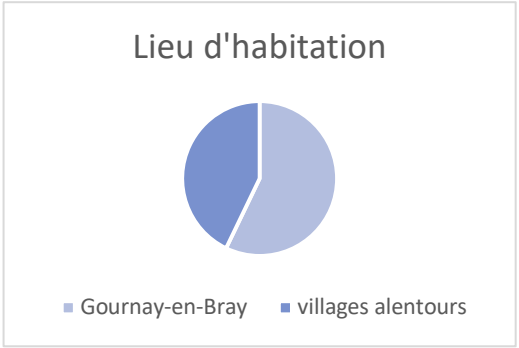
Patient	*Sexe*	*Tranche d'âge*	*Situation professionnelle*	*Lieu d'habitation*	*Enfants à charge*	*Déclaration MT*
1	H	35-60	chômeur	village	oui	oui
2	F	> 60	retraitée	Gournay	non	oui
3	H	> 60	retraité	Gournay	non	oui
4	H	> 60	retraité	Gournay	non	oui
5	F	< 35	chômeuse	Gournay	oui	oui
6	F	< 35	salariée	village	oui	oui
7	F	> 60	retraitée	Gournay	non	non
8	F	35-60	chômeuse	village	oui	oui
9	F	> 60	retraitée	village	non	oui
10	F	> 60	retraitée	Gournay	non	oui
11	F	35-60	salariée	village	oui	oui
12	F	35-60	salariée	village	oui	oui
13	F	> 60	retraitée	Gournay	non	oui
14	H	> 60	retraité	Gournay	non	oui

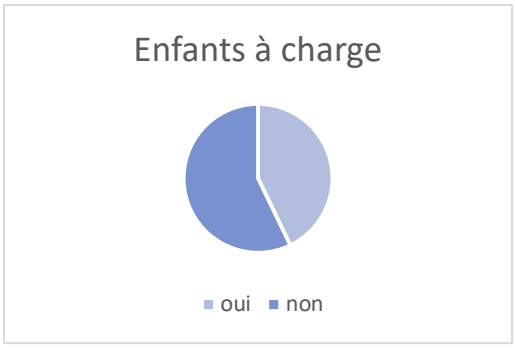
Tableau 1 : caractéristiques de l'échantillon

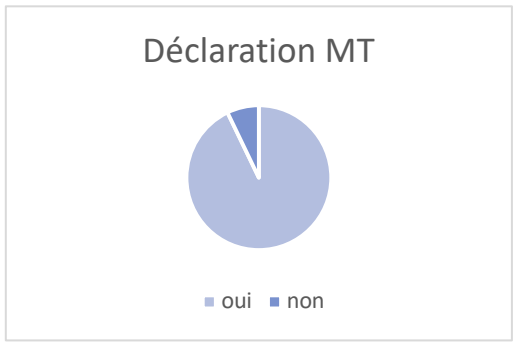












B. Perceptions sur la définition et les causes de désertification médicale

1. Définition

Le terme « désert médical » a été défini de plusieurs façon selon les patients qui se complémentent :

a. Un manque de médecins et autres professionnels de la santé
« Un désert médical c'eeeesssttttt euh, un lieu où y a vraiment très peu de médecins et très peu de spécialistes aussi 'fin y a médecin pour la médecine générale mais aussi dentiste, gynéco, voilà tout ça. Après ophtalmo, on n'a pas d'ophtalmo, 'fin plein de chose comme ça » (P6)

b. Un vieillissement des médecins sur place
« Et pis les médecins, 'fin j'voudrais pas critiquer mais les médecins, j'vois là où on allait ils sont tous âgés ! Dr B…, j'suis sûre qu'il a 70 ans, Dr P… pas moins, Dr J… quelques années de moins ... et ils veulent rester encore 3-4 ans les 2 plus âgés pour maintenir l'autre mais après ... ils vont arrêter » (P7)
« Ben plus ça va aller plus ça va être pire, parce qu'apparemment on a quand même beaucoup de médecins sur Gournay qui vont être en âge de retraite donc après » (P9)

c. Un manque de remplaçants
« Non il trouve pas de remplaçant, donc il continue » (P4)
« Les médecins qui partent en retraitent, ils seront pas remplacés » (P8)

2. Causes

Certains patients n'en ont aucune idée :
« Bah oui, je sais pas trop, pour dire pourquoi les médecins ne viennent pas. Il en est venu à Neufchâtel » (P2)
« Ha bah ça j'en sais rien ! Pourquoi les médecins veulent plus venir à Gournay ? » (P10)
« Bah oui c'est curieux ça ! Pourtant c'est une population assez âgée, y a pas trop de jeunes ici et d'autant plus que cette situation, cette population a besoin de médecin ! » (P13)

Les autres ont évoqués les causes suivantes :

a. La faible attractivité de la ville :

« Voilà, on y arrive, Gournay c'est un peu mort ! C'est pas attirant Gournay. » (P3)
« C'est pas très attractif nan, y a rien. Franchement ici euh, y a rien du tout quoi, c'est une ville dortoir. Y a rien du tout et puis bon bah alors euh … » (P5)

- une population vieillissante

« Oui à Gournay y a beaucoup de personnes âgées. Oh oui, moi quand je faisais mon marché y avait que ça » (P2)

- un manque d'activités

« En sortie y a rien, 'fin y s'passe rien, à part les fêtes traditionnelles ou nous 'fin voilà quoi ... nan y a rien ! Si on veut bouger, ben tout façon c'est Rouen ! euh même un bon restau sur Gournay 'fin voilà c'est pas euh … nan nan on fait pas grand-chose ici hein ! on reçoit plus tôt des amis ici plus tôt que sortir quoi... C'est pas ... c'est pas très attrayant ! » (P8)
« Mais euh, voilà c'est vrai que sur les grandes villes c'est plus facile de faire des soirées que chez nous c'est un peu plus compliqué c'est vrai qu'il faut prévoir aussi ! » (P12)

- un manque d'emplois

« Faudrait déjà ramener de l'emploi. Danone qui était une des plus grosses… en emploi a diminué de moitié, Autoliv a diminué de moitié, Sika à peu près, c'est pareil, mais c'est ça qui joue. » (P4)
« Parce que j'pense que Gournay a de moins en moins d'emploi … 'fin peut être que ça va devenir de moins en moins attractif justement pour tout le monde 'fin ouai » (P6)

- un manque de lycées

« Mais bon, euh, oui, en fait y a des choses, mais euh, c'est bien pour des familles avec des enfants petits ici. Quand vous avez des ados faut aller au lycée à Forges, c'est pas terrible, pas très réputé. Ou alors faut les mettre en pension quoi, y a pas grand-chose ici. » (P5)
« Celui qui a des jeunes ils veulent pas parce que y a pas de lycée, y a un collège mais y a pas de lycée ! ils disent les jeunes ils veulent venir à des endroits bon ... » (P7)

- une météo défavorable

« Alors j'vois ma belle-sœur qui habite à Monteau, dans le midi, dans le sud à côté de la frontière italienne. Elle a aucun problème ! Des médecins y en a des spécialistes autant qu'ils veulent ! Alors est ce que c'est ... Il fait trop beau là-bas ! Et il fait mauvais dans la Normandie… » (P10)

b. Un changement de pratique des médecins

« Écoute, moi je vais te dire, avant, les médecins c'étaient des esclaves, ils travaillaient jour et nuit, donc c'est vrai t'étais dérangé tout le temps, et maintenant, les jeunes médecins, ils veulent leur indépendance, je pense que c'est un peu normal » (P3)

« On est passé du médecin familial qui était là n'importe quelle heure jour et nuit, on est passé maintenant à une autre mentalité où tout le monde veut ses weekends et ne veut plus sortir le soir à partir de 20h et maintenant je pense que tout le monde l'a compris » (P12)

c. Une surcharge de travail

« J'comprends que ça attire pas les jeunes, y a une surcharge de travail » (P5)

d. La mentalité des patients

« Ils ont peut-être aussi la mentalité des Gournaisiens, ils aiment pas trop les ... des fois s'ils s'entendent pas avec les patients au bout d'un moment ils se disent bon ben euh ils nous saoulent, ils sont pas content de nous, euh, pourtant on essaye de faire notre nécessaire et peut être que des fois ils abandonnent comme ça, ils trouvent peut-être meilleur autre part peut être hein. » (P11)

C. Ressenti négatif sur l'accès aux soins

Le ressenti négatif est prédominant chez les patients interrogés à propos de la démographie médicale de Gournay-en Bray.
Ce ressenti est composé de sentiments complexes, liés entre eux et parfois difficilement exprimés par les patients.
A commencer par des sentiments subtils comme le sentiment d'isolement ou celui de difficulté mais complexes et présents dans la vie de tous les jours. Pour les patients interrogés une faible démographie médicale a inévitablement pour conséquence une augmentation des distances d'accès aux soins ainsi que des délais du fait de professionnels de la santé débordés. L'accroissement des distances entraine un sentiment d'isolement tandis que celui des délais crée un sentiment de difficulté, d'embêtement voire d'injustice. Bien sûr ces nombreux sentiments sont souvent intriqués et interdépendants.
A cela s'ajoute des sentiments plus forts et précis comme l'anxiété essentiellement exprimée face aux urgences et la colère prédominante à l'évocation de la politique.

1. Sentiment d'isolement : le problème de la distance géographique

a. Vivre loin des grandes villes

C'est un sentiment prédominant chez les patients interrogés, le fait de se sentir loin de tout, abandonné, oublié…
« Gournay, Gournay ça a toujours posé un problème parce que c'est le bout du département. Ça touche l'Eure, ça touche l'Oise, Y'a toujours eu une merde dans les papiers. Neufchâtel est mieux loti pour ça. Neufchâtel est sur un axe déjà de l'autoroute et de Neufchâtel pour aller au CHU y en a pour un quart d'heure. Pour nous faut compter presque 1 heure. » (P2)
« On est isolé quand même ! On se sent isolé ! » (P10)
« Ooh ben des fois on est désespérés un petit peu quoi ! on se sent un peu seul quoi ! » (P11)

En effet les trajets jusqu'aux grandes villes sont longs :
« C'est près sans être près de Rouen, c'est près sans être près de Paris » (P5)
« Neuchâtel c'est 35 km euh, Rouen, c'est 50 / 55. Tous ces trucs-là sont quand même relativement loin. » (P9)
« Faut aller dans les grandes villes donc 30 kilomètres pour Beauvais et pis 45 pour Rouen » (P12)

Ceci pose problème essentiellement pour les RDV chez les spécialistes…
« Le dermato, l'ophtalmo, c'est tout Rouen » (P2)
« Quand on va avoir, je veux dire un déplacement à faire un déplacement avec un spécialiste c'est soit Beauvais, soit Gisors, soit Rouen » (P4)

… mais aussi pour les urgences :
« Euh ouai. Ben y a la petite heure de route quoi ! Trois quarts d'heure, trois bons quarts d'heure. Mais voilà vous avez les urgences c'est ça ... de toute façon c'est Beauvais ou c'est Rouen. Donc Beauvais voilà, on aime pas trop. C'est peut-être ... fin c'est un a priori qu'on a sur Beauvais. On est habitué. Pis comme on est de Seine Maritime, on a tendance à aller sur Rouen quoi ... » (P9)

b. Le problème des transports

Ce sentiment d'isolement est exacerbé par le manque important de transport en commun dans la région de Gournay-en-Bray.
La gare de Gournay-Ferrières est située sur la ligne de chemins de fer Gisors-Serqueux. Très peu de bus relient Gournay aux autres villes.
« Ben si y en a une mais y a un train tous les ... un le matin, un l'soir mais ça correspond jamais ! » (P7)

L'accès à Rouen par transports en commun est quasiment impossible. Les patients sont donc obligés de posséder une voiture…
« Donc celui qui n'a pas de véhicule, bah, il est bien embêté. Moi ça va, j'ai un véhicule, mais j'vais quand même sur Forges les eaux. A savoir 2 fois par semaine pour le kiné. » (P1)
« Ah bas après quand il a été hospitalisé, bon, elle ne conduit pas, y a personne de la famille proche euh, ça fait loin, ça fait une immense route, elle est allée le visiter, ça l'a fatigué en fait, c'est vrai c'est un souci. » (P2)
« Ça me pose problème, euh parce que je veux plus conduire et pis je veux pas déranger autour de moi pour m'emmener » (P10)

… ce qui entraîne une fatigue et un coût financier.
« C'est quand même un coût financièrement ! » (P1)
« Et la fatigue forcément si vous faites 100 km… » (P4)

Un patient signale également la difficulté croissante à obtenir des bons de transports pour son épouse handicapée avec un sentiment de double punition.
« En plus je veux dire compliqué la chose étant donné que maintenant les bons de transport ils sont donnés au compte-goutte. » (P4)
« Mais là depuis 3, 4 ans bah on se bagarre tout le temps, à chaque fois qu'on a une convocation y'a pas de bon de transport » (P4)
« Pour faire des économies sur la sécurité sociale, pour avoir un bon de transport on va chez le médecin traitant Dr M… puisque c'est le Dr M… qui suit depuis toujours euh… eh bah je paie 23 euros pour juste me faire un bon de transport hein ? C'est les économies de la sécurité sociale ça ! Ah ça se termine comme ça… » (P4)

c. Des urgences éloignées qui génèrent une anxiété

« Et tout ça fait en sorte que le malade il est de plus en plus anxieux » (P4)
« Du stress, du stress » (P5)

Ce sentiment est directement lié au sentiment d'isolement. En effet l'éloignement des grandes villes où sont situées les urgences engendre une angoisse anticipative. Les patients interrogés s'inquiètent beaucoup de la perte de chance en cas d'urgence vitale et élaborent même parfois des scénarios catastrophes.

« Faut attendre que ça arrive parce que c'est le SAMU de Rouen qui arrive donc le temps qu'ils arrivent, tout ça euh… le temps que ça se mettent en place, euh… » (P1)
« Bah oui parce que 'fin après, le plus près on va dire c'est Gisors mais y a pas tous les services du coup. Donc oui c'est toujours inquiétant. Ben quand j'ai accouché en fait j'ai accouché à Rouen, c'est pareil on se dit, 'fin heureusement que y a pas eu besoin que ce soit ... 'fin c'était pas très très rapide et du coup .... voilà, mais tout ça c'est compliqué quand même parce que c'est ... oui mais voilà ben on essaye de pas y penser en fait parce que on se dit bon voilà mais en effet c'est pas du tout rassurant ! » (P6)
« Quand y a des choses graves, graves, euh, moi, pour moi on est loin des secours ! on est loin des secours, voilà ! » (P9)
« Nan, bon maintenant elles sont plus grandes les filles voilà, mais c'est vrai que quand elles étaient petites pour trouver un médecin euh pffou, c'était dure quoi ! On avait peur pour elles, s'il arrivait quelque chose ou quoi que ce soit quoi, donc euh ... » (P11)
« Ha bah c'est ...je sais pas ... c'est un peu angoissant quand même ! Qu'est-ce que ... ? Il faut appeler les pompiers ... » (P14)

2. <u>Sentiment de pénibilité, de difficulté, d'épuisement : le problème des délais voire du refus de patient</u>

« Donc voilà, c'est souvent le cas aussi, c'est ça que… c'est ça qu'est aussi embêtant. » (P1)
« Ici on a que nos yeux pour pleurer. » (P5)
« Franchement c'est, euh, c'est injuste, d'avoir à ce point-là des difficultés de prise en charge ! » (P5)
« Alors ça, tout ça, ça m'embête ! » (P10)
« Mais voilà c'est compliqué ! » (P12)

a. Des délais de RDV jugés insupportables

Ces perceptions sont essentiellement liées à la prise de RDV compliquée. La totalité des patients interrogés rencontrent des difficultés à obtenir un RDV rapide que ce soit avec leur médecin traitant, un médecin spécialiste, un dentiste ou un kinésithérapeute. Tous s'accordent sur le fait que les professionnels de santé dans la région de Gournay-en-Bray ont une charge de travail énorme et sont donc complètement débordés, d'où les délais de RDV.
Certains patients ont même essuyé des refus, certains praticiens ayant fait le choix de ne plus prendre de nouveaux patients.

- Médecin traitant

« Parce que c'est vrai que le docteur A…, il est… je pense qu'il doit être bien lessivé, parce qu'il est beaucoup pris. » (P1)
« Et dans la semaine, vous n'êtes jamais sûr d'être reçu par un médecin. » (P2)
« Pas de possibilité de voir un médecin dans l'urgence et euh, bah y a des médecins à Gournay hein, y en a plusieurs hein, euh, mais ils sont tous pris d'assaut euh, par les gens qui ont des traitements et donc du coup pour les renouvellements, aller hop, tout est plein à l'avance là dernièrement j'ai voulu prendre un rendez-vous chez mon généraliste pour moi euh bon un problème euh médical, j'ai des problèmes d'insuffisance veineuse depuis ma grossesse, ma dernière grossesse, ha bah il faut attendre fin avril, donc euh ... » (P5)
« Mon médecin traitant y a un mois et demi d'attente pour avoir un rdv. » (P6)
« Mme D… il aurait fallu que j'attende euh ... 8, 10 jours au moins c'est un peu long quoi » (P7)
« Mais quand euh vous appelez et que c'est tout le temps plein ça pfff, vous dites bon… c'est ce que je disais moi, vous demandez pas à avoir une angine le matin, enfin y a des choses comme ça qui vous arrive et bon euh … Quand vous pouvez prévoir comme nous on a des médicaments à renouveler, bon on s'en fiche, on prend un rendez-vous et puis on attend notre tour mais quand c'est pressé, pressé euh ben voilà quoi on est un peu … Embêté » (P9)
« Le médecin traitant, le seul petit truc c'est que des fois on a pas des rendez-vous par exemple si on a vraiment besoin de ce soir, ou demain y a plus de place quoi ! donc on est obligé d'attendre sur une semaine ... des fois ça parait important ! » (P11)

- Médecin spécialiste

« Et euh, y a des médecins spécialistes qui consultent sur l'hôpital local mais pareil les délais sont vraiment importants parce qu'ils consultent 1 à 2 jours par semaines maximum. » (P5)
« Sinon fallait que j'attende l'autre fois quand j'avais téléphoné … oooh ça faisait plus qu'un mois à attendre. » (P7)
« Mais sinon c'est partout pareil, les spécialistes ils sont tellement pris que vous avez toujours une attente, avec un peu de chance un mois et demi c'est bien. » (P9)
« Maintenant quand il m'a dit, maintenant je précise, c'est bien l'année prochaine hein ! Ha c'est pas cette année ? Voilà ! Je savais pas que c'était comme ça ici quoi ! C'est vrai que c'est très difficile quoi ! » (P11)
« Compliqué pour avoir des rendez-vous puisque notre ophtalmo est maintenant à la retraite donc il faut qu'on aille dans les grandes villes et dans les grandes villes c'est 6 mois, à 8 mois d'attente donc voilà, faut prévoir tout d'avance ! » (P12)

- Dentiste

« Si vous allez chez le dentiste y'en a plus, y'en a plus dans Gournay. » (P3)
« Les dentistes yen a plus un sur Gournay, si yen a une là… il faut 3 mois, 3 mois pour passer. Moi je vais à Formery, qu'est à 30 km » (P4)
« Y a un des 2 dentistes qui est partis donc pour l'instant tout est plein, tout est plein, tout est plein, tout est plein, jusqu'à jsais pas quoi ... » (P5)
« J'entends quand j'y vais, on prend plus de nouveau patient ! » (P10)

- Kinésithérapeute

« J'ai appelé… j'ai pris les pages jaunes sur internet et j'ai regardé tous les kinés et j'ai appelé tous les kinés et ils prennent pas d'anciens patients. Non, ils prennent pas de nouveaux patients. » (P1)
« Ils ils ne prennent pas de nouveaux clients, y en a une qui pourrait prendre, J'ai laissé un message, elle n'a jamais répondu. Elle n'assure pas ses séances. » (P2)
« 1 mois avant pour être sûr qu'on démarre ensemble la rééducation... en fait... Par chance j'ai appelé rapidement après ma ... ma, mon accouchement et elle me dit que elle elle commence les rééducations à 3 mois, au 3 mois de l'enfant » (P5)
« Voilà ... ben du coup y a un an et demi, j'pense y avais un souci de Kiné, y avait plus que 2 kinés sur Gournay mais elles étaient complètement surbookées et en plus c'était l'hiver donc les bronchiolites, fin voilà elles préféraient prendre les nourrissons, mais ce qui est normal hein pour les nourrissons voilà. » (P6)
« Mieux vaut prendre rendez-vous tout de suite. Si vous attendez de sortir de clinique pour avoir un rendez-vous ... Ça coince, ils sont sur chargés. Ils ont un boulot ... enfin apparemment ils sont tous pareil donc euh, ils ont un boulot ... vraiment ... voilà. » (P9)
« Oh oui alors les kinés ! Mon dieu n'en parlons pas ! C'est pareil les kinés c'est hooouuu ! les kinés c'est dès qu'on téléphone ben c'est pareil, c'est, il faut attendre 1 an ! c'est sur liste d'attente ! » (P11)
« Compliqué pour avoir un rendez-vous, j'ai dû attendre un mois et demi ! » (P12)

Cela entraine un épuisement des patients. Certains ont l'impression de devoir se battre pour avoir un RDV dans des délais raisonnables.
« Faut faire des pieds et des mains pour un rendez-vous » (P5)
« C'est voilà, c'est prise de tête » (P5)
« Ça a été dur ! j'ai dû batailler quoi » (P8)

b. Difficultés à trouver un médecin traitant

Il en va de même pour trouver un médecin traitant. Une seule patiente interrogée arrivée récemment dans la communauté de communes n'avait pas de MT déclaré. Néanmoins les autres se souviennent très bien des difficultés rencontrées pour en trouver un lors de leur arrivée sur le territoire.
« Y doit pas y'avoir assez de médecins. Et pis les médecins, quand vous arrivez aussi ici euh…Ils vous prennent pas forcément non plus. Donc y'a des gens qu'arrivent ici, ils n'ont pas… Les médecins ne prennent plus de nouveaux patients. » (P1)
« Et on ne peut pas prendre un autre médecin, ils sont tous complets, ils ne prennent pas d'autres clients » (P3)
« Fin parfois y a des médecins mais ils prennent pas de nouveau patients donc euh, voilà on est un peu dans euh ... » (P6)
« On m'a dit non on prend pas de nouveaux patients donc du coup » (P8)
« Alors on se dit dès qu'on a un médecin il faut s'y cramponner ! » (P10)
« Et il me dit Madame je peux pas vous recevoir. Allez voir, retournez voir votre médecin de Paris. » (P13)

c. Changement de pratique des médecins généralistes

Les patients ont également l'impression que les médecins ne font plus de visite à domicile, ils regrettent l'image du médecin totalement dévoué à son métier ne comptant pas ses heures. Ce sentiment est prédominant chez les personnes âgées, ayant connu une autre époque avec une démographie médicale plus favorable.

« Et oui, c'est un problème, on a déjà demandé à notre médecin si elle se déplaçait, elle a jamais fait de réponse. » (P2)

« Non, ils ne se déplacent pas à domicile. C'est fini ça, les médecins qui se déplacent à domicile. » (P3)

« Il faut savoir que les médecins d'aujourd'hui, même de la ville de Gournay ne se déplacent plus chez la personne, même si vous 40 de fièvre hein ? Faut venir au cabinet. Ça c'est… les médecins tels qu'on connaissait ya 20 ans, c'est fini ça » (P4)

« Mais bon je sais qu'il ne se déplace plus ! Alors ça peut poser des problèmes quand vous êtes au fond du lit avec 40 de fièvre. » (P10)

3. Facteurs aggravants

Cette anxiété est aggravée par plusieurs facteurs :
Ces éléments majorent également le sentiment d'embêtement ou le sentiment d'isolement mais dans une moindre mesure.

a. L'âge : les 2 extrêmes de la vie

- les personnes âgées

« Ça fait un stress que, oh bas zut, je ne vais pas pouvoir avoir de médecin, il est pas là, ça fait un frais supplémentaire surtout à cet âge-là on se stresse facilement. » (P2)
« Nous oui, à l'âge qu'on à, on n'est pas gâté ??? » (P3)
« Enfin même nous en vieillissant, on va avoir de plus en plus, j'espère que nan, mais de plus en plus de problèmes, faut pas ... on se fait pas d'illusion. » (P9)

- mais également pour les couples avec enfants en bas âge

« Beaucoup de stress quand vous êtes au travail, de se dire mais qu'est-ce que je fais si on m'appelle qu'elle est malade ? Qu'il faut l'emmener et euh, la garder ? Moi j'ai laissé mes équipes, certains patients dans la panade parce que il fallait que je m'occupe de ma fille malade et que je l'emmène je sais pas où, fin y a pas de relais. En vrai c'est peut-être pas le propos de votre enquête mais beaucoup beaucoup de stress » (P5)
« Ben c'est vrai que ... 'fin complètement parce que déjà avec des enfants c'est jamais l'idéal de faire beaucoup de route comme ça et pis on se dit qu'on a une heure ... 'fin on travaille tous les 2 ici donc c'est un peu compliqué, on est pas près ... c'est pas rassurant 'fin j'sais pas si vous comprenez mais euh ... on est loin, loin de la maison ... » (P6)
« Ouai ça fait loin ! ouai parce que bon en plus des petits quand on a des enfants petits, on panique quand même rapidement. Bon là elle c'était bien entaillé la tête euh, mais euh … ouai … c'est pas très rassurant quoi ! » (P8)
« C'est vrai que quand y a des situations comme ça pour nos enfants, on a peur quoi ! donc euh, on se dit on était mieux en région parisienne, au moins on avait tout à côté, on avait peut-être un hôpital à 10 minutes même pas tandis que là, pour aller à l'hôpital y a quand même 25 minutes » (P11)

b. La temporalité :

- les nuits

« Bah je me sens pas en sécurité, je sais que la nuit, si on a besoin, faut appeler le 15 ou les pompiers » (P3)
« Surtout le soir ! par contre ouai le soir ! quand euh ... oooh on a personne de disponible ! S'il arrive quelque chose le soir, ils nous envoient direct aux urgences ouai ! Ça c'est galère ! Ou sinon dans ... une fois on est parti, c'était pour euh les petites, on a dû aller dans un petit bled là, pire que la campagne ! et en plus y avait pas d'éclairage, rien du tout on a mis 30 minutes pour aller voir le médecin de garde quoi ! » (P11)

- les week-ends

« Bah oui, au quotidien euh… quand on sait qu'on n'a pas de médecin le week-end, tout ça bah on sait « putain » faut pas tomber malade quoi ! Parce que sinon, on va s'retrouver encore à l'hôpital. Et savoir qu'à l'hôpital de Gisors, quand ils vous envoient c'est 2 heures, 2 heures et demie d'attente quoi. » (P1)
« Si peut être le problème ben du weekend justement quand on appelle le SAMU, 'fin maintenant y a un nouveau numéro mais sinon le SAMU, on nous envoie très loin en fait à chaque fois, pareil à Saint Saëns ou à Neuchâtel voir un médecin, le médecin de garde et après la pharmacie n'est pas du tout à côté donc on refait ¾ d'heure de route donc ça c'est hyper compliqué parce que c'est pareil on est avec les enfants qui sont malades donc on doit faire une heure et demie de route et parcourir la région, 'fin pas la région mais parcourir le pays de Bray pour essayer de les soigner donc ça c'est un peu pénible aussi ! » (P6)
« Parce que là c'est pareil, vous avez quelque chose le weekend il faut faire le 15, le 15 vous renvoie à un médecin mais bon j'appelle pas ça … 'fin j'trouve pas ça pratique, pratique moi » (P9)

c. La maladie chronique et le handicap

« Donc quelqu'un qu'est encore en bonne santé ça va, mais quelqu'un qui se trouve en mauvaise santé » (P1)
« Bah demain faut pas être gravement malade parce que tu crèves chez toi. C'est quand même lamentable de voir ça. » (P1)

4. La responsabilité des politiques : entre colère et désintérêt

La question de la responsabilité des politiques dans la démographie médicale française est un sujet complexe.

a. Désintérêt

Une partie des entretiens a été réalisée juste avant les élections présidentielles de 2017 et malgré cela plusieurs patients interrogés ont montré un désintérêt complet pour la politique au niveau national.

«Oh alors là je sais pas ! On vous promet toujours mont et merveilles que ce soit, pour tout, nan je sais pas... » (P10)

« Ben j'aime pas du tout hein franchement la politique ... c'est pas mon truc quoi ! » (P11)

« Oh oui je pense ... je sais pas ça ... faut croire ... » (P14)

b. Colère envers les dirigeants nationaux

D'autres ressentent de la colère, ainsi qu'une sensation de clivage entre les citoyens et le hauts responsables mais également une impression que les élus se succèdent et rien ne change. Le sentiment d'isolement déjà détaillé plus haut revient avec une impression que les politiques se préoccupent uniquement des villes.

« Ça, ils ne le font pas. Ils sont pas à l'écoute du citoyen. » (P1)

« Pfff, bah alors là, j'sais pas s'ils font grand-chose eux et j'pense pas qu'ils font grand-chose » (P1)

« Ça a changé mais C'est toujours pareil… » (P3)

« Bah ils en parlent du rural mais ça change pas » (P4)

« C'est-à-dire qu'ils prennent les décisions pour les grandes villes et non pour le rural plutôt » (P4)

« Y a des fois on se demande s'ils ont les pieds sur terre tous ces gens-là ! » (P9)

« C'est ça qu'est désolant ! On se dit ils sont censés être voilà, penser à tout, parce que on les a mis là pour ça. Et ben non, ils pensent pas à tout ! » (P9)

c. Ressenti envers les dirigeants locaux

En revanche ils se sentent plus concernés par la politique à un niveau local, même si là encore, une colère importante est présente envers les dirigeants locaux.

Pour eux, les mairies ont un rôle certain à jouer afin d'améliorer la démographie médicale.

« Quand le citoyen, il va à la mairie, une fois qu'on leur a donné un appartement, tout ça, après, ils se « démerdent » quoi ! Voilà, après euh… voilà, j'pense qu'à la mairie, ils sont pas… j'sais pas si… j'sais pas comment ils fonctionnent. De toute façon, maintenant, la politique, ça devient compliqué euh…. Voilà quoi. » (P1)

« Même madame le Maire qu'est à Ferrière ne fait rien du tout non plus. Sachant qu'il y a beaucoup de gens qui vivent à Ferrière, qu'ont des médecins qui sont à Gournay. Ça fait rien. » (P1)

« J'pense quand même hein ! Parce que j'vous dis à Croisy sur Andelle la maire il s'en est bien occupé et il a même réussi ! j'crois qu'à Forges aussi ... » (P7)
« ben j'pense ouais, moi j'pense que, ben faudrait qu'ils fassent comme vous tiens justement aller rencontrer les gens, voir comment ça se passe au quotidien » (P8)

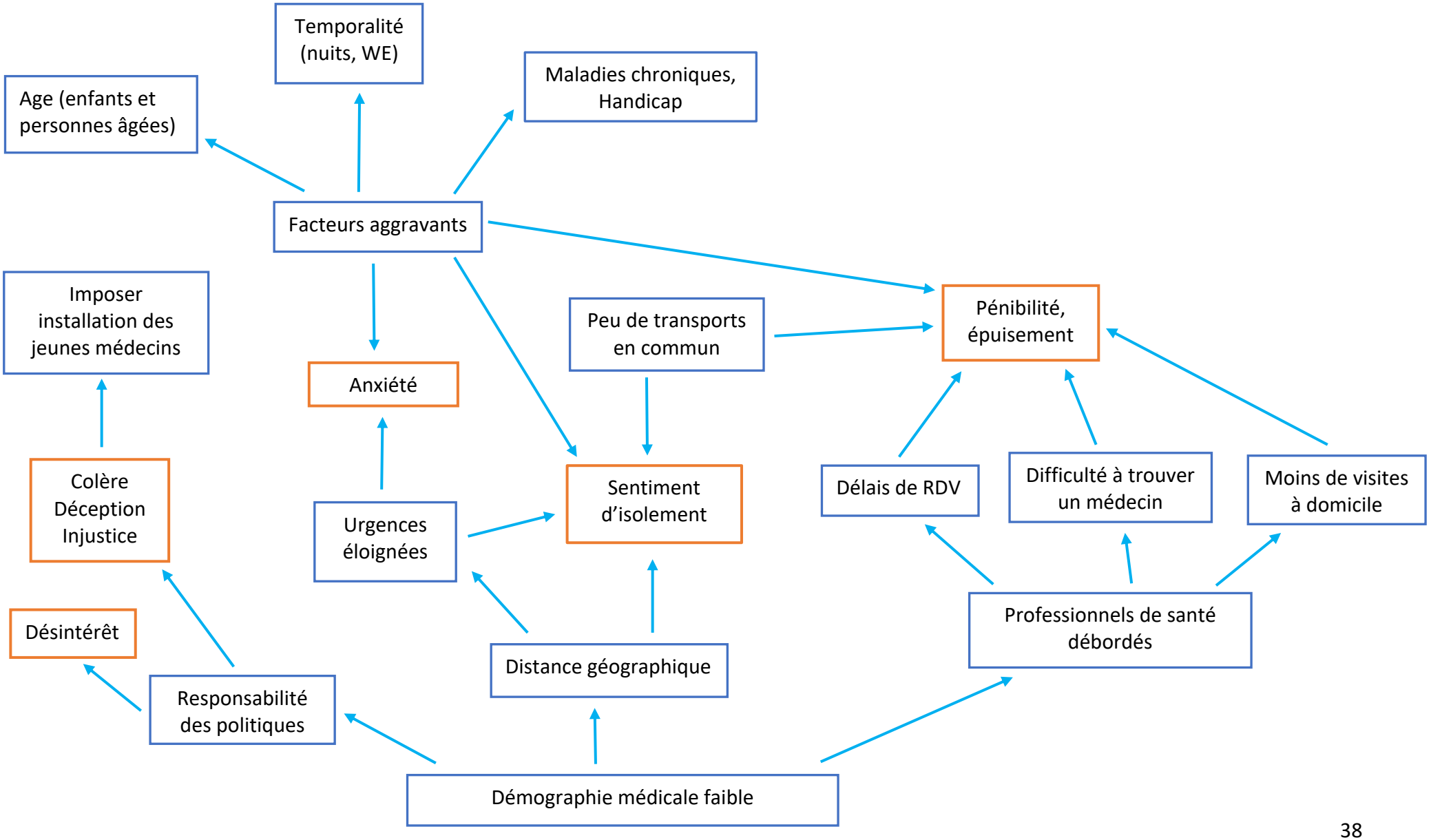
Ils sont déçus par la dette de la commune et considèrent que l'argent de la collectivité est mal employé.
« Pis bon comme la ville est endettée, j'sais pas ils viennent de découvrir ça, 'fin on le savait mais bon ... on va peut-être être mis sous tutelle si on fait pas d'économie euh assez ... » (P7)
« Y a bien des endroits où les municipalités, bon après Gournay ils sont dans la mouise » (P9)
« Oui oh ben ça, vous savez … ils construisent bien des conneries, entre nous, vous savez, quand je vois chez nous, enfin y a des années de ça, on a un bâtiment communal tout neuf écoutez c'est grand hein ! Ça vaut j'dirai 2 pavillons, vous croyez vraiment qu'on a besoin de ça à la commune ? C'est fait ! » (P9)

De plus la plupart ont un grand ressentiment face au projet de maison médicale qui n'a pas vu le jour.
« Bah ils ont essayé, au moment où ils ont fait la maison médicale, ils ont essayé de se mettre d'accord et puis, je crois que ça a tout cassé. » (P3)
« Faut savoir que dans la région de Gournay s'il y a pas… ça ça peut venir en interrogation pour vous : pourquoi il y a pas de maison de santé ? Faut savoir que à l'époque les médecins ont été contre. Oh il y a 7-8 ans. C'est avec l'ancienne municipalité. De source sûre c'est les médecins qui n'en voulaient pas, parce que les médecins ne s'entendaient pas ensemble. » (P4)

d. Volonté d'imposer l'installation des médecins

Plusieurs patients trouvent la situation injuste et ont une volonté d'imposer le lieu d'installation des jeunes médecins en pensant que cela réduira les inégalités territoriales de santé.
« C'est injuste ! vraiment c'est injuste. » (P5)
« Enfin je pense que ça devrait leur être imposé, ou du moins orienter » (P5)
« 'fin après y a aussi des .. ; alors je sais pas comment ça s'appelle dans la médecine pour les jeunes médecins mais les fait d'installer, 'fin d'imposer aux médecins un peu les villes ou les lieux .. Mais bon voilà ça reste compliqué pour les jeunes médecins d'imposer ... 'fin nous c'est ce système-là dans l'éducation nationale, c'est vrai que ça permet de … d'être partout ... mais après je comprends aussi que ça peut être compliquer d'imposer ça. » (P6)

Figure 1 : Ressenti sur l'accès aux soins



D. Ressenti positif sur l'accès aux soins

Il existe tout de même quelques éléments de satisfaction qui font l'unanimité parmi les patients interrogés.
Il s'agit des IDE et de la consultation de renfort.

1. Les infirmières à domicile

La plupart des patients interrogés ont eu déjà fait appel à une IDE à domicile de Gournay et tous en sont satisfaits. Elles interviennent rapidement, ne refusent jamais les patients avec pour résultat une grande reconnaissance de la part de ces derniers.

« Infirmière à domicile, pour ma fille, oui, donc ça c'est à la croix rouge. Qui sont très très bien. » (P1)
« Ça on a qu'est-ce qui faut. On a toujours les 2 mêmes, c'est 2 associées, chacune leur tour, ça n'a aucune importance que ce soit l'une ou l'autre, ça ça se passe bien » (P4)
« Y a quand même plusieurs cabinets, y a quand même plusieurs cabinets, qui vous prennent, c'est rare qu'ils refusent hein, peut être au jour le jour, au jour le jour c'est compliqué parfois. Ça m'est déjà arrivé d'appeler la croix rouge pour un bilan parce que ben la petite etc… euh ... Et elle m'a dit euh et ben ça te dérange pas qu'elle passe que demain ? j'ai dit nan mais t'inquiètes hein, y a pas d'urgence » (P5)
« Oui bah j'y suis allée facilement pendant mes deux grossesses euh, ben y a beaucoup, beaucoup de monde hein, beaucoup d'attente ! mais bon en tout cas dans la journée 'fin dans la matinée vous pouvez avoir la prise de sang » (P6)
« Bon ben là y en a 3 ou 4. Bon ben quand j'ai une prise, j'vais au cabinet parfois le matin, là oui là ça marche bien. » (P7)
« Euh oui, oui oui oui oui, euh ben là c'est pareil ça a été bien, j'ai pris aussi des filles sur Gournay, elles étaient deux, elles faisaient un roulement quoi, mais euh ouai nan ça, ça a été aussi. » (P8)
« Alors moi, enfin nous on prend le service croix rouge de Gournay, qui vient à domicile parce que mon mari a besoin d'avoir une prise de sang tous les mois et tout, on s'en plaint pas du tout. Des gens, des femmes qui font bien leur travail ! Y a pas de soucis. » (P9)
« Oui ça va. Franchement impeccable, j'ai pas eu de soucis quoi ... » (P11)

2. La consultation de renfort

Créée justement pour pallier au manque de médecins à Gournay-en-Bray, elle satisfait amplement les patients questionnés. Ils sont heureux de pouvoir consulter un médecin le jour même lors de petits maux ne nécessitant pas une consultation aux urgences et lorsque leurs médecins traitants ne peuvent les recevoir rapidement.
Néanmoins elle ne permet pas de pallier à leur angoisse des soirs et week-ends.

« Voilà ! Avant, ça on ne l'avait pas ! Je me rappelle, y'a 2 ans, on n'avait pas ça. Donc, ça, c'est une chose qui a été mise en place, que je me suis aperçu, j'ai même dit à la secrétaire, bah c'est bien, au moins y'a quelque chose à l'hôpital qui permette de nous euh… De nous ausculter et de donner les médicaments comme un médecin quoi ! » (P1)
« Bon après c'est quand même un confort, hein de se dire y a toujours ça en cas de gros gros soucis » (P5)
« Oui très satisfaite ! » (P6)
« Bon c'est des petites choses, euh, qui sont euh, ou par exemple faut pas vraiment voir le médecin traitant par exemple ces suivis, maintenant que y a le renfort, bon bah c'est bien, par ce que on peut y aller, euh donc ça c'est utile c'est super bien quoi ! » (P11)
« Lors j'ai même été chez le pharmacien, mais le pharmacien pouvait pas faire grand-chose ... mais c'est quand même lui qui m'a dit de téléphoner à la médecine de renfort. Alors j'ai eu affaire à un gars formidable là-bas ! » (P14)

E. Conséquences

Les patients consultés ont remarqué que le fait de vivre dans un « désert médical » a modifié certains aspects de leur vie quotidienne.
Les conséquences recensées peuvent être classées en 3 types :

- Conséquences sur la vie quotidienne
- Conséquences sur la santé
- Conséquences sur le système de soin

1. Conséquences sur la vie quotidienne

Elles sont les plus nombreuses. En effet le désert médical impacte directement le mode de vie des patients, leur imposant des adaptations de leur organisation journalière.
Tous les patients interviewés ont cité au moins une modification sur leur emploi du temps qu'entrainait la démographie médicale de Gournay.

a. Anticipation

C'est la conséquence la plus fréquemment évoquée et la plus logique. Elle découle directement des longs délais de prise de RDV et oblige les patients à prendre un RDV longtemps à l'avance parfois plusieurs mois.
« Faut toujours anticiper en fait ici. Faut anticiper, pour soi pour ses enfants » (P5)
« Oui oui j'prends rdv à l'avance en fait dès que je pars du cabinet je reprends rdv directement pour les autres examens et les vaccins, un mois et demi, deux mois après. » (P6)
« Alors du coup elle m'a marqué 3, 4 rendez-vous à la file, pour déjà les avoir, sinon faut ... » (P7)
« Il faut penser à prendre ses rendez-vous longtemps à l'avance. » (P9)
« Ah oui, oui oui j'anticipe hein ! » (P10)
« Ouai et c'est pareil Gisors, dès qu'on a fini un rdv, il faut tout de suite prendre le suivant dans 6 mois ou dans 1 an parce que sinon c'est sur liste d'attente » (P11)
« C'est 6 mois, à 8 mois d'attente donc voilà, faut prévoir tout d'avance ! » (P12)

b. Impact sur l'emploi

Certains patients ont évoqué l'obligation de poser des congés ou même parfois de quitter leur travail pour un enfant malade. En effet les RDV étant tellement difficiles à avoir, ils n'arrivent pas à les faire coïncider avec leurs horaires de travail.
« C'est compliqué. Et puis pour ces rdvs chez les spécialistes, mon mari a déjà dû poser une journée entière pour garder le petit, le temps que j'emmène Agathe chez l'ORL. On avait rdv à midi, c'était pas simple, c'était loin » (P4)
« Et le problème c'est que j'appelle, j'appelle le matin à 8h30 y a jamais de place, il faut quand même que je parte travailler, parfois j'dois quitter ma classe pour euh ... 'fin si dans la journée j'ai réussi à avoir un rdv. Et je peux pas me dire j'ai un rdv à 17h30, 'fin voilà j'les emmène tout à l'heure ou alors faut que je prenne ma journée, 'fin voilà c'est hyper compliqué, mon conjoint ne peut pas prendre de jours donc c'est toujours sur moi que voilà … 'fin c'est toute une organisation quoi ! c'est compliqué ! » (P6)

c. Éloignement du lieu de consultation

De nombreux patients n'hésitent pas à faire de nombreux kilomètres afin d'avoir un RDV plus rapidement, certains hésitent même à consulter sur Paris.
« Bah j'vais vous dire un truc moi j'hésite même à prendre rdv à Paris là où ils sont nos parents » (P5)
« Alors jme suis déjà posé la question de prendre rdv chez un ophtalmo sur Versailles comme on vient de Versailles » (P5)
« J'sais pas moi j'ai des amis qui vont à Beauvais chez le dentiste, parce que leur dentiste est parti » (P10)
« Il a dû aller jusqu'à Etrepagny ! » (P11)

d. Consulter un autre professionnel de santé

Les patients ont remarqué que les médecins traitants remplacent de plus en plus les pédiatres et gynécologues.
« Nan, ça reste les médecins traitants pour la pédiatrie » (P6)
« C'est le médecin traitant qui me fait les frottis et les visites gynéco donc c'est déjà bien » (P8)

Une patiente relate également avoir consulté un ostéopathe ne réussissant pas à obtenir de RDV chez un kinésithérapeute.
« Alors des fois ce qu'on fait quand on a mal comme ça et ben on prend des séances d'ostéopathe pour nous soulager … » (P11)

e. Utilisation des connaissances

Certains patients n'hésitent pas à faire appel à leur réseau dans le milieu médical ou politique afin d'obtenir un RDV plus rapidement chez un professionnel de santé.
« Alors j'vais vous dire la chance qu'on a c'est qu'on a un ami dentiste qui consulte sur Gaillefontaine » (P5)
« En fait nan, c'est euh, il est dans, il travaille euh, à la mairie et du coup il connait le kiné en fait, mais j'pense c'est un truc de la mairie quoi, il doit être ... quelque chose comme ça quoi. Et il en a parlé comme ça, et il a dit ha bah j'ai un ami qui cherche et tout comme ça, il a pas de rendez-vous avant 6 mois et tout ça quoi .. et il a dit et ben moi, vas-y envoie le moi, pis du coup voilà quoi. En fait c'était du bouche à oreille, peut-être parce qu'il connaissait le type quoi ... » (P11)

f. Déménagement

De nombreux patients questionnés ont avoué déjà avoir envisagé un déménagement afin de se rapprocher d'une zone avec une meilleure démographie médicale, d'autres arrivés récemment regrettent leur choix d'emménager à Gournay.
« Ouais, ça m'est déjà arrivé, ouais ... moi j'me suis déjà posé la question » (P5)
« C'est vrai que j'étais à Dieppe euh, j'ai quitté mais quelques fois j'me dis j'aurais peut-être mieux fait de rester. » (P10)
« Euh déménager euh pfff des fois quand on a, on a, on en a marre quand on trouve pas, on se dit ben au moins on va déménager en région parisienne » (P11)
« Ben ... ah oui bien sûr ! Ha bien sûr ! Penser qu'à Paris à Maisons-Alfort, nous habitions à côté de l'hôpital Mont Dore, à 300m. Et à 200m de l'intercommunal.
Oh oui ! Là ça fait une grosse, grosse différence ! En vieillissant, je suis dit on a dû faire une erreur parce que on a besoin de soins, de diagnostics et c'est là qu'on s'éloigne des médecins quoi ... » (P14)

Une patiente signale également son ressenti sur le maintien à domicile des personnes âgées. Selon elle c'est quasiment impossible dans une zone comme Gournay-en-Bray avec une faible démographe médicale.
« Le maintien à domicile dans la région de Gournay pour la personne âgée, c'est quasiment pas possible à partir du moment où elle commence à avoir un handicap, ou alors faut vraiment de la famille proche à côté. Et là, c'est là que je vois qu'il y a une carence tout de même. » (P2)

2. Conséquences sur la santé

Ce sont certainement les conséquences les plus dramatiques. La démographie médicale engendre un réel impact sur le suivi médical des patients.

a. Automédication

Certains patients n'hésitent pas à s'automédiquer en attendant l'avis d'un médecin.
« Moi j'me soigne beaucoup par homéopathie, j'ai des livres, je regarde pis j'essaye en attendant de voir pis ... » (P7)
« Je m'arrange toujours d'avoir une pharmacie euh, assez complète » (P12)

b. Retard de prise en charge

Quelques patients de voulant pas consulter aux urgences, attendent un RDV chez leur médecin traitant, parfois pour des pathologies graves.
« Quand je me suis cassé le bras, on m'a pris deux jours après, personne pour me prendre. Non, non, même au Renfort » (P2)

c. Suivi médical compliqué

Quelques patients regrettent que les enfants ou eux-mêmes soient plus vus par des urgentistes ou des médecins de la consultation de renfort que par leur médecin traitant. Le fait de ne pas être examiné toujours par la même personne rend selon eux le suivi plus compliqué.
« Mais c'est pas toujours le même docteur, donc faut qu'il se replonge dans le dossier. » (P5)
« Parce que à mon avis j'vois plus souvent le Dr S… pour Agathe que, que, que son médecin traitant » (P5)
« Donc oui ce qui me dérange aussi c'est le suivi médical de mes enfants parce que vu qu'ils voient jamais le même médecin, ben il peut pas y avoir un suivi par exemple leurs allergies ou plusieurs rhino fin voilà ça c'est un peu compliqué si vraiment faut un traitement de fond ou quelque chose comme ça bah on peut pas parce qu'ils les connaissent pas vraiment. » (P6)
« Bah j'vois plus souvent les médecins des renforts que mon propre médecin traitant. » (P6)

d. Renoncement aux soins

De nombreux patients ont reconnu avoir renoncé aux soins essentiellement concernant la kinésithérapie mais aussi la médecine, n'arrivant pas à obtenir de RDV.
« Elle était sur Gournay, donc J'ai plus, moi J'ai plus de kiné, là J'ai 15 séances de kiné à faire parce que J'ai très mal pour marcher … » (P2)
« L'hôpital avait prescrit le kiné à domicile, elle en a jamais eu. C'était pas possible ils sont… archis comblés donc ils se déplacent pas. » (P3)
« Oh j'vais plus chez le docteur, j'attends trop » (P5)
« Et pour mon deuxième je l'ai jamais faite parce que j'avais appelé et y avait pas de place donc euh voilà. Mais bon là ça fait bientôt un an et demi qu'il est né » (P6)
« Nan pensez-vous, j'suis allée j'sais pas j'crois que ça devait être en juillet et elle m'a dit ben en septembre, pour l'instant j'ai rien avant, en septembre mais j'vous rappellerai mais elle m'a jamais rappelé ... pis j'en parle et on me dit en fait elle est partie, elle est partie en milieu hospitalier, y a plus rien ! » (P7)
« J'aurai peut-être besoin de voir des spécialistes et je n'y vais pas » (P10)
« Moi une fois j'avais des séances à faire de kiné ben je les ai pas faite hein ! parce que ben j'avais pas de rendez-vous ! et pis d'ici là ben je me suis dit c'est foutu quoi. » (P11)

3. <u>Conséquences sur le système de soins : la saturation des urgences</u>

Il s'agit de la seule conséquence sur le système de soins évoquée par les patients interviewés. C'est une répercussion logique, les patients inquiets sans RDV chez leur médecin traitant ont tendance à se tourner vers les services d'urgence.
« Parce que même parfois pour des petites choses euh ... on pas voir un médecin généraliste, on nous dit faut aller à Neuchâtel ou à Rouen aux urgences. 'Fin moi j'me vois pas aller aux urgences parce que mon enfant à 39 » (P6)
« Quand c'est quelque chose de vraiment urgent euh, c'est bête de pas avoir ben un médecin qu'on peut voir tout de suite quoi. Tout de suite ils nous envoient sur les urgences quoi donc c'est dommage quoi ben » (P11)
« Après c'est vrai que des fois on va aux urgences mais parce que on a pas le choix » (P12)

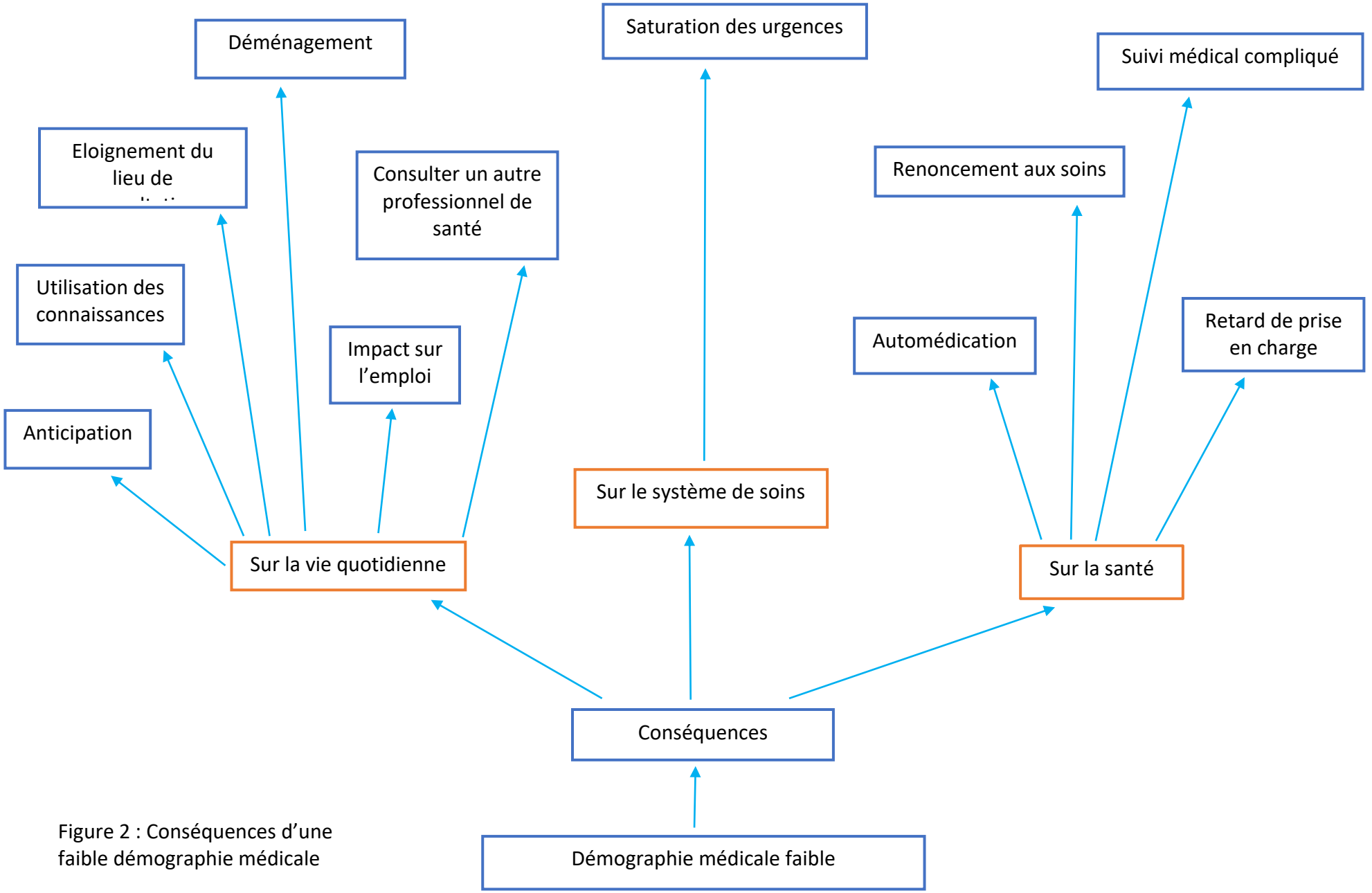


Figure 2 : Conséquences d'une faible démographie médicale

F. Ressenti à propos de l'avenir

1. Optimisme ou pessimisme ?

Les patients interrogés ont des avis très disparates sur l'avenir de la démographie médicale à Gournay-en-Bray. Certains ont une vision très pessimiste des choses et pensent que la situation va continuer à se dégrader tandis que d'autres sont plutôt optimistes.

- Optimistes

« Mais j'suis plutôt optimiste, pas à 100 % non plus, mais j'suis quand même optimiste parce que l'hôpital de ... le renfort à Gournay, c'est vrai qu'il est très très bien, très très bien quoi ! Pour ça euh…on s'voit, on a eu notre diagnostique, on va chercher nos médicaments, on rentre chez nous voilà, c'est bien ce qu'ils ont mis en place. » (P1)
« Je suis optimiste ! Les choses vont changer, je pense que tout le monde comprend que les mentalités changent et que du coup ça changera, ça changera ! » (P12)
« Oui optimiste ! Parce que normalement, on attend toujours mais il devrait construire une ligne de chemin de fer là ... » (P14)

- Pessimistes

« Plutôt pessimiste ! parce que bah là depuis 5 ans c'est de pire en pire on va dire ! » (P6)
« On n'a pas l'impression que ça va s'arranger encore » (P8)
« Oui ! parce que, euh … voilà ! ou il faut pas écouter les infos, ou … mais sinon, on, 'fin d'après ce que tout le monde dit, on est dans le, on est toujours … voilà… on va vers le moins, moins, moins, mais euh … Alors que y a plus de population, parce que plus ça va, plus y a de monde ! et donc on devrait avec euh, au niveau médical, on devrait avoir du plus, plus, plus quoi ! et pour l'instant c'est pas le cas ! » (P9)

2. Réelle volonté de maison médicale

Les habitants de Gournay-en-Bray ont l'exemple tout proche de la maison médicale de Neufchâtel-en-Bray qui a réussi à dynamiser la zone. De ce fait ils pensent qu'une maison médicale à Gournay pourrait avoir le même effet sur la communauté de communes.

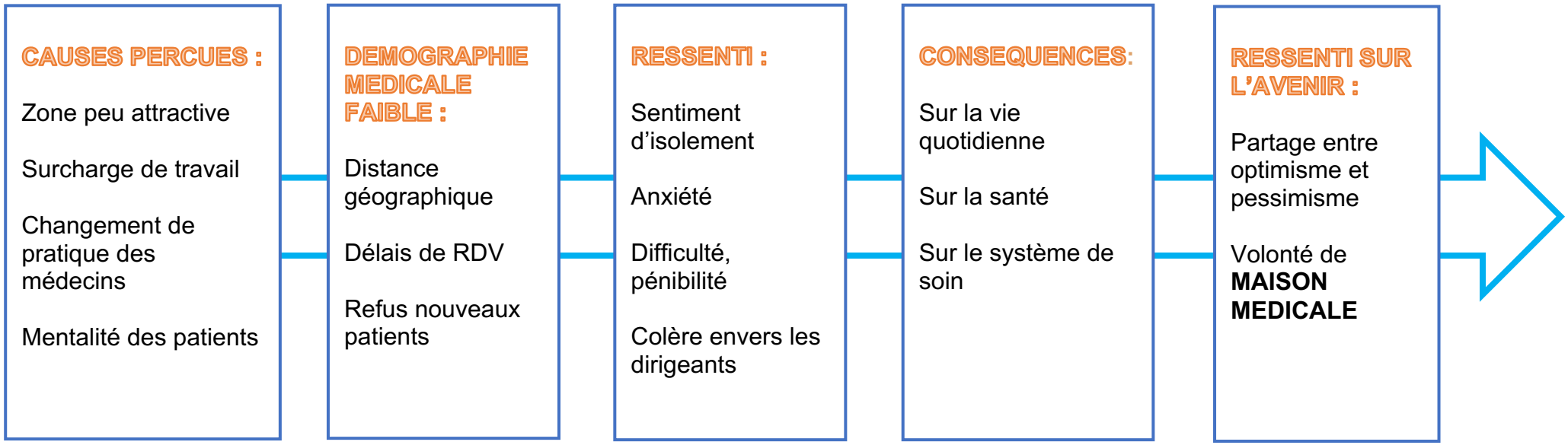
« Y a volonté de faire avancer les choses dans les campagnes et justement de créer des maisons médicales ... Ce serait l'idéal ! » (P6)
« Il faudrait une maison médicale. » (P7)
« Enfin une maison médicale est ce que vraiment ça serait peut-être pas plus mal » (P8)

Discussion

A. Rappel des principaux résultats

Le ressenti sur l'accès aux soins dans la communauté de communes de Gournay-en-Bray est essentiellement négatif. Les patients éprouvent des difficultés à trouver un médecin traitant et à obtenir un RDV dans des délais raisonnables. Ils se sentent isolés et abandonnés par les pouvoirs publics. De plus la distance géographique des urgences génère une anxiété.
Néanmoins deux points positifs ressortent : l'accès aux IDE et la consultation de renfort.
Les patients ont conscience que les causes de désertification médicale sont multifactorielles.
Ces difficultés d'accès aux soins ont des conséquences sur la vie privée des patients mais aussi sur leur santé ainsi que sur le système de soins.
Les habitants sont partagés sur la question de la vision de l'avenir mais ils sont nombreux à vouloir qu'une MSP s'implante sur leur territoire.

Figure 3 : Ressenti des patients sur la démographie médicale de Gournay-en-Bray



B. Discussion des résultats : le concept d'accès aux soins

1. Comment définir l'accès aux soins ?

a. OMS (21)

L'OMS définit l'accès aux soins selon 3 critères d'accessibilité :

- L'accessibilité physique : l'offre de services de santé de qualité à portée raisonnable de ceux qui en ont besoin et l'existence d'heures d'ouverture, de systèmes de rendez-vous et autres aspects de l'organisation et de la prestation des services qui permettent aux gens de se procurer les services dont ils ont besoin.
- L'accessibilité financière : capacité des gens à payer les services sans difficultés financières. Ce facteur tient compte non seulement du prix des services de santé mais également des coûts indirects et d'opportunité (par exemple coûts des transports pour les établissements de santé et des congés pris). Ce facteur est influencé par le système plus large de financement de la santé et par les revenus des ménages.
- L'acceptabilité : volonté des gens d'utiliser les services. L'acceptabilité est faible lorsque les patients perçoivent les services comme inefficaces ou lorsque des facteurs sociaux et culturels tels que la langue ou l'âge, le sexe, l'appartenance ethnique ou la religion du dispensateur de soins les découragent de consulter.

b. Dans la littérature

De nombreux chercheurs se sont penchés sur la définition du concept d'accès aux soins. Tous le déterminent en fonction de la satisfaction des patients.
Penchansky et Thomas offrent en 1981 une définition complète de l'accès aux soins divisée en 5 catégories et basées sur le ressenti des patients. (14,22)

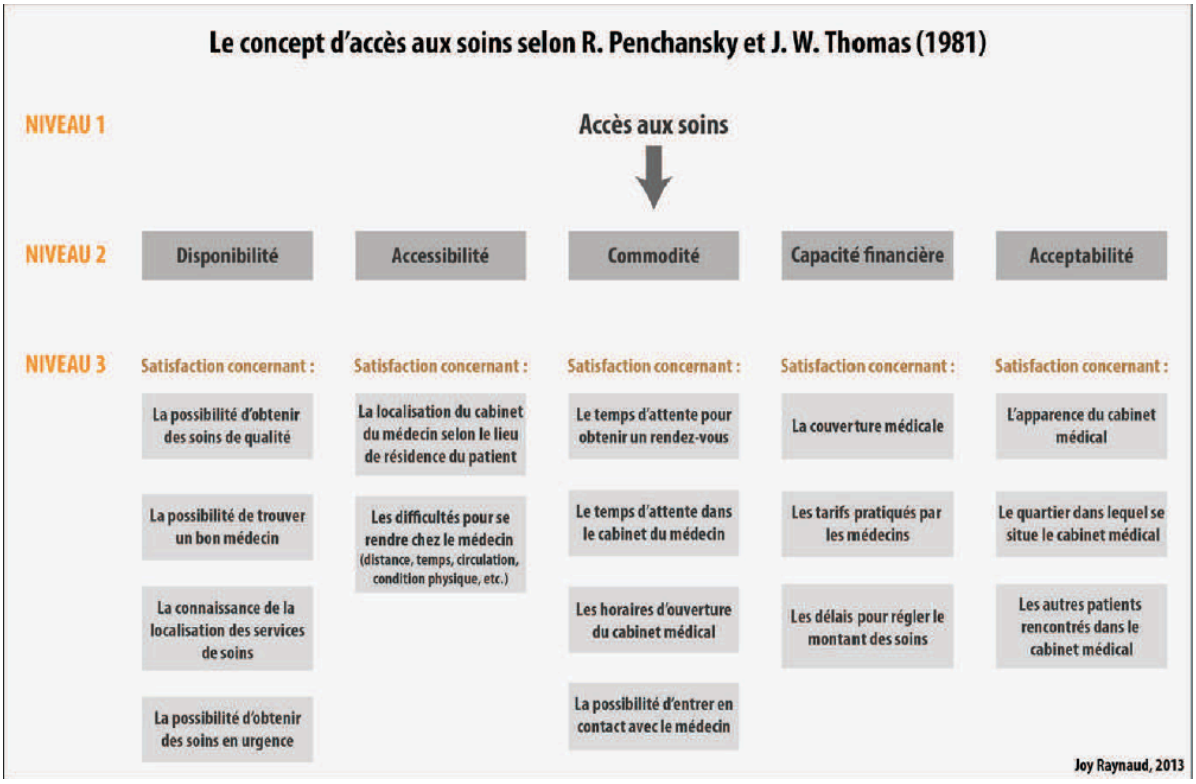


Figure 4 : le concept d'accès aux soins selon Penchansky et Tomas (1981)

c. Dans notre étude

Notre étude se penche uniquement sur les difficultés d'accès aux soins liées à une faible démographie médicale. Elles correspondent à l'accessibilité physique de la définition de l'OMS ainsi qu'aux 3 premières catégories de Penchansky et Thomas.

- La disponibilité (inadéquation entre l'offre et la demande en soins) : difficulté à trouver un médecin traitant
- La commodité : délai pour obtenir un RDV, visites à domicile…
- L'accessibilité : distance géographique du cabinet

Le problème d'accessibilité financière n'est pas prédominant dans notre étude, cependant on peut noter qu'il est présent, en effet certains patients évoquent le coût financier des trajets ou encore l'obligation de poser des jours de congés pour assister à une consultation.
L'accessibilité financière est donc un facteur aggravant de l'accessibilité physique.
On peut remarquer que le renoncement aux soins et la saturation des urgences sont des conséquences communes aux inégalités territoriales et sociales de santé.
En revanche l'acceptabilité n'est pas influencée par la faible démographie médicale.

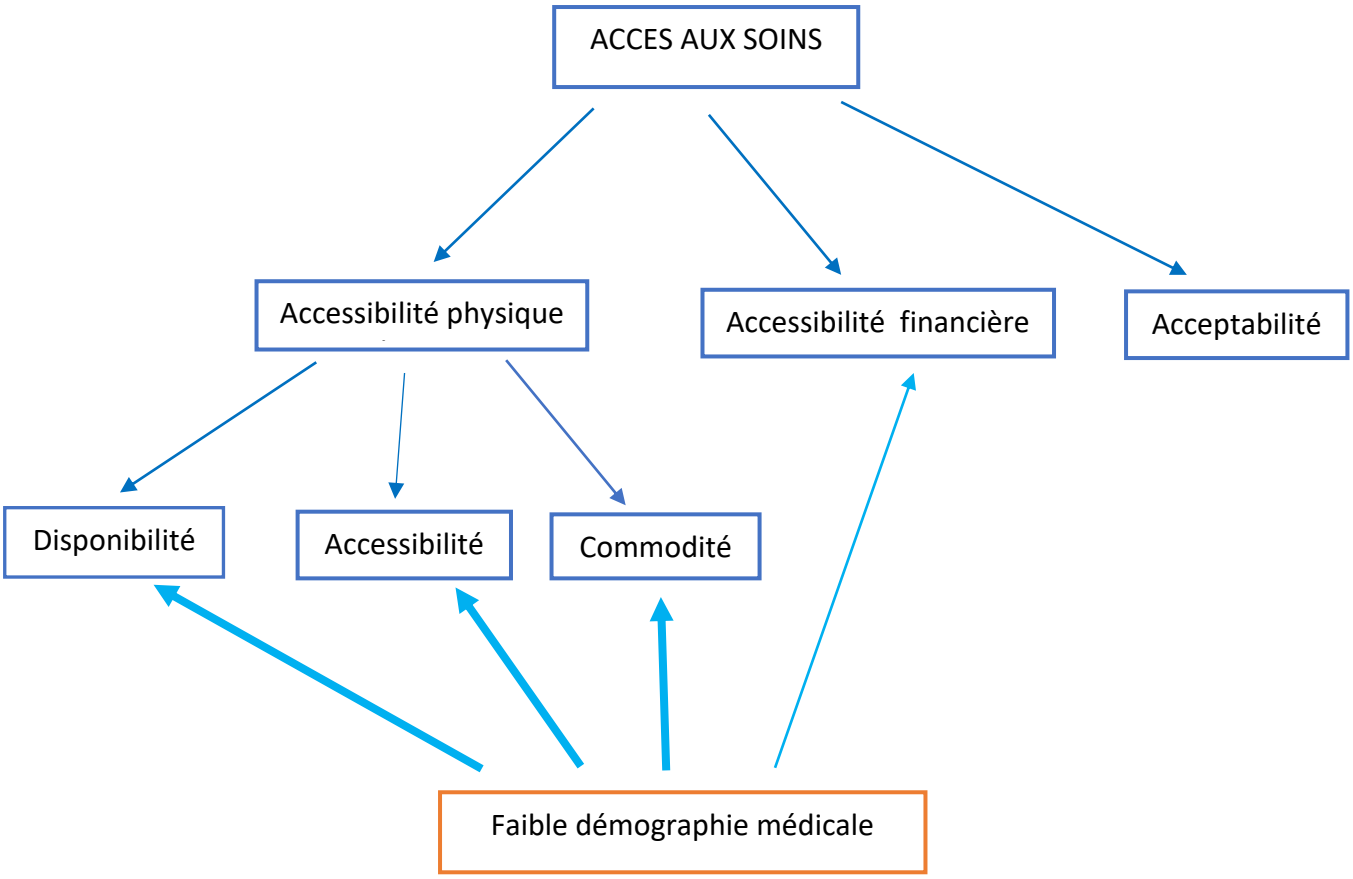


Figure 5 : accès aux soins et démographie médicale

2. <u>En pratique, comment mesurer l'accès aux soins ?</u>

Même si pour les scientifiques l'accès aux soins est indissociable de la satisfaction des patients, cela semble compliqué à mettre en œuvre à une grande échelle.
Seul l'accès géographique aux soins est largement apprécié. Jusque récemment cette évaluation se basait uniquement sur le nombre de professionnels de santé et la distance kilométrique entre le lieu d'habitation des patients et la structure de soins.

La DREES et l'IRDES ont nouvellement développé l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée afin de mieux mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins.
L'APL est disponible pour chaque commune et tient compte de l'âge de la population ainsi que du niveau d'activité des médecins en exercice. (23)

C. Comparaison des résultats à la littérature

1. Les causes perçues de désertification médicale

a. Un changement de pratique des médecins ?

Les patients interrogés ont remarqué au fil des ans une évolution du médecin généraliste qui ne se sacrifie plus pour son métier. Les patients questionnés d'une autre étude constatent également ce changement. (24)
Cette évolution est une réalité constatée par l'ordre des médecins (25) : en effet le libéral et ses contraintes séduisent de moins en moins les jeunes médecins. Ces derniers aspirent à une activité professionnelle en adéquation avec leur vie privée.
Les médecins de plus de 50 ans ont une patientèle plus importante que les plus jeunes démontrant une réelle évolution. (8)
La féminisation de la profession n'a fait qu'accroitre ses évolutions. En effet la durée d'une consultation pour les femmes est plus longue que celle des hommes et leur patientèle moins nombreuse. (8,26)
Aujourd'hui les médecins contestent la norme de la « servitude permanente » qui était imposée et largement acceptée par les générations antérieures. (27)

b. Surcharge de travail

La peur d'une surcharge de travail est-elle une cause d'inégalités territoriales de santé ?

C'est une cause évoquée, les jeunes médecins ne voudraient pas venir à Gournay par peur d'une surcharge de travail.
Ce facteur est effectivement retrouvé dans plusieurs études comme un frein à l'installation en milieu rural ou à faible densité médicale. (6,28)
En effet les médecins installés en zone rurale travaillent plus que ceux en zone urbaine. (29)

c. Mentalité des patients

La mentalité des patients a-t-elle évolué et a-t-elle un impact sur l'installation des médecins ?

Les modalités relationnelles entre le médecin et le malade ont évolué et tendent vers un modèle autonomiste avec un malade « consommateur », plus informé, plus exigent (30), moins respectueux et plus procédurier. (31)

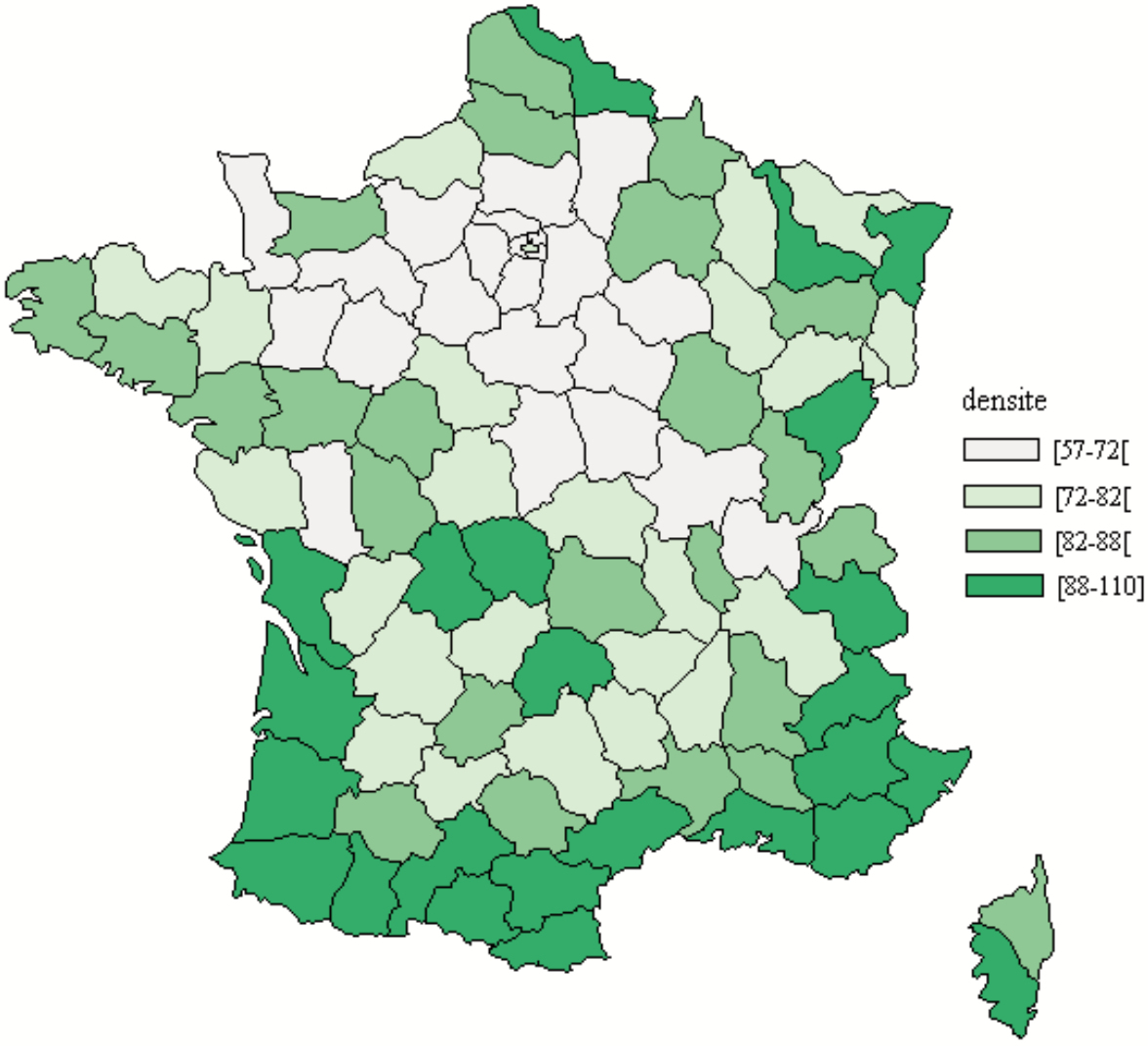
Aucune étude n'a retrouvé la mentalité des patients comme frein à l'installation en milieu rural.
Au contraire la population rurale est caractérisée par les médecins comme ayant un profil peu consommateur de soins et un niveau d'exigence moins élevé qu'en zone urbaine.(6,7)

d. Attractivité de la zone

L'attractivité d'une zone est-elle une cause d'inégalités territoriales de santé ?

La ruralité elle-même avec pour conséquence une population vieillissante, moins de loisirs et des difficultés pour les enfants est un frein à l'installation des médecins. (6)
Les internes se voient plus exercer dans des grandes villes qu'en campagne. (28)
Les médecins jugent certaines structures comme une école ou des commerces de proximité nécessaires à leur installation. (32)
On peut constater en observant la répartition des médecins généralistes en France (33) qu'il existe un véritable clivage nord-sud avec une démographie médicale beaucoup plus importante dans les départements du sud et d'autant plus s'ils sont côtiers ou frontaliers. Cela démontre bien que l'attractivité de la zone, à savoir une météo clémente et un accès facile à la mer sont une source de meilleure démographie médicale.

Figure 6 : Densité des généralistes en 2014 (en nombre de généralistes pour 100 000 habitants) (33)



2. Ressenti négatif sur l'accès aux soins

a. Distance géographique

La distance géographique est-elle à l'origine de ressenti négatif des patients ?

C'est en effet une cause de difficulté importante chez les patients vivant en zone rurale.(34)

La distance n'est pas un problème concernant les médecins généralistes. En effet 95% de la population française a accès à un médecin généraliste en moins de 15 minutes. (35) Ce n'est pas une difficulté relevée par les patients de l'étude. Cette satisfaction d'accès géographique au médecin traitant est retrouvé dans d'autres zones déficitaires.(36)

Les spécialistes libéraux et les disciplines hospitalières les plus courantes sont accessibles en moins de 20 minutes pour la majorité de la population française. (35)
Ce n'est pas le ressenti des patients interrogés qui décrivent la nécessité de se rendre à Rouen ou à Beauvais à plus de 20 minutes de route.

Une patiente de l'étude a signalé son inquiétude au moment de sa grossesse, on peut noter que son inquiétude est justifiée, le nord de la communauté de communes de Gournay-en-Bray (Doudeauville et Menerval) faisant partie des rares zones françaises situées à plus de 45 minutes d'une maternité. (35)

b. Éloignement des services d'urgences

L'éloignement des services d'urgences est-elle une réalité et engendre-t-elle une anxiété ?

L'état vise comme objectif d'offrir un accès à une structure d'urgence en moins de 30 minutes pour tous les français. (37) Cette règle des 30 minutes est respectée pour Gournay-en-Bray qui se situe à 25 minutes des urgences du centre hospitalier de Gisors. Néanmoins pour Doudeauville, commune la plus au nord de la communauté de communes, ce trajet s'allonge à 40 minutes. Toutefois on peut supposer que dans le cas d'une urgence vitale une équipe de SMUR pourra se rendre dans n'importe quelle commune de la zone en moins de 30 minutes.

Aucune étude ne fait de réel lien entre la distance des urgences et le ressenti des patients. Les attentes des patients concernant les services d'urgence sont un temps d'attente raisonnable, une prise en charge rapide de la symptomatologie… (38–40) , la distance géographique n'est jamais citée.
Cependant on peut noter que les patients ressentent une crainte pour leur santé engendrée par la difficulté d'accès aux soins. (34)

On peut remarquer dans notre étude que les patients évoquent le plus souvent les urgences de Rouen alors que les urgences de Gisors ou Beauvais sont plus proches. La proximité n'est que le troisième motif de choix d'un établissement hospitalier après la réputation et l'avis médical. (41)

c. Délais d'obtention de RDV

Les délais d'obtention d'un RDV sont-elles une source de difficulté chez les patients ?

C'est une cause d'embêtement importante chez les patients interrogés.
Cet obstacle est retrouvé comme étant la première cause de difficulté chez les patients. (34) Elle concerne en priorité les spécialistes puis les dentistes et les généralistes en troisième position. Les encombres pour obtenir un RDV chez un kinésithérapeute sont marginales contrairement à notre étude.

Un délai court de RDV est considéré comme important pour les patients. (42)

La satisfaction des patients augmente devant des cabinets sans RDV (43) ; les patients sont donc rassurés par la possibilité de pouvoir consulter sans délai.

d. Difficultés à avoir un médecin traitant

Les difficultés à avoir un médecin traitant sont-elles une cause d'insatisfaction du patient ?

C'est en effet la deuxième cause de pénibilité chez les patients, néanmoins c'est une lointaine deuxième place (30% contre 60% pour les délais) (34)
La surcharge de patientèle est en effet une cause de refus de prise en charge de la part du médecin. (44)

e. Facteurs aggravants

Existe-t-il des facteurs aggravants d'anxiété ou d'insatisfaction ?

La crainte pour la santé évoquée précédemment est augmentée si le patient est fragile.(34)
Les personnes en mauvaise santé sont moins satisfaites de l'accessibilité aux soins.(45)

Dans notre étude l'âge est un facteur aggravant de difficultés.
Néanmoins une étude montre que plus les individus sont âgés, moins ils ont tendance à déclarer rencontrer des difficultés. Le manque de disponibilité du médecin est un obstacle majeur, surtout pour les plus jeunes, ce qui suggère que la contrainte temporelle, qui diminue au moment de la retraite, pèse sur l'accessibilité. En revanche, les personnes âgées déclarent plus souvent des problèmes liés à la distance, ce qui peut s'expliquer par une moindre mobilité. (46)
Mais les différences de ressources objectives (le temps, la mobilité) peuvent également cacher un effet de génération.

f. Politique

Un désintérêt ou une colère envers la politique ?

La moitié des français présente un désintérêt envers la politique. Ils ressentent de la méfiance et du dégout envers leurs dirigeants. Une grande majorité pense que les politiques ne se préoccupent pas de leur avis. (47)
Néanmoins les français ont encore confiance en leur conseil municipal. (47)

g. Imposer l'installation des jeunes médecins

La volonté d'imposer l'installation des jeunes médecins est-elle partagée par la population et cette mesure a-t-elle fait ses preuves ?

72% des français pensent que les pouvoirs publics devraient intervenir pour réguler la répartition des médecins libéraux sur l'ensemble du territoire. (34)

Exemple du Québec :
Le principe de liberté d'installation a été abrogé. Le ministère de la Santé et des Services Sociaux élabore chaque année les Plans Régionaux d'Effectif Médicaux (PREM) depuis 2004.
« Les différentes régions du Québec ne bénéficiant pas toutes du même niveau d'accessibilité aux soins de santé, les PREM visent à assurer à la population une plus grande équité d'accès aux services médicaux. La notion d'équité comprend 2 principes :
- assurer à la population de chaque région une part équitable de service ;
- privilégier l'installation des médecins requis pour offrir ces services dans la région des bénéficiaires. » (définition du ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec) (48)
Les médecins ne peuvent s'installer que dans les postes disponibles, fixés chaque année par les PREM, et consultables sur internet.
En échange ils perçoivent une rémunération proportionnelle au degré d'isolement du territoire.
Aucune étude n'a été réalisée sur l'efficacité de cette mesure.

Néanmoins cette situation est difficilement applicable à la France, le Québec étant beaucoup plus étendu et avec une démographie moindre que la France.
Les PREM servent essentiellement à apporter une offre de soins à des populations très isolées.

h. Ressenti du médecin

Quel est le ressenti du médecin exerçant en zone rurale ?

Les médecins appréhendent tout comme les patients les difficultés liées à l'isolement : accès moins facile aux examens complémentaires, aux places d'hospitalisation, aux urgences… (6,28)

i. Désertification autre que médicale

Quel est le ressenti des patients concernant la désertification autre que médicale ?

Pour les citoyens, la France des campagnes est le territoire nécessitant le plus d'attention et de soutien de la part des pouvoirs publics. Par soutien ils entendent le maintien des services publics de proximité (écoles, postes, médecins) dans ces territoires. (49)
92% des Français souhaitent organiser un dispositif de maintien des services publics en zone rurale. (50)

Dans l'Allier, les habitants sont inquiets de la situation de leurs écoles, ils ont le sentiment que les zones rurales sont abandonnées. Dans de nombreux villages l'école est le dernier service public. (51)

A Guingamp, Clermont, Thann et Creil les habitants sont eux inquiets quant au projet de fermeture de leur maternité. (52,53)

Les citoyens s'inquiètent également des projets de fermeture des petites lignes de voie ferrées. (54)

On peut donc observer que le ressenti des citoyens est similaire quel que soit le service concerné par la désertification. Cela engendre une inquiétude et des difficultés.

3. Ressenti positif sur l'accès aux soins

a. IDE

Les IDE en zone rurale sont-elles une source de satisfaction des patients ?

Les difficultés pour obtenir un RDV avec un IDE sont marginales. (34)
85% des français sont satisfaits des IDE libéraux. (55)

b. Consultation de renfort

La consultation de renfort est-elle une source de satisfaction des patients ?

Cet élément n'a pas pu être comparé à la littérature.
En effet il s'agit d'une structure unique en France et la seule étude sur le sujet (18) ne s'intéresse pas au ressenti des patients.

4. Conséquences

a. Modifications organisationnelles

La désertification médicale est-elle une cause de modifications organisationnelles des patients à type d'anticipation, d'utilisation des connaissances, de déménagement ou encore d'impact sur l'emploi ?

Aucune étude n'a été retrouvée dans la littérature sur ces conséquences.
On peut s'étonner de ne pas trouver plus de données sur le déménagement lié à la démographie médicale. Les patients l'évoquent-ils sans jamais passer à l'acte ?

b. Éloignement du lieu de consultation

La désertification médicale est-elle une cause d'éloignement du lieu de consultation ?

Face à l'impossibilité d'avoir un RDV dans des délais raisonnables 27% des patients consultent un professionnel de santé plus éloigné géographiquement. (34)

c. Consultation d'autres professionnels de santé

La désertification médicale est-elle une source de consultation d'autres professionnels de santé ?

Dans notre étude une patiente consulte un ostéopathe n'ayant pas pu obtenir un RDV chez un kinésithérapeute.
En effet face à l'impossibilité d'avoir un RDV dans des délais raisonnables 28% des patients se tournent vers d'autres professionnels de santé.(34)

d. Le maintien à domicile des personnes âgés

Le maintien à domicile des personnes âgés est-il plus compliqué en zone sous-dotée en médecins ?

Une étude nationale de la DRESS suggère que l'accès géographique aux soins est comparable entre les personnes âgées et les autres adultes.(56)
A priori les personnes âgées en zone rurale n'auraient pas plus de difficultés d'accès aux soins que les personnes plus jeunes vivant dans la même zone. Cela est lié au fait que les PA consultent le professionnel de santé le plus proche de chez elles et ont recours à des visites à domiciles notamment pour la kinésithérapie.
Néanmoins l'accès aux soins des PA en zone rurale est moins bon que celui des PA en zone urbaine donc on peut supposer que tout comme l'accès aux soins le maintien à domicile en zone rurale est plus compliqué qu'en zone urbaine.

e. Autre conséquence non retrouvée dans l'étude

Un français sur cinq a déjà consulté un professionnel de santé ayant recours à des dépassements d'honoraires devant l'impossibilité d'obtenir un RDV dans des délais raisonnables. (34) Cette conséquence n'a été évoquée par aucun patient interrogé.
L'hypothèse la plus probable pour expliquer cette différence est que les patients de l'étude ont eu recours à des professionnels pratiquants des dépassements d'honoraires mais ne l'ont pas dit. A aucun moment dans le guide d'entretien la question de l'argent n'était évoquée induisant probablement un biais de non-réponse.

f. Automédication

La désertification médicale est-elle une cause d'automédication ?

Face à l'impossibilité d'avoir un RDV dans des délais raisonnables 10% des patients ont recours à l'automédication.(34)
La deuxième justification des patients pratiquant l'automédication est un délai de RDV trop long chez le médecin juste derrière le problème jugé trop bénin pour aller chez le médecin. (57)
Cette justification est retrouvée dans une autre étude réalisée sur des étudiants. (58)

Deux études montrent un lien entre automédication et distance entre le lieu d'habitation et le cabinet médical. (59,60)

g. Renoncement aux soins

La désertification médicale est-elle une cause de renoncement aux soins ?

Le renoncement aux soins prend deux formes principales : le renoncement-barrière et le renoncement-refus. Dans le premier cas, l'individu fait face à un environnement de contraintes, qui ne lui permet pas d'accéder au soin désiré. Le second cas est l'expression d'un refus qui porte soit sur des soins spécifiques – il s'agit alors d'un acte d'autonomie à l'égard de la médecine dite conventionnelle – soit, plus radicalement, sur le fait même de se soigner : il revêt alors un caractère définitif et traduit la perception d'une inutilité des soins. (61)

Dans notre étude les cas de renoncement aux soins se classent exclusivement dans le renoncement barrière.

Les difficultés d'accès aux soins contribuent aux renoncements aux soins. (61)

Dans une étude, face à l'impossibilité d'avoir un RDV dans des délais raisonnables 15% des patients ont renoncé à un soin.(34)

La distance géographique est un facteur de renoncement aux soins. (62,63)

La démographie médicale est donc bien une cause de renoncement-barrière aux soins, néanmoins les problèmes financiers restent la première cause et la plus largement étudiée. (64)

h. Retard de PEC

La désertification médicale est-elle une cause de retard de PEC ?

La DREES s'est penchée sur la perte de chance qu'induisent les délais avant un RDV. Leur conclusion est que cette notion est complexe à définir et souvent liée à l'urgence. En effet l'impact des délais d'accès aux soins n'est jugé préoccupant que lorsque la rapidité d'accueil des demandes urgentes est menacée. En dehors des cas d'urgence, l'impact de délais longs est diversement apprécié. (65)

i. Suivi médical compliqué

La désertification médicale est-elle une cause de suivi médical compliqué ?

Dans notre étude plusieurs patients décrivaient un sentiment de difficulté par rapport au fait de ne pas avoir de suivi régulier avec leur médecin traitant et de voir plus les urgentistes.
Aucun élément semblable n'a été retrouvé dans la littérature.

j. Saturation des urgences

La désertification médicale est-elle une cause de saturation des urgences ?

Face à l'impossibilité d'avoir un RDV dans des délais raisonnables 20% des patients consultent aux urgences.(34)

Une étude de l'IRDES démontre clairement un lien entre démographie médicale et recours aux urgences : dans les communes où la part de consultations en permanence des soins est plus élevée, les taux de recours aux urgences sont plus faibles. Ensuite, l'accessibilité des médecins généralistes, des masseurs-kinésithérapeutes, des infirmiers et des ophtalmologistes est associée négativement aux recours aux urgences. (66)

5. Projet de maison de santé pluridisciplinaire

Les patients de l'étude ont un grand ressentiment envers le fait que le projet de maison médicale n'ait pas abouti, ils ont une réelle volonté de voir naître une structure pluridisciplinaire dans leur communauté de communes.
Leur vœu a été réalisé, début 2018 le maire a annoncé la création prochaine d'une maison de santé pluridisciplinaire avec une mise en service prévue pour 2020. (67)

On peut alors se poser 2 questions :

a. La maison de santé pluridisciplinaire est-elle une solution pour pallier aux inégalités territoriales de santé ?

Les médecins exerçant en MSP citent l'enjeu de santé public comme étant une motivation pour s'y installer mais aussi la convivialité, la pluridisciplinarité et le temps de travail. (68)
Cela montre bien que les MSP créent des conditions de travail attractives pour les médecins.

Les MSP font partie des solutions citées par l'ARS pour réduire les inégalités territoriales de santé. (69)

Lorsque l'on compare la carte du zonage des médecins en Normandie (annexe 2) avec celle de l'état des lieux de l'offre de soins de premier recours (annexe 5) on constate que la plupart des MSP se situent dans des zones d'action complémentaire ou des zones sans action de l'ARS.
Sur les 21 MSP existantes en Normandie Orientale, seules 4 se situent en zone d'intervention prioritaire.
Les MSP semblent donc avoir un effet clairement positif sur la démographie médicale.
Comme exemple de réussite les territoires de Romilly sur Andelle et de Neufchâtel-en-Bray sont des zones où l'ARS n'intervient plus grâce à la création de volumineuses MSP.

On peut donc espérer une réelle amélioration de la démographie médicale de Gournay avec la création de cette MSP.

b. Améliore-t-elle le ressenti par rapport à l'accès aux soins ?

Très peu d'études ont été réalisées sur le sujet.
Une seule thèse s'intéresse au ressenti des patients face à la structuration en groupements d'exercice coordonné. L'étude ne permettait pas de conclure à une amélioration ressentie de l'accès aux soins. (70)

Il serait intéressant de réaliser une nouvelle étude sur le ressenti des patients sur la démographie médicale de Gournay-en-Bray quelque temps après l'ouverture de la MSP. Cela permettrait de constater s'il existe une amélioration et si les difficultés et conséquences liées à la faible démographie médicale ont diminué.

D. Discussion de la méthode

1. Forces de l'étude

Les inégalités territoriales de santé sont une question d'actualité importante.
Le problème de la démographie médicale a suscité beaucoup d'études auprès des professionnels de santé et très peu auprès des patients qui sont pourtant les premiers concernés. Ainsi l'étude s'inscrit dans une démarche innovante de recherche en médecine générale où le patient est au cœur du sujet étudié.

Il était important de laisser les patients s'exprimer sans cadre trop rigide afin de recueillir leur ressenti, la méthode qualitative a donc paru la plus adaptée.

L'échantillon de personnes interrogées a été constitué avec le souci de recueillir l'expression de patients répondant à des situations individuelles les plus diversifiées possibles.
Cet échantillonnage raisonné a favorisé la variabilité des réponses.

L'entretien semi-dirigé est apparu le plus adapté en permettant d'établir un climat de confiance et de favoriser l'expression spontanée de ressentis ou de vécus parfois douloureux.

2. Faiblesses de l'étude

Le manque d'expérience de l'interviewer en terme d'entretiens semi-dirigés a parfois rendu difficile le fait d'amener les patients à développer leur réponse, surtout concernant leur ressenti.

L'échantillon constitué est par nature limité et ne peut en aucune manière avoir une représentativité statistique.

L'étude a porté sur un territoire géographiquement limité : la communauté de communes de Gournay-en-Bray, il est donc difficile d'extrapoler les résultats à un autre territoire.

Un biais d'interprétation était présent puisque le recueil et l'analyse des données étaient réalisés par la même personne.

Conclusion

Notre étude qualitative sur le ressenti des habitants de la communauté de communes de Gournay-en-Bray a mis en évidence une grande préoccupation des patients pour la démographie médicale de leur zone. Le ressenti était majoritairement négatif avec comme difficultés principales : des services de soins éloignés géographiquement, des délais de RDV extrêmement longs ainsi que pour certains une impossibilité à trouver un médecin traitant.
Ce manque de soignants a des conséquences sur la vie privée des patients mais aussi sur leur santé ainsi que sur le système de soins avec un engorgement des urgences.

Les patients ont conscience que les causes de cet état de « désert médical » sont nombreuses et multifactorielles, leur ressenti face à l'avenir est donc mitigé. Néanmoins beaucoup ont la volonté qu'une maison de santé pluridisciplinaire soit créée sur leur territoire.
En effet une MSP permettrait d'attirer des médecins et autres professionnels de santé en rendant les conditions d'exercice plus attractives. On pourrait alors espérer une diminution voire disparition des difficultés des patients et de leurs conséquences.
Des médecins généralistes et paramédicaux plus nombreux réduiraient la difficulté à trouver un médecin traitant ainsi que les délais. Des spécialistes présents dans la MSP permettraient de diminuer fortement la distance géographique.
Théoriquement une MSP résoudrait une très grande majorité des difficultés liées à l'accès aux soins et de leurs conséquences.

Un projet de MSP a été annoncé début 2018 avec une ouverture prévue en 2020.
Il serait donc intéressant de refaire une étude sur le ressenti des patients sur l'accès aux soins et ses conséquences quelques temps après l'ouverture de la MSP afin de constater si l'évolution positive attendue est réelle.

Glossaire

APL	Accessibilité potentielle localisée
ARS	Agence régionale de santé
CHU	Centre hospitalo-universitaire
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
GEB	Gournay-en-Bray
IDE	Infirmier(e) diplômé(e) d'état
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
MT	Médecin traitant
MSP	Maison de santé pluridisciplinaire
ORL	Oto-rhino-laryngologue
PA	Personne âgée
PEC	Prise en charge
PREM	Plan régional d'effectif médical
RDV	Rendez-vous
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
WE	Week-end

Liste des tableaux et figures

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon

Figure 1 : Ressenti sur l'accès aux soins

Figure 2 : Conséquences d'une faible démographie médicale

Figure 3 : Ressenti des patients sur la démographie médicale de Gournay-en-Bray

Figure 4 : Le concept d'accès aux soins selon Penchansky et Thomas (1981)

Figure 5 : Accès aux soins et démographie médicale

Figure 6 : Densité des généralistes en 2014

Bibliographie :

1. La démographie médicale en France, le risque des déserts médicaux. L'exemple de la Montagne ardéchoise — Géoconfluences [Internet]. Disponible sur: http://geoconfluences.ens-lyon.fr/doc/transv/sante/SanteDoc4.html
2. Véran O. Des bacs à sable aux déserts médicaux : construction sociale d'un problème public. Trib Santé. 12 juill 2013;(39):77-85.
3. La demographie medicale a l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et regionales. J Pédiatrie Puériculture. juill 2009;22(4-5):245-53.
4. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [Internet]. Disponible sur: https://demographie.medecin.fr/#l=fr
5. ministère des solidarités et de la santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022. 2018.
6. Arnaud C, Thiron P. Médecine générale en milieu rural: freins à l'installation: étude qualitative nationale auprès d'internes et de médecins installés. :168.
7. Monin A, Millet I. Les facteurs de satisfaction des médecins généralistes ruraux en France: étude qualitative. :263.
8. Maisonneuve M. Difficultés socio-professionelles rencontrées par les médecins généralites exerçant en milieu rural dans l'Oise en 2016: étude de la qualité de vie. 2016.
9. dormont samson. Carrières des médecins généralistes : les inégalités entre générations. :55.
10. Munck S, Massin S, Hofliger P, Darmon D. Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale, Factors associated with investment in an office medicine project by general practice residents. Santé Publique. 24 mars 2015;27(1):49-58.
11. BVA opinion. Baromètre « Les français et leurs préoccupations de la vie quotidienne ». 2016.
12. Hipolite A. Baromètre des préoccupations des Français. :8.
13. Viavoice. Coûts des traitements innovants contre le cancer: perspectives d'un système en danger. 2017.
14. Penchansky R, Thomas JW. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. Med Care. 1981;19(2):127-40.
15. Annuaires des professionnels et établissements [Internet]. Disponible sur: http://www.normandie.ars.sante.fr/annuaires-des-professionnels-et-etablissements-0
16. Follin J, Mureau C, Sueur C. Offre de soins de proximité en Haute-Normandie: Etude prospective des besoins en professionnels de santé. Insee Doss Haute-Normandie. déc 2015;(10).
17. Follin J, Mureau C, Sueur C. Offre de soins de proximité en Haute Normandie: de nombreux professionnels à remplacer à l'horizon 2022. Insee Anal. déc 2015;(14).
18. Desmettre A. Evolution des soins primaires en Haute-Normandie: l'exemple de laconsultation de renfort de Gournay-en-Bray. 2014.
19. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. deboeck supérieur; 2014. 149 p.
20. Vergier N, Chaput H. Deserts médicaux: comment les définir? comment les mesurer? mai 2017;(17):63.
21. OMS | Couverture sanitaire universelle et accès universel [Internet]. WHO. Disponible sur: http://www.who.int/bulletin/volumes/91/8/13-125450/fr/
22. Raynaud J. L'accès aux soins : des perceptions du territoire aux initiatives des acteurs : concepts, mesures et enquêtes pour une analyse géographique de l'organisation et du développement d'une offre de soins durable [Internet] [phdthesis]. Université Paul Valéry - Montpellier III; 2013. Disponible sur: https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00967067/document

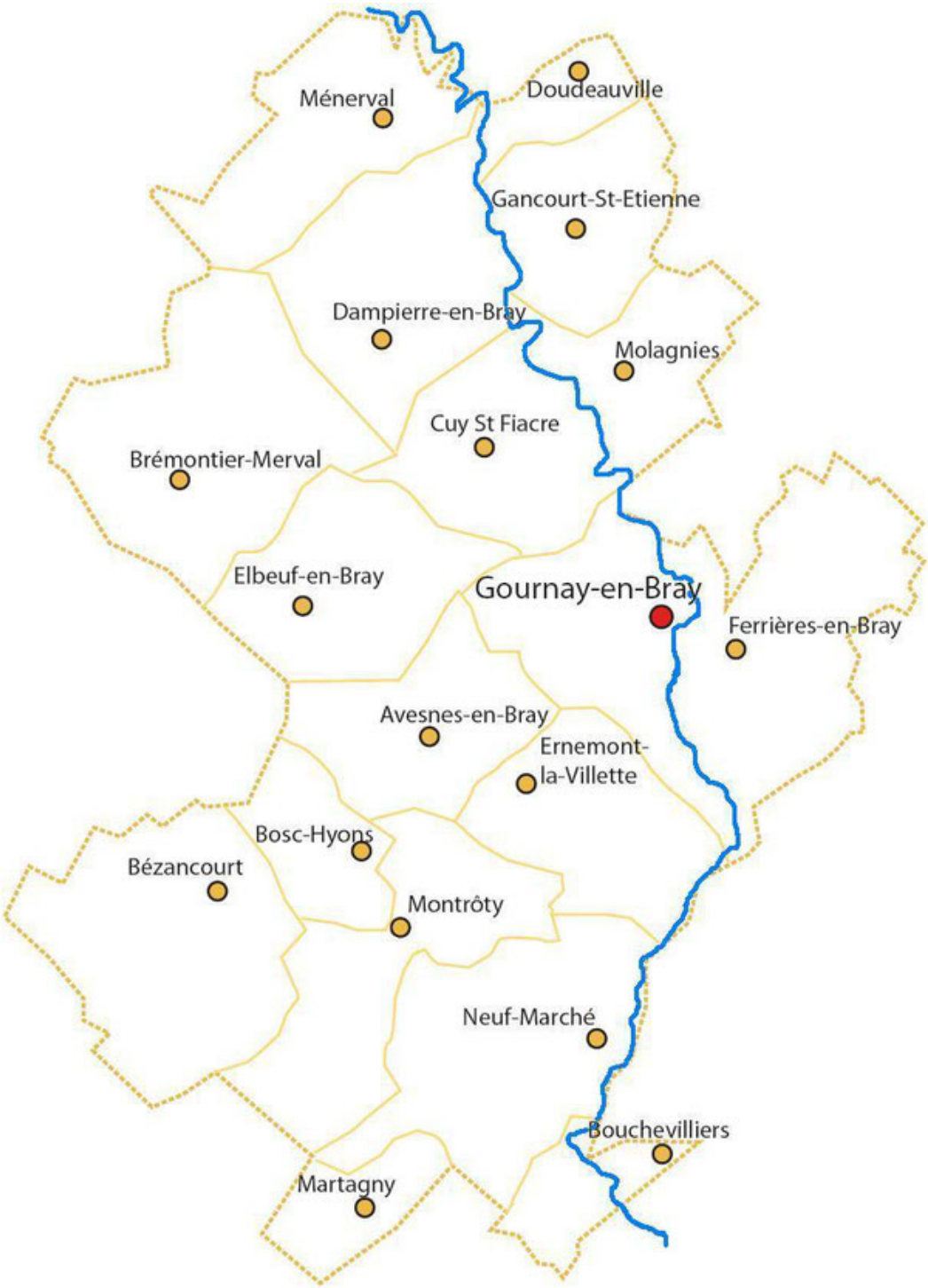
23. L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/l-indicateur-d-accessibilite-potentielle-localise-apl/article/l-indicateur-d-accessibilite-potentielle-localisee-apl
24. Vercambre M. Evolution des soins primaires et nouvelle génération de médecins généralistes: le ressenti de 11 patients du Nord. 2015.
25. Bernard-Catinat D. EVOLUTION DU METIER DE MEDECIN. :22.
26. Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. Etudes Résultats DREES. avr 2006;(481).
27. Le Feuvre N, Lapeyre N. L'analyse de l'articulation des temps de vie au sein de la profession médicale en France : révélateur ou miroir grossissant des spécificités sexuées ? Enfances Fam Génér. 2013;(18):72.
28. Paviot H, Hennebelle P. ÉTUDE DES DÉTERMINANTS DE L'INSTALLATION LIBÉRALE ET AMBULATOIRE DES JEUNES SPÉCIALISTES DE SECOND RECOURS NOTAMMENT DANS UNE ZONE RURALE À FAIBLE DENSITÉ MÉDICALE. :45.
29. DREES. Les conditions de travail des médecins généralistes. Portrait Prof Santé. 2016;
30. Notebaert J-F, Pogam MAL. Les "flamboyants" et les "individus par défaut" pris au piège de la surconsommation médicale à l'époque de l'hypermodernité : vers l'accélération d'une médecine à deux vitesses ?, Abstract. Manag Avenir. 2006;(9):45-64.
31. Laude A. La judiciarisation en France, sur la trace des États-Unis ?, Abstract. Trib Santé. 1 avr 2010;(26):49-59.
32. Louyot T. Quels sont les déterminants à l'installation des jeunes médecins généralistes en Lorraine? 2016.
33. démographie des médecins libéraux et remboursement de l'assurance maladie. Comptes Sécurité Soc. sept 2015;(119).
34. Gallay AL, Genty T. Les français et les déserts médicaux. 2015.
35. Coldefy M, Com-Ruelle L, Lucas-Gabrielli V. Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine. 2011;8.
36. Souchu S. Ressenti de l'accès ax soins médicaux par les populations vivant dans les zones déficitaires en lédecins de Saint Flovier et de Preuilly sur Claise. 2012.
37. assises de l'urgence. Comment garantir l'accès à des soins médicaux de qualité en urgence? 2012.
38. Brodsky D, Gallet M. Satisfaction de la clientèle du service d'accueil et d'urgences d'un hôpital général. Réanimation Urgences. 1 janv 1994;3(4):413-6.
39. Attard, Vitasse, Nouvellet, Kurtzemann, Pisapia, Galiez, et al. Enquête de satisfaction des usagers d'un SAU adulte. Intérêts et limites d'une étude prospective.
40. Revilla A, Raffort N, Plaisance P, Taboulet P. La satisfaction des patients aux urgences est-elle comparable à celle des soignants ? /data/revues/09939857/0020001S/127_2/ [Internet]. 8 mars 2008; Disponible sur: https://masson.fr/article/110782
41. Lacoste, Spinosi. Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins. 2002.
42. Kreuwen A, Bonnet P-A. La satisfacion de la consultation en médecine générale: typologie des patients et déterminants. Exercer. 2013;24(109):196-202.
43. Lacombe C-L. Enquête de satisfaction des patients vis-à-vis de leur médecin traitant et de la prise en charge coordonnée avec les autres professionnels de santé à l'île de La Réunion en 2014. 2015;68.
44. Ids. Le refus de soins opposé au malade.

45. Castel L, Dennevault C. Qualité et accès aux soins: que pensent les Français de leur médecins? Etude Résultats DREES. oct 2017;(1035).
46. Nguyen-Khac A. Mesures de l'accès aux soins : l'apport d'enquêtes sur les pratiques et perceptions des patients. Rev Fr Aff Soc. 19 avr 2017;(1):187-95.
47. SciencesPo. En quoi les français ont-ils confiance aujourd'hui? Le baromètre de la confiance politque. 2018.
48. À propos - Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) - Professionnels de la santé - MSSS [Internet]. Disponible sur: http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/medecine-au-quebec/prem/
49. Pratviel E. Le regard des Français sur les territoires. 2018;12.
50. Rey E. Les Français et le service public local. :21.
51. Morghadi A. Le tableau noir de l'école rurale | Public Senat. Public Sénat [Internet].; Disponible sur: https://www.publicsenat.fr/article/societe/le-tableau-noir-de-l-ecole-rurale-84791
52. Ouest-France. Fermeture de la maternité : 2 000 manifestants mobilisés à Guingamp [Internet]. Ouest-France.fr. 2018. Disponible sur: https://www.ouest-france.fr/bretagne/guingamp-22200/fermeture-de-la-maternite-une-manifestation-en-cours-guingamp-video-5784009
53. Maternités dans l'Oise : deux fermetures et beaucoup de questions [Internet]. Le Courrier Picard.Disponible sur: http://www.courrier-picard.fr/94175/article/2018-03-01/maternites-dans-loise-deux-fermetures-et-beaucoup-de-questions
54. Le gouvernement veut-il supprimer des gares dans un plan d'économie concernant la SNCF? Libération.fr [Internet]. 9 mars 2018 ; Disponible sur: http://www.liberation.fr/checknews/2018/03/09/le-gouvernement-veut-il-supprimer-des-gares-dans-un-plan-d-economie-concernant-la-sncf_1653248
55. DREES. Les français sont satisfaits du système de soins, mais restent inquiets de la montée de la pauvreté et de l'exclusion. 2016.
56. Collin C, Evain F. Un accès géographique aux soins comparable entre les personnes âgées et les autres adultes. :4.
57. Costiou V. Déterminants de l'automédication: étude sur des patients d'officines pharmaceutiques et de cabinets médicaux en Haute-Normandie. :66.
58. Samson H. Les déterminants de l'automédication che les étudiants de l'université de loire-Atlantique-Vendée face à une infection respiratoire hivernale. 2015.
59. Ghoorah H, Desplans S. Etude des pratiques d'automédication de patientèles de médecins généralistes en Loire-Atlantique et en Vendée. 2016.
60. Fleuret S. Automédication et territoire: la pertinence de la lecture géographique. 2015.
61. Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. 2011;8.
62. Chaupain-Guillot S, Guillot O, Jankeliowitch-Laval É. Le renoncement aux soins médicaux et dentaires : une analyse à partir des données de l'enquête SRCV. Econ Stat. 2014;469(1):169-97.
63. Aceldy A. Conditions géographiques d'accès aux soins primaires chez les personnes âgées en zone sous dotée: une étude quantitative auprès des patients de plus de 60 ans du canton de Rohan [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2018.
64. Le renoncement aux soins pour raisons financières - Analyse socio-anthropologique. :187.
65. Cash E, Cash R, Dupilet C, Pinilo M, Richard T. Enquête qualitative préalable à la mise en place d'un dispositif statistique sur la mesure des délais d'attente dans l'accès aux soins. :144.
66. Or Z, Penneau A. Analyse des déterminants territoriaux du recours aux urgences non suivi d'une hospitalisation. 2017;24.

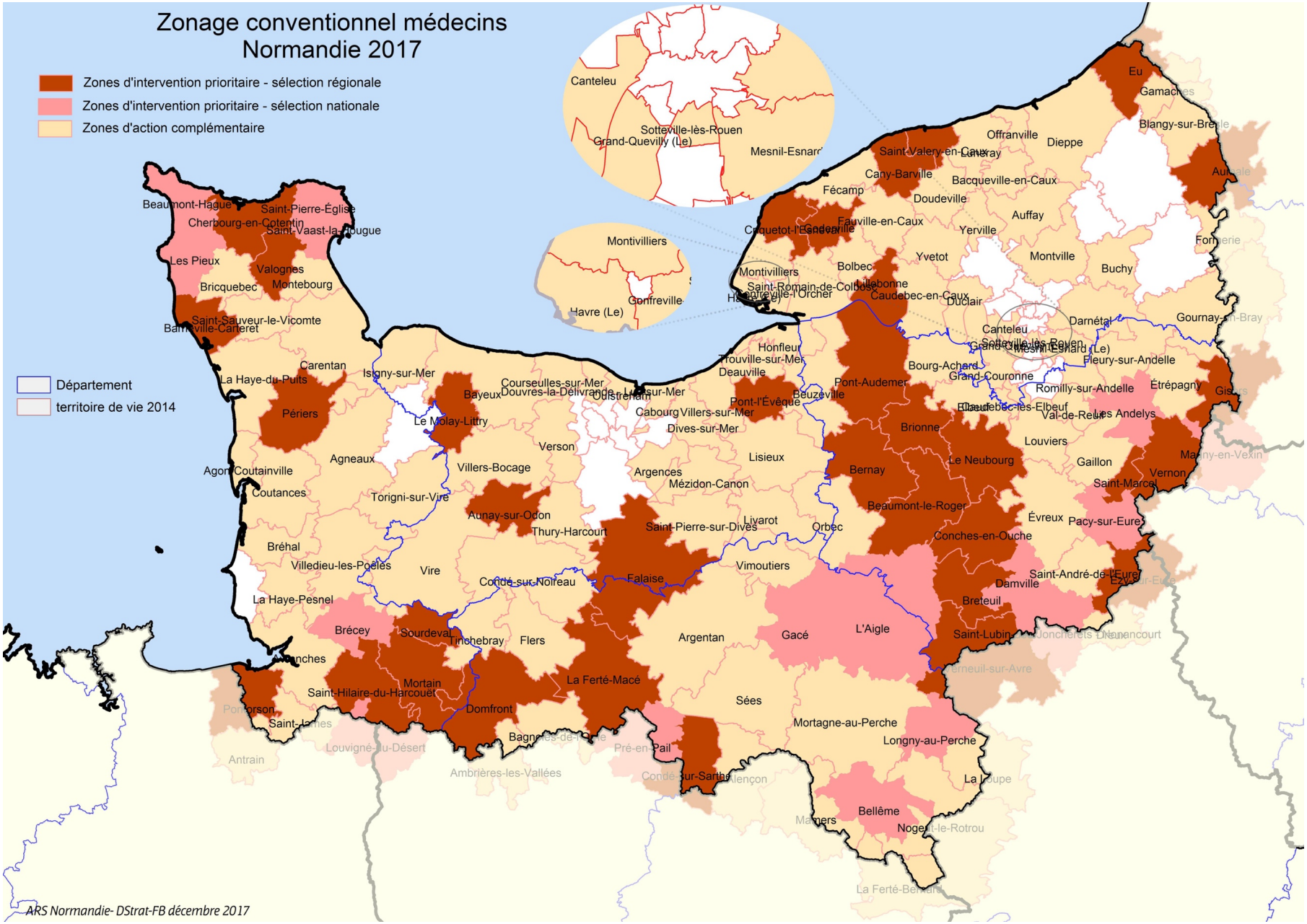
67. Le projet de maison médicale à Gournay-en-Bray prend forme [Internet].. Disponible sur: https://www.paris-normandie.fr/region/le-projet-de-maison-medicale-a-gournay-en-bray-prend-forme-MG13047182
68. Kasmi I. Impact des maisons de santé pluridisciplinaires dans la vie et la pratique des médecins généralistes en Normandie Orientale. 2018.
69. Estevez R. Comment améliorer l'accès aux soins dans un désert médical? 2017.
70. Vuillermet A. La structuration en groupement d'exercice coordonné améliore-t-elle le ressenti face à l'accès aux soins? Focus sur le pôle de santé de Vern-sur-Sèche. 2016.

Annexes

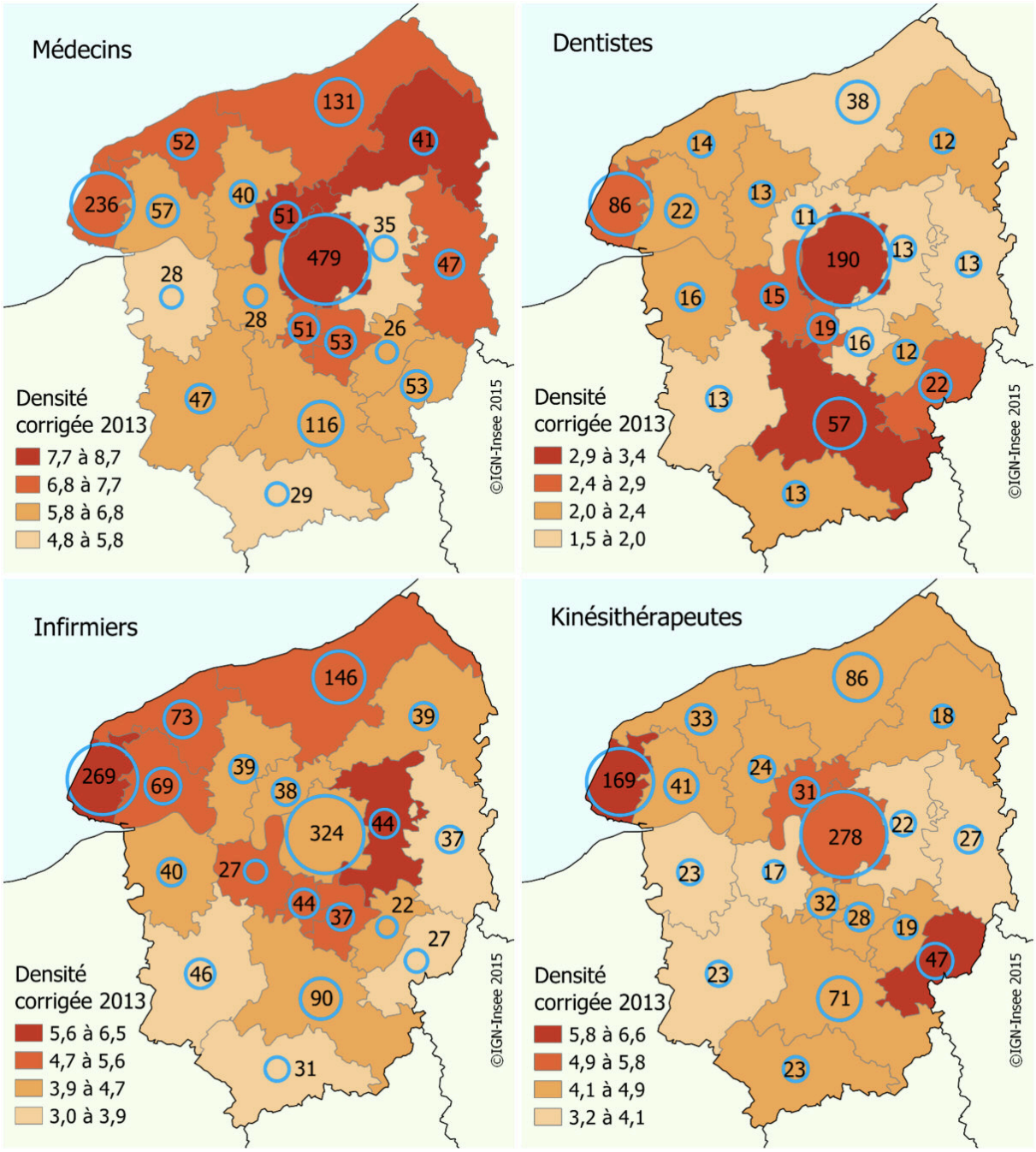
Annexe 1 : La communauté de communes de Gournay-en-Bray



Annexe 2 : Zonage conventionnel médecins Normandie 2017



Annexe 3 : Nombre de professionnels de santé en Haute Normandie et densité corrigée correspondante (2013) (source INSEE)



Annexe 4 : Guide d'entretien

1) Pour commencer racontez moi une situation dans laquelle le fait de vivre dans un désert médical vous a posé problème ?

2) Pour vous, qu'est-ce qu'un désert médical ?

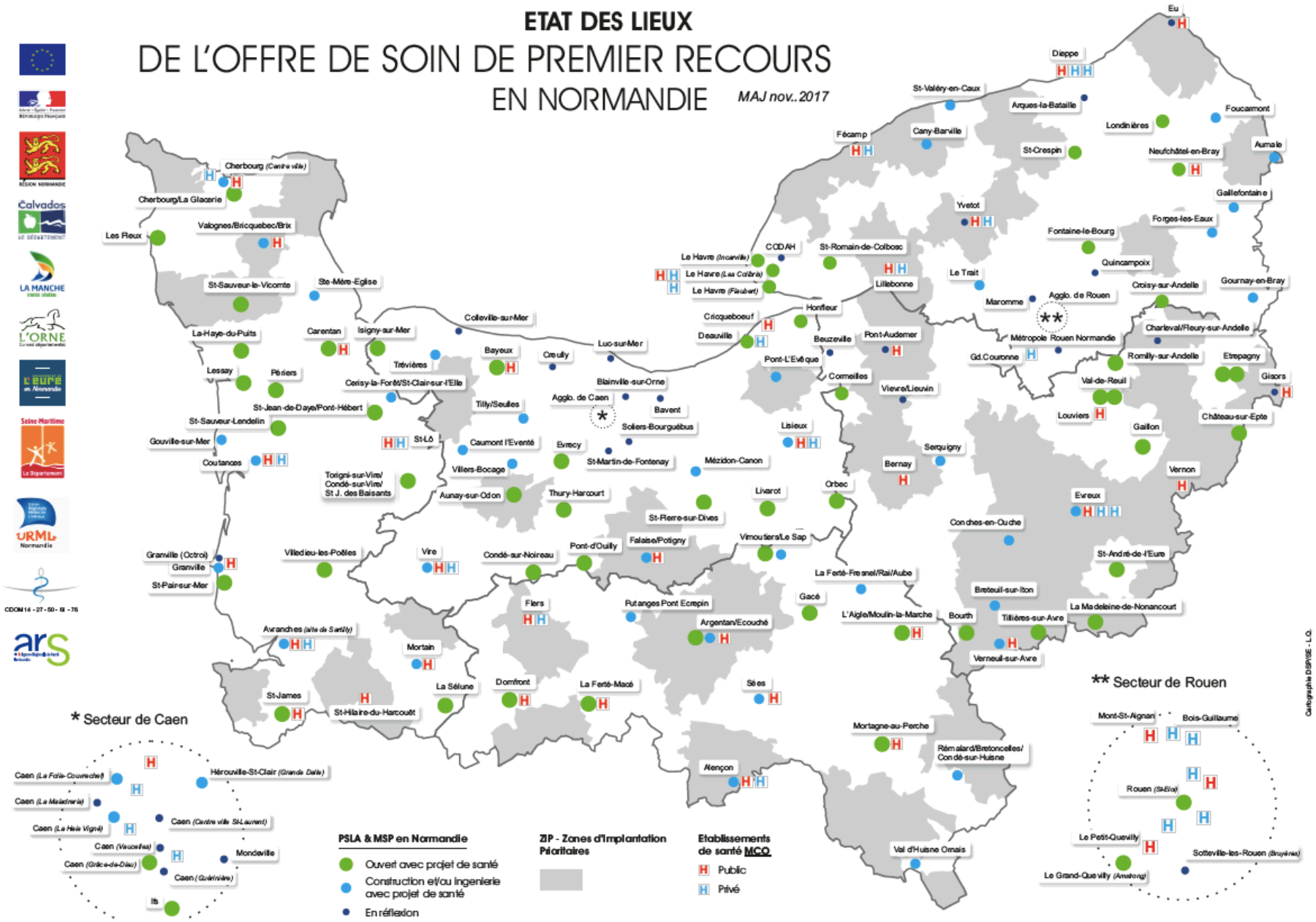
3) Que pensez-vous de l'accès aux soins dans la région de Gournay en Bray ?
    a. Médecin traitant
    b. Médecins spécialistes
    c. Dentistes
    d. Kinésithérapeutes
    e. Infirmières libérales
    f. Services d'urgence

4) Qu'est-ce que ça engendre dans votre vie quotidienne ?
    a. Comment vous organisez-vous ?
    b. Cela crée-t-il des tracas quotidiens ?
    c. Avez-vous déjà songé à déménager pour cette raison ?

5) Selon vous quelles sont les raisons de désertification médicale de Gournay ?
    a. Est-ce-que l'attractivité de la zone entre en compte ?
    b. Quel est le rôle des politiques ?

6) Pensez-vous que la situation va s'améliorer dans les prochaines années ?

Annexe 5 : Etat des lieux de l'offre de soin de premier recours en Normandie



Serment D'Hippocrate

Au moment d'être admis(e) 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.
Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Résumé

Ressenti des habitants de la communauté de communes de Gournay-en-Bray sur la démographie médicale de cette zone

Contexte : La démographie médicale française est un enjeu majeur pour les pouvoirs publics, les professionnels de santé mais aussi pour les citoyens. Ces derniers sont très préoccupés par les questions de santé. La communauté de communes de Gournay-en-Bray est particulièrement exposée à cette problématique.

Objectifs : Ainsi l'objectif principal de cette étude est de recueillir le ressenti des patients vivant en zone déficitaire en offre de soins (communauté de communes de Gournay-en-Bray) sur l'accès aux soins de cette zone et d'examiner ses conséquences. L'objectif secondaire est de récolter le ressenti sur les causes perçues de désertification médicale et sur l'avenir.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative, basée sur des entretiens semi-dirigés jusque saturation des données, enregistrés avec l'accord des patients. 14 entretiens ont été réalisés. La méthode d'analyse est celle de la théorisation ancrée, les données ont été traitées avec le logiciel N'Vivo.

Résultats : Le ressenti principal est négatif avec un sentiment d'isolement lié à l'éloignement des spécialistes, une anxiété provoquée par la distance des urgences, mais aussi un sentiment de pénibilité avec de grosses difficultés pour obtenir un RDV rapide auprès de n'importe quel professionnel de santé ainsi que pour trouver un médecin traitant. Deux éléments positifs ressortent : les IDE et la consultation de renfort. Les conséquences sont triples : sur la vie quotidienne, sur la santé (renoncement aux soins, automédication) et sur le système de soins (saturation des urgences). Les patients ont conscience que les causes de désertification médicale sont multifactorielles.

Conclusion : Une solution pour atténuer les difficultés des patients serait la création d'une maison pluridisciplinaire de santé. Une telle structure verra le jour en 2020 à Gournay-en-Bray. Il serait alors intéressant de réaliser une nouvelle étude pour observer une potentielle amélioration du ressenti des patients.

Mots Clefs

Démographie médicale – inégalités territoriales de santé – désert médical – ressenti – accès aux soins – accessibilité des services de santé – soins de santé primaires

Medical demography – territorial inequalities of health – area medically undeserved – feeling – access to health care – accessibility of health services – primary health care