



**HAL**  
open science

# Quelles contraintes les patients des zones sous-médicalisées sont-ils prêts à accepter pour conserver un accès aux soins ? L'exemple du “ Pôle Santé de Soule ”

Agathe Beuscar

► **To cite this version:**

Agathe Beuscar. Quelles contraintes les patients des zones sous-médicalisées sont-ils prêts à accepter pour conserver un accès aux soins ? L'exemple du “ Pôle Santé de Soule ”. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02460109

**HAL Id: dumas-02460109**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02460109>**

Submitted on 29 Jan 2020

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

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

# Université de Bordeaux – U.F.R de SCIENCES MEDICALES

Année 2019

Thèse n° 17

Thèse pour l'obtention du  
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

le 28 janvier 2019

Par Agathe BEUSCAR

Née le 26 octobre 1985 à PAU

**Quelles contraintes les patients des zones sous-médicalisées  
sont-ils prêts à accepter pour conserver un accès aux  
soins ? L'exemple du « Pôle Santé de Soule ».**

Directeur de thèse

Dr Jean-Claude Gaillard

Membres du Jury

Pr Bernard GAY.....Président  
Dr Marco ROMERO.....Rapporteur  
Pr François ALLA.....Juge  
Dr Philippe SALVAYRE.....Juge  
DR Jean-Claude GAILLARD.....Juge

# Remerciements :

## *A notre président du jury,*

Monsieur le Professeur Bernard GAY, Professeur Emérite des Universités de Médecine Générale. Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse et je vous en remercie. Je vous prie de croire en ma gratitude et mon profond respect.

## *A notre rapporteur,*

Monsieur le Docteur Marco ROMERO, Maître de Conférences des Universités en Médecine Générale, Médecin Généraliste. Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail et de faire partie du jury. Merci pour vos conseils avisés et votre grande disponibilité.

## *A nos juges,*

Monsieur le Professeur François ALLA, Professeur des Universités de Santé Publique. Merci d'avoir accepté de juger ce travail, veuillez trouver ici le témoignage de ma respectueuse reconnaissance.

Monsieur le Docteur Philippe SALVAYRE, Médecin urgentiste. Merci d'avoir accepté de faire partie du jury, comme tu as pu faire partie des différentes de ma formation. Je te remercie d'avoir toujours été à mes côtés et de m'avoir soutenue dans les bons et les mauvais moments.

## *A notre directeur de thèse,*

Monsieur le Docteur Jean-Claude GAILLARD, Médecin Généraliste. Merci pour ton aide précieuse et ton soutien tout au long du travail. Un immense merci pour ton implication dans l'installation et la formation des jeunes généralistes en Soule.

*Merci à tous de m'avoir soutenu dans ce projet de soutenance « délocalisée » à Mauléon, merci pour votre disponibilité malgré des agendas très chargés.*

## *A mes futurs associés,*

Merci aux Docteurs Rémy COSTE et Jean-Yves PRIBAT pour votre confiance et votre compréhension. Merci de m'avoir donné envie de venir exercer à vos côtés en Haute-Soule.

*A tous les patients pour leur accueil chaleureux et leur participation à ce travail.*

### *Aux médecins qui m'ont accompagné,*

Un immense merci au Docteur Laurent MAGOT, sans qui ce projet n'aurait jamais vu le jour. Merci Laurent pour ta disponibilité et ton soutien.

Au Professeur JOSEPH et à toute l'équipe du Département de Médecine Générale pour votre patiente et votre compréhension.

Au Docteur Xavier DELBREL, merci Xavier de m'avoir donné envie de continuer la médecine générale quand la flamme tendait à s'éteindre.

Aux Docteurs Xavier LARREGLE et Philippe BAYLE pour ce semestre en votre compagnie. Merci de m'avoir transmis votre amour du métier.

A PHILOU, « mon deuxième papa ». Merci pour nos sorties SMUR, nos heures d'entraînement sur le vélo (« les mains en bas et ça va tarter »), ou les skis. Merci de m'avoir encouragé à participer à ma première Pyrenea, de m'avoir appris à clipper mes pédales automatiques. Merci pour ton soutien indéfectible dans tous les domaines de ma vie.

A Pascal DEPAIRE, merci de m'avoir fait rêver.

### *A ma famille, mes amis,*

A Jérôme, mon tandem dans la vie, sur deux ou quatre roues. Merci d'être à mes côtés au quotidien, de me supporter, de m'épauler. Je t'aime.

A Ama, pour ton sourire et ton abnégation. Tu es la femme la plus courageuse que je connaisse, merci pour tout ce que tu as donné pour moi. Tu m'as transmis le flambeau de ce métier qui te passionne depuis plus de trente ans et sans toi je n'en serais pas là.

A Papa, merci de m'avoir donné le goût des longs efforts. Il m'en a fallu de l'endurance pour arriver jusqu'ici. Merci de m'avoir transmis ta passion, merci pour nos sommets, nos virages dans la poudre, nos heures en selle et d'avoir descendu Maïka en rappel dans un couloir gelé.

A Jeannot, merci d'avoir tenu le coup et d'être encore là pour assister à ma thèse. Je ne te remercierai jamais assez pour tout ce que tu as fait pour moi.

A Monette, qui restera toujours une source d'inspiration. Je sais que tu es fière de moi aujourd'hui.

A Lorène, alias Jasonna, il s'en est passé du temps depuis l'époque de chez Tonton et le MST dance crew. Maintenant, on fait de l'enduro à Ainsa, on élève des poneys et des péruches. Merci pour notre amitié si précieuse, tu es extraordinaire.

A Steph, pour nos nuits de garde, nos virées VTT avec le guide Robert, pour le Vignemale en baskets avec la fameuse variante de Bayssellance. Merci d'avoir été mon fidèle compagnon de cordée pendant toutes ces années.

A Max, Pontaut, Artilili, Bighouse, Hugo, Zoé, Anne-So pour ces belles années.

# Table des matières

Liste des abréviations : .....	7
Préambule : .....	8
1-Introduction :.....	9
1.1    Alerte sur la démographie médicale :.....	9
1.1.1    La démographie de la médecine générale en France :.....	9
1.1.2    La démographie de la médecine générale dans les Pyrénées Atlantiques : .....	14
1.1.3    La démographie médicale en Soule : .....	16
1.2    Les regroupements professionnels : une solution pour préserver l'accès aux soins : 17	
1.2.1    Objectif 2000 MSP pour 2022 ? .....	18
1.2.2    Au-delà des MSP, les nouveaux modes d'exercice coordonné : .....	18
1.2.3    Les aides au fonctionnement :.....	19
1.3    Particularités du territoire souletin : .....	19
1.3.1    Historique : .....	19
1.3.2    Situation actuelle à Mauléon :.....	20
1.3.3    Situation actuelle à Tardets :.....	21
1.3.4    Situation actuelle à Barcus :.....	21
1.3.5    La Soule classée en ZAC :.....	22
1.3.6    Le contrat de PTMG :.....	22
1.4    Le projet territorial retenu : la création d'une CPTS.....	23
1.4.1    Définition et objectifs :.....	23
1.4.2    Les changements que cela implique :.....	24
1.4.3    Les professionnels impliqués :.....	24
1.4.4    Les premiers axes de travail :.....	25
1.4.5    Le partage de l'information : .....	25
1.5    Questions de recherche et objectifs :.....	25
1.5.1    Définition de la question de recherche :.....	26
1.5.2    Objectifs de l'étude : .....	26
2- Matériel et Méthode : .....	28
2.1    Type d'étude : .....	28
2.2    Population étudiée : .....	28
2.2.1    Critères d'inclusion : .....	28
2.2.2    Critères d'exclusion :.....	28
2.3    Déclaration CNIL :.....	28
2.4    Le questionnaire :.....	29
3- Résultats :.....	31

3.1	Déroulement de l'étude .....	31
3.2	Description de la population : .....	32
3.2.1	Sexe : .....	32
3.2.2	Age : .....	32
3.2.3	Conduite : .....	33
3.2.4	Nombre d'enfants à charge : .....	33
3.2.5	Distance domicile-cabinet médical : .....	34
3.2.6	Situation familiale : .....	34
3.2.7	Situation socio-professionnelle : .....	35
3.2.8	Maladie chronique avec suivi régulier ou prise d'un traitement quotidien : .....	36
3.2.9	Consultation médicale pour les enfants : .....	36
3.2.10	Inquiétude pour l'avenir des soins : .....	36
3.2.11	Cas des patients exclus : .....	37
3.3	Réponses aux objectifs principaux : .....	37
3.3.1	Avis sur un secrétariat qui filtrerait les appels : .....	37
3.3.2	Consultation sur rendez-vous : .....	38
3.3.3	Délai jugé acceptable en cas d'urgence : .....	38
3.3.4	Disponibilité du médecin : .....	39
3.3.5	Secrétariat téléphonique : .....	39
3.3.6	Consultation d'un autre médecin en cas d'urgence : .....	40
3.3.7	Accès des infirmières libérales au dossier médical : .....	40
3.3.8	Internes : .....	41
3.3.9	Télé médecine : .....	41
3.4	Réponses aux objectifs secondaires : .....	41
3.4.1	Etude des facteurs influençant l'inquiétude : .....	42
3.4.2	Etude des facteurs influençant le désir de consultations sur RDV : .....	45
3.4.3	Etude de l'influence de l'âge : .....	51
3.4.4	Croisement entre « rendez-vous » et disponibilité du médecin : .....	58
3.5	Réponses à la question « d'expression personnelle » : .....	58
3.6	Résumé des résultats : .....	60
3.6.1	Population et objectifs principaux : .....	60
3.6.2	Analyse bivariée et objectifs secondaires : .....	61
4-	Discussion : .....	63
4.1	Discussion de la Méthode : .....	63
4.1.1	La naissance de la question de recherche : .....	63
4.1.2	Deux villes pour l'étude : .....	63
4.1.3	Le questionnaire : .....	64

4.1.4	La période et les lieux de recueil : .....	65
4.1.5	La population et le nombre de questionnaires : .....	66
4.1.6	Les limites d'une étude quantitative : .....	67
4.2	Forces et faiblesses : .....	67
4.2.1	Les forces : .....	67
4.2.2	Les faiblesses : .....	68
4.3	Discussions des résultats : .....	70
4.3.1	La population : .....	70
4.3.2	Réponses aux critères principaux : .....	73
4.3.3	Réponses aux critères secondaires : .....	78
4.4	Comparaisons des résultats aux autres travaux : .....	83
4.5	Perspectives et travaux complémentaires : .....	84
5-	Conclusion : .....	85
6-	Bibliographie :.....	86
7-	Annexes : .....	90
7.1	Fiche CNIL : .....	90
7.2	Lettre d'information aux patients : .....	90
7.3	Questionnaire : .....	92

## Liste des Abréviations :

MG : Médecine Générale ou Médecin Généraliste

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

ARS : Agence Régionale de Santé

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

PA : Pyrénées Atlantiques

AUDAP : Agence d'Urbanisme Atlantique et Pyrénées

ETP : Education Thérapeutique Personnalisée

NMR : Nouveaux Modes de Rémunération

SSR : Soins de Suite et Réadaptation

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

RDV : Rendez-Vous

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelles

HAD : Hospitalisation à Domicile

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

FIR : Fond d'Interventions Régional

ZRR : Zone de Revitalisation Rurale

ZAC : Zone d'Accompagnement Complémentaire

PTMG : Praticien Territorial de Médecine Générale

PTMA : Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire

PTMR : Praticien Territorial de Remplacement

CESP : Contrat d'Engagement de Service Public

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

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

DMG : Département de Médecine Générale

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

## Préambule :

En France, de nombreux territoires connaissent une inquiétante pénurie de médecins, beaucoup ferment leur cabinet à leur départ à la retraite, faute de successeur. En 2014, 3% des personnes majeures bénéficiant de l'assurance maladie obligatoire ont renoncé à un soin en raison d'un trop grand éloignement ou de difficultés de transport, principalement dans les zones rurales. (1) L'accès aux soins de premiers recours, en particulier l'accès au médecin généraliste, est un droit pour tous et le monde rural ne doit pas s'en trouver exclu.

La jeune génération de médecins est en train de réinventer la façon de travailler, basée sur un exercice en commun, pluridisciplinaire. L'enjeu principal est de pérenniser l'offre de soin en donnant envie aux jeunes généralistes de s'installer ; tout en leur promettant une qualité de vie et d'exercice répondant à leurs attentes.

Afin de stimuler l'implantation de professionnels de santé dans des zones déficitaires, les pouvoirs publics encouragent le regroupement pluriprofessionnel avec comme principaux objectifs d'améliorer non seulement les conditions de travail des personnels de santé mais aussi la qualité des soins et le suivi des patients.

Outre les maisons de santé, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent une réelle innovation en matière de coordination et de « travailler ensemble ». C'est dans cette voie que les professionnels de santé souletins ont choisi de s'engager afin d'optimiser la prise en charge de leurs patients. L'arrivée de jeunes femmes généralistes sur le territoire apporte un réel dynamisme mais, également des changements de pratiques auxquels vont devoir se confronter les patients.

Mais les patients sont-ils prêts à accepter ce changement et ces contraintes ?

C'est à cette question que nous avons tenté de répondre par le biais de notre étude. Nous avons tenté de déterminer la proportion de patients qui se déclarent prêts à voir évoluer le mode de fonctionnement du cabinet médical et à accepter les contraintes imposées par la mise en place d'une CPTS.

Nous avons également tenté d'explorer la perception des contraintes et des avantages pour les patients générés par la création d'une CPTS à l'échelle du territoire souletin et d'identifier les facteurs associés à une mauvaise acceptation de celle-ci.

# 1-Introduction :

## 1.1 Alerte sur la démographie médicale :

La question de la crise de la démographie médicale et notamment celle de la médecine générale en France embarrasse les élus et les pouvoirs publics depuis de nombreuses années. De plus en plus de patients éprouvent des difficultés à trouver un généraliste disponible près de chez eux, notamment dans les territoires ruraux, où la médecine n'est, parfois, plus présente. Dans un contexte de population vieillissante et de non-renouvellement générationnel de médecins, il semble urgent de relancer la démographie médicale.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a, dans son Atlas 2017 de la démographie médicale offert une vision de l'évolution de la démographie médicale au cours des dix dernières années (2). Au premier janvier 2017, la France compte 290 974 médecins inscrits au tableau de l'ordre. Le pays n'a jamais compté autant de médecins...Toutefois, parmi ces médecins la proportion des professionnels en activité régulière recule de 10 points depuis 2007 pour atteindre 68% en 2017, soit 197 859 médecins.

Depuis 2012, le nombre total de médecins a augmenté de 4,5%, essentiellement du fait de la progression du nombre de spécialistes hors médecine générale (7,8% d'augmentation), alors que le nombre de généralistes a stagné (+ 0,7%) malgré une constante augmentation de la population. (3)

La population médicale est âgée : 47% ont plus de 55 ans (contre 18% des cadres et professions intellectuelles supérieures) et 30% au moins 60 ans.

La forte féminisation de la profession est également un aspect important des mutations démographiques : les femmes représentent en 2017 47% des médecins en activité régulière contre 38% en 2007. Elles représentent 59% des 8.600 nouveaux médecins inscrits à l'Ordre en 2017 (dont 63% sont salariés). (2)

Notre pays reste affecté par d'importantes disparités territoriales au sein même de chacune des régions.

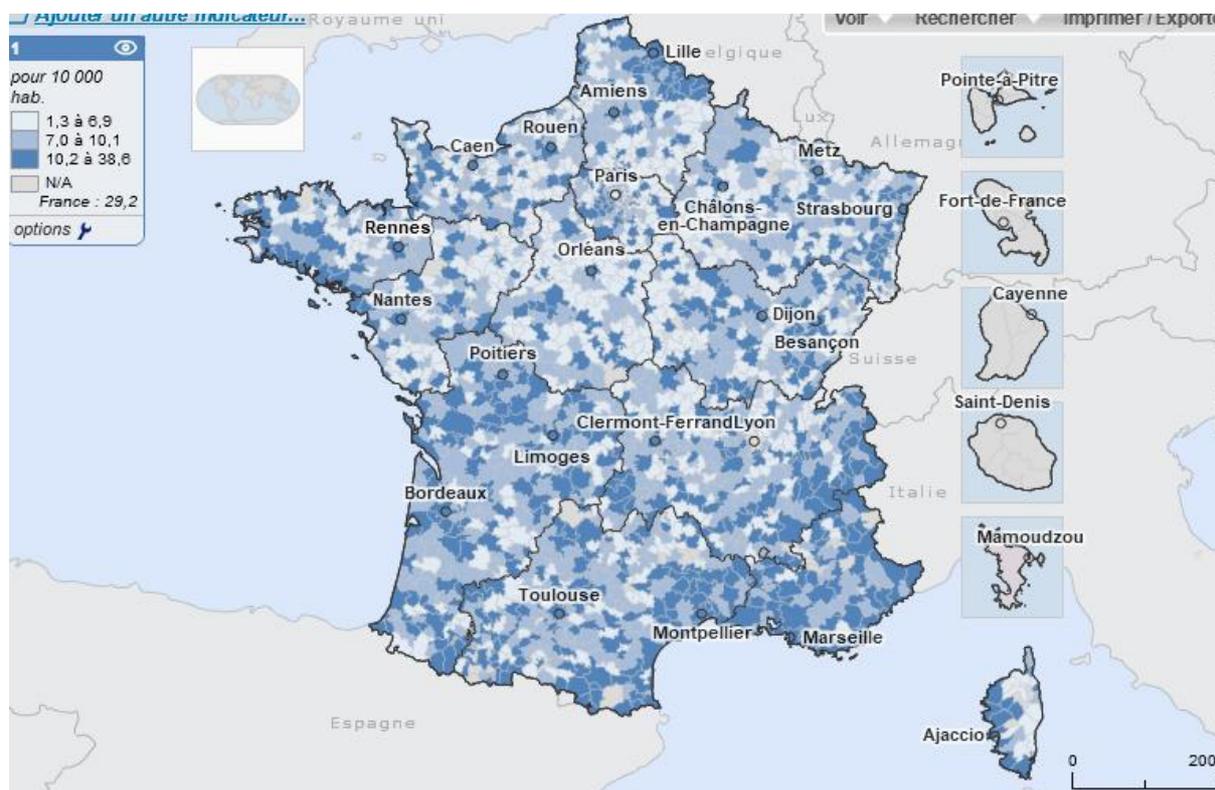
### 1.1.1 La démographie de la médecine générale en France :

### 1.1.1.1 Analyse territoriale et évolution démographique :

Les médecins généralistes représentent 45 % des médecins en activité en France. (3)

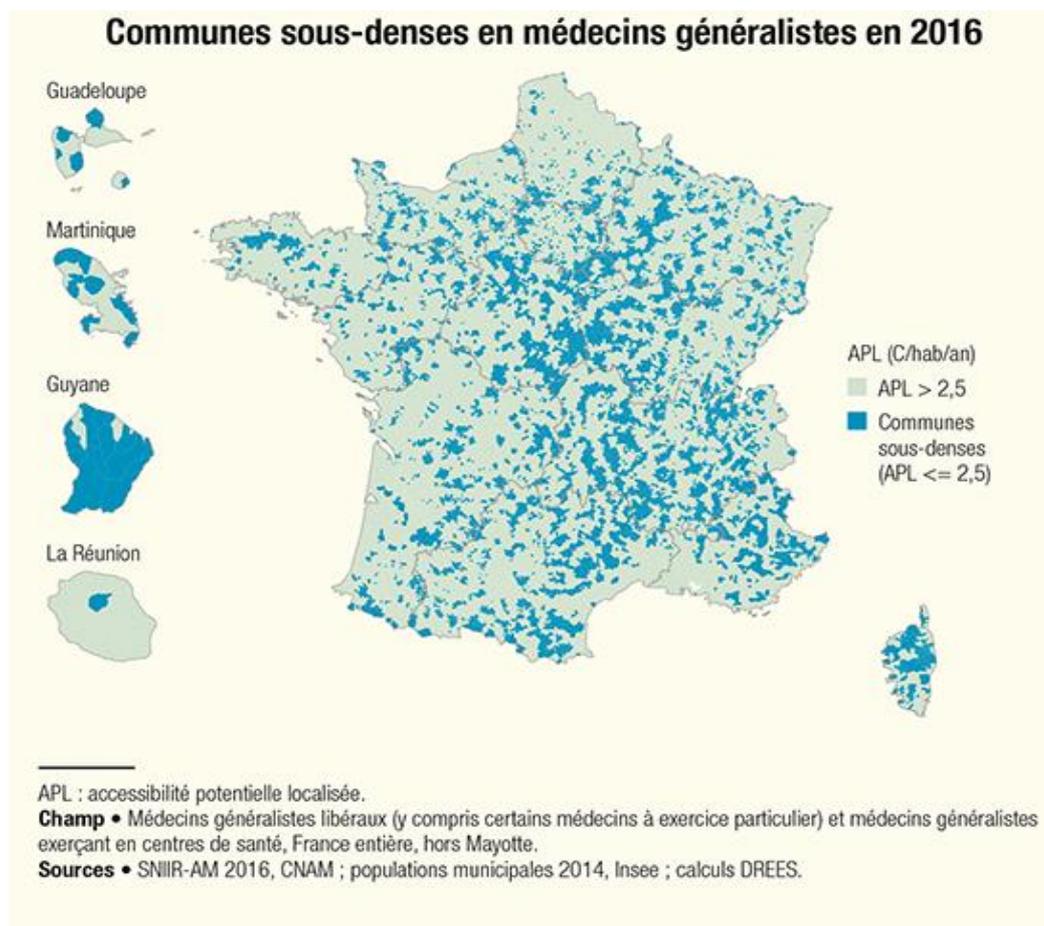
En 2016, le CNOM alertait sur la baisse préoccupante des médecins généralistes dont le nombre était tombé à 88 886 (4). En 2017, on observe une nouvelle chute de praticiens avec 88 137 généralistes tous modes d'exercice confondus, alors même que la population nationale augmente. Leur nombre est en baisse de près de 7% depuis 2010. (2) D'après les analyses du CNOM, la tendance à la baisse a une forte probabilité de se confirmer jusqu'en 2025 pour atteindre 79 262 médecins généralistes en activité régulière.

Cette baisse du nombre de généralistes entre 2007 et 2017 est d'autant plus alarmante qu'elle affecte la quasi-totalité de nos territoires ; on la constate dans 93 de nos départements.



Carte 1 : Densité de MG toutes activités en France en 2018 (4)

Face à ces disparités territoriales et à cette baisse généralisée, la définition en 2012 de zones déficitaires par les ARS et les mesures qui leurs sont liées n'ont pas eu d'impact. La quasi-totalité des installations des médecins généralistes ont eu lieu en dehors de ces zones. (5,6,7)



Carte 2 : Communes sous denses en médecin généralistes en 2016

Un quart de la population habitant une commune sous-dense en généralistes habite dans un pôle urbain, dont près de 18% dans l'unité urbaine de Paris.

En matière d'accès aux médecins généralistes, les inégalités de densités départementales n'ont pas augmenté depuis les années 1980. (3). 98 % de la population réside à moins de 10 minutes du généraliste le plus proche en 2016 et seulement 0,01% (soit 52000 personnes en France) résident à plus de 20 minutes d'un cabinet de médecine générale. Ces données sont similaires à celles observées pour les principaux services de la vie courante.

Des données issues d'un calcul basé sur l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée APL (tenant compte de la disponibilité de l'offre médicale, des besoins de soins de la population et de ses déplacements) montrent que les disparités territoriales sont relativement faibles : les 10% des personnes les mieux loties ont une accessibilité égale à 5,7 consultations par an et par habitant, alors que les 10% les moins favorisées ont accès à 2,7 consultations par an et par

habitant. (7) L'APL a été défini afin d'appréhender plus précisément les manques d'offre de soins selon des entités territoriales disposant des services les plus courants. Cet indicateur est également utilisé pour déterminer les territoires dans lesquels les professionnels de santé peuvent bénéficier d'aides à l'installation ou au maintien de l'activité (territoire où l'APL est la plus faible). L'APL ne prend pas en compte des facteurs d'inégalités sociales importants tels que : le niveau socioéconomique, l'absence de moyen de transport autonome, la diminution d'accès aux spécialistes, l'offre de soins au tarif Sécurité sociale sans dépassement d'honoraires. (1,8)

Cela ne signifie pas qu'il n'y a pas de problèmes d'accessibilité géographique aux soins, mais ils sont concentrés dans les communes rurales périphériques des grands pôles urbains et dans les communes hors influence de ces pôles.

La densité médicale est en baisse ces dernières années, passant de 100,1 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2007 à 88,6 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2017. Une baisse de la densité au niveau national que l'on retrouve dans toutes les régions de France, de façon plus ou moins importante : par exemple la région Ile-de-France enregistrait la plus forte baisse (-17,7 %) alors que les régions Franche-Comté, Corse et Alsace semblent relativement préservées par cette désertification de la profession (respectivement -5,9 %, -5,3 % et -5,3 %). (2)

#### *1.1.1.2 Une population de MG plus âgée et plus féminine :*

Parmi les MG en activité en 2017, 6 177 sont âgés de plus de 65 ans, soit 6,8 %. Un effectif en hausse puisqu'en 2007 ils n'étaient que 1440 médecins généralistes de plus de 65 ans pour 96 889, soit 1,5 % (2,3,9).

Cette évolution démographique est spécifique aux praticiens exerçant en activité libérale. Le nombre de médecins généralistes libéraux d'âge strictement supérieur à 65 ans exerçant en cabinet libéral est passé de 376 en 2007 à 4340 en 2015. A noter que le nombre de médecins remplaçants de plus de 65 ans est également en hausse, passant de 623 en 2007 à 1127 en 2015. (9)

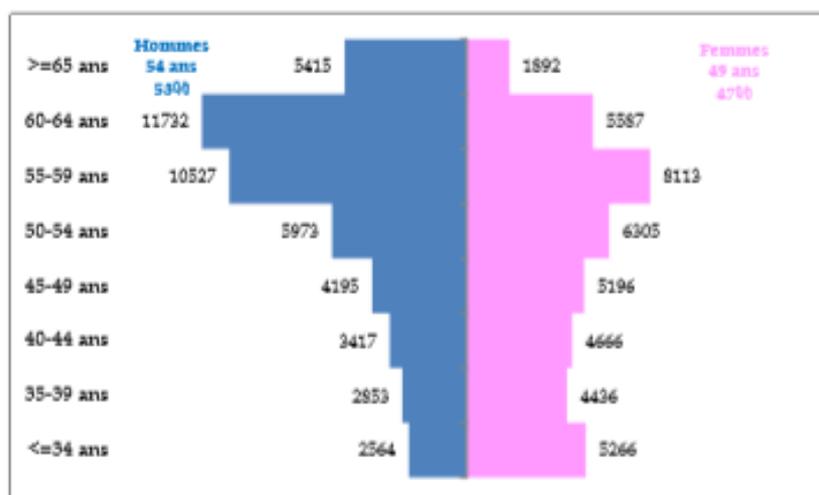
En Aquitaine (région Aquitaine telle que définie en 2015) cette hausse est également notable, avec 256 médecins généralistes de plus de 65 ans continuant d'exercer en cabinet libéral en 2015 contre seulement 14 en 2007. L'effectif des médecins généralistes de plus de 65 ans remplaçants a quant à lui doublé, passant de 44 à 92.

Ces chiffres montrent une augmentation spectaculaire de la population de médecins généralistes continuant d'exercer au-delà l'âge de la retraite à taux plein (65 ans en 2015).

De cette évolution découle logiquement un vieillissement des médecins généralistes en activité, avec un âge moyen passant de 49,1 ans en 2007 à 52 ans en 2015. Au niveau régional, en Aquitaine, l'âge moyen est passé de 51,2 ans en 2007 à 53,8 ans en 2015. (9,12)

La population de MG est globalement plus âgée mais aussi plus féminine : en 2007 on comptait 1 femme pour 1,6 hommes, en 2015 le ratio passe à 1 femme pour 1,2 hommes.

Les jeunes médecins qui s'installent actuellement sont tous dans le désir de travailler moins d'heures, hommes et femmes confondus. Les données permettant d'affirmer que le temps de travail des femmes médecin est inférieur à celui des hommes ne sont que parcellaires : en 2016, le « portrait des professionnels de santé » de la DRESS estimait qu'une femme généraliste travaillait 10% de moins qu'un collègue masculin (en considérant le temps de travail hebdomadaire). La différence de temps de travail se situe surtout en début de carrière, parce que les femmes s'arrêtent pour la grossesse et s'occupent souvent plus des enfants. (10,11) Or s'il est vrai que les femmes médecin travaillent en moyenne moins que leurs homologues masculins, la différence semble plutôt moins marquée que dans le reste de la population active : selon l'INSEE, chez les non-salariés, population qui se rapproche le plus de celle des généralistes libéraux étudiés par la Drees, la différence est beaucoup plus marquée : 2 244 heures pour les hommes, contre 1 820 pour les femmes (18,9 % de moins).



Graphique des âges des MG selon le sexe en 2017 (1)

### 1.1.2 La démographie de la médecine générale dans les Pyrénées Atlantiques :

Le département des Pyrénées-Atlantiques semble encore résister à la désertification médicale. Un rapport publié par l'Agence d'Urbanisme Atlantique et Pyrénées montre qu'en 2015, 84% de la population du département réside dans une commune où exerce au moins un praticien du quotidien (MG, infirmier, dentiste ou kinésithérapeute). Le département compte en 2015, 3659 praticiens (tous confondus) contre 2832 en 2006.

En 2015, les PA comptent 740 généralistes contre 747 en 2006 ; avec une densité de 1,1 médecin pour 1000 habitants contre 1,2 en 2006.

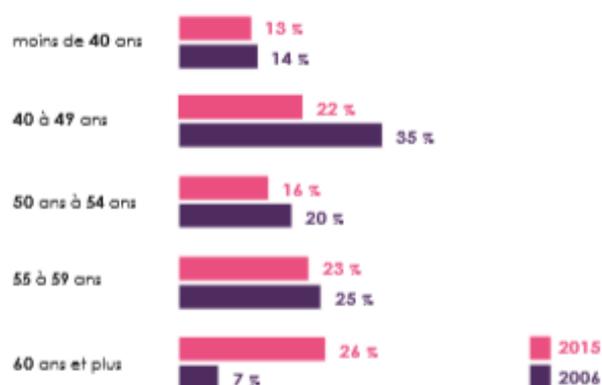
Or notre département n'échappe pas à la règle du vieillissement de la population des généralistes : environ la moitié des généralistes ont plus de 55 ans alors qu'ils n'étaient que 30% au-dessus de 55 ans en 2006. (13).

Le département des Pyrénées-Atlantiques comporte 21% des médecins de la région Aquitaine, et reste le département qui compte le plus grand nombre de médecins libéraux dans la région. (2).

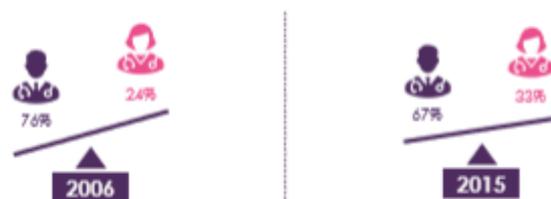
Dans les PA, 87 % des MG ont obtenu leur diplôme en France ; 8,7% dans l'union européenne et 4,3% hors EU.

Notre département reste une zone de haute densité médicale (185 médecins pour 100000 habitants en 2014 – pour une moyenne nationale de 155 médecins pour 100000 habitants) mais il existe de fortes disparités au sein du territoire : en effet une grande partie de l'activité des MG est concentrée sur la côte basque et les agglomérations ce qui contraste avec des zones déficitaires telles que Garlin, Lembeye ou encore la Soule qui ont des densités bien inférieures à la moyenne du département. (3,13).

## Une population de médecins généralistes plus âgée, ...

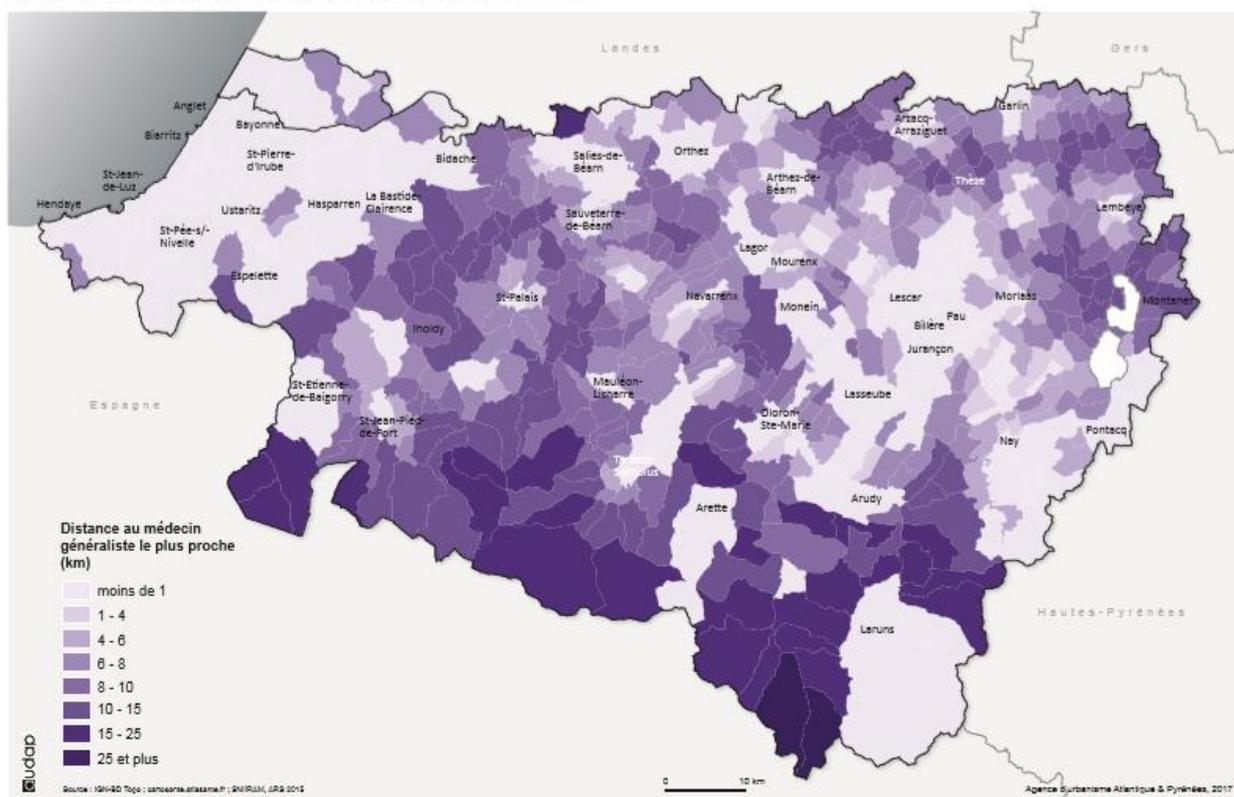


## ... mais aussi plus féminisée



Offre de soins dans les PA en 2015 d'après le rapport de l'AUDAP

## Distance au médecin généraliste le plus proche en 2015



### 1.1.3 La démographie médicale en Soule :

#### 1.1.3.1 *La Soule, un territoire rural :*



La soule au Pays basque

La Soule est le plus petit des sept territoires historiques du Pays basque. Située dans les Pyrénées-Atlantiques, elle est peuplée d'environ 14000 habitants et a pour capitale : Mauléon-Licharre. La densité de population est d'environ 18 habitants par km<sup>2</sup> ; soit nettement inférieure à la moyenne du département qui est de 88 habitants/km<sup>2</sup>. (14)

Ce territoire rural s'étend sur 854,4 km<sup>2</sup>. Trois langues y sont parlées : le français, le basque (souletin et navarro-labourdin) et le béarnais. La Soule peut être délimitée en trois zones :

- *Pettara* ou la Barhoue ou la Basse-Soule au nord : plaine autour de Mauléon ;
- L'Arbaille (*Arbaila*) à l'est ;
- *Basabürüa* ou Haute-Soule au sud, autour de Tardets (2<sup>o</sup> ville avec 557 habitants en 2015 – densité de population : 37 hab/km<sup>2</sup>)

Le territoire, 35 communes rurales dont une grande partie en zone de montagne, est constitué d'une population particulièrement vieillissante. En effet, sur les 13 931 habitants, la part des plus de 60 ans était de 31,6% en 2010. (14,15)

#### 1.1.3.2 *Les médecins souletins :*

En janvier 2018, la Soule compte 10 médecins généralistes (9 hommes et une femme) en activité :

- 2 médecins à Tardets (57 et 69 ans)
- 7 médecins à Mauléon

- 1 médecin à Barcus (67 ans).

Il y a donc en Soule 0,8 médecins pour 1000 habitants, chiffre nettement moins rassurant que les 1,1 du département des Pyrénées Atlantiques.

La moyenne d'âge des médecins généralistes en Soule est de 55,5 ans ; elle est donc supérieure à la moyenne d'âge des MG à l'échelon national et régional.

Une seule installation a eu lieu sur le territoire ces dix dernières années (une jeune femme de 32 ans s'est installée à Mauléon en 2017).

Le constat est alarmant : dans les 24 mois à venir, 6 départs (hommes exclusivement) à la retraite sont à venir. 3 installations sont envisagées fin 2018-début 2019 : une jeune femme sur Tardets, et deux jeunes femmes sur Mauléon. Ceci concorde parfaitement avec la tendance actuelle d'une forte féminisation de la profession.

## 1.2 Les regroupements professionnels : une solution pour préserver l'accès aux soins :

C'est un fait maintenant établi par différentes études : les professionnels de santé libéraux tendent à délaisser les cabinets individuels pour exercer en groupe. Les MG sont de plus en plus nombreux à se tourner vers l'exercice en groupe, avec une nouvelle façon de travailler qui tend à promouvoir le partage de compétences. L'exercice en commun, avec un patient qui ne consulte pas forcément toujours le même médecin du cabinet, permet d'avoir une vision plus transversale et pluridisciplinaire. Cette nouvelle façon d'exercer, pluridisciplinaire, permet aussi aux MG de mieux s'organiser en déléguant certaines tâches ; par exemple aux IDE du même cabinet, comme la vaccination ou les pansements. Les ateliers d'éducation thérapeutiques ont également émergé de cette nouvelle vision de la médecine générale.

Les MG peuvent ainsi partager certaines dépenses (comme le secrétariat médical par exemple) et mutualiser les charges d'un cabinet médical. Ce mode d'exercice permet aussi d'optimiser les conditions de travail, de maintenir une certaine qualité de vie et de rompre l'isolement dont peuvent faire l'objet les MG. (16)

Plus de la moitié d'entre eux ont désormais opté pour ce mode d'installation en libéral (ils étaient un peu moins de 30 % au début des années 1980, 43 % en 2001, 51% en 2015). Une organisation qui séduit notamment les plus jeunes médecins, à la recherche de conditions de travail plus souples : deux tiers des moins de 40 ans exercent sous cette forme, contre moins de 50 % des 60 ans ou plus. (17)

### 1.2.1 Objectif 2000 MSP pour 2022 ?

Le nombre de MSP ne cesse de croître d'année en année répondant à la fois aux aspirations des jeunes générations et au désir de rompre l'exercice solitaire. Les maisons de santé pluri professionnelles (MSP) ont connu un développement rapide : alors qu'elles étaient 20 en 2008, leur nombre a été multiplié par plus de quatre entre mars 2013 (240 structures en fonctionnement) et mars 2017 (910 structures ouvertes et 334 en projet) (18). Au 13 mars 2017, 13 419 professionnels de santé y exercent, dont 3 536 médecins généralistes (soit environ 4 % de l'ensemble des médecins généralistes en activité et 7 % de ceux ayant une activité libérale exclusive), ce qui reste une part modeste de l'offre ambulatoire. En moyenne, chaque structure compte environ quinze professionnels.

Une MSP regroupe des spécialistes en médecine générale et d'autres professionnels de santé, nécessairement des paramédicaux, éventuellement des sages-femmes, d'autres spécialistes d'organes autour d'un projet commun de santé établi à partir d'un diagnostic de territoire. En janvier 2018, il faut au moins 2 MG et un professionnel paramédical qui exercent à titre libéral, regroupés ou non sur le même lieu physique. (19)

Il existe également des centres de santé qui ont les mêmes caractéristiques qu'une MSP mais les professionnels de santé qui y exercent sont salariés.

### 1.2.2 Au-delà des MSP, les nouveaux modes d'exercice coordonné :

Un des axes de la loi de modernisation de notre système de santé, promulguée le 26 janvier 2016, est d'innover pour mieux soigner en proximité. La loi recentre ainsi le système de santé sur les soins de proximité pour le moderniser et faire face à la persistance de fortes inégalités territoriales en matière de santé. (20)

Pour soutenir les initiatives des professionnels de santé, la loi prévoit la mise en place d'équipes de soins primaires (ESP), organisées autour des médecins généralistes, et la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Une ESP est constituée de tout professionnel de santé de premier recours et second recours de ville, dont au moins un médecin généraliste et un professionnel de santé paramédical, regroupés ou non sur un même site, et qui souhaitent se mobiliser autour d'une action ou d'une thématique commune bénéficiant à leurs patients.

Une CPTS est une forme de coordination plus large que l'ESP : elle rassemble des acteurs de santé (professionnels de santé de ville, qu'ils exercent à titre libéral ou salarié ; des établissements de santé, des acteurs de la prévention ou promotion de la santé, des établissements et services médico-sociaux, sociaux...) qui souhaitent se coordonner sur un territoire, pour répondre à un ou plusieurs besoins en santé de la population qu'ils ont identifiés. Le projet de santé est un prérequis à la contractualisation entre les professionnels et l'ARS. Ces projets naissent avant tout de l'initiative des professionnels de santé eux-mêmes du secteur.

### 1.2.3 Les aides au fonctionnement :

En parallèle, les structures pluriprofessionnelles de proximité peuvent recevoir des aides au fonctionnement de l'assurance maladie, depuis la mise en place de nouveaux modes de rémunération (NMR) prévue à l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. Ces NMR permettent de prendre en compte le travail en équipe coordonnée (temps de coordination autour des dossiers de patients en situation complexe, de création de protocoles de suivi de pathologies chroniques, de gestion du système d'information, de réunion et de gestion d'équipe...), que le paiement à l'acte ne permet pas de valoriser (21). Il s'agit de crédits alloués par la CNAM ; or la constitution préalable d'une Société Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires SISA est indispensable pour percevoir ces financements de la part de l'assurance maladie. La SISA s'adresse exclusivement aux professionnels médicaux, paramédicaux et pharmaciens. Elle doit comporter au moins deux médecins et un paramédical. Elle permet la rémunération d'actions exercées en commun. (22). Les ARS contribuent également, à travers les crédits du fonds d'intervention régional (FIR), au financement des maisons et centres de santé, pour le démarrage des projets (étude de faisabilité ou d'opportunité, aide juridique) ou pour leur fonctionnement (acquisition de systèmes d'information partagés, fonction de coordination, équipement...).

## 1.3 Particularités du territoire souletin :

### 1.3.1 Historique :

**En 1999**, les professionnels des domaines médical, paramédical, institutionnel, sanitaire et social se sont unis pour travailler en réseau afin d'offrir une réponse globale et coordonnée aux demandes des personnes âgées. Au départ réseau gérontologique médico-social, l'association

Xenda a été labellisée Centre Local d'Information et de Coordination CLIC de niveau 2 en décembre 2001.

**En 2003**, a été créé le Pôle Santé de Mauléon suite à l'expérimentation GROUPAMA Partenaires Santé issue de l'ordonnance « Filières et Réseaux » d'avril 1996. Cette expérimentation, commencée début 2000, a regroupé pendant 3 ans, sur la base du volontariat, des médecins généralistes qui, selon le principe des cercles de qualité, ont recherché une amélioration concrète de leurs pratiques et de l'organisation locale des soins. Cette expérimentation a permis de proposer la création d'une maison de santé pluri professionnelle de santé à Mauléon. (Centre médical Batasuna à cinq médecins). (23)

**En 2010**, l'association Pôle Santé de Mauléon se transforme en Pôle Santé de Soule. Cette association devient pluri professionnelle et élargi ses compétences. Elle obtient **en 2011** l'agrément par l'ARS Aquitaine sur les Nouveaux Modes de Rémunération (NMR) au niveau de la coordination et de l'Education Thérapeutique Personnalisée (ETP). **En 2012**, pour des raisons réglementaires, cette association se transforme en Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA).

**En 2013** : lancement du projet de création d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle adossée au Centre Hospitalier Local de Mauléon. Cette année-là ouvre également la première Maison de Santé à Barcus, créée par la Communauté des Communes de la Soule. Cette maison accueille un médecin, une pharmacie, un cabinet de kinésithérapie et un cabinet infirmier.

**Entre 2013 et 2017** : Une politique d'attractivité de futurs médecins est mise en place : création d'une maison des internes permettant de les accueillir dans de meilleures conditions. Ainsi quatre médecins souletins sont devenus maîtres de stage universitaires.

### 1.3.2 Situation actuelle à Mauléon :

Sur 7 médecins, 4 sont associés en cabinet de groupe (centre médical Batasuna) ; ils sont à l'origine de la dynamique du projet de soins de Soule. 3 des médecins mauléonais sont maîtres de stage universitaire et reçoivent des internes de MG depuis 2013 ainsi qu'un interne en SASPAS depuis fin 2017. Tous les médecins de Mauléon travaillent sur RDV avec secrétariat sur place ou à distance, certains gardant des créneaux de consultations libres. Ils participent à

la permanence des soins. Certains interviennent également sur l'EHPAD de Mauléon qui possède un service de SSR à orientation gériatrique.

### 1.3.3 Situation actuelle à Tardets :

Deux MG travaillent au sein du même cabinet, sans secrétariat. Le cabinet fonctionne sans rendez-vous (jamais de RDV). Les médecins répondent à tous les appels et gèrent eux-mêmes leurs plannings de visites à domicile qu'ils font à tour de rôle les après-midis. Leur remplaçante qui travaille régulièrement avec eux depuis plus de 2 ans envisage de s'installer une fois sa thèse passée fin 2018. Elle succèderait ainsi à l'un des deux médecins, âgé de 69 ans qui entend diminuer son activité avant un proche départ à la retraite.

Ils ont également une activité au sein de l'EHPAD de Tardets (Maison St Antoine) qui comporte aussi un service de 12 lits de SSR à orientation gériatrique ; ils y interviennent tous les matins (samedi inclus) à tour de rôle de 6h30 à 8h30 avant de commencer les consultations au cabinet. Ils participent à la permanence des soins (environ une nuit profonde par semaine et un week-end sur sept).

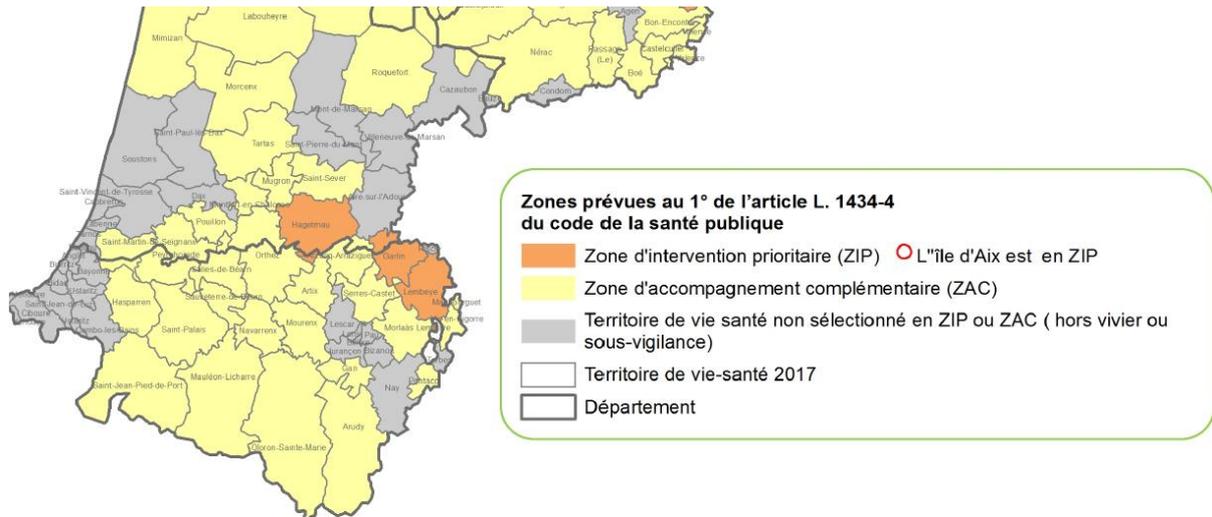
Un des 2 médecins est maître de stage universitaire depuis mai 2018.

### 1.3.4 Situation actuelle à Barcus :

Un seul médecin travaille sur la commune de Barcus (654 habitants en 2015). Il a 67 ans, pas de succession prévue pour l'instant. Il exerce au sein d'une MSP, il n'y a pas de secrétariat sur place. Il exerce à mi-temps au cabinet ; longtemps resté sans rendez-vous, il a mis en place au cours de l'hiver 2018 quelques créneaux de consultation sur RDV gérés par un secrétariat téléphonique à distance. Il travaille à mi-temps comme médecin coordinateur au sein de l'EHPAD de Mauléon. Il participe à la permanence des soins.

### 1.3.5 La Soule classée en ZAC :

L'ARS détermine les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé libéraux. L'objectif de ces zonages spécifiques est de rééquilibrer l'offre de soins sur l'ensemble du territoire par une régulation de la profession considérée, et de lutter contre les disparités géographiques. La Soule est classée en Zone d'Accompagnement complémentaire ZAC. (24)



Sources : application de l'Arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique  
Réalisation ARS NA - DPSP  
pôle statistiques, études et évaluation -28/05/2018

Les ZAC servent de référence pour les aides de l'Etat (contrat d'engagement de service public (CESP), contrat de praticien territorial de médecine générale (PTMG), contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA), contrat de praticien territorial de remplacement (PTMR)... ) et pour les aides des collectivités territoriales.

Les communes souletines sont également classées Zones de Revitalisation Rurale (ZRR) : il s'agit d'un autre type d'aides non spécifique au secteur de la santé qui permet des avantages fiscaux lors d'installation de professionnels de santé.

### 1.3.6 Le contrat de PTMG :

Le dispositif de PTMG vise à favoriser et faciliter l'installation en libéral de jeunes médecins dans des territoires marqués par une offre de soin insuffisante ou des difficultés d'accès aux soins. Le praticien signe un contrat (durée 1 an, renouvelable une fois) avec l'ARS dans lequel il s'engage à exercer dans une ZIP ou une ZAC ; en contrepartie un niveau de revenus et de couverture sociale lui sont garantis. Ce dispositif est applicable en Soule ; un contrat a déjà été

signé par une jeune généraliste récemment installée à Mauléon. Il s'applique aux jeunes médecins installés depuis moins d'un an ou souhaitant s'installer.

En termes de revenus, le PTMG bénéficie d'une rémunération mensuelle assurée de 6900 euros brut pendant 2 ans ; un complément de revenus lui est versé si son activité ne lui permet pas d'atteindre le plafond de 6900 euros brut (à condition de réaliser au minimum 165 consultations par mois).

Une protection sociale « renforcée » est assurée avec un complément de revenus pour tout arrêt de travail supérieur à 7 jours, ou en cas de congé maternité (pendant toute sa durée).

En signant ce contrat, le PTMG s'engage à participer à la permanence des soins ambulatoires, à participer à des actions de prévention et de dépistage ou d'éducation de la santé. Il doit appliquer les tarifs opposables du secteur 1. (25,26)

## 1.4 Le projet territorial retenu : la création d'une CPTS

### 1.4.1 Objectifs :

La création d'une CPTS sur le territoire de la Soule par le Pôle Santé et la Communauté de communes de Soule est en cours de projet depuis juin 2017.

Le projet de santé de cette CPTS est en cours de validation par l'Agence Régionale de Santé (ARS Nouvelle Aquitaine) ; il s'inscrit dans le cadre du Contrat Local de Santé des territoires de Basse Navarre et de Soule.

La volonté des professionnels de santé est de s'inscrire dans une dynamique de projet de santé de bassin de vie afin d'organiser au mieux le parcours de soins et d'avoir une vision claire des actions sanitaires sur ce territoire. Ce projet sera attractif pour les jeunes générations.

L'ARS Nouvelle Aquitaine soutient financièrement le Pôle de Santé de Soule par l'intermédiaire des Nouveaux Modes de Rémunérations (NMR). Les professionnels de santé veulent aller plus loin dans cette démarche en y intégrant tous les aspects de la prévention pour une meilleure harmonisation et un meilleur impact auprès de la population.

L'ambition de cette CPTS est d'assurer une meilleure coordination des actions respectives des professionnels de santé, des structures et des parcours de santé, et de réaliser les objectifs du projet régional de santé.

Ce projet apporterait les avantages suivants :

- Il regrouperait tous les intervenants de la prévention du territoire défini,

- Il améliorerait la cohérence de la prévention,
- Il permettrait d'assurer la continuité et la permanence des soins,
- Il apporterait une aide logistique aux professionnels de santé en matière de prise en charge globale du patient (santé + social), il permettrait d'avoir une visibilité cohérente de la santé sur le bassin de vie,
- Il faciliterait l'intégration des jeunes professionnels.,
- Il permettrait d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques et des personnes âgées,
- Il améliorerait le parcours de soins des patients ; en d'autres termes, pour le patient, être pris en charge au bon endroit au bon moment (accès aux soins de premier recours),
- Il permettrait d'assurer la pérennité des établissements de santé en Soule.
- il permettrait une amélioration de la coordination pluri professionnelle, d'avoir un parcours de santé coordonné, des protocolisations thérapeutiques et de soins et une réflexion sur les délégations de tâches.

#### 1.4.2 Les changements que cela implique :

Sur Tardets, les médecins et les IDE libérales vont se regrouper en MSP : les travaux du nouveau bâtiment doivent débuter fin 2018. Cette MSP va comporter 2 cabinets médicaux, 2 cabinets IDE et un cabinet libre pouvant accueillir des professionnels tels que la pédicure-podologue une fois par semaine, ou médecins spécialistes pour des vacances.

Ce changement de locaux, avec l'installation d'une jeune généraliste va être l'occasion de modifier l'organisation et le fonctionnement du cabinet médical de Tardets.

A Mauléon, la MSP va déménager dans de nouveaux locaux attenants à l'hôpital de proximité afin de s'agrandir en superficie et également en nombre de professionnels de santé.

#### 1.4.3 Les professionnels impliqués :

23 engagements ont été signés (état des lieux en septembre 2018) parmi lesquels :

- Mauléon : l'hôpital de proximité, la pharmacie inter-hospitalière, la pharmacie de ville, les médecins généralistes, les cabinets d'IDE et les kinés, l'EHPAD
- Tardets : les médecins généralistes, le service de SSR, la pharmacie, les cabinets IDE, l'EHPAD
- Barcus : la pharmacie et le médecin généraliste.

D'autres acteurs entendent intégrer le projet comme le service d'Hospitalisation à Domicile (HAD).

#### 1.4.4 Les premiers axes de travail :

Trois grands axes de travaux ont été proposés lors d'une réunion fin juillet 2018 :

- L'antibiothérapie du sujet âgé : une soirée de travail est prévue en novembre 2018 avec comme intervenants des spécialistes du CHU de Toulouse et des pharmaciens.
- Le retour à domicile de la personne âgée dans les suites d'une hospitalisation : mettre en place un parcours du patient coordonné, sécurisé et efficient. Il va nécessiter une collaboration pluri professionnelle aussi bien au niveau hospitalier qu'hors les murs.
- Plaies et cicatrisation : 2 infirmières ayant passé le DU de plaies et cicatrisation travaillent sur un projet de formation des médecins et des infirmières à l'échelle du territoire.

#### 1.4.5 Le partage de l'information :

Les médecins souletins réfléchissent en collaboration avec les médecins d'Oloron Sainte-Marie et de la vallée d'Ossau à l'utilisation d'un logiciel médical commun sur le territoire ; ceci dans un but d'harmonisation des pratiques avec une possibilité de mettre en commun les dossiers médicaux pour un meilleur partage de l'information.

Les médecins des EHPAD de Tardets et de Mauléon ont bénéficié d'une formation sur le logiciel PAACO afin de pouvoir bénéficier d'expertises en dermatologie (Service de CH de Pau qui expérimente le système) via la télémédecine.

Au niveau territorial, les professionnels réfléchissent à l'utilisation d'une « plateforme » sécurisée qui permettrait un partage d'information entre les différents acteurs de santé prenant en charge le patient, avec par exemple : suivi des plaies (photos prises par IDE), partage des comptes-rendus d'hospitalisation avec les IDE ou les kinés, volet social alimenté par les assistantes sociales, mise à jour du traitement en cours pour les pharmaciens...

### 1.5 Questions de recherche et objectifs :

Ces projets novateurs en termes de coordination des soins impliquent des changements sur le territoire souletin. Les praticiens de Mauléon ont été précurseurs (création MSP, accueil d'internes et SASPAS...) et une dynamique est en train de se créer sur Tardets avec notamment l'arrivée d'une jeune généraliste et le projet de MSP. Ces projets vont être vecteurs de changement pour les professionnels de santé mais surtout pour les usagers quotidiens du système de soins ; à savoir les patients. Ainsi il paraissait indispensable de mettre les patients au cœur de notre travail.

Dans nos recherches bibliographiques nous n'avons pas trouvé d'étude sur les CPTS, car il s'agit d'un dispositif très récent ; avec encore peu de recul. En septembre 2018, selon un rapport de l'IGAS, environ 200 projets de CPTS seraient sur pied mais seulement une vingtaine seulement validée par les instances régionales. (27).

Concernant les MSP : des études étudiant le ressenti et la satisfaction des usagers d'une MSP déjà fondée existent (28, 29, 30,31)

Dans leur travail de thèse (32), Sandra Hernandez et M.A. Alexandre ont questionné les patients (et les médecins) sur leurs « attentes » par rapport à la création d'une MSP en projet. Il n'y a pas, à notre connaissance, d'étude sur le ressenti des patients quant aux changements organisationnels d'un cabinet médical et aux contraintes imposées par ces nouveaux modes de regroupement professionnels. C'est donc sur cet aspect-là que nous avons choisi de travailler en Soule, en étudiant le ressenti de nos patients (notamment ceux de Barcus et Tardets) face aux mutations à venir pour « leur » médecine rurale.

### 1.5.1 Définition de la question de recherche :

Pour notre étude, nous avons défini la question de recherche suivante : *Les patients de Tardets et de Barcus se déclarent-ils prêts à voir évoluer le mode de fonctionnement du cabinet médical et à accepter les contraintes imposées par la mise en place d'une CPTS ?*

### 1.5.2 Objectifs de l'étude :

#### 1.5.2.1 Objectif principal :

Il s'agit de déterminer la proportion de patients qui se déclarent prêts à voir évoluer le mode de fonctionnement du cabinet médical et à accepter les contraintes imposées par la mise en place d'une CPTS ?

### *1.5.2.2 Objectifs secondaires :*

- Explorer la perception des contraintes et des avantages pour les patients générés par la création d'une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé à l'échelle du territoire souletin.
- Identifier les facteurs associés à une mauvaise acceptation de la création d'une CPTS.

## 2 - Matériel et Méthode :

### 2.1 Type d'étude :

Afin de répondre à la question de recherche, nous avons réalisé une étude quantitative, descriptive, transversale.

### 2.2 Population étudiée :

La population étudiée était les patients consultant dans les cabinets médicaux de Barcus et Tardets durant la phase d'observation.

#### 2.2.1 Critères d'inclusion :

Tous les patients âgés d'au moins 16 ans, consultant dans les cabinets médicaux de Barcus et Tardets et résidant sur le territoire de la future CPTS de Soule, désirant répondre au questionnaire ont été inclus dans l'étude.

#### 2.2.2 Critères d'exclusion :

Ont été exclus de l'étude : les enfants et adolescents âgés de moins de 16 ans, les personnes refusant de répondre au questionnaire, les personnes n'appartenant pas à la CPTS et de passage, les personnes ne sachant pas lire ou ne comprenant pas le français et les patients consultant en urgence (n'ayant donc pas le temps ou dont l'état ne permettait pas de répondre au questionnaire).

### 2.3 Déclaration CNIL :

Cette étude exploitant des données personnelles, elle a fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL) par l'intermédiaire du Correspondant Informatique et Liberté (CIL) de l'université de Bordeaux. Le CIL a également émis des corrections quant à la lettre explicative aux patients. (Annexe 1)

## 2.4 Le questionnaire :

Le questionnaire a été élaboré et structuré afin de répondre aux objectifs de l'étude.

Pour pouvoir être rempli facilement par la grande majorité des patients des deux cabinets, il se devait d'être compréhensible et court.

La première partie (questions 1 à 9) servait à décrire les caractéristiques du patient (âge, sexe, distance du domicile, catégorie socio-professionnelle, enfants, maladie chronique...) et à évaluer son inquiétude par rapport à la situation et l'avenir des soins sur le territoire (question 10).

La suite du questionnaire interrogeait les patients sur les différents axes de changements du mode de fonctionnement des cabinets médicaux engendrés par la création d'une CPTS :

- Secrétariat et rendez-vous (questions 11 à 15)
- Dossier médical partagé et consultation d'un autre médecin que le médecin habituel (questions 16 à 18)
- Internes en médecine (question 19)
- Télémédecine.

Le choix a été fait de laisser une dernière question (question 21) « libre et ouverte », à réponse manuscrite dans laquelle il était proposé au patient de d'émettre des remarques ou des propositions pour améliorer l'accès aux soins dans le canton malgré la pénurie de soignants.

Un nombre définitif de 21 questions a été retenu sur un format de 2 pages recto-verso plus une page recto agrafées. (Annexe 3)

Une note explicative figurait en entête du questionnaire, rappelant les objectifs, et les conditions de confidentialité. (Annexe 2)

Les réponses se faisaient dans des cases à cocher, la plupart sous forme d'échelles de Likert.

Le questionnaire a ensuite été testé par sept volontaires âgés entre 20 et 90 ans (ayant le profil des patients rencontrés dans les cabinets de Tardets et Barcus).

Pendant cette phase test, nous avons chronométrés les « patients » pendant qu'ils remplissaient le questionnaire : la durée moyenne de réponse dans ce groupe était de cinq minutes. Ce délai nous a paru cohérent par rapport au délai habituel d'attente avant une consultation.

## 3 - Résultats :

### 3.1 Déroulement de l'étude

L'étude a été menée du 25 janvier 2018 au 15 mars 2018 dans les cabinets de médecine générale de TARDETS et de BARCUS.

Une lettre explicative à l'attention des patients a été affichée dans les salles d'attente des cabinets. Elle résumait l'objectif de l'étude, les modalités de celle-ci ainsi que les conditions de confidentialité. (Annexe 2)

Les questionnaires papiers ont été mis à disposition des patients en salle d'attente des cabinets médicaux de Barcus et Tardets. Les patients y répondaient et les déposaient dans une urne prévue à cet effet.

Les patients étaient encouragés à répondre au questionnaire par le médecin qu'ils avaient vus en consultation. L'accent était mis sur le fait qu'il fallait répondre à toutes les questions.

Etant donnée la taille du canton, nous avons estimé de façon arbitraire qu'un nombre minimal de 400 questionnaires serait nécessaire à la constitution d'un échantillon de patients représentatif de la population.

Une période d'un mois avait été initialement prévue pour l'étude pour espérer avoir au moins 400 questionnaires. Cette période a dû être rallongée de 20 jours pour obtenir ce quota.

Du 25 janvier au 15 mars 2018, 437 questionnaires ont donc été remplis par les patients des cabinets de médecine générale de Tardets et Barcus.

Parmi eux, 24 questionnaires considérés comme inexploitable n'ont pas été retenus. Ces questionnaires exclus comportaient tous au moins deux questions sans réponse ou comportaient plusieurs réponses pour des questions à choix unique. Certains comportaient des ratures ou des commentaires manuscrits sans réponse aux questions.

413 questionnaires ont donc été retenus pour constituer la base de données définitive : les réponses aux questionnaires (complets et correctement remplis) ont été reportées manuellement via un système de « codage des réponses » dans une base de données au format CSV.

Pour l'analyse statistique, le logiciel IBM SPSS 23 a été utilisé. Certains calculs complémentaires ont été réalisés avec l'aide du site biostaTGV

Différents tests statistiques ont été utilisés : le Chi 2 de PEARSON pour comparer des variables qualitatives (le test de Fisher a été utilisé en cas d'effectif insuffisant), le test de Student pour la comparaison de variables quantitatives ou encore le Kruskal-Wallis et le test d'égalité des proportions. Le seuil de significativité utilisé était  $p \leq 0.05$ .

## 3.2 Description de la population :

### 3.2.1 Sexe :

Sexe	Barcus(N=53)		Tardets(N=360)		Total(N=413)	
	N	%	N	%	N	%
Femmes	25	47,2	235	65,3	260	63
Hommes	28	52,8	125	34,7	153	37

Tableau 1 : Sexe des patients pour la base et par ville

### 3.2.2 Age :

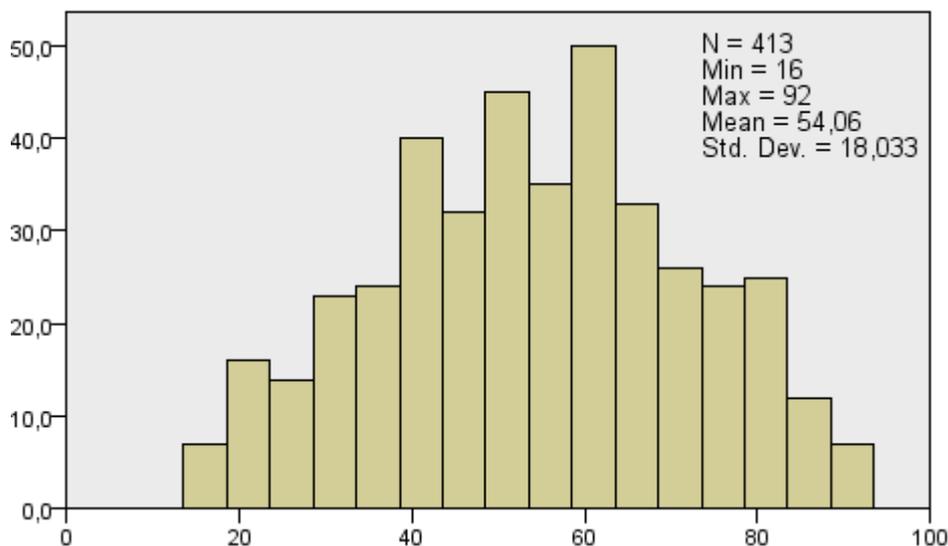


Figure 1 : Pyramide des âges (base globale)

Pour 413 patients sur les 2 villes, l'âge moyen était de 54,06 ans. L'âge médian était de 55 ans. Le patient le plus jeune avait 16 ans ; le plus âgé avait 92 ans.

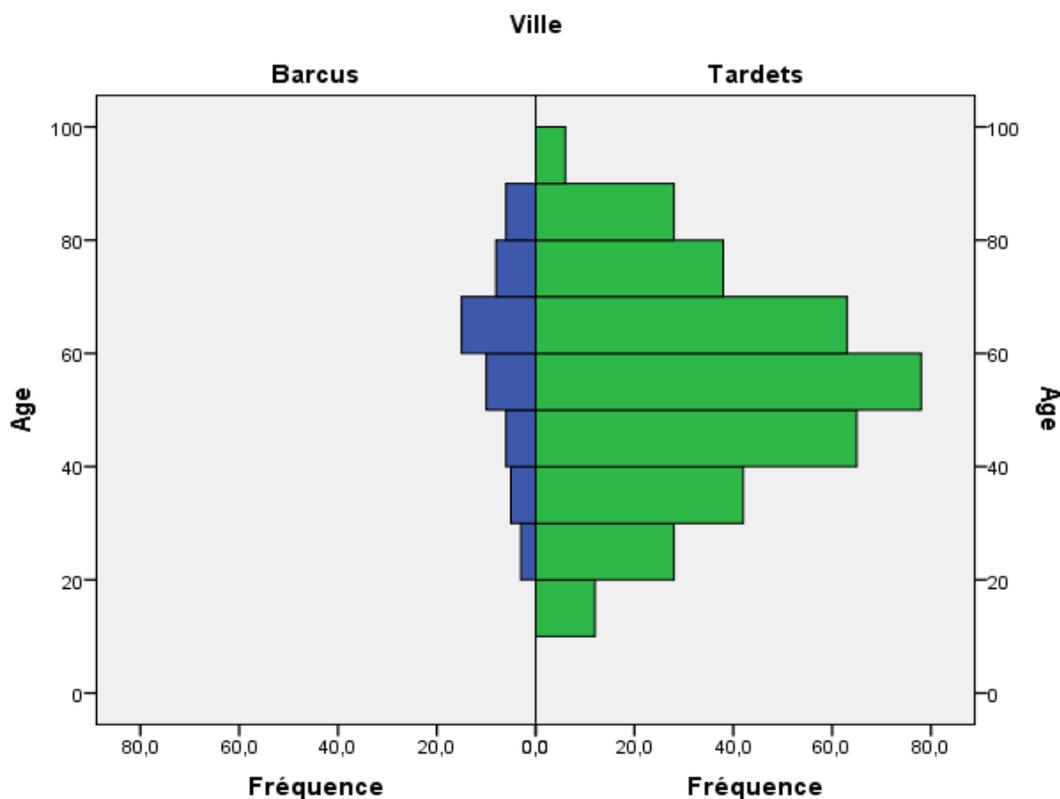


Figure 2 : Pyramide des âges par ville

Pour Barcus : l'âge moyen était de 58,49 ans, l'âge médian était de 54,5 ans. Le patient le plus jeune avait 24 ans, le plus âgé 83 ans.

Pour Tardets : l'âge moyen était de 53,40 ans, l'âge médian de 53 ans. Le patient le plus jeune avait 16 ans ; le plus âgé 92 ans.

### 3.2.3 Conduite :

Sur 413 patients, 354 conduisaient pour se rendre au cabinet soit 86% des patients. 59 patients ne conduisaient pas, soit 14%.

### 3.2.4 Nombre d'enfants à charge :

Dans l'étude, pour 413 patients, le nombre moyen d'enfants à charge par patient était de 0,65. 270 patients n'avaient pas d'enfant à charge, soit 65%. 143 patients avaient un ou des enfants à charge, soit 35%.

### 3.2.5 Distance domicile-cabinet médical :

Sur 413 patients, la distance moyenne domicile-cabinet médical était de 6,85 km. La distance médiane de 6,98 km.

Ville	Effectif	Distance Minimum	Distance maximum	Distance moyenne	Ecart-type
Barcus	53	0,20	25	3,72	4,53
Tardets	360	0,10	30	7,31	6,08

Tableau 2 : Distance domicile-cabinet (en km) par villes

Les patients de Tardets ayant répondu à l'étude parcouraient une plus grande distance pour se rendre au cabinet médical que ceux de Barcus.

### 3.2.6 Situation familiale :

Situation familiale	Barcus (N=53)			Tardets (N=360)			Total(N=413)	
	N	%	IC95%	N	%	IC95%	N	%
Marié, pacsé, concubinage	41	77,4	[66,1-88,6]	248	68,9	[64,1-73,7]	289	70
Célibataire	8	15,1	[5,5-24,7]	66	18,3	[14,3-22,3]	74	18
Divorcé, séparé	2	3,8	[0-8,9]	15	4,2	[2,1-6,2]	17	4
Veuf, veuve	2	3,8	[0-8,9]	31	8,6	[5,7-11,5]	33	8

Tableau 3 : Situation familiale pour la base globale et par ville

### 3.2.7 Situation socio-professionnelle :

Catégorie socio-professionnelle	Barcus (N=53)			Tardets (N=360)			Total (N=413)	
	N	%	IC95%	N	%	IC95%	N	%
Agriculteurs exploitants	4	7,5	[0,4-14,7]	39	10,8	[7,6-14]	43	10,4
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	4	7,5	[0,4-14,7]	19	5,3	[3-7,6]	23	5,6
Cadres, professions intellectuelles supérieures	1	1,9	[0-5,5]	24	6,7	[4,1-9,2]	25	6
Professions intermédiaires	3	5,7	[0-11,9]	24	6,7	[4,1-9,2]	27	6,6
Employés	11	20,8	[9,8-31,7]	88	24,4	[20-28,9]	99	24
Ouvriers	2	3,8	[0-8,9]	18	5,0	[2,7-7,3]	20	4,8
Retraités	28	52,8	[39,4-66,3]	119	33,1	[28,2-37,9]	147	35,6
Etudiants	0	0	[0-0]	12	3,3	[1,5-5,2]	12	2,9
Père/Mère au foyer	0	0	[0-0]	6	1,7	[0,3-3]	6	1,4
Invalidité	0	0	[0-0]	5	1,4	[0,2-2,6]	5	1,3
Recherche d'un emploi	0	0	[0-0]	6	1,7	[0,3-3]	6	1,4

Tableau 4 : Situation socio-professionnelle pour la base et par ville

Plus de la moitié des patients de Barcus ayant répondu à l'étude étaient retraités avec 52,8 contre 33,1 % pour Tardets qui comptait plus d'actifs.

### 3.2.8 Maladie chronique avec suivi régulier ou prise d'un traitement quotidien :

	Barcus (N=53)			Tardets(N=360)			Total(N=413)	
	N	%	IC95%	N	%	IC95%	N	%
Oui	23	43,4	[30,1-56,7]	147	40,8	[38,3-48,5]	170	41,2
Non	30	56,6	[43,4-70]	213	59,2	[51,6-61,8]	243	58,8

Tableau 5 : Présence d'une maladie chronique pour la base et par ville

### 3.2.9 Consultation médicale pour les enfants :

	Barcus(N=53)			Tardets(N=360)			Total(N=413)	
	N	%	IC95%	N	%	IC95%	N	%
Oui	7	13,2	[4,1-22,3]	112	31,1	[26,3-35,9]	119	28,8
Non	46	86,8	[77,7-95,9]	248	68,9	[64,1-73,7]	294	71,2

Tableau 6 : Consultation médicale pour enfants pour la base et par ville

Parmi les 119 patients consultant pour leurs enfants, 19 consultaient pour des enfants en bas âge (moins de 2 ans) soit 15,9%.

### 3.2.10 Inquiétude pour l'avenir des soins :

Echelle d'inquiétude	Barcus (N=53)			Tardets (N=360)			Total(N=413)	
	N	%	IC95%	N	%	IC95%	N	%
Pas du tout inquiet	4	7,5	[0,4-14,7]	41	11,4	[8,1-14,7]	45	11
Plutôt pas inquiet	2	3,8	[0-8,9]	53	14,7	[11,1-18,4]	55	13,3
Plutôt inquiet	24	45,3	[31,9-58,7]	200	55,6	[50,4-60,4]	224	54,2
Très inquiet	23	43,4	[30,1-56,7]	66	18,3	[14,3-22,3]	89	21,5

Tableau 7 : inquiétude pour la situation et l'avenir des soins pour la base et par ville

### 3.2.11 Cas des patients exclus :

Parmi les 24 questionnaires exclus de la base (18 provenant de Tardets et 6 provenant de Barcus), l'âge moyen était de 56,7 ans et l'âge médian était de 58 ans.

Il y avait dans ce groupe 10 hommes et 14 femmes.

Nous avons comparé les groupes inclus et exclus sur le critère du sexe en utilisant un test exact de Fischer. On obtient un  $p = 0,67$ .

Le profil des patients exclus n'était donc pas statistiquement différent des patients inclus, en prenant le critère du sexe.

## 3.3 Réponses aux objectifs principaux :

### 3.3.1 Avis sur un secrétariat qui filtrerait les appels :

	Barcus(N=53)			Tardets(N=360)			Total(N=413)	Total(%)
	N	%	IC95%	N	%	IC95%		
Pas du tout d'accord	6	11,3	[2,8-19,9]	62	17,2	[13,3-21,1]	68	16,5
Plutôt pas d'accord	3	5,7	[0-11,9]	42	11,7	[8,4-15]	45	10,9
Plutôt d'accord	26	49,1	[35,6-65,2]	195	54,2	[49-59,3]	221	53,5
Absolument d'accord	18	34	[21,2-46,7]	61	16,9	[13,1-20,8]	79	19,1

Tableau 8 : « Etes-vous prêt(e) à passer par un secrétariat pour parler à votre médecin ? » pour la base et par ville

### 3.3.2 Consultation sur rendez-vous :

	Barcus(N=53)			Tardets(N=360)			Total(N=413)	
	N	%	IC95%	N	%	IC95%	N	%
Pas du tout d'accord	8	15,1	[5,5-24,7]	85	23,6	[19,2-28]	93	22,5
Plutôt pas d'accord	4	7,5	[0,4-14,7]	45	12,5	[9,1-15,9]	49	11,9
Plutôt d'accord	30	56,6	[43,3-69,9]	165	45,8	[40,7-51]	195	47,2
Absolument d'accord	11	20,8	[9,8-31,7]	65	18,1	[14,1-22]	76	18,4

Tableau 9 : « Seriez-vous d'accord pour qu'une partie des consultations soit sur rendez-vous ? » pour la base et par ville

### 3.3.3 Délai jugé acceptable en cas d'urgence :

	Barcus(N=53)			Tardets(N=360)			Total(N=413)	
	N	%	IC95%	N	%	IC95%	N	%
Moins d'une demi-journée	22	41,5	[28,2-54,8]	185	51,4	[46,2-56,6]	207	50,1
Dans la journée	28	52,8	[39,4-66,3]	164	45,5	[40,4-50,7]	192	46,5
Le lendemain	3	5,7	[0-11,9]	11	3,1	[1,3-4,8]	14	3,4
2 jours ou plus	0	0	[0-0]	0	0	[0-0]	0	0

Tableau 10 : « En cas de consultation urgente, quel délai de rendez-vous jugez-vous acceptable ? » pour la base et par ville

### 3.3.4 Disponibilité du médecin :

Influence sur la disponibilité		Barcus(N=53)			Tardets(N=360)			Total (N=413)	
		N	%	IC95%	N	%	IC95%	N	%
Consultation	Diminuera	10	18,9	[8,4-29,4]	113	31,4	[26,6-36,2]	123	29,8
	Augmentera	11	20,8	[9,9-31,7]	104	28,9	[24,2-33,6]	115	27,8
	Pas d'incidence	25	47,2	[33,6-60,6]	116	32,2	[27,4-37]	141	34,1
Visite	Diminuera	9	17	[6,9-27,1]	53	14,7	[11-18,4]	62	15
	Augmentera	9	17	[6,9-27,1]	45	12,5	[9,1-15,9]	54	13
	Pas d'incidence	23	43,4	[30,1-56,7]	101	28,1	[23,5-32,7]	124	30

Tableau 11 : Opinion des patients sur l'influence que peuvent avoir les rendez-vous sur la disponibilité de leur médecin (en visite et en consultation) pour la base et par ville

### 3.3.5 Secrétariat téléphonique :

	Barcus(N=53)			Tardets(N=53)			Total(N=413)	
	N	%	IC95%	N	%	IC95%	N	%
Pas du tout d'accord	7	13,2	[4,1-22,3]	55	15,2	[11,6-19]	62	15
Plutôt pas d'accord	3	5,7	[0-11,9]	56	15,6	[11,8-19,3]	59	14,3
Plutôt d'accord	27	50,9	[37,5-64,4]	191	53,1	[47,9-58,2]	218	52,7
Absolument d'accord	16	30,2	[17,8-42,5]	58	16,1	[12,3-19,9]	74	18

Tableau 12 : « Accepteriez-vous une secrétaire qui prenne les rendez-vous au téléphone sans être présente au cabinet » pour la base et par ville

### 3.3.6 Consultation d'un autre médecin en cas d'urgence :

	Barcus(N=53]			Tardets(N=360)			Total(N=413)	
	N	%	IC95%	N	%	IC95%	N	%
Pas du tout d'accord	3	5,7	[0-12]	20	5,6	[3-8]	23	5,6
Plutôt pas d'accord	3	5,7	[0-12]	29	8,1	[5-11]	32	7,7
Plutôt d'accord	24	45,3	[32-59]	207	57,5	[52-63]	231	55,9
Absolument d'accord	23	43,4	[30-57]	104	28,9	[24-34]	127	30,8

Tableau 13 : « Accepteriez-vous en cas d'urgence ou d'absence de votre médecin de consulter un autre médecin à Mauléon ou Tardets/Barcus s'il avait accès à votre dossier médical ? » pour la base et la ville

	Barcus(N=53)		Tardets (N=360)		Total (N=413)	
	N	%	N	%	N	%
Suivi maladie chronique	12	22,64	85	23,61	97	23,48
Pb psychologiques ou familiaux	10	18,86	99	27,5	109	26,39
Pb intimes	11	20,75	107	29,72	118	28,57
Pédiatrie	5	9,43	34	9,44	39	9,44

Tableau 14 : « Pour quel type de consultation n'accepteriez-vous pas de consulter un autre médecin ? » pour la base et par ville

Certains patients ont coché plusieurs réponses, d'autres n'en ont coché aucune.

### 3.3.7 Accès des infirmières libérales au dossier médical :

	Barcus(N=53)			Tardets(N=360)			Total(N=413)	
	N	%	IC95%	N	%	IC95%	N	%
OUI	38	71,7	[59,6-83,6]	278	77,2	[72,9-81,6]	316	76,5
NON	15	28,3	[16,2-40,4]	82	22,8	[18,4-27,1]	97	23,5

Tableau 15 : « Accepteriez-vous que les infirmières libérales aient accès à votre dossier médical via informatique ? » pour la base et par ville

### 3.3.8 Internes :

	Barcus(N=53)			Tardets(N=360)			Total(N=413)	
	N	%	IC95%	N	%	IC95%	N	%
Pas du tout d'accord	3	5,7	[0-12]	15	4,2	[2-6]	18	4,4
Plutôt pas d'accord	9	17	[7-27]	27	7,5	[5-10]	36	8,7
Plutôt d'accord	25	47,2	[34-61]	251	69,7	[65-71]	276	66,8
Absolument d'accord	16	30,2	[18-43]	67	18,6	[15-23]	83	20,1

Tableau 16 : « Accepteriez-vous d'être vu en consultation par un interne ? » pour la base et par ville

### 3.3.9 Télémedecine :

	Barcus(N=53)			Tardets(N=360)			Total(N=413)	
	N	%	IC95%	N	%	IC95%	N	%
Pas du tout d'accord	9	17	[7-27]	100	27,8	[23-32]	109	26,4
Plutôt pas d'accord	17	32,1	[20-45]	54	15	[11-19]	71	17,2
Plutôt d'accord	21	39,6	[26-53]	174	48,3	[43-53]	195	47,2
Absolument d'accord	6	11,3	[3-20]	32	8,9	[6-12]	38	9,2

Tableau 17: « Seriez-vous intéressé (e) pour avoir des consultations avec des spécialistes à distance via des technologies numériques ? » pour la base et par ville

### 3.4 Réponses aux objectifs secondaires :

Il s'agit de l'analyse bivariée.

#### 3.4.1 Etude des facteurs influençant l'inquiétude :

##### 3.4.1.1 Influence de l'âge sur l'inquiétude :

	Barcus (N=53)			Tardets (N=360)			Total (N=413)		
	N	Age moyen	Ecart type	N	Age moyen	Ecart type	N	Age moyen	Ecart type
Pas du tout inquiet	4	76,50	5,80	41	59,76	22,21	45	61,24	21,77
Plutôt pas inquiet	2	47,50	3,53	53	49,53	18,83	55	49,45	18,49
Plutôt inquiet	24	53	18,08	200	53,17	17,61	224	53,15	17,62
Très inquiet	23	62,04	12,74	66	53,29	16,00	89	55,55	15,64

Tableau croisé 1 : Age moyen des patients par rapport à la réponse à la question « Etes-vous inquiet pour la situation et l'avenir des soins sur le territoire de Soule ? »

Nous avons cherché à savoir si l'âge influençait de façon significative sur le niveau d'inquiétude déclaré par les patients.

Pour Barcus :  $p=0,020$ . L'âge différait de façon statistiquement significative selon la réponse à la question traitant de l'inquiétude sur la situation et l'avenir des soins. Les patients se déclarant « pas du tout inquiet » étaient plus âgés avec un âge moyen de 76,50 ans contre 62,04 ans pour les patients « très inquiets ».

Pour Tardets :  $p=0,055$ . Les résultats ne sont donc pas statistiquement significatifs mais il y a une forte tendance.

Concernant la base complète :  $p=0,007$ . L'âge différait de façon statistiquement significative selon la réponse à la question traitant de l'inquiétude sur la situation et l'avenir des soins. Les patients se déclarant « pas du tout inquiet » étaient plus âgés avec un âge moyen de 61,24 ans contre 55,55 ans pour les patients « très inquiets ».

### 3.4.1.2 Influence de la distance sur l'inquiétude :

	Barcus (N=53)			Tardets (N=360)			Total (N=413)		
	N	Dist. Moy.	Ecart type	N	Dist. Moy.	Ecart type	N	Dist moy.	Ecart type
Pas du tout inquiet	4	4,30	3,32	41	6,59	5,37	45	6,39	5,24
Plutôt pas inquiet	2	6,0	1,41	53	7,39	6,24	55	7,35	6,14
Plutôt inquiet	24	4,37	5,57	200	7,26	6,30	224	6,95	6,28
Très inquiet	23	2,75	3,52	66	7,87	5,72	89	6,55	5,69

Tableau croisé 2 : Distance moyenne du domicile des patients en km par rapport à la réponse à la question « Etes-vous inquiet pour la situation et l'avenir des soins sur le territoire de Soule ? »

Nous nous sommes demandés si la distance domicile-cabinet pouvait jouer un rôle dans l'inquiétude des patients.

Pour Barcus  $p=0,225$ . Il n'y a pas de relation démontrée entre la distance domicile-cabinet et l'inquiétude des patients.

Pour Tardets  $p=0,624$ . Les résultats ne sont pas significatifs non plus.

Pour la base globale  $p=0,739$ . La distance domicile-médical n'influait donc pas de manière significative l'inquiétude des patients. Les patients habitant plus loin du cabinet ne se déclaraient pas plus inquiets que les autres.

### 3.4.1.3 Influence du sexe sur l'inquiétude :

	Femme(N=260)		Homme(N=153)		Total(N)
	N	%	N	%	
Pas du tout inquiet	26	10,0	19	12,4	45
Plutôt pas inquiet	38	14,6	17	11,1	55
Plutôt inquiet	145	55,8	79	51,6	224
Très inquiet	51	19,6	38	24,9	89

Tableau croisé 3 : « Etes-vous inquiet pour la situation et l'avenir des soins sur le territoire de Soule ? » selon le sexe du patient.

$p = 0,403$ . Le sexe n'influe pas de façon significative sur l'inquiétude des patients de l'étude.

Pour détailler les résultats par ville, nous avons dû appairer les patients en 2 grandes catégories : les inquiets (très inquiets et plutôt) et les peu inquiets (pas du tout et plutôt pas) étant donné que le test du Chi-2 ne pouvait s'appliquer dans ce cas par manque d'effectif (Il ne s'applique pas en cas d'effectif inférieur à 5).

	Barcus (N=53)				Tardets (N=360)			
	Femmes		Hommes		Femmes		Hommes	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Peu inquiets	4	16,0	2	7,1	60	25,5	34	27,2
Inquiets	21	84,0	26	92,9	175	74,5	91	72,8

Tableau croisé 3 bis : « Etes-vous inquiet pour la situation et l'avenir des soins sur le territoire de Soule ? » selon le sexe du patient, par ville

Pour Barcus  $p=0,404$ . Pour Tardets  $p=0,732$ . Dans les 2 villes, le sexe des patients n'avait pas d'influence statistiquement significative sur leur inquiétude.

### 3.4.1.4 Influence de la présence sur maladie chronique sur l'inquiétude :

	Non(N=243)		Oui(N=170)		Total(N=413)
	N	%	N	%	
Pas du tout inquiet	23	9,5	22	12,9	45
Plutôt pas inquiet	36	14,8	19	11,2	55
Plutôt inquiet	133	54,7	91	53,5	224
Très inquiet	51	21,0	38	22,4	89

Tableau croisé 4 : « Etes-vous inquiet pour la situation et l'avenir des soins sur le territoire de Soule ? » selon la présence ou pas d'une maladie chronique.

$p = 0,529$ . La présence d'une maladie chronique n'avait donc pas d'impact statistiquement significatif sur l'inquiétude des patients.

	Barcus (N=53)				Tardets (N=360)			
	Non		Oui		Non		Oui	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pas du tout inquiet	0	0	4	17,4	23	10,8	18	12,2
Plutôt pas inquiet	2	6,7	0	0	34	16	19	12,9
Plutôt inquiet	18	60	6	26,1	115	54	85	57,8
Très inquiet	10	33,3	13	56,5	41	19,2	25	17

Tableau croisé 4 bis : « Etes-vous inquiet pour la situation et l'avenir des soins sur le territoire de Soule ? » selon la présence ou pas d'une maladie chronique par ville

Pour Barcus  $p=0,385$  (Chi-2 non applicable ici car effectif inférieur à 5 donc utilisation du test de Fisher), pour Tardets  $p=0,759$ . En considérant l'analyse par ville, la présence d'une maladie chronique n'avait donc pas d'impact statistiquement significatif sur l'inquiétude des patients.

### 3.4.2 Etude des facteurs influençant le désir de consultations sur RDV :

Nous avons étudié les facteurs influençant la réponse à la question « Seriez-vous d'accord pour qu'une partie des consultations soit sur RDV ? »

### 3.4.2.1 Influence de l'âge :

	Barcus (N=53)			Tardets (N=360)			Total (N=413)		
	N	Age Moy.	Ecart type	N	Age Moy	Ecart type	N	Age moyen	Ecart type
Pas du tout d'accord	8	66,13	14,83	85	55,33	21,00	93	56,26	20,70
Plutôt pas d'accord	4	59,75	22,82	45	48,33	16,66	49	49,27	17,23
Plutôt d'accord	30	57,17	16,66	165	54,88	17,84	195	55,24	17,65
Absolument d'accord	11	56,09	14,18	65	50,63	15,41	76	51,52	15,27

Tableau croisé 5 : Age moyen des patients par rapport à la réponse à la question « Seriez-vous d'accord pour qu'une partie des consultations soit sur rendez-vous ? »

Pour la base totale,  $p=0,033$ . Il existait ici une différence significative de l'âge moyen selon la réponse à la question. Les patients très opposés aux RDV (« pas du tout ») étaient plus âgés (âge moyen 56,26 ans) que les patients très favorables (« absolument » : âge moyen 51,52 ans). Or l'âge n'évoluait pas de façon linéaire selon les réponses à la question puisque les patients plutôt d'accord étaient plus âgés que les plutôt pas d'accord.

Pour Tardets  $p=0,039$ . L'âge moyen influait donc ici significativement sur le désir de consultation sur RDV.

Pour Barcus  $p=0,447$  : la significativité disparaissait ici.

### 3.4.2.2 Influence de la distance domicile-cabinet :

	Effectif (N=413)	Distance moyenne	Ecart type
Pas du tout d'accord	93	7,58	6,77
Plutôt pas d'accord	49	7,00	5,80
Plutôt d'accord	195	6,36	5,68
Absolument	76	7,16	6,05

Tableau croisé 6 : Distance moyenne du domicile en km par rapport à la réponse à la question « Seriez-vous d'accord pour qu'une partie des consultations soit sur rendez-vous ? »

$p=0,510$ . La différence de distance du domicile au cabinet médical n'influait pas de façon statistiquement significative la réponse à la question sur les consultations sur RDV.

	Barcus (N=53)			Tardets (N=360)		
	N	Distance moyenne	Ecart Type	N	Distance moyenne	Ecart Type
Pas du tout d'accord	8	4,31	2,65	85	7,88	6,96
Plutôt pas d'accord	4	2,25	1,25	45	7,41	5,86
Plutôt d'accord	30	3,21	3,53	165	6,93	5,81
Absolument d'accord	11	5,24	7,78	65	7,48	5,72

Tableau croisé 6 bis : Distance moyenne du domicile en km par rapport à la réponse à la question « Seriez-vous d'accord pour qu'une partie des consultations soit sur rendez-vous ? » par ville

Pour Barcus  $p=0,353$ . Pour Tardets  $p=0,744$ . En considérant les 2 villes, la significativité n'était pas présente non plus. (Test de Kruskal-Wallis)

### 3.4.2.3 Influence de la présence d'une maladie chronique :

	Non(N=243)		Oui(N=170)		Total(N=413)
	N	%	N	%	
Pas du tout d'accord	54	22,2	39	23	93
Plutôt pas d'accord	33	13,6	16	9,4	49
Plutôt d'accord	114	46,9	81	47,6	195
Absolument d'accord	42	17,3	34	20,0	76

Tableau croisé 7 « Seriez -vous d'accord pour qu'une partie des consultations soit sur rendez-vous ? » selon la présence ou pas d'une maladie chronique.

p=0,593. La présence ou l'absence de maladie chronique n'avait pas d'impact significatif sur le désir (ou le refus) de consultation sur RDV.

	Barcus (N=53)				Tardets (N=360)			
	NON		OUI		NON		OUI	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Patients pas d'accord	5	16,7	7	30,4	82	38,5	48	32,7
Patients d'accord	25	83,3	16	69,6	131	61,5	99	67,3

Tableau croisé 7 bis « Seriez -vous d'accord pour qu'une partie des consultations soit sur rendez-vous ? » selon la présence ou pas d'une maladie chronique par ville

Ici, nous avons, à nouveau, été obligés de regrouper les patients en 2 groupes, « les d'accord » (absolument ou plutôt) et les « pas d'accord » (pas du tout et plutôt pas) par manque d'effectif à Barcus. Un test de Fisher a été utilisé.

Pour Barcus p=0,235. Pour Tardets p=0,256. En considérant l'analyse par ville, la significativité n'apparaissait pas.

#### 3.4.2.4 *Influence de la « consultation enfant » :*

Nous avons cherché à savoir si les parents qui consultaient pour leurs enfants étaient plus ou moins favorables aux consultations sur RDV.

	OUI(N=119)		NON(N=294)		Total(N=413)
	N	%	N	%	
Pas du tout d'accord	19	16	74	25,2	93
Plutôt pas d'accord	18	15,1	31	10,5	49
Plutôt d'accord	54	45,4	141	48	195
Absolument d'accord	28	23,5	48	16,3	76

Tableau croisé 8 : « Seriez-vous d'accord pour qu'une partie des consultations soit sur rendez-vous ? » et consultations pour enfants

p=0,066. Le fait de consulter pour un enfant au cabinet n'influe pas significativement sur la réponse à la question mais il y a néanmoins une tendance significative.

	Barcus (N=53)				Tardets (N=360)			
	NON		OUI		NON		OUI	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Patients pas d'accord	10	21,7	2	28,6	95	38,3	35	31,3
Patients d'accord	36	78,3	5	71,4	153	61,7	77	68,8

Tableau croisé 8 bis : « Seriez-vous d'accord pour qu'une partie des consultations soit sur rendez-vous ? » et consultations pour enfants par ville

Par manque d'effectif sur Barcus, nous avons regroupés les patients en 2 catégories « les d'accord » (absolument ou plutôt) et les « pas d'accord » (pas du tout et plutôt pas) pour pouvoir utiliser un test de Fisher. Pour Barcus p=0,650 et pour Tardets p=0,197. En considérant les résultats par ville, la tendance à la significativité disparaissait.

#### 3.4.2.5 Influence de la consultation pour enfant en bas âge :

Les effectifs par ville étant très faibles ; nous n'avons présenté que les résultats pour la base.

	OUI(N=19)		NON(N=100)		Total(N=119)
	N	%	N	%	
Pas du tout	3	15,8	16	16	19
Plutôt pas d'accord	5	26,3	13	13	18
Plutôt d'accord	7	36,8	47	47	54
Absolument	4	21,1	24	24	28

Tableau croisé 9 : entre RDV et consultations pour enfants en bas âge

$p = 0,517$ . Les parents consultant pour des enfants en bas âge n'étaient significativement pas plus ou moins favorables aux consultations sur RDV.

#### 3.4.2.6 *Influence de la catégorie socio-professionnelle :*

Catégorie socio-pro.	N	Pas du tout	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Absolument	Total
	%					
Agriculteur exploitant	8	6	20	9	43	
	18,6%	14%	46,5%	20,9%	100%	
Artisans, Commerçants, Chefs d'ets	2	6	7	8	23	
	8,7%	26,1	30,4%	34,8%	100%	
Cadres, prof. Intellectuelles sup	2	2	12	9	25	
	8%	8%	48%	36%	100%	
Prof. intermédiaires	3	6	14	4	27	
	11,1%	22,2%	51,9%	14,8%	100%	
Employés	22	13	48	16	99	
	22,2%	13,1%	48,5%	16,2%	100%	
Ouvriers	5	2	10	3	20	
	25%	10%	50%	15%	100%	
Retraités	42	11	73	21	147	
	28,6	7,5%	49,7%	14,3%	100	
Etudiants	6	0	5	1	12	
	50%	0%	41,7%	8,3%	100%	

Mère/Père au foyer	1	2	1	2	6
	16,7%	33,3%	16,7%	33,3%	100%
Invalidité	0	0	2	3	5
	0%	0%	40%	60%	100%
Recherche d'emploi	2	1	3	0	6
	33,3%	16,7%	50%	0%	100%
Total	93	49	195	76	413
	22,5%	11,9%	47,2%	18,4	100

Tableau croisé 10 entre « consultation sur RDV » et catégorie socio-professionnelle

Le p n'était ici pas calculable car le test du Chi-2 ne pouvait s'appliquer par manque d'effectif, même en regroupant les catégories de réponses en 2 (favorables et défavorables). Pour certaines catégories l'effectif restait inférieur à 5 (or le test exact de Fisher ne s'applique pas ici non plus étant donné qu'il s'applique que sur des tableaux de contingence « 2x2 » et que notre tableau a 11 lignes).

### 3.4.3 Etude de l'influence de l'âge :

#### 3.4.3.1 Influence de l'âge sur le délai jugé acceptable en cas de consultation urgente :

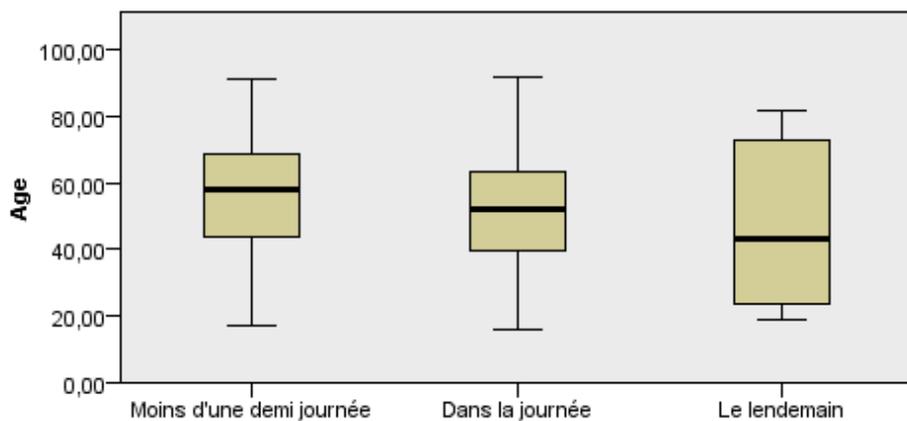


Figure 3 : âge avec délai d'urgence N=413

p=0,039.

Aucun patient sur 413 n'a coché la case « 2 jours ou plus ». L'âge influait de façon significative sur le délai de consultation jugé acceptable en cas d'urgence. Les patients les plus âgés estimaient qu'ils devaient être reçus en moins d'une demi-journée. Les patients les plus jeunes estimaient, eux, pouvoir attendre le lendemain en cas de consultation urgente.

Nous avons choisi de détailler ce résultat en présentant les résultats par ville car l'accès à une consultation urgence n'est pas le même dans les 2 villes (deux médecins à Tardets contre un à Barcus ainsi qu'une plus grande amplitude horaire de présence médicale à Tardets).

Délai d'urgence	Barcus			Tardets		
	Age moyen	Age médian	Ecart-type	Age moyen	Age médian	Ecart-type
< Demi-journée	65,27	69	15,55	55,19	55	17,09
Dans la journée	53,36	55	13,94	51,93	52	18,86
Lendemain	56,67	67	28,91	45,27	41	23,63
p	0,016			0,087		

Tableau croisé 11 : L'âge des patients est-il significativement différent selon le délai de rendez-vous urgent jugé acceptable à Barcus et à Tardets ?

L'âge différait de façon significative à Barcus mais pas à Tardets ; avec la même conclusion que sur la base globale : les patients qui estimaient le délai d'urgence à moins d'une demi-journée étaient plus âgés.

### 3.4.3.2 *Influence de l'âge sur l'accord d'un secrétariat qui filtrerait les appels :*

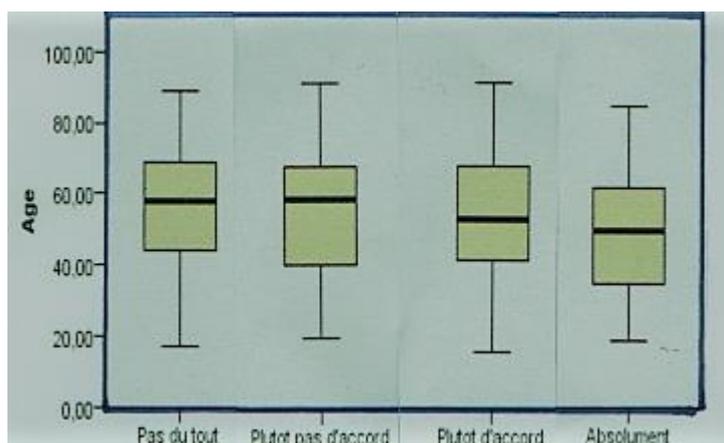


Figure 4 : « êtes-vous prêt à passer par un secrétariat pour parler à votre médecin ? » selon l'âge pour les 413 patients

$p=0,255$  Il n'y a pas de différence d'âge significative ; mais on constate un âge moyen plus élevé chez les patients défavorables à la présence d'une secrétaire qui répondrait au téléphone avec une diminution de l'âge selon le degré d'acceptation.

Malgré l'absence de significativité, il nous paraissait indispensable de présenter les résultats de cette analyse bivariée par ville car un secrétariat téléphonique a été mis en place depuis l'hiver 2018 sur Barcus. A Tardets, les médecins répondent à tous les appels.

	Barcus			Tardets		
	Age moyen	Age médian	Ecart-type	Age moyen	Age médian	Ecart-type
Pas du tout	70,83	73	9,98	51,63	56	21,80
Plutôt pas d'accord	56,33	69	22,81	56,76	56,50	17,06
Plutôt d'accord	53,88	51	17,16	55,22	55	17,61
Absolument	61,39	61,50	13,76	47,10	44	15,37
p	0,447			0,039		

Tableau croisé 12 : Influence de l'âge sur l'accord d'un secrétariat qui filtrerait les appels (êtes-vous prêt à passer par un secrétariat pour parler à votre médecin ?) selon la ville

La significativité est présente sur Tardets mais absente sur Barcus. A Tardets, les patients ayant répondu « plutôt pas d'accord » étaient les plus âgés avec un âge moyen de 56,76 ans.

### 3.4.3.3 Influence de l'âge sur le souhait d'un secrétariat à distance :

	Barcus			Tardets		
	Age moyen	Age médian	Ecart-type	Age moyen	Age médian	Ecart-type
Pas du tout	67,71	78	19,49	53,64	57	17,45
Plutôt pas d'accord	68,33	65	10,40	55,36	56	19,03
Plutôt d'accord	56,89	57	15,83	53,97	53	18,39
Absolument	55,31	58,50	15,53	49,43	48,50	17,35

Tableau croisé 13 : Influence de l'âge sur le souhait d'un secrétariat à distance, par ville

Pour Barcus  $p = 0,276$ . L'âge n'influence pas de façon significative la réponse à la question sur le secrétariat à distance. Mais la significativité est présente pour Tardets avec  $p = 0,021$ . Les patients très favorables étaient plus jeunes avec un âge moyen de 49,43 ans.

### 3.4.3.4 Influence de l'âge sur l'accord d'une consultation avec un interne :

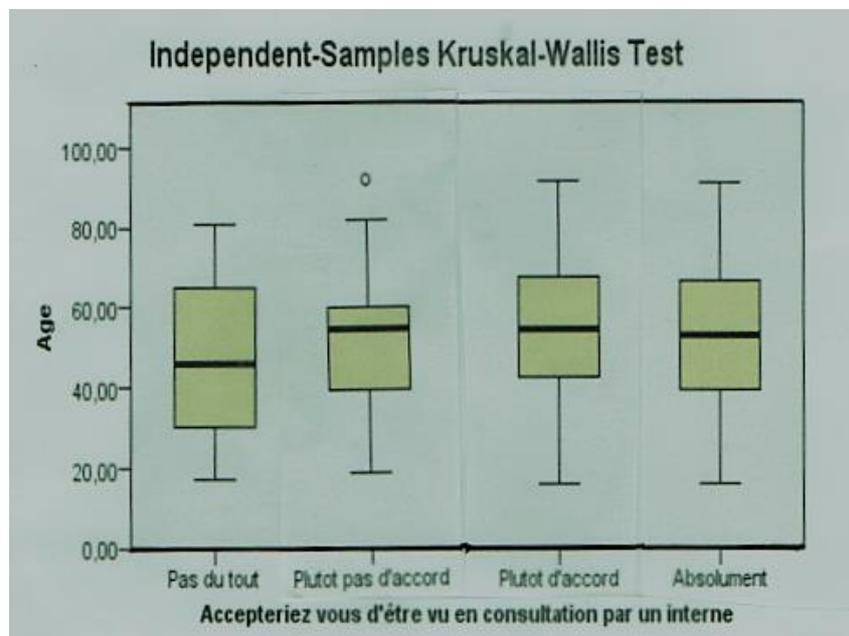


Figure 5 : « accepteriez-vous d'être vu en consultation par un interne ? » selon l'âge (N=413)

$p=0,423$ . Il n'y a pas de différence d'âge statistiquement significative selon les réponses à la question sur les internes.

	Barcus			Tardets		
	Age moyen	Age médian	Ecart-type	Age moyen	Age médian	Ecart-type
Pas du tout	79,33	79	1,52	42,20	42	17,85
Plutôt pas d'accord	54,78	60	16,23	51,11	53	17,84
Plutôt d'accord	57,52	59	16,81	54,62	55	18,39
Absolument	58,19	62	15,07	52,27	50	19,22
p	0,095			0,060		

Tableau croisé 14 : « accepteriez-vous d'être vu en consultation par un interne ? » selon l'âge et la ville

L'absence de significativité se confirme dans les 2 villes pour cette même question mais il existe sur Tardets une tendance à la significativité.

### 3.4.3.5 Influence de l'âge sur les consultations de télémédecine :

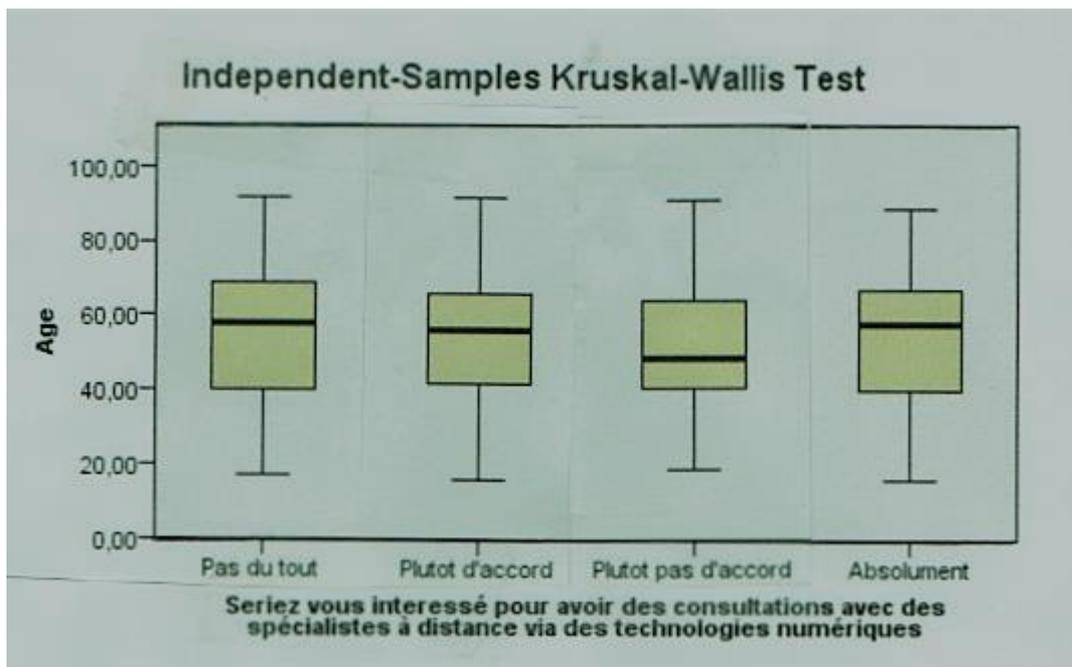


Figure 6 : « Seriez-vous intéressé pour avoir accès à des consultations avec des spécialistes via télémédecine ? » selon l'âge (N=413)

$p=0,397$ . L'âge n'influe pas de façon significative sur la réponse à la question sur la télémédecine.

	Barcus			Tardets		
	Age moyen	Age médian	Ecart-type	Age moyen	Age médian	Ecart-type
Pas du tout	64,11	69	17,83	54,08	56,5	18,48
Plutôt pas d'accord	55,47	52	14,41	50,22	46,50	17,73
Plutôt d'accord	58	62	18,20	53,96	55	17,48
Absolument	60,33	60	12,62	53,63	57,50	22,00
p	0,458			0,371		

Tableau croisé 15 : « Seriez-vous intéressé pour avoir des consultations avec des spécialistes à distance via des technologies numériques ? » selon l'âge et par ville.

La significativité est également absente lors de l'analyse par villes pour cette question.

#### 3.4.3.6 *Influence de l'âge sur la volonté de consulter un autre médecin dans une autre ville en cas d'urgence :*

	Barcus (N=53)		Tardets (N=413)	
	Age moyen	Ecart type	Age moyen	Ecart type
Pas du tout d'accord	65,06	13,7	58,08	16,42
Plutôt pas d'accord	63,12	15,2	53,82	17,49
Plutôt d'accord	60,81	19,22	52,96	17,88
Absolument d'accord	56,43	12,86	49,71	20,60

Tableau croisé 16 : « Accepteriez-vous en cas d'urgence ou d'absence de votre médecin traitant de voir un autre médecin dans une autre ville s'il avait accès à votre dossier médical ? » selon l'âge et par ville.

Pour Barcus  $p=0,100$ . Pour Tardets  $p=0.162$ . Les résultats ne sont pas significatifs.

### 3.4.4 Croisement entre « rendez-vous » et disponibilité du médecin :

Nous avons cherché à savoir si les patients les plus « réticents » aux consultations sur rendez-vous l'étaient car ils pensaient que cela allait diminuer la disponibilité de leur médecin.

Nous avons donc croisé les résultats de la question 12 (« Seriez-vous d'accord pour qu'une partie des consultations soit sur RDV ? ») en appariant les patients en deux groupes : les « pour » (réponses absolument et plutôt d'accord) et les « contre » (réponses pas du tout et plutôt pas d'accord) avec les résultats de la question 14 sur la disponibilité du médecin en se concentrant sur les items 1 (diminuera la disponibilité en consultation) et 2 (diminuera la disponibilité en visite). Les patients ayant coché ces 2 items sont considérés comme pensant que les rendez-vous vont diminuer la disponibilité du médecin.

Réponse Q12	Q14 items 1 et 2 cochés	Q14 items 1 et 2 non cochés	TOTAL (N=413)
POUR	65	206	271
CONTRE	92	50	142

On obtient  $p = 4,90$ . On ne peut donc pas conclure que les patients sont opposés aux rendez-vous car ils pensent que cela va diminuer la disponibilité du médecin.

### 3.5 Réponses à la question « d'expression personnelle » :

Parmi les 413 patients retenus, 62 ont répondu à la dernière question « libre » soit 15,01% des patients dont 18 à Barcus et 44 à Tardets.

Nous avons obtenu des réponses diverses et variées s'éloignant souvent de la question qui était posée « Avez-vous des remarques ou des propositions pour améliorer l'accès aux soins sur votre canton malgré la pénurie de soignants ? »

- 4 patients ont proposé de mettre en place des stages obligatoires en médecine rurale pour les internes afin de faire découvrir la « médecine de campagne ».
- 3 patients ont proposé une augmentation du numéris clausus pour le concours d'entrée dans les études de médecine.
- 4 patients ont proposé d'augmenter les aides matérielles et financières à l'installation des jeunes médecins en milieu rural.
- 2 patients ont proposé la délégation de tâches aux infirmières, comme par exemple le traitement et le suivi de plaies non compliquées ou la vaccination, afin de dégager plus de temps au médecin généraliste.
- 3 patients ont proposé la mise en place de mesures coercitives avec obligation d'installation en zone rurale pour les médecins généralistes, de manière à mieux répartir la démographie médicale sur le territoire français.
- 6 patients ont encouragé la création de maisons médicales en milieu rural et le regroupement des professionnels de santé pour une meilleure qualité de vie et une amélioration des conditions de travail.
- 4 patients ont critiqué les jeunes médecins qui ne veulent pas s'installer en milieu rural et qui s'orientent vers des postes salariés en milieu hospitalier. (L'un d'en eux propose que les pouvoirs publics expliquent aux jeunes médecins que « 35 heures ce n'est pas possible »).
- 6 patients nous ont remercié pour ce questionnaire, avec des messages de satisfaction sur la situation et l'offre de soins en Soule.
- 5 patients ont félicité et encouragé l'installation d'une jeune généraliste sur Tardets.
- 2 patients ont émis des critiques virulentes sur la politique du gouvernement en matière de santé et en matière de gestion des territoires ruraux (dépeuplement, fermeture des commerces, des écoles, des hôpitaux de proximités...)
- 3 patients ont encouragé la création d'une maison médicale à Tardets avec une meilleure accessibilité pour les personnes âgées et à mobilité réduite (en critiquant la situation du cabinet actuel, parking en pente, difficultés pour manœuvrer).
- 1 patient a proposé la mise en place d'une navette qui permettrait aux habitants des villages isolés ne conduisant pas de se rendre au cabinet médical ; ceci augmenterait la disponibilité du médecin en consultation en limitant le nombre de visites.

- 5 patients ont proposé de garder des créneaux de consultations libres sans rendez-vous dédiés aux « urgences du jour » pour éviter un engorgement des services d'urgences des hôpitaux d'Oloron ou de Saint Palais.
- 2 patients ont demandé le maintien d'une permanence médicale sur Barcus avec un système de roulement des médecins du canton qui viendraient y consulter avec accès aux dossiers médicaux informatisés via un logiciel commun à tout le territoire.
- 1 patient a demandé la mise en place de consultation de télémedecine (notamment pour de la dermatologie).
- 11 patients ont proposé la mise en place de créneaux de consultations sur rendez-vous à Tardets avec un secrétariat et une organisation différente. Ceci permettrait selon eux de diminuer le temps d'attente au cabinet et d'augmenter la disponibilité du médecin. Parmi ces 11 patients, 4 ont demandé la mise en place d'un secrétariat pour « filtrer les appels » et pour que le médecin ne soit plus dérangé aussi souvent pendant les consultations. 8 patients sur les 11 ont évoqué la nécessité de garder des créneaux disponibles tous les jours pour les consultations urgentes.

## 3.6 Résumé des résultats :

### 3.6.1 Population et objectifs principaux :

- 413 questionnaires dont les caractéristiques répondaient aux critères d'inclusion et d'exclusion ont été retenus pour l'étude. L'âge moyen des patients était de 54,06 ans.
- La catégorie sociale la plus représentée dans l'étude était celle des retraités avec 35,6 % des patients.
- La grande majorité des patients interrogés s'est déclarée inquiète sur la situation et l'avenir des soins sur le territoire souletin (54,2 % « plutôt inquiets » et 21,5 % « très inquiets »).
- Une proportion élevée de patients a répondu favorablement aux changements organisationnels proposés avec notamment la mise en place d'un secrétariat qui filtrerait les appels (53,5 % « plutôt d'accord » et 19,1% « absolument ») et la mise en place de consultations sur RDV (47,2% « plutôt d'accord » et 18,4% « absolument »).
- En cas d'urgence, la très grande majorité des patients ont estimé devoir être vus dans la journée en consultation. (50,1% moins d'une demi-journée et 46,5% dans la journée) ;

or les patients ont accepté d'être vus par un médecin différent de leur médecin traitant habituel, même dans une autre ville du canton (55,9% « plutôt d'accord » et 30,8% « absolument »)

- Les questions relatives au partage des dossiers médicaux, aux internes et à la télémédecine ont également reçu des réponses positives.

### 3.6.2 Analyse bivariée et objectifs secondaires :

#### 3.6.2.1 *Sur l'inquiétude des patients :*

- L'âge influait de façon significative sur l'inquiétude des patients. Les patients se déclarant « pas du tout inquiet » étaient plus âgés avec un âge moyen de 61,24 ans contre 55,55 ans pour les patients « très inquiets »  $p = 0,007$ . En considérant l'analyse par ville, l'âge impacte l'inquiétude des patients de Barcus significativement et avec une certaine tendance ceux de Tardets.
- Il n'y avait pas d'association statistiquement significative entre l'inquiétude et le sexe, la distance du domicile ou encore la présence d'une maladie chronique.

#### 3.6.2.2 *Sur le désir de consultation sur RDV :*

- L'âge influait de façon statistiquement significative sur le désir de consultation sur RDV.  $p=0,033$ . Les patients très opposés aux RDV (« pas du tout ») sont plus âgés (âge moyen 56,26 ans) que les patients très favorables (« absolument » : âge moyen 51,52 ans). Ceci se confirme pour Tardets, mais pas pour Barcus.
- Or il n'y avait pas de relation significative entre le désir de consultation sur RDV et la distance du domicile, la présence d'une maladie chronique ou encore le fait de consulter pour un enfant en bas âge.
- Pour ce qui est de l'influence de la consultation enfant, on note une tendance à la significativité pour Tardets.

#### 3.6.2.3 *Influence de l'âge :*

- Il existait une relation significative entre l'âge et le délai de consultation en cas d'urgence.  $p = 0,039$ . Les patients ayant répondu « le lendemain » étaient plus jeunes

que ceux ayant répondu « moins d'une demi-journée ». Cette relation se confirme dans les 2 villes.

- Il n'avait pas de relation significative entre l'âge et les questions relatives à la télémedecine et à la volonté de consulter un autre médecin en cas d'urgence.
- Pour la question relative aux internes, on note une tendance à la significativité sur Tardets.
- Il n'y avait une influence statistiquement significative de l'âge sur un secrétariat qui filtrerait les appels et sur un secrétariat à distance qu'à Tardets mais pas à Barcus. La significativité disparaissait pour l'analyse globale sur 413 patients.

## 4- Discussion :

### 4.1 Discussion de la Méthode :

#### 4.1.1 La naissance de la question de recherche :

En Soule, dans les cabinets de MG, il existe deux modes de fonctionnement bien distincts. En Basse Soule, à Mauléon, on retrouve un mode de fonctionnement plutôt « novateur » : les médecins sont déjà structurés en MSP (secrétariat, travail sur RDV, informatique...) depuis plusieurs années, ils ont accueilli plusieurs générations d'internes et désormais des SASPAS. Les projets de coordinations fleurissent avec la création de la CPTS.

En Haute-Soule, à Tardets, le fonctionnement est différent : le cabinet médical présente une organisation sur un modèle plus « à l'ancienne » (dossiers papiers, pas de secrétariat ni de RDV...). Ces trois dernières années l'activité médicale s'est vue marquée par plusieurs départs en retraite de MG appauvrissant chaque jour un peu plus l'offre de soins. Mais cette activité s'est vue dynamisée par la motivation et l'enthousiasme de jeunes MG (quatre jeunes femmes : une sur Tardets et 3 sur Mauléon) désireuses de reprendre le flambeau de la médecine rurale sur le territoire en essayant d'harmoniser les pratiques et les organisations des cabinets en Soule. La création de la CPTS « Pôle Santé de Soule » est une réelle aubaine pour ces jeunes praticiens en quête d'un vrai « travailler ensemble ».

Si les changements impliqués par la création de la CPTS semblent être bénéfiques et avantageux du côté médical, qu'en est-il du côté des patients qui vont devoir appréhender différemment l'offre de soins dans un futur proche ? C'est donc ainsi que nous avons choisi de questionner les patients de Tardets et de Barcus quant à leur ressenti sur ces évolutions à venir.

#### 4.1.2 Deux villes pour l'étude :

Pour répondre à la question de recherche, nous avons choisi d'interroger les patients par l'intermédiaire d'un questionnaire.

Cette méthode nous a paru être un moyen simple et reproductible d'obtenir un nombre satisfaisant de réponses et de faciliter le recueil de données pour la thésarde. La technique des entretiens individuels a été éliminée car trop chronophage.

Nous avons fait le choix d'interroger les patients de Tardets (ville dans laquelle la thésarde est très impliquée) et de Barcus : en effet, il s'agit des deux villes souletines où les changements liés à la création de la CPTS vont être les plus importants.

Les patients de Mauléon n'ont pas été impliqués dans l'étude car le mode de fonctionnement des cabinets médicaux et de la MSP ne va pas changer et les patients sont déjà habitués aux consultations sur RDV, aux internes, à la présence d'une secrétaire, à la régulation des appels...

Il nous a paru intéressant de travailler sur deux villes pour :

- Augmenter le nombre de questionnaires et donc la puissance de notre travail
- Pouvoir comparer les résultats entre Tardets et Barcus, deux villes qui diffèrent en termes d'offre de soins.
- Impliquer les patients de Barcus où la situation est préoccupante.

En effet, le médecin de Barcus est âgé de 67 ans, il n'a pas de successeur, et diminue progressivement son activité : il paraissait donc intéressant de questionner les patients de Barcus qui vont devoir faire face à d'importants changements dans les années à venir, comme aller consulter à Tardets ou Mauléon (ou Oloron) ou avoir affaire aux médecins de la CPTS qui viendraient faire des vacances.

#### 4.1.3 Le questionnaire :

Nous savions que, pour obtenir un nombre de réponse satisfaisant, le questionnaire se devait d'être simple et compréhensible par tous. Nous avons tenté de formuler les questions le plus clairement possible. Pour élaborer le questionnaire, l'article de H. Maisonneuve et J-P. Fournier dans la revue toulousaine « e-respect » nous a apporté une aide précieuse (33).

Pour les questions où l'opinion des patients était requise, nous avons choisi une échelle de Likert avec 4 choix possibles. Ce nombre de 4 a été choisi :

- Pour ne pas que la liste d'items soit trop longue
- De manière à polariser les réponses (car nous avons besoin que les gens prennent parti).

Cette volonté de polariser les réponses en « d'accord » et « pas d'accord » nous a mené à éliminer toute modalité neutre dans le questionnaire (« je ne sais pas »).

Le choix de proposer une question n°21 « libre et ouverte » a été fait afin d'impliquer au maximum les patients dans notre étude et de les interroger sur leur vision du système du soin à l'échelon local. Il était important de pouvoir leur donner la parole, en dehors des réponses à cocher.

Il fallait que le patient puisse remplir l'intégralité du questionnaire avant sa consultation en salle d'attente ; il fallait donc que le questionnaire ne soit pas trop long à remplir. L'activité « sans RDV » de Barcus et Tardets fait que les salles d'attente de Barcus et Tardets sont souvent combles.

Durant la phase « test », nous avons chronométré 7 patients volontaires de 20 à 90 ans, ils ont mis en moyenne 5 minutes pour remplir le questionnaire. Ce test a été réalisé dans des conditions « calmes » (hors salle d'attente) au domicile des patients qui savaient qu'ils étaient chronométrés, ils étaient donc plus concentrés. La salle d'attente en milieu rural constitue un véritable lieu d'échange et de partage et, pour certaines personnes âgées une occasion de rencontrer du monde et de discuter. Cette durée moyenne de 5 minutes est donc très probablement surestimée et en conditions réelles (bruit, discussions...) les patients mettent quelques minutes de plus.

Une étude publiée par le site « Doctolib » a estimé la durée moyenne d'une consultation chez le MG à 17 minutes (34) ainsi nous avons estimé que les patients avaient largement le temps de répondre au questionnaire en salle d'attente.

Concernant la langue, le choix a été fait de réaliser le questionnaire uniquement en langue française par manque de maîtrise de la langue basque écrite des investigateurs.

#### 4.1.4 La période et les lieux de recueil :

Le recueil en période hivernale (période de « pic d'activité » avec des salles d'attente bondées...et donc une longue attente) nous a semblé être une période favorable pour notre étude.

Nous avons fait le choix de mettre à disposition les questionnaires dans les salles d'attente des cabinets médicaux avec des lettres explicatives affichées aux murs (incitant les patients à participer). Nous tenions à privilégier un mode de recrutement par volontariat.

Pour augmenter le nombre de réponses, nous aurions pu prendre quelques minutes à la fin de chaque consultation pour faire remplir le questionnaire au patient s'il le souhaitait or la charge de travail à cette période de l'année ne nous a pas permis d'envisager cette technique de recueil car trop chronophage. C'est pour la même raison que nous n'avons pas fait remplir de questionnaires à nos patients lors des visites à domicile.

Nous avons pensé, en début d'étude, mettre des questionnaires à la pharmacie et à l'EPHAD/SSR Maison St Antoine de Tardets mais cette idée a rapidement été abandonnée : les gens qui sortent du cabinet médical passent en général par la pharmacie ; au sein de l'EHPAD nous n'avons pas trouvé de lieu approprié à la distribution des questionnaires aux familles et nous ne voulions pas impliquer le personnel soignant déjà surchargé de travail pour distribuer les questionnaires.

#### 4.1.5 La population et le nombre de questionnaires :

Le canton de Haute-Soule rassemble un peu moins de 3000 habitants, ainsi nous avons défini de façon arbitraire un nombre minimal de 400 questionnaires pour notre étude.

Nous avons choisi d'inclure tous les patients de 16 ans et plus (sans limite d'âge supérieure) de manière à obtenir un échantillon représentatif de la population locale, qui est une population âgée voir très âgée dans certains villages. En effet les personnes âgées constituent une part de plus en plus importante de la patientèle des MG ; logiquement plus malades que les jeunes, elles sont directement concernées par les questions de notre étude.

Nous avons estimé qu'avant 16 ans, les jeunes n'étaient pas suffisamment concernés par les problématiques de démographie médicale et que leurs réponses ne seraient pas contributives : nous les avons donc exclus. Il paraissait également évident d'exclure les patients en situation d'urgence, incapables de répondre au questionnaire.

Nous avons estimé qu'en un mois nous aurions atteint les 400 questionnaires, or nous avons été obligés de prolonger la période de recueil de 20 jours supplémentaires. Nous avons sous-estimé le nombre de patients prenant le questionnaire « pour le remplir à la maison » mais sans jamais le ramener.

Sur Tardets, les patients se sont montrés très « motivés » pour répondre au questionnaire ; et les médecins se sont mobilisés pour avoir le plus de réponders possibles. La présence de la thésarde, effectuant des remplacements à Tardets, a engendré une réelle dynamique autour de ce projet d'étude. Il a été relativement aisé d'obtenir un fort taux de participation. (360 questionnaires ont été retenus sur Tardets)

Nous avons rencontré plus de difficultés à susciter un engouement pour cette étude sur Barcus où seulement 53 questionnaires ont été retenus et c'est surtout pour obtenir plus de réponses à Barcus que nous avons dû prolonger la période de recueil.

Dans un souci de fiabilité des résultats, nous avons fait le choix de ne pas retenir les questionnaires qui comprenaient au moins deux questions non remplies, ou raturées, ou plusieurs réponses pour des questions à choix unique. Ces 24 questionnaires n'ont pas été inclus dans la base de données.

#### 4.1.6 Les limites d'une étude quantitative :

Au fur et à mesure de notre travail, notamment lors de l'analyse des résultats, nous avons été confrontés aux limites de notre méthode quantitative. Nous avons espéré, en incluant un nombre conséquent de patients, obtenir davantage de résultats significatifs pouvant alimenter notre discussion or ce ne fut pas le cas. Nous avons fait face à une majorité de résultats « peu interprétables » : ceci nous a restreint dans l'extrapolation des résultats.

C'est finalement dans les résultats de la question d'expression personnelle que nous avons trouvé la plus grande richesse avec des propositions pertinentes et judicieuses à développer sur la vision des patients par rapport à la médecine du canton. Nous ne nous attendions vraiment pas à cela.

Ainsi, en fin d'étude, il nous est apparu regrettable de ne pas avoir traité notre sujet de façon qualitative en focus groupe pour recueillir de façon plus approfondie et plus intéressante le point de vue et le ressenti de nos patients (via des verbatims).

## 4.2 Forces et Faiblesses de l'étude :

### 4.2.1 Les forces :

Cette étude fait office de pionnière en matière d'étude sur les contraintes engendrées par la création d'une CPTS en milieu rural. Il s'agit également de la première étude appelant l'opinion des patients sur cette zone géographique, la Soule.

La forte participation et l'engouement suscité notamment sur Tardets font également partie des forces de cette étude. Les 360 questionnaires retenus sur Tardets (commune de moins de 600 habitants) montrent une réelle volonté de la population locale à s'impliquer dans ces questions de démographie médicale et un réel attachement à la médecine rurale.

Les résultats de l'étude vont être présentés à l'ARS dans le cadre de la mise en place de la CPTS. La direction du centre hospitalier d'Oloron Sainte-Marie s'est également intéressée aux résultats de cette étude.

## 4.2.2 Les Faiblesses :

### 4.2.2.1 *Une faible participation sur Barcus :*

Seuls 53 questionnaires ont été retenus sur Barcus, soit 12,8% des questionnaires (contre 87,2% à Tardets). Ce faible taux de participation sur Barcus engendre la création de deux groupes (par villes) totalement asymétriques et donc difficilement comparables en termes de résultats. Il s'agit là d'un biais important dans notre étude. Cette faible participation peut s'expliquer par les facteurs suivants :

- Un Cabinet médical qui n'est ouvert désormais que l'après-midi (car le MG travaille comme médecin coordinateur sur l'EHPAD de Mauléon le matin), l'amplitude horaire d'ouverture est donc nettement réduite par rapport à Tardets
- Un médecin « sur le départ » qui a beaucoup réduit ses plages de consultations ces derniers mois. De ce fait, un grand nombre de patients ont changé de MG pour Tardets ou Mauléon.
- Le MG de Barcus ne s'est pas montré trop impliqué dans l'étude et n'a pas relancé ou encouragé les patients à remplir les questionnaires comme ont pu le faire ses confrères à Tardets.
- La thésarde n'effectuant pas de remplacement sur Barcus, elle est moins connue des patients et elle n'a pas été présente pour relancer les patients.

### 4.2.2.2 *Les Biais de sélection :*

Le fait de ne pas avoir inclus les patients en visite à domicile dans notre population peut influencer de façon négative sur la représentativité de notre échantillon. En effet, certaines personnes âgées ne sont vues qu'en visite à domicile et ne se rendent jamais au cabinet médical. Les MG en Soule font encore un nombre non négligeable de visites à domicile (au moins 3 visites par jour) ce qui diffère d'une activité urbaine.

Le nombre de réponses au questionnaire aurait très certainement pu être augmenté si nous avions proposé un questionnaire en langue basque. Selon une étude réalisée fin 2016 par l'office

de la langue basque, 49,5% de la population souletine serait bascophone, avec une part encore plus importante chez les plus de 65 ans (35). Il aurait fallu traduire le questionnaire en dialecte souletin, largement utilisé dans le canton ainsi que dans les salles d'attentes des cabinets ; or il s'agit la plupart du temps d'un langage « oral » et il nous a semblé qu'une trop faible proportion de la population maîtrisait sa lecture et son écriture.

Nous pourrions émettre la même réflexion au sujet de l'exclusion des personnes ne sachant pas lire ou ne comprenant pas le français. Nous n'avons pas de chiffre sur la question mais il s'agit d'une part non négligeable de la population des personnes âgées. Il n'est pas rare que les enfants amènent leurs parents en consultations pour traduire la consultation ou de devoir remplir les chèques pour certains patients ne sachant écrire le français.

Nous aurions pu limiter ces biais de sélection et donc augmenter la représentativité de la population en accordant plus de temps à la réalisation de notre étude, chose qui n'a pas été possible.

#### 4.2.2.3 *Les Biais de classement :*

Dans notre étude, une erreur importante a été relevée en fin d'étude : il s'agit de l'inversion des items « plutôt d'accord » et « plutôt pas d'accord » dans nos échelles de Likert pour les questions 11,12, 15,16,19 et 20. Il y a une perte de logique dans le degré d'accord ou de désaccord.

Cette erreur des investigateurs n'a pas été relevée ni par les patients « testeurs », ni par aucun patient de l'étude. Nous nous sommes rendus compte de cette inversion lors de la constitution de la base de données et nous avons, bien entendu, corrigé l'ordre dans le système de codage. Elle peut avoir été source de biais dans les réponses chez les patients qui auraient mal lus l'intitulé des propositions.

#### 4.2.2.4 *Un questionnaire « fermé » :*

Une autre source de biais réside dans le fait que nous n'avons pas laissé de proposition neutre « je ne sais pas » dans notre questionnaire. C'est un reproche qui nous a été fait par huit patients au cours de l'étude, mais pas par les « patients testeurs ». Ceci donne un aspect « fermé » au questionnaire et les patients peuvent se sentir obligés de répondre quelque chose qui diffère de leur réelle opinion, ceci biaisant la véracité de certaines réponses.

## 4.3 Discussion des résultats :

### 4.3.1 La population :

#### *4.3.1.1 Une population relativement âgée et féminine :*

Dans notre étude, l'âge moyen est de 54,06 ans. Si l'on compare ce chiffre aux dernières données de l'INSEE (36), on peut dire qu'il s'agit d'une population relativement âgée car l'âge moyen de la population en France est de 41,4 ans (hommes et femmes confondus). L'écart est encore plus net en considérant l'âge médian qui est de 55 ans dans l'étude contre 40,5 ans dans la population française en 2018. La conclusion est la même si l'on compare avec la population du département (âge moyen 43,3 ans en 2016 dans les Pyrénées Atlantiques) et avec celle de la région (42,9 ans en 2016 en Nouvelle Aquitaine). (11) D'après le dernier recensement, la tranche d'âge la plus représentée à Barcus est celle des 40-65 ans (plus de 35% de la population du village) ; par contre pour Tardets la tranche d'âge la plus représentée est celle des plus de 65 ans avec plus de 35%.

Dans notre étude, les femmes ont nettement plus répondu que les hommes (63% de femmes contre 37% d'hommes – sur Barcus la proportion des 2 sexes est plus équilibrée). Certaines études ont montré que les hommes allaient moins souvent chez le médecin que les femmes (qui seraient plus soucieuses de leur santé), ceci pourrait expliquer une telle disparité dans notre étude mais nous ne pouvons rien en conclure car l'étude était basée sur la base du volontariat (et donc tous les patients consultant à cette période n'y ont pas forcément répondu). (37,38)

#### *4.3.1.2 Des cabinets des MG accessibles :*

La majeure partie de la population de l'étude est obligée de se rendre au cabinet médical en voiture ; dans notre étude la distance moyenne domicile-cabinet médical est de 6,85 km (7,31 km pour les patients de Tardets contre 3,72 pour Barcus). Cette distance moyenne plus courte sur Barcus s'explique facilement par des critères géographiques, le village est certes isolé avec des maisons reculées mais le cabinet médical ne « draine » que peu de population des villages avoisinants. L'inverse se produit sur Tardets, avec un canton très vaste, drainant une population qui habite des villages isolés comme Larrau ou Sainte-Engrâce situés à plus de 16 km du cabinet.

Ces chiffres correspondent aux moyennes nationales observées dans les dernières études qui considèrent que 95% de la population française a accès à des soins de proximité en moins de 20 minutes. (8,39). La mot proximité directement lié au cabinet du MG prend ici tout son sens ; en effet les patients de Barcus et Tardets sont obligés de faire beaucoup plus de route pour avoir accès à un centre hospitalier (environ 30 minutes pour Oloron et Saint-Palais et une heure et demi pour Pau ou Bayonne).

#### *4.3.1.3 Une population importante de retraités et d'agriculteurs :*

Dans notre étude, 35.6% des patients sont retraités (33,1% à Tardets et 52,8% à Barcus) ce qui est bien supérieur à la moyenne nationale : les retraités représentent environ 24% de la population française d'après les derniers chiffres de l'INSEE. (40)

Ces résultats de ne sont pas du tout étonnants : un quart des retraités (contre 22 % de la population) vivent dans une commune rurale. Les retraités sont nettement surreprésentés dans les communes isolées puisqu'ils représentent en moyenne 30,8 % de la population, alors qu'ils ne représentent en moyenne que 20,8 % de la population des aires urbaines.

Concernant les agriculteurs, les chiffres confirment notre sentiment quotidien : le Soule reste une région très agricole. Dans notre étude ils sont 10,4% de la population totale des patients (413 patients.) Si l'on ramenait le nombre d'agriculteurs à la population active de notre étude (413-180 = 233 patients actifs au sens de l'INSEE) ils représenteraient 18,45% des actifs de l'étude. Ce chiffre est très largement au-dessus de la moyenne nationale : le monde agricole représenterait 1,9% de la population active selon l'INSEE. (41)

#### *4.3.1.4 Des malades chroniques :*

En France, environ 20 millions de personnes consomment des soins apparentés à une maladie chronique, avec ou sans reconnaissance officielle d'ALD (soit 35 % de la population). En moyenne, selon les chiffres de l'Assurance-maladie (42), plus d'une personne sur six est concernée par une affection longue durée (ALD).

Cette tendance se retrouve dans notre étude avec une forte proportion de patients qui déclarent consulter « pour une maladie chronique, nécessitant un traitement ou un suivi régulier » soit 41,2% des questionnaires. Ces chiffres sont à nuancer (ils sont peut-être sous-estimés) car nous ne savons quelle représentation se font les patients d'une « maladie chronique ». Par exemple,

certain patients hypertendus ou diabétiques ne se considèrent pas du tout comme malade chronique. Il n'est pas rare en consultation de rencontrer un patient déclarant ne pas avoir d'antécédent médical ou de maladie chronique mais qui vient pour renouveler son traitement habituel comportant un anti-diabétique oral et un anti-hypertenseur !

Nous aurions pu détailler d'avantage l'intitulé de la question avec des exemples pour les patients (diabète, hypertension...)

#### *4.3.1.5 Plus de pédiatrie à Tardets qu'à Barcus :*

La part de la pédiatrie n'est pas négligeable dans les consultations de MG de Barcus et de Tardets : en effet, il faut faire presque 1 heure de route pour consulter un pédiatre à Orthez ou à Pau. On note dans l'étude une plus grande proportion de patients déclarant « consulter pour leur enfant » à Tardets (31,1%) qu'à Barcus (13,2%).

Ceci peut s'expliquer par la présence d'une jeune femme médecin en voie d'installation sur Tardets, particulièrement intéressée par la pédiatrie et le suivi de jeunes enfants qui a vu son activité pédiatrique augmenter depuis ces deux dernières années.

#### *4.3.1.6 Des patients inquiets pour l'avenir :*

Le constat est sans appel : la grande majorité des patients de l'étude se déclare inquiète au sujet de la situation et de l'avenir des soins en Soule.

En polarisant les patients en 2 groupes « inquiets » (très et plutôt) et « pas inquiets » (pas du tout et plutôt pas), on obtient les résultats suivants :

- En considérant la totalité des patients : 75,7% soit les  $\frac{3}{4}$  des patients de l'étude se déclarent « inquiets » contre  $\frac{1}{4}$  « peu ou pas inquiets » (24,3%)
- A Barcus : 88,7% des patients sont « inquiets » contre seulement 11,3% de « peu ou pas inquiets »
- A Tardets : les résultats diffèrent un peu avec une proportion de patients très inquiets plus faible.

Cette différence peut s'expliquer par l'existence d'un projet concret d'installation d'une jeune MG sur Tardets tandis que la pérennité des soins sur Barcus est bien plus incertaine avec un médecin qui avance en âge et l'absence de successeur ou de remplaçant régulier.

L'inquiétude se ressent aussi dans les témoignages des patients (question 21) avec les encouragements et les remerciements pour la jeune MG en cours d'installation. Les propositions de l'augmentation du nombre de MG maîtres de stage universitaires en milieu rural

ou de mesures coercitives avec obligation d'installation en zone rurale vont également dans ce sens.

### 4.3.2 Réponses aux critères principaux :

#### 4.3.2.1 *Des patients qui se déclarent prêts à passer par une secrétaire :*

Nous avons demandé aux patients s'ils étaient prêts à passer par une secrétaire qui filtrerait les appels : la présence d'un secrétariat représenterait un changement capital car à l'heure actuelle ce sont les médecins qui répondent à tous les appels et le téléphone sonne au moins 30 fois par jour ! Les patients savent qu'ils vont tomber directement sur le médecin, ils n'hésitent pas à téléphoner à n'importe quel moment de la journée.

Dans notre étude, une forte proportion de patients se déclare néanmoins prête à ce changement. Les résultats sont superposables dans les 2 villes. Ces chiffres témoignent de la capacité d'adaptation des patients souletins et viennent appuyer le projet de « réorganisation » des MG de Tardets qui envisagent la mise en place d'une forme de secrétariat début 2019. Ils montrent aussi que les patients prennent conscience que les médecins sont trop souvent dérangés et coupés par le téléphone au cours de leurs consultations ; chose qui est désagréable et chronophage pour le médecin qui se voit déconcentré mais aussi pour les patients qui ont besoin d'écoute et d'attention (certains en ont d'ailleurs parlé dans la question 21).

#### 4.3.2.2 *Des patients pas hostiles aux RDV :*

Un autre changement capital pour les patients serait la présence de plages de consultations sur RDV : ils sont pour le moment habitués à consulter quand ils le souhaitent sans aucune contrainte horaire, surtout à Tardets. Pour les visites à domiciles, ils téléphonent (très souvent le jour même !). Le projet consisterait à garder des créneaux de consultations libres pour les urgences du jour et mettre en place des consultations sur RDV pour les patients chroniques, les gens qui travaillent, habitent loin, ceux qui amènent leurs enfants, leurs parents... Cette demande revient très souvent au cours des consultations à Tardets où il n'est pas rare d'attendre plus de deux heures en salle d'attente certains jours, comme le lundi jour de marché !

En polarisant les résultats, on obtient 34,4% « opposés » contre 65,6% « favorables » aux RDV. Nous ne nous attendions pas à obtenir des chiffres si encourageants, ces chiffres viennent donc rassurer les médecins de Tardets.

La part non négligeable de patients « opposés » s'explique tout à fait par les craintes d'une diminution de l'accès aux soins (et notamment les soins « urgents ») à cause des RDV, comme certains ont pu le signaler dans la question 21.

Le fait que la proportion des patients opposés aux RDV soit plus forte à Tardets qu'à Barcus s'explique très probablement par la mise en place de créneaux de consultation sur RDV à Barcus au cours de notre étude. Les patients de Barcus se sont sans doute aperçus des avantages de ce mode de fonctionnement et ont de ce fait une vision moins catégorique.

#### *4.3.2.3 Des patients qui veulent être vus dans la journée en cas d'urgence.*

Nous avons précisé dans le questionnaire des exemples de motifs de consultation urgente : fièvre, mal au ventre, douleur importante.

Cette question a obtenu des réponses tout à fait logiques et attendues.

En pratique selon une récente étude de la DREES réalisée auprès de 40000 personnes, chez le MG, 49 % des prises de contact aboutissent à un rendez-vous le jour-même ou le lendemain (un tiers dans la journée) en cas d'apparition ou d'aggravation des symptômes. (43).

Les réponses à cette question viennent corroborer les témoignages demandant des créneaux sans RDV pour être certains d'être vus le jour même en cas d'urgence. C'est un fait que les médecins doivent prendre en compte dans leur organisation à Tardets et plus largement sur le territoire. Pour donner un exemple concret : la majeure partie des cabinets d'Oloron Sainte-Marie ne fonctionne que sur RDV, or il est quasi impossible d'être vu dans les 48 heures à Oloron à cause d'une réelle pénurie de MG et des plannings comblés ; il n'est donc pas rare de voir des patients faire près de 30 kilomètres pour venir consulter sans RDV à Tardets.

#### *4.3.2.4 Un médecin toujours aussi disponible ?*

Dans cette question, les opinions sont bien divisées. Une très faible majorité des patients des patients estime que l'activité sur RDV n'aura pas d'influence sur la disponibilité du MG en consultation, ou en visite à domicile.

#### *4.3.2.5 Des patients favorables à un secrétariat à distance :*

Les médecins réfléchissent à la mise en place d'un système de secrétariat : la solution d'un secrétariat « à distance » (télésecrétariat) a été évoquée et l'avis des patients a donc été requis.

En polarisant les résultats, on retrouve la même tendance que pour les autres questions avec 29,3% de gens opposés contre 70,7% de favorables. C'est une donnée rassurante pour les médecins qui craignaient que les patients rejettent massivement cette proposition : ils avaient peur que leur patientèle relativement âgée (qui n'entend pas très bien, et qui des fois ne parle pas très bien le français) ne parvienne pas à se familiariser à ce format de secrétariat moderne. Là encore, la question de la maîtrise de la langue basque occupe une place importante dans les réflexions des médecins. Il est compliqué de trouver une entreprise de télésecrétariat dont les employés maîtriseraient le nom des fermes basques (car il n'a pas de numéro sur les maisons et souvent pas de nom de rue !) et la géographie de ce canton rural pour organiser le planning de visites du médecin. L'idée retenue serait celle d'une secrétaire basée sur l'EHPAD de Tardets qui s'occuperait à temps partiel du secrétariat du cabinet : cela permettrait de créer un emploi en embauchant quelqu'un qui connaît les lieux et maîtrise le souletin.

La mise en place d'une plateforme de télésecrétariat à Barcus semble avoir été très bien acceptée par les patients. Le médecin a déclaré « je ne sais pas comment j'ai pu m'en passer pendant toutes ces années ! »

#### *4.3.2.6 Des patients prêts à se déplacer en cas d'urgence :*

Avec la baisse inquiétante de la démographie médicale sur le territoire souletin, il est fort possible que les patients soient de plus en plus amenés à consulter un autre médecin que leur médecin traitant habituel, dans une autre ville située à une dizaine de 10 km. Les patients se déclarent encore prêts à accepter cette contrainte avec des résultats superposables dans les 2 villes.

Si on apparie les résultats en 2 grandes catégories, on obtient : 13,3% de patients « opposés » contre 86,7% de « favorables ».

Dans le cadre de la CPTS, une réflexion est en cours pour essayer d'ici quelques années de « centraliser » les plannings des médecins afin de pouvoir orienter les consultations urgentes du jour vers un des médecins dont la journée serait « dédiée aux consultations urgentes » avec un système de roulement. Ce système (qui pourrait s'apparenter aux fonctionnements des maisons médicales de garde mais en journée) permettrait d'optimiser le temps de travail des MG en nombre restreint. Les chiffres viennent donc appuyer cette réflexion qu'il conviendra de poursuivre dans les mois et les années à venir.

#### *4.3.2.7 Des patients d'accord pour le partage des dossiers avec des IDE :*

Dans le cadre de la CPTS, les médecins du territoire ont pour projet de développer l'utilisation d'un système de partage d'informations entre eux et les professionnels paramédicaux qui servirait de plateforme d'échange autour du patient avec des rubriques que chacun pourrait alimenter. Les patients des 2 villes se déclarent favorables à un partage du dossier avec les IDE à 76,5%.

Il serait intéressant par exemple que les IDE libérales puissent communiquer au médecin « en direct » des photos de l'évolution d'une plaie, le poids d'un patient insuffisant cardiaque, ou les chiffres des glycémies capillaires. Elles pourraient avoir accès aux dernières modifications thérapeutiques, par exemple pour vérifier un pilulier. Un système de messagerie « instantanée » pourrait aussi améliorer la communication entre les professionnels de santé.

A plus grande échelle, cette plateforme de partage d'information pourrait s'ouvrir aux travailleurs sociaux pour le dossier d'Allocation Personnalisée d'Autonomie ou les aides à domicile. Les kinés pourraient aussi avoir accès à certains examens d'imagerie dans le but d'optimiser la prise en charge.

Des réflexions sont en cours, à l'échelle de la CPTS de Soule mais aussi plus largement en impliquant Oloron et le Haut-Béarn, sur l'utilisation d'un logiciel médical commun afin d'harmoniser la tenue des dossiers médicaux et un système de « passerelle » qui permettrait à un médecin de consulter le dossier d'un patient suivi habituellement dans un autre cabinet. Ceci viendrait rejoindre l'idée du dossier médical partagé.

La question se pose ici du « secret médical » et de l'importance de demander l'aval du patient avant de partager la moindre information de son dossier médical avec d'autres professionnels de santé ou sociaux. Pour les patients défavorables à ce partage d'informations, le médecin devra être en mesure de bloquer l'accès au dossier à d'autres intervenants.

#### *4.3.2.8 Des patients favorables à la présence d'internes :*

Peu après la fin de l'étude, en mai 2018, Tardets a accueilli son premier interne de MG en stage. Les patients de l'étude déclarent être « plutôt d'accord » à 66,8% et « absolument » à 20,1% pour être vus en consultation par un interne. Le fait que les patients soient plus favorables aux

internes à Tardets qu'à Barcus peut s'expliquer par la présence de « jeunes » remplaçants à Tardets depuis plusieurs années et surtout depuis deux ans.

Ces chiffres doivent encourager les médecins de Tardets et de Barcus à imiter leurs collègues de Mauléon et à devenir maître de stage ; afin de transmettre aux jeunes internes les valeurs de cette belle « médecine de campagne ».

Pour les patients les plus réticents, il faudrait appuyer sur les bénéfices qui découlent de cette expérience : la remise à jour des connaissances, la transmission et le partage des connaissances, la lutte contre l'isolement, la valorisation et l'enrichissement de l'activité ou encore l'ouverture vers de futurs remplaçants, associés ou successeurs. Il faut amener les plus réfractaires à réaliser que les internes sont les futurs « médecins de demain » et que ce stage en cabinet est capital dans leur formation. Le maître de stage doit rassurer les patients en leur expliquant que l'interne est supervisé par le médecin qui valide ses décisions et ses prises en charge.

C'est par le biais de la maîtrise de stage que l'activité de MG a pu se pérenniser à Mauléon : les 3 jeunes à s'installer sont toutes des anciennes internes.

#### 4.3.2.9 *Des patients intéressés par la télémédecine :*

Les opinions sur la télémédecine sont un peu plus mitigées. Ce nouveau moyen de consultation semble susciter des craintes et inquiétudes qui se manifestent dans l'étude par plus d'un quart des patients se déclarant « contre ». Le contact humain reste encore une valeur fondamentale dans les zones rurales moins tournées que les villes sur les nouvelles technologies (beaucoup de foyers en Soule n'ont pas d'ordinateur, et la couverture des réseaux de téléphonie mobile reste dans certains endroits plus que médiocre voire inexistante).

Ces chiffres peuvent trouver une explication dans le fait que le médecin, généraliste ou spécialiste reste un personnage très important, très respecté, pour les habitants des campagnes ou des villages de montagne. Ces patients-là ont tous peur de perdre « leurs » médecins et n'envisagent pas qu'ils soient substitués par « cabines » de télémédecine qu'ils ont pu voir à la télévision ; selon eux « *rien ne remplace la personne humaine* » comme certains ont pu le témoigner dans la question 21.

Néanmoins, presque trois quarts des interrogés sont plutôt favorables au développement de la télémédecine (pour des consultations avec les spécialistes – notre question ne portait que sur la spécialité). Ces patients-là ont conscience de l'intérêt de la télémédecine en termes d'accès aux soins. Elle permettrait de diminuer les délais d'attente pour une consultation spécialisée (par exemple en dermatologie : nos patients sont souvent obligés de se rendre à Pau où les délais

pour voir un dermatologue excèdent facilement quatre mois) et de limiter les déplacements et donc les prescriptions médicales de transports dans certains cas.

### 4.3.3 Réponses aux critères secondaires :

#### 4.3.3.1 *Les facteurs ayant une influence sur l'inquiétude :*

- L'âge :

Dans notre étude, l'âge diffère de façon significative selon la réponse à la question « Etes-vous inquiets sur la situation et l'avenir des soins ? » en considérant la base complète et Tardets, pas pour Barcus. Nous aurions pu penser que les patients les plus âgés seraient les plus inquiets (car plus malades, consultant plus souvent) or c'est l'inverse qui se produit avec des patients « pas du tout inquiets » plus âgés que pour les 3 autres catégories (âge moyen 61,24 ans). Les « très inquiets » ne sont pas les plus jeunes. Nous n'avons pas d'explication à ces résultats : peut-être que les patients les plus âgés se projettent à moins long terme que les jeunes et, de ce fait, se sentent rassurés par la situation actuelle avec l'arrivée de jeunes MG

- Nous n'avons pas pu prouver l'influence significative sur l'inquiétude de la distance domicile-cabinet, du sexe, ni de la présence d'une maladie chronique. Nous pensions que les malades « chroniques » seraient plus inquiets que les autres car ils ont besoin d'un suivi plus régulier mais ce n'est pas le cas.

#### 4.3.3.2 *Les facteurs ayant une influence sur le désir de consultation sur RDV :*

- L'âge :

Nous avons observé une relation statistiquement significative en l'âge et le désir de consultation sur RDV, pour la base globale et pour Tardets. L'âge aurait une influence négative sur ce désir de RDV : en effet les patients ayant répondu « pas du tout » sont les plus âgés avec un âge moyen de 56,26 ans. Ceci peut s'expliquer facilement par le fait que les patients les plus âgés n'ont pas envie de changer leurs habitudes de fonctionnement, et ont des capacités d'adaptation moindres.

Nous pensions que les jeunes (catégorie active de notre patientèle) seraient nettement plus favorables aux RDV par commodité avec le mode de vie (RDV

médical après le travail, moins disponibles pour attendre en salle d'attente.) mais cela n'est pas le cas dans notre étude.

- Nous n'avons pas pu prouver de relation significative entre le désir de RDV et la distance domicile-cabinet, le fait de consulter pour un enfant (même en bas âge), la présence d'une maladie chronique et la catégorie socio-professionnelle.
- Nous pensions que les malades chroniques qui, par définition, consultent plus souvent que les autres seraient plus intéressés par les rendez-vous mais cela ne se confirme pas. La réflexion est la même lorsqu'il s'agit des consultations pour enfants de moins de 2 ans.
- Il existe une tendance concernant l'influence de la consultation enfant sur le désir de consultation sur RDV. Les parents consultant pour leurs enfants sont légèrement plus enclins aux RDV : ceci s'explique facilement quand on voit à quel point il peut être difficile de faire patienter un enfant dans la salle d'attente bondée d'un cabinet médical.

#### *4.3.3.3 Etude de l'influence de l'âge :*

- Les patients les plus âgés estiment devoir être vus plus rapidement en cas d'urgence que les plus jeunes qui estiment acceptable d'attendre jusqu'au lendemain. L'âge est, ici encore, un facteur de mauvaise acceptation des contraintes : ceci s'explique par le fait que les pathologies des personnes âgées sont souvent plus avancées et plus sévères (insuffisance cardiaque par exemple) avec un risque de décompensation qui peut vite avoir un tournant fatal si le médecin n'intervient pas.  
Un patient plus jeune sera plus disposé à attendre une journée avant de voir son médecin, il aura peut-être plus facilement recours, en attendant, aux conseils d'un pharmacien ou à l'automédication.
- Il n'y a pas de lien significatif entre l'âge et l'accord d'un secrétariat qui filtrerait les appels si l'on considère les 413 patients mais à Tardets ( $p=0,039$ ), les patients les plus jeunes sont plus disposés à parler à une secrétaire avant de parler

éventuellement à leur médecin. On note donc une évolution des mentalités chez la jeune génération qui se rend compte du désagrément des coups de fils répétés en pleine consultation. Les plus jeunes semblent prêts à passer par une secrétaire même si elle peut être considérée comme un filtre ou une « barrière ».

- A Tardets, les patients les plus jeunes sont les plus favorables à la proposition d'un télésecrétariat : ils sont plus à l'aise avec ce type de plateformes délocalisées et manient mieux les outils téléphoniques et informatiques.
- Concernant les consultations par des internes, bien que la significativité ne soit pas présente sur Barcus, on note que les patients les plus âgés sont les plus opposés. Ceci paraît logique car ils ont plus confiance en leur médecin du fait d'une relation établie sur du long terme. Sur Tardets, c'est l'inverse qui se produit avec une tendance à la significativité. Il se pourrait que les jeunes patients redoutent le manque d'expérience des internes et soient moins disposés à être soignés quelqu'un qui a le même âge qu'eux ; les internes contrastant avec la vision du MG « bon père de famille ». C'est aux médecins désormais de valoriser le rôle des internes auprès de ces jeunes patients.
- En étudiant l'influence de l'âge sur la volonté de consulter un autre médecin dans une autre ville en cas d'urgence, bien que les résultats ne soient pas significatifs, on observe une évolution linéaire dans les 2 villes car des patients âgés opposés et des patients jeunes favorables.

#### *4.3.3.4 Les facteurs associés à une mauvaise acceptation de la création d'une CPTS :*

Le seul facteur identifiable dans les résultats de l'étude associé à une mauvaise acceptation de la CPTS est l'âge (au sens élevé). L'étude nous a permis de montrer que les patients les plus âgés sont les plus opposés à la mise en place de RDV ; ils ont aussi plus d'exigences en termes de délai de consultation urgente.

Dans notre étude, les jeunes semblent plus enclins à toute forme de changement dans le système de soins en Soule sauf peut-être aux internes à Tardets.

#### 4.3.3.5 La question « libre » :

Une faible proportion des patients a répondu à la question et parmi ceux qui ont répondu la plupart sont sortis du cadre en proposant des remarques plus personnelles mais, finalement, cela a apporté une grande richesse et des pistes à développer. Un sentiment plutôt positif ressort de l'analyse de cette question avec des remerciements et des encouragements pour ce projet. Certaines propositions pertinentes sont à l'étude par les acteurs de CPTS pour améliorer la qualité des soins sur notre canton :

- Une IDE est intéressée pour se former au poste d'infirmière « en pratique avancée » (44). La délégation de certaines tâches à ces infirmières, qui pourraient suivre certaines malades chroniques et assurer une mission d'éducation thérapeutique en partenariat avec un médecin « référent », pourrait être une aide précieuse pour les MG dont le temps et souvent compté. Certaines visites pourraient être déléguées, le MG aurait alors plus de temps à consacrer à des consultations ou à la formation des internes. Des aides financières à la formation pour ce poste pourraient être demandées via la CPTS.
- Suite aux résultats de l'étude « *un mini bus qui amènerait les gens qui vivent dans des villages isolés et ne conduisent pas au cabinet médical* », une réflexion est en cours avec la municipalité de Tardets sur le « transport à la demande ». La création de la MSP de Tardets pourrait être une opportunité mettre en place une navette qui acheminerait certains patients qui ne conduisent pas vers le cabinet. Les patients pourraient emprunter cette navette pour « descendre au village » et regrouper leurs activités (médecins, coiffeur, commerces locaux...). Ce système pourrait constituer un gain de temps pour les médecins, leur évitant de faire une heure de route (aller-route) pour voir un seul patient à domicile. Cela aurait également des vertus écologiques en favorisant l'autopartage en zones rurales.
- « *Encourager la télémédecine surtout pour la dermatologie et réduire les délais d'attente* ». La dermatologie est une spécialité absente sur Oloron et St Palais (CH les plus proches), c'est pourquoi les EHPAD de Tardets et Mauléon expérimentent depuis septembre 2018, des expertises en onco-dermatologie via la télémédecine avec l'équipe de dermatologie du CH de Pau. Les médecins créent un dossier patient avec une demande d'expertise détaillée qui reprend les principaux éléments cliniques et les

antécédents, ils y insèrent des photos des lésions, et l'envoi par messagerie sécurisée aux dermatologues du CH Pau. Les spécialistes étudient le dossier patient et proposent une conduite à tenir. Ce système permet de limiter les consultations qui sont souvent difficiles à organiser pour des résidents en EHPAD (patients difficiles à mobiliser, transports coûteux...). Ce système, utilisant le logiciel sécurisé PAACO, pourrait se généraliser à la pratique libérale du canton au si les résultats s'avéraient prometteurs.

- Les patients de Barcus ont réclamé « *le maintien d'une permanence médicale sur Barcus si le médecin actuel venait à ne pas être remplacé* ». Ceci pourrait être envisagé. Les médecins souletins, par roulement, y assureraient des vacances en ayant accès au dossier patient pour un système informatique commun à tout le territoire. Mais là encore, l'harmonisation des moyens informatiques est capitale pour permettre une meilleure adaptation des MG à un nouveau lieu de travail.

#### 4.3.3.6 *La vision des auteurs :*

Nous ne pouvons que nous satisfaire de l'engouement qu'a suscité notre étude dans les cabinets et principalement à Tardets. Les patients ont montré une réelle implication dans la problématique posée.

Pour toutes les questions posées, nous avons pu constater que les réponses « extrêmes » (absolument et pas du tout) recevaient bien moins de voix que les réponses où l'avis est moins catégorique (plutôt d'accord ou pas d'accord). De tels résultats n'étaient pas attendus dans cette zone rurale et reculée. Pour la totalité des questions posées, nous avons obtenu une majorité d'avis positifs. En extrapolant les résultats en 2 grandes catégories, les « favorables » et les « opposés », on obtient selon les questions entre 65 et 85% d'avis favorables. Une large majorité des patients interrogés est donc prête à voir évoluer le mode de fonctionnement des cabinets médicaux et à accepter les contraintes imposées par la création d'une CPTS en Soule.

Ces avis favorables restent pour la plupart tempérés par le « plutôt » et les patients « absolument favorables » ne représentent que 15 à 20 %.

Selon les questions 5 à 15% des patients sont opposés à toute forme de changement. Nous aurions pensé que cette proportion serait bien plus élevée vue de la patientèle âgée ; nous ne pouvons que nous réjouir devant une telle ouverture et de telles velléités à changer.

Nous regrettons de ne pas avoir eu plus de résultats significatifs dans la partie « analyse bivariée ».

## 4.4 Comparaisons des résultats aux autres travaux :

Le caractère précurseur de notre étude la rend difficile à comparer avec d'autres travaux. Nous n'avons pas trouvé d'étude traitant des CPTS.

Dans sa thèse, Loïc Bornand (28) a réalisé une enquête de satisfaction auprès des 733 patients consultant dans 5 MSP iséroises. 64,29% des patients ne voyaient pas de différence entre maisons médicales et cabinets individuels en termes de coordination et de continuité des soins mais 97,9% des interrogés se déclaraient néanmoins satisfaits des MSP.

L'étude de Sandra Hernandez et Alexandre Marie-Angélique (32) pour leur thèse de MG a étudié, par l'intermédiaire de 17 entretiens auprès de patients de Châteaudun (région Centre), leur ressenti et leurs attentes par rapport à la création d'une MSP. Comme dans notre étude ce projet était perçu de façon positive et dynamique par les patients, qui souhaitaient « de la jeunesse ». Ils jugeaient acceptable d'être vus le jour même, ou le lendemain en cas d'urgence. Ils préféraient les consultations sur RDV, « avec quelques créneaux libres pour dépanner » et une secrétaire sur place. Les plates-formes téléphoniques étaient tolérées, uniquement pour les prises de rendez-vous. Elles présentaient beaucoup de désavantages : une mauvaise connaissance du patient, une perte de service (comme la délivrance d'ordonnance), une perte de flexibilité des plannings (sans négociation possible), voir même une suppression de poste de travail. C'est une question que nous aurions pu poser à nos patients.

Dans leur étude, les patients étaient aussi favorables au partage du dossier médical entre professionnels et reconnaissaient qu'il favoriserait la coordination entre les soignants.

Dans son travail de thèse, Sandrine Mbemba Lepiller a questionné les patients consultant des 2 MSP Loirétaines au sujet des internes et des SASPAS : environ 90% des patients estimaient que c'était une bonne chose que des internes assistent aux consultations et 80% pensaient que c'était une bonne chose que les médecins soient remplacés par des étudiants en 9<sup>ème</sup> année consultant seuls.

## 4.5 Perspectives et travaux complémentaires :

Ce travail ouvre la porte à des études complémentaires qu'il serait intéressant de réaliser d'ici 2 ans, une fois la maison médicale de Tardets sur pieds et la CPTS en fonctionnement. Une étude pourrait alors être menée, en demandant l'avis des patients sur le fonctionnement de la

CPTS, leur ressenti par rapport aux contraintes pour eux. Il serait judicieux d'évaluer l'impact des changements organisationnels des soins pour les patients, dans une optique d'améliorer l'accès aux soins sur le territoire. Etant donné les limites du modèle quantitatif dans notre étude, il serait judicieux de la réaliser en qualitatif afin d'explorer aux mieux le sentiment des patients. Dans notre étude, nous n'avons pas impliqué les patients de Mauléon, peu confrontés à des changements organisationnels pour l'instant (mis à part les nombreux départs à la retraite). Un travail complémentaire à plus grande échelle pourrait étudier les attentes des patients par rapport à la CPTS sur toute la Soule (partage des informations, consultation d'un autre médecin en cas d'urgence...). On pourrait alors étudier l'impact de la présence d'internes depuis plus de 5 ans à Mauléon et voir si la présence de cette jeune génération de médecins a permis une évolution des mentalités.

## 5- Conclusion :

Nous désirions savoir si les patients de la Soule étaient prêts à accepter les changements de fonctionnement des cabinets médicaux et les contraintes liées à la création d'une CPTS. Nous avons donc réalisé une étude incluant 413 patients des cabinets de Barcus et Tardets interrogés par l'intermédiaire d'un questionnaire.

Ce travail précurseur a reçu un accueil chaleureux auprès d'une patientèle âgée et rurale qui s'est montrée prête à accepter des nombreux changements pour pérenniser la présence de médecins généralistes et favoriser l'installation de jeunes généralistes en Soule.

Selon les critères étudiés, entre 65 et 85 % patients se sont déclarés en faveur des différents changements proposés (secrétariat, rendez-vous, partage d'information, internes, consultation d'un autre médecin même dans une autre ville). Ces résultats restent tout de même nuancés par un grand nombre de réponses dans des modalités où le degré d'opinion est plus mesuré (plutôt d'accord ou plutôt pas d'accord). L'âge élevé constitue dans notre étude un facteur de mauvaise acceptation des contraintes, en particulier des consultations sur RDV. Les patients les plus jeunes ont montré une plus grande propension à changer, en acceptant que les appels soient régulés par une secrétaire, même par un secrétariat à distance. Ils sont prêts à patienter jusqu'au lendemain en cas d'urgence. Cette étude a montré une profonde inquiétude des patients sur l'avenir des soins dans leur campagne ; ceux-ci sont prêts à changer du moment qu'ils gardent un généraliste dans le village.

Les résultats de cette étude sont très encourageants pour les professionnels de santé de Soule confrontés au quotidien à une baisse effrayante du nombre de médecins généralistes. Les projets de regroupement des professionnels de santé comme la création de la CPTS semblent avoir un avenir prometteur en Soule et pourraient permettre d'entretenir la dynamique créée par la venue de jeunes généralistes.

## 6- Bibliographie :

1. Revue Prescrire. Aout 2018 ; N°418. Vol 38, p 622-623
2. Atlas de la démographie médicale 2017. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Octobre 2017 ; [internet]. [Consulté le 12/12/2017]. Disponible sur [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_de\\_la\\_demographie\\_medecale\\_2017.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medecale_2017.pdf)
3. Marie Anguis, Hélène Chaput, Claire Marbot, Christelle Millien et Noémie Vergier. « 10 000 médecins de plus depuis 2012 ». Études et Résultats. DREES ; mai 2018.n°1061
4. Atlas de la démographie médicale 2016. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Octobre 2016 ; [internet]. [Consulté le 12/12/2017]. Disponible sur : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_de\\_la\\_demographie\\_medecale\\_2016.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medecale_2016.pdf)
5. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale, Service du Conseil National de l'Ordre des Médecins. [Internet]. <https://demographie.medecin.fr/#l=fr;v=map2>
6. Direction Générale de l'Offre de Soins. « Egalité d'accès aux soins : des zones fragiles mieux identifiées et plus nombreuses ». janvier 2018 ; [internet]. Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/zonage-medecin>
7. Article L1434-7 du Code de Santé Publique, « Détermination de zones fragiles pluriprofessionnelles du volet ambulatoire de l'offre de soin ». [internet]. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020891637&dateTexte=&categorieLien=cid>
8. Barlet M., Coldefy M., Collin C., Lucas-Gabrielli V. « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux ». Études et Résultats, DREES ; mars 2012. N° 795.
9. Bastien Duguet. « Médecins généralistes libéraux exerçant au-delà de l'âge de la retraite : étude qualitative des déterminants de la poursuite de l'activité ». Médecine humaine et pathologie. 2017. <dumas01679354>
10. Adrien Renaud. « Info ou intox ? Idées reçues sur les médecins « Les femmes médecins travaillent moins que les hommes » ». Le Quotidien du Médecin ; 01/08/2018.
11. Veerle CAERELS. « Les femmes médecins travaillent-elles vraiment moins que les hommes ? ». Le Journal du Médecin ; 02/08/2018
12. Atlas de la démographie médicale 2015. Conseil National de l'Ordre des Médecins [en ligne]. 2015 [consulté le 18 décembre 2017]. Disponible sur : <https://www.conseilnational.medecin.fr/node/1607>
13. Agence D'Urbanisme Atlantique et Pyrénées. « L'Offre médicale du Quotidien ». Data Minute n°3 ; Septembre 2017 [internet].[consulté le 03/03/2018]. Disponible sur : [http://www.audap.org/userfiles/downloads/dataminute/data\\_minute\\_3\\_sante\\_offre\\_quotidien.pdf](http://www.audap.org/userfiles/downloads/dataminute/data_minute_3_sante_offre_quotidien.pdf)

14. Laurence Martin. « Les Pyrénées Atlantiques à grands traits ». INSEE Analyses Nouvelle-Aquitaine n°19 ; avril 2016. [Internet].[consulté le 08/07/18]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908475#titre-bloc-1>
15. Dossier Intercommunalité Métropole de CC Pays de Soule Xiberoa (246401764). INSEE ; juin 2018. [Internet]. [Consulté le 08/07/18]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=EPCI-246401764>
16. Arnaud Gautier et Al. « Baromètre santé des médecins généralistes 2009 ». INPES. [Internet]. [Consulté le 03/03/2018]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/BaroCancer2010/pdf/prevention-EPS-ETP.pdf>
17. Muriel Barlet, Claire Marbot. « Portrait des professionnels de santé - édition 2016 », Collection Panoramas de la Drees - Santé, publié le 01/07/2017. [Internet]. [Consulté le 04/07/2018]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/portrait-des-professionnels-de-sante-edition-2016>
18. DGOS. « Observatoire des maisons de santé pluriprofessionnelles », 13 mars 2017
19. Site internet de la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé. [Consulté le 03/03/2018]. Disponible sur : <http://www.ffmps.fr/>
20. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. JORF n° 0022 ; 27/01/16. [Internet]. [Consulté le 03/04/18]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>
21. Article 44 de la Loi 2007-1786 de financement de la sécurité sociale pour 2008 sur les Nouveaux Modes de Rémunération. Décembre 2007.[Internet].[Consulté le 03/03/18].Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?cidTexte=JORFTEXT000017726554&idArticle=JORFARTI000017726764&categorieLien=cid>
22. Site du portail d'accompagnement aux professionnels de Santé. « Modèle d'un statut de SISA » ; juillet 2012. [Internet]. [Consulté le 03/03/18]. Disponible sur : [http://www.paps.sante.fr/fileadmin/PORTAIL/PDF/SISA\\_collectif\\_ordinal\\_statuts\\_types.pdf](http://www.paps.sante.fr/fileadmin/PORTAIL/PDF/SISA_collectif_ordinal_statuts_types.pdf)
23. Jérôme Larregle. « Le regroupement des médecins en milieu rural est-il une solution aux problèmes démographiques de la médecine générale : La cas du centre médical Batasuna à Mauléon. » ; 18/12/2007. Bibliothèque de l'Université Bordeaux 2. Ref 121624617.
24. ARS Nouvelle Aquitaine. « Carte du Zonage Médecins en juillet 2018 ». [Internet]. [Consulté le 30/07/218]. Disponible sur : [https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-08/ Carte\\_Zonage\\_NA\\_MG\\_Arrete\\_06\\_2018.pdf](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-08/ Carte_Zonage_NA_MG_Arrete_06_2018.pdf)

25. Décret n°2013-736 du 14 août 2013 relatif au contrat de praticien territorial de médecine générale. JORF. 15/08/13 ; p13969. [Internet].[Consulté le 15/03/2018].Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027842715&categorieLien=id>
26. ARS Nouvelle Aquitaine. « Aides à l'installation-Praticien territorial de médecine générale ». Avril 2018 ; [Internet].[Consulté le 15/03/18].Disponible sur : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/aides-linstallation-praticien-territorial-de-medecine-generale-ptmg>
27. Loan Tranthimy. « Création de 200 CPTS : l'IGAS applaudit la « réelle mobilisation » des médecins malgré un soutien public très modeste ». Le quotidien du médecin ; 07/09/2018 : p4.
28. Loïc Bornand. « Etude du ressenti des patients face aux nouvelles offres de soins primaires en maisons médicales ». Médecine humaine et pathologie. 2012. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00757547>
29. Mbemba Lepiller Sandrine. « Evaluation de la satisfaction des patients de Médecine Générale dans deux maisons de santé pluriprofessionnelles loirétaines ». Médecine humaine et pathologie. 2015.
30. Dupont L.M, Gozard L.Lafrogne J. « Comparaison de la satisfaction des patients consultants en MSP et cabinets de groupe ». 2017.
31. Thouny E. « Satisfaction des patients consultant un médecin généraliste aux centres de santé pluridisciplinaires de la ville de Gennevilliers ». Février 2012. Disponible sur : [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3826\\_THOUNY\\_these.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3826_THOUNY_these.pdf)
32. Hernandez S.,Alexandre M.A.« Enquête qualitative auprès des professionnels de santé et des patients à l'occasion de la création de la maison de santé de Châteaudun: représentations et attentes. ». Médecine humaine et pathologie. 2013.
33. H. Maisonneuve, J-P. Fournier. « Construire une enquête et un questionnaire ». E-respect ; octobre-novembre 2012 : p15-21. Disponible sur : <http://udsmmed.u-strasbg.fr/dmg/recherche-2/construire-une-enquete-et-un-questionnaire/>
34. S.Martos. « 22 consultations par jour de 17 minutes en moyenne : comment travaillent les généralistes ». Le quotidien du médecin ; 02 mai 2017.
35. Office de la langue Basque. « Situation de la langue basque en Pays Basque de France : situation socio linguistique en 2016 ». [Internet] [consulté le 03/09/18] Disponible sur : <http://www.mintzaira.fr/fr/la-langue-basque/situation-socio-linguistique.html>

36. INSEE. « Age moyen et âge médian de la population en 2018 ». 16 janvier 2018. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381476>
37. A. Montaut. « Santé et recours aux soins des hommes et des femmes ». DREES Etudes et Résultats ; février 2010. N°717.
38. Polton Dominique. « Égalité femmes - hommes en matière de santé et de recours aux soins », *Regards*, 2016/2 (N° 50), p. 35-45.
39. Coldefy M. et al. « Distance et temps d'accès aux soins en France métropolitaine ». Questions d'économie de la Santé ; avril 2011. N°164.
40. Conseil d'Orientation des Retraites. « La répartition des retraités sur le territoire français ». Mars 2015. [Internet] [consulté le 03/09/18] Disponible sur : <http://www.cor-retraites.fr/IMG/pdf/doc-2700.pdf>
41. INSEE. « Tableaux de l'économie Française, Edition 2016 ». Mars 2016. [Internet][consulté le 03/09/18] Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906671?sommaire=1906743#tableau-T16F041G2>
42. Site Internet de l'Assurance Maladie. « 10,4 millions de personnes concernées par une ALD en 2016 ». Février 2018. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/104-millions-de-personnes-concernees-par-une-affection-de-longue-duree-en-2016>
43. J-M. Aubert. « La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste ». DRESS Etudes et Résultats ; Octobre 2018. N°1085
44. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. JORF. 19 juillet 2018. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037218115&dateTexte=&categorieLien=id>

## 7- Annexes :

### 7.1 Fiche CNIL :

**Sup CIL** Informatique et Libertés **université de BORDEAUX**

Registre des traitements de données à caractère personnel

**FINALITÉ** MED - Questionnaire aux patients du cabinet médical sur le projet de Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

**DESCRIPTION ET OBJECTIFS (DÉTAILS DES FINALITÉS)** Déterminer la proportion de patients qui se déclarent prêts à voir évoluer le mode de fonctionnement du cabinet médical et à accepter les contraintes imposées par la mise en place d'une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé ? un questionnaire qualitatif est soumis aux patients

**CIL DÉSIGNÉ** Chantal Durand

**ENTITÉ** Université de Bordeaux

**RESPONSABLE DE TRAITEMENT** Université de Bordeaux

**RESPONSABLE DE LA MISE EN OEUVRE** Département de médecine générale

**GESTIONNAIRE DU DROIT D'ACCÈS** CIL

**CATÉGORIES DE PERSONNES CONCERNÉES** Patients consultant dans les cabinets de médecine générale de Barcus et de Tardets.

Type de données	Destinataires	Durée de conservation des données
sexe et âge	la thésarde	9 mois
situation familiale		
nombre d'enfant(s) à charge		
catégorie socio professionnelle		
distance du logement par rapport au cabinet médical		
suiti pour maladie chronique avec traitement long cours + réponses au questionnaire		

**AUTEUR ORIGINAL DE LA FICHE** Chantal Durand

Type de formalité DN - Déclaration

Nom du logiciel

N° Déclaration CNIL

Vérification : Information L'information aux patients est donnée via un panneau d'affichage en salle d'attente dans lequel la thésarde garantit le traitement des données dans le respect de l'anonymat et du secret médical. Le panneau leur explique aussi que les données ne vont être utilisées que pour la thèse de médecine générale et ne seront communiquées à aucun organisme. Conservation des données jusqu'à la date de la soutenance de la thèse. Réponses à l'intégralité des questions souhaitées.

Vérification : Sécurité questionnaire papier mis à disposition des patients en salle d'attente puis constitution d'une base de données anonymisée ( tableau excel ) par l'étudiante qui la communique à une statisticienne.

Pièces jointes [mention d'info](#), [Questionnaire version cnil](#)

**EN TANT QUE SIGNATAIRE DU TRAITEMENT, JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DES INFORMATIONS PORTÉES SUR CETTE DÉCLARATION. J'AI PRIS CONNAISSANCE DES ÉVENTUELLES ALERTES DU CORRESPONDANT INFORMATIQUE ET LIBERTÉS (CIL).**

Date : 02/02/18 Nom : GAWARD Signature : 

**CETTE DÉCLARATION SIGNÉE EST À RETOURNER À CIL@U-BORDEAUX.FR AFIN DE VALIDER SON ENREGISTREMENT DANS LE REGISTRE DE L'UNIVERSITÉ. TOUTE MODIFICATION OU SUPPRESSION DES INFORMATIONS CI-DESSUS DEVRA ÊTRE SIGNALÉE À CIL@U-BORDEAUX.FR.**

### 7.2 Lettre d'information affichée en salle d'attente :

# Thèse de Médecine Générale

Bonjour,

Dans le cadre de ma thèse en médecine générale, je réalise une enquête auprès des patients, en récoltant votre avis sur l'organisation des soins médicaux en Soule. Nous travaillons actuellement sur la création d'une maison de santé et sur un projet de coordination entre les 3 pôles médicaux de Soule (Mauléon, Barcus, Tardets) impliquant les différents professionnels de santé (médecins, infirmières, kinés, pharmacies...) dans le but de favoriser la communication, le partage d'informations médicales, et ainsi, améliorer la qualité des soins sur notre territoire.

Le but de l'enquête est de déterminer dans quelles mesures les patients sont prêts à voir évoluer le mode de fonctionnement du cabinet médical et l'organisation des soins en Soule.

Il s'agit d'une **enquête strictement anonyme**, les données récoltées via les questionnaires ne serviront qu'à mon travail de thèse et ne seront communiquées à aucun organisme. je conserverai les questionnaires jusqu'à la fin de l'année 2018 ( date de présentation de mon travail de thèse ).

Je vous remercie de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire et le déposer dans l'urne de la salle d'attente. Merci de bien vouloir répondre à **TOUTES LES QUESTIONS** pour une analyse plus précise.

N'hésitez pas à me contacter pour toute information,

Merci pour votre aide.

Agathe BEUSCAR

### 7.3 Questionnaire :

# Thèse de Médecine Générale

## Questionnaire

Pour mieux vous connaître :

1) Êtes-vous : un homme  une femme

2) Quel âge avez-vous ? \_\_\_\_ ans

3) Quelle est la distance entre votre domicile et le cabinet médical de Tardets ? en kilomètres \_\_\_\_ Km

4) Conduisez-vous pour vous rendre au cabinet ? oui  non

5) Êtes-vous ?

marié(e), pacsé(e) ou vivant en concubinage

célibataire

divorcé(e), séparé(e)

veuf, veuve

6) Nombre d'enfant(s) à charge : \_\_\_\_

7) Quelle est votre situation socioprofessionnelle ?

• Personnes ayant une activité professionnelle :

Agriculteurs exploitants

- Artisans, commerçants, chefs d'entreprise
- Cadres, professions intellectuelles supérieures
- Professions intermédiaires
- Employés
- Ouvriers

• Personnes sans activité professionnelle :

- Retraités
- Etudiants
- Père ou mère au foyer
- En invalidité
- A la recherche d'un emploi



8) Avez-vous une maladie chronique qui nécessite un suivi régulier ou la prise d'un traitement quotidien ?  oui  non

9) Consultez-vous au cabinet pour vos enfants ?  oui  non

-> si oui, s'agit-il du suivi d'un enfant en bas âge (< 2 ans)  oui  non

10) Êtes-vous inquiet(e) pour la situation et l'avenir des soins sur le territoire de Soule ?

pas du tout  plutôt inquiet  plutôt pas inquiet  très inquiet

Secrétariat et Rendez-vous :

11) Êtes-vous prêt(e) à passer par un secrétariat pour parler à votre médecin ?

pas du tout d'accord  plutôt d'accord  plutôt pas d'accord  absolument d'accord

12) Seriez-vous d'accord pour qu'une partie des consultations soit sur rendez-vous ?

pas du tout d'accord  plutôt d'accord  plutôt pas d'accord  absolument d'accord

13) En cas de consultation urgente ( fièvre, mal au ventre, douleur importante...), quel délai de rendez-vous jugez-vous acceptable ?

moins d'une demi-journée

dans la journée

le lendemain

2 jours ou plus

14) En termes de disponibilité de votre médecin, pensez-vous qu'une activité sur rendez-vous ?

diminuera la disponibilité en consultation

diminuera la disponibilité en visite

augmentera la disponibilité en consultation

augmentera la disponibilité en visite

n'aura pas d'incidence sur la disponibilité en consultation

n'aura pas d'incidence sur la disponibilité en visite

15) Accepteriez-vous une secrétaire qui prenne les rendez-vous au téléphone sans être présente au cabinet ?

pas du tout d'accord  plutôt d'accord  plutôt pas d'accord  absolument d'accord

Dossier Médical et accueil des internes :

16) Accepteriez-vous en cas d'urgence ou d'absence de votre médecin traitant de voir un autre médecin sur Mauléon ou Barcus s'il avait accès à votre dossier médical ?

pas du tout d'accord  plutôt d'accord  plutôt pas d'accord  absolument d'accord

17) Pour quel type de consultation n'accepteriez-vous pas de consulter un autre médecin ?

suivi d'une maladie chronique, renouvellement traitement

problèmes psychologiques ou familiaux

problèmes intimes ( gynécologiques pour les femmes, sexuels/ prostate pour les hommes )

pédiatrie

18) Accepteriez-vous que les infirmières libérales aient accès à votre dossier médical via informatique ?  oui  non

19) Accepteriez-vous d'être vu en consultation par un interne ( jeune médecin en formation en stage de médecine générale ) ?

pas du tout d'accord  plutôt d'accord  plutôt pas d'accord  absolument d'accord

Télé médecine :

20) Seriez-vous intéressé(e) pour avoir accès à des consultations avec des spécialistes à distance via des technologies numériques ( télé médecine ) ?



## 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 : Quelles contraintes les patients des zones sous-médicalisées sont-ils prêts à accepter pour conserver un accès aux soins ? L'exemple du « Pôle Santé de Soule ».**

Introduction : Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent une réelle innovation en matière de coordination et de « travailler ensemble » pour pérenniser l'accès aux soins dans les zones sous-médicalisées comme la Soule.

Objectif : Déterminer la proportion de patients qui se déclarent prêts à voir évoluer le mode de fonctionnement du cabinet médical et à accepter les contraintes imposées par la mise en place d'une CPTS.

Méthode : Etude quantitative, descriptive réalisée auprès des patients des cabinets de médecine générale de Barcus et Tardets, par le biais de questionnaires proposés en salle d'attente.

Résultats : 413 questionnaires ont été retenus durant entre janvier et mars 2018. Selon les critères étudiés, entre 65 et 85 % patients se sont déclarés en faveur des différents changements proposés, dans les 2 villes (secrétariat, rendez-vous, partage d'information, internes, consultation d'un autre médecin même dans une autre ville). L'âge constitue un facteur influençant et limitant dans l'acceptation des changements.

Conclusion : Les patients des zones rurales sont prêts à accepter de grands changements pour conserver un accès aux soins de premier recours.

Mots clés : médecine générale, coordination, démographie médicale, communautés professionnelles territoriales de santé, médecine rurale.

Discipline : médecine générale

Intitulé et adresse de l'UFR : UFR des Sciences Médicales – Université de Bordeaux 146 Rue Léo Saignat Case 16 – Espace santé 33 076 BORDEAUX

**Abstract : Which constraints are patients from underserved areas willing to accept to keep an access to care ? The example of the « Pôle Santé de Soule ».**

Introduction : Soule, like many rural areas, is confronted with a decline in medical demography. The main challenge is to perpetuate the supply of health care by giving young general practitioners the desire to settle down ; while promising them a quality of life and exercise that meets their expectations. The Territorial Professional Health Communities (CPTS) are real innovations in terms of coordination and "working together".

Objectives : Determine the proportion of patients who declare themselves willing to change their habits in the health care system and to accept the constraints imposed by the establishment of a CPTS. Explore the perception of benefits and constraints for patients generated by the creation of CPTS.

Method : Quantitative, descriptive, cross-sectional study conducted with patients in the general practices of Barcus and Tardets, through questionnaires proposed in the waiting room.

Results : 413 questionnaires were selected (53 to Barcus, 360 to Tardets) between January and March 2018. According to the criteria studied, between 65 and 85% patients expressed support for the various changes proposed, in the 2 cities (secretariat, appointments, information sharing, interns, consultation with another doctor even in another city). These results must, however, be qualified because many responses were in ways in which the degree of opinion was more measured (rather agree or rather disagree). An old age constitutes in our study a factor of poor acceptance of constraints, mostly for consultations by appointment. The younger patients showed a greater propensity to change, accepting that calls be regulated by a secretary, even by a telesecretariat. They are also ready to wait until the next day in case of an emergency. The question of personal expression has been the subject of great comments about the future and organization of Soule's health care, which opens up prospects for future work to be carried out on a qualitative model in order to know the feelings of the patients once the CPTS set up.

Conclusion : This study showed a profound concern for patients about the future of care in their countryside ; they are ready to change their habits as long as they keep a physician in their village. The projects of grouping health professionals like the creation of the CPTS seem to have a promising future in Soule and could maintain the momentum created by the arrival of young family doctors.

Key words : general practise, coordination, medical demography, rural areas.