

Faculté de Médecine

Année 2022

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 13 octobre 2022

Par Marie Dacruz Eyssartier

Les attentes des usagers du système de santé vis-à-vis des médecins généralistes exerçant dans les zones sous-denses du Périgord Vert et du Sud de la Haute-Vienne en 2022.

Thèse dirigée par le Dr Karen Rudelle

Examineurs :

Pr. Nathalie Dumoitier, Professeur des Universités de Médecine Générale

Pr. Jean-Yves Salle, Professeur des Universités- Praticien Hospitalier en Médecine Physique et de Réadaptation

Pr. Henri-Hani Karam, Professeur Associé de Médecine d'Urgence

Pr. Gaëtan Houdard, Professeur Associé de Médecine Générale



Faculté de Médecine

Année 2023

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 13 octobre 2022

Par Marie Dacruz Eyssartier

Les attentes des usagers du système de santé vis-à-vis des médecins généralistes exerçant dans les zones sous-denses du Périgord Vert et du Sud de la Haute-Vienne en 2022

Thèse dirigée par le Dr Karen Rudelle

Examineurs :

Pr. Nathalie Dumoitier, Professeur des Universités de Médecine Générale

Pr. Jean-Yves Salle, Professeur des Universités- Praticien Hospitalier en Médecine Physique et de Réadaptation

Pr. Henri-Hani Karam, Professeur Associé de Médecine d'Urgence

Pr. Gaëtan Houdard, Professeur Associé de Médecine Générale



Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

Asseseurs

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Madame le Professeur **Marie-Pierre TEISSIER-CLEMENT**

Monsieur le Professeur **Laurent FOURCADE**

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE D'ADULTES
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE

DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
HOUETO Jean-Luc	NEUROLOGIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
JOUAN Jérôme	CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE
LABROUSSE François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGNE Julien	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MAGY Laurent	NEUROLOGIE

MARCHEIX Pierre-Sylvain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
STURTZ Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE

VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
KARAM Henri-Hani	MEDECINE D'URGENCE
MOREAU Stéphane	EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

Maitres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
COUVE-DEACON Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DELUCHE Elise	CANCEROLOGIE
DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
FAYE Pierre-Antoine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FREDON Fabien	ANATOMIE/CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
LALOZE Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
RIZZO David	HEMATOLOGIE
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

Assistants Hospitaliers Universitaires

APPOURCHAUX Evan	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE
BUSQUET Clémence	HEMATOLOGIE
HAZELAS Pauline	BIOCHIMIE
DUPONT Marine	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
DURIEUX Marie-Fleur	PARASITOLOGIE
LABRIFFE Marc	PHARMACOLOGIE
LADES Guillaume	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
LOPEZ Stéphanie	MEDECINE NUCLEAIRE
MARTIN ép. DE VAULX Laury	ANESTHESIE REANIMATION
MEYER Sylvain	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
MONTMAGNON Noëlie	ANESTHESIE REANIMATION
PASCAL Virginie	IMMUNOLOGIE CLINIQUE
PLATEKER Olivier	ANESTHESIE REANIMATION
ROUX-DAVID Alexia	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE

Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux

ALBOUYS Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
ARGOULON Nicolas	PNEUMOLOGIE
ASLANBEKOVA Natella	MEDECINE INTERNE
AVRAM Ioan	NEUROLOGIE VASCULAIRE
BEAUJOUAN Florent	CHIRURGIE UROLOGIQUE
BERRAHAL Insaf	NEPHROLOGIE
BLANQUART Anne-Laure	PEDIATRIE (REA)
BOGEY Clément	RADIOLOGIE
BONILLA Anthony	PSYCHIATRIE

BOSCHER Julien	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CAUDRON Sébatien	RADIOLOGIE
CAYLAR Etienne	PSYCHIATRIE ADULTE
CENRAUD Marie	NEUROLOGIE
CHAUBARD Sammara	HEMATOLOGIE
CHAUVET Romain	CHIRURGIE VASCULAIRE
CHROSCIANY Sacha	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
CURUMTHAULEE Faiz	OPHTALMOLOGIE
DARBAS Tiffany	ONCOLOGIE MEDICALE
DESCHAMPS Nathalie	NEUROLOGIE
DESCLEE de MAREDSOUS Romain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
DOUSSET Benjamin	CARDIOLOGIE
DUPIRE Nicolas	CARDIOLOGIE
FESTOU Benjamin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
FIKANI Amine	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
FORESTIER Géraud	RADIOLOGIE
GEYL Sophie	GASTROENTEROLOGIE
GIOVARA Robin	CHIRURGIE INFANTILE
GUILLAIN Lucie	RHUMATOLOGIE
LAGOUEYTE Benoit	ORL
LAUVRAY Thomas	PEDIATRIE
LEMNOS Leslie	NEUROCHIRURGIE
MAURIANGE TURPIN Gladys	RADIOTHERAPIE
MOHAND O'AMAR ép. DARI Nadia	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
PARREAU Simon	MEDECINE INTERNE
PIRAS Rafaela	MEDECINE D'URGENCE

RATTI Nina	MEDECINE INTERNE
ROCHER Maxime	OPHTALMOLOGIE
SALLEE Camille	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
SANCHEZ Florence	CARDIOLOGIE
SEGUY ép. REBIERE Marion	MEDECINE GERIATRIQUE
SERY Arnaud	ORL
TARDIEU Antoine	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
THEVENOT Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
TORDJMAN Alix	GYNECOLOGIE MEDICALE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
VAIDIE Julien	HEMATOLOGIE CLINIQUE
VERNAT-TABARLY Odile	OPHTALMOLOGIE

Chefs de Clinique – Médecine Générale

BOURGAIN Clément
HERAULT Kévin
RUDELLE Karen

Praticiens Hospitaliers Universitaires

CHRISTOU Niki	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
HARDY Jérémie	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
LAFON Thomas	MEDECINE D'URGENCE
SALLE Henri	NEUROCHIRURGIE

Remerciements

Aux membres du jury

A Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER

Je tiens à vous remercier de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury de thèse.

Je tiens également à vous remercier pour l'intérêt que vous avez porté à ce projet de recherche et pour votre dynamisme lors de notre première séance de focus group à Thiviers. Sans vos conseils avisés et votre disponibilité, ce projet n'aurait pas pu voir le jour.

A Monsieur le Professeur Jean-Yves SALLE

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail et de faire partie de ce jury de thèse.

Soyez assuré de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Henri-Hani KARAM

Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury, je vous remercie d'avoir accepté d'être présent. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Gaëtan HOUDARD

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de juger ma thèse qui, après tout, n'est que le reflet de tout le travail que nous avons entrepris ensemble pendant nos trois années de formation en tutorat. Vous avez été un mentor exemplaire. Votre vision et votre pratique de la médecine générale, à la fois passionnée et altruiste, ont façonné à jamais la mienne.

A ma directrice de thèse, Madame le Dr Karen RUDELLE

Je te remercie de m'avoir accompagnée tout au long de ce travail. Tes conseils et tes recommandations m'ont été d'une valeur inestimable. Je te remercie également pour ta disponibilité sans égale et ta bonne humeur tout au long de cette longue année de travail acharné. J'espère sincèrement avoir été à la hauteur de tes attentes.

A mes parents :

Merci pour tout l'amour, le courage et le soutien que vous m'avez témoignés. Merci d'avoir dit "oui" lorsque j'ai envisagé pour la première fois de m'installer en France pour mes études de médecine et d'avoir fait ce saut dans la foi avec moi. Je sais combien ce choix a exigé de sacrifices, alors merci. J'ai en effet traversé des eaux bien au-delà de ce que nous aurions pu espérer, mais "ma maison" sera toujours notre beau pays ; "ma maison" sera toujours avec vous.

A mon cher époux :

Merci pour ton amour et ton soutien inconditionnels. Notre rencontre fortuite m'a amenée à m'installer ici il y a plus de dix ans, et quel beau voyage nous avons fait depuis ! Merci pour tous les souvenirs heureux que nous avons créés ensemble depuis et pour avoir choisi d'être mon partenaire dans cette vie, tout en sachant que je suis un peu trop folle par moments (^,^).

Merci aussi pour avoir été à mes côtés tout au long de mes études et même lorsque mon niveau de stress était au maximum ! Même si je ne peux pas te promettre de ne plus casser de choses dans la maison (^-^), sache que je ferai de mon mieux pour que l'amour, le bonheur et les rires résonnent toujours entre ses murs.

Je te remercie pour tout. Je t'aime.

A ma belle-mère :

Merci pour tout l'amour, les encouragements et le soutien que vous m'avez donnés. Même si j'étais loin de chez moi, je n'ai jamais eu le mal du pays car vous étiez toujours là avec moi. Bien que dire "merci" ne soit pas suffisant pour exprimer la gratitude de mon cœur pour votre chaleureuse gentillesse à mon égard, veuillez accepter ce petit témoignage de ma reconnaissance. Je vous remercie pour tout Marie-Thérèse.

A mon frère et à ma sœur :

Bien que les océans nous séparent, le cœur ne s'éloigne jamais. Vous avez partagé avec moi ce lien incroyable que seuls des frères et sœurs peuvent posséder, un lien débordant de joie, d'histoires folles et de rires sans fin. Vous étiez aussi toujours présents lorsque j'avais du chagrin ou des inquiétudes. Merci d'avoir toujours cru en moi, même lorsque je doutais de moi-même. Vous êtes à la fois mes plus grands supporteurs et mes plus grandes aspirations. Je vous aime !

A ma tante Diana :

Merci pour ton accueil, ton amour et tes encouragements pendant mes années d'étude. Tu dis souvent que je suis « ta deuxième fille ». Sache que tu es aussi « ma deuxième mère ». Je t'embrasse très fort.

A Anusiya, Adama, Q'ori et Romain :

Ma deuxième famille ! Un grand merci d'avoir tenu bon avec moi pendant toutes ces années de galères et d'avoir rendu la fac tellement plus agréable ! Merci aussi pour tout l'amour et la joie que vous me

donnez ! À de nombreuses autres années d'amitié, de rires et de voyages ! Je vous embrasse tous très fort !

A mes autres amis d'ici et d'ailleurs :

Je ne cite pas vos noms car la liste serait trop longue mais sachez que votre amitié m'est chère. Je vous remercie pour toute votre affection et pour tous nos moments de folies.

Aux participants de cette étude :

A tous les patients qui ont soutenu notre recherche en acceptant de participer à nos sessions de focus group, je vous remercie sincèrement. J'espère que ce travail de thèse contribuera à faciliter vos parcours de soins.

À mes collègues, passés et présents :

Pour conclure ces remerciements, je tiens à remercier tous les professionnels de santé avec lesquels j'ai travaillé au cours de mon externat et de mon internat d'avoir partagé avec moi leurs connaissances et leurs expériences.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Liste des abréviations

APL : Accessibilité Potentielle Localisée

ARS : Agence Régionale de Santé

CESP : Contrat d'Engagement de Service Public

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CS : Centre de Santé

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

ESP : Équipe de Soins Primaires

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

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

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelles

ODT : Observatoire Des Territoires

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

PDSA : Permanence des Soins Ambulatoires

PNSP : Plan National de Santé Publique

PRS : Projet Régional de Santé

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

PTMA : Contrat de Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire

PTMG : Contrat de Praticien Territorial de Médecine Générale

PTMR : Contrat de Praticien Territorial Médical de Remplacement

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAS : Service d'Accès aux Soins

SNP : Soins Non Programmés

SRCV : Statistiques sur les Ressources et Conditions de Vie

ZAC : Zone d'Action Complémentaire

ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire

Table des matières

I. Introduction	21
II. Généralités	23
II.1. Les facteurs expliquant les difficultés d'accès aux soins primaires et les insuffisances dans l'offre médicale	26
II.2. Les principales conséquences des difficultés d'accès aux soins primaires et des insuffisances dans l'offre médicale	33
II.3. Mesures prioritaires proposées pour améliorer l'offre et l'accès aux soins primaires au niveau national	34
II.4. Les mesures proposées visant à améliorer l'offre et l'accès aux soins primaires de la Nouvelle Aquitaine	38
III. Les objectifs de cette étude	40
IV. Matériel et Méthodes	41
IV.1. Type d'étude	41
IV.2. Population étudiée	41
IV.3. Recueil des données	42
IV.4. L'analyse des données	42
IV.5. Aspects éthiques et réglementaires	42
V. Résultats	44
V.1. Caractéristiques sociodémographiques des participants	44
V.2. Les attentes des patients vis-à-vis des médecins généralistes exerçant au sein des zones sous-denses	45
V.2.1. La relation médecin généraliste – patient	45
V.2.2. Les motifs de consultation	46
V.2.3. Les moyens d'accès à une consultation de médecine générale	47
V.2.4. Les obstacles perçus à l'obtention de soins primaires	48
V.2.5. Les solutions employées	51
V.2.6. Les compétences attendues du médecin généraliste	52
V.3. Les opinions, les ressentis et les représentations des patients vis-à-vis du phénomène de désertification médicale	57
V.3.1. Les perceptions sur la définition et les causes de la désertification médicale	57
V.3.2. Les opinions et les ressentis sur les conséquences de la désertification médicale	60
V.4. Les opinions, les ressentis et les représentations des patients vis-à-vis des solutions proposées pour améliorer l'accès aux soins des zones sous-denses	62
V.4.1.1. Les moyens existants facilitant l'accès aux soins des zones sous-denses	62
V.4.1.2. Les dispositifs qui pourraient, à l'avenir, faciliter l'accès aux soins au sein des zones sous-denses	66
VI. Discussion	73
VI.1. Choix de la méthode	73
VI.2. Les forces et limites de notre étude	73
VI.2.1. Les forces de notre étude	73
VI.2.2. Les faiblesses de notre étude	74
VI.3. Discussion autour des principaux résultats de notre étude et comparaison aux données de la littérature	74

VI.3.1. Les attentes des usagers de santé vis-à-vis des médecins généralistes exerçant au sein des zones sous-denses du Périgord-Vert et du Sud de la Haute-Vienne	75
VI.3.2. Les opinions, les ressentis et les représentations des patients vis-à-vis du phénomène de désertification médicale	79
VI.3.3. Les opinions, les ressentis et les représentations des patients vis-à-vis des solutions proposées pour améliorer l'accès aux soins des zones sous-denses	82
VI.4. Les perspectives de cette étude	85
VII. Conclusion	86
Références bibliographiques	88
Annexes	92
Serment d'Hippocrate.....	103

Table des illustrations

Figure 1 : Évolution du nombre de médecins généralistes en activité régulière depuis 2012	23
Figure 2 : Pyramides des âges du nombre de médecins généralistes en activité régulière en 2022....	24
Figure 3 : Répartition des médecins par mode d'exercice et spécialité entre 2012 et 2021.....	25
Figure 4 : Effectifs, densités et densités standardisées projetés pour les médecins généralistes entre 2021 et 2050.....	26
Figure 5 : Numerus clausus national pourvu en médecine depuis 1972	27
Figure 6 : Effectifs de médecins, offre de soins, et densité standardisée de l'offre de soins selon le scénario tendanciel	28
Figure 7 : Carte de la densité de médecins généralistes libéraux par bassin de vie en 2021	29
Figure 8 : Accessibilité Potentielle Localisée (APL) aux médecins généralistes (consultations par an par habitant) 2018.....	30
Figure 9 : Carte zonage médecine libérale 2022 en Nouvelle-Aquitaine.....	32
Figure 10 : Les différentes mesures visant à améliorer la répartition géographique des médecins généralistes : zonages et acteurs associés, de 2005 à 2017	35

Table des tableaux

Tableau 1 : Effectif et Taux des patients sans médecin traitant au 30 juin 2021.....	33
Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques des participants.....	44

I. Introduction

La désertification médicale dans les zones rurales et semi-rurales est une source de grande préoccupation tant pour les professionnels de santé que pour les usagers du système de soins. Ce phénomène, popularisé par les médias, est également utilisé par les pouvoirs publics pour décrire des zones dans lesquelles les habitants sont confrontés soit à une pénurie de l'offre de soins primaires, soit à des inégalités en termes d'accès aux services de santé.

Afin de mieux comprendre les causes et les conséquences de la désertification médicale, une étude de grande ampleur sur la santé en milieu rural avait récemment été mandatée par l'Association des Maires Ruraux de France (1). Les résultats, publiés en janvier 2021, étaient alarmants et révélaient que tous les espaces ruraux avaient un accès aux soins inférieur à la moyenne nationale, entraînant des conséquences directes sur la santé des usagers.

A titre d'exemple, les inégalités d'espérance de vie entre les zones rurales et urbaines s'étaient intensifiées au cours des 30 dernières années, diminuant en moyenne de 2,2 ans pour les hommes et de 0,9 an pour les femmes. De même, il a été constaté que les taux de consommation hospitalière en milieu rural étaient inférieurs de 20 % à ceux des zones urbaines (1).

Par ailleurs, cette dégradation de l'offre sanitaire générale s'était également traduite par l'augmentation du nombre d'interventions réalisées par les équipes des services mobiles d'urgence et de réanimation et de l'activité globale des sapeurs-pompiers, avec un taux d'intervention moyen supérieur de 25 % pour les premières en milieu rural et de 15 % pour les secondes (1).

Comme nous pouvons le constater, la désertification médicale et les difficultés d'accès aux soins qui en découlent représentent des véritables enjeux de santé publique, nous amenant à réfléchir sur ce qui devrait être un droit fondamental pour tous.

Par conséquent, en tant que médecins généralistes exerçant au sein d'une zone rurale et sous-dense, nous sommes fréquemment amenés à nous interroger sur la prise en charge de nos patients :

- « Pourront-ils continuer à être soignés par un médecin traitant exclusif ? »,
- « Et si oui, dans quelles conditions d'exercice ? Dans un cabinet individuel ? Dans un cabinet de groupe ? Dans une maison de santé pluriprofessionnelle ? Dans un réseau de santé connecté tel que le « Réseau Mille Soins » sur le plateau de Millevaches ? Par le biais de la télémédecine ? »,
- « Et qu'en est-il de la continuité des soins et des visites à domicile ? ».

Ces questions reflètent ainsi nos inquiétudes quant à l'évolution actuelle de l'état de santé de la médecine rurale et elles nous ont conduites à approfondir ce sujet. Toutefois, en menant nos recherches, nous nous sommes aperçus que les opinions et les préoccupations des usagers du système de santé en milieu rural n'étaient pas souvent entendues. Pourtant, ils sont les premiers à souffrir des répercussions de la désertification médicale.

Nous avons donc souhaité développer un projet de recherche qui donne la parole aux usagers du système de santé rural. Nous avons également cherché à identifier leurs besoins et leurs attentes en matière de soins de santé primaires, notamment vis-à-vis des médecins généralistes. Dans cette optique, nous avons formulé la question de recherche suivante : « Quelles sont les attentes des usagers du système de santé vis-à-vis des médecins généralistes exerçant au sein de territoires ruraux médicalement sous-denses ? ».

Nous avons donc réalisé une étude qualitative dont les résultats vous seront présentés à travers ce manuscrit.

Dans un premier temps, nous dresserons un état des lieux de l'offre de soins primaires et des solutions qui sont proposées pour améliorer son accessibilité.

Puis, nous détaillerons notre méthodologie de recherche et présenterons les résultats obtenus, en les confrontant aux données de la littérature.

II. Généralités

Le Code de la santé publique *garantit* « l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé » ainsi que « le droit à la continuité des soins dans le respect de la meilleure sécurité sanitaire possible » (2). Or, il existe en France des graves disparités territoriales, à la fois dans l'accès aux soins de santé ainsi que dans l'offre de soins de santé.

Selon le dernier rapport de synthèse de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), publié le 26 mars 2021, les projections concernant le nombre global de médecins (toutes spécialités confondues) prévoyaient une baisse de leur nombre jusqu'en 2021, avant de repartir à la hausse (3).

Cependant, dans le même laps de temps, la densité des médecins (nombre de médecins pour 100 000 habitants) et la densité standardisée des médecins (densité des médecins pondérée par la consommation de soins de santé) diminueraient encore en raison de l'accélération de la croissance démographique et de l'augmentation parallèle des besoins en matière de soins de santé.

Ainsi, au 1er janvier 2022, 84 133 médecins généralistes étaient inscrits en activité régulière au tableau de l'Ordre des médecins (tous types d'exercice confondus), soit une diminution de 11 % des effectifs depuis 2010 et de 0,9 % sur un an (cf. figure 1). Par ailleurs, plus d'un quart des médecins généralistes en activité régulière sont âgés de 60 ans ou plus (cf. figure 2) (4).

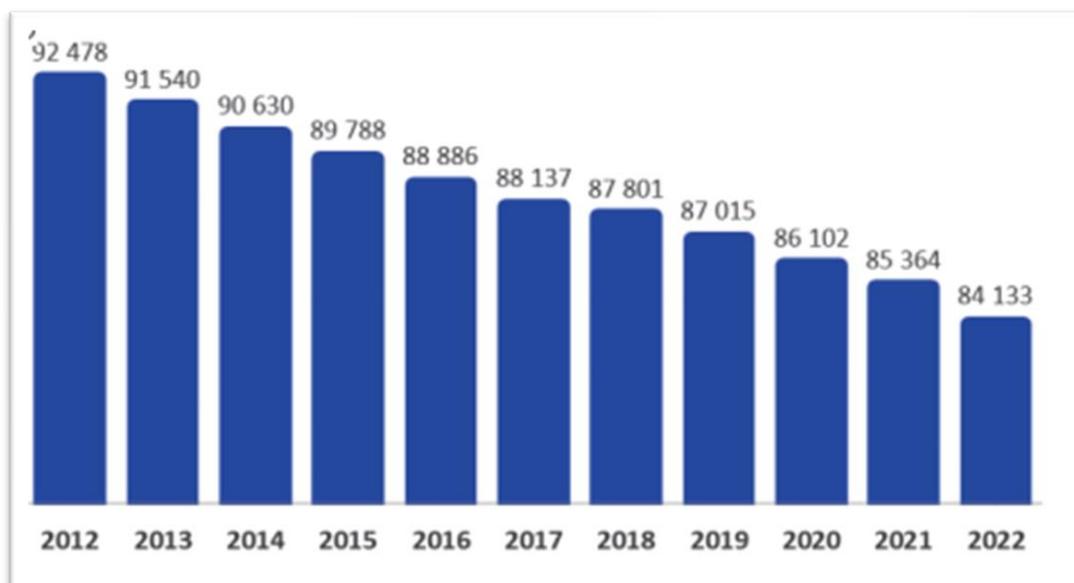


Figure 1 : Évolution du nombre de médecins généralistes en activité régulière depuis 2012
Données du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) - Atlas de la démographie médicale 2022

Durant cette même période, la profession de médecin généraliste a connu un rajeunissement et une féminisation importants, avec un âge moyen de 50 ans en 2022 et un effectif féminin représentant 52,2% de la profession de médecin généraliste au 1er janvier 2022 (cf. figure 2) (4,5).

Le mode d'exercice de la médecine générale a également évolué au cours des dix dernières années, avec un déclin de l'activité libérale exclusive au profit soit d'un exercice mixte, combinant activités libérales et salariées, soit d'un exercice salarié exclusif (cf. figure 3).

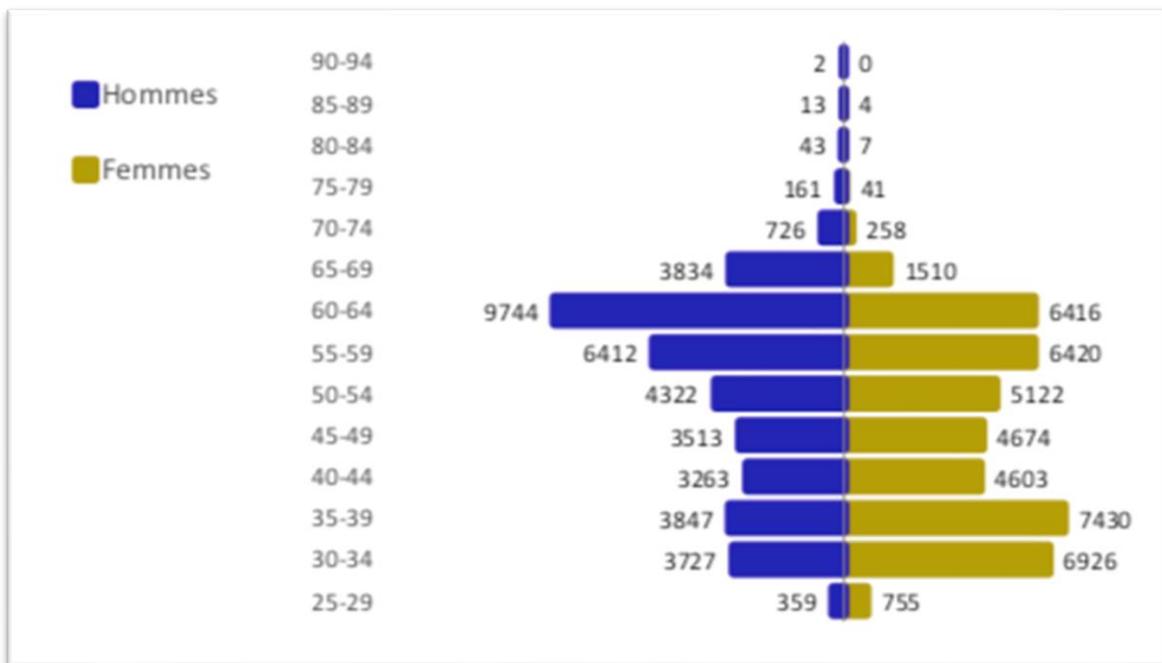


Figure 2 : Pyramides des âges du nombre de médecins généralistes en activité régulière en 2022
Données CNOM - Atlas de la démographie médicale 2022

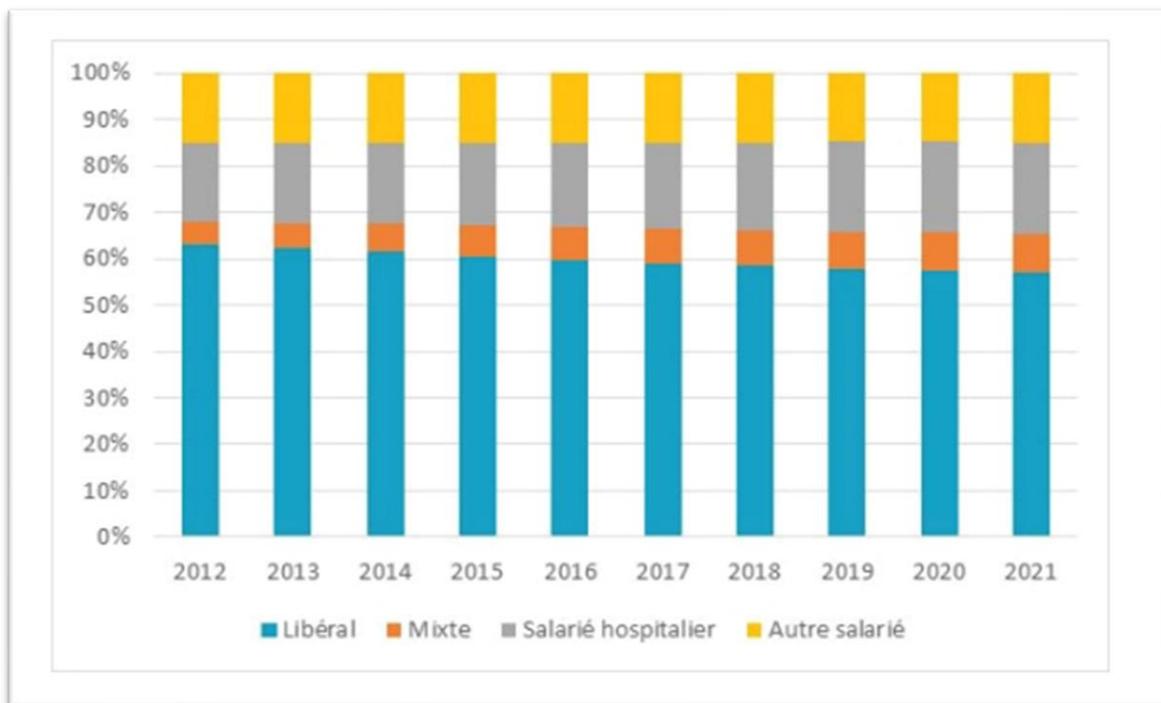


Figure 3 : Répartition des médecins par mode d'exercice et spécialité entre 2012 et 2021
Données DREES - Mars 2021

En tenant compte de ces données, ainsi que de la croissance et du vieillissement de la population française, la DREES a également émis une projection à 30 ans de l'évolution probable du nombre de médecins généralistes, de leurs densités simples et de leurs densités standardisées (cf. Figure 4) (3).

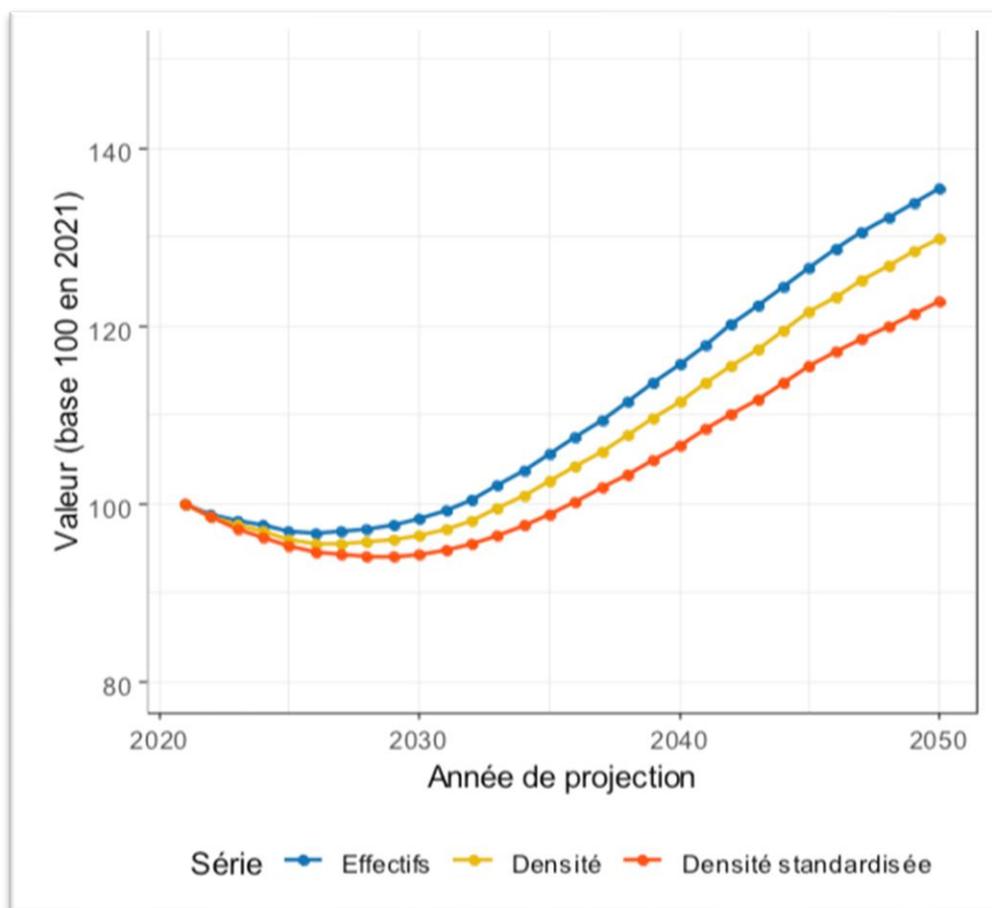


Figure 4 : Effectifs, densités et densités standardisées projetés pour les médecins généralistes entre 2021 et 2050.

Données DREES - Mars 2021

Comme le montre la figure 4, on s'attend à une baisse nette du nombre total de médecins généralistes et de leurs densités globales jusqu'en 2026, avant qu'ils n'augmentent à nouveau progressivement.

L'indicateur de densité standardisé continuera toutefois à baisser, atteignant son niveau le plus bas en 2028 après une baisse de 6 % entre 2021 et 2028.

Ainsi, au cours des dix prochaines années, le creux démographique actuel ne fera que s'accroître, avec une croissance des effectifs de médecine générale bien inférieure à celle de la demande de soins, exacerbant les difficultés d'accès aux soins primaires.

II.1. Les facteurs expliquant les difficultés d'accès aux soins primaires et les insuffisances dans l'offre médicale

Les insuffisances actuelles de l'offre de soins primaires s'expliquent en grande partie par le nombre important de médecins généralistes qui ont pris leurs retraites au cours des dix dernières années,

appartenant à des générations de médecins à numerus clausus élevé, et qui ont été insuffisamment compensées par les générations suivantes à numerus clausus faible (cf. figure 5) (3).

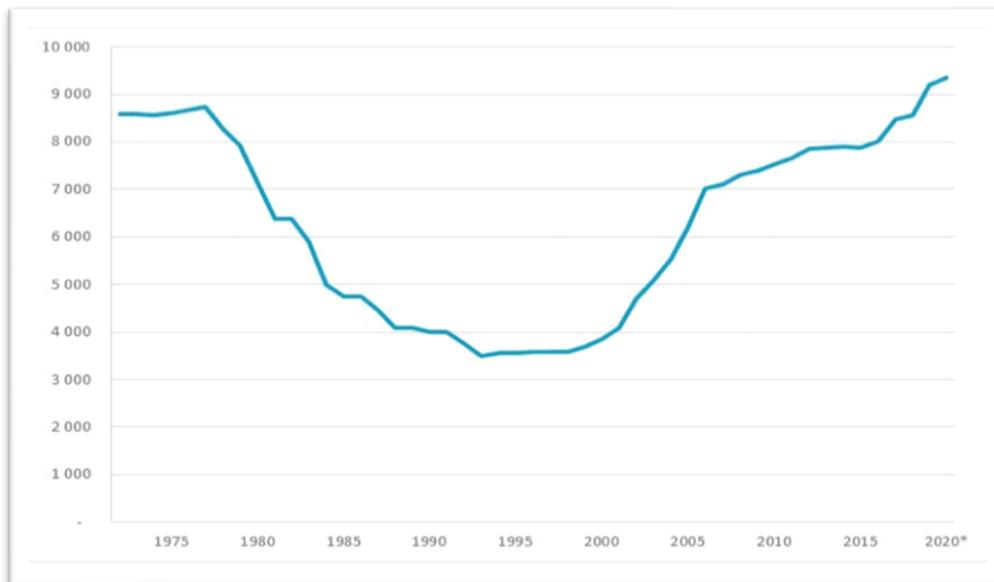


Figure 5 : Numerus clausus national pourvu en médecine depuis 1972
Données- Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS)

L'inadéquation actuelle, et future, entre la demande et l'offre de soins est également une conséquence du rajeunissement et de la féminisation de la population des médecins généralistes. En effet, comme le détaille le rapport d'une étude de la DREES en 2017, intitulé « Les médecins d'ici 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée » (5), les nouvelles générations de médecins ont tendance à réduire leur durée de travail hebdomadaire, réalisant ainsi moins d'actes que leurs confrères en fin de carrière.

Ces deux facteurs seraient donc responsables d'une baisse de l'offre de soins à une échelle plus importante que la pénurie de médecins généralistes (cf. figure 6).

Par ailleurs, la répartition territoriale non homogène des médecins généralistes joue également un rôle déterminant dans les inégalités d'accès aux soins.

Selon les dernières données du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) (3) et de l'Observatoire Des Territoires (ODT) (6), la répartition géographique des médecins généralistes est marquée par de grandes disparités entre les centres urbains et les zones rurales isolées, ainsi qu'entre les centres villes et certaines banlieues précaires.

Les contrastes au niveau infrarégional sont également mis en évidence dans la carte des densités de médecins généralistes par bassin de vie publiée par l'ODT en 2021, avec plus de 50% des départements français ayant une densité de médecins généralistes en activité régulière inférieure à la moyenne nationale (cf. Figure 7).

De plus, en se référant à cette carte, on constate que ces disparités semblent suivre la diagonale du vide, avec un nombre plus faible de médecins généralistes en activité régulière dans les bassins de vie les moins denses. Par ailleurs, on observe une plus forte concentration de médecins généralistes en activité régulière dans les zones urbaines et périurbaines où se trouvent les facultés de médecine (6).

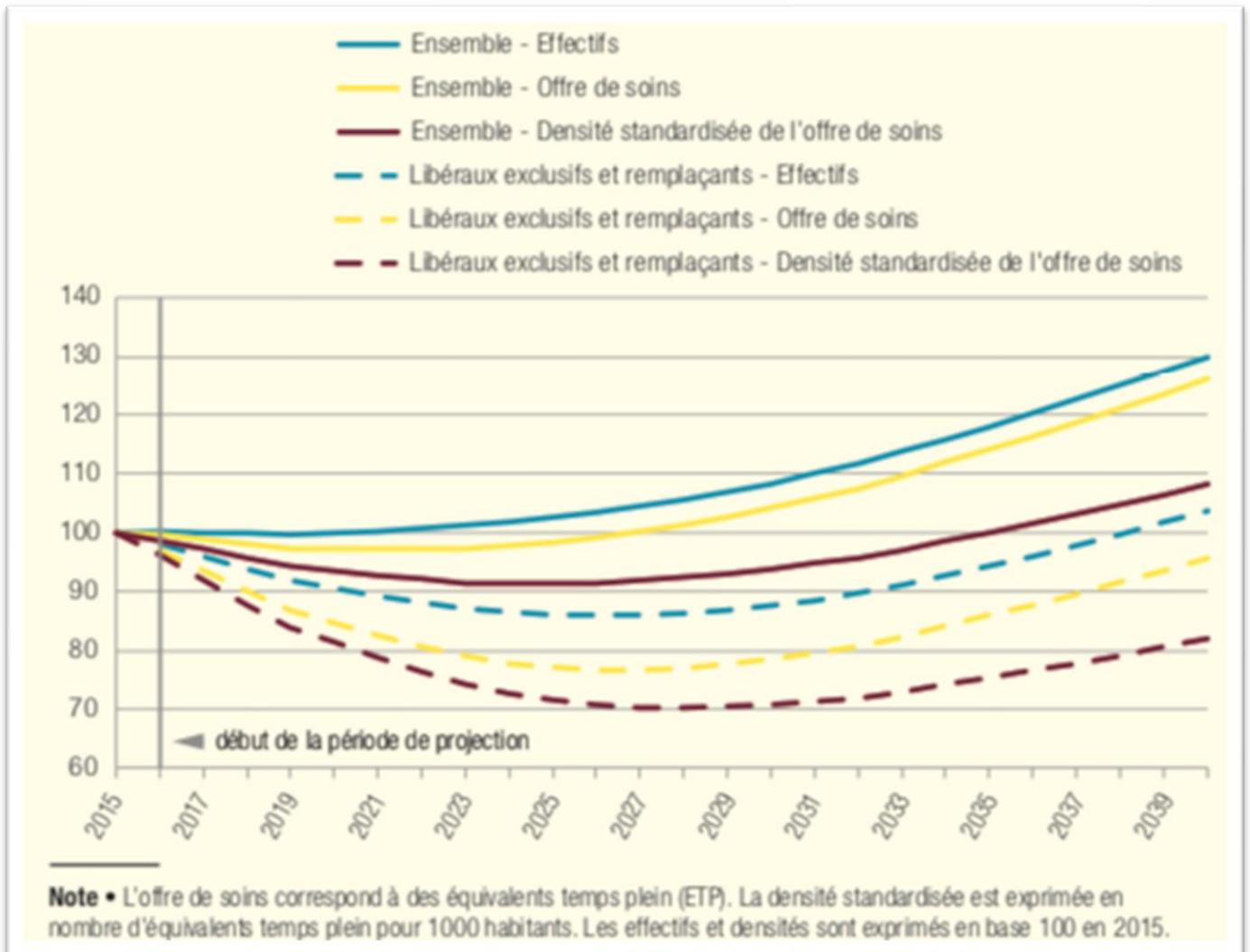


Figure 6 : Effectifs de médecins, offre de soins, et densité standardisée de l'offre de soins selon le scénario tendanciel
Projections DREES 2015

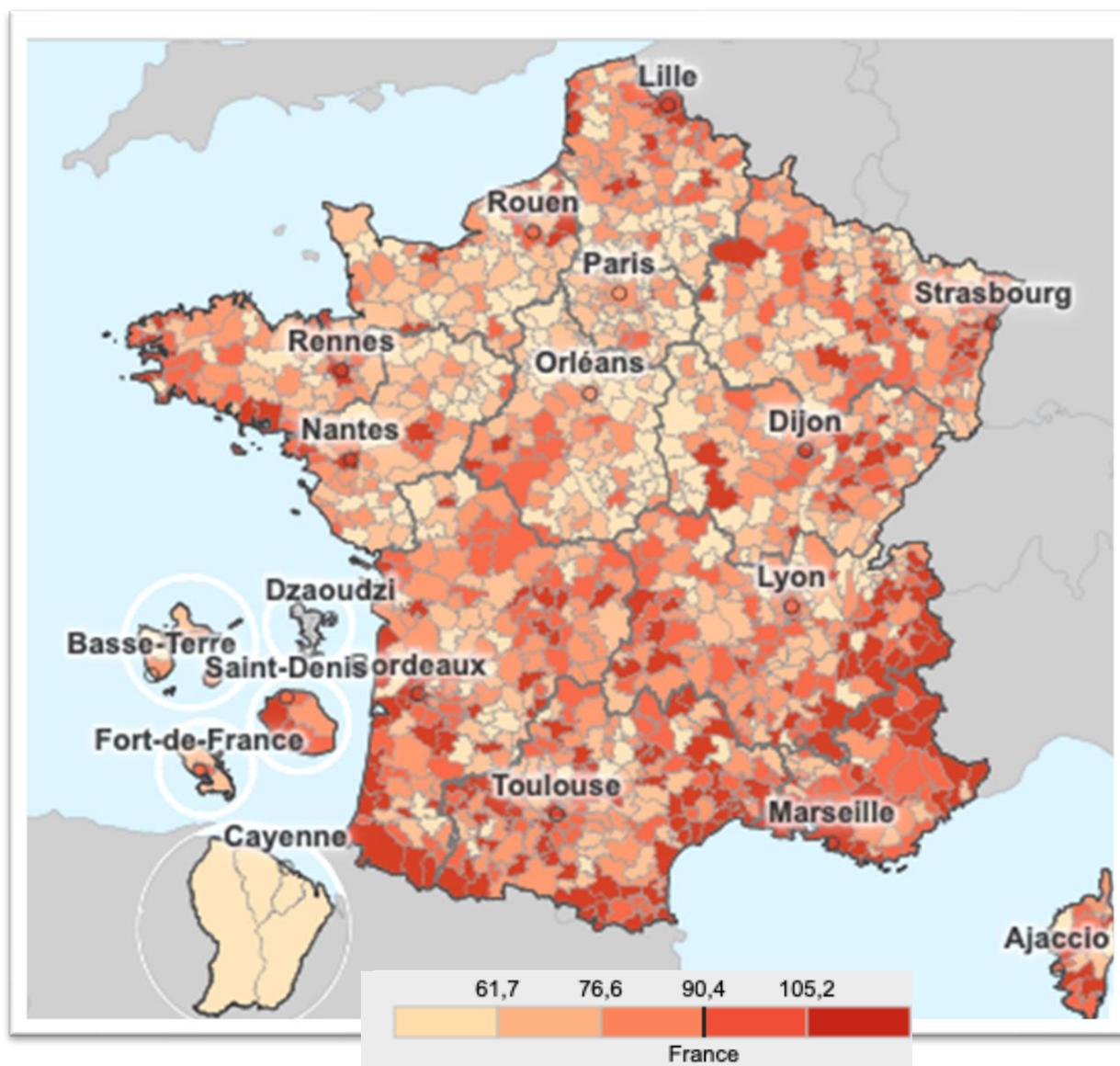


Figure 7 : Carte de la densité de médecins généralistes libéraux par bassin de vie en 2021
Données de l'Observatoire des Territoires- 2022

Cependant, tous ces indicateurs ne reflètent l'accessibilité aux médecins généralistes que sous une forme unidimensionnelle : soit par le nombre (densité médicale), soit par des déterminants spatiaux (indicateurs géographiques tels que la distance entre le domicile des usagers du système de santé et le médecin généraliste le plus proche). Ils ne reflètent donc pas la réalité des usages et des demandes de soins de santé (7).

Afin de pallier ces insuffisances, l'indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) a été développé en 2012 par la DREES et l'Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES) (8).

« Cet indicateur, paramétrable, permet de tenir compte, pour les médecins généralistes libéraux, à la fois de la proximité géographique (de moins de 10 minutes à plus de 20 minutes en voiture) et de la disponibilité des médecins (selon leur activité, évaluée via le nombre d'actes annuels; et les besoins de

santé, évalués via les effectifs de population locale standardisés par tranche d'âge), pour déterminer un nombre annuel de consultations/visites potentiellement accessibles par habitant dans une commune donnée. Ainsi, calculé à l'échelle communale, l'indicateur d'APL met en évidence des disparités dans l'offre de soins qu'un indicateur usuel de densité, calculé sur des mailles beaucoup plus larges (bassins de vie, départements...), aura tendance à masquer. L'indicateur d'APL tient également compte du niveau d'activité des professionnels en exercice ainsi que de la structure par âge de la population de chaque commune qui influence les besoins de soins. » (6)

L'ODT a publié la dernière carte des indicateurs d'APL aux médecins généralistes de moins de 65 ans en 2020 (cf. figure 8) (6).

En se référant à cette carte, nous constatons qu'en 2018, le Français moyen avait eu accès à 3,9 consultations ou visites de médecine générale par an et par habitant. Si nous comparons l'indicateur d'APL de 2018 avec celui des années précédentes, nous observons une nette diminution de l'accès aux soins, avec une baisse de 3,3 % de cet indicateur d'APL entre 2015 et 2018.

La carte des indicateurs d'APL de 2018 de médecine générale atteste également de l'inégalité territoriale de l'offre de soins avec 3,8 millions de personnes (soit 5,7 % de la population) vivant dans des zones sous-denses (définies comme des zones où les usagers de santé accèdent à moins de 2,5 consultations par an et par habitant (8)).

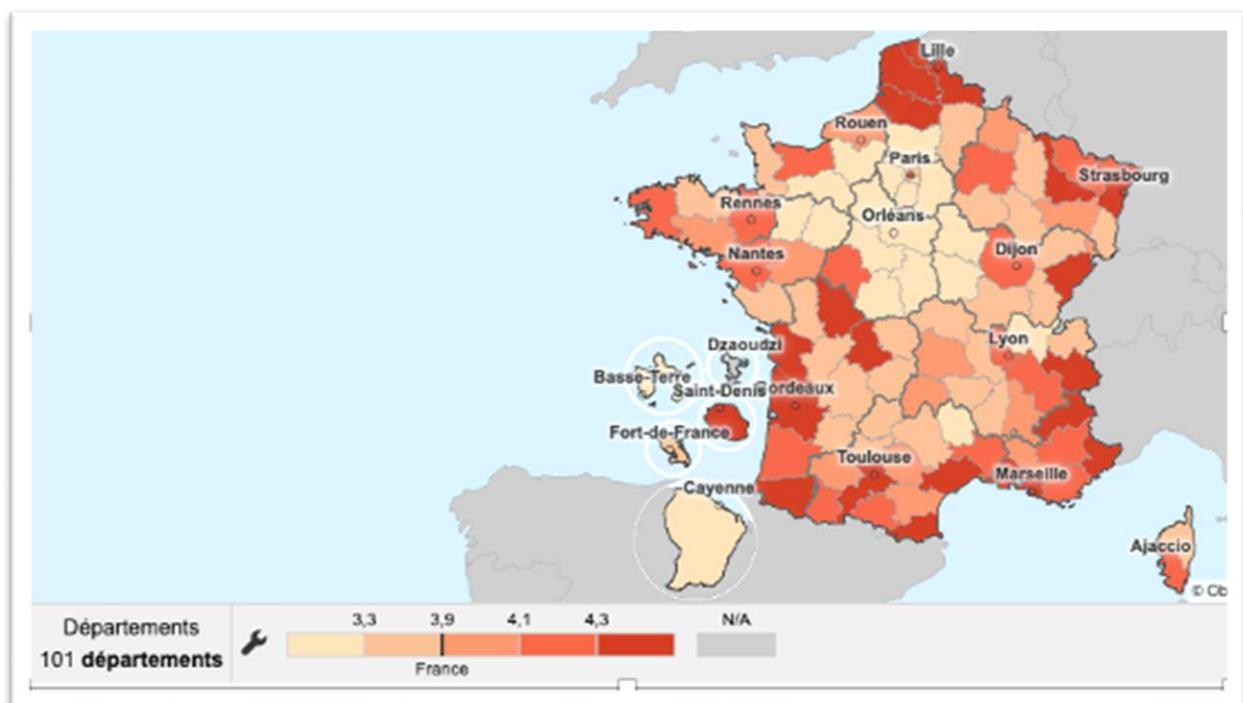


Figure 8 : Accessibilité Potentielle Localisée (APL) aux médecins généralistes (consultations par an par habitant) 2018
Données de l'ODT 2020

Les Agences Régionales de Santé (ARS) s'appuient également sur les indicateurs d'APL pour définir les territoires de santé et les bassins de vie caractérisés soit par une offre de soins insuffisante, ou soit par

des difficultés d'accès aux soins (communément appelés « zones sous-denses »). Ce zonage détermine ensuite l'attribution des aides à l'installation et au maintien des médecins généralistes.

Pour faciliter ce processus, les ARS classent les zones sous-denses en deux catégories :

1. Les zones d'intervention prioritaires (ZIP) : ce sont les zones les plus fragiles en termes d'offre de soins, avec des indicateurs d'APL inférieurs à 2,5.
2. Les zones d'actions complémentaires (ZAC) : ce sont des zones fragiles, mais à un niveau moins préoccupant que les ZIP, avec des indicateurs d'APL compris entre 2,5 et 4.

Pour notre région, la Nouvelle-Aquitaine, le dernier zonage des médecins généralistes a été publié en avril de cette année (cf. Figure 9) (9). Selon ce nouveau zonage, 3,74 millions de personnes en Nouvelle-Aquitaine (soit 62,8% de la population régionale) vivent dans des zones où l'offre de soins est insuffisante, dont plus d'un million de personnes (16,8%) en ZIP et 2,72 millions (46%) en ZAC.

ANNEXE 4



Zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, concernant la profession de médecin généraliste

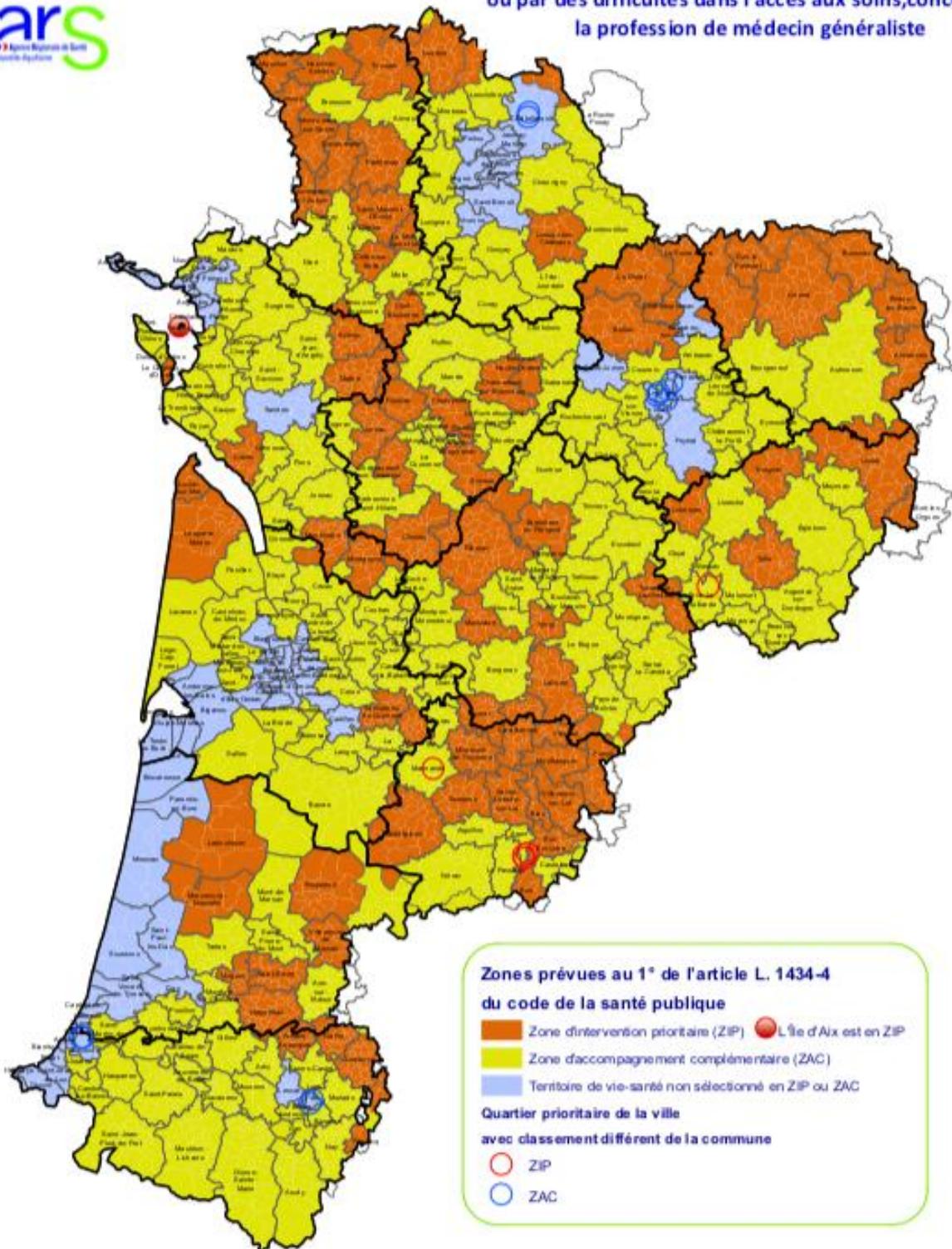


Figure 9 : Carte zonage médecine libérale 2022 en Nouvelle-Aquitaine
Données de l'ARS Nouvelle-Aquitaine

II.2. Les principales conséquences des difficultés d'accès aux soins primaires et des insuffisances dans l'offre médicale

i. L'augmentation du nombre de patient âgé de 17 ans et plus sans médecin traitant

La première conséquence de la baisse de la densité standardisée des médecins généralistes est la chute alarmante du nombre de patients suivis régulièrement par un médecin traitant. En effet, selon les dernières données de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et présentées dans le rapport du sénateur Bruno Rojouan au Sénat (10), le nombre de Français sans médecin traitant au 30 juin 2021 représente 11% de la population des patients âgés de 17 ans et plus, soit près de 6 millions de Français (+ 1,2 point par rapport à 2017). Parmi eux, 620 000 Français souffrent d'une affection de longue durée (cf. tableau 2).

Parmi ces patients sans médecin traitant, nous observons un clivage avec une moitié qui n'a jamais désigné un médecin traitant et l'autre moitié dont le médecin traitant a cessé son activité sans être remplacé par la suite.

Selon les projections de la CPAM, le nombre de patients de ce second groupe va considérablement croître dans les années à venir en raison du départ imminent à la retraite des médecins appartenant à la génération des "baby-boomers" (10).

	Effectif de patients sans médecin traitant	Taux de patients sans médecin traitant
PATIENTS TOUS RÉGIMES	5 959 000	11,0%
Hommes	3 409 000	13,3%
Femmes	2 551 000	9,0%
Sans affection de longue durée	5 339 000	12,9%
En affection de longue durée	620 000	4,9%
17-29 ans	2 136 000	20,8%
30-39 ans	1 055 000	12,5%
40-49 ans	904 000	10,6%
50-59 ans	754 000	8,5%
60-69 ans	546 000	6,9%
70-79 ans	335 000	5,6%
80 ans et plus	228 000	5,7%

Tableau 1 : Effectif et Taux des patients sans médecin traitant au 30 juin 2021
Données CPAM

ii. Le renoncement aux soins

Le renoncement aux soins est une autre conséquence directe des difficultés d'accès aux soins primaires et des insuffisances dans l'offre médicale.

Selon les résultats de l'enquête « Statistiques sur les Ressources et les Conditions de Vie » (SRCV) de l'INSEE, 3,1% de la population âgée de 16 ans ou plus résidant en France métropolitaine, en 2017, soit 1,6 million d'individus, avaient renoncé à des soins médicaux à au moins une reprise au cours de cette année-là (11). Ce taux était depuis passé à 3,77% en 2019, indiquant une augmentation du nombre de personnes renonçant à des soins médicaux (12).

Par ailleurs, après avoir pris en compte les caractéristiques des répondants (âge, sexe, diplôme, statut sur le marché du travail, etc.), il a été constaté que les individus vivant dans des conditions précaires étaient trois fois plus susceptibles de renoncer à des soins médicaux que les autres. De plus, les personnes résidant dans des zones sous-denses avaient un risque de renoncement aux soins supérieur de 8% à celui du reste de la population (11).

Une enquête plus récente a été réalisée en ligne par ViaVoice®, du 21 au 23 juin 2022, auprès d'un échantillon de 1001 personnes, représentatif de la population vivant en France métropolitaine âgée de 18 ans et plus. Au moment de l'enquête, près d'un tiers des participants avait déclaré s'être déjà une fois abstenu de consulter un médecin généraliste alors qu'il en avait ressenti le besoin. Parmi eux, 18% avaient même déclaré avoir dû renoncer « plusieurs fois ». Les raisons de ce renoncement aux soins étaient multiples : manque de disponibilité des praticiens, délais d'attente trop longs et/ou pour des raisons financières (13).

iii. L'allongement des délais d'attente

L'allongement des délais d'attente pour les rendez-vous médicaux est également une autre retombée des difficultés accrues d'accès aux soins.

Une enquête de la DREES, réalisée en 2018 auprès de 40 000 individus au sujet des délais d'accès aux soins, avait révélé qu'un rendez-vous sur deux avec un médecin généraliste était obtenu en moins de deux jours. Cependant, dans les communes présentant de faibles indicateurs d'APL, les délais d'attente étaient plus longs, plus particulièrement pour les besoins en soins d'ophtalmologie, de dermatologie, de cardiologie, de gynécologie et de rhumatologie, où les délais d'attente dépassaient deux mois (14).

II.3. Mesures prioritaires proposées pour améliorer l'offre et l'accès aux soins primaires au niveau national

Face à l'aggravation des difficultés et des inégalités d'accès aux soins que connaît l'ensemble des usagers du système de santé depuis plus d'une décennie, différentes politiques de santé ont été proposées pour améliorer l'offre globale de soins, et en particulier celle de l'accessibilité aux médecins généralistes (15).

Ces difficultés sont généralement abordées par les pouvoirs publics soit sous l'angle des insuffisances de l'offre de soins (en termes de pénurie de professionnels de santé et de mauvaise répartition géographique), soit sous l'angle de la demande (c'est-à-dire des contraintes, principalement financières, propres à la situation des individus) (8).

Ainsi, comme moyen de compensation, les différentes stratégies nationales de santé ont mis l'accent sur le maintien et le recrutement de médecins généralistes dans les régions sous-denses. La figure 11 ci-dessous, élaborée par Guillaume Chevillard, Véronique Lucas-Gabrielli et Julien Mousquès en 2018, résume certaines des mesures et incitations proposées entre 2005 et 2017 par l'État, les collectivités locales et l'assurance maladie (16).

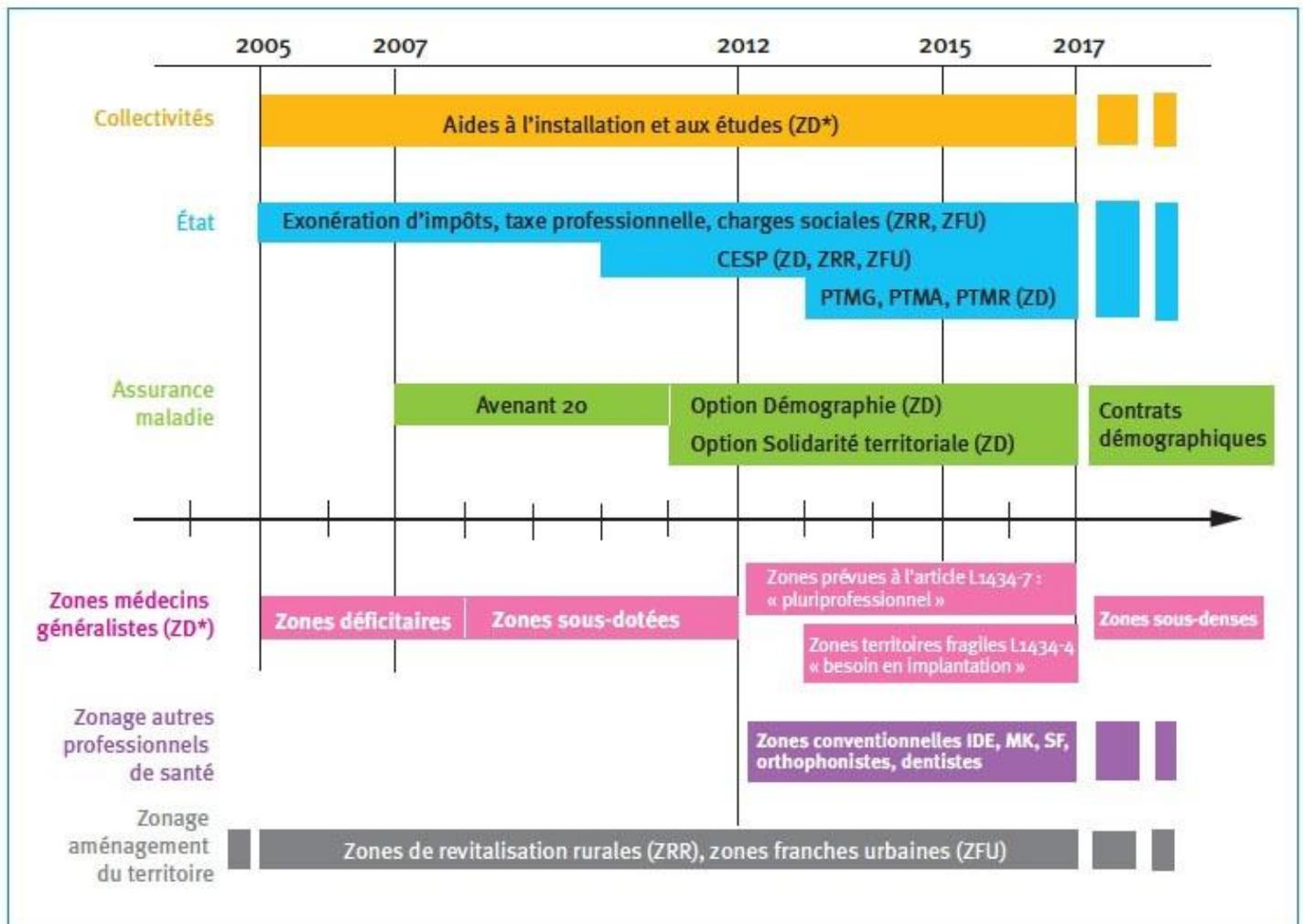


Figure 10 : Les différentes mesures visant à améliorer la répartition géographique des médecins généralistes : zonages et acteurs associés, de 2005 à 2017

*CESP : Contrat d'Engagement de Service Public (créé par la loi HPST du 21 juillet 2009)

*PTMG : Contrat Praticien Territorial de Médecine Générale (créé par le Pacte Territoire Santé en 2012)

*PTMA : Contrat de Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire (créé par la loi de financement de la sécurité sociale en 2015)

*PTMR : Contrat de Praticien Territorial Médical de Remplacement (créé par la loi de financement de la sécurité sociale en 2017)

Afin de simplifier et d'homogénéiser certaines des aides disponibles, un contrat unique, le contrat de début d'exercice, a été mis en place en mars de l'année dernière. Ce nouveau contrat fusionne

l'ensemble des incitations antérieures prévues pour favoriser l'installation des nouveaux médecins : les contrats PTMG, PTMA et PTMR.

Par ailleurs, dans le but de promouvoir l'exercice coordonné et la coopération interprofessionnelle, les plans de santé successifs ont également introduit d'autres mesures telles que :

i. Les Équipes de Soins Primaires (ESP)

Elles ont été créées par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et elles constituent une brique de l'organisation des soins de proximité. Les ESP fédèrent plusieurs professionnels de santé, dont au moins un médecin généraliste, et contribuent à la structuration des parcours de soins (17).

ii. Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP)

Créées par la loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007, les MSP sont des *"lieux de regroupement des professionnels de santé assurant des activités de soins sans hébergement et participant à des actions de prévention et d'éducation pour la santé ainsi qu'à des actions sociales"* (18). Elles sont donc composées de professionnels de santé de différents domaines (médecins généralistes et spécialistes, professionnels paramédicaux et auxiliaires médicaux, voire pharmaciens), qui travaillent tous ensemble sur un projet de santé commun.

iii. Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)

Elles ont également été créées par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (17). Les CPTS regroupent des professionnels de santé d'un même territoire, rural ou urbain, qui souhaitent s'organiser, à leur initiative, autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes telles que :

- L'amélioration de l'accès aux soins (notamment en vue de favoriser l'accès à un médecin généraliste pour chaque habitant d'un territoire et d'apporter une réponse aux soins non programmés).
- L'organisation de la prise en charge pluridisciplinaire autour du patient afin d'améliorer sa prise en charge et son suivi.
- Le développement des actions territoriales de prévention.
- L'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins.
- L'accompagnement des professionnels de santé présents sur le territoire.

iv. Les Centres de Santé (CS)

Dans la lignée des dispensaires, les CS, créés par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (17), ont une mission sociale d'accès universel aux soins. Ils sont principalement implantés dans les zones urbaines défavorisées et ils pratiquent presque toujours le tiers payant et les tarifs conventionnels. Les professionnels de santé qui y exercent (médecins, infirmiers, et autres paramédicaux) sont tous salariés.

v. Les pôles de santé

Ils ont été créés par les lois n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (19) et n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (20). Ils regroupent des professionnels de santé, travaillant souvent sur un projet médical commun sur plusieurs sites différents, et qui prodiguent à la fois des soins primaires et/ou de deuxième ligne. Ils s'engagent également dans des actions de soins préventifs, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire.

Un pôle de santé peut regrouper des structures aussi variées que des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire ou des groupements de coopération sociale et médico-sociale.

vi. Le Plan National de Santé Publique (PNSP), « Ma santé 2022 »

Par ailleurs, en septembre 2018, à la suite de l'inauguration du nouveau PNSP intitulé « Ma santé 2022 », les mécanismes de soutien déjà mis en place ont été renforcés afin d'améliorer l'état de santé de la population et de réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins (21).

Cette nouvelle stratégie est fondée sur une transformation du système de santé actuel à travers trois engagements prioritaires :

- i. Placer le patient au cœur du système de santé et faire de la qualité des soins aux patients le fil conducteur de la réforme.
- ii. Réorganiser les relations entre les soins primaires, les services médico-sociaux et les hôpitaux pour mieux répondre aux besoins de soins de proximité.
- iii. Repenser les métiers et la formation des professionnels de santé.

Pour respecter ces trois engagements et faciliter l'accès aux soins primaires, d'autres mesures ont dû être introduites, notamment :

- La suppression du numerus clausus à la rentrée 2020, avec pour objectif une augmentation de 20% du nombre de médecins formés, tout en diversifiant leurs profils, par des passerelles entre les cursus.
- L'obligation pour les internes en médecine générale d'effectuer des stages d'au moins 6 mois en cabinet de ville ou en centre de santé dans les zones en tension.
- Le recrutement d'assistants médicaux pour les médecins exerçant en zone sous-dense afin de faciliter la gestion du temps consacré aux soins et aux tâches administratives.
- La création sur tous les territoires d'un collectif de soins au service des patients : les hôpitaux de proximité. Ces hôpitaux seront principalement dotés des services suivants : médecine générale, gériatrie et soins de réadaptation. Par ailleurs, en fonction des besoins des territoires, ils pourront également assurer la médecine d'urgence, les soins prénataux et postnataux et les services de soins palliatifs.
- La création d'espaces numériques de santé pour chaque patient afin de simplifier leur parcours de soins et de faciliter la communication entre les professionnels.

II.4. Les mesures proposées visant à améliorer l'offre et l'accès aux soins primaires de la Nouvelle Aquitaine

Au niveau régional, les engagements et les objectifs des différentes politiques publiques sont coordonnés au sein du « Projet Régional de Santé » (PRS). Ce projet est élaboré en concertation avec l'ensemble des acteurs de santé d'une région et respecte les lois de financement de la sécurité sociale.

Le PRS 2018-2028 de la Nouvelle-Aquitaine a été arrêté le 17 juillet 2018 et prévoit 3 axes de travail (22) :

- i. La prévention et la promotion de la santé.
- ii. Le renforcement de la prise en charge et de l'inclusion à domicile des personnes précaires et vulnérables.
- iii. La personnalisation et la coordination des soins par le biais d'une participation active du patient.

Depuis l'élaboration du plan, plusieurs mesures ont été créées et/ou renforcées au niveau régional et départemental pour répondre aux objectifs prioritaires. Voici quelques exemples d'actions menées en Dordogne et en Haute-Vienne (23,24).

i. La promotion de la santé

Voici des exemples de mesures prises en Haute-Vienne :

- La limitation de l'exposition aux perturbateurs endocriniens notamment dans les crèches.
- Le développement de l'activité physique chez les adultes grâce à l'association « Limousin Sport Santé ».
- Le développement des compétences psychosociales des enfants (aptitudes personnelles permettant de faire les bons choix en matière de santé) et le soutien à la parentalité.

ii. La prévention des conduites addictives et du risque suicidaire

A titre d'exemple, en Haute-Vienne, des actions de lutte contre les addictions sont menées par l'antenne départementale de l'association de Coordination Régionale Addictions de la Nouvelle-Aquitaine.

En Dordogne, des formations sur le repérage et l'orientation en cas de situations à risque suicidaire sont aussi organisées pour les professionnels de santé intervenant au domicile des patients ainsi que pour les équipes de la PTA.

iii. L'amélioration de l'autonomie des Néo-Aquitains en facilitant le repérage des fragilités et en encourageant les dispositifs de prévention de la perte d'autonomie

Un exemple d'une telle action menée actuellement en Dordogne, est la mise en place de consultations infirmières de repérage des fragilités, destinées aux personnes âgées.

iv. L'accompagnement de l'inclusion sociale des personnes souffrant de troubles psychiques et la promotion de l'habitat comme un déterminant essentiel de la santé

Exemples d'actions menées en Dordogne :

- Le développement des « Groupes d'Entraide Mutuelle » pour renforcer le lien et l'autonomie à la vie sociale.
- L'amplification des actions du conseil local en santé mentale.
- La lutte contre l'habitat indigne en prescrivant des travaux pour éliminer les risques sanitaires dans les logements.

v. L'optimisation de l'usage des outils de la E-santé à travers le déploiement de la télémédecine et de la télé-expertise

Voici quelques exemples d'actions menées dans le département de la Dordogne :

- La mise en place d'un dépistage itinérant de la rétinopathie diabétique sur l'ensemble du département.
- Le développement d'une plateforme de e-santé sur le Bergeracois.
- Le déploiement d'une valise d'urgence en cours d'expérimentation sur la commune de Nontron.
- Les téléconsultations pour la surveillance et la cicatrisation des plaies réalisées par le Centre Hospitalier de Périgueux.

vi. La promulgation de l'exercice coordonné en favorisant la coordination des professionnels de santé et en développant l'attractivité du territoire.

Exemples d'actions menées :

- L'accompagnement et la création de 52 projets de CPTS sur l'ensemble de la région.
- L'inauguration d'une Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) en 2019 pour les usagers rencontrant des difficultés dans leurs besoins de santé. Les PTA ont pour objectif d'organiser et de mettre en œuvre des fonctions d'appui pour aider les professionnels de santé, les travailleurs sociaux et médico-sociaux dans la prise en charge des patients présentant des problèmes de santé complexes, quels que soient leur âge, leur pathologie ou leur handicap (22).

vii. L'amélioration de la prise en charge des Soins Non Programmés (SNP) par le déploiement du Service d'Accès aux Soins (SAS) dans trois départements pilotes de la Nouvelle Aquitaine

Le SAS, l'une des mesures phares du Pacte de refondation des urgences de 2019, est une nouvelle stratégie de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Il vise à améliorer le parcours de santé des usagers en assurant une réponse rapide aux besoins de SNP, tout en évitant l'engorgement des urgences. Ainsi, le SAS repose sur un partenariat étroit et équilibré entre les médecins de ville et les professionnels du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU).

En Nouvelle-Aquitaine, ce système a été mis en place l'an dernier dans trois départements pilotes : la Gironde, la Vienne et la Charente et est en cours d'évaluation.

III. Les objectifs de cette étude

Ainsi, afin de répondre aux défis sanitaires nationaux que constituent l'insuffisance de l'offre de soins et les inégalités d'accès aux soins primaires, les pouvoirs publics ont tous porté leur attention sur l'élaboration de moyens permettant de développer les services de santé existants et de favoriser leurs répartitions égales et équitables dans l'ensemble des départements.

Cependant, si le rôle joué par les médecins généralistes dans le phénomène de désertification médicale est souvent au centre des débats politiques et publics, les points de vue et les attentes des usagers du système de santé à l'égard de ces praticiens ont rarement été étudiés. Il en a été de même pour leurs opinions, leurs sentiments et leurs représentations face aux problématiques des zones sous-denses et aux solutions proposées pour y remédier. Pourtant, ce sont les patients qui sont confrontés au quotidien aux difficultés de recours aux soins.

Pour citer Marc Brodin, Professeur Universitaire en Santé Publique : « *Parler des « attentes » d'une société, c'est évoquer non plus des faits mais des représentations, des opinions, des sentiments.* » (25).

Nos objectifs de recherche étaient donc les suivants :

i. Objectif principal :

Identifier les attentes des usagers du système de santé vis-à-vis des médecins généralistes exerçant dans les zones médicales sous-denses du Périgord-Vert et du Sud de la Haute-Vienne.

ii. Objectifs secondaires :

Identifier les opinions, sentiments et représentations des usagers du système de santé à l'égard du phénomène de désertification médicale et des solutions proposées pour améliorer leur accès aux soins.

Nous avons fait le choix de limiter la population à étudier à notre échelle, c'est-à-dire aux départements de la Dordogne et de la Haute-Vienne. Ces deux départements frontaliers, aux profils sociodémographiques distincts, sont tous deux confrontés à des problématiques liées à la désertification médicale :

- La population de la Dordogne est principalement rurale et vieillissante. 21,5% de sa population vit en milieu rural isolé et 13,8% de sa population est âgée de 75 ans ou plus, dont 12% qui souffre de la pauvreté. À la suite du dernier zonage de l'ARS, 95% du territoire de la Dordogne a été classé en zone sous-dense (23).

- La population de la Haute Vienne est plus contrastée, vivant sur un territoire où se conjuguent urbanité et ruralité. Elle est également majoritairement âgée, avec une augmentation prévue de plus de 68% du nombre d'habitants âgés de 85 ans ou plus d'ici 2040. Par ailleurs, près de 46% de la population haut-viennoise vit dans des communes classées en sous-densité selon le dernier zonage ARS (24).

De plus, dans le cadre d'une démarche collective visant à répondre à la problématique de la désertification médicale, les professionnels de santé exerçant dans les parties nord et sud de ces deux départements se sont associés pour construire un projet de CPTS : la CPTS Confluence. Par conséquent, souhaitant inscrire cette étude dans une perspective territoriale, nous avons réalisé notre recrutement au sein des communes rattachées à cette structure.

IV. Matériel et Méthodes

IV.1. Type d'étude

Afin de répondre à nos objectifs de recherche, nous avons mené une étude qualitative inspirée de l'approche de la théorie ancrée (grounded theory) décrite dans les années 1960 aux États-Unis par Glaser et Strauss. Cette technique de recherche inductive et explicative permet de générer de nouvelles connaissances, à la fois émiques et étiques, sur les thèmes étudiés (26).

IV.2. Population étudiée

La population étudiée est issue des territoires de vie-santé du Périgord-Vert et du Sud de la Haute-Vienne regroupés au sein de la CPTS Confluence.

Les participants ont été recrutés entre janvier et mai 2022 selon les critères d'inclusion et d'exclusion suivants :

- **Critères d'inclusion**

- Hommes et femmes âgés de plus de 18 ans, avec ou sans enfant, et ne faisant pas l'objet d'une mesure de protection juridique.
- De toutes catégories socioprofessionnelles : agriculteurs, artisans, commerçants et chefs d'entreprise, cadres et professions intellectuelles supérieures, professions intermédiaires, employés, ouvriers, retraités et autres personnes sans activité professionnelle.
- Des usagers du système de santé qui peuvent se déplacer pour assister aux séances d'entretiens collectifs dans un rayon de 10 à 20 km.

- **Critères d'exclusion**

- Personnes âgées de moins de 18 ans.
- Les personnes sous protection juridique.

Les participants ont été recrutés sur la base du volontariat. Des avis de recrutement (cf. annexe 1) ont été affichés dans les salles d'attente de quatre cabinets de médecine générale et dans quatre pharmacies situées au sein des collectivités que nous souhaitons étudier.

Certains des participants ont également été recrutés par leurs médecins généralistes, qui ont réussi à susciter leur intérêt pour ce projet de recherche.

L'approche de l'analyse qualitative basée sur la théorie ancrée étant fondée sur un échantillonnage théorique, les patients ont été recrutés avant chaque entretien de groupe.

Le nombre d'entretiens à réaliser a été déterminé par le principe de « saturation des données ». Cette saturation est atteinte lorsque la grille d'analyse des focus groups ne révèle plus de nouveaux thèmes.

Dans le cadre de cette étude, la saturation des données a été atteinte après la réalisation de trois séances d'entretiens collectifs semi-dirigés, aussi appelées « focus group », auxquelles ont participé au total dix-neuf usagers du système de santé.

IV.3. Recueil des données

Le recueil des données a eu lieu lors des trois sessions d'entretiens de groupes semi-dirigés. Elles étaient chacune composée de six à sept participants.

Les entretiens ont été animés par une modératrice de session qui a guidé les discussions en suivant un guide d'entretien composé de 5 questions ouvertes :

1. Pourquoi consultez-vous un médecin généraliste ?
2. Comment obtenez-vous un rendez-vous ?
3. En cas de difficulté, quelle solution avez-vous trouvée/expérimentée ?
4. Quels moyens connaissez-vous qui faciliteraient votre prise en charge médicale ?
5. Quels autres moyens proposeriez-vous pour améliorer votre prise en charge médicale ?

La chercheuse principale de cette étude était également présente lors des groupes de discussion en tant qu'observatrice.

Toutes les données verbales ont été enregistrées sur le dictaphone et le téléphone portable de la chercheuse principale, tandis que les données non verbales ont été transcrites sur des feuilles de papier vierges.

A la fin de chaque focus group, une transcription complète mot à mot de ces données a été réalisée à l'aide du logiciel Microsoft Word®, puis enrichie avec les données non-verbales.

IV.4. L'analyse des données

L'analyse des données transcrites, les verbatim, a été réalisée numériquement à l'aide du logiciel Nvivo®.

Cette méthode d'analyse étant itérative, elle s'est déroulée en parallèle de la collecte des données et a comporté trois étapes : le codage des données brutes, la catégorisation des codes obtenus et la mise en relation de ces catégories.

La première étape de cette analyse, le codage des données brutes, consiste à décomposer le verbatim en unités de sens, appelées « codes », à la fin de chaque session de focus group.

Dans cette étude, un total de 110 codes a été identifié, chaque code véhiculant une idée spécifique

Puis, les codes obtenus ont été comparés les uns aux autres et ceux qui véhiculaient des concepts similaires et présents dans tous les entretiens ont été regroupés dans une seule catégorie appelée « nœud ».

A l'issue de cette étape d'analyse axiale, les nœuds obtenus ont été comparés les uns aux autres, permettant l'identification de thèmes distincts. Ces thèmes constituent ainsi les principaux résultats de cette étude.

IV.5. Aspects éthiques et réglementaires

Cette étude qualitative ne portant pas sur la personne humaine, seul l'accord du Comité d'éthique du CHU de Limoges a été sollicité (numéro d'avis 553-2022-209).

Préalablement au recueil des données, une déclaration a été effectuée auprès du registre des activités de traitement des données personnelles de l'Université de Limoges.

Un document d'information (cf. annexe 2) a été remis aux participants avant le déroulement de chaque focus group et leurs consentements écrits (cf. annexe 3) ont été recueillis au début de chaque séance d'entretien collectif.

Les données recueillies ont ensuite été rendues anonymes et identifiées par ordre alphabétique en fonction de la chronologie des entretiens. Ainsi, le premier sujet interviewé dans les focus groups est dénommé « B » et le dernier « T ». Quant à la modératrice de la session, elle est dénommée « A ».

V. Résultats

V.1. Caractéristiques sociodémographiques des participants

Les données sociodémographiques de chaque participant sont détaillées dans le tableau 2 ci-dessous.

Au total, dix-neuf utilisateurs du système de santé ont participé aux entretiens de groupe. Leur âge varie de 30 à 82 ans. Les participants sont tous issus des territoires de santé du Sud de la Haute-Vienne et du Périgord Vert regroupés au sein de la CPTS Confluence. Le sex-ratio est de 2,16 femmes pour 1 homme. La tranche d'âge la plus représentée est celle des 45 à 65 ans avec onze répondants.

Les catégories socioprofessionnelles les plus représentées sont celles des salariés et des retraités, avec sept répondants chacune. Parmi les femmes retraitées, trois étaient auparavant classées comme cadres et professions intellectuelles supérieures, trois comme employées et une n'était pas active professionnellement.

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques des participants

	Genre	Classe d'âge	Catégorie socioprofessionnelle
Cas\\B	Femme	80+	Retraitée
Cas\\C	Homme	46-65	Chef d'entreprise
Cas\\D	Femme	66-80	Retraitée
Cas\\E	Homme	45-65	Employé
Cas\\F	Femme	46-65	Employée
Cas\\G	Homme	18-45	Cadre et Professions Intellectuelles Supérieures
Cas\\H	Femme	46-65	Employée
Cas\\I	Femme	46-65	Agricultrice exploitante
Cas\\J	Femme	66-80	Retraitée
Cas\\K	Femme	66-80	Retraitée
Cas\\L	Femme	18-45	Employée
Cas\\M	Femme	46-65	Retraitée
Cas\\N	Homme	46-65	Retraité
Cas\\O	Femme	18-45	Agricultrice exploitante
Cas\\P	Homme	45-65	Commerçant
Cas\\Q	Femme	66-80	Retraitée
Cas\\R	Femme	46-65	Agricultrice exploitante
Cas\\S	Homme	46-65	Employé
Cas\\T	Femme	46-65	Employée

V.2. Les attentes des patients vis-à-vis des médecins généralistes exerçant au sein des zones sous-denses

Le premier objectif de cette étude était d'identifier les attentes des usagers du système de santé vis-à-vis des médecins généralistes exerçant dans les zones médicales sous-denses du Périgord-Vert et du Sud de la Haute-Vienne.

Les attentes d'un individu pouvant être multidimensionnelles, nous avons cherché à les analyser à travers le prisme de différentes thématiques relatives à la médecine générale.

Ainsi, nous avons d'abord exploré les caractéristiques de la relation médecin généraliste-patient et les motifs de consultation de nos participants.

Nous avons également étudié les parcours de soins utilisés par nos répondants et les moyens de recours qu'ils employaient en cas de difficultés d'accès.

Grâce à ces données, nous avons pu mettre en évidence les compétences recherchées par nos participants, reflet de leurs attentes vis-à-vis des médecins généralistes.

V.2.1. La relation médecin généraliste – patient

La relation médecin généraliste-patient est perçue comme une relation forte, construite sur une base de confiance et renforcée par l'existence d'un lien particulier. Le médecin généraliste n'est pas un simple soignant, il est le "médecin de famille", qui s'occupe des adultes, des enfants et des personnes âgées.

Cette relation est en outre nourrie par la liberté d'expression et d'échange accordée par ces praticiens ainsi que par leur capacité d'écoute active.

i. Une relation de confiance.

I : « Et, on a besoin d'avoir confiance aussi. Je sais que j'avais changé pour venir là parce que je n'avais plus confiance et là c'est vrai que j'ai pu retrouver mon, euh, enfin voilà c'est très important. »

ii. Une écoute active.

N : « Les capacités d'écoute qui me semble très important et la relation humaine qui en découle. »

iii. Une liberté d'expression.

E : « Et, euh, si on connaît bien on discute, on est plus libre avec lui [...]. »

iv. Un lien privilégié.

F : « Alors, moi j'aime aller voir le médecin en sachant que, qu'il me connaît. [...]. »

v. Le médecin de famille

C : « Oui, je pense qu'on est tous d'accord pour dire qu'il est ce qu'on appelle un « médecin de famille ». Médecin de famille, euh, non pas qu'il soit disponible vingt-quatre heures sur vingt-quatre, mais on s'est très bien que voilà, ce côté, on va se répéter mais rassurant de médecin famille donc qui suis les enfants, les petits-enfants et enfin etc. (acquiescement du groupe). »

vi. Une importance accordée à une relation horizontale et non paternaliste

Par ailleurs, les répondants attachent une grande importance au maintien d'une relation horizontale dans laquelle le patient est acteur de sa santé. Ils estiment également nécessaire de pouvoir échanger des informations relatives à leur santé personnelle, notamment dans le cas de soins coordonnés. Ainsi, les participants se détachent du modèle paternaliste et adhèrent plus volontiers au modèle de la décision partagée.

N : « Je trouve cela très intéressant que mon médecin généraliste, que j'ai depuis peu de temps, que tous les courriers qu'il reçoit des différents spécialistes, il me les transmet, il me passe les lettres. Et je trouve cela extrêmement agréable, parce que ce que je déteste c'est l'infantilisation [...] j'ai l'impression d'être partie prenante je dirai de mon traitement et de ma pathologie. Je ne suis pas un rat de laboratoire mais euh, un être humain avec lequel on peut communiquer. Et c'est aussi quelque chose qui est à mon avis important. »

V.2.2. Les motifs de consultation

Les motifs de consultation des participants auprès des médecins généralistes sont variés et reflètent à un instant donné leurs besoins en santé.

i. Les problèmes de santé aigus d'ordre physique et/ou psychologique

Le motif principal des demandes de consultations est la prise en charge des problèmes de santé aigus d'ordre physique et/ou psychologique :

N : « Je consulte oui, comme pas mal de gens, [...] quand quelque chose ne va pas. »

H : « Euh, dans cette période difficile que nous avons vécu, la pandémie, le mental est très important [...] et euh voilà, le médecin il est aussi là pour ça. Donc corporellement et mentalement. »

ii. Le suivi des maladies chroniques et le renouvellement des traitements de fond

Le deuxième motif de consultation le plus fréquent est celui des suivis des maladies chroniques avec ou sans renouvellement de traitement de fond.

J : « Je consulte tous les mois pour une pathologie en particulier et pour les médicaments. »

iii. Les procédures administratives

D'autre part, les participants consultent aussi pour répondre à des demandes administratives tels que l'établissement des certificats médicaux, le suivi des arrêts maladies et des accidents de travail ainsi que pour l'obtention des prescriptions médicales de transport.

S : « [...] la dernière fois que j'ai vu le médecin c'était il y a trois semaines-un mois, pour donner suite à un accident de travail ou au moins dans la continuité de l'accident de travail. »

iv. Le suivi des enfants et des adolescents

Les demandes de consultation pour le suivi et les vaccinations des enfants et des adolescents sont aussi très fréquentes. Le médecin généraliste est, entre autres, aussi sollicité pour la réalisation des certificats de non contre-indication à la pratique sportive des jeunes patients.

L : « J'ai des enfants en bas âge et il y a un suivi régulier, euh, tous les mois notamment pour mon nourrisson. »

G : « J'ai trois enfants, très jeune encore, la plus âgée à douze ans, euh, et pour les enfants [...]et pour les certificats médicaux de sport également, euh, je consulte le médecin également pour ces trois personnes là. »

v. Pour répondre à un besoin de réassurance et d'écoute

Un autre motif de consultation identifié lors des séances d'entretien sont les demandes de rendez-vous pour répondre à des besoins de réassurance et d'écoute. Les patients consultent quand ils se sentent éprouvés par les événements et qu'ils souhaitent être rassurés.

N : « Si je peux rajouter, c'est aussi, euh, de temps en temps, le généraliste qui nous secoue un petit peu. C'est-à-dire, qui nous fait relativiser, [...] de temps en temps il me dit : « écoutez bon euh, là ça va bien, il ne faut pas non plus exagérer les choses ». On recadre, on recentre sur les choses importantes. Et ça rejoint ce qu'on disait sur l'écoute. L'écoute elle peut être positive ou un petit peu, plus musclée on va dire. »

vi. La réalisation d'un bilan de santé annuel et de soin de prévention

Le dernier motif de consultation identifié sont les demandes de rendez-vous pour réalisation d'un bilan de santé annuel et des soins de prévention tels que les dépistages.

G : « [...] malgré la validité des certificats médicaux de trois ans maintenant, euh, le fait d'aller voir le médecin une fois par an, dans une année où tout va bien, c'est l'occasion de faire le point sur ce qu'il a pu se passer dans l'année. »

V.2.3. Les moyens d'accès à une consultation de médecine générale

Pour bénéficier d'une consultation auprès d'un médecin généraliste, que ce soit leur médecin référent ou non, les répondants ont généralement recours à trois moyens d'accès :

i. La prise de rendez-vous au secrétariat du médecin généraliste

La plupart des participants obtiennent leur rendez-vous par le biais du secrétariat, qu'il soit physique ou dématérialisé.

L : « J'appelle au secrétariat pour prendre rendez-vous et souvent j'explique plus ou moins la pathologie »

Les participants les plus âgés ont également recours aux prises de rendez-vous au cabinet, en présentiel.

B : « Si ce n'est pas trop grave je passe au cabinet médical et je demande un rendez-vous. »

ii. La prise de rendez-vous par le biais d'une plateforme numérique

Les participants âgés entre 18 et 45 ans ont, quant à eux, plutôt tendance à obtenir des rendez-vous via les plateformes numériques de prise de rendez-vous telles que Doctolib® ou Maiia® quand il s'agit des besoins de santé non urgents.

L : « Si je sais que je vais avoir besoin d'un rendez-vous dans un mois pour un renouvellement, je peux regarder sur Maiia®. »

iii. La prise de contact direct, sans intermédiaire, en passant d'emblée par son médecin généraliste

Pour une minorité de participants ayant les coordonnées personnelles de leur médecin traitant, l'accès direct est privilégié en cas de motif de consultation jugé urgent.

C : « [...] par rapport à la relation que j'ai avec mon médecin, une relation particulière, j'ai son numéro personnel. Je m'interdis de l'appeler directement hormis en effet s'il y a quelque chose d'assez urgent. »

V.2.4. Les obstacles perçus à l'obtention de soins primaires

Lors de nos entretiens collectifs semi-dirigés, nous avons pu identifier plusieurs obstacles dans les parcours de soins primaires de nos répondants.

i. Les délais de prise en charge

L'obstacle le plus souvent rencontré est le délai de prise en charge. Ce délai est variable selon les motifs de consultations et les disponibilités de chaque praticien.

Le plus souvent, lorsque les demandes traitent un motif de santé aigu, les patients ayant un médecin référent obtiennent un rendez-vous dans les 12 à 48 heures suivants les demandes :

J : « En général quand c'est urgent elle fait tout son possible pour avoir un créneau dans la journée. »

Pour certains patients ce délai d'attente est vécu avec angoisse, notamment chez les répondants ayant des jeunes enfants :

L : « On se dit dès fois, mon enfant il vomit parce que c'est peut-être juste une gastro et ça va passer dans deux jours, [...], ou bien sinon, peut-être que c'est quelque chose de plus grave et que je passe à côté. Donc voilà, toujours beaucoup d'angoisse. »

Quand les demandes de rendez-vous traitent des motifs pouvant être différés tels que les demandes de renouvellement ou de suivi de pathologie chronique par exemple, les délais d'attentes peuvent être plus importants :

D : « Pour compléter je dirai euh, rendez-vous euh, mais au bout de quinze jours. Il y a quand même un délai. Vous n'avez pas le rendez-vous dès le lendemain. »

ii. Le refus de prise en charge

Le refus de prise en charge est un obstacle très souvent confronté par les patients n'ayant pas ou plus de médecin traitant attribué, le plus souvent à la suite d'une cessation d'activité de ce dernier. Ce refus se porte le plus souvent sur les demandes d'acceptation en tant que « nouveau patient » d'un cabinet ou d'un groupement médical.

L : « Oui souvent on appelle et on nous demande « quel est votre généraliste ? » et là si on ne dit « personne », « bip bip ». »

Accord de N : « Non, pas de nouveau patient. » (Rires du groupe) »

O : « [...] lorsqu'on n'a pas de médecin attribué, on n'a pas la possibilité d'avoir un autre médecin. Quand on appelle vos collègues, ils sont déjà complètement surchargés. »

T : « [...] je me dis qu'il y a quand même beaucoup de gens qui n'ont pas de médecin. »

Ce refus de prise en charge génère alors un sentiment d'impuissance chez les patients.

« N : Je précise quand même, que même en allant pleurer au secrétariat du groupe médical [...], vous avez une secrétaire qui est désespérée, vraiment, et on ressort avec qu'une envie de pleurer et d'aller faire la grève de la faim sur le rond-point. [Consensus groupe avec plusieurs hochements de tête et des « oui, oui » énoncés, rires du groupe]. »

iii. Les distances domicile- cabinet médical

Les distances domicile-cabinet médical peuvent également freiner l'accès à des soins de premier recours, notamment chez les répondants qui doivent parcourir plusieurs kilomètres pour accéder à un médecin généraliste.

O : « [...] je me suis retrouvée dans un cabinet médical qui était éloigné de mon domicile. [...] je me suis retrouvée à aller à 25 km de chez moi. [...] en ce moment, j'ai des soucis avec les enfants et moi-même au niveau de ma santé, mais je ne vais pas le voir. »

Cet allongement des distances est par ailleurs fréquemment rencontré pendant les périodes estivales lors des déplacements hors résidence habituelle.

K : « [...] quand on est en vacances avec des petits-enfants, il y a toujours évidemment l'accident dans la station balnéaire. [...] on fait le 15 et ça dure, [...], et finalement on nous donne le nom d'une dame qui est à 50 km. Comme vous dites, avec un petit enfant, on n'est pas tranquille. »

iv. L'impact de la pandémie Covid-19

La pandémie Covid-19 a aussi été identifiée comme un facteur entravant la prise en charge de nombreux participants.

R : « [...] avec les histoires de Covid, une fois on ne peut pas recevoir parce que le médecin était cas contact et l'autre fois euh, c'était la maman de mon mari qui avait eu le Covid et donc s'il était allé la voir... Et ça traîne, de mois en mois, [...]. »

I : « Moi je trouve que depuis le Covid, c'est encore plus dur d'avoir un rendez-vous parce que dès qu'on tousse ou qu'on a de la fièvre on pense que c'est le Covid et ce n'est pas forcément ça. »

v. Les difficultés de prise en charge lors des temps de week-end

Malgré la mise en place de la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA), la majorité des participants ont dû faire face à des obstacles dans leur prise en charge pendant les temps de week-end. Ces difficultés rencontrées conduisent certains participants à renoncer aux soins en cas de problème de santé aigu.

T : « J'ai vu ma fille enceinte de 5 mois attendre 12 heures aux urgences à X. Donc non. Il faudrait vraiment qu'on ait, enfin je ne sais pas, que l'os soit cassé, et encore je me demanderai si on n'attendrait pas tous les deux (Rires). Mais on se dit « Non, non. ». On n'est pas malade le week-end. »

vi. La saturation des services d'urgences

En cas de difficulté d'accès à des consultations classiques de médecine générale, certains participants ont recours aux services d'urgences pour leurs demandes de soins aigus. Cependant, l'accès à ce service est aussi semé d'obstacles entravant leur prise en charge, notamment en termes de capacité d'accueil et de délai de prise en charge.

B : « [...] mais est-ce que vraiment quand vous entendez les personnes qui attendent une demi-journée ou qui attendent aux urgences 4h, 3h, ce n'est pas aussi se mettre en danger ? »

L : « On nous dit assez souvent qu'il ne faut pas aller trop souvent aux urgences pour qu'il n'y ait pas trop de monde et que ça s'engorge là-bas. »

vii. Les difficultés ressenties lors de la prise en charge par la régulation du SAMU Centre 15

Hors horaires d'ouverture classique du cabinet, les participants font souvent appel à la régulation du SAMU Centre 15. Toutefois, ils ont parfois le sentiment que leurs plaintes ont été minimisées, limitant leur confiance dans ce dispositif.

T : « [...] quand elle a eu besoin de quelque chose, c'est le 15 qui vous rigole au nez la plupart du temps et qui vous dit : « Mais oh-là, vous vous affolez un peu trop, ne dites pas ça, ça ne peut pas être aussi, aussi grave que ça ! ». Donc euh, c'est vrai que quand on vous dit ça une fois, deux fois, trois fois, enfin bon voilà. »

Par ailleurs, certains participants estiment que la régulation par le Centre 15 n'est pas facilement accessible et adaptée aux personnes âgées qui ont souvent du mal à communiquer leurs plaintes.

T : « Et les personnes âgées c'est pareil parce que quand elles sont toutes seules, comment est-ce qu'elles appellent le 15 ? Elles ne comprennent pas la moitié des choses qu'on leur pose, qu'on leur demande. [...] Le souci c'est un peu ça. »

viii. Un maillage de soins qui se limite qu'à une région

Le dernier obstacle constaté par les participants est un maillage de soins insuffisant car géographiquement restreint.

N : « J'ai la chance d'avoir des spécialistes qui me connaissent mais si je bouge, si je déménage, euh, si j'ai un pépin de santé, tout s'écroule et il faut tout reconstruire. Il faut repartir à zéro. »

L : « [...] nous allons probablement déménager sur une échéance de 6-5 ans et on se demande ce qu'on va faire quand on aura plus ce cabinet médical. Il va falloir en retrouver un et retrouver un médecin. Il va falloir tout recommencer à zéro et la santé c'est quand même quelque chose de primordial. »

V.2.5. Les solutions employées

Afin de faire face aux obstacles rencontrés lors du parcours de soins primaires, les répondants ont souvent recours aux solutions suivantes :

i. Consulter un autre confrère/consœur généraliste

En cas d'indisponibilité de leur médecin référent, il leur est proposé, selon les cabinets, une consultation avec un de ses associés.

Autrement, ils essaient d'obtenir un rendez-vous dans un autre cabinet médical situé plus ou moins à proximité.

S : « Je navigue entre trois médecins. J'ai mon référent et quand il ne peut pas il y a les autres. [...]. Pour moi le dossier médical est partagé donc bon. »

ii. Consulter les services d'urgences

La deuxième solution la plus souvent employée par les participants est le recours aux services d'urgences hospitalières. En consultant ces services, les patients savent que l'accès ne peut leur être refusé et qu'ils ont une obligation de moyen.

C : « Je crois qu'on sait tous aussi, plus ou moins, que le fait de se présenter aux urgences, ben vous allez être pris en charge. Euh sans forcément, j'allais dire sans que ça ne coûte rien, mais ça coûte forcément. Mais en tout cas, je pense que pour certains, ça peut-être un système de contournement. »

Nous constatons également que les participants n'ayant pas de médecin référent s'orientent plus fréquemment vers les services d'urgence.

L : « [...]moi je me suis rendue directement aux [...]urgences pour mes enfants si on n'avait pas trouvé d'autres solutions. »

O : « Comme on n'a pas de médecin sous la main, [...], on se retrouve aux urgences, souvent à vous embêter parce que, euh, vous n'avez pas que ça à faire hein, il y a d'autres choses hein. La bobologie vous n'avez pas à la traiter quoi. »

iii. Solliciter le Centre du SAMU 15 hors horaires d'ouverture du cabinet médical

Certains participants sollicitent le Centre du SAMU 15 hors horaires d'ouverture du cabinet médical afin de bénéficier d'un avis médical et/ou d'une consultation médicale.

G : « Il m'est arrivé d'appeler le 15 pour des problèmes personnels pour les enfants mais euh, quand on était hors horaires du cabinet et être ensuite envoyé vers la permanence locale. »

E : « [...]c'est vrai, qu'à partir de 19hr aujourd'hui, on téléphone au 15. »

iv. L'automédication

Le recours à l'automédication est une solution fréquemment utilisée par les patients n'ayant pas de médecin traitant même s'ils reconnaissent les dangers associés à cette pratique.

O : « [...] j'ai une pharmacie hors pair et effectivement on fait de l'auto-médicamentation. On se soigne, en bien ou mal. Jusqu'à présent ça va, jusqu'au jour, eh bien, il y aura un truc et ça n'ira pas. »

Quant aux participants ayant des médecins référents, cette pratique d'automédication est surtout utilisée hors horaires d'ouverture des cabinets médicaux ou en cas de déplacement. Elle est aussi perçue comme un moyen d'optimisation du temps médical.

S : « Aujourd'hui, c'est vrai que peu importe où je pars, je ne pars pas sans ma pharmacie de base. Parce que je ne suis pas à l'abri d'être au fin fond des Pyrénées ou au fin fond de la Champagne ou en plein Paris et être en galère pour trouver un médecin. »

E : « On ne va pas le voir vraiment simplement pour le dire bonjour. Si c'est un petit truc bénin on essaie de se le faire passer soi-même avec ce qu'on a dans notre boîte à pharmacie. »

v. L'anticipation des prises de rendez-vous

L'anticipation des rendez-vous en cas de demande non urgente (tels que les renouvellements de médicament et l'établissement de certificats médicaux) est un moyen également utilisé pour faciliter l'obtention de créneaux de consultation.

G : « Quand j'ai besoin de certificats médicaux pour mes licences sportives, je prends rendez-vous un mois avant, ce qui permet de les caler. »

R : « [...] j'ai fait un burnout il y a 3 ans et donc j'y allais tous les mois et [...] en sortant du rendez-vous je disais que dans un mois il me faudrait un autre. »

V.2.6. Les compétences attendues du médecin généraliste

A travers l'analyse des données des focus groups réalisés, nous avons identifié différentes compétences recherchées par nos répondants chez leurs médecins généralistes, reflets de leurs attentes vis-à-vis de ces derniers. Certaines caractéristiques font l'unanimité tandis que d'autres ont des avis plus divisés.

i. Un médecin doté de compétences relationnelles

Ces aptitudes sont considérées comme étant les pierres angulaires de la relation médecin généraliste-patient souhaitée par les répondants : une relation de confiance et horizontale, offrant à la fois une liberté d'expression et d'échange, une écoute active et un sentiment d'appartenance.

F : « Si je dois aller voir un médecin et qu'on n'ait pas de confiance, qu'on n'ait pas une discussion et pas d'échange, je, je ne pense pas qu'on puisse à l'aise par rapport à ça aussi. [...] j'ai besoin de sentir la compréhension et euh, j'ai besoin d'écoute et qu'il sache à qui, voilà. »

O : « [...] parce que vous êtes là avant tout pour de l'humain. Votre base de métier c'est ça quoi, c'est de l'humain et le relationnel, enfin voilà quoi. Une relation saine engendre un malade qui pourrait mieux se faire soigner correctement. »

ii. Un médecin respectant les principes de moralité et de probité

Les répondants sont également à la recherche d'une relation où les principes déontologiques sont respectés et où ils ne se sentent pas jugés.

G : « Autant chez les médecins je fais confiance. Il y a un code de déontologie et des règlements »

O : « Je rêve d'avoir un médecin qui n'a pas de jugement et qui m'écoute parce que c'est notre corps quand même à un moment donné. Moi ça m'est déjà arrivé d'être très mal à l'aise devant un médecin et avoir l'impression d'être jugé et que je fabule. »

iii. Un médecin accessible et disponible

L'accessibilité et la disponibilité du médecin généraliste font parties des compétences les plus recherchées par les patients notamment en ce qui concerne la prise en charge des soins non programmés, la réalisation des visites à domicile et l'aménagement des plages de consultation pour répondre aux besoins des usagers de santé exerçant des métiers avec des horaires décalés.

1) L'accès aux Soins Non Programmés (SNP)

Les patients accordent beaucoup d'importance à la disponibilité du médecin en cas de SNP, tout en étant conscient de l'effet que de telles demandes auront sur la gestion des plannings de leurs médecins.

I : « Et c'est vrai quelquefois quand c'est urgent, c'est plus difficile, mais on arrive quand même à avoir un rendez-vous. »

F : « En sachant que les plannings ne doivent pas être facile à gérer quand même. »

B : « Je n'ai pas connu où le médecin vous laisse vraiment dans la souffrance hein. »

2) Les visites à domicile

Les participants sont aussi attachés à la réalisation des visites à domicile, notamment dans la prise en charge des SNP.

B : « Moi en tout cas je sais que quand j'avais un problème où j'étais vraiment mal, le généraliste s'était toujours dérangé pour venir car je ne pouvais pas bouger. »

Les patients âgés de plus de 60 ans appréhendent par ailleurs l'accessibilité moindre des nouveaux médecins à la réalisation d'acte à domicile :

J : « [...] ce dont j'ai peur c'est que les nouveaux, enfin les jeunes médecins, on va dire qui s'installent, les médecins généralistes, je pense qu'on n'aura pas la chance d'avoir comme moi j'ai la chance d'avoir un médecin, qui vient si on a besoin le matin, s'il y a un gros problème, il se déplace. »

D'autres répondants perçoivent quant à eux certains freins pouvant limiter la réalisation des visites à domicile, notamment leurs aspects chronophages :

P : « [...] le déplacement coûte cher déjà et c'est énormément de temps. Le temps qu'il soit sur la route ne sert à rien et c'est du temps « perdu ». [...] Après, pour les cas très graves, bien sûrs. Mais euh, j'ai mal à la tête ou j'ai ceci-cela, le médecin ne peut pas se déplacer sur tout. »

3) La disponibilité pour les patients exerçant des métiers avec des horaires décalés.

Les participants exerçant des métiers avec des horaires décalés tels que les commerçants et les exploitants agricoles souhaitent que leurs médecins généralistes adoptent des horaires de consultation plus flexibles, leurs permettant de consulter plus aisément.

O : « D'abord, par rapport à la prise de rendez-vous, en fonction du métier qu'on fait, par exemple, moi je suis chef d'exploitation agricole, ce n'est pas toujours évident de trouver un créneau euh qui soit adapté. »

P : « [...] parce que sinon il faut calculer les jours et les heures, les machins et en bossant dans le commerce ce n'est pas toujours simple [...]. »

iv. Un médecin qui prend en charge la coordination des soins

La coordination des soins est autre aptitude jugée nécessaire dans la prise en charge des soins de premier recours. Le médecin généraliste est alors considéré comme étant le praticien qui centralise et régule les soins, notamment en cas de nécessité d'avis spécialisé.

I : « Depuis que j'ai changé de médecin, je viendrai plus facilement voir d'abord mon médecin et puis elle, elle me dira avec qui prendre rendez-vous pour un suivi. »

N : J'ai des rendez-vous réguliers, euh, deux fois par an je vais chez le cardiologue ou chez la rhumatologue etc. Et euh, mon généraliste est toujours tenu au courant, et, lorsque je vais le voir, on fait aussi le point sur tout ce qui a été dit et de tout ce qui a été entrepris et l'évolution de mon cas. Et je pense que c'est important, vraiment, d'avoir une synthèse qui soit faite régulièrement. »

L : « [...] en fait tous les dossiers sont suivis au médecin généraliste. Et c'est vrai que je n'avais jamais percuté que, en fait, le médecin généraliste nous connaît tout aussi bien car tout est centralisé chez lui.

Cette coordination des soins lui confère alors le statut de référent.

N : « C'est celui qui régule, qui oriente et c'est celui qui décide ou qui propose tel ou tel examen ou telle ou telle rencontre. [...] Pour moi c'est vraiment la personne qui centralise et qui est le référent. »

B : « [...] que c'est lui vraiment le référent, que c'est lui qui vous envoie voir le spécialiste [...]. »

Cependant, ce rôle de référent peut parfois devenir un obstacle aux soins de premiers recours, notamment lors des demandes d'accès à des SNP dans un autre cabinet médical :

G : « Ça m'est arrivé une fois, au tout début, pour un problème de santé pour moi, d'avoir un rendez-vous le lundi matin pour le vendredi soir. [...], j'ai appelé un autre médecin sur une commune voisine que je connaissais également. Et la secrétaire de cet autre médecin m'a demandé : « Qui est votre médecin traitant ? ». J'ai répondu que c'était l'autre et elle m'a répondu que dans ce cas-là on ne change pas. »

Ainsi, pour une partie des répondants, ce rôle de référent est remis en question.

T : « Ce que je ne comprends pas d'ailleurs, c'est qu'on soit obligé d'avoir un médecin référent. Pour moi, c'est une aberration totale. »

v. Un médecin polyvalent réalisant des gestes techniques

Le médecin généraliste doit disposer d'un large éventail de compétences lui permettant de réaliser le suivi pédiatrique des enfants, le suivi gynécologique des femmes ainsi que le suivi des personnes âgées.

L : « C'est vrai que le médecin généraliste suit tout le monde, du bébé à la personne âgée. »

H : « Et quelque fois il met au monde des enfants, ça arrive encore quelques fois dans certains coins étant donné que nous sommes sous-dotés et que la personne elle n'a pas le temps d'aller jusqu'à l'HME. Donc il faut assurer effectivement parfois cette compétence de gynécologie par exemple. »

Par ailleurs, les participants plébiscitent la réalisation d'autres gestes techniques telles que les sutures en cas de traumatisme.

D : « Moi je sais que je suis tombée mais ce n'était rien. Une petite coupure, mais enfin, on m'a recousu et je n'ai pas eu besoin d'aller à l'hôpital. C'est fort rassurant, ça c'est vrai. »

vi. Un médecin ayant recours à un secrétariat

Le recours au secrétariat, que ce soit physique ou dématérialisé, est estimé comme étant un élément facilitateur de la prise en charge médicale. Ce secrétariat doit être polyvalent car il doit être capable d'assurer à la fois l'accueil des patients, la gestion du planning des rendez-vous et la gestion du tri quant aux demandes de consultation pour motif urgent et non urgent. Il doit aussi être doté de compétences relationnelles.

E : « Lorsqu'on téléphone à son généraliste, le plus souvent la personne qui décroche, et donc la secrétaire, elle vous connaît déjà, déjà au nom, [...]. Il y a déjà un lien de convivialité qui

s'instaure déjà en rentrant, au bout de l'appel. Elle sait tout de suite vers qui vous allez, [...]. Elle vous dit qu'il peut vous prendre à telle heure et voilà. Il y a encore la confiance qui est là. »

Le recours aux plateformes numériques de rendez-vous suscite quant à lui des avis divisés. Les patients âgés entre 18 et 45 ans sont tous favorables à leurs usages pour les demandes de consultations non urgentes tandis que les patients âgés de plus de 45 ans sont plutôt réticents et l'utilisent plutôt pour les demandes de rendez-vous chez les autres spécialités médicales.

N : « Je sais que ma fille [...] prend systématiquement tous ses rendez-vous sur Doctolib®. »

E : « Ce système là pour une certaine génération c'est peut-être logique. Mais malgré tout, à un certain âge on n'aime pas qu'on soit dirigé vers des organismes comme ça. »

Néanmoins, tous sont d'accord sur les limitations de ces dispositifs en cas de demande de SNP :

G : « Il y a une chose que Doctolib® ne fera pas, c'est faire le tri entre le rendez-vous pour ce matin avant les domiciles ou ce soir ou dans trois jours ou dans trois semaines. [...] pour l'instant, rien ne remplace l'interlocuteur humain pour ce tri-là. Parce qu'il y a un tri nécessaire ; c'est évident. »

vii. Un médecin exerçant en groupe

Le mode d'exercice en groupe est une autre aptitude recherchée par certains patients car il permettrait à la fois de réduire la charge de travail de leur médecin et de répondre à leurs besoins d'accessibilité.

F : « Je pense que le cabinet est absolument nécessaire [...]. Pour justement savoir que dans cette maison médicale chacun puisse à son tour de rôle être soulagé et être aussi libre de ses horaires par rapport à un confrère. »

Cependant, d'autres participants ont un avis plus ambivalent sur la compétence d'exercice en groupe. Ils regrettent le fait que ce système, tout en facilitant la prise en charge des SNP, limite le nombre de rencontre avec leur médecin traitant.

L : « On a la chance d'avoir ici un cabinet médical mais euh, enfin ce qui fait qu'on peut avoir un rendez-vous assez rapidement mais on ne voit pas non plus tout le temps le même médecin. [...] Donc c'est à la fois une chance entre guillemets d'avoir cette maison médicale qui nous permet de voir quelqu'un assez rapidement mais à la fois on n'a pas vraiment un suivi avec une même personne tout le temps. »

viii. Un médecin participant à la PDSA

La participation du médecin généraliste à la PDSA est une autre aptitude souhaitée par les répondants. Ces derniers se sentent plus rassurés quand ils constatent que ce sont leur médecin traitant de garde.

E : « J'ai appelé le 15 car il était déjà 19h et j'ai expliqué ce qu'il se passait et là ils m'ont mis en relation avec le médecin de garde, qui était notre médecin généraliste [...] lorsqu'on a vu que c'était le médecin de famille de permanence, ça été malgré tout un soulagement. Dans la panique on a été réconforté malgré tout. »

ix. Un médecin réalisant les soins de prévention

Les patients apprécient également le fait que leur médecin généraliste réalise des soins de prévention tels que les dépistages et les bilans de santé.

D : « Il y a aussi autres choses que je voulais dire aussi, chez le médecin généraliste, c'est qu'il nous rappelle nos dépistages. [...]C'est bien je trouve. »

G : « [...] le médecin me dit tiens au fait on a passé la quarantaine, et on n'a pas fait de bilan, de gros bilan, voilà, c'est l'occasion de faire le point sur ce qu'il a pu se passer depuis la fois précédente. »

V.3. Les opinions, les ressentis et les représentations des patients vis-à-vis du phénomène de désertification médicale

V.3.1. Les perceptions sur la définition et les causes de la désertification médicale

i. La définition du terme 'désert médical' :

Les participants définissent le terme 'désert médical' comme un territoire où il existe un « *problème de sous-dotation (H)* » en professionnels de santé avec notamment une « *pénurie des médecins (N)* ». Ce manque de professionnels ne se limite pas qu'à la profession médicale généraliste mais s'étend à toutes les spécialités médicales confondues :

T : « En fait, c'est tout le milieu médical qui est compliqué d'avoir. »

Ils constatent par ailleurs que cette insuffisance dans l'offre de soins de santé dépasse les frontières du monde rural et affecte l'ensemble du pays :

T : « Je pense que ce n'est pas qu'à la campagne car lorsqu'on écoute un petit peu à la télé, à la radio, [...], on se rend compte qu'à Paris, apparemment, il manque aussi autant de médecin, si pas plus que nous. »

ii. Perceptions sur les causes de la désertification médicale

Les répondants ont cité plusieurs éléments qui selon eux contribuent au phénomène de désertification médicale.

1. Le vieillissement de la population médicale avec des départs à la retraite non compensés

Les participants citent le vieillissement de la population médicale comme cause principale des inégalités d'accès aux soins de santé. Ils constatent que la majorité des médecins en activité sont âgés et qu'ils vont devoir faire face, dans les mois et années à venir, à une vague de départs à la retraite, très souvent non compensés.

H : « [...], c'est dans la ruralité qu'on va aller vers une pénurie parce que c'est là où beaucoup de médecins vont prendre leurs retraites rapidement. »

N : « Et, autour de moi, j'entends les gens qui disent qu'il y a deux médecins de partis et un tel et un tel qui ont pris leurs retraites, et puis sur un territoire donné, du jour au lendemain, il y a cinq médecins en moins. Et donc des situations qui sont ingérables pour tous. »

2. L'absence d'installation de nouveaux médecins

L'absence de renouvellement de la démographie médicale est une autre cause fréquemment mentionnée par les participants. Selon eux, les raisons pouvant expliquer ce défaut d'installation sont multiples :

a. L'image négative du « médecin généraliste de campagne »

Les répondants considèrent que la médecine de campagne est souvent perçue dans l'imaginaire collectif comme un sacerdoce avec un omnipraticien dévoué, sacrifiant sa vie personnelle pour soigner ses patients. Ils craignent ainsi que l'image du médecin généraliste de campagne décourage les jeunes médecins à venir s'installer :

G : « J'ai l'impression, [...], que la servitude ou l'asservissement, je ne sais pas, du médecin généraliste de campagne n'est plus jugé compatible avec une vie personnelle équilibrée par les médecins qui rentrent dans le métier. »

N : « Parce que je pense que dans l'esprit de beaucoup de jeunes médecins, euh, voilà quoi : « Si je vais m'enterrer à la campagne, c'est vrai que j'accomplirai mon sacerdoce mais qu'est-ce que je vais y faire ? Je vais soigner des gens qui sont de plus en plus vieillissants, mais moi qu'est-ce que je vais faire de ma vie ?? » ».

b. Le manque de médecin et/ou la mauvaise répartition de la densité médicale

Les participants ont aussi évoqué l'insuffisance de la densité médicale et sa répartition inégale comme principales causes de la désertification médicale.

P : « Ce qui serait intéressant, justement, c'est de voir la répartition et de voir si vraiment il y a des endroits qui sont surchargés, [...], que ce soit au niveau généraliste qu'au niveau spécialiste. Ça permettrait déjà de voir s'il y a suffisamment de médecins généralistes et de spécialistes en France. Euh, si la quantité correspond effectivement au nombre d'habitants français, eh bien donc après il reste effectivement la répartition dans les régions et les endroits. [...] après, s'il manque 20- 30% de médecin sur la France, on pourra bien faire ce qu'on veut mais il n'y en aura pas suffisamment. »

N : « Moi je pense que la pénurie des médecins c'est un élément de la désertification du monde rural. »

c. Le manque d'attractivité du territoire rural

La désertification médicale en zone rurale est perçue comme étant un élément d'un phénomène sociétal plus important : celui du manque d'attractivité du territoire rural. Les répondants constatent l'effet du manque d'infrastructures tels que les établissements périscolaires et scolaires, les commerces et les services publics sur la croissance de leur territoire et donc sur son attractivité. Ils imputent alors la responsabilité aux pouvoirs publics.

N : « Je pense que le problème des médecins, [...], est un élément d'un problème qui est beaucoup plus important, qui est celui de, comment dirai-je, de la couverture nationale de tous les services publics, des institutions, pas uniquement le service public mais aussi les transports, euh les commerces, enfin tout ça. »

S : « Je pense aussi qu'une des raisons pour laquelle les médecins ne veulent pas, c'est justement parce qu'ils sont en couple, avec des petits enfants ou plus âgés et c'est bien monsieur vient, mais madame elle comment elle fait ? Professionnellement comment elle fait ? Il y a aussi ça à prendre en compte. »

3. Le changement de la pratique médicale avec le temps

L'évolution des pratiques médicales aurait induit un changement du rythme de travail avec notamment un assouplissement du volume horaire selon les répondants.

O : « Le médecin d'aujourd'hui ne travaille pas comme le médecin d'avant-hier. Il ne veut plus faire 60 heures ou 65 heures par semaine, ce que je conçois car ne ce n'est pas une vie non plus. »

G : « Ce que les médecins semblent demander lorsqu'ils s'installent en milieu rural, c'est, euh, de pouvoir bénéficier [...] d'un certain engagement de la population à, euh, à ne pas les solliciter de 6h à minuit tous les jours. »

4. Une féminisation du milieu médical

La féminisation du milieu médical est aussi perçue comme étant une des causes de la désertification médicale. Les participants constatent que les médecins femmes auraient tendance à adopter des plannings de consultation moins chargés que leurs confrères masculins et seraient ainsi moins accessibles.

H : « La profession s'est beaucoup féminisée. [...] et les jeunes femmes ne veulent pas travailler autant que les médecins de la génération auparavant. »

5. Un vieillissement de la population avec des besoins en soin de santé plus importants

Parallèlement à l'augmentation de l'espérance de vie, les répondants constatent une augmentation dans leurs besoins de soins avec le temps.

D : « [...] bien sûr à la retraite on est plus vieux (rires) et là les pathologies bien sûr se font ressentir. »

C : « C'est vrai que j'ai passé, euh, je vais dire les premières décennies de ma vie sans, euh, trop consulter et l'âge avançant et ben je, euh, (rires), forcément, euh, voilà. »

V.3.2. Les opinions et les ressentis sur les conséquences de la désertification médicale

i. La dégradation de la qualité des soins médicaux

Les participants constatent avec regret une dégradation générale de la qualité des soins médicaux au sein des déserts médicaux avec une prise en charge générale jugée insuffisante et un accès aux soins difficile.

L : « [...], c'est vrai que s'il y avait un peu moins de patient par médecin, ou plus de médecins, je ne sais pas, on pourrait être suivi un peu, un peu mieux je ne sais pas. »

G : « [...]c'est le jeu aussi du manque du médecin et donc de devoir attendre y compris lorsque ça ne fait pas plaisir ou lorsque ça pouvait être douloureux. »

L : « Mais voilà, ce que beaucoup de monde ont dit tout au long de cette réunion, c'est quand on arrive quelque part, il n'est pas sûr qu'on trouvera sur notre territoire, un médecin qui pourra nous prendre en tant que nouveau patient. Il faut très souvent qu'on soit dans l'urgence pour pouvoir enfin avoir accès au médecin et puis faire un peu de forcing pour que ce médecin accepte de devenir notre médecin traitant. C'est quand même, enfin je ne sais pas si c'est pareil partout, mais chez nous en tout cas c'est très difficile. »

ii. La génération d'un climat anxiogène pour les patients

Les participants anticipent l'avènement d'un événement grave dans leur prise en charge et se sentent démunis vis-à-vis du manque de professionnels de santé dans leur territoire. La désertification médicale engendre alors un réel état de stress et d'angoisse, notamment chez les patients n'ayant plus de médecin traitant.

N : « On entend parler de désert médical, oui certes, on se dit c'est loin, [...] et puis en fait lorsqu'on est confronté à cette situation c'est vraiment, c'est extrêmement stressant, angoissant et compliqué à gérer et à vivre. »

T : « [...] Mais c'est ça le problème : quand on a des enfants à la campagne, il faut se dire que à un moment ou un autre, si on a un problème, ça va être une catastrophe à gérer. »

iii. Le renoncement aux soins des patients

La désertification médicale induit par ailleurs un renoncement aux soins chez un quart des répondants, notamment pour ceux ayant des médecins traitants qui ont cessé leur activité.

R : « Lorsque vous appelez au groupe médical, [...], on vous dit : « Attendez mais ils ne vont peut-être pas pouvoir vous prendre comme client ». Euh, c'est quand même grave. [...] Et moi, ça ne me donne pas envie de téléphoner pour dire : « Est-ce que vous pouvez me prendre ? ». Eh bien non, ça ne me donne plus envie. »

Ce renoncement aux soins influe négativement sur les soins de prévention provoquant, in fine, une dégradation de l'état de santé général des patients.

O : « Du fait qu'on sait qu'on n'aura pas forcément quelqu'un pour nous recevoir, eh bien, on passe, et après ça fait forcément des gens pas en très bonne santé à la fin finalement quoi. »

Certains participants valorisent par ailleurs ce renoncement aux soins médicaux.

P : « Je n'y vais jamais ou très rarement parce que, [...], je sais qu'il y a des gens qui en ont besoin et je ne veux pas non plus empiéter sur leur temps. »

iv. La génération d'effets négatifs sur les médecins généralistes en activité

1. Une surcharge de travail

L'insuffisance de la densité médicale au sein des zones fragiles induit, selon les participants, à une surcharge de travail chez les médecins en activité.

O : « [...]cette pénurie de médecin est de plus en plus désagréable mais aussi pour les médecins qui sont déjà en place car ils ont besoin de plus travailler. »

P : « Ce qui est très étonnant c'est qu'on n'y va pas et les médecins sont débordés. [...] Tous là, on n'y va que très peu et pourtant c'est plein. Donc soit il y a des gens qui y vont deux-trois fois par jour, et ça ce n'est pas possible, ou effectivement il y a un manque. »

B : « [...] nos médecins ils sont aussi surchargés de travail aussi et qu'ils ont aussi besoin parfois de repos. »

2. Une agressivité des patients envers les services de santé

La désertification médicale, en engendrant des graves difficultés d'accès aux soins de premiers recours, génère chez certains patients une frustration envers les services de santé. Cette insatisfaction s'accompagne alors, par moment, d'une certaine agressivité de la part des patients.

O : « [...], ce manque, [...], ça ressort aussi une agressivité de la population qui n'est pas sympathique pour vous hein. [...] Et effectivement, on est, euh, moi-même la première, je suis de moins en moins patiente. »

3. Les conséquences sur la vie sociétale : frein aux mouvements de population et à l'attractivité des territoires

Le manque de médecin dans un territoire donné est perçu comme étant un frein au mouvement de population. Les participants constatent que les nouveaux arrivants sont confrontés à plus de difficultés d'accès aux soins de santé qu'eux. Ainsi, le manque de médecin diminuerait l'attractivité de leurs territoires.

L : « Alors j'entends dire que les médecins ne veulent pas aller s'enterrer dans le monde rural, [...], mais en même temps, il y a des familles qui n'iront elles aussi pas dans le monde rural car il n'y a pas de médecin. Il y a là effectivement un vrai problème et qui doit être vu dans sa globalité. »

T : « [...] on a une population qui s'accroît de mois en mois. On a plein de gens qui arrivent. [...] tous ces gens-là cherchent des médecins parce qu'en règle général ce sont des jeunes qui

arrivent avec des enfants et d'où l'inquiétude dès qu'ils arrivent et qu'ils n'ont pas de médecin. Je pense que c'est surtout pour ces nouveaux arrivants que ça va être très compliqué. »

V.4. Les opinions, les ressentis et les représentations des patients vis-à-vis des solutions proposées pour améliorer l'accès aux soins des zones sous-denses

Pour nous permettre d'identifier les opinions, les ressentis et les représentations de nos participants vis-à-vis des solutions qui leur sont proposées, nous avons souhaité les analyser sous deux angles : d'une part, en mettant en relief les moyens que connaissent et/ou disposent déjà nos répondants et de l'autre, en s'enquérant sur les dispositifs innovants qu'ils proposeraient pour faciliter leurs accès aux soins.

V.4.1.1. Les moyens existants facilitant l'accès aux soins des zones sous-denses

i. Les groupements médicaux et les MSP

Les participants citent tous l'exemple des groupements médicaux et des MSP comme des dispositifs facilitant l'accès aux soins car ils leur permettent d'accéder plus aisément à des consultations de médecines générales, à des soins paramédicaux et à des soins de spécialités :

G : « C'est déjà le cas du cabinet médical de Thiviers où il y a un pédicure-podologue, une psychologue et euh, une dermato et une diététicienne, je crois. Enfin il y a un panel de professions et encore une fois, en milieu rural, il y a tellement peu de praticien qu'ils se connaissent tous. »

B : « Je pense aussi que le groupement médical pourrait être une bonne solution pour pallier, euh, s'il y a en a qui manque ou s'il y en a qui est vraiment trop pris, peut-être un autre peut [..]. »

Ce mode d'exercice présente également « *des avantages économiques et logistiques (G)* » pour les professionnels de santé y exerçant, grâce à la mise en commun des moyens nécessaires à leurs activités tels que les locaux et les équipements.

Ainsi, ce type d'exercice est perçu favorablement par la plupart des répondants.

Néanmoins, certains participants perçoivent l'existence de certaines failles dans leurs organisations notamment s'il n'existe pas une bonne cohésion de groupe :

O : « [...] parfois il y a aussi une mauvaise ambiance dans la maison médicale entre médecins. Donc, si déjà quand vous patient, quand vous arrivez dans la maison médicale et que vous ressentez fortement une tension déjà, comment voulez-vous que ça puisse fonctionner ? »

Q : « Déjà les municipaux, les municipalités ont construit des maisons euh, des maisons médicales. Mais après il faut qu'il y ait une entente. »

ii. Le travail en réseau

Le travail en réseau est perçu comme un moyen favorisant l'accès aux soins et la continuité des prises en charge. De plus, les répondants considèrent que le travail en réseau renforce les liens et la confiance entre les patients et les professionnels de santé d'un territoire donné.

G : « [...] J'ai vu le médecin généraliste sur les conseils de l'ostéo, et je rejoins ainsi la réponse de la première question sur la confiance et sur l'importance du réseau. »

G : « Sur un si petit territoire que Thiviers, euh, tous les professionnels de soins, se connaissent et chacun sait quoi attendre et sait quoi demander aux autres, ce qui est très confortable. »

Les répondants considèrent que ces structures qui encouragent les échanges entre les professionnels de santé peuvent être perçues comme un atout pour un médecin souhaitant s'installer dans la région.

C : « Je pense qu'il est important le fait de travailler comme ça ensemble. Il y a peut-être même un côté rassurant au nouveau médecin qui vient peut-être s'installer. »

iii. La Permanence Des Soins Ambulatoires

La PDSA est un dispositif existant qui facilite la prise en charge des patients en cas de soins urgents hors horaires d'ouverture des cabinets médicaux. Les participants ayant des enfants à charge et ceux qui sont grands parents y ont eu souvent recours le temps des weekends.

Néanmoins, certains participants reconnaissent l'investissement supplémentaire que requiert cette participation des médecins généralistes :

G : « [...] le système de permanence c'est faire encore plus quand on a déjà fait tout ce que l'on devait faire. ».

Par ailleurs, ils constatent que le nombre de praticiens généralistes disponibles sur un territoire donné influe sur les limites géographiques du déploiement de la PDSA :

G : « [...] il y a forcément la question de taille critique, de mise en réseau, soit une mise en réseau de professionnel isolé pour qu'on puisse avoir une permanence de médecins proches géographiquement. [...] »

Pour répondre à ce problème, ils recommandent alors l'incorporation des paramédicaux, tels que les infirmières libérales et les kinésithérapeutes dans les dispositifs de PDSA. Ces derniers pourront notamment dresser un bilan de situation qu'ils communiqueraient avec le médecin régulateur du Centre Samu 15 qui statuerait alors sur la nécessité d'envoyer le médecin généraliste de garde sur place.

Un participant a également suggéré la participation des vétérinaires à la PDSA car ces derniers sont déjà d'astreinte « tous les jours (E) » et connaissant « très bien le corps de l'animal (E) ». Ils pourraient ainsi détecter des symptômes anormaux chez l'homme et l'orienter en fonction :

E : « Ça prête à sourire mais dans un monde rural comme ici on a des docteurs vétérinaires. Ils peuvent, dès fois, détecter, par exemple, sur des battements de cœur plus rapide, ils peuvent dire aux patients : « attention peut-être qu'il faut consulter votre médecin généraliste le rapidement que possible » ou les diriger aux urgences. »

D'autre part, certains répondants ont mentionné des idées erronées concernant l'organisation de la PDSA. Ils évoquaient notamment la présence d'une structure administrative hiérarchique responsable de son organisation :

E : « [...] je pense, et c'est sûrement sûr, qu'il y a encore aussi au-dessus de toutes ces maisons de santé, une administration qui elle va les gérer [...] et qui va décider si par exemple Lanouaille sera d'astreinte cette semaine-là [...]. »

iv. Les habilités communicationnelles et d'autoévaluation des patients

Les répondants considèrent également facilitateurs, les habilités communicationnelles qu'ils possèdent ainsi que leurs compétences en termes d'autoévaluation de leurs besoins de santé. Ses compétences leur permettent à la fois de réaliser un premier tri selon le degré d'urgence de leurs plaintes et de favoriser une meilleure transmission des motifs de consultations entre les patients et leurs médecins.

F : « Je pense que là on voit l'importance de savoir expliquer et de pouvoir juger de l'urgence et de donner les bons mots. Parce que voilà ne pas dire « il s'est trouvé mal ». Il faut [...] savoir évaluer un petit peu les choses pour justement que chacun puisse juger de l'importance de l'appel. »

G : « Soit je m'estime assez peu malade pour pouvoir m'auto médicamenter, euh ou soit j'estime que je suis assez malade pour que le médecin généraliste puisse me voir, m'ausculter et m'examiner physiquement. »

G : « Je pars du principe que si j'appelais j'avais vraiment besoin d'un rendez-vous rapidement. »

Ils évoquent ainsi l'importance d'éduquer les patients et ce dès leur plus jeune âge. Cette éducation pourrait se réaliser par le biais de la formation « Prévention et Secours Civique de niveau 1 » (PSC1).

G : « La formation des enfants et des adolescents me paraît être très important pour qu'une fois arrivée à l'adolescence, déjà pour orienter leurs parents quand ils rentrent à la maison, et puis pour quand ils arrivent à l'âge adulte, savoir à qui s'adresser, gagner du temps et ne pas engorger les urgences [...]. »

Les participants reconnaissent cependant la nécessité d'une formation médicale continue par la suite afin de maintenir leur niveau de compétence :

E : « Le PSC, c'est tout frais dans ma tête parce que je suis allé le passer hier. [...]. Mais bon pour tout ça je pense qu'il faut aussi du recyclage. »

L'ensemble de ces compétences permettent ainsi aux patients de devenir plus autonome dans leur parcours de soin : « B : [...] ça s'appelle se prendre en charge. »

Par ailleurs, les répondants n'ayant pas ses compétences, attestent des difficultés que cela leurs occasionnent.

L : « Parfois on ne sait pas vraiment comment s'orienter et vers qui consulter et à quelle échéance. Pour moi qui n'ai aucune notion médicale, parfois je me sens un peu démunie. [...] »

v. La télémédecine

La télé médecine, et notamment l'outil de téléconsultation, est un autre dispositif évoqué par les participants qui existe et qui pourrait faciliter leurs accès aux soins de santé.

Même si aucun de nos répondants n'avait déjà fait appel à ces prestations, certains l'envisagent comme un moyen de conseil et d'orientation. De plus, pour ces participants, la télé médecine permettrait d'optimiser le temps des médecins généralistes en limitant les demandes de consultations pour des motifs de santé ne nécessitant pas nécessairement une auscultation physique.

L : « [...]des plateformes où on pourrait parler à des médecins qui pourraient après nous réorienter afin de savoir si on doit consulter ou non. Par exemple faire une ordonnance en ligne s'il n'y a pas besoin d'auscultation après la consultation en visio. »

D : « Dans le cas où ce n'est pas très grave, on entend aussi parler maintenant de télé médecine. Alors ça, ça pourrait peut-être, par exemple pour des enfants qui ont des maladies infantiles, ça serait peut-être une chose qui pourrait, euh, économiser énormément le médecin généraliste ».

Cependant, l'appréciation de ce dispositif d'e-santé n'est pas unanime. Certains participants sont très enclins à la mise à disposition de tel moyen tandis que d'autres y sont plus réticents.

H : « La téléconsultation car évidemment ça pourrait être très intéressant car nous n'avons pas assez de médecin et c'est vrai que la téléconsultation est quelque chose d'innovant et qui nous manque, réellement. »

G : « Je ne suis pas très enclin à la téléconsultation. J'en entends beaucoup de bien mais je ne sais pas si aide à pallier le manque de médecin [...]. J'ai une confiance assez limitée dans ce dispositif. »

vi. Le remplacement lors des périodes d'absences

Le remplacement des médecins généralistes lors de leurs périodes de congés et autres absences facilitent également l'accueil des patients et assurent la continuité des soins de ces derniers.

G : « La première solution que moi j'apprécie c'est quand le médecin généraliste soit remplacé quand elle part en vacances ou en formation, enfin qu'importe. Quand elle est remplacée ça veut dire que le remplacement soit au moins autant disponible qu'elle. »

De plus, certains patients tissent des liens importants avec les médecins remplaçants.

K : « Ma fille m'a dit quelque chose qui m'amuse et qui complète ce qu'on avait dit : « Oh mais moi je ne vais plus voir mon médecin, je vais voir sa remplaçante. Parce que le médecin se concentre sur le mal, la souffrance, tandis que la remplaçante elle, elle est sympa, elle nous écoute, elle fait des petites plaisanteries, elle nous dit qu'on ne va pas en mourir, enfin bon on se détend. ». »

vii. L'accès aux dossier médicaux

L'accès des patients à leur dossier médical est un autre moyen existant qui simplifie leurs recours aux soins, notamment cas de déplacement.

S : « J'ai été saisonnier et j'ai travaillé à travers la France pendant pas mal d'années et donc, quand on a affaire à un médecin, on passe son dossier médical avec soi. »

Certains répondants ont également évoqué le dispositif du dossier médical partagé. Cet outil numérique faciliterait selon eux l'organisation des soins de santé en simplifiant la transmission des données entre professionnels de santé.

J : « On a reçu un code pour rentrer sur internet et pour donner l'autorisation au médecin. [...] je pense que le médecin traitant a tout le dossier et quand vous êtes dirigé vers un service de spécialité, le spécialiste doit être en contact avec le médecin traitant pour l'avoir, au lieu de sortir son petit papier pour dire telle année tel soins, l'informatique quoi. »

Néanmoins, tous les participants n'adhèrent pas à ce dispositif. Certains répondants sont notamment soucieux d'une utilisation de leurs données personnelles à des buts lucratifs. Ils s'interrogent également sur la sûreté de stockage de ces données de santé.

N : « Je suis assez réservé parce que je me méfie toujours de l'endroit où seront stockés mes données et de l'accès qui va en être fait : « où ira-t-il ? », « par qui pourrait-il être vu ? », « les laboratoires pharmaceutiques ? », voilà. »

viii. Le numéro gratuit 116- 117

Une participante a aussi évoqué le recours au numéro gratuit « 116-117 » comme moyen facilitant l'accès à des soins de santé. Cette plateforme, non encore déployée au sein du territoire étudié, permettrait aux patients de bénéficier d'un avis médical pendant les horaires de fermeture des cabinets médicaux.

L : « [...] la plateforme 116-117, une plateforme disponible hors horaires d'ouverture du cabinet et qui permet de nous orienter. C'est-à-dire soit nous dire si le médecin de garde doit venir ou si ça peut attendre le lendemain. »

ix. Les médecines alternatives

Le dernier dispositif évoqué par les participants qui facilite leur prise en charge médicale est le recours aux médecines alternatives telle que l'ostéopathie pour guérir certains maux :

B : « Je pense que quand on n'est pas bien l'ostéopathe peut intervenir ainsi que d'autres médecines, qui sont certes des médecines différentes, qui n'ont pas de médicament, mais qui sont très efficaces aussi. »

V.4.1.2. Les dispositifs qui pourraient, à l'avenir, faciliter l'accès aux soins au sein des zones sous-denses

i. Les incitations à l'installation en zone sous-dense

Le premier moyen le plus souvent cité par tous les participants, tout âge et genre confondu, concerne les dispositifs d'incitation à l'installation. Les répondants jugent nécessaire l'apport d'une aide financière et d'un accompagnement de la part des pouvoirs publics aux professionnels de santé voulant s'installer dans leur territoire.

J : « Il faut aider les jeunes médecins à l'installation. [...] moi je serai tout à fait d'accord, partante moi-même de faire ça. Parce qu'on ne peut pas rester sans médecin. Ce n'est pas possible. »

H : « Après l'autre solution ça serait aussi de pouvoir les aider davantage. Peut-être financièrement parce qu'ils se trouvent eux même sous-dotés quand ils viennent dans un village. »

Cette aide incitative financière pourrait également se traduire par la « revalorisation de l'acte de consultation en zone sous dotée (H) ».

Par ailleurs, les participants considèrent que les aides incitatives ne devraient pas se limiter au financement de l'installation mais devraient également inclure l'accueil et l'accompagnement du médecin et de sa famille au sein du territoire :

G : « Si la question était de demander comment on incite des médecins à s'installer en milieu rural, euh, une manière de renverser le problème c'est de s'occuper d'abord de tout ce qu'il y a côté de l'installation du médecin. »

H : « Il y a aussi les médecins en couple qui doivent aussi trouver des structures idéalisées pour se trouver ensemble, pas forcément dans le même village mais en tout cas pas très loin. C'est pour ça que je pense que les collectivités doivent les aider et ils doivent voir ça comme quelque chose de salvateur pour l'avenir. »

D'autre part, les répondants mettent l'accent sur le besoin de redynamiser leur territoire afin de le rendre plus attractif.

D : « Il faut bien comprendre que s'ils viennent chez nous et qu'il n'y a rien qui les attire, qu'il n'y a peut-être pas d'emploi pour leur conjoint, qu'il n'y a peut-être pas du tout de loisirs, de cinéma, de salle de concert, qu'il n'y est rien, il faut le prévoir ça. C'est peut-être pour ça qu'ils ne veulent pas venir en ruralité. »

Le dernier dispositif d'incitation à l'installation proposée par les participants est l'octroi de bourses d'études aux étudiants en médecine avec une contrepartie : celle de l'installation obligatoire pendant quelques années dans une zone fragile :

S : « [...] est-ce qu'on ne peut pas faire un pari sur l'avenir [...] et prendre en charge cette formation [...] mais avec une contrepartie. »

ii. Dissuader l'installation en zone sur-dense

Les participants estiment également nécessaire de dissuader l'installation des médecins généralistes dans les zones sur denses afin de faciliter leurs répartitions sur l'ensemble du territoire national :

H : « Il faudrait aussi dé-inciter ceux qui voudront aller en zone PACA, au bord de la mer et au soleil. C'est peut-être plus amusant certes mais au bout d'un moment il y a peut-être un peu trop là-bas et pas assez chez nous. »

iii. L'affectation temporaire mais obligatoire en zone sous-dense

L'affectation obligatoire des médecins généralistes en zone sous-dense est une autre mesure proposée par certains participants pour résoudre la problématique de la désertification médicale. Cette affectation serait temporaire, durerait pendant quelques années : « au moins 5 ans, jusqu'à sept ans grand maximum (H) ». Les affectations faciliteraient également la répartition équilibrée de la densité médicale sur l'ensemble du territoire national.

E : « [...] le médecin il est nommé, il a ses diplômes et il veut absolument rester en ville mais on lui dit : « Non, pas tout de suite, va dans un désert médical où les patients t'attendent. On a besoin de toi là-bas. Ensuite tu reviendras en ville. Tu auras le choix d'aller où tu veux après. » »

Certains répondants ont également établi un parallèle entre la profession médicale et d'autres corps de métier où l'affectation est obligatoire après la titularisation :

S : « [...] il y a plein de métier où une fois qu'on a réussi, où on a été titularisé, on n'a pas le choix dans les affectations. [...] On est en pénurie et à un moment donné il faut évoluer. »

Les participants les plus favorables à cette affectation obligatoire sont ceux qui sont âgés de 45 à 65 ans et qui sont du genre masculin.

A contrario, d'autres répondants sont défavorables à l'affectation obligatoire, notamment par rapport aux effets qu'elle aura sur la vie familiale du médecin et sur sa motivation professionnelle :

T : « Un médecin qui est obligé et qui va aller dans le nord et sa femme ou son compagnon va aller dans le sud. Est-ce que vous pensez que les deux vont travailler tout à fait normalement ? Est-ce qu'ils vont avoir envie de travailler ? »

Par ailleurs, certains participants estiment également que ce n'est « au médecin de payer les pots cassés des politiques (O) » et de « payer le fait qu'on soit en pénurie (T) » et sont donc également défavorables à cette mesure, qu'ils jugent ainsi injuste.

iv. La médecine salariale, le médecin fonctionnaire

Les participants âgés de 45 à 65 ans proposent également la médecine salariale comme moyen pour simplifier leur accès aux soins, du fait des avantages qu'elle présenterait aux jeunes médecins :

C : « [...] dans ces cas-là, est-ce qu'un médecin salarié pourrait-être la solution parce que du coup pour lui ça lui assure évidemment un salaire décent et en même temps des horaires limités et moins de contraintes qu'un médecin libéral. »

Le médecin salarié serait alors fonctionnaire de l'État, solutionnant ainsi les problèmes liés à la mauvaise répartition géographique des médecins libéraux.

G : « L'autre solution que moi j'imagine assez bien, de mon point de vue, puis que comme on parle d'un service public, de la santé, et ben que les médecins soient fonctionnaires. »

G : « Je suis fonctionnaire d'un service de l'état, ça veut dire que si demain dans mon métier il manque quelqu'un à Saint-Pierre-et-Miquelon ou à Tahiti, ben je ne sais pas moi, mon ministre m'appelle et me dit : « Eh ben Mons G, vous êtes fonctionnaire d'État, et l'État c'est la Tahiti ou à Saint-Pierre-et-Miquelon ». Enfin voilà, j'exagère à peine. Enfin en tout cas c'est l'idée que j'ai quand on est « fonctionnaire d'état ». »

Cependant, pour d'autres répondants, la médecine salariale ne répond pas suffisamment aux besoins de soins de la population, notamment en termes de disponibilité pendant les horaires de gardes :

H : « Parce que si le vent change et qu'on n'a plus de médecine libérale, on se retrouvera avec des fonctionnaires. [...] si vous venez après l'heure la porte sera fermée. »

v. Un recrutement plus important de médecin

Les répondants sont tous unanimes quant à la nécessité de recruter plus de médecin afin de permettre à chaque professionnel de santé de réaliser « *des heures correctes (P)* » tout en répondant aux besoins de la population.

H : « Ben en premier je dirai plus de médecins ! Rires. Donc plus de moyen humain. »

Q : « Parce qu'on est très éloigné les uns des autres, parce qu'on est éloigné de tout et il faudrait qu'on ait plus de médecin. »

Pour favoriser le recrutement des médecins généralistes, les répondants ont également proposé plusieurs solutions :

- La réalisation d'une réforme des études médicales avec notamment la suppression du concours de fin de première année de médecine, permettant ainsi « *d'ouvrir plus les candidatures (S)* ».

S : « La solution serait peut-être de laisser plus de chance et de donner deux ans car on a plus de perspective sur deux ans que sur une année. »

- Cette réforme médicale s'attaquerait également à la méthode d'apprentissage jugée « *trop empirique (S)* » et elle permettrait aux étudiants n'ayant pas réussi par la suite de se réorienter « *dans une autre filière comme infirmière ou dans la pharmacie (O)* ».
- La réalisation de stage obligatoire en milieu rural pendant le cursus universitaire comme moyen de rayonnement du territoire et d'encouragement à l'installation :

C : « [...] pour qu'il y ait parfois un déclic chez un stagiaire, est-ce qu'on ne pourrait pas, avoir une obligation de stage en milieu rural pour se dire : « ah peut-être que ce que l'on y fait, eh bien, ce n'est peut-être pas si mal que ça. »

- La gratuité de la formation universitaire :

T : « Je pense que leurs études ne devraient pas être payante. [...]. Quand on les entend dire qu'ils ont des années et des années pour rembourser leurs études, enfin voilà. Je trouve ça un peu dommage. »

vi. La délégation des tâches

La délégation de certaines tâches médicales aux professionnels de santé tels que les pharmaciens et les infirmières, est un autre moyen souvent plébiscité par les participants. Outre le fait de faciliter l'accès aux soins, ils permettent également de soulager la charge de travail des médecins généralistes.

F : « [...] enfin si par exemple il y a un enfant qui est tombé ou une chose comme ça, que ça soit une infirmière qui fasse les soins, et qu'on ne mobilise pas un médecin qui lui a besoin de voir des patients qui nécessitent une consultation médicale. »

C : « [...] les pharmaciens devraient pouvoir parfois délivrer certains médicaments. Ils leur font une ordonnance alors qu'ils auraient pu mettre un diagnostic sur par exemple une cystite ou ce genre de chose. [...], j'imagine que pour certaines pathologies, ils sont en effet parfaitement aptes à répondre et du coup je pense que ça permettrait de solliciter un peu moins le généraliste. Et si en effet le pharmacien ne peut pas vous répondre, ben évidemment il vous aiguille vers le généraliste pour consulter. »

Tous les répondants reconnaissent par ailleurs les rôles essentiels de conseil et d'orientation que jouent déjà leurs pharmaciens :

D : « Oui je rejoins Mons C parce qu'effectivement le pharmacien lorsqu'on a un quelque chose qui ne va pas et qui n'est pas très important, on s'adresse effectivement au pharmacien. C'est vrai, on le fait déjà (rires). Je n'ai pas pensé avant mais on le fait déjà. »

vii. La création de pôle de santé

Les participants évoquent aussi la création d'un pôle de santé doté de plusieurs médecins généralistes qui y travailleraient, à tour de rôle, « 24h sur 24, 7 jours sur 7 (E) ».

Ce mode de fonctionnement présenterait alors le double avantage de faciliter l'accès aux soins, de jour comme de nuit, tout en maintenant la proximité des patients avec leur soignant.

E : « On aime bien malgré tout le local ».

De plus, ce pôle de santé posséderait différents services, tels que des consultations et des suivis par des ophtalmologistes. Les professionnels de santé y exerçant pourraient, par ailleurs, exercer en multi-sites, afin de mieux répondre aux besoins de la population tout en facilitant leurs organisations personnelles :

G : « [...] je pense à un ophtalmologue qui serait par exemple 2 jours par semaine ici et puis 2 jours par semaine sur une autre commune et encore ailleurs, euh, ça lui permettrait d'avoir un local sans avoir à se promener avec tout son matériel. »

viii. Les dispensaires

Les dispensaires sont un autre moyen évoqué pour simplifier l'accès aux soins, principalement par les participants n'ayant plus de médecin attitré. Les patients pourraient s'y présenter en cas de besoin de soin, sans prise de rendez-vous au préalable, et consulteraient le médecin qui serait disponible pour les recevoir à cet instant-là.

Ces dispensaires sont ainsi vus comme un moyen permettant de s'affranchir des restrictions liées à l'adhésion à une patientèle de médecin traitant.

T : « Je ne sais pas, on est malade, on va dans un endroit et on s'assoit et on attend son tour. C'est très simpliste mais enfin voilà pourquoi pas ? Pourquoi est-ce qu'il faut avoir un médecin référent ? Pourquoi est-ce qu'il faut être obligé de prendre un rendez-vous trois semaines à l'avance ? »

ix. Un maillage des soins afin d'accroître son efficacité

Certains répondants ont évoqué la nécessité d'introduire un maillage des soins afin d'améliorer la coordination et l'accessibilité de l'offre de soin existante.

N : « [...] une meilleure couverture médicale et à tous les niveaux, en partant par les médecins généralistes. [...] un plus grand maillage et d'efficacité. Je pense que si on mettait ensemble la présence sur le terrain de tous les dispositifs style téléconsultation, visioconférence etc, je pense qu'on arriverait à quelque chose de beaucoup plus grand et de beaucoup plus efficaces aussi. Là pour l'instant c'est plutôt comme le système D. »

x. L'assouplissement ou la délégation des tâches administratives

Certains participants ont suggéré l'assouplissement des tâches administratives du médecin généraliste comme un autre moyen à envisager pour faciliter l'accès aux soins de santé. Selon les répondants, les médecins généralistes une fois soulagés de leurs charges administratives, pourraient mieux se concentrer sur la prise en charge médicale des patients.

Cet assouplissement pourrait, par exemple, être atteint par le biais d'une délégation à une tierce personne :

P : « Est-ce qu'il n'y aurait pas aussi un problème d'administratif ? [...] C'est une charge de travail. [...] et est-ce que ça, ça ne pourrait pas se déléguer à d'autres personnes, [...], et qui permettraient de décharger les médecins ? »

xi. Une carte nominative stockant ses données de santé

Un autre moyen proposé lors des séances d'entretien mais n'ayant pas fait l'unanimité est celle de la création d'une carte nominative et individuelle où serait stocké les données de santé des patients. Elle faciliterait la transmission de données entre les médecins généralistes et les spécialistes, simplifiant les soins des patients lors de leurs déplacements. De plus, cette carte ne nécessiterait pas un accès à un réseau d'internet, le rendant plus accessible, notamment aux personnes âgées.

M : « Moi je trouve que ce qui serait bien, c'est qu'on ait une carte où tout soit dessus mais personnelle. Les gens qui n'ont pas internet, vous faites comment ? Et arrivez à un certain âge, chez des personnes qui n'ont jamais travaillé là-dessus, je peux vous dire que dès fois ce n'est pas évident hein. [...] Ainsi, quand on sort de notre région, que ce soit pour aller voir un généraliste ou un spécialiste, ils sauront tout sur notre passé médical. »

Cependant, pour d'autres répondants, cette carte présenterait des faiblesses notamment en termes de sécurité d'emploi rendant son usage difficile :

H : « Après une carte s'est plus facile à voler que les données stockées. »

xii. La comparaison entre différents systèmes de santé

En dernier lieu, les participants suggèrent de réaliser une comparaison entre les différents grands systèmes de santé. Cette étude permettrait alors d'identifier les initiatives et les dispositifs de chaque système ayant facilités les accès aux soins de santé.

R : « La comparaison avec d'autres pays. Il faudrait aussi qu'on regarde comment ça se passe dans les pays à côté. »

À la suite de cette proposition, quelques répondants ont fait preuve d'un certain relativisme aboutissant à une revalorisation du système de santé français :

T : « Après si on regarde dans les autres on sera quand même étonné car dans les autres pays ils n'ont pas de sécurité sociale. Nous on a quand même une chance extraordinaire en France malgré tous nos plaintes (rires). »

VI. Discussion

VI.1. Choix de la méthode

L'objectif principal de cette étude était d'identifier les attentes des usagers du système de santé vis-à-vis des médecins généralistes exerçant dans les zones sous-denses du Périgord Vert et du Sud de la Haute-Vienne.

Cependant, dans le cadre de notre recherche bibliographique, nous avons constaté que la littérature scientifique française contenait très peu de recherches actualisées analysant ce type de données.

Ainsi, si nous souhaitions révéler ces dimensions sous-exploitées, notre démarche scientifique se devait d'être inductive.

Nous avons donc choisi de mener une analyse qualitative inspirée de l'approche de la théorie ancrée (26). Dans ce type d'étude, l'analyse des données se fait en parallèle de leur collecte, permettant ainsi leur évolution constante.

De plus, cette méthode d'analyse possède un critère de validation interne qui garantit sa rigueur scientifique : la triangulation de l'analyse. Celle-ci consiste à ouvrir l'analyse des données brutes recueillies à d'autres chercheurs afin de diversifier leur interprétation. Ensuite, une fois qu'un consensus a été atteint sur les catégories créées, des thèmes peuvent être développés (27).

VI.2. Les forces et limites de notre étude

VI.2.1. Les forces de notre étude

L'analyse des attentes des patients vis-à-vis des médecins généralistes a fait l'objet de diverses études ces dernières années. Cependant, les thèmes les plus souvent explorés sont ceux qui abordent soit des formes spécifiques de prise en charge médicale (comme la recherche de Pierre Terrade sur les attentes des patients concernant la prise en charge de l'addiction à l'alcool (28)), soit ceux qui évaluent des attentes plus générales (comme la thèse de Laure Dezeix intitulée : « *Qu'attendent les patients d'une consultation de médecine générale ?* » (29)).

Paradoxalement, alors que la désertification médicale et les disparités territoriales sont des enjeux nationaux, peu d'études se sont directement intéressées aux attentes des usagers du système de santé vivant dans des territoires touchés par de telles difficultés d'accès aux soins. Notre recherche apporte donc un éclairage nouveau et propose un regard alternatif, celui des patients, sur cette problématique contemporaine.

Par ailleurs, notre choix d'étudier uniquement les communautés incluses dans la CPTS Confluence vise à ancrer ce travail dans une perspective territoriale, nous permettant de raisonner en termes d'espace vécu - c'est-à-dire l'espace tel qu'il est approprié par les individus à travers leurs pratiques et représentations quotidiennes (30, 31).

Une force supplémentaire de notre étude réside dans notre méthode de recherche, celle de l'analyse qualitative s'inspirant de l'approche par la théorie ancrée, puisqu'elle est à la fois adaptée à notre projet de recherche et explicite dans sa validation des résultats.

De plus, l'utilisation d'un échantillonnage théorique nous a permis de recruter des participants aux profils et aux parcours variés, illustrant ainsi une diversité de situations.

Par ailleurs, le recours aux séances d'entretiens collectifs semi-dirigés présente également d'autres avantages :

- Elles permettent de recueillir une grande quantité de données qualitatives dans un temps limité.
- Elles favorisent les interactions entre les participants qui, tour à tour, s'interrogent et parfois même se contredisent, tout en argumentant leurs opinions. Ce dynamisme de groupe favorise ainsi une variabilité des réponses.
- Les sujets tabous sont également plus accessibles dans le cadre des focus groups, car les répondants ayant déjà été confrontés à des expériences similaires peuvent se sentir plus enclins à s'ouvrir à leur tour.

Enfin, nous avons suivi les principes de triangulation de l'analyse, en entreprenant plusieurs analyses ouvertes pendant la phase de codage de nos données brutes ainsi que pendant la phase d'analyse axiale. Par conséquent, nous avons pu renforcer la validité interne de notre étude, atténuant ainsi le risque de biais d'interprétation.

VI.2.2. Les faiblesses de notre étude

Néanmoins, comme dans toute recherche qualitative, certains biais n'ont pu être contrôlés :

- Les biais d'information et de désirabilité de la part des participants ont pu avoir une conséquence sur la qualité des données recueillies, les rendant moins fiables. En effet, il est apparu que la plupart des volontaires avaient déjà un intérêt préalable pour les thèmes explorés.
- De plus, un biais d'analyse est apparu dans notre étude, lié principalement au manque d'expérience et d'objectivité de l'enquêtrice.

Une autre faiblesse de cette étude réside dans notre choix d'un échantillon théorique qui, par nature, ne peut être statistiquement représentatif.

Par ailleurs, lors de nos appels à participation successifs, nous n'avons pas réussi à susciter l'intérêt des usagers du système de santé âgés de 18 à 25 ans, qui auraient sans doute apporté plus de diversité aux échanges collectifs.

VI.3. Discussion autour des principaux résultats de notre étude et comparaison aux données de la littérature

VI.3.1. Les attentes des usagers de santé vis-à-vis des médecins généralistes exerçant au sein des zones sous-denses du Périgord-Vert et du Sud de la Haute-Vienne

À la suite de l'analyse des données recueillies, nous avons pu identifier les compétences attendues par nos participants concernant les médecins généralistes exerçant dans les zones sous-denses du Périgord-Vert et du sud de la Haute-Vienne (cf. annexe 4). Certaines des compétences identifiées sont recherchées par l'ensemble des usagers du système de santé, quels que soient l'âge, le sexe, la profession ou le lieu de résidence. D'autres attentes, en revanche, sont plus nuancées et reflètent les difficultés que rencontrent nos participants pour accéder à des soins primaires de qualité.

i. Un médecin doté de compétences relationnelles

Nos répondants ont tous souhaité trouver chez leur médecin généraliste les compétences relationnelles suivantes : une écoute active, des échanges sans barrière favorisant la liberté d'expression, une relation de confiance et le respect des principes de moralité et de probité.

Par ailleurs, nos participants attachent à leur médecin généraliste l'image d'une figure familiale, celle du "médecin de famille" qui supervise fréquemment les soins de plusieurs générations d'une même lignée familiale. Cette proximité et les liens affectifs qui en découlent ont également été identifiés dans d'autres recherches :

« Les patients sont attachés à ce souvenir de l'unique médecin du village qui connaissait tout le monde et surtout tous les membres de la famille. Il était à ce titre détenteur de l'histoire de celle-ci et pouvait avoir une bonne compréhension de ses problèmes, sous-tendue par sa fonction. [...] Cette notion de médecin de famille est revendiquée dans tous les groupes donc à travers toutes les tranches d'âge. » (32)

Cependant, contrairement à l'étude de Marie-Cécile Dedianne (32) où les patients étaient plus "demandeurs d'une relation paternaliste", nos répondants s'attendent à ce que les médecins généralistes développent avec eux une relation plus horizontale, partenariale, caractérisée par la prise de décision conjointe et le partage des connaissances.

Ces changements dans les attentes des patients reflètent ainsi l'évolution de la relation médecin généraliste-patient au fil du temps.

« Du modèle paternaliste, on glisse donc vers un modèle partenarial. À défaut d'égalité, cette relation implique une équivalence des prérogatives des deux parties. Plusieurs éléments la caractérisent : le patient est au centre [...], la relation repose sur l'empathie [...], un climat de confiance [...], l'expertise du patient est reconnue [...] et la capacité du patient à décider est reconnue. » (33)

ii. Un médecin accessible et disponible

L'accessibilité et la disponibilité des médecins généralistes, notamment en ce qui concerne la gestion des demandes de soins non programmés, font également partie des compétences les plus recherchées par l'ensemble de nos participants (la majorité d'entre eux ayant déjà été confrontés à des difficultés

d'accès aux soins de médecine générale, que ce soit en termes de délai ou de refus de soins ou en termes de distances domicile- cabinet médical, jugées trop importantes).

Cette attente d'une réponse adaptée à l'urgence du problème est cohérente avec les résultats de précédentes études sur des thèmes similaires (34, 35) :

« 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). » (34).

Quant aux attentes concernant les visites à domicile, les avis de nos répondants sont plus partagés : certains participants regrettent la rareté de cette offre tandis que d'autres perçoivent les obstacles qui freinent sa réalisation, notamment son aspect chronophage. Néanmoins, tous s'accordent sur l'importance de réaliser de telles démarches en cas de demande de soins urgents de la part de patients ne pouvant se déplacer.

Une étude réalisée en 2016 évaluant la perception des patients sur les consultations de médecine générale a montré que, selon le lieu de résidence des participants, leurs attentes vis-à-vis des visites à domicile n'étaient pas les mêmes :

« En zone rurale ou urbaine, c'est la personne âgée de plus de 80 ans qui a été le plus choisie comme étant un motif de visite à domicile, (25,3% en zone urbaine et 28,8% en zone rurale). En zone semi rurale/semi urbaine, c'étaient « les personnes à mobilité réduite » qui ont été choisies comme motif de visite à domicile par le plus grand nombre de personnes interrogées (27,8%) ».
(36)

Bien que ces résultats n'aient pas été démontrés dans notre analyse des données, ils peuvent être généralisés à notre population d'étude : une population rurale et vieillissante.

Par ailleurs, notre étude a également mis en évidence une attente non identifiée jusqu'alors : la disponibilité des médecins généralistes pour consulter à des horaires flexibles afin de faciliter la prise en charge des patients ayant des horaires décalés, tels que les agriculteurs et les commerçants ; professions inhérentes aux zones rurales.

iii. Un médecin responsable de la coordination des soins ; un médecin référent

Nos participants recherchent également des compétences en matière de coordination des soins auprès de leur médecin généraliste. Ils considèrent que ces derniers sont responsables de l'organisation du parcours de soins global du patient : ils sont chargés d'orienter les patients lorsque des soins spécialisés sont nécessaires ainsi que d'assurer leurs suivis. Ils sont également responsables de la bonne gestion des dossiers médicaux. Les médecins généralistes sont ainsi perçus comme le maillon central de la chaîne de soins primaires. Cette responsabilité de coordination leur confère le rang de "médecin référent".

Ces attentes en matière de coordination des soins ont également été identifiées dans d'autres études :

« Les personnes interrogées reconnaissent une place centrale au médecin généraliste dans le système de soins. Il doit jouer un rôle de « coordonnateur » (71 %), de « conseil » (64 %), de « gestionnaire du dossier médical du patient » (61 %) et un rôle « d'aide aux orientations vers d'autres structures ou professionnels » (55 %) » (36).

iv. Un médecin polyvalent réalisant des gestes techniques

Nos répondants attendent des médecins généralistes une polyvalence dans leur offre de soins afin qu'ils puissent en partie se substituer aux pédiatres, gynécologues et gériatres, des spécialités dont l'offre de soins est encore plus insuffisante dans les zones étudiées.

En outre, ils considèrent qu'il est important que les médecins généralistes réalisent certains actes techniques, comme les sutures, afin de réduire le nombre de visites aux services d'urgence des hôpitaux, qui sont à la fois éloignés et souvent surchargés.

Cette recherche de polyvalence dans les soins, y compris dans la réalisation d'actes techniques, a également été identifiée chez les participants à une étude menée dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur :

« Auparavant les médecins semblaient plus polyvalents, ils pratiquaient davantage de gestes techniques : ils ne déléguaient pas ce travail aux spécialistes par exemple, ni à l'hôpital. » (37)

v. Un médecin ayant recours à un secrétariat

L'utilisation d'un secrétariat dans les cabinets de médecine générale est considérée comme essentielle par nos participants car il est très souvent chargé de fonctions multiples. La secrétaire est responsable de la gestion de l'accueil ainsi que de l'organisation du planning des rendez-vous. Elle joue également un rôle important de tri, en séparant les cas urgents qui doivent être traités rapidement de ceux qui peuvent être différés.

Cependant, si la présence d'un secrétariat physique et/ou dématérialisé est fortement valorisée et attendue par nos participants, l'utilisation de plateformes numériques de prise de rendez-vous, telles que Doctolib® ou Maïia®, suscite des avis plus mitigés, notamment dans son manque de prise en compte des besoins de soins urgents.

Par ailleurs, nous avons constaté que l'utilisation des outils d'e-santé semblait plus accessible aux participants de moins de 45 ans, alors que les répondants plus âgés ne les utilisaient jamais.

Cette réticence à utiliser les plateformes numériques de prise de rendez-vous n'est cependant pas propre à notre territoire rural et semi-rural. Une enquête épidémiologique menée en 2017 dans plusieurs arrondissements de Paris avait également constaté les mêmes faits :

« L'analyse multivariée a conclu que l'âge était toujours associé de manière significativement défavorable à la prise de rendez-vous sur plateforme en ligne et ceci indépendamment de l'utilisation d'internet » et qu'une « utilisation exclusive par le généraliste de ce nouveau moyen organisationnel pourrait donc créer des inégalités générationnelles d'accès aux soins. » (38).

vi. Un médecin exerçant en groupe

La pratique de groupe est une autre compétence attendue par nos participants, car ils lui reconnaissent plusieurs avantages qui permettraient d'atténuer les effets de la désertification médicale : une organisation plus accessible des services de santé actuels qui répondrait davantage aux besoins de SNP et qui encouragerait l'entraide entre les professionnels de santé, réduisant ainsi les risques de surcharge de travail chez ces derniers.

Cette pratique de groupe favoriserait également de nouvelles installations chez les jeunes médecins qui, selon nos participants, semblent se préoccuper de « *l'image du métier de médecin généraliste de campagne (G)* ».

Nos résultats font ainsi écho à ceux d'une étude menée en 2019, dans laquelle les participants décrivaient les avantages de la pratique de groupe comme suit :

« Une rapidité de prise en charge ; un partage des tâches ; une succession plus facile pour les médecins et un évitement des déserts médicaux » (39).

Par conséquent, les participants attendent un partage des patients et une mutualisation des ressources au sein de ces structures, ce qui implique un besoin sous-jacent de bonne entente entre professionnels de santé.

vii. Un médecin participant à la PDSA

Les participants qui ont déjà bénéficié de la prise en charge des médecins généralistes de garde approuvent tous ce système qui facilite leur prise en charge. Ils attendent donc de leurs médecins généralistes une participation active à la PDSA.

Une précédente étude réalisée l'année dernière portant sur l'évaluation des connaissances et des attentes des utilisateurs de la PDSA dans le secteur d'Issoire a également montré une bonne appréciation et approbation par les patients de la participation des médecins généralistes au dispositif de permanence des soins (40).

Par ailleurs, certains de nos répondants ont souhaité que cette permanence des soins soit effectuée au sein de chaque groupe médical et non plus menée à l'échelle de plusieurs communes. Ils ont notamment mentionné l'existence de barrières pour accéder au médecin de garde (notamment l'obligation de passer par le service de régulation du Samu Centre 15) ainsi que leur appréhension à être pris en charge par un médecin de garde non familial dans des moments de vulnérabilité.

Les participants à cette étude considèrent également comme une nécessité l'extension des horaires de garde actuels afin de garantir la continuité des soins pendant « la nuit profonde » (dans le Périgord Vert, la garde de nuit des médecins généralistes se termine à minuit).

Ainsi, certains de nos participants attendent des médecins généralistes une disponibilité permanente, 24 heures sur 24.

Cette attente de permanence des médecins généralistes au sein d'une même structure a également été relevée dans d'autres publications :

« Les patients voient en cette maison de santé un pôle de garde ouvert 24h/24 avec toujours un médecin en son sein. » (39)

Toutefois, les participants à notre étude reconnaissent les limites de ces attentes, notamment l'insuffisance des effectifs de médecins existants et la nécessité d'une transition vers une pratique salariée afin de garantir une rémunération adéquate des médecins.

viii. Un médecin réalisant les soins de prévention

Un dernier domaine de compétence recherché par nos participants est la mise en œuvre de mesures préventives par les médecins généralistes, telles que les dépistages et les bilans de santé.

Ces résultats corroborent ceux d'autres études évaluant les attentes des patients vis-à-vis de leur consultation médicale.

« La prévention fait l'objet d'une demande. En effet, parmi une liste de thèmes proposés à la patientèle des médecins généralistes de Rhône-Alpes, les personnes interrogées souhaitent voir aborder à plus de 70 % la prévention et le dépistage et à plus de 50 % la vaccination. ». (35)

Néanmoins, notre étude révèle une différence importante : alors que dans d'autres études, les demandes et/ou les attentes en matière de traitement préventif sont très élevées, les mêmes demandes ont rarement été formulées par les répondants de notre étude.

Q : « Ce n'est pas dans nos habitudes d'aller faire de la prévention. Pas du tout. On n'y va que pour soigner quelque chose, que pour se faire soigner ».

Nous pouvons donc observer l'existence d'une culture de renoncement aux soins préventifs, notamment chez les individus les plus âgés de nos régions d'étude.

VI.3.2. Les opinions, les ressentis et les représentations des patients vis-à-vis du phénomène de désertification médicale

i. Les perceptions sur la définition et les causes de la désertification médicale

Les participants à notre étude ont tous associé, tour à tour, les termes « sous-effectif », « manque » et « pénurie » pour évoquer les insuffisances de l'offre de soins primaires dans leur région. Cette perception d'un « déficit » d'accès aux soins entre en résonance avec l'expression popularisée de « désert médical », définie comme suit par Gilles Nézosi, directeur de la formation continue à l'École nationale supérieure de sécurité sociale :

« Par « désert médical », on entend l'impossibilité ou la très grande difficulté pour les patients à accéder sur un territoire aux professionnels de santé du fait de leur absence ou de leur nombre trop limité. » (41)

Quant aux perceptions de nos enquêtés sur les causes de la désertification médicale, on note une connaissance variée et approfondie du sujet, qui témoigne du vif intérêt qu'ils lui portent. Les participants sont également conscients que les insuffisances de l'offre de soins primaires découlent de causes multiples et complexes, qui dépassent le cadre du champ médical et débordent sur les sphères socio-politiques.

Des connaissances similaires ont également été retrouvées chez les habitants de la communauté de communes de Gournay-en-Bray qui ont fait l'objet d'une étude scientifique en 2019 (42).

Les causes perçues par nos participants peuvent ainsi être transposées à d'autres territoires connaissant des difficultés similaires, reflétant leur caractère universel.

ii. Les opinions et les ressentis sur les conséquences de la désertification médicale

L'insuffisance de disponibilité des médecins généralistes dans nos zones d'étude est à l'origine de nombreuses difficultés et contraintes pour nos participants.

Ils constatent notamment une baisse de la qualité des soins médicaux reçus, qui se manifeste sous différentes formes :

- Des délais d'attente plus importants, qui sont mal perçus lorsque les demandes concernent des souffrances physiques et/ou psychologiques et la prise en charge des maux de l'enfance.
- Des insuffisances perçues dans le suivi des patients :
Certains de nos participants regrettent de ne pas pouvoir accéder à des consultations de suivi avec leur médecin généraliste à un rythme plus fréquent, notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques.
- Des refus de traitement pour les patients non rattachés à la patientèle d'un médecin, alors que l'accès aux soins devrait être un droit pour tous.
- Des pratiques d'automédication de plus en plus répandues avec des conséquences directes sur la santé des usagers du système de santé.

Ces résultats reflètent également le sentiment des professionnels de la santé :

« D'après le Panel, près d'un médecin généraliste sur cinq estime que l'offre de médecine générale dans sa zone d'exercice est très insuffisante. Cette proportion double en cas d'exercice dans un territoire de vie sous-dense. Autre constat issu du panel, ils sont près de 8 sur 10 à indiquer avoir des difficultés à répondre aux sollicitations des patients. Interrogés sur la façon dont ils adaptent leur pratique, trois médecins sur quatre indiquent faire des journées plus longues que souhaité, un sur deux dit devoir augmenter les délais de prise de rendez-vous et un sur deux refuse de nouveaux patients en tant que médecin traitant. » (43)

De plus, la désertification médicale génère un climat d'anxiété tant chez les patients qui ont un médecin traitant que chez ceux qui n'en ont plus (ceux qui ont un médecin attiré s'inquiètent pour leur retraite, tandis que ceux qui n'en ont plus sont déjà confrontés à des difficultés d'accès aux soins de santé).

Tous se sentent impuissants face à la désertification médicale et certains font même état d'un certain épuisement dans leur prise en charge.

Ces résultats corroborent avec les données d'autres études récentes évaluant le ressenti des usagers du système de santé vivant en zone sous-dense :

« 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 »). » (34)

« Le ressenti négatif est prédominant chez les patients interrogés à propos de la démographie médicale de Gournay-en Bray. [...]L'accroissement des distances entraîne un sentiment d'isolement tandis que celui des délais crée un sentiment de difficulté, d'embêtement voire d'injustice. A cela s'ajoute des sentiments plus forts et précis comme l'anxiété essentiellement exprimée face aux urgences [...]. » (42)

Malheureusement, le cumul de tous ces obstacles a conduit un quart de nos répondants à renoncer aux soins de santé, ce qui aura pour conséquences des effets néfastes à long terme. Par ailleurs, nous constatons que dans notre population d'étude, les contraintes financières n'ont jamais été mentionnées comme étant un obstacle à l'accès aux soins. Le renoncement aux soins était plus fréquemment la conséquence directe des difficultés d'accès aux soins d'ordre spatial et temporel.

Ces causes perçues du renoncement aux soins ont également été relevées dans la recherche de Thomas Bonnet en 2015 :

« Notre étude à l'échelle départementale a permis de mettre en évidence que les contraintes financières et notamment l'avance des frais n'était pas l'élément fondamental dans le renoncement aux soins. [...] Notre étude a mis en avant l'impact majeur du délai d'attente pour avoir un RDV sur le renoncement aux soins primaires des patients. Plus le délai d'attente est important, plus le renoncement aux soins est grand. » (44)

Par ailleurs, nos répondants relèvent également les conséquences de la désertification médicale sur les professionnels de santé travaillant sur leurs territoires. Selon ces répondants, ces effets néfastes se manifestent principalement sous trois formes :

- Une surcharge de travail pour l'ensemble des médecins généralistes qui entraîne à son tour un risque très élevé d'épuisement professionnel,
- Un engorgement des services d'urgence,
- Une agressivité des patients qui provient de leur insatisfaction, de leur frustration et de leur épuisement vis-à-vis des services de santé.

Ces constats ont également été identifiés dans des recherches et enquêtes antérieures :

« Sur les 1198 questionnaires recueillis (1,36 % de la population des médecins généralistes français), 42,8% des participants avaient au moins une dimension élevée dans le MBI et 3,8% étaient en burn-out sévère. [...] Le risque de burn-out sévère était significativement plus élevé avec la majorité des facteurs testés : sexe masculin, divorce, milieu rural, salariat, < 5 semaines de congés / an, > 2 gardes/mois. » (45)

« Les urgences hospitalières offrent un reflet de l'ensemble des dysfonctionnements de notre système de santé. [...] plusieurs cris d'alarme ont été poussés au cours des dernières années quant à leur avenir. La difficulté la plus visible, en ce qu'elle est à la fois ressentie par les Français et relayée par les médias, est celle de l'engorgement des services, notamment lors des pics épidémiques hivernaux. » (46)

« Après une année 2020 marqué par les confinements, 1 009 incidents ont été déclarés par des médecins en 2021. Ces incidents ont affecté des médecins partout où ils exercent : 51% d'entre eux ont eu lieu en centre-ville, 22% en banlieue, et 21% en milieu rural. Parmi les spécialités, les médecins généralistes sont les plus touchés par ces incidents (61% des incidents rapportés, alors que les médecins généralistes représentent 43% du corps médical en activité). » (47)

En dernier lieu, la désertification médicale des territoires étudiés génère, selon nos répondants, des conséquences importantes sur la vie sociétale de leur territoire. Ils constatent notamment avec frustration et désarroi que la diminution du nombre de cabinets de médecine générale a un retentissement négatif sur l'attractivité de leurs territoires et freine les mouvements de populations.

Néanmoins, malgré les difficultés rencontrées, les participants à notre étude n'ont pas encore ressenti le besoin de déménager pour améliorer leur accès aux soins. A contrario, ces projets de déménagements sont plutôt perçus avec angoisse et appréhension :

L : « Nous allons probablement déménager sur une échéance de 6-5 ans et on se demande ce qu'on va faire quand on aura plus ce cabinet médical. [...] Et là sur une question de déménagement, on n'est pas là à se demander sur comment on va faire sur notre contrat

d'électricité mais sur comment on va faire pour retrouver notre médecin. C'est fou quand même ! »

VI.3.3. Les opinions, les ressentis et les représentations des patients vis-à-vis des solutions proposées pour améliorer l'accès aux soins des zones sous-denses

Afin de surmonter les difficultés et les inégalités qui prévalent actuellement en matière d'accès aux soins dans les zones sous-denses, différentes politiques de santé ont été proposées, comme détaillé dans la première partie de cette thèse.

D'un point de vue général, les solutions proposées par nos répondants pour améliorer leur accès aux soins sont en accord avec les propositions des autorités publiques (13-24) et s'articulent autour des quatre axes suivants :

i. Des dispositifs visant à augmenter l'effectif des médecins généralistes

Nos participants estiment qu'il est urgent d'augmenter le nombre de médecins généralistes, même s'ils sont conscients que les mesures qu'ils ont proposées ne seront pas immédiatement effectives. Ces mesures sont, pour la majorité d'entre eux, déjà mises en œuvre au niveau national dans le cadre du plan national de santé intitulé « Ma santé 2022 » (21).

ii. Des dispositifs visant à encourager une répartition plus équilibrée des médecins généralistes

Les répondants de notre étude considèrent qu'il est essentiel d'assurer une répartition plus équilibrée des médecins généralistes sur l'ensemble du territoire. Pour faciliter cette répartition, les participants sont unanimes sur la nécessité d'encourager à la fois les nouvelles installations et le maintien des cabinets existants en offrant aux médecins des incitations, tant financières qu'en termes de ressources humaines.

Nos participants ont également pris en considération l'attractivité de leur territoire rural et semi-rural et ont conclu que sans des efforts complémentaires de la part des pouvoirs publics en termes de revitalisation et/ou de dynamisation de ces territoires, ils ne pourraient pas rivaliser avec l'attractivité des zones sur-dotées.

La liberté d'installation des médecins généralistes, sujet souvent débattu dans la sphère publique, n'a, quant à lui, pas fait l'objet d'un accord consensuel. Alors que certains de nos répondants considèrent indispensable l'introduction d'une obligation temporaire d'installation dans les zones sous-denses, d'autres estiment qu'une telle obligation serait contre-productive.

Ces résultats sont cohérents avec ceux de la dernière enquête en ligne menée par ViaVoice® sur les expériences et solutions des usagers face aux déserts médicaux :

« Concernant les solutions les plus efficaces pour lutter contre les déserts médicaux, 42 % des Français citent le fait de faciliter l'installation des médecins dans les territoires en manque de praticiens. [...] Et 38 % suggèrent d'obliger les jeunes médecins en début de carrière à s'installer dans un territoire. » (13)

Le passage à une médecine salariée comme alternative pour favoriser l'installation de médecins dans les zones sous-denses est une autre mesure proposée par certains participants, mais pour laquelle

aucun consensus n'a été atteint. Si certains considèrent le salariat comme un moyen pour les médecins généralistes de concilier leur vie familiale et leur exercice professionnel, d'autres appréhendent l'avènement de difficultés dans la continuité des soins, notamment si les gardes ne sont pas un préalable à ce mode d'exercice.

Ces réflexions et sentiments sur la médecine salariée sont à la fois pertinents et cohérents avec l'évolution actuelle des pratiques médicales vers des pratiques moins libérales :

« Selon le scénario tendanciel, la part de médecins libéraux exclusifs (y compris remplaçants) reculerait fortement, passant de 47 % en 2016 à 38 % en 2040 tandis que les proportions de médecins mixtes (c'est-à-dire ayant une activité libérale et une activité salariée) et salariés augmenteraient (respectivement de 11 à 15 % et de 42 à 46 % au cours de la même période). » (5)

iii. Des dispositifs visant à améliorer l'accessibilité et la disponibilité des soins de premiers recours

L'accessibilité et la disponibilité des médecins généralistes sont des enjeux majeurs de santé publique. Pour remédier aux difficultés rencontrées à ces deux niveaux, les participants à notre étude ont proposé un large éventail de solutions.

Une partie des solutions proposées existent déjà sur les territoires étudiés notamment :

- L'exercice en groupe à travers deux entités différentes : les cabinets de groupes et les MSP.
- Le travail en réseau facilité par la mise en place des PTA.
- Un maillage de soins plus efficace par le biais du projet « CPTS Confluence ».
- La continuité des soins grâce à la PDSA.
- Le remplacement des médecins généralistes lors de leurs absences.

Tandis que d'autres sont plus innovatrices, notamment :

- La création de dispensaires accessible en semaine et en temps de weekend.
- La création de pôle de santé doté, entre autre, d'une permanence 24h/7
- Le recours au numéro national d'appel à un médecin de garde, « le 116-117 », non encore déployé en Haute-Vienne.

Toutefois, on a constaté chez nos répondants des méconnaissances sur les modes de fonctionnement des solutions existantes et innovantes. Par exemple, les participants ne distinguent pas les statuts et les obligations professionnels rattachés aux différents modes d'exercice en groupe et font souvent un amalgame des deux.

Ils ne sont également pas informés sur le projet de CPTS en cours de déploiement sur leur territoire de vie, alors que les missions prioritaires de cette structure s'articulent tous autour des usagers du système de santé. Par ailleurs, des zones d'ombres existent aussi sur l'organisation de la PDSA, avec certains participants évoquant l'existence d'une hiérarchie administrative.

Cette méconnaissance des mesures déjà mises en œuvre sur leur territoire semble provenir d'un manque de communication de la part des pouvoirs publics et des professionnels de santé établis, freinant ainsi leur utilisation.

Quant aux solutions plus innovantes proposées, ces trois mesures nécessiteraient la participation d'un nombre important de professionnels de santé, ce qui est malheureusement incompatible avec la démographie médicale actuelle.

iv. Des dispositifs visant à optimiser le temps des consultations médicales

Lors de nos sessions de focus group, nous avons constaté que les participants attachaient une grande importance à l'optimisation du temps consacré par leurs médecins généralistes aux soins médicaux. Les répondants sont tous conscients de la charge de travail de ces derniers et ressentent ainsi le besoin « *d'économiser (D)* » leur médecin traitant.

Ils considèrent donc nécessaire la mise en œuvre de moyens humains et matériels pour soulager les médecins généralistes, tels que la délégation de tâches médicales aux infirmiers libéraux et aux pharmaciens ainsi que l'allègement des tâches administratives par le biais d'un secrétariat.

Ces solutions rejoignent celles souhaitées par les médecins généralistes :

« Lorsque le médecin choisit le recours à un secrétariat sur place ou téléphonique ou à des RDV par Internet, c'est toujours dans un objectif de gain de temps et de confort de travail principalement par la diminution des interruptions téléphoniques. » (48)

« Beaucoup de médecins généralistes ont considérés le dispositif IPA comme palliatif, pour pallier le manque de médecin, pallier la surcharge de travail des médecins, pallier les déserts médicaux. C'est dans ce contexte qu'ils ont aussi suggéré que l'implémentation des IPA dans les zones sous-médicalisées serait propice. » (49).

Cependant, on note que les dispositifs d'aide infirmière tels que les consultations et les suivis réalisés par des infirmières déléguées à santé publique, qui sont rattachés aux dispositifs d'actions de santé libérale en équipe, n'ont pas été mentionnés par nos participants comme des solutions possibles aux déserts médicaux, contrairement à d'autres études (50). Cependant, cette méconnaissance peut être attribuée à l'absence de déploiement de ces dispositifs dans les territoires étudiés.

Par ailleurs, nos participants n'excluent pas l'apport des outils d'e-santé tels que la télémédecine et la téléconsultation comme moyen d'optimiser le temps médical de leurs médecins généralistes à l'avenir, même si la plupart d'entre eux considèrent que ces outils sont moins efficaces que les consultations médicales classiques.

Ces résultats sont cohérents avec ceux d'autres études récentes :

« 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 ». Néanmoins, presque trois quarts des interrogés sont plutôt favorables au développement de la télémédecine (pour des consultations avec les spécialistes [...]). Ces patients-là ont conscience de l'intérêt de la télémédecine en termes d'accès aux soins. » (33)

Enfin, mais pas des moindres, nos répondants considèrent également important leur maîtrise des compétences de communication et d'auto-évaluation afin de faciliter la transmission d'informations avec les équipes soignantes et de limiter la surconsommation de soins. Cette solution innovante reflète à la fois l'engagement qu'ont les participants à cette étude envers leurs soins de santé et leur sens du devoir civique.

VI.4. Les perspectives de cette étude

L'objectif de cette étude était d'explorer de nouvelles données : les attentes des usagers du système de santé, vivant en zone sous-dense, vis-à-vis des médecins généralistes qui y exerçant.

Dans un second temps, elle visait à explorer des données relatives aux opinions, aux sentiments et aux représentations de cette population face au phénomène de désertification médicale qui touche leur lieu de vie ainsi que les solutions qui leur sont proposées pour améliorer leur accès aux soins.

La démarche méthodologique utilisée a donc été inductive. Ainsi, les résultats obtenus doivent être considérés comme des pistes de recherches ultérieures plutôt que des conclusions fermes et définitives.

Néanmoins, nous espérons que les résultats de cette étude contribueront à une meilleure compréhension des attentes des usagers du système de santé vivant en zone sous-dense et permettront in fine aux professionnels de santé d'apporter de meilleures réponses à leurs besoins.

Pour citer Ambroise Paré :

« Les choses en médecine ne se mesurent et ne se considèrent que par leurs sens et effets. »

VII. Conclusion

En conclusion, les attentes des usagers du système de santé vis-à-vis des médecins généralistes exerçant dans les zones sous-denses du Périgord Vert et du Sud de la Haute-Vienne sont à la fois multiples et complexes, découlant d'un besoin essentiel, celui de l'accès, sans obstacles, à des soins de santé de meilleure qualité.

Les médecins généralistes, agissant en tant que premier maillon de cette chaîne de soins, doivent alors être capable de remplir différents rôles.

Ils sont avant tout perçus comme des « médecins de famille », responsable des soins de santé de l'unité familiale dans son ensemble. Ils sont alors caractérisés par leurs polyvalences de soins, leur permettant de s'occuper des patients, de la petite enfance aux personnes âgées. Les relations médecin de famille-patient qui en découlent sont ainsi plus intimes et sont hautement estimées des patients qui trouvent en elles un sentiment de réassurance et de réconfort.

Ils jouent également le rôle de « médecin traitant » des patients et doivent ainsi être dotés de compétences humaines et relationnelles leur permettant de construire des relations médecin-patient basées sur une confiance mutuelle, une liberté d'expression, une écoute active et une approche centrée sur le patient, non paternaliste.

Les médecins généralistes exerçant dans ces zones sous-denses doivent aussi remplir le rôle fondamental de « médecin de premier recours ». Ils doivent alors être très accessibles et disponibles, pour répondre à la fois aux demandes de soins non programmés et aux demandes de suivi des patients ; les deux principaux motifs de consultation de cette population. Par ailleurs, ce rôle de « médecin de premier recours » sous-entend une participation active à la permanence des soins ambulatoires.

De plus, ils jouent également le rôle de « médecin référent », dotés de compétences de coordination de soins et de collaboration, leur permettant de répondre aux attentes d'exercice en groupe et de travail en réseau des patients.

Le dernier rôle que joue ces médecins généralistes, mais pas des moindres, est celui du rôle de « médecin de campagne ». Ce dernier doit posséder un large éventail de compétences lui permettant de réaliser, entre autres, des gestes techniques tels que les points de suture. Cette polyvalence de soins réassure les patients, qui, sans cet accès aux soins de proximité, ne pourraient pas bénéficier autrement d'une prise en charge adaptée à leurs besoins de santé.

Quant aux opinions, aux représentations et aux ressentis de ces usagers du système de santé vis-à-vis du phénomène de désertification médicale, ils sont principalement négatifs, imprégnés d'un sentiment de manque et d'injustice et source d'une anxiété profonde. Ces usagers constatent avec désarroi et impuissance les inégalités dans l'accès aux soins de santé de leurs territoires de vie.

Ils souffrent également de lacunes dans l'offre de soins primaires, qui, selon eux, sont responsables de la détérioration de la qualité perçue des soins médicaux, principalement sous la forme de délai d'attente plus allongé et de refus de soins.

La désertification médicale génère aussi des comportements à risque chez les usagers du système de santé vivant dans ces zones sous-denses, avec des pratiques répandues d'automédication et de renoncement aux soins.

Par ailleurs, outre les effets directs sur la qualité perçue des soins des populations étudiées, la désertification médicale toucherait également les professionnels de santé qui y exercent. Ils doivent notamment faire face à une surcharge de travail et ont à gérer des patients, à la fois anxieux et frustrés, et qui se montrent parfois même agressifs. Par ailleurs, les usagers constatent que les effets de cette désertification dépassent les frontières du domaine médical, affectant la vie sociétale dans son ensemble, en entravant les mouvements de population et en réduisant le dynamisme des territoires touchés.

Quant aux solutions proposées par les pouvoirs publics pour remédier au phénomène de désertification médicale, elles sont, pour la plupart, conformes aux attentes des participants de cette étude. Ces derniers sont bien conscients que les causes de cette désertification sont multifactorielles et nécessitent la mise en œuvre de mesures à la fois efficaces et de grandes envergures dans leurs champs d'actions. Elles doivent notamment favoriser une répartition territoriale plus équilibrée des médecins généralistes, grâce au recours à des mesures principalement incitatives, tant financières qu'en termes de ressources humaines. La revitalisation et la redynamisation des zones rurales et semi-rurales doivent également être encouragées. Le recours à des politiques plus contraignantes, telles que la suppression de la liberté d'installation, est en revanche plus contesté.

Par ailleurs, les mesures proposées par les pouvoirs publics doivent également favoriser l'accroissement du nombre de médecins généralistes, notamment par une réforme des études médicales. En outre, elles doivent permettre la levée d'obstacles qui entravent l'accès aux soins primaires en favorisant, entre autres, les modes d'exercice en groupe, le travail en réseau et le maillage territorial de soins. Enfin, ils doivent garantir une optimisation du temps des consultations médicales, notamment par la délégation des tâches administratives et médicales.

Nous terminerons cette conclusion en citant une patiente :

« Il faut savoir que tous les usagers du système de santé ont droit aux accès de soins et l'accès aux soins il doit être partout et pour tous, et à tous les moments de la vie. Ça, c'est effectivement la base même de notre système de santé. C'est sûr. » (H)

Références bibliographiques

1. Dossier de presse : Étude sur l'accès aux soins en milieu rural. [Internet]. Association des Maires Ruraux de France. 2020. [cité 15 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.amrf.fr/wp-content/uploads/sites/46/2020/12/201207-Dossier-de-presse-Sante%CC%81-E%CC%81tude-sur-lacce%CC%80s-aux-soins-en-milieu-rural.pdf>
2. Article L1110-1 - Code de la santé publique [Internet]. Légifrance. [cité 02 sept 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006685741
3. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? - Constat et projections démographiques | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. DREES Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 2021 [cité 02 sept 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/quelle-demographie-recente-et-venir-pour-les-professions>
4. Atlas de la démographie médicale en France : situation en janvier 2022 [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. [cité 02 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>
5. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. [cité 02 sept 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-medecins-dici-2040-une-population-plus-jeune-plus-feminisee-et>
6. Densité de médecins généralistes libéraux Données EPCI (2021) [Internet]. L'Observatoire des Territoires. [cité 02 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/densite-de-medecins-generalistes-liberaux>
7. Lucas-Gabrielli V, Mangeney C. Les enjeux des mesures d'accessibilité spatiale pour cibler les territoires déficitaires en offre de soins. In: CIST2018 - Représenter les territoires / Representing territories. Rouen, France : Collège international des sciences territoriales (CIST); 2018. p. 210-4.
8. Lapinte A, Legendre B. Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 2021 [cité 02 sept 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/renoncement-aux-soins-la-faible-densite-medicale-est-un-facteur>
9. Nouveau zonage médecins en Nouvelle-Aquitaine en 2022 [Internet]. ARS Nouvelle-Aquitaine. 2022 [cité 16 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/nouveau-zonage-medecins-en-nouvelle-aquitaine-en-2022>
10. Rojouan B. Rapport d'information (...) sur le volet « renforcer l'accès territorial aux soins » [Internet]. vie-publique.fr. [cité 16 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/284754-renforcer-l-acces-territorial-aux-soins>

11. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Statistiques sur les ressources et les conditions de vie - 2017 [Internet]. Progedo-Adisp; 2017. Disponible sur: <https://data.progedo.fr/studies/doi/10.13144/lil-1304>
12. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Statistiques sur les ressources et les conditions de vie - 2019 [Internet]. Progedo-Adisp; 2019. Disponible sur: <https://data.progedo.fr/studies/doi/10.13144/lil-1441>
13. Chau S, Broche A. L'accès aux soins et les déserts médicaux : expériences et solutions [Internet]. Institut Viavoice. 2022 [cité 02 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.institut-viavoice.com/laces-aux-soins-et-les-deserts-medicaux-essentiel-sante-aout-2022/>
14. Millien C, Chaput H, Cavillon M. La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 2021 [cité 02 sept 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-moitie-des-rendez-vous-sont-obtenus-en-2-jours-chez-le>
15. Chevillard G, Mousquès J, Lucas-Gabrielli V, Bourgueil Y, Rican S, Salem G. Dépeuplement rural et offre de soins de premiers recours : quelles réalités et quelles solutions ? eps. 20 mars 2016;(2015/3-2016/1).
16. Chevillard G, Lucas-Gabrielli V, Mousques J. « Déserts médicaux » en France : état des lieux et perspectives de recherches: L'Espace géographique. 18 déc 2018; Tome 47(4):362-80.
17. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) [Internet]. Légifrance. 2016 [cité 02 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641/>
18. LOI n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 (1) [Internet]. Légifrance. 2007 [cité 02 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000017726554/>
19. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1) [Internet]. Légifrance. 2009 [cité 02 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475/>
20. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1) [Internet]. Légifrance. 2019 [cité 02 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038821260/>
21. Dossier de presse : Ma santé 2022 : un engagement collectif [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2018 [cité 03 sept 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-dossiers-de-presse/article/dossier-de-presse-ma-sante-2022-un-engagement-collectif>
22. Le Projet régional de santé Nouvelle-Aquitaine 2018-2028 [Internet]. ARS Nouvelle-Aquitaine. 2022 [cité 03 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-nouvelle-aquitaine-2018-2018-est-adopte>

23. Plan Santé Dordogne (24) 2018-2023 [Internet]. ARS Nouvelle-Aquitaine. 2022 [cité 03 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/plan-sante-dordogne-24>
24. Plan Santé Haute-Vienne (87) 2018-2023 [Internet]. 2022 [cité 16 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/plan-sante-haute-vienne-87>
25. Brodin M. Les Français et la médecine: Attentes et représentations. Laennec. 2004;52(1):26.
26. Glaser BG, Strauss AL, Soulet MH, Oeuvery K, Paillé P. La découverte de la théorie ancrée: stratégies pour la recherche qualitative. Paris: A. Colin; 2010. (Individu et société).
27. Lebeau JPD de publication, Aubin-Auger I, Cadwallader JS, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, et al. Initiation à la recherche qualitative en santé: le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Saint-Cloud, France: Global média santé; 2021. 192 p.
28. Terrade P. Attentes des patients alcoolo-dépendants vis à vis de leur médecin généraliste avant et après sevrage: étude auprès de 199 patients pris en charge pour sevrage dans quatre centres de référence [Thèse d'exercice : Médecine]. Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie; 2009.
29. Dezeix L. Qu'attendent les patients d'une consultation de médecine générale?: analyse à partir d'un échantillon de 30 patients en Charente-Maritime [Thèse d'exercice : Médecine]. Université de Poitiers; 2016.
30. Frémont A. La région, espace vécu. Paris, France: Flammarion; 1999. 288 p.
31. Frélaut M. Les déserts médicaux. Regards. 2018;53(1):105-16.
32. Dedienne MC. Attentes et perceptions de la qualité de la relation médecin-malade par les patients en médecine générale: application de la méthode par focus groups [Thèse d'exercice : Médecine]. [Grenoble]: Université Joseph Fourier; 2001.
33. La Tribonnière X de. Pratiquer l'éducation thérapeutique : l'équipe et les patients. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson; 2016.
34. Beuscar A. 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 » [Thèse d'exercice : Médecine]. Université de Bordeaux; 2019.
35. Étude des mutations de la médecine générale. Étude sur les attentes et les représentations de la population vis-à-vis de la médecine générale [Internet]. URPS Médecins AuRA. 2005 [cité 10 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.urps-med-aura.fr/publications/etude-des-mutations-de-la-medecine-generale-etude-sur-les-attentes-et-les-representations-de-la-population-vis-a-vis-de-la-medecine-generale-enquete-aupres-de-la-patientele-des-medecins-generaliste/>
36. El Hafdi S. Le ressenti des patients sur la consultation de médecine générale [Thèse d'exercice : Médecine]. Université de Picardie Jules Verne; 2016.
37. Lopez A. Quelles sont les représentations des patients vis-à-vis des gestes techniques pratiqués par les médecins généralistes en cabinet ? [Thèse d'exercice : Médecine]. Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2017.

38. Ellouze S, Lafortune J, Soares A. Facteurs associés à la prise de rendez-vous en ligne pour une consultation de médecine générale : Santé Publique. 21 août 2018; Vol. 30(3):371-82.
39. Laissy Boivin H. Analyse des attentes des patients et des futurs médecins généralistes par rapport aux maisons de santé pluri professionnelles : à propos de l'exemple de la maison de santé pluri professionnelle du Val d'Ajol [Thèse d'exercice : Médecine]. Université de Lorraine Faculté de médecine de Nancy; 2014.
40. Bigeault M. Etat des lieux des connaissances et des attentes sur la permanence de soin ambulatoire par ses usagers sur le secteur d'Issoire [Thèse d'exercice : Médecine]. Université Clermont Auvergne UFR de médecine et des professions paramédicales; 2021.
41. Nézosi G. La protection sociale. Paris: La Documentation française; 2021. 357 p.
42. Richard O. Ressenti des habitants de la communauté de communes de Gournay-en-Bray sur la démographie médicale de cette zone [Thèse d'exercice : Médecine]. Université de Rouen Normandie; 2019.
43. Pratiques et conditions d'exercice en médecine générale : E-santé, soins non programmés et démographie médicale [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 2020 [cité 10 sept 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/pratiques-et-conditions-dexercice-en-medecine-generale-e-sante-soins-non>
44. Bonnet T. Le renoncement aux soins dû à l'avance des frais d'une part et à la pénurie de l'offre de soins d'autre part [Thèse d'exercice : Médecine]. Université de Rouen Normandie; 2016.
45. Georget MS, Liegeois AEJ. Burn-out et qualité de vie chez les médecins généralistes français en 2019: existe-t-il un lien? [Thèse d'exercice : Médecine]. Université de Bordeaux; 2019.
46. Cohen L, Génisson C, Savary RP. Rapport d'information n° 685 (2016-2017) fait au nom de la commission des affaires sociales. [Internet]. Sénat; 2017 juill. Report No.: N° 685. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6851.pdf>
47. Résultats 2021 de l'Observatoire de la sécurité des médecins [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2022 [cité 10 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/resultats-2021-observatoire-securite-medecins>
48. Gravier M. Choix des médecins généralistes en matière de secrétariat médical [Thèse d'exercice : Médecine]. [Lyon]: Université Claude Bernard; 2018.
49. Aghnatios M. Soins infirmiers en pratique avancée: représentations des acteurs de ce nouveau dispositif en soins primaires [Internet] [Thèse d'exercice : Médecine]. Université Côte d'Azur. Faculté de médecine; 2020.
50. Etchegoyen I, Pagadoy L, Schuck C. Ressenti des médecins généralistes, infirmières et patients sur le protocole ASALEE dans les Landes: évaluation qualitative croisée par méthode focus group [Thèse d'exercice : Médecine]. Université de Bordeaux; 2020.

Annexes

Annexe 1. Fiche d'appel à participation.....	93
Annexe 2. Note d'information destinée aux participants.....	95
Annexe 3. Document d'autorisation de réalisation et d'utilisation des enregistrements sonores.....	98
Annexe 4. Liste des compétences attendues des médecins généralistes	100
Annexe 5. Figure synthétisant les solutions proposées par nos participants pour lutter contre la désertification médicale.	101

Annexe 1. Fiche d'appel à participation

APPEL À PARTICIPER À L'ÉTUDE : « Les usagers du système de santé et leurs territoires de soins »

Organisme porteur de l'étude : **Université de Limoges – Département de médecine générale**

Dans le cadre **d'un projet de recherche** mené par la thésarde, **Marie Dacruz Eyssartier**, et sa directrice de thèse, **le Dr Karen Rudelle**, nous recherchons des **femmes et des hommes** remplissant tous les critères suivants :

- être âgé(e) **de plus de 18 ans et ne bénéficiant pas d'une mesure de protection juridique.**
- appartenant à **tous les catégories socioprofessionnelles confondues**
- et **ayant la possibilité de se déplacer dans un rayon de 10 à 20 km** pour assister à une **séance d'entretien collectif** qui se déroulera entre **janvier et mai 2022.**

La séance d'entretien regroupera entre six et sept personnes et durera entre **1hr et 1hr 30 environ** dans une **salle conviviale.**

Une collation sera prévue à la fin de chaque séance pour vous remercier de votre présence.

Si vous êtes intéressé(e), merci de remplir les bordereaux mis à votre disponibilité avec vos coordonnées afin que je puisse prendre contact avec vous.

Je vous remercie d'avance pour l'intérêt que vous porteriez à cette étude.

Mme Marie Dacruz Eyssartier

Dr Karen Rudelle

Bordereau à remplir par le patient

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone :

Les données personnelles collectées sont utilisées à des fins de recherche dans le cadre de cette étude. Elles sont utilisées par l'Université de Limoges en la personne de Marie Dacruz Eyssartier et seront conservées pour une

durée de 2 ans. Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez accéder et obtenir copie des données vous concernant, les faire rectifier ou les faire effacer. Vous disposez également d'un droit d'opposition, de limitation du traitement de vos données ainsi que du droit à la portabilité. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter la déléguée à la protection des données par voie électronique : dpd@unilim.fr, ou par courrier postal à l'adresse de l'Université de Limoges.

Annexe 2. Note d'information destinée aux participants

APPEL À PARTICIPER À L'ÉTUDE « Les usagers du système de santé et leurs territoires de soin. »

Organisme porteur de l'étude : Université de Limoges – Département de médecine générale

NOTE D'INFORMATION DESTINÉE AUX PARTICIPANTS

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité(e) à participer à une étude menée par Marie DACRUZ EYSSARTIER dans le cadre de sa thèse de médecine générale à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Limoges.

1) Quels sont les objectifs de l'étude ?

L'**objectif principal** de cette étude est d'identifier les attentes des patients vis-à-vis des médecins généralistes.

Les « attentes » des usagers de santé sont définies comme leurs souhaits, leurs espoirs et leurs craintes.

Les autres **objectifs** de cette étude sont les suivants :

- Identifier les opinions et les sentiments des patients vis-à-vis de la problématique de désertification médicale.

2) Votre participation à l'étude comporte-t-elle des risques et/ou des contraintes particulières ?

Votre participation à l'étude nécessitera que vous vous déplaçiez dans un rayon de 20 km pour participer à une session d'entretiens collectifs impliquant six à sept personnes. Cette séance durera environ 1 heure à 1 heure et demie et aura lieu en mai 2022. Le jour et l'heure de la rencontre de groupe seront déterminés en fonction de vos disponibilités et de celles des organisateurs.

La séance d'entretien étant volontaire, elle ne sera pas rémunérée. Toutefois, en guise de remerciement pour votre participation, un rafraîchissement vous sera offert à la fin de chaque session.

3) Comment va se dérouler l'étude ?

Lors de la séance d'entretien collective, vous vous retrouverez avec six à sept autres participants dans une salle de réunion conviviale. Vous serez accueillis par la modératrice de séance, le Dr Karen Rudelle et la thésarde, Mme Marie Dacruz Eyssartier.

Au cours de cette session, la modératrice, le Dr Karen Rudelle, vous posera un certain nombre de questions auxquelles vous serez invités à répondre librement. Ces questions sont destinées à faciliter les échanges entre les participants. N'hésitez pas à répondre aux questions ou aux opinions exprimées si vous les trouvez intéressantes. Si vous ne souhaitez pas répondre, vous pouvez vous abstenir de le faire.

Pendant les échanges, Mme Marie Dacruz Eyssartier enregistrera votre conversation à l'aide d'un dictaphone et elle observera également vos gestes et mimiques. Il s'agit d'une étape importante car le langage non-verbal est également très riche en informations. Bien entendu, toutes ces données seront ensuite conservées de manière anonyme.

Puis, les données recueillies au cours de ces sessions seront analysées afin de générer des résultats. Ces conclusions seront par la suite présentées à un jury de thèse pour approbation.

Une fois validés, les fruits de cette étude seront disponibles en ligne sous la forme d'un manuscrit de thèse.

4) Quels sont vos droits en tant que participant à la recherche ?

Vous êtes totalement libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude sans avoir à vous justifier, et sans que cela n'entraîne de conséquences pour vous, notamment au regard de votre prise en charge par votre professionnel de santé.

Vous disposez du temps que vous estimez nécessaire pour prendre votre décision.

En cas d'acceptation, vous pourrez à tout moment revenir sur votre décision, sans nous en préciser la raison, par simple courriel adressé à **marie.dacruz@etu.unilim.fr** ou par courrier postal à l'adresse suivante : **Marie Dacruz Eyssartier, Lieu-dit les Pénassoux, 24800, Thiviers.**

5) Cette étude implique-t-elle un traitement de vos données à caractère personnel ?

Votre participation implique la réalisation d'un traitement de données à caractère personnel à partir des informations qui vous concernent et qui seront produites dans le cadre de cette étude. Ce traitement poursuit une finalité de recherche scientifique et a pour base légale l'exécution d'une mission d'intérêt public (art. 6.1.e du Règlement général sur la protection des données). Le responsable de traitement est la Présidente de L'université de Limoges.

6) Quels sont vos droits à l'égard de vos données à caractère personnel ?

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous pouvez accéder aux données vous concernant ou demander leur effacement. Vous disposez également d'un droit d'opposition, d'un droit de rectification et d'un droit à la limitation du traitement de vos données. Ces droits ne pourront pas s'exercer s'ils sont susceptibles de rendre impossible ou de compromettre gravement la réalisation des objectifs de la recherche.

Pour exercer ces droits ou poser des questions au sujet de cette recherche, vous pouvez vous adresser directement à **Mme Dacruz Eyssartier**. Une réponse vous sera apportée dans les plus brefs délais avec un délai maximal d'un mois à compter de la réception de la demande.

Vous pouvez contacter également la Déléguée à la Protection des Données de l'Université de Limoges à l'adresse dpd@unilim.fr.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la **CNIL (www.cnil.fr)**.

Cette note d'information vous appartient et vous pouvez la communiquer et en parler à votre médecin traitant et/ou à vos proches pour avis.

Nous vous remercions, Madame, Monsieur, de votre participation.

Contacts :

Investigateur principal : Mme Marie Dacruz Eyssartier

Téléphone : 07 81 73 53 94

Coordonnées : marie.dacruz@etu.unilim.fr

Lieu-dit les Pénassoux, 24800, Thiviers

Annexe 3. Document d'autorisation de réalisation et d'utilisation des enregistrements sonores

Université de Limoges

Autorisation de réalisation et d'utilisation enregistrements sonores

Ce document est destiné à recueillir le consentement et les autorisations nécessaires dans le cadre de la captation, l'exploitation et l'utilisation d'enregistrement sonores de personnes majeures, quel que soit le procédé envisagé. Elle est formulée dans le cadre des finalités spécifiés ci-dessous

1- Finalités de la réalisation et de l'utilisation d'enregistrements sonores :

De permettre à l'équipe de recherche de réaliser une étude qualitative sur les attentes des usagers de santé vis-à-vis des médecins généralistes.

2- Mode d'exploitation

Autorisation*	Support	Durée de conservation	Étendue de la diffusion
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Dictaphone	1 an	Marie Dacruz Eyssartier
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Téléphone Portable	1 an	Dr Karen Rudelle

*Autorisation

Je soussigné(e) (Nom / Prénoms) :

Autorise la captation de ma voix et l'utilisation qui en sera faite

Date :

Signature :

J'ai compris quelles sont les finalités et l'étendue de cette diffusion. Je reconnais être entièrement investi(e) de mes droits personnels. Je reconnais expressément n'être lié(e) par aucun contrat exclusif pour l'utilisation de ma voix. Cette cession de droit ne me permettra de prétendre à aucune rémunération. **Cette autorisation exclut toute autre utilisation et diffusion de l'enregistrement sonore.**

Pour exercer vos droits

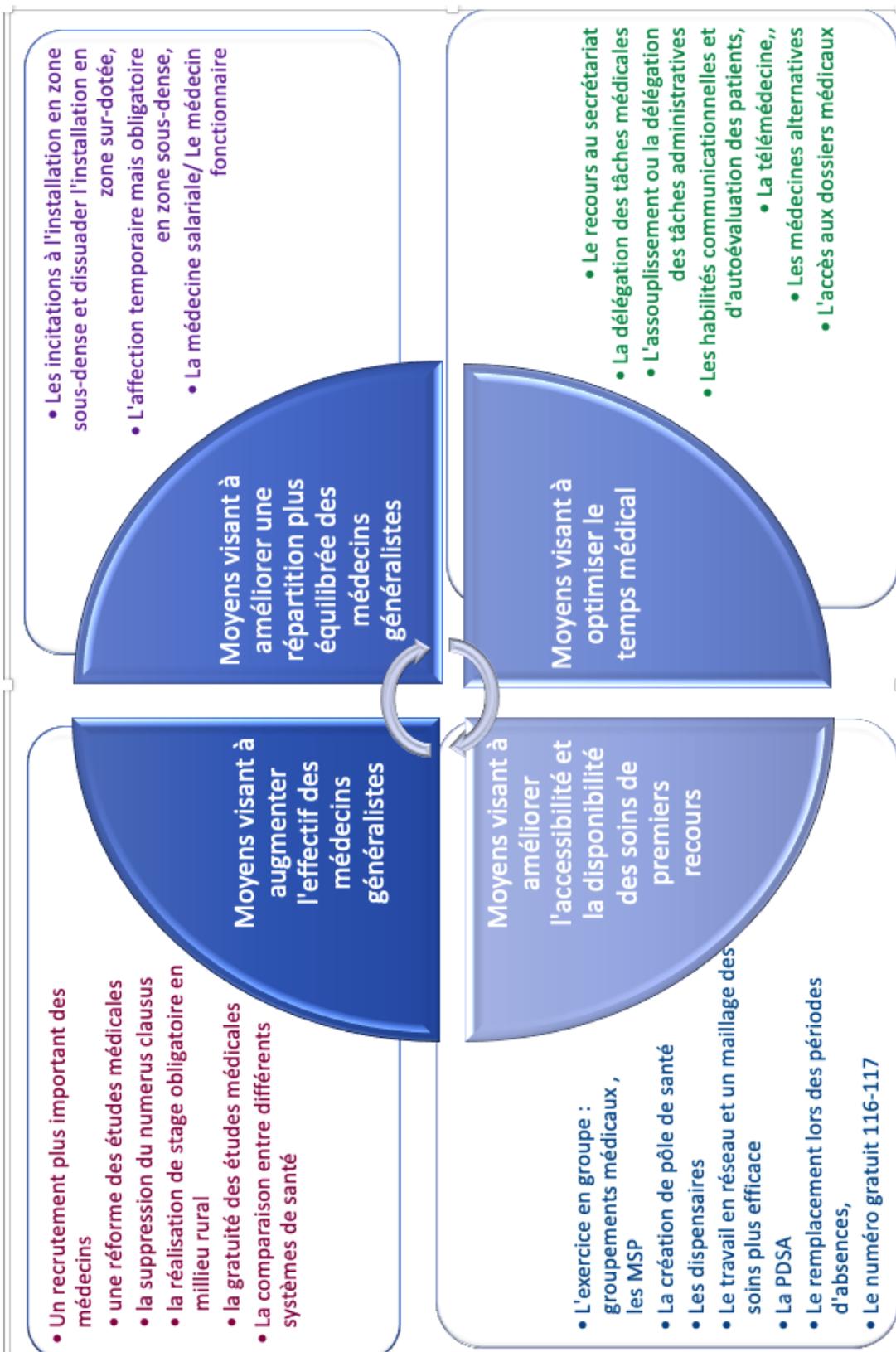
Les données personnelles collectées sont utilisées à des fins de recherche. Elles sont utilisées par l'Université de Limoges et seront conservées pour une durée de 2 ans. Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez accéder et obtenir copie des données vous concernant, les faire rectifier ou les faire effacer. Vous disposez également d'un droit d'opposition, de limitation du traitement de vos données ainsi que du droit à la portabilité.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter la déléguée à la protection des données par voie électronique : dpd@unilim.fr, ou par courrier postal à l'adresse de l'Université de Limoges.

Annexe 4. Liste des compétences attendues des médecins généralistes

- a. Un médecin **doté de compétences relationnelles.**
- b. Un médecin **accessible et disponible.**
- c. Un médecin responsable de **la coordination des soins ; un médecin référent.**
- d. Un **médecin polyvalent** réalisant des **gestes techniques.**
- e. Un médecin **ayant recours à un secrétariat.**
- f. Un médecin **exerçant en groupe.**
- g. Un médecin **participant à la permanence des soins ambulatoires.**
- h. Un médecin réalisant **les soins de prévention**

Annexe 5. Figure synthétisant les solutions proposées par nos participants pour lutter contre la désertification médicale.



Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Les attentes des usagers du système de santé vis-à-vis des médecins généralistes exerçant dans les zones sous-denses du Périgord Vert et du Sud de la Haute-Vienne en 2022

Contexte : Bien que les communautés rurales soient confrontées au phénomène de la désertification médicale, les opinions et préoccupations des usagers du système de santé rural, en particulier en ce qui concerne les médecins généralistes, n'ont reçu que peu d'attention.

Objectifs : Notre objectif principal était donc d'identifier les attentes de ces usagers vis-à-vis des médecins généralistes exerçant dans les zones sous-denses du Périgord Vert et du Sud Haute-Vienne, en particulier ceux appartenant à la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé Confluence. Les objectifs secondaires étaient d'identifier les opinions, sentiments et représentations de ces usagers face au phénomène de désertification médicale et aux solutions proposées pour améliorer leur accès aux soins.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative s'inspirant de l'approche d'analyse par théorisation ancrée. Les données ont été recueillies au cours de trois focus groups réalisés entre janvier et mai 2022, et analysées numériquement à l'aide du logiciel Nvivo®.

Résultats : Les attentes de ces usagers sont multiples et complexes, autour de médecins généralistes assumant différents rôles. Quant à leurs opinions, représentations et sentiments face au phénomène de désertification médicale, ils sont majoritairement négatifs. En ce qui concerne les solutions proposées par les pouvoirs publics, elles sont pour la plupart conformes aux attentes des participants à l'étude.

Conclusion : Les attentes de ces usagers découlent de leurs besoins fondamentaux d'accéder, sans entrave, à des soins de santé primaires de meilleure qualité.

Mots-clés : attentes des usagers du système de santé, médecins généralistes, désertification médicale, soins de santé primaire

Health care users' expectations of general practitioners working in medically underserved areas of Périgord Vert and South Haute-Vienne in 2022

Context: Although rural communities are grappling with the issue of medical desertification, the views and concerns of rural healthcare users, particularly with respect to general practitioners, have received little attention.

Objectives: Our main objective was therefore to identify the expectations of these users with regard to general practitioners working in medically underserved areas of Périgord Vert and southern Haute-Vienne, in particular those belonging to the Confluence Territorial Professional Health Community. The secondary objectives were to identify the opinion, feelings and representations of these users regarding the phenomenon of medical desertification and the solutions proposed to improve their access to care.

Method: This is a qualitative study inspired by the grounded theory analysis approach. The data were gathered during three focus groups conducted between January and May 2022, and digitally analyzed using Nvivo® software.

Results: The expectations of these health care users are multiple and complex, revolving around general practitioners assuming different roles. As for their opinions, representations and feelings regarding the phenomenon of medical desertification, they are mostly negative, given the perceived deterioration in the quality of health care. Concerning the solutions proposed by health authorities, they are mostly in line with the study participants' expectations.



Conclusion: Healthcare us stem from their basic need for unhindered access to high-quality primary care.

Keywords: Patient expectations, general practitioners, medically underserved areas, primary health care

