



HAL
open science

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

Adrien Aceldy

► To cite this version:

Adrien Aceldy. 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. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02139478

HAL Id: dumas-02139478

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02139478v1>

Submitted on 24 May 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.



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1

sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Adrien Aceldy

Né le 17 février 1988 à Rennes

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 soutenue à Rennes
le 13 février 2018**

devant le jury composé de :

Dominique SOMME

Professeur, CHU de Rennes / Président de jury

Olivier DECAUX

Professeur, CHU de Rennes / Juge

Éric MENER

Professeur associé, DMG Rennes / Juge

Nicolas THUAL

Médecin généraliste, Bréhan / Directeur de thèse

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Nom Prénom	Sous-section CNU
ANNE-GALIBERT Marie-Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Histologie; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Eric	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BENDAVID Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Urologie
BEUCHEE Alain	Pédiatrie
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
BOUDJEMA Karim	Chirurgie générale
BOUGET Jacques Professeur des Universités en surnombre	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BOUGUEN Guillaume	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BOURGUET Patrick Professeur des Universités Emérite	Biophysique et médecine nucléaire
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François Professeur des Universités Emérite	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRISSOT Pierre Professeur des Universités Emérite	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie

CARRE François	Physiologie
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CATTOIR Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
CHALES Gérard Professeur des Universités Emérite	Rhumatologie
CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA Marc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT Pierre	Anatomie
DAUBERT Jean-Claude Professeur des Universités Emérite	Cardiologie
DAVID Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN Jacques	Pédopsychiatrie; addictologie
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie; radiothérapie
DECAUX Olivier	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
DESRUES Benoît	Pneumologie; addictologie
DEUGNIER Yves Professeur des Universités en surnombre + Consultanat	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
DONAL Erwan	Cardiologie
DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes; addictologie
DUPUY Alain	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY Claude	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
EDAN Gilles	Neurologie
FERRE Jean Christophe	Radiologie et imagerie Médecine
FEST Thierry	Hématologie; transfusion

FLECHER Erwan	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FREMOND Benjamin	Chirurgie infantile
GANDEMER Virginie	Pédiatrie
GANDON Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et mycologie
GARIN Etienne	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT Jean-Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY Benoit	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie
GUIGUEN Claude Professeur des Universités Emérite	Parasitologie et mycologie
GUILLÉ François	Urologie
GUYADER Dominique	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
HAEGELEN Claire	Anatomie
HOUOT Roch	Hématologie; transfusion
HUSSON Jean-Louis Professeur des Universités Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HUTEN Denis Professeur des Universités Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
JEGO Patrick	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
JEGOUX Franck	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie; addictologie
KAYAL Samer	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière

KERBRAT Pierre, RETRAITE	Cancérologie; radiothérapie
LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	Hématologie; transfusion
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
LAVOUE Vincent	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LE BRETON Hervé	Cardiologie
LE GUEUT Mariannick Professeur des Universités en surnombre + consultant	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO Yves	Réanimation; médecine d'urgence
LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LEDERLIN Mathieu	Radiologie et imagerie Médecine
LEGUERRIER Alain Professeur des Universités Emérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE Jean	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LIEVRE Astrid	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MABO Philippe	Cardiologie
MAHE Guillaume	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT Yannick Professeur des Universités Emérite	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
MENER Eric (Professeur associé)	Médecine générale
MEUNIER Bernard	Chirurgie digestive
MICHELET Christian Professeur des Universités en surnombre	Maladies infectieuses; maladies tropicales
MOIRAND Romain	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie

MORANDI Xavier	Anatomie
MOREL Vincent	Epistémologie clinique
MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX Frédéric	Ophthalmologie
MYHIE Didier (Professeur associé)	Médecine générale
ODENT Sylvie	Génétique
OGER Emmanuel	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
PARIS Christophe	Médecine et santé au travail
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pédiatrie
RAVEL Célia	Histologie; embryologie et cytogénétique
REVEST Matthieu	Maladies infectieuses; maladies tropicales
RICHARD de LATOUR Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX Florence	Parasitologie et mycologie
ROPARS Mickaël	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES Hervé	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU Paul	Physiologie
SEGUIN Philippe	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence

SEMANA Gilbert	Immunologie
SIPROUDHIS Laurent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
SOMME Dominique	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
SOULAT Louis	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
SULPICE Laurent	Chirurgie générale
TADIÉ Jean Marc	Réanimation; médecine d'urgence
TARTE Karin	Immunologie
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses; maladies tropicales
TATTEVIN-FABLET Françoise (Professeur associé)	Médecine générale
THIBAUT Ronan	Nutrition
THIBAUT Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
THOMAZEAU Hervé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN Sylvie	Pédopsychiatrie; addictologie
VERHOYE Jean-Philippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN Marc	Neurologie
VIEL Jean-François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU Cécile	Néphrologie
VIOLAS Philippe	Chirurgie infantile
WATIER Eric	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie
WODEY Eric	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Nom Prénom	Sous-section CNU
ALLORY Emmanuel (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
AME-THOMAS Patricia	Immunologie
AMIOT Laurence (Baruch)	Hématologie; transfusion
ANSELMY Amédéo	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEGUE Jean-Marc	Physiologie
BERTHEUIL Nicolas	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMART Lise	Dermato-vénérologie
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
CHHOR-QUENIART Sidonie (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
DAMERON Olivier	Informatique
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT Catherine	Dermato-vénérologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie; embryologie et cytogénétique
EDELIN Julien	Cancérologie; radiothérapie
FIQUET Laure (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
GARLANTEZEC Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GOUIN Isabelle épouse THIBAUT	Hématologie; transfusion
GUILLET Benoit	Hématologie; transfusion
JAILLARD Sylvie	Histologie; embryologie et cytogénétique
KALADJI Adrien	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
LE GALL François	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE Florian	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
MARTINS Pedro Raphaël	Cardiologie
MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MENARD Cédric	Immunologie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	Informatique
NAUDET Florian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
PANGAULT Céline	Hématologie; transfusion
RENAUT Pierrick (maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes; addictologie
SCHNELL Frédéric	Physiologie
THEAUDIN Marie épouse SALIOU	Neurologie
TURLIN Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER Marie-Clémence (Lorne)	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; ad
ZIELINSKI Agata	

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Dominique Somme, vous me faites l'honneur de présider ce Jury et de juger ce travail. Je vous remercie des corrections apportées à mon travail.

À Monsieur le Professeur Éric Mener, vous me faites l'honneur de lire et critiquer mon travail. Merci pour tous vos enseignements, merci de m'avoir fait comprendre l'importance de l'empathie.

À Monsieur le Professeur Olivier Decaux : merci d'avoir accepté de juger mon travail. Merci pour votre disponibilité, et même si vous ne vous en souvenez probablement pas, merci de votre gentillesse au cours de mon externat.

À Monsieur le Docteur Nicolas Thual: merci d'avoir accepté de diriger ma thèse. Merci de m'avoir fait découvrir la médecine rurale, et de m'avoir tant appris sur la médecine.

Aux Mairies de Bréhan, Crédin, Lantillac, Pleugriffet, Radénac, Réguiny, Rohan et à la Pharmacie de Bréhan: merci d'avoir participé à cette thèse, merci pour votre gentillesse.

À Charlotte : merci pour ta précieuse aide et surtout merci de m'avoir supporté pendant la rédaction de la thèse, puisses-tu me supporter encore quelques années.

À ma mère, mon père et mon frère : merci pour votre soutien et votre amour inconditionnel durant toutes ces années. Et, car c'est particulièrement dur à dire, autant l'écrire : je vous aime.

À ma grand-mère Eveline: merci pour une bonne partie de mon enfance et pour ta sagesse populaire. Merci de m'avoir nourri car « Ventre vide, tête vide ».

À Sébastien H. : merci pour ton aide sur la thèse, j'espère pouvoir te revaloir ça un jour.

À Benjamin J. : merci pour ton aide sur la thèse, pour les heures passées à courir en forêt à refaire le monde;

À mes amis (par ordre alphabétique, pas de bagarre):

Baptiste A. merci pour toutes ces années de franche camaraderie, ces voyages et ces fous rires ;

Eric B. merci de m'accompagner dans mes lubies, aussi saugrenues soient-elles ;

Vincent B. merci pour toutes ces années, merci d'avoir brûlé avec moi, j'espère être à la hauteur le jour de ton mariage ;

Camille C. merci pour ton amitié (depuis 12 ans !). Caen c'est bien mais c'est loin, reviens-nous ;

Marine C. merci pour les souvenirs, merci pour les longues heures passées sur les bancs de la BU (ça a payé), merci pour l'Afrique du Sud ;

Camille D. merci de ta gentillesse, c'était salvateur de s'épauler l'un l'autre pendant la thèse ;

Florent D. merci pour ton incroyable bonne humeur et ton amitié (depuis 12 ans aussi !);

Delphine E. Nicolas L. et Léopold L., merci d'avoir fait de moi un parrain (pas trop de bêtise, Léo);

Romain G. merci pour ta sagesse et tes (trop rares) visites;

Cédric G. merci pour ces moments inoubliables de collocation, ces heures perdues à jouer aux jeux vidéos et pour ta gentillesse plus que légendaire;

Victor H. merci pour les 400 coups avec Baptiste, merci pour Mada;

Julie L. merci d'avoir grandi avec moi, merci pour ton amitié depuis la maternelle. j'espère te revoir au plus vite;

Clémence M. merci pour ta vision du monde souvent dure, mais juste;

Thomas M. merci d'avoir brûlé avec moi, mi casa es tu casa;

Wilfried M. Virginie G. et Marin M. merci pour tous ces bons petits repas, j'espère que plein d'autres suivront;

Gautier Q. merci pour ton soutien sans faille toutes ces années, pour ces -si nombreux- moments de fous rires et pour m'avoir emmené dans tant d'endroits incroyables;

Marion Q. merci pour ton sens de l'humour et ton humilité;

Gaël R. merci pour ton amitié (depuis tant d'années), merci d'avoir brûlé avec moi et merci de garder ce lien indéfectible malgré la distance (loin des yeux, jamais loin du cœur);

Hélène R. merci de ta candeur, de ta gentillesse et surtout de m'avoir supporté en collocation;

Florine R. merci pour ta fraîcheur et tes valeurs, inchangées malgré les années;

Pauline S. merci pour ta bonne humeur - même dans l'adversité- et tes blagues pince-sans-rire;

Camille T. merci pour ton amitié tout au long de l'internat, merci de ta bonne humeur et de ton soutien...merci de m'avoir présenté Charlotte;

David V. merci pour tous ces bons souvenirs d'externat, de voyage, d'internat et de post-internat.

À nos animaux : Gioia, Armand et Eden, vous m'avez accompagné tout au long de ce travail.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	12
RESUME.....	14
ABREVIATIONS.....	15
INTRODUCTION.....	16
1) Définitions	16
2) Législation	16
3) Du côté des usagers du système de soin	17
4) Notion d'accessibilité	17
5) L'exemple de la Bretagne	18
6) Raisons de l'étude.....	19
MATERIELS ET METHODE	20
1) Questions de recherche.....	20
1.1) Question principale.....	20
1.2) Questions secondaires	20
2) Population étudiée	20
2.1) Critères d'inclusion	20
2.2) Critères d'exclusion	20
2.3) Schéma d'étude.....	20
2.4) Taille de l'échantillon	20
3) Questionnaires et Recueil des données.....	20
4) Analyses statistiques	21
RESULTATS	22
1) Taux de réponse et caractéristiques de la population étudiée	22
2) Résultat concernant l'objectif principal.....	22
3) Résultats concernant les objectifs secondaires	22
3.1) Médecin généraliste le plus proche.....	22
3.2) Acceptabilité	22
3.3) Mode de transport	22
3.4) Renoncement à la consultation du fait de la distance	22
3.5) Corrélations entre la DJADMG et l'âge/le sexe/la ville/le mode de transport	23
3.6) Corrélations entre le renoncement à la consultation et l'âge/le mode de transport/le sexe	23
3.7) Corrélations entre acceptabilité et âge	24
DISCUSSION	25
1) Principaux apports de l'étude et comparaison à la littérature existante	25
1.1) Distance jugée acceptable entre le domicile du patient et le médecin le plus proche	25
1.2) Facteurs influençant la DJADMG	26
1.3) Renoncement	27
2) Forces de l'étude.....	28
2.1) Originalité	28
2.2) Sujet d'actualité	28
2.3) Taux de réponse	28
3) Limite et biais de l'étude	28

3.1) Biais de recrutement en rapport avec la ville.....	28
3.2) Biais de formulation	28
3.3) Biais de sélection	29
4) Perspectives	29
CONCLUSION	30
BIBLIOGRAPHIE	31
ANNEXES	35
Annexe 1: Questionnaire.....	35
Annexe 2 : Tableaux généraux.....	37

RESUME

Introduction : L'accès aux médecins généralistes fait partie des priorités actuelles de la stratégie nationale de santé. La notion d'accessibilité est complexe mais est très souvent liée à la proximité géographique. Du côté des usages du système de soin, les personnes âgées consomment davantage de soins et consultent plus souvent les médecins les plus proches de chez eux que le reste de la population. Notre étude se propose donc d'étudier l'avis des personnes de 60 ans et plus concernant l'accessibilité géographique aux médecins généralistes. Cette étude se déroule en zone de faible densité médicale (classée zone fragile par l'ARS Bretagne), le canton de Rohan, dans le Morbihan.

Méthode : L'objectif principal était d'étudier la distance moyenne jugée acceptable entre le domicile et le médecin généraliste le plus proche chez les personnes de plus de 60 ans du canton de Rohan. Les objectifs secondaires étaient de rechercher des facteurs influençant cette distance ainsi que d'étudier le renoncement à la consultation du fait de la distance. Une étude quantitative observationnelle, transversale a été réalisée dans le canton de Rohan à partir de questionnaires anonymes. Ces questionnaires ont été entrés dans un tableur Excel puis analysés à l'aide des logiciels SHINY GMRC STATS et BIOSTATGV.

Résultats : Deux cents trente-sept habitants du canton de Rohan (sur un total 2786) ont participé à l'étude. La distance jugée acceptable entre le domicile et le médecin généraliste le plus proche était de 7,3 km en moyenne. La distance médiane était de 5 km. Les facteurs diminuant cette distance étaient l'âge, le fait de se rendre chez son médecin à pied ou en vélo et le fait de résider dans une ville pourvue de médecins.

Par ailleurs, le taux de renoncement à la consultation de son médecin traitant du fait de la distance était de 11%. L'âge et le mode de transport n'influaient pas sur le renoncement. En revanche, le taux de renoncement était plus important chez les femmes que chez les hommes.

Conclusion : La distance jugée acceptable entre le domicile et le médecin généraliste le plus proche par les habitants de plus de 60 ans du canton de Rohan est de 7,3 km en moyenne. D'autres études complémentaires pourraient permettre d'étendre cette mesure à une population plus large ou encore de préciser l'impact de la distance sur le renoncement aux soins.

Mots-clés : Accès aux soins primaires, Accès au médecin généraliste, personnes âgées, Distance jugée acceptable, renoncement à la consultation, renoncement aux soins, distance domicile cabinet, Étude observationnelle.

ABREVIATIONS

OMS: Organisation Mondiale pour la Santé

ARS: Agence Régionale de Santé

MT: Médecin Traitant

MG: Médecin Généraliste

APL: Accessibilité Potentielle Localisée

DJADMG: Distance Jugée Acceptable entre le Domicile et le Médecin Généraliste le plus proche

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

IRDES: Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

INTRODUCTION

1) Définitions

L'accès aux soins primaires et donc l'accès au médecin généraliste font partie des priorités actuelles de la stratégie nationale de santé. Les soins primaires ont été définis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en 1978, et doivent garantir à tous un égal accès aux soins [1].

Leur définition est la suivante : « Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation [...] Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire » [2].

En France, on peut considérer le médecin généraliste comme l'acteur primordial des soins de santé primaires. Ainsi, le rapport Druais - demandé en 2015 par la ministre chargée des Affaires sociales et de la Santé - estime que le médecin généraliste doit être le premier contact du patient avec le système de santé et assurer une coordination des soins efficace [3-6].

Le terme soins de premier recours (souvent utilisé dans les textes législatifs) se rapproche du terme de soins primaires. Les soins de premier recours sont définis selon le code de santé publique, comme des soins ayant pour vocation de répondre au besoin de proximité et devant être accessibles en termes de distance, de temps de parcours, de qualité et de sécurité [7].

2) Législation

Les difficultés d'accès aux soins primaires sont régulièrement constatées en France et les pouvoirs publics ont commencé à envisager des solutions depuis le début des années 2000 [4,8].

En conséquence, plusieurs lois ont été votées afin de pallier à cette problématique, notamment :

-la loi Hôpital Santé Patient Territoire de 2009 dont un des objectifs principaux est « d'assurer une offre de soins accessible à tous ». Cette loi a entre autres créé les Agences Régionales de Santé (ARS). Elle a également modifié le numerus clausus, la répartition des postes d'internats et créé le Contrat d'Engagement de Service Public, dans le but d'améliorer la répartition des médecins sur le territoire [7,9,10].

-la loi Pacte Territoire Santé de 2012 renforcée en 2015, qui prévoit 10 engagements dans le but de permettre « l'accès de tous les Français à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire national ». Pour ce faire, cette loi prévoit notamment des aides

financières aux médecins pour l'installation dans les zones moins favorisées, des opportunités de stage dans ces zones ainsi que des aides pratiques à l'installation [7,11].

- la loi De Modernisation De Notre Système De Santé du 26 janvier 2016, dont une des mesures est de « développer une médecine de proximité autour du médecin traitant » en créant notamment groupes de santé articulés autour du médecin traitant : les équipes de soins primaires [7,12].

3) Du côté des usagers du système de soin

Du côté des patients: l'accès aux soins est une préoccupation majeure des Français, et tend à devenir un sujet d'inquiétude. Une étude réalisée en 2016 par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) estime que 54% des français sont insatisfaits de l'accès aux médecins (généralistes et spécialistes). Cette même étude retrouve un taux de 29% de français estimant qu'il n'y a pas assez de médecins généralistes à proximité de chez eux [13].

Évidemment, proximité n'équivaut pas toujours à accessibilité [5]. Les patients ne consultent pas systématiquement le professionnel de santé le plus proche de leur domicile.

Cependant, chez les personnes âgées, la notion de distance -en termes d'accès aux soins primaires- est importante car cette partie de la population consulte davantage les professionnels de santé les plus proches [14]. Il n'y a pas de consensus clair sur la définition de la personne âgée, aussi nous utiliserons la définition de l'OMS, qui considère âgée une personne à partir de 60 ans. Par ailleurs, en France, l'âge de 60 est celui à partir duquel une personne peut bénéficier de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ou encore entrer dans un Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

On sait que les personnes âgées consultent davantage les médecins les plus proches de leurs domiciles que le reste de la population [14,15].

Par ailleurs, on sait que de façon générale :

- la consommation de soins augmente avec l'âge [14,16].
- en raison du vieillissement de la population, les besoins de soins devraient augmenter [17].
- le nombre de médecins généralistes devrait augmenter, mais l'offre de soin risque de décliner sur les 20 prochaines années [17].

Dans ce contexte, la question de la proximité des médecins généralistes apparaît comme un sujet d'actualité.

4) Notion d'accessibilité

La notion d'accès aux soins est complexe et recoupe de nombreux facteurs notamment en termes économiques, physiques, culturels, mais elle est souvent liée à la proximité géographique [8].

Une des raisons de la difficulté d'accès aux soins est une répartition inégale des professionnels de santé [18,19]. Ainsi, suite à la loi HPST, les ARS ont été chargées de découper le territoire français en différentes zones en fonction de l'accessibilité aux soins. Ce zonage a pour but de déterminer les zones prioritaires où mettre en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, afin notamment d'améliorer l'accès aux soins [7,10,20].

Pour mesurer l'accessibilité aux médecins généralistes, la DREES et l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) ont créé un indicateur appelé Accessibilité Potentielle Localisée (APL). Cet indicateur tient compte entre autres de la densité médicale, du nombre d'habitants de chaque commune et de la distance entre la mairie et le cabinet médical le plus proche. Il permet une analyse fine de l'accessibilité au niveau local. Une distance inférieure ou égale à 5 minutes de voiture y est considérée comme témoin d'une accessibilité « totale ». La distance représentée par ces 5 minutes de voiture est calculée localement à l'aide d'un logiciel nommé Odomatrix [21]. Le nombre de minutes est issu des données flux-patients de l'assurance maladie. Cependant, cette distance est mesurée depuis la mairie de chaque commune et non pas depuis le domicile du patient. Par ailleurs, elle ne tient pas compte de l'opinion des patients, ni du fait que tous les patients ne possèdent pas de voiture.

L'ARS Bretagne, dans son analyse de 2010, retient une distance moyenne à un médecin généraliste de 15 km maximum, qu'elle qualifie de « raisonnable » [22]. L'analyse évoque par la suite le risque d'augmentation de cette distance (du fait de l'hétérogénéité des installations et la tendance aux regroupements des professionnels de santé). L'ARS estime que ces constats « conduisent à mener des réflexions sur les modalités d'accès en termes de transports ou de consultations avancées dans certaines zones géographiques, en particulier à l'attention des personnes ne se déplaçant pas ou difficilement, comme par exemple les personnes âgées » [22].

5) L'exemple de la Bretagne

La Bretagne connaît elle aussi une répartition inégale des professionnels de santé, dont les médecins généralistes. Le littoral se retrouve ainsi mieux pourvu que le Centre Bretagne [22, 23]. La figure n°1 est une carte de l'offre de soins en Bretagne issue des données 2014 de l'ARS Bretagne.

Le canton de Rohan dans le Morbihan -qui correspond à une ancienne division administrative française - est situé en plein Centre Bretagne. Il comprend 7 villes: Rohan, Bréhan, Crédin, Lantillac, Radénac, Régigny, Pleugriffet. Toutes ces villes sont situées en zones fragiles sauf la ville de Régigny, classée prioritaire par l'ARS Bretagne [22,24].

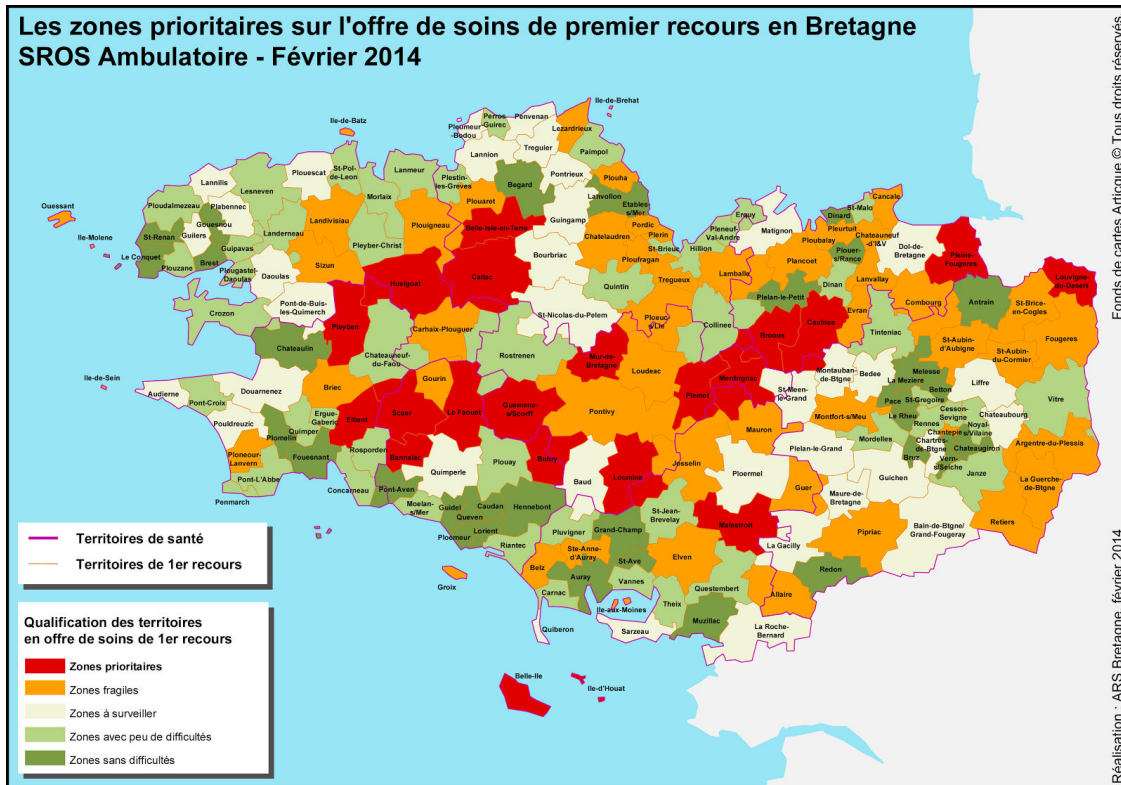


Figure n°1 carte de l'offre de soins en Bretagne en fonction des zones prioritaires. ARS Bretagne, février 2014

6) Raisons de l'étude

Au total, on retient que :

- la distance entre le domicile du patient et le médecin généraliste est un indicateur d'accessibilité aux soins primaires.
- les besoins en soins augmentent avec l'âge et les personnes âgées consultent davantage les médecins les plus proches de leur domicile.
- la Bretagne, comme le reste de la France, connaît une répartition inégale de ses médecins généralistes.

Or, il n'existe pas à ce jour, d'étude sur l'avis des patients concernant la distance entre leur domicile et le médecin généraliste le plus proche.

Notre étude se propose donc d'étudier l'avis des personnes de plus de 60 ans (correspondant à la définition de l'OMS de la personne âgée) vivant dans le canton de Rohan -dont les villes sont toutes classées fragiles ou prioritaires selon le zonage ARS- quant à l'accessibilité géographique aux médecins généralistes. L'objectif principal de l'étude est de déterminer la distance paraissant acceptable entre le domicile et le médecin généraliste le plus proche. Les objectifs secondaires sont de rechercher des facteurs pouvant faire varier cette distance et également d'étudier le renoncement à la consultation médicale du fait de la distance.

MATERIELS ET METHODE

1) Questions de recherche

1.1) Question principale

Déterminer la distance jugée acceptable entre le domicile et le médecin généraliste le plus proche (= DJADMG) par la population de plus de 60 ans résidant dans le canton de Rohan.

Le canton de Rohan comprend les villes de: Bréhan, Crédin, Lantillac, Pleugriffet, Radénac, Réguinty et Rohan.

1.2) Questions secondaires

-Rechercher des facteurs influençant cette distance: âge, sexe, motif de consultation, possession d'un moyen de transport motorisé, fait de résider dans une ville pourvue d'un médecin généraliste.

-Évaluer la distance comme facteur de renoncement à au moins une consultation du médecin traitant sur les 12 derniers mois. Rechercher des facteurs influençant le renoncement tels que l'âge ou la possession d'un moyen de transport motorisé.

2) Population étudiée

2.1) Critères d'inclusion

Toute personne habitant une des 7 villes du canton de Rohan et âgé de 60 ans ou plus.

2.2) Critères d'exclusion

Patient vu par le médecin généraliste en visites à domicile.

2.3) Schéma d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative observationnelle, descriptive, transversale, déclarative. Elle s'est déroulée dans le canton de Rohan du 3 avril au 31 août 2017.

2.4) Taille de l'échantillon

La population de plus de 60 ans dans le canton de Rohan était de 2786 au 1er avril 2017 [25].

L'objectif était d'atteindre au moins 100 questionnaires.

3) Questionnaires et Recueil des données

Du fait du faible taux d'utilisation de l'outil informatique chez la population étudiée il a été décidé de réaliser un sondage par questionnaire papier uniquement [26].

Nous avons réalisé un questionnaire volontairement court, comportant uniquement des questions fermées afin de favoriser leur remplissage et leur analyse (Questionnaire disponible en annexe).

Ce questionnaire a été testé dans un premier temps dans la ville de Bréhan, pendant une semaine à compter du 27 mars 2017 dans le cabinet médical de 2 médecins généralistes. Après quelques modifications concernant la mise en page, les questionnaires ont été déposés à compter du 03 avril 2017 dans les lieux suivants:

- Chaque mairie des communes du canton de Rohan: 7 mairies au total.
- Chaque médecin des communes du canton de Rohan soit 8 au total: 3 à Bréhan, 2 à Régigny, 2 à Rohan, 1 à Pleugriffet.
- Chaque pharmacie du canton de Rohan: 3 au total dans les villes de Bréhan Régigny et Rohan.
- Centre d'imagerie médicale de Bréhan (seul centre d'imagerie du Canton).
- Cabinet de chirurgie dentaire de Bréhan.
- Service d'Accueil des Urgences de Pontivy (afin d'atteindre une population qui ne consulterait pas de médecins libéraux).

Une affiche expliquant les raisons de cette étude et rappelant qu'un seul questionnaire par personne devait être rempli était installée dans chaque lieu de dépôt des questionnaires.

4) Analyses statistiques

Après recueil des questionnaires, les données ont ensuite été entrées dans un tableur Excel puis ont été analysées grâce au logiciel GMRC SHINY STATS conjointement au site BiostatGV.

Les tests statistiques ont tous été réalisés avec un intervalle de confiance de 95% (IC 95%) et étaient les suivants:

- Corrélation de Spearman pour rechercher une corrélation entre des données qualitatives ordinales et des données quantitatives.
- Test T de Student: pour analyse de données quantitatives en fonction de données qualitatives nominales (lorsqu'il y avait 2 groupes).
- Test de Kruskal et Wallis quantitatif pour analyse de données quantitatives en fonction de données qualitatives nominales (lorsqu'il y avait plus de 2 groupes).
- Test de Kruskal et Wallis ordinal pour analyse de données qualitatives nominales en fonction de données qualitatives ordinales.
- Test du Chi 2 pour analyse de données qualitatives en fonction d'autres données qualitatives.

RESULTATS

1) Taux de réponse et caractéristiques de la population étudiée

Deux cents cinquante-quatre questionnaires ont été colligés mais 17 d'entre eux ont été exclus car ne respectant pas les critères d'inclusion (10 sujets n'habitaient pas dans des villes du canton de Rohan, 1 n'avait pas l'âge d'inclusion, 6 étaient vus par leur médecin traitant en visites à domicile). Deux cents trente-sept questionnaires ont donc été analysés, soit environ 9% de la population de plus de 60 ans du canton de Rohan.

Les résultats des analyses sont présentés dans les tableaux généraux en annexe.

2) Résultat concernant l'objectif principal

La distance jugée acceptable entre le domicile des patients et le médecin généraliste le plus proche (DJADMG) moyenne était de 7.3 km pour une médiane de 5 km et un écart type de 4,8 km. Le 3ème quartile était à 10km et le percentile 95 était à 15km.

3) Résultats concernant les objectifs secondaires

3.1) Médecin généraliste le plus proche

Cent soixante-quatorze répondants (79%) avaient pour médecin traitant le médecin généraliste le plus proche de chez eux, contre 40 (18%) dans le cas contraire. Sept répondants (3%) ignoraient la réponse à cette question.

Cent quarante-cinq (65%) répondants habitaient à moins de 5km de leur médecin traitant, 55 (25%) entre 6 et 10 km, 11 (5%) entre 11 et 15 km, 12 (5%) à plus de 16 km.

3.2) Acceptabilité

Cent soixante-treize répondants (78%) estimaient la distance actuelle à leur médecin traitant comme étant parfaitement acceptable, 38 (17%) la jugeaient assez acceptable, 8 (4%) plutôt inacceptable et 3 (1%) totalement inacceptable.

3.3) Mode de transport

Cent soixante répondants (soit 71%) se rendaient chez leur médecin en voiture ou autre moyen de transport motorisé (groupe « motorisé »).

Quarante-deux répondants (19%) se rendaient chez leur médecin à pied, en vélo ou par autre moyen de transport non motorisé (groupe « non motorisé »).

Vingt-deux répondants (10%) étaient amenés par une tierce personne (groupe « amené »).

Un répondant se rendait chez le médecin en fauteuil roulant électrique.

3.4) Renoncement à la consultation du fait de la distance

Vingt-cinq répondants (11%) avaient renoncé à consulter au moins une fois leur médecin traitant du fait de la distance au cours des 12 derniers mois. Deux cents sept répondants (88%)

étaient dans la situation inverse et n'avaient pas renoncé à consulter leur médecin du fait de la distance.

3.5) Corrélations entre la DJADMG et l'âge/le sexe/la ville/le mode de transport

- Âge et DJADMG

Un test de Spearman sur la DJADMG en fonction des 6 classes d'âges retrouvait une corrélation faible mais statistiquement significative (IC 95% ; $p=0.0001$; $r_s = -0.2492$). La DJADMG diminue donc avec l'âge.

- Sexe et DJADMG

Un Test T de Student bilatéral ne retrouvait aucune différence significative (IC 95% ; $p=0,8205$) entre les DJADMG du groupe « femme » et celui du groupe « homme ». Le sexe ne semble donc pas avoir d'influence sur la DJADMG.

- Ville et DJADMG

Les DJADMG moyennes des villes pourvues d'au moins un médecin (Bréhan, Pleugriffet, Réguiny, Rohan) ont été comparées à celles des villes dépourvues de médecin (Lantillac, Radénac, Crédin).

La DJADMG moyenne des villes pourvues d'au moins un médecin était de 6,98 km, celle des villes sans médecin était de 8,11 km.

Un Test T de Student d'infériorité retrouve une DJADMG inférieure pour les villes pourvues d'un médecin (IC 95% ; $p=0,0363$).

- Mode de transport et DJADMG

Les groupes « motorisé », « non motorisé » et « amené » ont été comparés avec un test de Kruskal et Wallis retrouvant une différence significative entre ces 3 groupes (IC 95 % ; $p=0,0015$).

Les DJADMG moyennes de ces 3 groupes étaient respectivement 7,86 km, 4,99 km et 7,66 km.

Aucune différence significative n'a été retrouvée entre le groupe « amené » et le groupe « motorisé » (Test Student bilatéral ; IC 95% ; $p=0,8636$).

La DJADMG moyenne du groupe « motorisé » était significativement supérieure à celle du groupe « non motorisé » (Test Student de supériorité ; IC 95% ; $p=0,0002$).

La DJADMG moyenne du groupe « amené » était significativement supérieure à celle du groupe « non motorisé » (Test Student de supériorité ; IC 95% ; $p=0,0221$).

3.6) Corrélations entre le renoncement à la consultation et l'âge/le mode de transport/le sexe

- Renoncement à la consultation et âge

Le renoncement à la consultation a été analysé en fonction des 6 classes d'âge selon un test de CHI 2, qui n'a pas retrouvé de corrélation entre ces deux données (IC 95% ; $p=0,6911$).

- Renoncement à la consultation et mode de transport

Le taux de renoncement était de 16 renoncements pour 158 (10%) patients dans le groupe « motorisé », 3 renoncements sur 41 (7%) dans le groupe « non motorisé » et 5 renoncements sur 20 (25%) dans le groupe « amené ». Bien que ce taux semble plus important dans le groupe « amené », aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée après un test du CHI2 (IC 95% ; $p=0,0948$).

- Renoncement à la consultation et sexe

Le taux de renoncement à la consultation était de 4 renoncements pour 88 (4%) chez les hommes, et de 20 pour 134 (15%) chez les femmes. Un test de CHI2 retrouvait une différence significative (IC 95% ; $p=0,0148$).

3.7) Corrélation entre acceptabilité et âge

Un test de Kruskal et Wallis analysant l'acceptabilité de la distance actuelle au médecin traitant en fonction de l'âge ne retrouvait pas de corrélation entre ces deux données (IC 95% ; $p=0,0571$).

DISCUSSION

1) Principaux apports de l'étude et comparaison à la littérature existante

1.1) Distance jugée acceptable entre le domicile du patient et le médecin le plus proche

Cette étude a permis d'étudier la distance jugée acceptable entre le domicile des patients et le médecin généraliste le plus proche chez les patients âgés de 60 ans et plus, résidant dans le canton de Rohan. Cette distance est en moyenne de 7,3 km pour une médiane de 5 km.

L'ARS Bretagne, dans son analyse de 2010, qualifie de « raisonnable » la distance moyenne au médecin généraliste le plus proche estimée à 15 km au maximum [22]. Ce rapport prévoit une augmentation de cette distance devant amener à des réflexions sur les modalités d'accès aux soins, notamment chez les personnes âgées. Notre étude retrouve une distance acceptable inférieure à ces 15 km mais cette dernière concerne l'ensemble de la population de Bretagne, indépendamment de l'âge ou de l'offre de soins à proximité. De plus, la distance de l'ARS ne tient pas compte de l'avis des patients, ce qui peut aussi expliquer cette différence. Quant au qualificatif « raisonnable », il diffère de celui « d'acceptable » employé dans notre étude. Enfin, il est à noter que cette distance n'apparaît plus dans l'analyse de l'offre de soins de l'ARS Bretagne de 2017 [23]. Ce rapport évoque plutôt une offre de soins « suffisamment dense mais avec de fortes inégalités de répartition » pour lesquelles des mesures favorisant une meilleure répartition doivent être encouragées. Le résultat de notre étude différant du chiffre avancé par l'ARS Bretagne, d'autres études sur une population plus large pourraient permettre d'évaluer la distance jugée acceptable par l'ensemble de la population.

L'indicateur d'accessibilité créé par la DREES et l'IRDES retient une distance de 5 minutes de voiture comme témoin d'une accessibilité « totale » [21]. Cette distance semble proche de la DJADMG moyenne retrouvée de 7,3 km mais n'ayant pas eu accès au logiciel Odomatrix (permettant de mesurer les distances en fonction du temps de voiture), la comparaison est difficile. Là encore, notre étude cible plus spécifiquement des personnes âgées résidant en zones fragiles et non pas l'ensemble de la population. De plus, le qualificatif d'accessibilité « totale » diffère de celui de « distance acceptable » employé dans notre étude.

La distance peut donc se mesurer en termes d'unité de distance comme choisi dans notre étude (avec les kilomètres) ou bien en termes d'unité de temps.

Le choix d'une distance en termes de kilomètres soulève la question de la reproductibilité des données d'un individu à l'autre. Une distance brute en kilomètres ne tient pas compte des conditions de circulation, de la topographie du terrain et du type de véhicule employé. Deux distances identiques en kilomètres peuvent être tout à fait différentes en unités de temps. Cependant, le canton de Rohan étant une zone géographique restreinte et plutôt homogène en termes d'infrastructures routières et de reliefs, le choix d'une distance en kilomètres paraît

adapté. Le choix d'une distance en terme de durée comme proposé dans l'indicateur de la DREES et de l'IRDES permet de s'affranchir des conditions de transport. Cependant, cet indicateur ne tient pas compte des patients qui se déplacent sans voiture, un chiffre qui approche 1/3 des répondants de notre étude. Notre étude retrouve en effet un taux de motorisation de 71%, chiffre retrouvé dans d'autres données de la littérature pour une classe d'âge similaire [27].

Un des moyens de résoudre ces problèmes serait de créer un indicateur composite tenant compte à la fois de la distance en kilomètre et en durée.

Un autre point à soulever est celui du lieu de départ vers le cabinet médical. Même si les personnes âgées ont tendance à consulter les professionnels de santé les plus proches de leur domicile, peut-être qu'une partie de la population favorise la proximité depuis un autre lieu. La DJADMG ne tient pas compte de la distance depuis d'autres endroits tels que les lieux de travail, de réunion associative ou de scolarisation des enfants ou des petits enfants. Ainsi, d'autres études pourraient explorer des lieux d'intérêts différents du domicile.

1.2) Facteurs influençant la DJADMG

La DJADMG est influencée par le fait de posséder ou non un moyen de transport motorisé. Ainsi, les personnes se rendant à pied ou en vélo chez leur médecin traitant ont une DJADMG inférieure à ceux emmenés par une tierce personne ou ceux s'y rendant en voiture. Il semble logique que les gens devant se déplacer à pied (ou en vélo) soient moins enclins à parcourir de distance que ceux se déplaçant en voiture, d'autant plus que la vitesse de marche diminue avec l'âge [28].

D'autres facteurs influencent la DJADMG: l'âge et le fait de résider dans une ville pourvue d'au moins un médecin généraliste.

La DJADMG diminue avec l'âge, ce qui s'explique probablement du fait d'un déclin de mobilité au fur et à mesure du vieillissement. Dans un contexte de vieillissement démographique, mais aussi de réduction du nombre de visites à domicile, cette donnée semble importante à souligner [29].

Par ailleurs, la DJADMG augmente dans les villes sans médecin généraliste. Il existe peut-être un phénomène d'acceptation qui amène les gens se sachant habiter loin d'un médecin à considérer comme acceptable une distance plus importante que ceux habitant près d'un médecin.

Ce phénomène d'acceptation explique peut-être aussi le taux de satisfaction très élevé retrouvé dans notre étude. Pour 78% des répondants, la distance entre le domicile et le médecin traitant est « tout à fait acceptable » contre 54% d'insatisfaits dans l'étude de 2016 menée par la DREES [13]. Ici aussi, le fait de se savoir dans une zone faiblement dotée en médecin rend peut-être plus acceptable la distance à parcourir pour se rendre chez son médecin traitant.

Par ailleurs, 79% des répondants ont comme médecin traitant, le médecin le plus proche de chez eux. Il n'a pas été retrouvé de statistique comparative dans la littérature. Ce taux paraît

élevé mais cohérent. En effet, les personnes âgées ont plus tendance à consulter les médecins proches de chez eux [8]. Par ailleurs, le fait de résider dans une zone de santé prioritaire peut lui aussi être un facteur conduisant à consulter le médecin le plus proche.

1.3) Renoncement

Notre étude retrouve la distance comme facteur de renoncement à une consultation de son médecin traitant chez 11% des répondants.

Pour comparaison, d'autres études retrouvent un taux de renoncement du fait de l'éloignement de 2,7% pour l'ensemble des soins chez les plus de 65 ans [30]. Ce taux concerne l'ensemble des soins et inclut donc les consultations des médecins spécialistes, des dentistes, des infirmières, des kinésithérapeutes et autres professionnels de santé. Dans cette même étude, le taux de renoncement était plus élevé chez les femmes (4,3% contre 1,7% chez les hommes) et plus élevés dans les zones « hors de l'aire de l'influence des villes » (5,1%). La différence de taux de renoncement dans notre étude s'explique dont peut-être par la spécificité de la population étudiée (personnes de plus de 60 vivant en zones de faible densité médicale, fort taux de réponse de femmes).

Un autre chiffre avancé est celui de 5,3% de non-recours aux soins pour les 65 ans et plus [31]. Le non-recours, contrairement au renoncement, concerne les patients n'ayant eu aucune consultation avec leur médecin traitant au cours des 12 derniers mois. Ce qui explique ce pourcentage moins élevé.

Notre étude met donc en avant un facteur peu étudié de renoncement à la consultation du médecin traitant : la distance. Nous n'avons trouvé que peu d'étude rapportant la distance au renoncement de la consultation du médecin généraliste, mais une étude de 1979 menée dans un quartier de Londres retrouve la distance entre le domicile et le cabinet du médecin généraliste comme facteur diminuant le nombre de consultations [32]. Dans cette étude, la seule catégorie qui n'était pas influencée par la distance était les hommes de 15 à 64 ans. Les catégories les plus influencées étaient les femmes et les personnes âgées (de 65 ans et plus). Notre étude retrouve un taux de renoncement du fait de la distance plus important chez les femmes, ce qui semble aller dans le même sens que cette étude de 1979. Une explication possible est que les femmes consulteraient davantage le médecin généraliste que les hommes et se préoccuperaient davantage de leur état de santé [33]. Le renoncement des femmes à consulter concernent donc peut-être certains motifs jugés moins importants et qui n'auraient pas entraîné de consultation de la part d'un homme.

Par ailleurs, la distance est déjà connue comme étant le facteur principal influençant le suivi des diabétiques de type 2. Une étude de 2016 retrouve la distance entre le domicile et le laboratoire d'analyse médicale comme principal facteur de mauvais suivi des diabétiques de type 2 [34]. Cette étude retrouve une diminution croissante du nombre de patients diabétiques correctement suivis à partir d'une distance de 5 km (entre le domicile et le laboratoire d'analyse médicale). Cette distance correspond à la DJADMG médiane dans notre étude. Par ailleurs, cette étude retrouve un taux de suivi qui augmente avec l'âge, alors que dans notre étude, aucune corrélation n'est retrouvée entre le renoncement du fait de la distance et l'âge des

patients. La perte de mobilité liée à l'âge - qui pourrait entraîner un renoncement aux soins- est peut-être compensée par le fait que la qualité du suivi médical semble augmenter avec l'âge.

Enfin, nos résultats ne montrent pas de différence statistiquement significative en termes de renoncement selon le mode de transport. Le fait de posséder ou non un véhicule n'est donc pas un facteur de décision quant au fait de renoncer à consulter son médecin. En revanche, le taux de renoncement apparaît plus important dans le groupe des patients emmenés à la consultation médicale par un tiers, sans qu'une différence statistiquement significative puisse être dégagée. Les effectifs de ce groupe sont peut-être trop faibles pour démontrer une telle différence et une étude avec de plus larges effectifs pourrait confirmer cette hypothèse.

2) Forces de l'étude

2.1) Originalité

Cette étude met en avant plusieurs facteurs peu étudiés jusqu'alors: la distance jugée acceptable entre le domicile et le médecin traitant, ainsi que le renoncement aux soins du fait de la distance.

2.2) Sujet d'actualité

La problématique de l'accès aux soins, particulièrement chez les personnes âgées, s'inscrit bien dans une problématique actuelle. Ce que traduisent bien les nouvelles lois santé votées depuis le début des années 2000. Par ailleurs, dans un contexte de vieillissement de la population, il paraît pertinent de prendre en compte l'avis des personnes âgées en ce qui concerne l'accès aux soins.

2.3) Taux de réponse

Le taux de réponse est d'un peu moins de 9% de la population brute de plus de 60 ans du canton de Rohan. Ce taux peut sembler faible mais concerne une population rurale, peu habituée à répondre à des enquêtes de la sorte. De plus, une partie de la population n'était pas concernée: les patients vus par leur médecin généraliste en visite. Faute de données disponibles concernant le taux de patients vus en visite à domicile, le taux réel ne peut être calculé mais le taux de 9% est vraisemblablement sous estimé.

3) Limite et biais de l'étude

3.1) Biais de recrutement en rapport avec la ville

Certaines villes sont surreprésentées dans les questionnaires (Bréhan, Pleugriffet et Lantillac). Ceci est sûrement dû au mode de distribution des questionnaires. Par défaut, les questionnaires étaient laissés à disposition avec une affiche explicative, mais certaines mairies ont spontanément proposé de mettre en oeuvre diverses méthodes afin d'accroître le taux de réponse. Une autre cause possible est la répartition des structures de soins (par exemple, la ville de Bréhan possède le seul centre d'imagerie médicale du canton).

3.2) Biais de formulation

La question principale était la distance jugée acceptable entre le domicile du patient et le cabinet de médecine générale le plus proche. La notion de distance « acceptable » est subjective et sa définition peut varier d'un individu à l'autre. Cependant, la distribution des réponses était assez étroite, ce qui est plutôt en faveur d'un biais de formulation peu important. Par ailleurs, une des questions du questionnaire a été mal comprise: la question « la distance varie-t-elle en fonction du motif de consultation? » a entraîné des réponses non cohérentes qui n'ont pas pu être analysées.

3.3) Biais de sélection

Le mode de distribution des questionnaires n'était pas basé sur un échantillonnage aléatoire. De ce fait, la représentabilité de la population ne peut être garantie dans cette étude. Par ailleurs, l'exclusion des patients vus uniquement en visite à domicile est à prendre en compte. En effet, certains patients sont peut-être vus en visite justement du fait d'une distance jugée trop importante pour se rendre chez leur médecin traitant. Leur avis serait à prendre en compte pour obtenir l'avis de la population générale. Enfin, de par le mode de distribution des questionnaires (principalement dans des structures de soins), l'avis recueilli est principalement celui des personnes en contact avec le système de soin.

4) Perspectives

Notre étude ne s'intéressant qu'aux personnes âgées, il pourrait être intéressant de mener une étude similaire sur l'ensemble de la population. Par ailleurs, d'autres données sont à prendre en compte comme par exemple, la distance depuis le lieu de travail, ou depuis le lieu de scolarisation des enfants (voire des petits-enfants).

Une étude similaire pourrait également être réalisée en zone non sous-dotée, pour voir si la faible densité médicale influence bien la DJADMG.

Ces études pourraient inclure la notion de temps d'accès, qui n'a pas été abordée dans notre étude.

Par ailleurs, la notion de renoncement à la consultation du fait de la distance a été abordée dans cette étude. Cette notion peut potentiellement soulever un enjeu majeur en termes de santé publique. Il serait intéressant de réaliser d'autres études complémentaires notamment en termes de moyens de transports, afin de vérifier si le fait d'être emmené en consultation par une tierce personne peut favoriser le renoncement aux soins.

CONCLUSION

Notre étude a évalué la distance jugée acceptable entre le domicile et le médecin généraliste le plus proche (DJADMG) par les patients de 60 ans et plus du canton de Rohan. Cette distance est de 7,3 km en moyenne pour une médiane de 5 km.

La DJADMG est plus faible chez les patients n'ayant pas de moyen de transport motorisé et diminue également avec l'âge. Elle est plus élevée dans les villes sans médecin, ce qui présume peut-être d'un phénomène d'acceptabilité entraînant les patients se sachant habiter loin d'un médecin, à considérer comme acceptable une distance plus élevée que ceux se sachant habiter près.

Par ailleurs, notre étude a également évalué le renoncement à la consultation de son médecin traitant du fait de la distance. Ce renoncement concerne 11% de la population de l'étude. L'âge et le moyen de transport n'ont pas d'influence sur ce renoncement mais le sexe semble en avoir un, avec un taux de renoncement supérieur chez les femmes.

D'autres études complémentaires sont nécessaires afin de préciser l'âge ou la densité médicale comme facteurs influençant cette distance. De plus, la notion de distance comme facteur de renoncement à la consultation du médecin généraliste pourrait être incluse dans les études sur le renoncement aux soins. Enfin, il pourrait être intéressant de faire des études intégrant la notions de temps et de distance pour se rendre chez le médecin, tout en explorant d'autres lieux de départ que le domicile, tels que les lieux de travail ou de scolarisation des enfants par exemple.

FACULTE DE MEDECINE

NOM et Prénom : Aceldy Adrien

TITRE DE LA THESE d'EXERCICE

(Ce document sera à insérer dans les thèses définitives)

Titre :

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

Brehan
Rennes, le

20 DEC. 2017

~~Docteur Nicolas THUAL~~
MÉDECIN GÉNÉRAL
Le Directeur de thèse
CONVENTIONNÉ SECTEUR 1

AM : 56 1 03567 6 - RPPS : 10002674512

Psp « Ty lann » La Lande de Nohais 56580 BRÉHAN

Tél. : 02 97 38 83 33

Rennes, le

Professeur SOMME Dominique
Médecin Généraliste - PONTCHAILLOU
Hôtel Hospitalier 7^{ème} étage
CHU - 35033 RENNES Cedex 9

Le Président de jury

Vu et permis d'imprimer

Rennes, le

- 9 JAN. 2018

Le Président de l'Université
de Rennes1

UNIVERSITÉ DE
RENNES 1

Pfde Président et par délégation
Le Vice-Président
D. ALIS

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Rawaf S, De Maeseneer J, Starfield B. *From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. The Lancet. Octobre 2008;372:1365–7.*
 Disponible à l'URL: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(08\)61524-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(08)61524-X/fulltext)
- [2] Fendall NRE. *DECLARATION OF ALMA-ATA. The Lancet. Décembre 1978;312:1308.*
 Disponible à l'URL: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(78\)92066-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(78)92066-4/abstract)
- [3] Druais PL, Frappé P, Certain MH, Combiér M, Gay B. *La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé. Rapport à Madame la Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Mars 2015.*
 Disponible à l'URL: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_druais_mars_2015.pdf
- [4] Gay B. *Repenser la place des soins de santé primaires en France – Le rôle de la médecine générale. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. Juin 2013;61:193–8.*
 Disponible à l'URL: <http://www.em-consulte.com/en/article/810830>
- [5] Carrier M, Perdrix C. *Accès au médecin généraliste dans la zone de soin de proximité de Thonon les Bains: étude auprès de patients.[thèse] Lyon, France: Université Claude Bernard Lyon 1;2015.*
 Disponible à l'URL: bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/...0/THm_2015_CARRIER_Marianne.pdf
- [6] Leleu H, Bourgueil Y, Jusot F. *Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Questions d'Economie de la Santé n°179. Septembre 2012.*
 Disponible à l'URL: <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes179.pdf>
- [7] Quintane Villa É. *Les métamorphoses du système de santé. Médecine & Droit. 2016;140:117–24.*
 Disponible à l'URL: <http://www.em-consulte.com/article/1091303/article/les-metamorphoses-du-systeme-de-sante>
- [8] Véran O. *Des bacs à sable aux déserts médicaux? Construction sociale d'un problème public. Les Tribunes de la santé n°39. 2013;39:77.*
 Disponible à l'URL: <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2013-2-page-77.htm>
- [9] *Loi n° 2009-879 du 21 Juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 21 Juillet 2009.*
 Disponible à l'URL: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
- [10] Tabuteau D. *Loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) : des interrogations pour demain ! Santé Publique n°22. 2010;22:78*
 Disponible à l'URL: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2010-1-page-78.htm>

[11] Direction Générale de l'Offre de Soins. *Un pacte pour lutter contre les déserts médicaux*. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2015

Disponible à l'URL: <http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/article/un-pacte-pour-lutter-contre-les-deserts-medicaux>

[12] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé . 26 janvier 2016.

Disponible à l'URL: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo>

[13] Castell L, Dennevault C. *Qualité et accès aux soins: que pensent les Français de leurs médecins?* Etudes et Résultats n° 1035. Octobre 2017.

Disponible à l'URL: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1035.pdf

[14] Collin C, Evain F, Mikol F, Minodier C. *Un accès géographique aux soins comparable entre les personnes âgées et les autres adultes*. Etudes et Résultats n° 816. Octobre 2012

Disponible à l'URL: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er816.pdf>

[15] Lucas-Gabrielli V, Pierre A, Com-Ruelle L, Coldefy M. *Pratiques spatiales d'accès aux soins. Les rapports de l'IRDES n° 564*. Octobre 2016.

Disponible à l'URL: <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/564-pratiques-spatiales-d-acces-aux-soins.pdf>

[16] Barlet M, Collin C. *Localisation des professionnels de santé libéraux*. Comptes nationaux de la santé. 2009;27-56.

Disponible à l'URL: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_localisation_pro_sante_cns2009.pdf

[17] Bachelet M, Anguis M. *Les médecins d'ici à 2040: une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée*. Etudes et Résultats n° 1011. Mai 2017.

Disponible à l'URL: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1011.pdf>

[18] Delattre E, Samson AL. *Stratégies de localisation des médecins généralistes français : mécanismes économiques ou hédonistes ?* Economie et statistique. 2012;455:115-42.

Disponible à l'URL: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/1377736/ES455G.pdf>

[19] Sécurité Sociale. *Les comptes de la sécurité sociale :Résultats 2014, Prévisions 2015 et 2016 - Septembre 2015*.

Disponible à l'URL: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/2_demographie_des_medecins_liberaux_et_remboursements_de_l_assurance_maladie.pdf

[20] ARS Bretagne. *SROS Ambulatoire Actualisation du zonage pluriprofessionnel*. Février 2014.

Disponible à l'URL:

http://www.bretagne.paps.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/PAPS/Je_minstalle/ou_minstaller/Zonage_pluriprofessionnel/2014.02_Methode_Zonage_SROS_2014.pdf

[21] Barlet M, Coldefy M, Collin C, Lucas-Gabrielli V. *L'accessibilité potentielle localisée (APL): une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux. Questions d'économie de la Santé n°174. Mars 2012*

Disponible à l'URL: <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes174.pdf>

[22] ARS Bretagne. *Analyse de l'offre de santé en Bretagne. Septembre 2010.*

Disponible à l'URL: <https://www.bretagne.ars.sante.fr/analyse-de-loffre-de-sante-en-bretagne>

[23] ARS Bretagne. *Bilan de l'offre de santé en Bretagne. Janvier 2017.*

Disponible à l'URL:

<https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2017-09/V2.3%20-%20Bilan%20de%20l%27Offre.pdf>

[24] ARS Bretagne. *Zonages de l'ARS Bretagne [Internet]. [cité 3 novembre 2017]. URL: <http://www.bretagne.ars.sante.fr/zonages-de-lars-bretagne>*

[25] Data V. *56580 Morbihan statistique, tourisme [Internet]. ville-data.com. [cité 3 nov 2017].*

Disponible à l'URL: <https://ville-data.com/html>

[26] Michel, C., Bobillier-Chaumon, M. E., Tarpin-Bernard, F. *Fracture numérique chez les seniors du 4e âge. Les Cahiers du numérique n° 5. 2009;5:147-168.*

Disponible à l'URL: <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-du-numerique-2009-1-page-147.htm>

[27] Robin M. *La motorisation des ménages continue de s'accroître au prix d'un vieillissement du parc automobile, La Revue du Commissariat Général au Développement Durable, décembre 2010, 99 - 121*

Disponible à l'URL: http://www.statistiques.developpement-durable.gouv.fr/fileadmin/documents/_shared/pdf/6_Revue_CGDD_Article6_voiture_08_12_10_cle57a8e2.pdf

[28] Bohannon RW, Williams Andrews A. *Normal walking speed: a descriptive meta-analysis. Physiotherapy Journal. Septembre 2011;97:182-9.*

Disponible à l'URL: [http://www.physiotherapyjournal.com/article/S0031-9406\(11\)00030-7/fulltext](http://www.physiotherapyjournal.com/article/S0031-9406(11)00030-7/fulltext)

[29] IRDES. *Données de cadrage: démographie et activité des professions de santé [Internet]. [cité 29 nov 2017].*

Disponible à l'URL: <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/Visites.htm>

[30] Célant N, Guillaume S, Rochereau T. *Enquête sur la santé et la protection sociale 2012. Les rapports de l'Irdes n°556. Juin 2014.*

Disponible à l'URL: <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/556-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale-2012.pdf>

[31] Desprès, C., Dourgnon, P., Fantin, R., & Jusot, F. *Dépense de santé et accès financier aux services de santé: une étude du renoncement aux soins. Comptes nationaux de la santé. 2010, 87-97*

Disponible à l'URL: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/03C_cns_2010_dossier3-2.pdf

[32] Parkin D. *Distance as an influence on demand in general practice. Journal of Epidemiology & Community Health.* 1979;33:96–99.

Disponible à l'URL: <https://pdfs.semanticscholar.org/c998/b256830a462fa556fe10c6458e2d0d580b3f.pdf>

[33] Montaut A. *Santé et recours aux soins des femmes et des hommes. Etudes et Résultats n° 717.* Février 2010 .

Disponible à l'URL: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er717-2.pdf>

[34] Laville V, Trombert B, Fernandez M, Charles R. *La distance entre domicile du patient et laboratoire influence-t-elle le suivi biologique du diabète ? Santé Publique.* 1 Décembre 2016;28:633–40.

Disponible à l'URL: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-5-page-633.htm>

ANNEXES

Annexe 1: Questionnaire

Questionnaire concernant l'accès aux médecins généralistes chez les plus de 60 ans dans le canton de ROHAN

Ce questionnaire concerne uniquement les **personnes de 60 ans et plus**, habitant dans les communes de **Rohan, Pleugriffet, Brehan, Reguiny, Lantillac, Radenac et Crédin** (canton de Rohan). Merci de ne répondre qu'à un questionnaire par personne.
Ce questionnaire comporte une feuille **RECTO-VERSO**

Quel âge avez vous (merci de cocher votre réponse) ?

- de 60 à 65 ans de 66 à 70 ans de 71 à 75 ans
 de 76 à 80 ans de 81 à 85 ans de 86 à 90 ans
 >90 ans

Dans quelle ville habitez vous ?

- Rohan Pleugriffet Brehan Reguiny
 Lantillac Radenac Crédin

Êtes vous ? une femme un homme

Selon vous quelle serait la distance maximale (en km) acceptable entre votre domicile et le cabinet médical le plus proche ?km

Pour vous, cette distance varie-t-elle en fonction du motif de consultation? Oui Non Ne sait pas

➤ **Si oui, merci de préciser**

- Quelle distance maximale vous paraît acceptable lorsque vous devez voir votre médecin pour un problème chronique (exemple: renouvellement d'une ordonnance, symptôme évoluant depuis plusieurs mois, etc...):km
- Quelle distance maximale vous paraît acceptable pour un problème aigu (exemple: angine, fièvre, rhume, douleur évoluant quelques jours, etc...):km

Vous est-il déjà arrivé, durant les 12 derniers mois, de renoncer à consulter un médecin du fait de la distance à parcourir ?

- Oui Non Ne sait pas

Habituellement, comment vous rendez vous chez votre médecin traitant (merci de ne cocher qu'une seule réponse) ?

- A pied, en vélo (ou autre moyen de transport non motorisé)
 Voiture (mobylette ou autre véhicule motorisé personnel)
 Quelqu'un m'emmène (fils, fille, autre:)
 Autre: préciser.....

Votre médecin traitant est-il le médecin généraliste le plus proche de votre domicile ? Oui Non Ne sait pas

Dans votre cas personnel, quelle distance (en kilomètres) sépare votre lieu de résidence de votre médecin traitant ?

- moins de 5 km de 6 à 10 km de 11 à 15 km
 de 16 à 20 km de 21 à 25 km de 26 à 30 km
 plus de 31 km

Au vu des réponses précédentes, cette distance vous paraît-elle acceptable ?

- Tout à fait acceptable Assez acceptable Plutôt inacceptable
 Tout à fait inacceptable

Ce questionnaire est à déposer avant le 31 août 2017 dans la pochette consacrée à l'endroit où vous l'avez récupéré ou dans un des endroits suivants:

*Médecins du canton de rohan
 Pharmacies du canton de rohan
 Mairies du canton de rohan*

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire
 Adrien Aceldy

Annexe 2 : Tableaux généraux

Renoncement*= renoncement à au moins une consultation de son médecin traitant du fait de la distance sur les 12 derniers mois

DJADMG= Distance jugée acceptable entre le domicile et le médecin généraliste le plus proche

Questions	Nombre de réponses	Modalités de réponse	Effectifs	Pourcentage
Âge	237	Groupe 1: 60 à 65 ans	72	30,4
		Groupe 2: 66 à 70 ans	52	21,9
		Groupe 3: 71 à 75 ans	43	18,1
		Groupe 4: 76 à 80 ans	29	12,2
		Groupe 5: 81 à 85 ans	27	11,4
		Groupe 6: Plus de 86 ans (fusion groupe 6+7)	14	5,9
Ville	237	Bréhan	73	30,8
		Crédin	31	13,08
		Lantillac	26	10,97
		Pleugriffet	39	16,46
		Radénac	15	6,33
		Réguiny	22	9,28
		Rohan	31	13,08
Sexe	227	Femme	138	60,8
		Homme	89	39,2

Questions	Nombre de réponses	Moyenne	Ecart-Type	Médiane	Valeur maximale	Valeur minimale
Distance jugée acceptable entre le domicile du patient et le cabinet du médecin généraliste le plus proche= DJADMG	230	7,3 km	4,8 km	5 km	30 km	0,2 km
DJADMG acceptable pour un motif chronique	115	8,2 km	5,3 km	6 km	20 km	1 km
DJADMG acceptable pour un motif aigu	115	7,3 km	5,5 km	5 km	40 km	1 km

Questions	Nombre de réponses	Réponses possibles	Effectifs	Pourcentage
Variation de la DJADMG en fonction du motif de consultation	230	Oui	111	48,26
		Non	98	42,61
		Ne Sait Pas	21	9,13
Renoncement à consulter son MT du fait de la distance, au cours de l'année précédente= renoncement*	235	Oui	25	10,64
		Non	207	88,09
		Ne Sait Pas	3	1,28
Mode de transport	225	Voiture ou autre moyen motorisé	160	71,11
		Marche, vélo ou autre moyen non motorisé	42	18,67
		Emmené par une tierce personne	22	9,78
		Autre	1	0,44
Le MT est-il le médecin généraliste le plus proche du domicile	221	Oui	174	78,73
		Non	40	18,1
		Ne Sait Pas	7	3,17
Distance entre le domicile et le cabinet du MT	223	moins de 5km	145	65,02
		6 à 10 km	55	24,66
		11 à 15 km	11	4,93
		16 à 20 km	9	4,04
		21 à 25 km	2	0,9
		26 à 30 km	0	0
		Plus de 31 km	1	0,45
Acceptabilité de la distance entre le domicile du patient et le cabinet du MT	222	Tout à fait acceptable	173	77,93
		Assez acceptable	38	17,12
		Plutôt inacceptable	8	3,6
		Tout à fait inacceptable	3	1,35

Questions	Nombre et modalités de réponses	Test statistique réalisé	Valeur de p	Résultats
DJADMG en fonction de l'âge	235 questionnaires avec les réponses âge et DJADMG	Test de spearman, IC 95%	0,0001	rs=-0,2492 corrélation statistiquement significative mais faible
DJADMG en fonction du sexe	Femmes: 135 réponses, DJADMG moyenne de 7.25 km	Test de Student bilatéral, IC 95%	0,8205	Pas de corrélation retrouvée entre le sexe et la DJADMG
	Hommes: 86 réponses, DJADMG moyenne de 7.39 km			
DJADMG en fonction de la ville	230 réponses dont	Test de Student d'infériorité, IC 95%	0,0387	DJADMG moyenne statistiquement plus élevée dans les villes dépourvues d'un médecin généraliste
->Villes pourvues d'un médecin généraliste (VPMG: Bréhan, Pleugriffet, Réguiny, Rohan)	158 réponses en provenance des VPMG=> DJADMG moyenne 6,98km			
->Villes dépourvues d'un médecin généraliste (VDMG: Crédin, Lantillac, Radénac)	et 72 réponses en provenance des VDMG=> DJADMG moyenne 8,11km			
DJADMG en fonction du mode de transport.	217 réponses dont	Test de Kruskal et Wallis, IC 95% pour comparer les 3 groupes ("motorisé", "non motorisé" et "amené")	0,0015	Différence statistiquement significative entre les 3 groupes analysés
- Groupe "motorisé": patients venant chez le MT en voiture ou autre véhicule motorisé	groupe "motorisé": 156 réponses et DJADMG moyenne 7,86 km	Test de Student de supériorité, IC 95% pour comparer groupe "motorisé" avec groupe "non motorisé"	0,0002	DJADMG moyenne plus importante dans le groupe "motorisé" que dans le groupe "non motorisé"
- Groupe "non motorisé": patients venant chez le MT à pieds, en vélo ou autre véhicule non motorisé	groupe "non motorisé": 39 réponses et DJADMG moyenne 4,99km	Test de Student bilatéral, IC 95% pour comparer groupe "motorisé" et groupe "amené"	0,0002	Pas de différence statistiquement significative entre le groupe "motorisé" et le groupe "amené"
- Groupe "amené": patients amenés en voiture par une tierce personne chez le MT	groupe "amenés": 22 réponses et DJADMG moyenne 7,66 km	Test de Student bilatéral, IC 95% pour comparer groupe "motorisé" et groupe "amené"	0,8636	Pas de différence statistiquement significative entre le groupe "motorisé" et le groupe "amené"
Renoncement* du fait d'une DJADMG trop importante en fonction de l'âge	232 questionnaires avec les réponses "classe d'âge" et "renoncement**"	Test du CHI2, IC 95%	0,6911	Pas de différence significative entre les 6 groupes d'âge
Renoncement en fonction du mode de transport	221 questionnaires avec les réponses "transport" et "renoncement**" (analyse de groupes "motorisé" "non motorisé" et "amené")	Test du CHI2, IC 95%	0,0948	Pas de différence significative entre les 3 groupes
Renoncement en fonction du sexe	222 questionnaires avec les réponses "sexe" et "renoncement**" 4 renoncements* pour 88 réponses chez les hommes. 20 renoncements* pour 134 réponses chez les femmes	Test du CHI2, IC 95%	0,0148	Taux de renoncement supérieur chez les femmes de façon statistiquement significative
Acceptabilité en fonction de l'âge	223 questionnaires avec les réponses "âge" et renoncement	Test de Kruskal et Wallis, IC 95%	0,0571	Pas de corrélation entre l'âge et l'acceptabilité de la distance domicile-médecin traitant

U.F.R. DE MEDECINE DE RENNES

N°

ACELDY, Adrien .- 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

40 pages., 3 figures., 4 tableaux., 30 cm.- Thèse : (Médecine) ; Rennes 1; 2017 ; N°

Résumé

Introduction: L'accès aux médecins généralistes fait partie des priorités actuelles de la stratégie nationale de santé. La notion d'accessibilité est complexe mais est très souvent liée à la proximité géographique. Par ailleurs, les personnes âgées consomment plus de soins et consultent plus souvent les médecins le plus proches de chez eux que le reste de la population. Notre étude se propose donc d'étudier l'avis des personnes de 60 ans et plus concernant l'accessibilité géographique aux médecins généralistes. Cette étude se déroule en zone de faible densité médicale (classée zone fragile par l'ARS Bretagne), le canton de Rohan, dans le Morbihan.

Méthode: L'objectif principal était d'étudier la distance moyenne jugée acceptable entre le domicile et le médecin généraliste le plus proche chez les personnes de plus de 60 ans du canton de Rohan. Les objectifs secondaires étaient de rechercher des facteurs influençant cette distance ainsi que d'étudier le renoncement à la consultation du fait de la distance. Une étude quantitative observationnelle, transversale a été réalisée dans le canton de Rohan à partir de questionnaires anonymes. Ces questionnaires ont été entrés dans un tableur Excel puis analysés à l'aide des logiciels SHINY GMRC STATS et BIOSTATGV.

Résultats: Deux cents trente-sept habitants du canton de Rohan (sur un total 2786) ont participé à l'étude. La distance jugée acceptable entre le domicile et le médecin généraliste le plus proche était de 7,3 km en moyenne. La distance médiane était de 5 km. Les facteurs diminuant cette distance était l'âge, le fait de se rendre chez son médecin à pied ou en vélo et le fait de résider dans une ville pourvue de médecins.

Par ailleurs, le taux de renoncement à la consultation de son médecin traitant du fait de la distance était de 11%. L'âge et le mode de transport n'influaient pas sur le renoncement. En revanche, le taux de renoncement était plus important chez les femmes que chez les hommes.

Conclusion: La distance jugée acceptable entre le domicile et le médecin généraliste le plus proche par les habitants de plus de 60 ans du canton de Rohan est de 7,3 km en moyenne. D'autres études complémentaires pourraient permettre d'étendre cette mesure à une population plus large ou encore de préciser l'impact de la distance sur le renoncement aux soins.

Rubrique de classement : Santé Publique

Mots-clés : Accès aux soins primaires, Accès au médecin généraliste, personnes âgées, Distance jugée acceptable, renoncement à la consultation, Étude observationnelle

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Dominique Somme

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Nicolas Thual [directeur de thèse]

Monsieur le Professeur Eric Méner

Monsieur le Professeur Olivier Decaux