L'accès aux soins : des perceptions du territoire aux initiatives des acteurs : concepts, mesures et enquêtes pour une analyse géographique de l'organisation et du développement d'une offre de soins durable

Joy Raynaud

▶ **To cite this version:**

Joy Raynaud. L'accès aux soins : des perceptions du territoire aux initiatives des acteurs : concepts, mesures et enquêtes pour une analyse géographique de l'organisation et du développement d'une offre de soins durable. Histoire. Université Paul Valéry - Montpellier III, 2013. Français. NNT : 2013MON30052 . tel-00967067

HAL Id: tel-00967067

https://theses.hal.science/tel-00967067

Submitted on 27 Mar 2014

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

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

Thèse soutenue par

Joy RAYNAUD

Pour obtenir le grade de

Docteur en Géographie et aménagement du territoire
à l'Université Paul Valéry - Montpellier 3

L'ACCÈS AUX SOINS :
DES PERCEPTIONS DU TERRITOIRE AUX INITIATIVES DES ACTEURS

Concepts, mesures et enquêtes pour une analyse géographique de l'organisation et du développement d'une offre de soins durable

Thèse soutenue à Montpellier, le 31 Octobre 2013 devant le jury composé de :

Pr. Antoine BAILLY - Professeur des Universités (Genève, Suisse)	Pré-rapporteur
Pr. Roland SAMBUC - Professeur des Universités (Faculté de Médecine, Marseille, France)	Pré-rapporteur
Pr. Henri PICHERAL - Professeur des Universités (Montpellier, France)	
Dr. Alain CORVEZ - Directeur Général Adjoint ARS Midi-Pyrénées	
Dr. Jean-Paul ORTIZ - Président de l'URPS des Médecins Libéraux du Languedoc-Roussillon	
Pr. Laurent CHAPELON - Professeur des Universités (Montpellier, France)	Directeur
Pr. Henry BAKIS - Professeur des Universités (Montpellier, France)	Co-directeur

UNIVERSITÉ PAUL-VALÉRY MONTPELLIER 3 — URPS Médecins libéraux LANGUEDOC-ROUSSILLON — UMR GRED Gouvernance, Risque, Environnement, Développement — ARTDev

Sommaire

Remerciements 5
Répertoire des signes utilisés 7
Avant-Propos 9

Introduction 11

Partie I Acteurs, territoires et réseaux : le contexte de l'accès aux soins 23
Chapitre 1. Les acteurs de santé et leurs perceptions 25
Chapitre 2. Le territoire et les réseaux : l'espace géographique façonné par les acteurs 47

Partie II Analyse du concept d'accès aux soins : vers une approche multidimensionnelle centrée sur les acteurs 73
Chapitre 3. Les logiques de localisation et d'organisation des services : les limites de la distance 75
Chapitre 4. Une analyse des différentes conceptualisations de l'accès aux soins 85
Chapitre 5. Indicateurs et cartographie de l'accès aux soins : une synthèse critique 109

Partie III Etude des perceptions des patients et des médecins concernant l'accès aux soins en Languedoc-Roussillon 131
Chapitre 6. Difficultés et renoncements des patients pour consulter un médecin 133
Chapitre 7. Les difficultés et les solutions envisagées des médecins concernant l'accès aux soins 209

Partie IV Regroupement des professionnels de santé et télémédecine : des nouvelles organisations pour l'accès aux soins durable ? 261
Chapitre 8. Le regroupement des professionnels de santé : l'organisation de proximité de demain 263
Chapitre 9. La télémédecine : un accès aux soins adapté aux besoins des patients en tout point du territoire 327

Conclusion et perspectives 359
Références citées dans le texte 367
Table des illustrations 383
Index analytique 393
Table des matières 395
Annexes 401

Remerciements

Je remercie chaleureusement le Docteur Eric Coué, ancien président de l'URML du Languedoc-Roussillon, pour m'avoir offert la possibilité d'effectuer cette thèse de doctorat. Débutant dans mes fonctions professionnelles, sa confiance à mon égard a été très valorisante et je lui exprime toute ma gratitude.

Je remercie le président de l'URPS du Languedoc-Roussillon, le Docteur Jean-Paul Ortiz, pour son soutien, sa disponibilité et son écoute durant la réalisation de ma thèse. Bien que n'ayant pas de formation en géographie, le Dr Ortiz a une connaissance et une analyse fines des problématiques territoriales. Ses conseils rigoureux m'ont ainsi permis de prendre du recul sur mon travail et d'en améliorer la qualité, notamment lors de sa diffusion auprès des médecins et du grand public.

Je remercie le Professeur Laurent Chapelon, d'avoir accepté d'être co-directeur de ma thèse et de m'avoir apporté tout son savoir en aménagement du territoire et sur la question de l'accès. Sa disponibilité, sa rigueur, ses conseils avisés et sa lecture attentive de ma thèse ont contribué à l'amélioration de mon travail.

Je remercie le Professeur Henri Bakis, d'avoir accepté d'être directeur de ma thèse et d'avoir apporté ses conseils et son expertise concernant la géographie des services et les relations entre les nouvelles technologies de l'information et de la communication et les territoires.

Je remercie le Professeur Henri Picheral qui, dès ma seconde année de Master, m'a accordé son temps pour lire mes travaux et me donner de précieux conseils en géographie de la santé concernant la bibliographie, les études réalisées et les personnes à rencontrer pour des collaborations enrichissantes. Sa confiance et son soutien ont constitué une aide inestimable à l'élaboration de cette thèse.

Je remercie le Professeur Antoine Bailly et le Professeur Roland Sambuc de me faire l'honneur d'avoir accepté d'être membre du jury et pré-rapporteurs de ma thèse.

Je remercie le Docteur Corvez pour la lecture attentive de mes travaux en géographie de la santé, pour son soutien et ses conseils avisés concernant l'accès aux soins en Languedoc-Roussillon. Je suis très honorée qu'il soit membre du jury de cette thèse.

Je remercie le Docteur Vedrenne pour sa précieuse contribution sous forme d'entretiens concernant son expérience de création de la maison de santé pluriprofessionnelle de Saint-Paul-de-Fenouillet et son projet de télémédecine.

Je remercie l'ensemble des médecins généralistes et spécialistes de l'URPS du Languedoc-Roussillon pour leur accueil, leurs conseils et leur bienveillance à mon égard. Ce fut un plaisir d'échanger et de participer à l'élaboration de projets à leurs côtés.

Je remercie l'ensemble du personnel de l'URPS pour leur soutien durant la rédaction de cette thèse et notamment Christine Harth, pour son précieux travail de relecture, effectué avec minutie et enthousiasme.

Je remercie également ma mère pour sa présence et ses encouragements ainsi que mon ami, Flavien Lens, pour son soutien et la réalisation graphique de la page de garde de ce document.

Mes pensées vont tout particulièrement à ma moitié, Thomas Guillon, pour son soutien indéfectible. Son implication dans mon travail, ses nombreux conseils avisés et sa rigueur scientifique acquise lors de son doctorat de mathématiques, ont constitué une aide inestimable pour la réalisation de ce travail.

Je dédie cette thèse à mon père, mes grands-mères et mon grand-père qui m'ont quitté trop tôt ainsi qu'aux personnes qui m'entourent et que j'aime.

Répertoire des signes utilisés

ALD	Affection de Longue Durée
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (devenue HAS)
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
ARS	Agence Régionale de la Santé
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMUc	Couverture Maladie Universelle complémentaire
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CREDES	Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé (devenu IRDES)
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DMP	Dossier Médical Personnel
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales du Languedoc-Roussillon
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ECN	Epreuves Classantes Nationales
HAD	Hospitalisation A Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
IRM	Imagerie par Résonnance Magnétique
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economiques
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PDS	Permanence Des Soins
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SISA	Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins
T2A	Tarification Á l'Activité
TIC	Technologie de l'Information et de la Communication
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux (devenue URPS)
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
ZAU	Zonage en Aires Urbaines
ZAUER	Zonage en Aires Urbaines et aires d'Emploi de l'espace Rural (créé en 1999 et a été remplacé par le ZAU de 2010)
ZUS	Zone Urbaine Sensible

Avant-Propos

Dès mon Master 1, je me suis intéressée aux rôles des services liés aux nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) sur les comportements et les perceptions de la diaspora chinoise de l'échelle locale (ville de Montpellier) à l'échelle mondiale (Raynaud, 2009). Permettant un accès instantané à une infinité d'informations, Internet, la téléphonie et la télévision sont des technologies qui bouleversent les concepts de distance et de territoire. S'appuyant sur des entretiens semi-directifs auprès de la population étudiante chinoise, mon travail a montré que les TIC modifient les pratiques spatiales en facilitant l'installation et l'organisation de la vie quotidienne des immigrants dans le pays d'accueil (Raynaud, 2011b). Ils bouleversent également les perceptions en créant un sentiment de proximité avec leur pays natal et de réconfort : ils ont le sentiment « d'être présent » dans le pays d'origine, pourtant situé à plusieurs milliers de kilomètres. Les TIC favorisent ainsi l'émergence d'un biculturalisme à travers l'adaptation à l'échelle locale et l'affirmation d'une identité culturelle chinoise (Raynaud, 2011a).

En Master 2, j'ai souhaité poursuivre l'étude des services qui constituent une thématique particulièrement riche tant d'un point de vue spatial, qu'économique et sociologique en termes de comportements et de perceptions. A cet égard, le secteur de la santé m'intéressait particulièrement, notamment dans la relation entre l'offre de soins proposée par les médecins et les exigences de proximité et d'égal accès aux soins souhaitées par les patients et les pouvoirs publics. La santé est l'une des principales préoccupations des français dans un contexte de baisse de la démographie médicale et d'augmentation des besoins de santé. Comment l'accès aux consultations peut-il se maintenir dans tous les territoires, qu'il s'agisse d'espaces ruraux isolés ou de quartiers urbains sensibles ?

Afin de répondre à cette question et pour que mon travail universitaire soit bien en adéquation avec la réalité territoriale, il m'a semblé indispensable de travailler auprès des principaux acteurs concernés : les médecins. Ma candidature a donc été retenue pour un stage de Master à l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) du Languedoc-Roussillon et ce travail a fait l'objet d'une publication d'un ouvrage (Raynaud, 2012). Les URML, appelées aujourd'hui Union Régionale de Professionnels de Santé (URPS), sont des associations créées par la loi 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professionnels de santé et l'assurance maladie. Elles contribuent à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins. Leurs missions concernent la réalisation d'études et d'actions dans de nombreux domaines en santé tels que le fonctionnement du système de santé, l'exercice libéral de la médecine, l'épidémiologie, l'évaluation des besoins médicaux, l'évaluation des comportements et des pratiques, l'organisation et la régulation du système de santé, la prévention, la santé publique, la coordination avec les autres professionnels de santé mais aussi l'information et la

formation des médecins et des usagers. En Languedoc-Roussillon, l'URPS des médecins libéraux représente les 6 000 médecins en activité de la région, 3 200 généralistes et 2 800 spécialistes. Son assemblée générale est composée de 60 membres (30 généralistes et 30 spécialistes) élus par leurs confrères pour six ans sur des listes présentées par les syndicats médicaux. Elle bénéficie de la légitimité que lui confère le suffrage universel et des moyens provenant de la cotisation obligatoire de tous les médecins conventionnés qui lui permette de fonctionner.

C'est avec beaucoup d'intérêt et d'enthousiasme que j'ai pu poursuivre mon stage sous la forme d'un travail de thèse me permettant d'associer la rigueur de la recherche universitaire et la réalité du terrain vécue par les professionnels de santé. La Convention Industrielle de Formation par la REcherche (CIFRE) a constitué un cadre juridique approprié pour accomplir cette mission.

Introduction

- *Pourquoi des médecins ont souhaité travailler avec un(e) géographe ?*

Etant donné sa vocation à produire des études et des rapports dans le domaine de la santé à l'échelle régionale, l'URML a été très intéressée par ma candidature. Son président, le Docteur Coué, fut enthousiaste à l'idée d'interagir avec un étudiant ayant des compétences en géographie et en aménagement du territoire. Aux yeux des médecins de cette association, un géographe connait la méthodologie pour déterminer les spécificités du territoire et tient compte de son hétérogénéité. En effet, les médecins avaient l'intuition que leurs questions relevaient de la géographie : où sont situés les territoires dont l'accès aux soins est difficile ? Où implanter une maison de santé pour qu'un maximum d'individus puisse en bénéficier ? Quelles communes risquent de voir leur médecin partir à la retraite ? Quelles sont les méthodes pour mesurer l'accès aux soins ? A mon arrivée, les médecins m'ont exposé un problème, très significatif, des difficultés qu'ils rencontraient avec les pouvoirs publics. Ainsi, le 8 février 2008, pour développer la permanence des soins à moindre frais, la ministre de la santé, Roseline Bachelot, a demandé aux préfets de diminuer le nombre de secteurs de garde pour les dimanches, samedis après-midi, jours fériés et premières partie de nuit, passant de 2 500 à 2 000 secteurs de garde en France. Les départements les moins peuplés ont connu une forte diminution de leur nombre de secteurs de garde et donc un accroissement des zones d'intervention des médecins sans tenir compte de la géographie physique (reliefs, plaines, etc.) et de l'état des infrastructures routières. Les distances à parcourir la nuit, dans des conditions climatiques parfois difficiles notamment en zones de montagnes et dans des régions où les services publics tendent à diminuer, pour effectuer des visites au domicile du patient en situation d'urgence, alourdissent considérablement les risques et la charge de travail des médecins de campagne et font fuir les quelques jeunes internes intéressés par l'exercice libéral en milieu rural. Les difficultés ont été particulièrement fortes en Lozère où seulement 4 secteurs de garde couvraient plus de 5 000 km². Heureusement, ce dispositif créé sans une connaissance précise des spécificités des territoires et dans une logique comptable, n'a pas été adopté et actuellement, 2 à 8 médecins assurent la permanence des soins en Lozère sur 13 secteurs de garde, dont 5 sont organisés en lien avec les départements limitrophes.

Ainsi, aux yeux des médecins, les études d'un géographe constituent une réponse rigoureuse face à des décisions technocratiques. L'objectif des médecins est de disposer de rapports argumentés, avec une analyse fine des réalités des territoires pour s'opposer efficacement, si nécessaire, aux mesures de l'Etat et de l'Assurance Maladie. A mon sens, l'enjeu était passionnant : utiliser des concepts et des méthodes universitaires pour répondre aux questions pragmatiques des médecins : comment identifier les territoires où l'accès aux soins est le plus fragile ? Où manque-t-

on de médecins ? Dans quels territoires les départs à la retraite seront les plus nombreux ? Et comment améliorer l'accès aux soins sur les territoires compte-tenue de la liberté d'installation des professionnels libéraux ?

La demande des médecins a été d'autant plus forte que ces questions s'inscrivent dans un contexte d'urgence. En effet, les généralistes s'inquiètent de voir leurs confrères assumer seuls la demande des patients dans des territoires où ils étaient encore quatre ou cinq il y a peu. Les causes de la forte diminution de l'offre de soins sont nombreuses : forte baisse du numerus clausus pour l'entrée en faculté de médecine dans les années 1990, nombreux départs à la retraite liés au vieillissement de la population médicale, faible attrait pour l'exercice libéral, etc. Parallèlement à cela, le vieillissement de la population ainsi que l'augmentation du nombre de pathologies graves et de malades chroniques constituent des facteurs d'accroissement de la demande.

Cette immersion professionnelle a été essentielle pour mieux comprendre les réalités territoriales et les problèmes spatiaux auxquels sont confrontés les médecins dans leur quotidien. C'est donc avec beaucoup d'intérêt que j'ai recueilli les observations des médecins généralistes et spécialistes concernant mon approche des difficultés d'accès aux soins. J'ai également pu connaître leurs perceptions des textes de lois, leurs principales préoccupations sur l'avenir du système de santé, mais aussi sur les conditions d'exercice de la médecine.

- *Quelles sont les spécificités du Languedoc-Roussillon ?*

En matière d'accès aux soins, la région Languedoc-Roussillon constitue un cas d'étude particulièrement intéressant. Située sur le littoral méditerranéen, elle dispose de 9 446 médecins libéraux et salariés en 2011, soit une densité moyenne pour 100 000 habitants de 355 médecins (la moyenne nationale étant de 330)[1]. Concernant la densité de l'offre libérale pour 100 000 habitants en 2010[2], elle est de 117 médecins omnipraticiens[3] (contre 97 en France métropolitaine) et de 99 médecins spécialistes (contre 87 en France métropolitaine).

[1] Données ADELI en 2011, Ecosanté, disponible sur www.ecosante.fr.
[2] Données SNIR en 2010, Ecosanté, disponible sur www.ecosante.fr
[3] La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) regroupe les médecins généralistes et les médecins ayant un Mode d'Exercice Particulier (MEP) sous le nom de médecins omnipraticiens. Un MEP n'est pas une spécialité reconnue par la Sécurité Sociale (acupuncture, homéopathie, etc.), cette médecine spécifique se distingue des généralistes pratiquant une médecine générale.

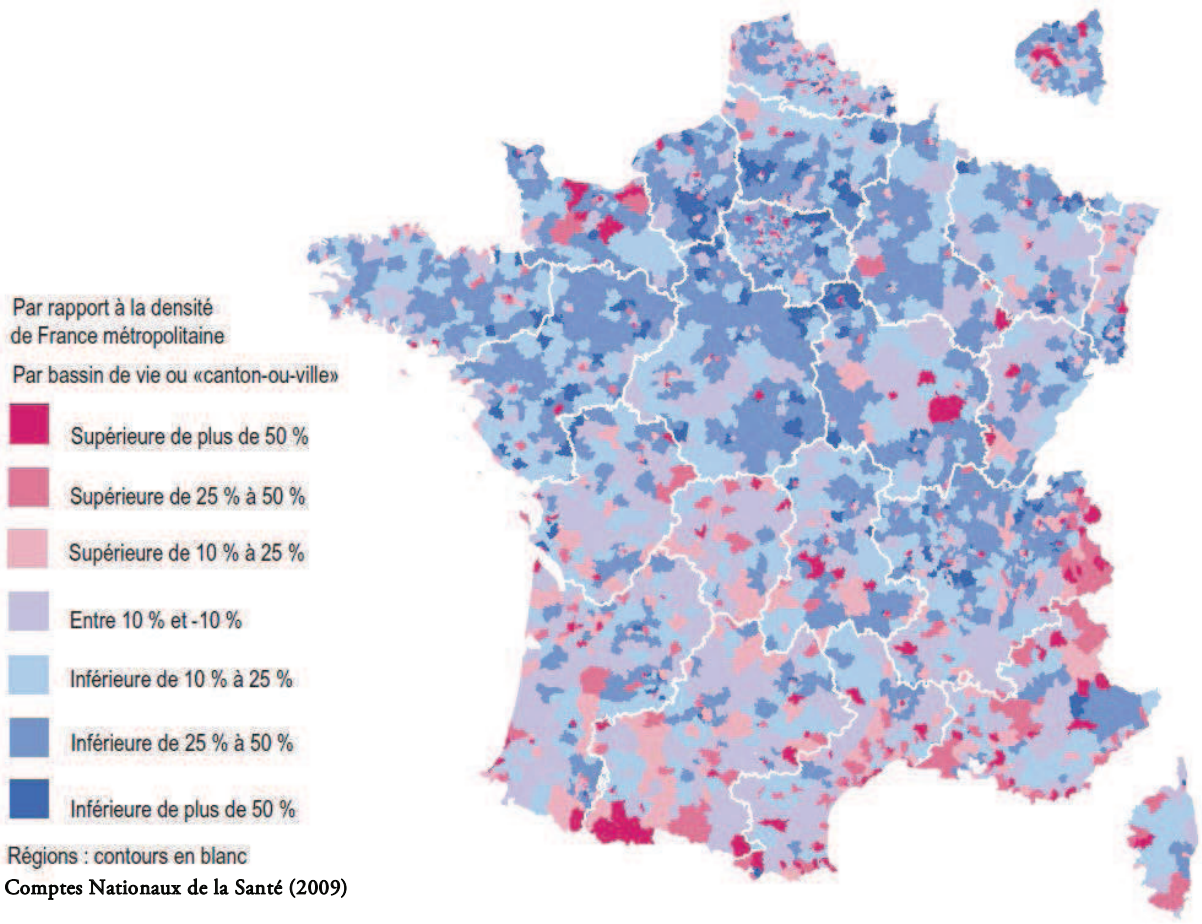


Figure 1 : Ecart des densités des médecins généralistes libéraux vis-à-vis de la densité moyenne en France métropolitaine en 2008.

La carte Figure 1 (page 13) met en évidence que les régions du sud de la France présentent une densité en médecins généralistes supérieure aux régions du nord. Elle permet également de visualiser les disparités infra départementales de l'offre de soins médicale : tandis que la frange littorale (notamment héraultaise et gardoise) dispose d'une densité de médecins généralistes par habitants relativement élevée, l'arrière-pays des cinq départements présente un nombre de médecins par habitants inférieur à la moyenne nationale. Contrairement aux professionnels paramédicaux, les médecins généralistes libéraux semblent plus équitablement répartis sur le territoire étant donné que peu de bassins de vie ou « cantons-ou-villes » présentent une densité supérieure ou inférieure de plus de 50% à la densité nationale.

Pour les paramédicaux et notamment les infirmiers (voir Figure 2, p. 14), on observe de plus grandes inégalités de répartitions entre le sud et le nord de la France. En 2008, à l'exception de la Lozère et des Hauts-Cantons de l'Hérault, une grande partie de la région Languedoc-Roussillon présente une densité d'infirmiers libéraux supérieure de plus de 50% à la densité moyenne en France métropolitaine.

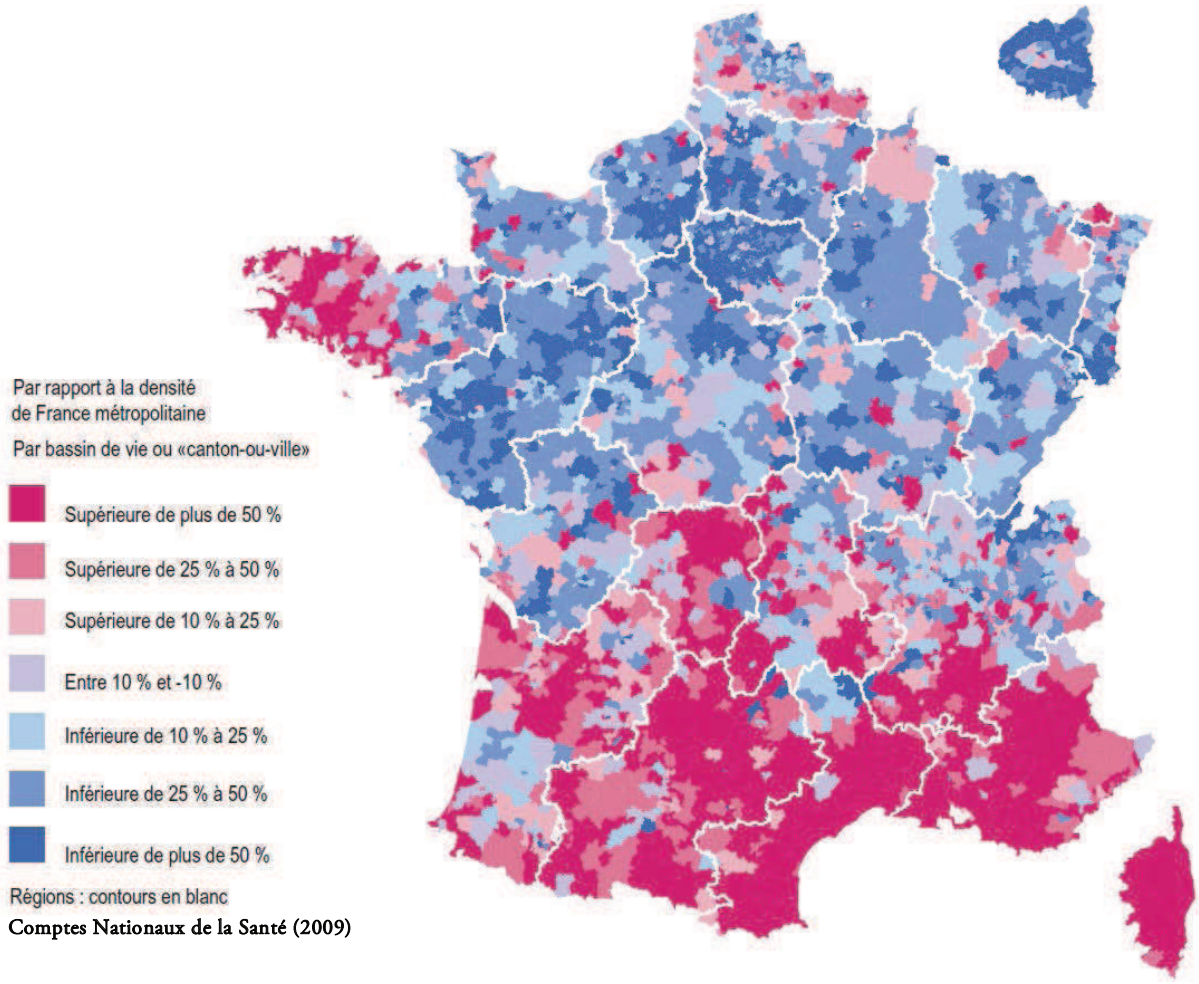


Figure 2 : Ecart des densités des infirmiers libéraux vis-à-vis de la densité moyenne en France métropolitaine en 2008.

La répartition de la densité des pharmaciens vis-à-vis de la densité moyenne en France métropolitaine est plus surprenante (voir Figure 3, p. 15). Tout d'abord, le clivage nord-sud est très peu marqué et ce sont des territoires de la Creuse, de la Corrèze, des Hautes-Pyrénées et de la Lozère qui enregistrent des densités parmi les plus élevées. En revanche, dans les départements du Gard et de l'Hérault, le nombre de pharmaciens libéraux est faible vis-à-vis du nombre d'habitants.

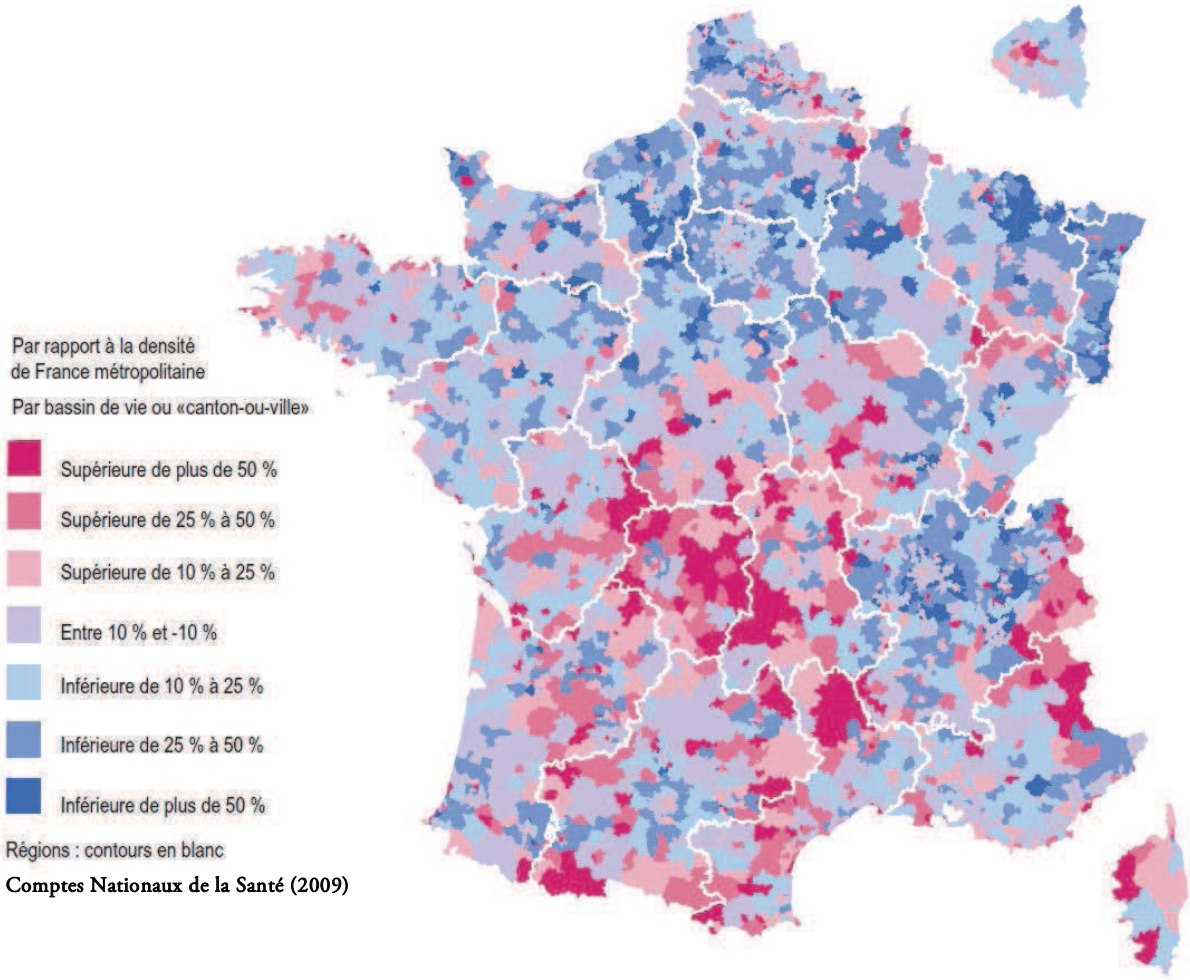


Figure 3 : Ecart des densités des pharmaciens vis-à-vis de la densité moyenne en France métropolitaine en 2008.

La densité des masseurs-kinésithérapeutes libéraux est très inférieure à la densité en France métropolitaine dans la moitié nord de la France (voir Figure 4, p. 16). Au sud, le nombre de kinésithérapeutes par habitants est particulièrement élevé en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur, au sud et à l'est de la région Rhône-Alpes ainsi que sur le littoral méditerranéen (notamment dans l'Hérault) et Atlantique.

Enfin, la répartition de la densité des chirurgiens-dentistes est assez homogène dans la moitié nord de la France avec de nombreux territoires dont la densité est inférieure de plus de 50% à la densité nationale (voir Figure 5, p. 16). La moitié sud de la France est moins homogène : on observe des bassins de vie dont la densité de chirurgiens-dentistes est forte lorsqu'un pôle urbain est à proximité et plus faible (voire très faible) dans le reste du territoire.

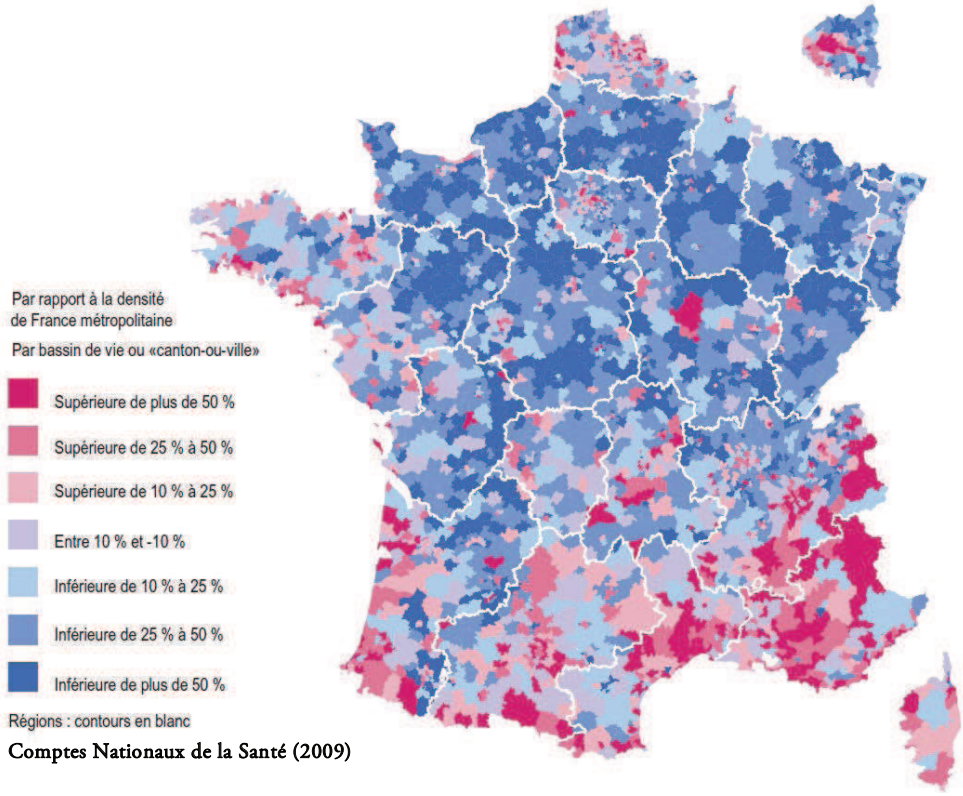


Figure 4 : Ecart des densités des masseurs-kinésithérapeutes libéraux vis-à-vis de la densité moyenne en France métropolitaine en 2008.

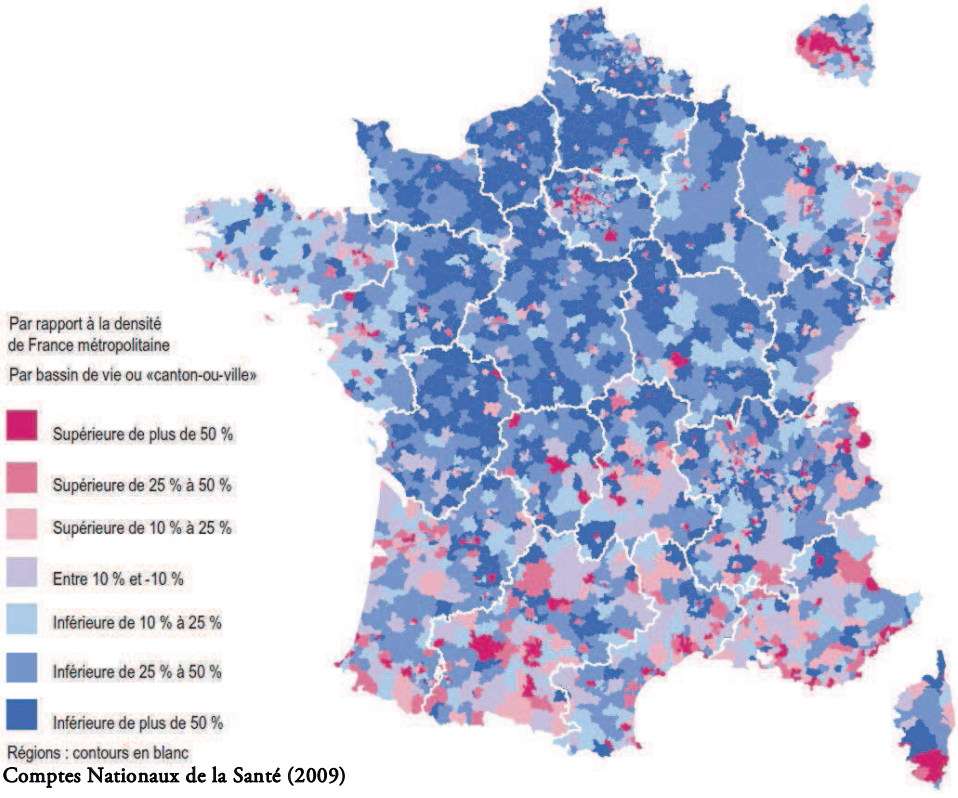


Figure 5 : Ecart des densités des chirurgiens-dentistes libéraux vis-à-vis de la densité moyenne en France métropolitaine en 2008.

Mais cette offre de soins relativement abondante cache de fortes hétérogénéités territoriales (voir Figure 6, p. 17).

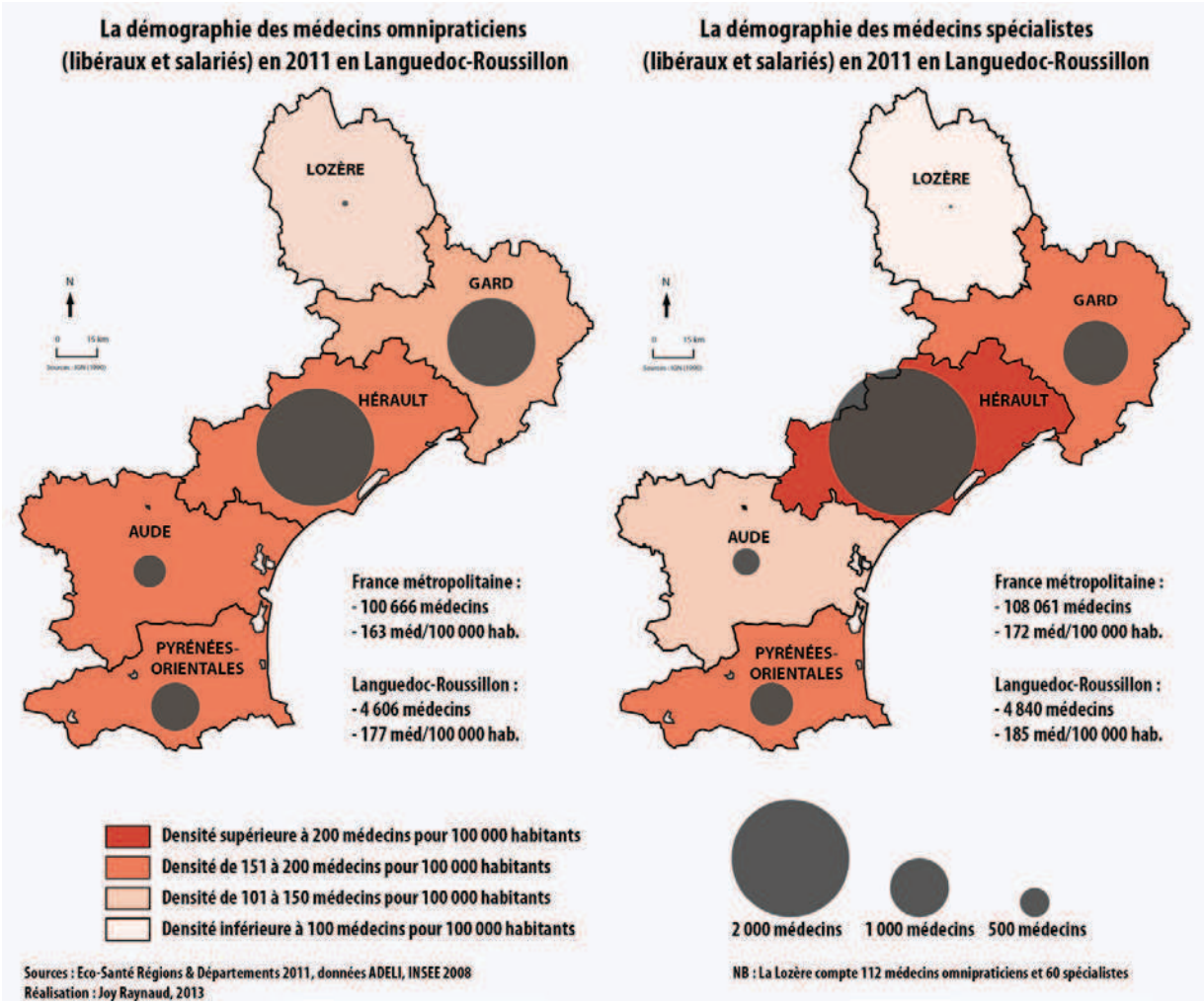


Figure 6 : Démographie des médecins omnipraticiens et spécialistes en 2011 en Languedoc-Roussillon.

Si la frange littorale est bien dotée en offre de soins, on observe un gradient de concentration qui décroit vers les espaces ruraux de l'arrière-pays. Ces espaces plus faiblement médicalisés sont davantage confrontés au vieillissement des praticiens et au faible renouvellement des cabinets médicaux après la cessation d'activité. Une étude prospective menée par la DREES en 2009 prévoit une baisse des effectifs des généralistes et des spécialistes en France d'ici 2030 (Attal-Toubert, Vanderschelden, 2009). Cette évolution serait moins marquée pour les généralistes que pour les spécialistes, mais avec de fortes disparités suivant les spécialités et les régions. Le nombre de médecins en activité diminuerait alors de 8% tandis que la population devrait croître de 30% : la densité médicale serait alors réduite de 30%[4] entre 2006 et 2030. L'étude tient compte de la répartition régionale du numerus clausus, des postes ouverts aux Epreuves Classantes Nationales

[4] Selon la DRASS, elle diminuerait de 24% à l'horizon 2020 : voir DRASS (2003) et de 38% selon F. Flori (2002).

(ECN) ainsi que de la mobilité des médecins. Ce scénario montre que les régions Languedoc-Roussillon, PACA, Corse et Ile-de-France vont connaître une diminution importante de la densité médicale au profit notamment des régions Poitou-Charentes, Lorraine, Auvergne, Basse-Normandie et Bretagne.

La forte opposition de la densité des médecins entre les régions du nord et du sud de France ainsi que les inégalités régionales et infrarégionales existaient déjà au XIX^{ème} siècle. En trente ans, les disparités entre les régions se sont sensiblement atténuées : les régions aux densités les plus faibles en 1968 demeurent aujourd'hui parmi celles qui sont les moins médicalisées alors que les régions les mieux pourvues restent l'Île-de-France, PACA, Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon (Vilain, Niel, 1999). Mais depuis l'instauration de la Sécurité Sociale après la Seconde Guerre Mondiale, *a priori* toutes les populations sont solvables (y compris les plus démunis avec la CMU) (Picheral *et al.*, 2004b). Moins par la recherche d'un cadre de vie et de conditions climatiques agréables, la persistance des inégalités de répartitions des médecins s'explique notamment par le fait que les jeunes médecins ont une tendance très nette à s'installer dans la région où ils ont obtenu leur diplôme (Tonnellier, 1984). Aujourd'hui comme hier, les régions qui ont de fortes densités sont celles qui ont formé de nombreux médecins (Picheral, Vigneron, 1996). La localisation des facultés de médecine a donc joué un rôle primordial dans la formation des inégalités (Baslé *et al.*, 2003). A cet égard, la Faculté de médecine de Montpellier qui a été créée au XII^{ème} siècle est la plus ancienne faculté de médecine en exercice au monde, elle est l'une des plus prestigieuses de France et compte plus de 5 700 étudiants.

Ainsi, la région Languedoc-Roussillon constitue un terrain d'observation particulièrement intéressant pour étudier et comprendre les difficultés d'accès aux soins. Bien que la région ait un nombre de médecins importants ainsi que de nombreux équipements sanitaires[5], elle dispose d'une répartition fortement hétérogène des professionnels de santé, de la population et des réseaux de transport. Le maintien d'un accès aux soins satisfaisant sur l'ensemble du territoire y compris en période d'afflux touristique (l'été sur le littoral languedocien et l'hiver dans les stations de ski des Pyrénées-Orientales) semble un défi particulièrement intéressant à relever. De plus, la diminution de l'offre de soins (notamment libérale) constatée dès aujourd'hui en Languedoc-Roussillon va s'amplifier dans les prochaines années, ce contexte oblige les professionnels de santé et les pouvoirs publics à anticiper l'inadéquation entre une offre de soins déficitaire et une demande croissante.

[5] INSEE, Tableaux de l'Economie du Languedoc-Roussillon (2008), consulté le 9 juin 2013 : http://www.insee.fr/fr/regions/languedoc/default.asp?page=themes/chiffres/chi0902/chi0902.htm

- *Objectifs de la thèse*

L'objectif de ce travail est de définir un cadre conceptuel et une méthodologie permettant de proposer des solutions opérationnelles pour améliorer l'accès de la population aux consultations des médecins généralistes et spécialistes. L'accès aux soins est un sujet complexe qui est relié à de nombreuses thématiques (santé, acteurs, territoires, réseaux, gouvernance, distance, proximité, perceptions, comportements, etc.) relevant de champs disciplinaires variés dont la géographie est à la croisée (économie, sociologie, psychologie, etc.).

La première partie réalise un état des lieux des concepts géographiques pour étudier le contexte de l'accès aux soins. Le premier chapitre est ainsi consacré à l'analyse des interactions entre les différents acteurs de santé afin d'identifier leurs rôles et leurs aspirations et d'envisager le développement d'une offre de soins durable sur les territoires. Le deuxième chapitre s'intéresse à la définition du concept de territoire et met en évidence l'importance des acteurs à travers leurs perceptions et leurs actions pour améliorer l'accès aux soins. Les territoires sont composés de réseaux techniques (infrastructures de transport) et technologiques (réseaux de télécommunications) influençant les distances métriques et les distances-temps. Dans ce contexte, les acteurs de santé planifient et aménagent l'accès aux services selon un principe de recherche d'équité spatiale et de proximité.

L'objectif de la seconde partie est de réaliser un état de l'art et une discussion sur le concept d'accès aux soins et sur les mesures associées. Dans la continuité de l'approche liée à la distance géographique nous verrons, chapitre 3, que l'accès aux soins peut être analysé selon les logiques d'organisation et de localisation d'un service. Cependant, les premières théories de la géographie économique ont été pensées dans un espace isotrope et nous verrons comment les sciences sociales ont permis d'enrichir les modèles économiques. La contestation du modèle normatif de *l'homo œconomicus* a permis une compréhension plus riche des comportements à travers une approche multidimensionnelle. Pourtant en France, les difficultés d'accès aux soins sont souvent analysées à travers une seule dimension : l'accès géographique ou financier. Afin de comparer les approches multidimensionnelles de l'accès aux soins, le chapitre 4 s'intéresse à la démarche de construction des concepts en sciences sociales. Ainsi, nous analyserons deux définitions majeures de l'accès aux soins ainsi que leurs mesures. L. A. Aday et R. M. Andersen ont développé le modèle comportemental de l'utilisation des services de santé dont l'objectif majeur est d'identifier l'iniquité d'accès aux soins à partir des caractéristiques sociodémographiques des populations étudiées. R. Penchansky et J. W. Thomas proposent une approche où l'accès se situe entre la volonté et la capacité d'un consommateur à obtenir des soins. Ils déterminent les conditions expliquant l'adéquation entre les attentes des consommateurs et les caractéristiques des services de soins. Indépendamment de ces concepts, de nombreux indicateurs quantitatifs se sont développés

pour obtenir des représentations cartographiques de l'accès aux soins. Le chapitre 5 présente une synthèse des principaux outils développés et identifie leurs limites d'interprétation vis-à-vis du concept d'accès aux soins.

La synthèse des définitions du concept d'accès aux soins montre l'importance des perceptions des acteurs de santé pour identifier les dimensions qui constituent les difficultés des patients, ainsi que le rôle des professionnels de santé dans l'organisation et le développement de l'offre de soins sur les territoires. La troisième partie de cette thèse analyse les perceptions des patients et des médecins du Languedoc-Roussillon à travers la réalisation de deux enquêtes dont l'objectif est d'établir un diagnostic des difficultés de l'accès aux soins et d'explorer une méthodologie pour en déterminer les causes. Le chapitre 6 présente l'enquête et les résultats obtenus auprès de mille patients du Languedoc-Roussillon. Des analyses statistiques sont réalisées pour croiser les caractéristiques sociodémographiques et géographiques de la population avec leur satisfaction concernant les dimensions de l'accès aux soins et les difficultés ressenties pouvant conduire au renoncement à une consultation médicale. Bien que les médecins soient des acteurs de santé essentiels de l'offre de soins, les précédentes approches n'ont jamais intégré leurs perceptions pour identifier les causes des difficultés de l'accès aux soins. Le chapitre 7 présente ainsi les résultats d'une enquête menée auprès de cinq cents médecins interrogés sur leurs perceptions des difficultés des patients, leurs conditions de travail ainsi que les solutions qu'ils privilégient pour améliorer les délais de prise en charge des patients. Leurs ressentis sont confrontés à ceux des patients et analysés en fonction de l'âge du médecin, de son lieu d'exercice et du mode d'organisation du cabinet médical.

La quatrième partie analyse les deux principales organisations de l'offre de soins émergentes : les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) et la télémédecine. Etant donné que les résultats obtenus dans l'enquête précédente montrent que les médecins sont très favorables au regroupement avec d'autres confrères pour améliorer l'accès aux soins, le chapitre 8 est consacré à l'étude des MSP. A partir d'une analyse bibliographique et d'un entretien semi-directif avec le Docteur Vedrenne, Président de la Fédération Régionale des Maisons et Pôles de Santé du Languedoc-Roussillon et coordinateur d'une maison de santé, nous verrons que ces regroupements constituent une organisation de l'offre de soins durable et de qualité à l'initiative des acteurs locaux. Malgré les nombreux obstacles et démarches administratives pour réaliser ces projets, les médecins, soutenus par les pouvoirs publics, souhaitent lutter contre la baisse de la démographie médicale en s'adaptant aux aspirations de la jeune génération. De même, chapitre 9, la télémédecine est étudiée à travers une analyse bibliographique, des retours d'expériences et un entretien avec le Docteur Vedrenne qui a développé un projet de téléexpertise dans une maison de santé en milieu rural avec des radiologues exerçant en pôles urbains. Les maisons de santé et la télémédecine sont des organisations favorisant la concertation et la coopération entre les

professionnels médicaux et donc la qualité des soins. En effet, nous verrons que ces services sont organisés selon des degrés de spécialisation, intégrant le domicile du patient, les soins programmés et non programmés de premier, second et troisième recours et le secteur médico-social. Nous montrerons que les maisons de santé pluriprofessionnelles ainsi que la télémédecine constituent des outils d'aménagement du territoire en développant une offre de soins qui participe à un dynamisme démographique et économique, notamment dans des territoires ruraux ou isolés.

Partie I

Acteurs, territoires et réseaux : le contexte de l'accès aux soins

Chapitre 1. Les acteurs de santé et leurs perceptions

L'accès aux soins est un sujet géographique et relève de l'interaction entre des acteurs, des territoires et des réseaux. Ce premier chapitre permet d'identifier les rôles et les objectifs des principaux acteurs de santé : les pouvoirs publics, les patients et les médecins. Cette présentation contextuelle de l'accès aux soins est nécessaire pour comprendre les interactions et les enjeux des différents acteurs. Cependant, dans un contexte de transition démographique (vieillissement de la population) et de transition épidémiologique (augmentation des pathologies graves et chroniques), une volonté majeure est partagée par tous les acteurs : l'accès à des soins de qualité quelles que soient les conditions sociales des individus et leurs territoires. La prise en compte des aspirations des acteurs est essentielle pour développer une offre de soins durable sur les territoires.

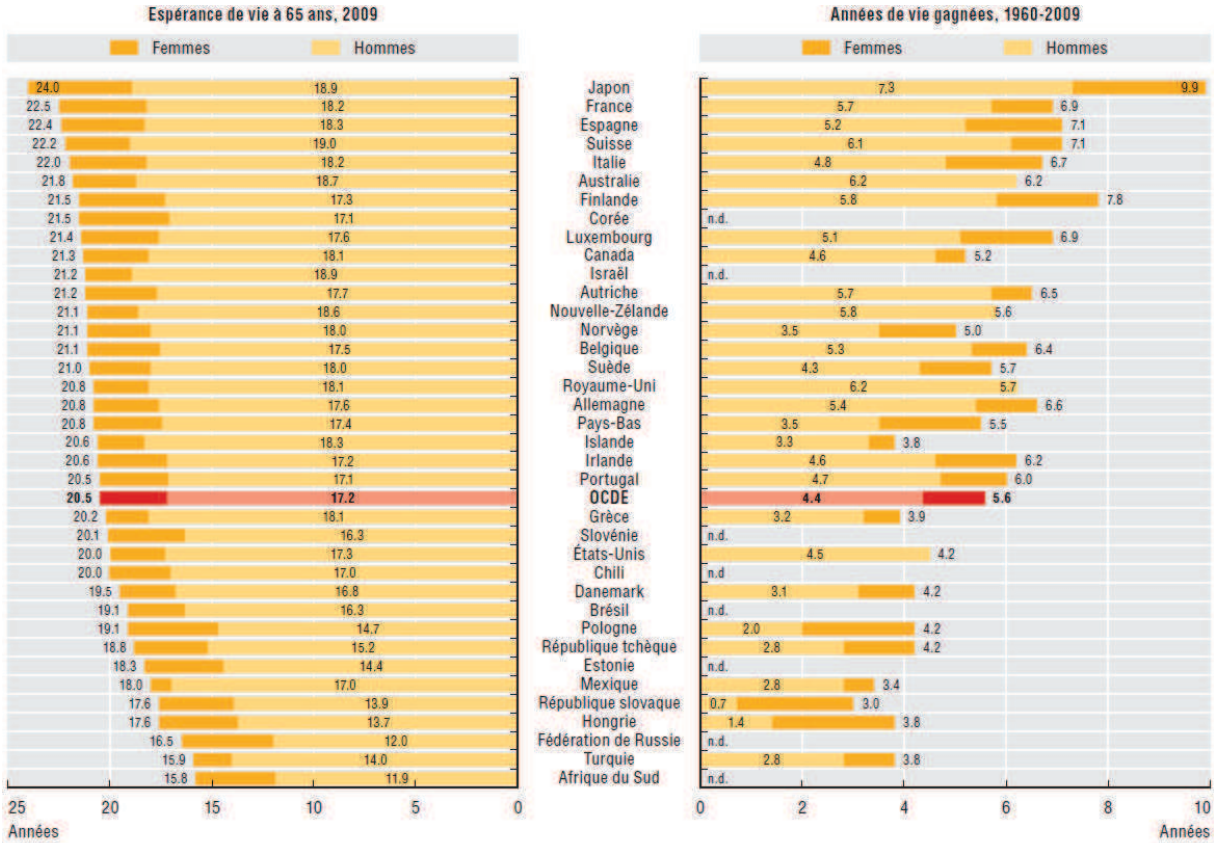
1.1. La santé, un secteur stratégique pour les pouvoirs publics

1.1.1. La performance du système de santé français

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2000) a décrit le système de santé français comme étant le plus performant en termes de dispensation et d'organisation des soins. De même, en 2008, une organisation américaine non-gouvernementale, *The Commonwealth Fund*, a réalisé une étude comparative des systèmes de santé des principaux pays développés et le système français se classe à la première place pour son efficacité (The Commonwealth Fund Commission on a High Performance Health System, 2008). Son principal critère s'appuie sur la mortalité évitable, ce qui correspond au rapport entre le nombre annuel moyen de décès évitables et la population totale âgée de moins de 75 ans. La France arrive ainsi en tête du classement avec un taux de 65 décès évitables pour 100 000 habitants, devant le Japon (71), l'Australie (71) ou encore l'Allemagne (88), le Royaume-Uni (103) ou les Etats-Unis (110).

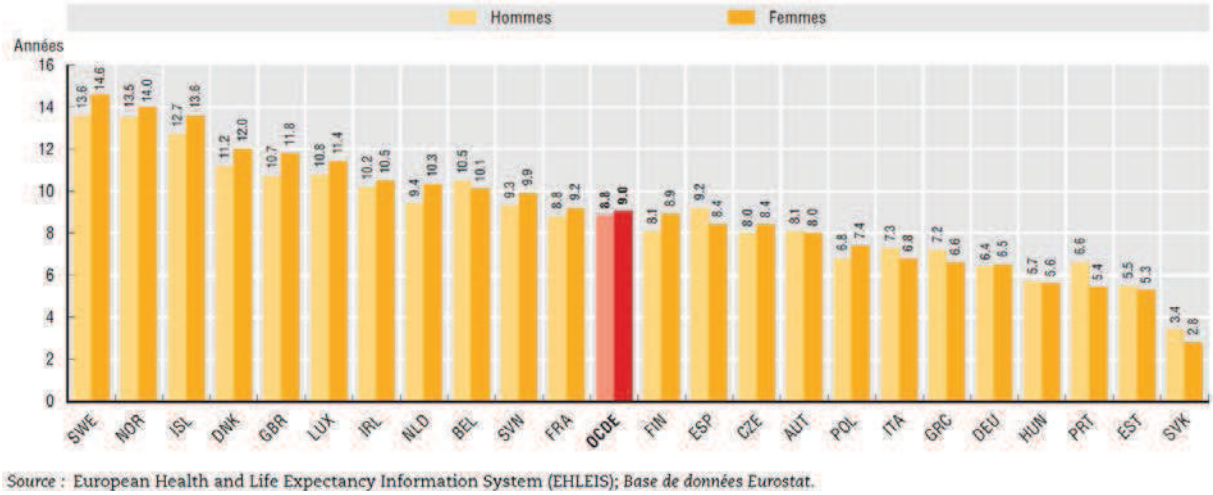
La France consacre 12% de son produit intérieur brut (PIB) à la dépense courante de santé (soit 240,3 milliards d'euros en 2011) (DREES, 2012a). Mais le critère de la part de PIB consacrée au système de santé semble peu lié à son efficacité, puisque la part du PIB des Etats-Unis consacrée à la santé est de 15% pour un état de santé de la population relativement moyen. Ainsi, les français ont également une espérance de vie élevée à 65 ans : 22,5 ans pour une femme et 18,2 ans pour un homme en 2009 (voir Figure 7, p. 26) et se situent à la deuxième position du classement des pays de l'OCDE, derrière le Japon (OCDE, 2011). Ce résultat s'explique par les

progrès réalisés en matière de soins médicaux, avec un meilleur accès aux soins, un mode de vie plus sain et une amélioration des conditions de vie aussi bien avant qu'après 65 ans. Une augmentation de l'espérance de vie à 65 ans ne s'accompagne pas nécessairement d'un bon état de santé durant ces années de vie supplémentaires. En Europe, on calcule depuis quelques années un indicateur d'espérance de vie sans incapacité, dit « *années de vie en bonne santé* », qui repose sur une question générale sur l'incapacité posée dans l'Enquête européenne sur le revenu et les conditions de vie (voir Figure 8, p. 27). En 2009, le nombre moyen d'années de vie en bonne santé à 65 ans était sensiblement le même suivant le sexe : 9 ans pour les femmes et 8,8 ans pour les hommes. Pour la France, il est intéressant de voir que cet indicateur relativise les bons chiffres de l'espérance de vie à 65 ans puisque les français ont un nombre d'années de vie en bonne santé juste au-dessus de la moyenne des pays européens de l'OCDE, soit 9,2 ans pour les femmes et 8,8 ans pour les hommes.



Source : *Base de données de l'OCDE sur la santé 2011* et sources nationales pour l'Afrique du Sud, le Brésil et la Fédération de Russie.

Figure 7 : Espérance de vie à 65 ans en 2009 et années de vie gagnées depuis 1960.



Source : European Health and Life Expectancy Information System (EHLEIS); *Base de données Eurostat.*

Figure 8 : Années de vie en bonne santé en 2009 dans les pays européens de l'OCDE.

Par ailleurs, selon l'*Indice des Consommateurs de la Santé en Europe* » (l'*EuroHealth Consumer Index*)[6], la France qui occupait la 3ème place en 2007 est passée à la 10ème place en 2008, sur un classement de 31 systèmes de santé (27 pays de l'Union Européenne ainsi que la Suisse, la Norvège, la Macédoine et la Croatie). L'étude s'appuie sur 34 indicateurs regroupés sous 6 domaines-clés : droits et information des patients, temps d'attente pour des traitements courants, résultats des soins, satisfaction des consommateurs, accès aux médicaments et enfin degré d'informatisation des systèmes d'information. L'étude montre que malgré des soins de haut niveau, la France a un retard d'informatisation en matière de transferts de données. Or ce transfert permettrait de baisser les coûts en matière de santé.

1.1.2. Les inégalités de répartition de l'offre de soins

Les politiques publiques françaises et internationales (Organisation Mondiale de la Santé) visent une répartition plus homogène de l'offre de soins afin de garantir une meilleure égalité d'accès des populations à la santé sur l'ensemble des territoires. Dans son rapport sur la santé dans le monde en 2008, l'OMS a déclaré que « *les inégalités en santé résultent aussi des inégalités en matière de disponibilité, d'accès et de qualité des services, de la charge financière qu'elles imposent aux individus* » (OMS, 2008). Malgré les dépenses publiques de santé les plus élevées au monde, les français sont également très inégaux devant la santé. Ces disparités ont même tendance à s'aggraver depuis vingt ans, comme le montrait en 2002 le troisième rapport triennal du Haut Comité de la Santé Publique (HCSP, 2002). A cet égard, la Loi d'Orientation pour l'Aménagement et le Développement Durable du Territoire (LOADDT) du 25 juin 1999, proposée par Dominique Voynet, présente huit Schémas de Services Collectifs (SSC) qui

[6] www.healthpowerhouse.com

définissent des objectifs dans le cadre d'une réflexion prospective à 20 ans. Parmi ces huit thèmes stratégiques pour l'aménagement du territoire[7], l'un d'entre eux concerne les services sanitaires et a pour objectif « *d'assurer un égal accès en tout point du territoire à des soins de qualité* ». Il vise à corriger les inégalités intra et interrégionales en matière d'offre de soins et à promouvoir la continuité et la qualité des prises en charge en tenant compte des besoins de santé de la population, des conditions d'accès aux soins et des exigences de sécurité et d'efficacité. Il veille au maintien des établissements et des services de proximité.

La volonté des pouvoirs publics de garantir l'accès aux soins sur le territoire est rappelée, plus récemment, dans la nouvelle loi Hôpital, Santé, Patients et Territoires (dite loi HPST) votée le 21 juillet 2009, qui concerne l'ensemble du champ sanitaire et médico-social et dont le deuxième volet s'intitule : « *L'amélioration de l'accès à des soins de qualité* ». C'est la première fois que la notion de proximité apparait dans une loi hospitalière : « *L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité.* »[8]. De même, la question de l'égalité d'accès aux prestations sanitaires est l'un des principes fondateurs adoptés par la Conférence Nationale de la Santé (CNS). L'objectif est alors de « *réduire les inégalités intra et interrégionales* » et de « *garantir à tous l'accès à des soins de qualité* » en favorisant, par exemple, l'installation d'établissements et de professionnels de santé en zones défavorisées (Brodin, 2000). Ainsi, l'aménagement d'une offre diversifiée de soins de proximité (soins ambulatoires, hospitalisation de premier niveau, services d'urgence) doit permettre une bonne accessibilité aux soins pour l'ensemble de la population, tandis que d'autres activités sanitaires, plus spécialisées, doivent être concentrées dans des établissements disposant d'un environnement technique sophistiqué (Guigou *et al.*, 2001).

1.1.3. Un secteur stratégique en économie

Depuis le début des années 1980, le nombre de personnes en emploi en France métropolitaine a augmenté de 3,1 millions soit 14%, pour atteindre 25,7 millions en moyenne sur la période 2007-2009, tandis que la population a augmenté de 16% sur la même période. Les métiers du tertiaire ont fortement contribué à la croissance de l'emploi depuis le début des années 1980, notamment dans les domaines de la santé et de l'action sociale, culturelle et sportive, des

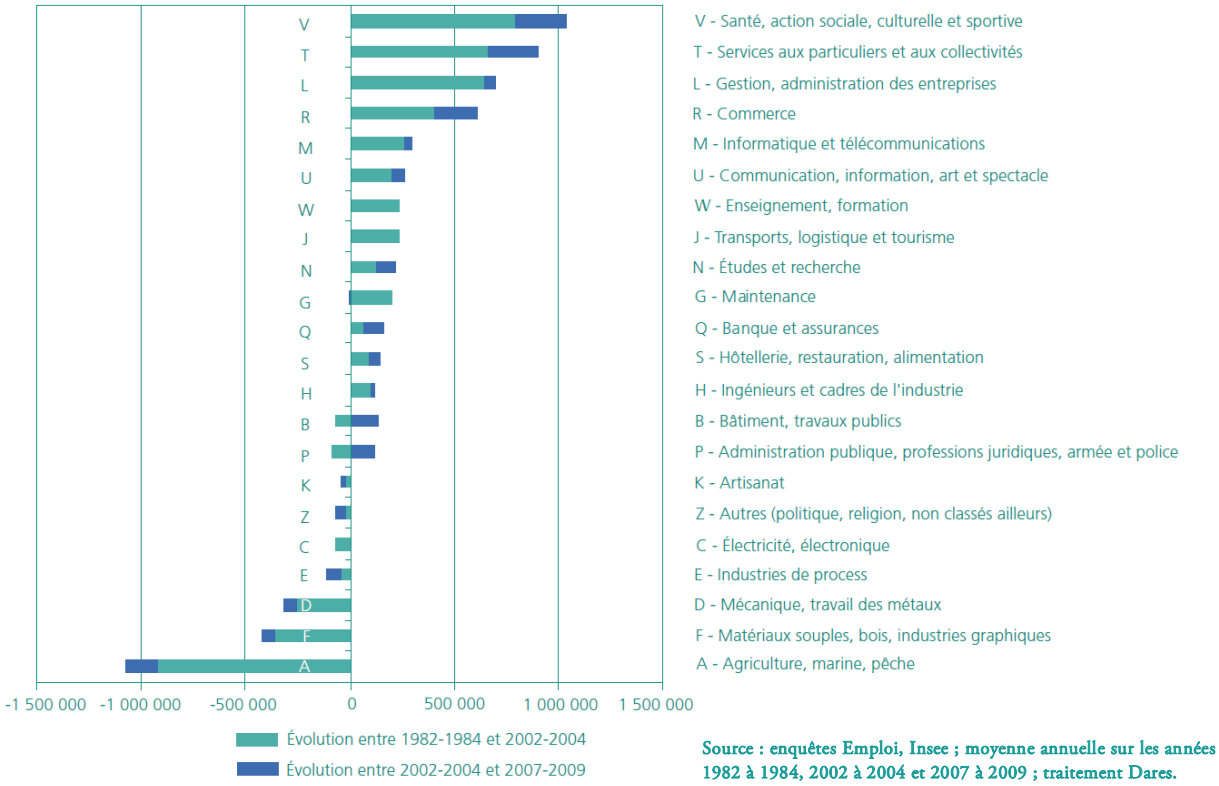
[7] L'enseignement supérieur et de la recherche, la culture, la santé, l'information et de la communication, le transport de voyageurs et le transport de marchandises, l'énergie, les espaces naturels et ruraux et le sport. Source : www.legifrance.gouv.fr

[8] Article L1411-11 de la loi Hôpital Patients Santé Territoires, Consulté le 10 juin 2013 sur le site Légifrance : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020890179&dateTexte=20130610

services aux particuliers et aux collectivités (voir Figure 9, p. 29). De même, entre 2000 et 2010, les effectifs de l'ensemble des professions de santé ont connu une croissance de 27%, soit 2,4% de croissance moyenne par an. Au 1er Janvier 2011, ce secteur stratégique représentait près d'1 900 000 emplois[9], parmi lesquels :

- 1 325 000 concernent les hôpitaux et cliniques (dont 153 000 sont des professionnels médicaux et 1 172 000 professionnels non médicaux),

- 352 000 emplois en libéral.



Source : enquêtes Emploi, Insee ; moyenne annuelle sur les années 1982 à 1984, 2002 à 2004 et 2007 à 2009 ; traitement Dares.

Figure 9 : Evolution de l'emploi par secteur professionnel en France entre 1982 et 2009 (DARES, 2011).

Selon le Ministère de la Santé, d'ici 2015, le secteur des métiers de la santé, qui représente actuellement 6,6% de la population active va poursuivre sa croissance sous l'effet de deux facteurs démographiques : le vieillissement de la population et l'accroissement naturel. En effet, l'augmentation du nombre de personnes âgées accroit les besoins de soins curatifs et préventifs, mais aussi les maladies chroniques (diabètes, cancers, maladies neurodégénératives, etc.). De plus, l'âge moyen des médecins étant de 51,1 ans[10], de nombreux départs à la retraite sont observés et

[9] Données du Ministère de la Santé, consulté le 10 juin 2013 : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Metiers_de_la_sante_-_Dossier_de_presse120312.pdf

[10] *Ibid.*

vont se poursuivre dans les prochaines années, ce qui créé un déséquilibre entre l'offre et la demande et de nombreux postes seront à pourvoir.

Ainsi, les pouvoirs publics ont pour mission de connaître précisément les besoins de la population en matière d'accès aux soins afin d'entreprendre des actions ciblées en adéquation avec la réalité des acteurs. Ils souhaitent ainsi maintenir la performance du système de santé français en favorisant un égal accès aux soins, qu'il soit financier ou géographique. Pour cela, l'Etat a pour objectif de maintenir son haut niveau de qualité des soins, mais aussi de rattraper son retard d'informatisation en matière de transferts de données et de développer les parcours de soins. Enfin, le secteur de santé, qui a eu une croissance parmi les plus fortes au cours des dernières décennies, doit poursuivre son développement afin de répondre aux besoins croissants de soins liés au vieillissement de la population et à son accroissement naturel.

1.2. Les attentes des patients

1.2.1. La santé : une priorité majeure des français

Dans les années 2000, la santé est devenue l'une des priorités majeures des Français. Ces fortes attentes sont exprimées dans de nombreuses enquêtes d'opinion et notamment lors des élections présidentielles (Sliman, 2009). Chaque année, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) réalise une étude auprès de 4 000 Français, interrogés en face à face, afin de recueillir leurs perceptions du système de santé. Depuis 2004, les résultats ont montré que 8 personnes sur 10 sont très attachées à l'universalité du système de protection sociale (DREES, 2013). De même, le baromètre BVA-Institut Delouvrier[11], lancé en 2005, confirme l'importance que revêtent la santé et la Sécurité Sociale auprès des Français (voir Figure 10, p. 31).

L'emploi, la lutte contre le chômage	52%	69% (+11)	44%	30%	62%	64%
L'éducation	43%	56% (-4)	39%	45%	55%	24%
La santé publique	39%	36% (-7)	42%	39%	47%	36%
La sécurité sociale	24%	18% (+1)	12%	40%	25%	20%
La justice	17%	20% (-4)	14%	14%	9%	19%
L'environnement	16%	13% (-6)	12%	26%	6%	17%
La fiscalité et la collecte des impôts	14%	20% (+11)	12%	12%	5%	19%
La police	13%	16% (-3)	26%	14%	3%	4%
Le logement	12%	25% (-3)	17%	4%	10%	3%
Les transports publics	7%	7% (-1)	10%	7%	3%	4%
La défense	6%	6% (-1)	10%	6%	2%	5%
La culture	6%	4% (=)	3%	6%	5%	11%

(Evolution depuis 2011)

Source : Institut Paul Delouvrier, étude réalisée via Internet auprès d'un échantillon représentatif de 4 201 personnes issues des 5 pays européens et âgées de 18 à 65 ans et plus.

Figure 10 : Les attentes prioritaires des européens en matière d'actions publiques en 2012.

[11] Consulté le 10 juin 2013 sur : www.delouvrier.org/themes/delouvrier/pdf/Barometre%20europeen2012.pdf

Plus récemment, une enquête a montré que les deux tiers des Français considèrent la santé comme leur préoccupation principale, au même titre que le pouvoir d'achat (63%)[12], loin devant le logement (33%), la qualité de leur environnement (33%), leur épargne (25%), leur sécurité (24%), le financement de leur retraite (21%) et le risque d'être au chômage (18%). De plus, 75% des français affirment se préoccuper de leur santé, même si seulement 18% agissent quotidiennement pour la préserver.

Les attentes prioritaires des usagers des services publics de santé sont : « *la qualité des soins reçus* » (44% de citations), la « *rapidité d'accès aux examens et soins médicaux* » (16%), mais aussi « *l'accès et la gratuité des soins médicaux pour tous* » (13%). Depuis octobre 2005, la satisfaction des usagers du système de santé public a augmenté passant de 82 à 88% en novembre 2012 (DREES, 2013). Il n'a pas échappé aux hommes politiques que la santé est devenue une priorité pour les Français qui sont désormais prêts à réaliser des efforts financiers ou concernant leurs habitudes pour la promouvoir (par exemple, fumer dans les lieux publics). La santé est un sujet de consensus, exempt de clivages partisans de gauche ou de droite (Sliman, 2009).

Concernant le système de soins, la médicométrie est un domaine d'étude qui vise à déterminer les modes de gestion les plus efficaces et les enjeux économiques régionaux de la planification sanitaire (Bailly, Périat, 2003). Afin de mieux orienter les choix et les priorités d'une politique de santé décentralisée, l'approche médicométrique spatiale ou régionale a été développée par A. Bailly et M. Périat (1984) et elle intègre les principes et méthodes de l'économétrie dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé (Picheral, 2001). La médicométrie construit des modèles mathématiques et statistiques en s'appuyant sur l'analyse du comportement médical des patients et des médecins ainsi que sur la description du système de santé et de son environnement.

L'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) s'est également intéressé aux attentes des usagers concernant les transformations actuelles de l'offre de soins en médecine générale (médecin traitant, regroupement, continuité des soins, etc.). Ainsi, les principales préoccupations des patients concernent leur relation avec le médecin et notamment l'échange d'information (Krucien, 2011). Ils accordent également beaucoup d'importance à la qualité clinique (minutie de l'examen, actes de prévention et d'éducation à la santé, etc.) et à la coordination des soins par le généraliste valorisant son rôle d'« aiguilleur » dans le système de santé. En revanche, les patients accordent moins d'importance à l'âge ou au sexe du médecin, à la structure médicale dans laquelle il exerce (pluriprofessionnelle, pluridisciplinaire ou monodisciplinaire).

[12] Sondage réalisé en ligne par TNS Sofres pour AXA Prévention entre le 25 septembre et le 1er octobre 2012, auprès d'un échantillon national représentatif de 1 016 personnes. Consulté le 11 juin 2013 sur : http://www.presse.axafrance.fr/Documents/Documents%20PDF/Barometre-Sante-AXA-Prevention_11-2012.pdf

1.2.2. Attentes et critiques des Français vis-à-vis de leur système de santé

L'attachement des Français à la santé et à la Sécurité Sociale s'accompagne également d'une critique vis-à-vis des dépenses de santé. En effet, selon le baromètre de la DREES (2013), 87% des Français estiment que les dépenses de santé sont trop élevées car le système n'est pas bien géré (ce score est le plus haut jamais atteint depuis la création de ce baromètre en 2000). De plus, 21% des français jugent que « *s'il n'y avait pas le monopole de la sécurité sociale, ça marcherait mieux* ». Parmi les mesures concrètes pouvant permettre de réduire les dépenses de santé, les professionnels de santé sont directement concernés : 86% des Français adhèrent à la limitation des tarifs des professionnels de santé et 78% souhaitent que les médecins prescrivent moins de médicaments, d'examens ou des médicaments et des examens moins chers. Dans une moindre mesure, 52% des Français se prononcent pour une limitation de la liberté d'installation des médecins, ce qui constitue 8% de plus par rapport à 2010. De même, 52% des personnes interrogées seraient favorables à la limitation des remboursements de la Sécurité Sociale pour certaines prestations (allocations familiales et chômage).

Les Français sont également critiques vis-à-vis des inégalités observées et celles liées à l'accès aux soins sont jugées les plus inacceptables : 45% de citations, ce qui représente 13% de plus qu'en l'an 2000 (voir Figure 11, p. 31). A cet égard, l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) réalise tous les cinq ans des enquêtes afin de connaître les comportements des Français dans de multiples domaines. Ces baromètres santé constituent une référence enrichissante vis-à-vis des enquêtes de perceptions précédemment citées. Les résultats montrent que si l'état de santé des Français est globalement bon, la mortalité prématurée (survenant avant l'âge de 65 ans) reste l'une des plus élevées de l'Union européenne et les inégalités de santé augmentent (DREES, 2011a). En effet, des disparités perdurent entre les hommes et les femmes, mais aussi suivant les territoires, les catégories sociales ou dans certains groupes de population. Ainsi, chez les hommes, l'espérance de vie à 35 ans des cadres est de 6,3 ans plus élevée que celle des ouvriers. Le différentiel est de 3 ans chez les femmes mais l'espérance de vie des femmes ouvrières reste supérieure à l'espérance de vie des hommes cadres. Ces différences sont le résultat d'effets combinés de comportements de santé (mode de recours et accès au système de soins, niveau d'exposition à des risques environnementaux, conditions de travail). On observe également une augmentation des inégalités entre les catégories socioprofessionnelles notamment en termes de bonnes pratiques, par exemple, les chômeurs fument et boivent davantage et sont deux fois plus nombreux que les actifs à consommer du cannabis et à avoir des pensées suicidaires (DREES, 2011a).

	-COMPARATIF- TOTAL DES CITATIONS					
	Les inégalités les plus répandues			Les inégalités les moins acceptables		
	2012	2011	Evolution	2012	2011	Evolution
	%	%		%	%	
Les inégalités de revenus	59	65	-6	31	37	-6
Les inégalités de logement	37	35	2	41	38	3
Les inégalités par rapport au fait d'avoir un emploi	24	24	=	18	18	=
Les inégalités d'accès aux soins	26	24	2	45	46	-1
Les inégalités par rapport au type d'emploi	17	16	1	14	14	=
Les inégalités liées à l'origine ethnique	17	15	2	26	23	3
Les inégalités dans les études scolaires	13	13	=	18	18	=
Les inégalités liées à l'héritage familial	6	6	=	6	7	-1

Source : DREES, 2013

Figure 11 : Les inégalités les plus répandues et les moins acceptables en France en 2012.

1.2.3. Le nouveau rôle actif des patients : le pouvoir de l'information

Les attentes des Français concernant la santé sont d'autant plus fortes que la place des patients dans le système de santé a changé au cours des dernières décennies. Comme l'indique la Haute Autorité de Santé (HAS) : « *même si des marges de progrès persistent, les patients jouent aujourd'hui un rôle plus actif, tant dans leur prise en charge que dans les politiques de santé* ». A cet égard, P. Batifoulier (2008), montre que l'une des plus importantes et plus intéressantes transformations du système de soins, depuis la fin des années 1980, est le développement du concept de démocratie sanitaire qui consacre l'entrée du patient comme décideur, dans un colloque singulier[13] dont il est le principal concerné. La démocratie sanitaire tend vers un rééquilibrage de la relation de soins, dans le sens où les pouvoirs sont moins inégalement répartis. En contestant à la fois la doctrine et la pratique du paternalisme médical, de même que la conception du « *patient infantile* », la démocratie sanitaire a favorisé l'émergence d'un patient actif, capable de discuter avec le praticien et informé par le biais de communautés. Le

[13] En médecine, le « colloque singulier » est une expression faisant référence à la relation bilatérale et protégée, en confiance, du médecin et de son patient. Selon Hippocrate, le colloque singulier est « *la rencontre d'une confiance et d'une conscience* », elle fait partie intégrante de la pratique médicale et constitue le garant de son éthique et de son efficacité (Ezéchiel Mvone-Ndong, 2011).

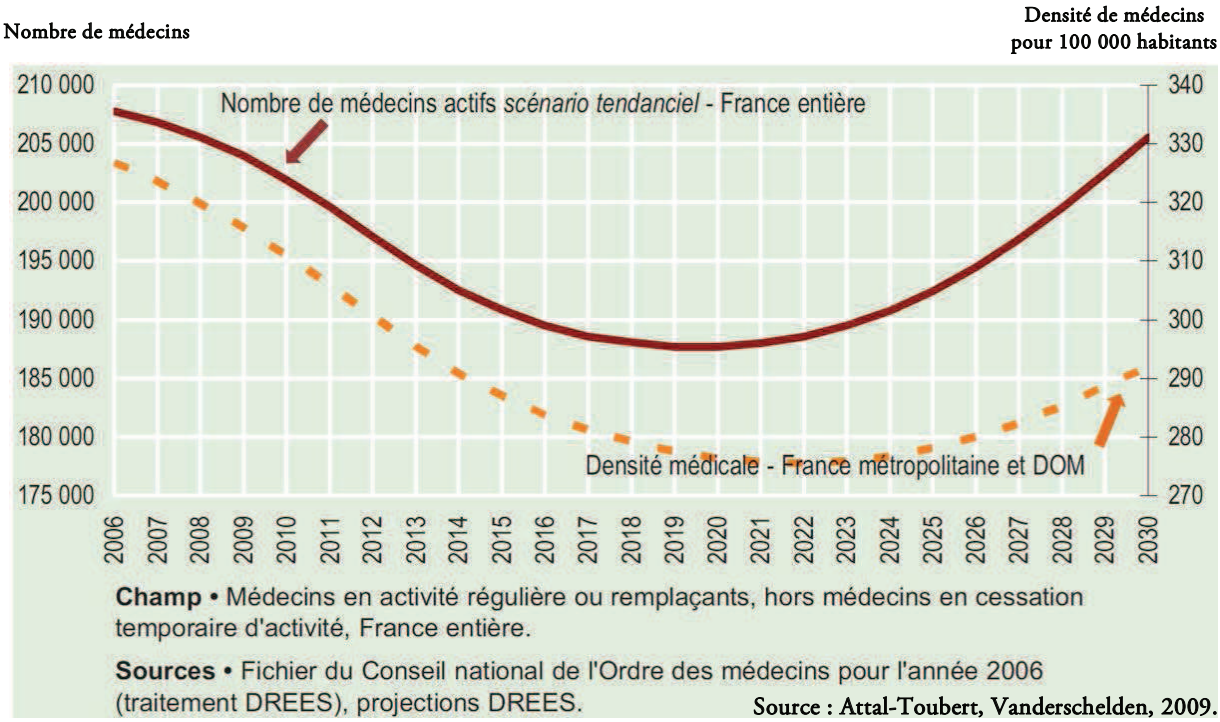
développement de la démocratie sanitaire fait partie des objectifs de la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui a marqué une avancée majeure en matière de droits individuels et collectifs des patients et pose comme principe que « *toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé* ». Les différentes associations de malades ont ainsi favorisé le modèle du patient actif : le malade ne délègue plus aux médecins les initiatives, mais il intervient dans le processus de décision (Barbot, Dodier, 2000).

Selon P. Batifoulier (2012), cette évolution donne un pouvoir de marché au patient en réduisant l'asymétrie d'information avec le professionnel. La démocratie sanitaire et l'autonomisation du patient permettent de contrecarrer le déséquilibre informationnel et la dépossession du pouvoir sur son propre état de santé. Si le professionnel dispose d'un savoir scientifique et technique, le patient reste la première des « *parties prenantes* ». Dans le modèle de décision partagée, l'échange d'information est alors bilatéral : le médecin transmet ses connaissances au patient qui, lui, fait état de ses préférences et le processus de délibération sur les options de traitement est caractérisé par l'interaction entre les deux parties. Cette émancipation du patient s'observe dans les systèmes de santé occidentaux et constitue une condition nécessaire à la construction d'un marché : « *En reconnaissant et en valorisant le patient pour sa contribution au processus diagnostique et thérapeutique, la revendication de valeurs démocratiques sert de tremplin à l'institution d'une forme marchande* ». Le nouveau rôle des patients, en tant que consommateurs, suppose davantage que la démocratie sanitaire, car le patient doit alors évoluer passant d'une logique de « négociation » de son traitement, voire du diagnostic avec son médecin à celle de mettre en concurrence les médecins et les établissements de soins sur leurs prix et leurs qualités, et éventuellement, de les sanctionner en allant consulter un autre médecin. Dans ce cas, la logique marchande est indissociable de la diffusion et de la promotion de l'information. Les principaux courants de l'économie de la santé conçoivent la relation patient-médecin comme une relation d'agence. Le pouvoir est mesuré par l'asymétrie d'information en faveur du médecin sur le patient : « *Rééquilibrer ce pouvoir consiste donc à rééquilibrer l'information et à faire jouer l'information du patient contre celle du médecin* ». Selon l'auteur, les référentiels techniques qui visent une meilleure qualité des soins (tels que les protocoles de soins), attribuent plus d'importance à la pathologie qu'au patient ce qui crée une distance entre le médecin et le soin. Ainsi, dans cette logique marchande, d'une part, le médecin est « *exproprié* » de son autonomie professionnelle par les processus d'industrialisation du soin et par la mise en concurrence des patients, d'autre part, le patient est « *exproprié* » de sa capacité de prise de parole qui doit laisser place à sa capacité de défection marchande à mesure que la démocratie sanitaire est traduite dans le langage du marché. En créant des dispositifs permettant l'accumulation de l'information, l'émancipation du patient s'est déployée vers un terrain marchand où il peut faire jouer la concurrence et comparer des offres tout en étant soumis à des contraintes financières suivant le tarif des consultations.

1.3. Aspirations et difficultés des médecins

1.3.1. Un nouveau contexte sociodémographique

Depuis les années 2000, de nombreux rapports montrent que les médecins sont âgés, mal répartis sur les territoires, avec des jeunes praticiens délaissant la pratique libérale et les zones rurales. Ces éléments sont préoccupants pour le système de soins français et génèrent de nouveaux besoins chez les médecins. On compte 217 000 médecins en activité en France au 1er janvier 2012, l'âge médian est passé de 40 à 52 ans entre 1990 et 2012 en France métropolitaine et la part des femmes progressait de 11 points sur la même période, pour atteindre 41%. La diminution de la proportion de médecins libéraux dans l'ensemble du corps médical est notable : 55% aujourd'hui contre 72 % il y a trente ans (Bui Dang Ha, Lévy, 2006). Mais depuis 2000, la répartition des médecins par mode d'exercice est pratiquement stable : six médecins sur dix exercent en libéral (DREES, 2012b). Pourtant, la DREES prévoit qu'en 2030, 55,5 % des généralistes seraient libéraux, contre 60,2% en 2006, et 28,5% des spécialistes exerceraient en libéral, contre 35,6% en 2006 (Attal-Toubert, Vanderschelden, 2009). Il y aurait également une diminution du nombre de médecins actifs jusqu'en 2020 (voir Figure 12, p. 34).



Source : Attal-Toubert, Vanderschelden, 2009.

Figure 12 : Evolution du nombre de médecins actifs en France métropolitaine selon les prévisions de la DREES.

La durée des études médicales étant d'environ dix ans, l'évolution du nombre de médecins en activité entre 2006 et 2030 est en partie imputable à l'évolution passée du numerus clausus. Mis en place en 1971 à l'entrée en deuxième année des études de médecine, le numerus clausus était

situé autour de 8 000 étudiants par an, ce nombre a progressivement été abaissé par tous les gouvernements pour atteindre 3 500 au milieu des années 1990. Ce n'est qu'au début du XXI^{ème} siècle que l'on a pris conscience de l'absence de justification de ce rationnement et de ses graves conséquences, et on est à présent revenu au niveau des années 1970. Cependant, le Numerus clausus des années 1980-2000 laisse prévoir pour les prochaines décennies une pénurie de médecins considérable, qui sera plus accentuée pour certaines spécialités et dans certaines régions (Wallach, 2011).

Selon la DREES (2012b), le total des entrées et des sorties (temporaires ou définitives) ne se compenseraient qu'à partir de 2020, puis le solde des entrées et sorties augmenterait rapidement et serait supérieur à 3 000 en 2030. De fortes inégalités d'offres de soins s'observeront suivant les régions, notamment en Corse (-35 %), en Languedoc-Roussillon (-30 %), en Ile-de-France (-26 %), en Provence-Alpes-Côte d'Azur (-26 %) et en Midi-Pyrénées (-22 %). Au contraire, le nombre de médecins croîtrait de 10 à 16 % en Poitou-Charentes, en Franche-Comté, en Basse-Normandie, en Bretagne, en Auvergne et en Lorraine (voir Figure 13, p. 36). Pour obtenir ces résultats, la DREES s'est appuyée sur l'évolution du numerus clausus, le niveau des flux d'entrée et de sortie dans la vie active, la structure par âge des médecins, leurs flux migratoires lors de l'entrée et de la fin de carrière. Concernant la structure par âge des médecins, la part des omnipraticiens ayant 55 ans est de 43% en 2009 et de 47 % pour des spécialistes. Entre 2000 et 2009, cette proportion a été multipliée par 3,8 pour les omnipraticiens et par 2,4 pour les spécialistes[14]. Ce vieillissement est beaucoup plus rapide que celui de la population générale qui n'a été multipliée que par 1,1 sur la même période, ce qui génère un sentiment de pénurie, même si le lien entre âge, génération et temps de travail est en fait complexe (Lévy, 2011). En 2005, le Conseil National de l'Ordre de Médecins a indiqué que le vieillissement engendrait de graves conséquences parmi lesquelles le recrutement très insuffisant de jeunes médecins et donc les difficultés pour recruter les remplaçants, trouver les successeurs lors des départs à la retraite, mais aussi pour assurer la permanence des soins car la réponse aux urgences devient pénible avec l'âge. Le vieillissement accru du corps médical peut donc poser problème dans certaines spécialités dont les caractéristiques de pénibilité et de disponibilité sont importantes (gardes, urgences, etc.). De même, les territoires ruraux bénéficient peu du dynamisme et du renouvellement des compétences observés en milieu urbain grâce à la proximité d'une faculté de médecine (CNOM, 2005a). Au 1er janvier 2012, le tableau de l'Ordre recense 10 065 médecins remplaçants et sur les six dernières années, les effectifs ont augmenté de 4,4% (CNOM, 2012b). Lorsqu'un médecin prend sa retraite, notamment en zone rurale, il est confronté à la difficulté de trouver un successeur pour son cabinet.

[14] Données SNIR sur EcoSanté : www.ecosante.fr

	Nombre de médecins		Densité pour 100 000 habitants		Evolution (en %) de 2006 à 2030		
	en 2006	en 2030	en 2006	en 2030	du nombre de médecins	de la population	de la densité pour 100 000 habitants
Alsace	6 101	5 802	333	280	-4,9	13,2	-16,0
Antilles-Guyane	2 337	2 782	219	196	19,0	32,8	-10,3
Aquitaine	10 694	12 139	343	339	13,5	14,8	-1,2
Auvergne	3 921	4 320	294	325	10,2	-0,5	10,8
Basse-Normandie	4 000	4 569	275	309	14,2	1,8	12,2
Bourgogne	4 565	4 070	280	252	-10,9	-0,9	-10,0
Bretagne	9 258	11 586	300	333	25,2	12,9	10,9
Centre	6 627	6 160	264	232	-7,0	5,8	-12,2
Champagne-Ardenne	3 750	3 737	281	297	-0,3	-5,7	5,7
Corse	910	668	326	212	-26,6	12,7	-34,9
Franche-Comté	3 356	3 971	292	334	18,3	3,3	14,6
Haute-Normandie	4 857	4 916	268	266	1,2	2,0	-0,7
Ile-de-France	46 144	37 132	402	299	-19,5	8,4	-25,8
Languedoc-Roussillon	9 040	8 274	354	248	-8,5	30,5	-29,8
Limousin	2 415	2 415	332	327	0,0	1,6	-1,6
Lorraine	6 834	7 303	292	322	6,9	-3,0	10,2
Midi-pyrénées	9 668	9 132	348	272	-5,5	20,6	-21,7
Nord - Pas-de-Calais	11 770	11 651	291	287	-1,0	0,3	-1,3
Pays de la Loire	9 392	11 408	273	287	21,5	15,3	5,3
Picardie	4 814	4 778	255	248	-0,8	2,2	-2,9
Poitou-Charentes	4 998	6 296	291	336	26,0	8,9	15,7
Provence-Alpes-Côte d'Azur	19 286	16 821	400	298	-12,8	17,2	-25,6
Réunion	2 079	2 573	262	249	23,8	30,5	-5,1
Rhône-Alpes	19 698	21 448	326	307	8,9	15,6	-5,8
Ensemble	**206 514**	**203 953**	**327**	**292**	**-1,2**	**10,5**	**-10,6**

Champ • Médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité, France métropolitaine et DOM.

Sources • Fichier du Conseil national de l'Ordre des médecins pour l'année 2006 (traitement DREES), projections de population INSEE, projections DREES.

Source : Attal-Toubert, Vanderschelden, 2009.

Figure 13 : Nombre et densité de médecins actifs par région en 2006 et 2030.

Parmi les principales mutations que rencontre la profession médicale, on observe également une diminution du nombre de médecins isolés en cabinet et une augmentation de l'exercice en groupe. Actuellement, qu'il s'agisse de généralistes ou de spécialistes, plus de la moitié des praticiens libéraux exercent en groupe et le modèle traditionnel du médecin vivant à côté de son cabinet n'est plus représentatif du métier (Lévy, 2011). Aujourd'hui, les médecins sont souvent installés avec d'autres confrères, se partagent l'immobilier ainsi que le secrétariat et peuvent aussi se regrouper avec d'autres professionnels de santé au sein de maisons médicales.

On observe également un accroissement de la proportion de femmes médecins, comme pour toutes les professions issues de l'enseignement supérieur. Elles représentent plus de 40% de

l'ensemble des médecins inscrits à l'Ordre contre moins de 15 % il y a une trentaine d'années (Bui Dang Ha *et al.*, 2009). Cette structure par sexe est visible dès la première année d'études de médecine où les deux tiers des étudiants sont des femmes.

Enfin, comme le montre D. Lévy (2011), l'image du médecin libéral a été profondément modifiée au cours des cinquante dernières années : « *Du notable à forte rémunération qui inspirait de la considération à ses malades, on est passé de nos jours au technicien devant se tenir au courant régulièrement des progrès scientifiques galopants* ». A présent, les médecins sont confrontés à des patients très informés, de plus en plus exigeants, et il se sent soumis à des obligations administratives de plus en plus contraignantes.

1.3.2. Les aspirations des internes en médecine générale et la répartition géographique de l'offre de soins

Chaque jour, la presse nationale ou régionale ainsi que les politiques évoquent l'inquiétante baisse du nombre de médecins en milieu rural et dans les banlieues sensibles[15]. Mais la densité de médecins par habitant sur un territoire ne constitue pas une information suffisante pour appréhender l'évolution de la démographie médicale. Comme l'indique le rapport de la Cour des Comptes[16] de septembre 2011, la densité globale des généralistes reste stable malgré la croissance des effectifs de l'ensemble des médecins, mais de grandes disparités sont observées entre les pôles urbains et les zones rurales isolées, ainsi qu'entre les centres des villes et certaines banlieues difficiles. La DREES (2010) précise que pour les généralistes libéraux, 90% des inégalités de répartition s'observent entre les bassins de vie d'une même région et seulement 10% des inégalités sont entre régions. Pour les ophtalmologues, les inégalités sont à 95% intra-régionales.

Ces inégalités de la répartition géographique de l'offre de soins vont-elles augmenter ? Que désirent les jeunes internes de médecine qui constituent la relève de demain ? L'Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG) a mené une enquête nationale[17] afin de connaître les souhaits des internes de médecine générale concernant les conditions et l'environnement d'exercice. Un résultat majeur de l'enquête est la mise en évidence de l'importance des services et des structures sanitaires de proximité dans le choix du lieu d'exercice des internes. Selon eux, les structures sanitaires indispensables à la proximité du lieu d'exercice (trajet maximal de 30 minutes) sont principalement : un laboratoire (95%), une pharmacie (95%), des professionnels de santé paramédicaux (93%) et un cabinet de

[15] « A Pierrefitte et Stains, le sauve-qui-peut des médecins », *Libération*, le jeudi 1er mars 2012
[16] www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RELFSS/Rapport_securite_sociale_2011.pdf
[17] Enquête nationale via un questionnaire en ligne menée du 2 juillet 2010 au 1er janvier 2011 auprès de 1939 internes en médecine générale

radiologie (89%). De même, les internes jugent indispensable la présence de services de proximité : école (72%), épicerie (63%), poste (61%), station-service (54%). De même, ils sont sensibles au temps de trajet puisque 66% souhaitent que leur lieu d'exercice soit situé entre 15 et 30 minutes maximum du lieu de résidence.

Concernant le temps de travail, élément important pour l'accès aux soins des patients, l'enquête montre qu'en moyenne, les internes souhaitent travailler 9 heures et quart par jour, 4 jours et demi par semaine (43 heures), avec 7,3 semaines de congés par an (les femmes souhaitant travailler 5,4 heures de moins par semaine, avec une même durée des congés). L'enquête s'est également intéressée aux préconisations des internes pour dégager du temps pour les consultations médicales : 63% proposent une utilisation de formulaires administratifs électroniques, 58% souhaitent la présence de personnel administratif et 32% évoquent les coopérations interprofessionnelles. Cette étude révèle également que la médecine générale est un choix positif pour 84% des internes interrogés mais qu'ils sont seulement 16% à souhaiter s'installer à la fin de leurs études. Les autres sont 55% à souhaiter exercer en tant que remplaçant, 17% en tant que praticiens hospitaliers/assistants, 8% en tant que collaborateur libéral et 7% en tant que salariés ambulatoires.

Concernant les aides incitatives pour l'installation des médecins en zones déficitaires, les internes souhaitent des mesures liées à l'organisation de la profession. Ils sont 70% à penser qu'une aide logistique et financière à la création d'une maison de santé pluriprofessionnelle ou d'un cabinet de groupe constituerait une bonne solution. De plus, 61% d'entre eux souhaitent une diminution des charges à payer à l'Etat ou aux collectivités territoriales. Une meilleure répartition des médecins est donc tout à fait envisageable si les désirs des jeunes médecins sont pris en compte, d'autant plus que seulement 12% des internes déclarent qu'aucune aide proposée ne peut les inciter à s'installer dans ces zones sous-dotées.

Malgré cette bonne volonté des futurs diplômés, les Contrats d'Engagement de Service Public (CESP), destinés à recueillir leur engagement pour exercer dans des zones déficitaires en offre de soins, n'ont pas rencontré le succès escomptés par le gouvernement (Vayssette, 2012). En s'engageant, étudiants et internes bénéficient d'une allocation 1106,88€ net par mois durant une période équivalente à celle du versement (au minimum deux ans). Seulement 146 contrats ont été signés en 2010-2011 sur les 400 proposés (soit 36,5%) et 195 en 2011-2012 (49%). Selon l'Association Nationale des Etudiants en Médecine de France (ANEMF), ce manque d'engouement est lié à la durée de l'engagement et au manque de visibilité du lieu d'exercice lors de la signature du contrat. En effet, un étudiant qui signe un contrat en deuxième année devra le poursuivre durant ses huit années d'études et devra exercer huit ans dans des espaces sous-dotés sous peine de reverser les montants nets perçus majorés de 20 000€. Les lieux d'exercice peuvent

concerner des activités libérales, salariées ou mixtes pour lesquelles le médecin doit exercer en secteur 1 et la liste des lieux proposés par les Agences Régionales de la Santé (ARS) est centralisée par le Centre National de Gestion des praticiens (CNG)[18]. Mais cette liste n'est pas complète et la référence aux bassins de vie plutôt qu'aux communes est moins aisée pour les étudiants. Ce bilan mitigé s'explique également par une méconnaissance de ces aides chez les étudiants puisque l'enquête de l'ISNAR-IMG révèle que 95% des sondés ne connaissent pas bien les aides à l'installation et/ou à l'exercice qui existent dans leur région. Ainsi, de fortes disparités sont observées entre les régions : le nombre de contrats signés par rapport aux contrats proposés est de 93% en Bourgogne et 79% en Picardie, à l'inverse des efforts doivent être menés dans certaines régions comme le Languedoc-Roussillon[19].

Plusieurs voix se sont élevées pour une amélioration des CESP (le Conseil de l'Ordre des Médecins, les Unions Régionales des Professionnels de Santé des Médecins Libéraux, l'ANEMF)[20], avec notamment un assouplissement de la durée d'engagement avec la possibilité d'avoir des périodes d'interruption et de reprise, une meilleure visibilité du futur lieu d'exercice et de la spécialité choisie puisque, selon l'ANEMF, 85% des étudiants intéressés par ce dispositif n'y ont pas adhéré par peur de ne pouvoir choisir librement leur spécialité. Ces aides incitatives sont essentielles pour une meilleure répartition des médecins puisque 79% des internes veulent exercer dans leur région d'internat et les internes du Nord de la France souhaitent tout autant exercer dans leur région que les internes du Sud[21].

1.3.3. Les médecins et les pouvoirs publics

D. Tabuteau (2010) montre que l'histoire du système de santé français a été marquée par une série de rendez-vous manqués entre les professions de santé et les pouvoirs publics : « *L'identité du corps médical s'est largement construite depuis le XIX*^{ème}*siècle sur son antagonisme avec l'État et la crainte de voir son indépendance professionnelle rognée par le développement de la santé publique puis par l'institution de l'assurance maladie* ». A cet égard, une enquête du Centre de sociologie et de démographie médicale (CSDM) réalisée en 2008 montre que les difficultés relationnelles sont

[18] En « secteur 1 » ou « secteur conventionnel à honoraires opposables », le médecin s'engage à respecter les tarifs conventionnels. En « secteur 2 » ou « secteur conventionnel à honoraires libres », le médecin adhère à la convention médicale mais il est autorisé à fixer ses honoraires librement, avec « tact et mesure ». Les patients sont remboursés sur la base du tarif conventionnel. En secteur 3, les médecins choisissent d'exercer en dehors du système conventionnel, cela concerne moins d'1% des médecins libéraux (CNOM, 2005b).

[19] Site du Ministère de la Santé, consulté le 10 juin 2013 : http://www.sante.gouv.fr/une-nouvelle-impulsion-pour-le-contrat-d-engagement-de-service-public-cesp.html

[20] « Les bourses antidéserts montrent leurs limites : moins de 200 carabins et internes séduits par les CESP », *Le Quotidien du Médecin*, n°9077, le jeudi 2 février 2012.

[21] Enquête ISNAR-IMG citée précédemment

importantes entre les médecins libéraux et l'assurance maladie : elles concernent 38% des spécialistes et 26% des généralistes (voir Figure 14, p. 38). Mais c'est également avec les patients que les difficultés relationnelles sont le plus prononcées : 71 % chez les spécialistes et 54% chez les généralistes (Lévy, 2011).

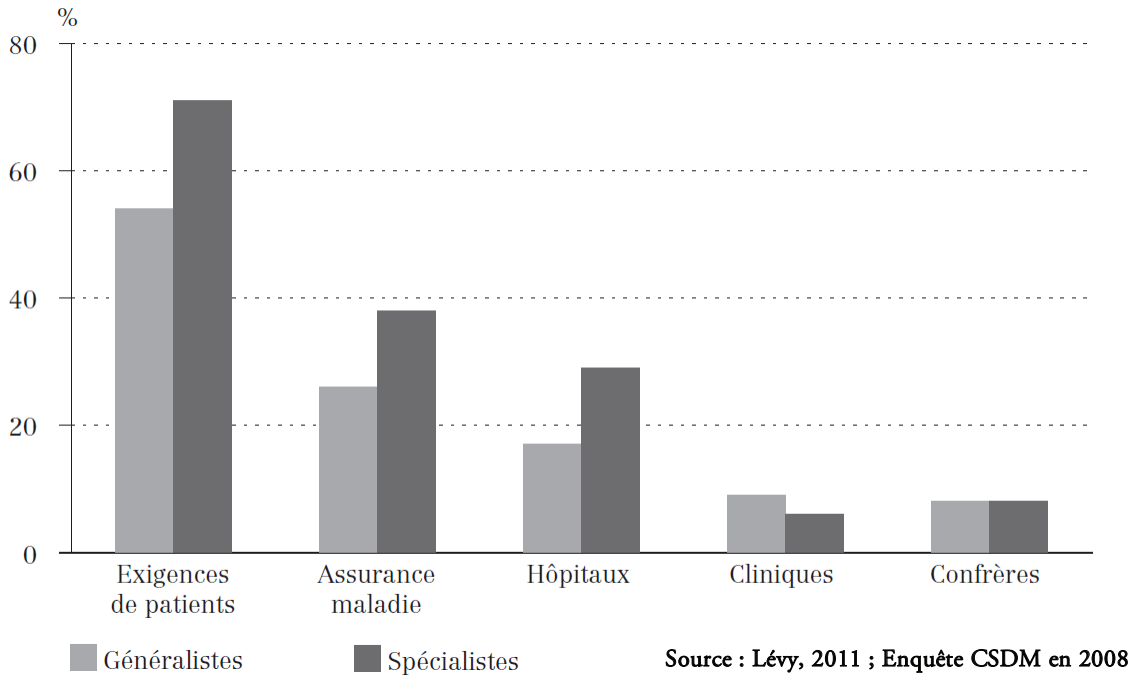


Figure 14 : Part des médecins ayant des difficultés avec les exigences des patients, l'assurance maladie, les hôpitaux, les cliniques ou les confrères.

Face à ce constat, D. Tabuteau (2010) plaide pour la création d'un nouveau pacte médical pour préparer le système de santé aux défis qui l'attendent. Pendant deux siècles, le système de santé français a été prisonnier d'une histoire qui s'est construite sur une succession de malentendus et de rendez-vous manqués : professions de santé contre pouvoirs publics, municipalités contre pouvoir central, État contre assurance maladie, hôpital contre médecine de ville, secteur public contre secteur privé, professions médicales contre professions paramédicales, les oppositions n'ont cessé de se multiplier. Malgré la performance de notre système de santé, on observe des déséquilibres dans l'organisation sanitaire en France et dans les modes de gouvernance, une réforme profonde est alors nécessaire pour faire face aux défis des vingt prochaines années. Il s'agit notamment de mettre fin à l'antagonisme traditionnel des professions de santé et des pouvoirs publics en France. Les intérêts des professions de santé et de la collectivité sont convergents, la protection de la santé des populations est leur mission commune et leurs interventions sont indissociables dans un système de santé moderne. L'objectif serait de développer « *un nouveau service public hospitalier* » et « *d'établir un nouveau contrat entre la collectivité nationale et les professions de santé consacrant leurs missions de santé publique, privilégiant*

l'exercice collectif, rénovant les modes de rémunération et leur reconnaissant un véritable statut ». L'auteur rappelle également qu'il faut réaffirmer les valeurs de l'assurance maladie : la solidarité entre les bien-portants et les malades, le financement par des cotisations établies en fonction des revenus et non des risques encourus et l'accès de tous aux mêmes services de santé.

A cet égard, les syndicats médicaux jouent un rôle majeur dans la définition de la politique de soins ambulatoires, tant au travers des négociations conventionnelles que de la mobilisation politique (Bras, 2008). Ils sont ainsi parvenus à améliorer sur le long terme le statut économique relatif de leurs mandants et à contrôler la nature des réformes engagées dans le domaine des soins de ville telles que la réforme de 2004, instituant le « médecin traitant » et le « parcours de soins ». En s'appuyant sur la CNAMTS, les syndicats médicaux ont également pu obtenir avec facilité (malgré une tentative de résistance de l'Ordre normalement en charge de cette question), la disparition de l'obligation de garde médicale pour y substituer un régime de volontariat rémunéré : « *C'est le statut même du médecin qui a été ainsi bouleversé : il était redevable, du fait même de son exercice, d'une obligation de service public, il devient un prestataire de service* ».

Mais le poids des syndicats médicaux ne s'observe pas seulement à travers leur rôle majeur dans l'aboutissement de certaines réformes. Il s'observe notamment à travers le contrôle qu'ils exercent de fait, sur la formulation des problèmes et sur ceux qui peuvent effectivement devenir des enjeux de politique publique. Par exemple, selon l'auteur, la perspective d'une évolution du mode de rémunération est souvent évoquée et « *il est assez généralement admis que les modes de rémunération mixtes avec une part importante de capitation*[22] *sont des modes de rémunération pertinents, tant sur le plan sanitaire qu'économique* ». Les syndicats médicaux négocient le dispositif conventionnel (liberté tarifaire, paiement à l'acte ou au forfait, etc.) entre deux acteurs essentiels : l'Etat et l'Assurance Maladie. Le résultat de ces négociations montre que rapport de force leur est plutôt favorable (par exemple la réforme de 2004 instituant le médecin traitant et le parcours de soins). Néanmoins, leur fragmentation et la faiblesse de l'acteur politique face au corps médical ont créé des tentatives de réforme inabouties (par exemple, 25% de médicaments génériques prescrits en 2002, fin 2007, le secteur optionnel n'a pas été créé, etc.).

[22] On appelle capitation, une allocation financière forfaitaire attribuée au médecin pour chaque patient inscrit auprès de lui sur une liste (Auray *et al.*, 1996). Son montant peut varier selon les caractéristiques du patient (âge, sexe, maladie chronique, milieu socio-économique, etc.). Elle est indépendante de la fréquence des consultations et du volume de soins prodigués et le nombre total de patients peut être plafonné. Le plus souvent la capitation est composée d'un forfait de base assortie de forfaits divers et de paiement à l'acte, il concerne notamment les médecins exerçant au Royaume-Uni, en Suède et en Norvège.

1.4. L'accès à des soins de qualité : un enjeu majeur pour les pouvoirs publics, les patients et les médecins

L'analyse du rôle et des perceptions des acteurs permet d'identifier les enjeux stratégiques concernant le système de santé et les territoires (E. Vigneron, C. Corvez et R. Sambuc, 2001). L'étude des attentes et des enjeux des principaux acteurs de santé concernant le système de santé montre que l'accès à des soins de qualité est une préoccupation majeure des pouvoirs publics, des patients et des médecins (Figure 15, p. 44).

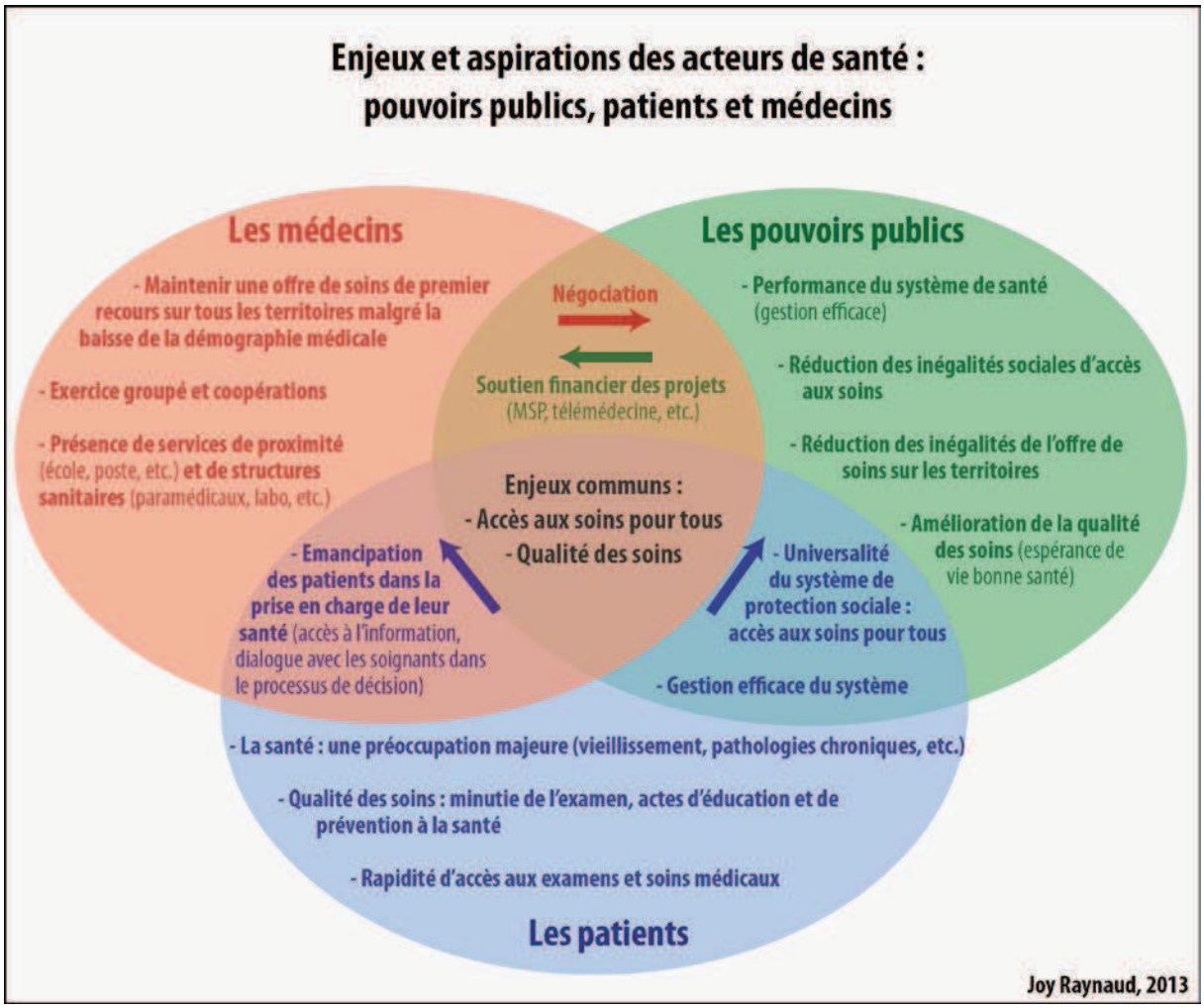


Figure 15 : Enjeux et aspirations des acteurs de santé : pouvoirs publics, patients et médecins.

Notre système de santé est l'un des plus performants en termes de dispensation et d'organisation des soins malgré une mortalité évitable élevée ainsi que de fortes inégalités socioéconomiques et géographiques. Dans une logique de gestion efficace, les pouvoirs publics ont la volonté de garantir l'accès aux soins de premier recours, quelles que soient les conditions sociales des individus, sur l'ensemble du territoire (espaces ruraux enclavés ou zones urbaines

sensibles). Ils sont également amenés à négocier avec les médecins pour la mise en place des réformes concernant l'offre de soins et la profession médicale.

De même, la santé est l'une des priorités majeures des Français dans un contexte de transition démographique (vieillissement de la population) et de transition épidémiologique (augmentation des pathologies graves et chroniques). La qualité des soins reçus ainsi que la rapidité d'accès aux examens et soins médicaux constituent les attentes prioritaires de la population. Les inégalités d'accès aux soins sont jugées parmi les plus inacceptables par près d'un français sur deux. A cet égard, les français sont très attachés au principe d'universalité du système de protection sociale permettant l'accès aux soins pour tous et sont vigilants à ce que les pouvoirs publics assurent une gestion efficace du système de soins. Par ailleurs, les patients s'émancipent dans la prise en charge de leur santé : l'accès à de nombreuses sources d'information change leurs relations avec leur médecin. Les patients ont alors un rôle actif dans le processus de décision concernant leur traitement.

Egalement attaché à maintenir un accès aux soins pour tous, le corps médical rencontre de nombreuses difficultés liées à la baisse de sa démographie (forte baisse du numerus clausus pour l'entrée en faculté de médecine dans les années 1990, nombreux départs à la retraite liés au vieillissement de la population médicale, faible attrait pour l'exercice libéral, etc.). Les médecins proches de la retraite souhaitent trouver des successeurs pour maintenir une offre de soins de premier recours notamment en milieu rural. Pour cela, ils s'adaptent aux aspirations de la jeune génération de médecins en développant les modes d'exercice groupé avec des coopérations pluriprofessionnelles. Les pouvoirs publics soutiennent ces initiatives des médecins libéraux à travers la création de maisons de santé pluriprofessionnelles et de réseaux de télémédecine. Malgré cela, il est essentiel pour les jeunes médecins que leur lieu d'exercice soit à proximité d'un certain nombre de commerces (école, épicerie, poste, station-service, etc.) et de structures sanitaires (laboratoire, pharmacie, professionnels de santé paramédicaux, cabinet de radiologie, etc.). Le territoire doit donc être attractif en témoignant d'un certain dynamisme : démographie suffisante pour que le médecin puisse avoir une activité économique viable ainsi que la présence de services de proximité et de santé.

Ainsi l'analyse et la prise en compte des aspirations des acteurs de santé sont importantes pour développer une offre de soins durable sur les territoires. Dans ce contexte, nous allons voir comment les acteurs, à travers leurs perceptions et leurs comportements, interagissent sur l'espace géographique et produisent des territoires.

Chapitre 2. Le territoire et les réseaux : l'espace géographique façonné par les acteurs

Les acteurs de santé ont des attentes et des enjeux spécifiques qu'il est important de considérer pour analyser l'accès aux soins. Nous proposons une définition systémique du territoire permettant de resituer les interactions entre les acteurs, les territoires et les réseaux. Le territoire est le produit d'un système dans lequel les acteurs ont des perceptions qui influencent leurs actions d'aménagement et de développement des territoires. En effet, nous verrons que les perceptions des acteurs sont un élément essentiel de la définition de l'accès aux soins et de ses obstacles. Nous montrerons également que la distance, les réseaux ainsi que la recherche d'équité spatiale à travers la notion de proximité sont des outils majeurs des acteurs de santé pour aménager l'accès aux services de soins en France.

2.1. Le territoire : un système dynamique résultant des interactions entre les acteurs et l'espace géographique

Le concept de territoire est fortement utilisé : tout est territoire, l'adjectif se généralise, à en devenir polysémique (Lévy, Lussault, 2003). Des concepts recouvrant d'autres réalités ont tendance à se confondre à cette notion devenue très générale, qui représente tout et rien à la fois (lieu, espace, pays, terroir…). En géographie physique, un territoire est un espace à métrique topographique (métrique caractérisée par la continuité et la contiguïté). En géographie humaine les définitions sont très nombreuses, elles désignent généralement une portion de l'espace avec un sentiment d'appartenance et d'appropriation des populations.

M. Le Berre (1992) rappelle que le mot « territoire » vient du latin « *territorium* » signifiant « *morceau de terre appropriée* ». Le territoire est défini comme « *la portion de la surface terrestre appropriée par un groupe social pour assurer sa reproduction et la satisfaction de ses besoins vitaux* ». Il n'y a donc pas une société sans l'usage d'un territoire : les acteurs produisent les territoires. Un acteur peut être défini comme « *tout homme ou toute femme qui participe de façon intentionnelle à un processus ayant des implications territoriales* » (Gumuchian, 2003). Les acteurs aménagent et gèrent cette étendue de terre qui possède alors « *une unité de fonctionnement* », celle que les acteurs lui désignent. La première relation de dépendance entre un lieu et son inventeur est la désignation d'un nom propre : le lieu devient alors approprié. Le sentiment d'appartenance à un morceau de terre et un mode de comportement sont exprimés par la territorialité.

Pour l'auteur, comprendre un territoire signifie d'abord mettre en évidence les interactions entre un groupe social et son territoire : l'ensemble de ces interactions forme un espace géographique. L'approche systémique permet alors de définir « *une entité organisée qui évolue dans un environnement en fonction des interactions entre un groupe social et son territoire* » (Le Berre, 1992).

La logique organisationnelle du territoire est analysée à travers les comportements des acteurs et se traduit par des flux d'information et des décisions qui engendrent également des flux de produits, d'argent, d'hommes, d'énergie entre les lieux structurés par des réseaux qui maillent le territoire. Ainsi M. Le Berre (1992) précise que : « *Comprendre le fonctionnement territorial suppose donc d'identifier d'une part, les fonctions spécifiques qui reviennent à chaque catégorie d'acteurs dans la gestion et l'aménagement du territoire, d'autre part, les échanges d'information et les processus décisionnels auxquels ils donnent lieu* ». En ce sens, identifier les logiques d'organisation correspond à identifier les interactions entre acteurs.

Pour analyser le territoire dans un processus dynamique, il est nécessaire d'intégrer l'ensemble des interactions entre le projet des acteurs, les configurations territoriales (le milieu) et l'organisation des acteurs. Ainsi, selon M. Le Berre (1992), les acteurs entreprennent des actions sur les territoires, ces pratiques spatiales concernent tout autant la vie quotidienne que les grandes opérations d'aménagement du territoire. Etant donné que le territoire exerce également des contraintes (positives ou négatives) sur les comportements des acteurs, il devient à son tour un véritable acteur du système. A cela s'ajoute les contraintes naturelles (climat, topographie, gisements, insularité, etc.) et les contraintes engendrées par les configurations territoriales héritées des aménagements passés. Enfin, « *tout système ne fonctionne que parce qu'il entretient avec l'extérieur un certain nombre d'échanges qu'il convient aussi d'identifier* ». Il s'agit par exemple, des échanges avec d'autres systèmes d'acteurs (rapports dominants ou dominés, de complémentarité, etc.) et des contraintes liées à la position relative d'un territoire (distance ou contiguïté, etc.).

Pour compléter la définition du concept de territoire de M. Le Berre, nous souhaitons préciser la nature des interactions entre les systèmes d'acteurs et les territoires. En effet, les acteurs appréhendent l'espace selon un système de représentation avec des perceptions personnelles (relatives au vécu), collectives (relatives aux valeurs d'une société) et/ou idéologiques (selon des théories ou des modèles) (Moine, 2006). Ces perceptions influencent les acteurs dans leurs prises de décisions concernant les actions qu'ils réalisent à différentes échelles de l'espace géographique (voir Figure 16, p. 42). Le territoire est donc le produit d'un système complexe dont la dynamique résulte de la boucle de rétroaction entre un ensemble d'acteurs et l'espace géographique qu'ils utilisent, aménagent et gèrent.

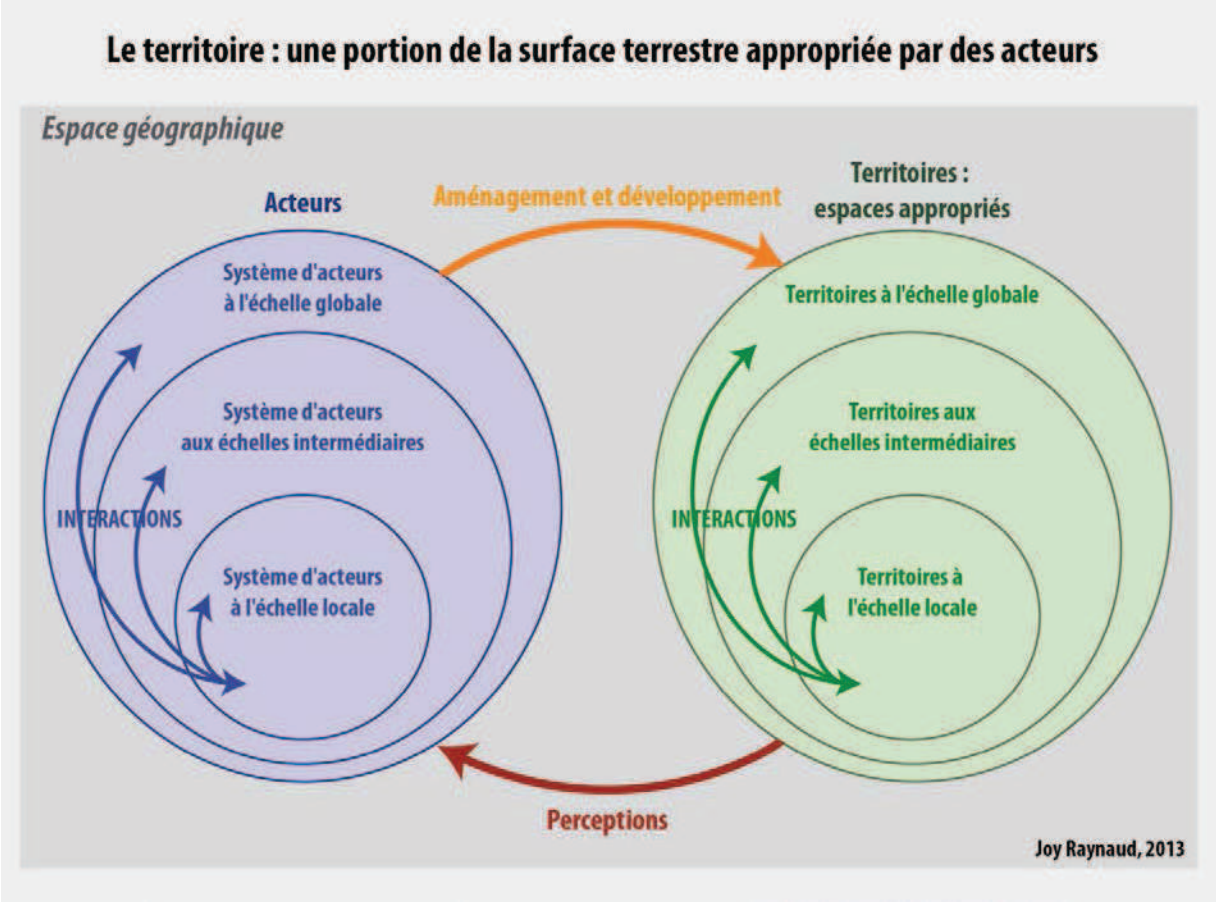


Figure 16 : Le territoire : une portion de l'espace terrestre approprié par les acteurs.

Pour préciser le comportement des acteurs du système, R. Brunet (2001) propose cinq actions fondamentales de l'homme sur l'espace :

- « *Habiter* » : dans le sens de créer un habitat, ce qui produit des territoires : des villes, des villages, des hameaux, etc. Mais habiter c'est aussi prendre possession d'un lieu et lui donner vie.
- « *S'approprier* » : Il s'agit d'une attribution de l'espace à une certaine activité ce qui crée un sentiment d'appartenance au territoire.
- « *Exploiter* » : Lorsque le territoire est habité et approprié, les acteurs produisent des biens et des services avec les moyens dont ils disposent.
- « *Echanger* » : L'appropriation, l'exploitation et la spécialisation de l'espace géographique créent de l'hétérogénéité spatiale. La spécialisation des lieux engendre des échanges et des flux entre les lieux (Bavoux *et al.*, 2005). L'espace géographique est donc un territoire de transaction dans lequel la communication crée à son tour un processus de territorialisation.
- « *Gérer* » : Cette action correspond à l'organisation des acteurs et à l'établissement d'un mode de gouvernance pour assurer le développement et l'aménagement des territoires.

En matière de santé, nous verrons que les perceptions des difficultés d'accès aux soins des acteurs génèrent des initiatives pour créer de nouvelles organisations, qu'il s'agisse des patients qui subissent de longs délais d'attente pour consulter un spécialiste ou de médecins épuisés par leur quantité de travail. Ce processus de négociation et d'interaction entre acteurs conduit, par exemple, à la création de nouvelles infrastructures de santé pour améliorer l'offre de soins sur un territoire ou l'aménagement de nouveaux horaires pour faciliter l'accès aux consultations des patients salariés.

Cette définition systémique du territoire place la gouvernance au cœur des processus de territorialisation et permet également de bien comprendre l'importance des perceptions personnelles, sociétales et idéologiques qui produisent des espaces vécus. La gouvernance est l' « *ensemble des processus et des institutions qui interviennent dans la gestion politique d'une société localisée* » (Lévy, Lussault, 2003). C'est le projet des acteurs qui construit le territoire. En cela nous rejoignons la définition du territoire proposée par H. Bakis (1990), « *le territoire diffère de l'espace (ou étendue) géographique, car il est marqué par la société qui l'habite. C'est l'intervention de cette société qui lui donne tout son sens. […] Ainsi, l'espace aménagé, l'espace organisé devient territoire* ». Le territoire est donc le produit des perceptions et actions des individus.

La gouvernance s'effectue avec des acteurs publics qui élaborent des règles et veillent à ce qu'elles soient appliquées mais aussi ceux qui produisent de l'aménagement en vue d'un développement. D'autres acteurs, de plus en plus nombreux et diversifiés sont présents : acteurs politiques d'opposition, composantes diverses de la société civile, parmi lesquelles figurent les entreprises, les syndicats, les associations ou de simples acteurs individuels. Ces acteurs sont des groupes aux influences multiples. D'autre part, chaque individu socialisé, à travers ses diverses perceptions, produit une territorialité, une « *multidimensionnalité du vécu territorial* » (Raffestin, 1980). La problématique d'accès aux soins s'inscrit donc pleinement dans la gouvernance des territoires : les jeux d'acteurs génèrent des perceptions et de nouveaux comportements qui sont arbitrés par une gestion politique articulant pouvoirs publics, professionnels de santé et patients.

2.2. Les caractéristiques des territoires : milieu, hétérogénéité et opacité

Le territoire est le produit d'un système entre des acteurs et l'espace géographique. M. Le Berre (1992) rappelle que « *tout territoire est constitué par un ensemble de lieux qui possèdent des propriétés physiques spécifiques* ». Tout d'abord, l'auteur décrit les propriétés naturelles qui sont liées aux effets de la localisation d'un territoire sur la planète : les éléments naturels, les potentialités naturelles (éléments naturels appropriés par les acteurs), les contraintes territoriales (éléments naturels intégrés aux pratiques territoriales d'une société). Mais il distingue également les propriétés matérielles qui sont liées aux différents types d'usages que la société attribue à son sol, compte-tenu des contraintes naturelles (le bâti, les terres agricoles, les réseaux de transport, etc.). Ces multiples usages, issus des besoins de chaque système d'acteurs, créent l'hétérogénéité des territoires.

Ainsi, le milieu physique, l'hétérogénéité et l'opacité sont trois caractéristiques essentielles qui régissent les activités de l'homme dans l'espace. Elles sont notamment étudiées en géographie économique : la discipline de la géographie humaine qui étudie la répartition spatiale et la localisation des activités économiques (Fujita, Krugman, 2004).

Tout d'abord, il existe un **milieu physique**, matériel qui obéit à des lois interdépendantes du mode de fonctionnement des circuits économiques, par exemple, les ressources sont épuisables, elles peuvent se transformer au cours du temps.

Deuxièmement, l'espace est **hétérogène** : c'est-à-dire que les acteurs aménagent de façon différente les lieux. Il existe une situation spécifique pour chaque producteur, chaque consommateur situé en des lieux précis à un moment donné. L'aménagement et la gestion du territoire créent à la fois une homogénéité du fonctionnement général des acteurs sur un territoire et une hétérogénéité liée aux nombreuses actions différenciées sur les lieux (Le Berre, 1992).

Enfin, l'espace géographique est **opaque** : la distance ne peut être franchie instantanément et sans énergie. Tout déplacement prend du temps, consomme de l'énergie, présente des risques, etc. Les facteurs de l'opacité pouvant freiner les déplacements des biens et personnes sont les caractéristiques physiques du milieu (relief, climat, végétation) mais également le niveau de développement des infrastructures de transport et de télécommunication, les barrières juridiques, douanières ou politiques.

Nous verrons que ces trois lois, le milieu physique, l'hétérogénéité et l'opacité de l'espace, sont des concepts clés pour la construction des modèles de la localisation des activités en géographie économique. Ces caractéristiques sont toutes interdépendantes en économie. Par

exemple, la proximité des matières premières ou celle du marché peut réduire les coûts de la production et augmenter les bénéfices de l'entrepreneur. De même, l'éloignement d'un concurrent ou d'un environnement défavorable constituent des éléments importants. L'espace n'est pas seulement un support des activités économiques, il est une variable souvent déterminante, imprégnant les décisions et les interactions jusqu'à engendrer des phénomènes économiques seulement visibles grâce à l'analyse spatiale (G. Benko, 2008). Il s'agit notamment des problèmes de localisation des entreprises dans l'espace du local au mondial, des stratégies de concurrence spatiale des firmes, des modes d'occupation de l'espace, des conflits d'usage des sols dans les villes et les régions urbaines denses, de la concurrence entre les collectivités territoriales et du découpage du territoire. Il est important de tenir compte de l'hétérogénéité et l'opacité de l'espace pour les échanges d'information entre un prestataire et un client ou un savoir-faire pour un service donné : ces éléments ne se trouvent pas partout et les besoins en matière d'information jouent un rôle déterminant dans la localisation des activités de services (Géneau de Lamarlière, Staszac, 2005). Dans un espace homogène et transparent, l'environnement n'a aucune influence et le coût de transport ou d'accès à l'information est nul. Etant donné l'hétérogénéité et l'opacité de l'espace, l'accessibilité est entravée notamment par les obstacles naturels (topographiques, climatiques, etc.) qui limitent, voire même interdisent, les déplacements.

En ce sens, L. Chapelon (2006) définit l'accessibilité « *comme la plus ou moins grande facilité d'atteindre un lieu à partir d'un ou de plusieurs autres lieux compte-tenu des moyens de transport existants* », elle constitue un facteur essentiel en aménagement du territoire, ce qui explique les efforts réalisés par les pouvoirs publics pour renforcer l'accessibilité des espaces majeurs d'un pays et assurer une meilleure desserte des zones enclavées.

2.3. La géographie des réseaux : le rôle de la distance pour l'accès aux services

2.3.1. Réseaux et distance : la recherche d'équité spatiale en aménagement

La notion de distance est au cœur de toute conception de l'espace (Lévy, Lussault, 2003), elle est un élément fondamental de la géographie : « *La distance est le facteur premier de la relation des hommes à la surface de la Terre, parce qu'elle est le principe de leurs rapports à tout ce qui existe* » (Pinchemel, Pinchemel, 1997). La distance métrique s'inscrit sur des réseaux techniques (infrastructures de transport, réseaux de gaz, d'eau potable ou usée, etc.) et technologiques (réseaux de télécommunications) établis à partir de politiques d'aménagement du territoire. « *Les réseaux assurent la desserte territoriale et sont parcourus par des flux* » (Le Berre, 1992). L. Chapelon (2004) précise que « *l'existence des réseaux est guidée par un besoin de mobilité, de communication, d'échange dû à l'hétérogénéité de l'espace géographique. Satisfaire un tel besoin suppose l'interconnexion de lieux géographiques. Interconnexion permise par les réseaux de transport et de télécommunication* ». L'accessibilité aux services pour un usager dépend donc des réseaux et services de transport disponibles dans l'espace et le temps. Les territoires se connectent et les distances-temps se contractent ce qui permet une proximité à de multiples services, modifiant profondément les perceptions et les comportements des acteurs.

En géographie, les réseaux urbains ont été étudiés dès 1850, mais d'un point de vue théorique, les métriques topologiques d'un réseau ne sont pas considérées au même plan que les métriques topographiques des territoires : « *Le caractère discontinu et lacunaire du réseau conduisait à le percevoir comme posé sur un espace qui était forcément plus consistant et plus légitime* » (Lévy, Lussault, 2003). Aujourd'hui pourtant, le développement des réseaux et l'accès aux services sont au cœur des réflexions en aménagement du territoire (Musso *et al.*, 2001) et l'Etat ne cesse de réaffirmer sa volonté de garantir une égalité d'accès aux infrastructures publiques conforme au principe d'égalité des citoyens devant le service public. L'aménagement du territoire s'appuie sur le polycentrisme et le maillage pour concevoir et réaliser des projets visant un accès aux services plus équitable pour la population (Behar, Estebe, 2011). Cette approche rejoint le modèle de W. Christaller (1933) dont la localisation des services est fonction de leur rareté mais la distance n'est plus euclidienne sur un espace homogène, elle est définit par la topologie d'un réseau. Ces services mis en réseaux (par exemple les centres hospitaliers) visent la coopération des métropoles entre elles et renforcent le rôle de l'État en tant que garant d'un développement solidaire de tous les territoires (Guigou *et al.*, 2001). La structuration simultanée des mailles au niveau micro-territorial et des pôles au niveau macro-territorial vise une cohérence d'ensemble, une plus grande flexibilité en diminuant les déséquilibres, en garantissant l'accès de l'ensemble des citoyens aux services publics (Bongiovani, Nogues, 2002). Ainsi, l'étude de l'accès aux services, du micro au macro-territorial, vise une amélioration de l'équité spatiale en divers domaines : l'éducation (accès

aux établissements scolaires ou universitaires), la santé (infrastructures de soins, cabinets libéraux, pharmacie, etc.), la justice (tribunaux de proximité), la police (police de proximité, unités territoriales de quartier), les bureaux de poste, etc. Il en va de même en matière de transport, l'Etat souhaite « *donner des chances comparables de développement à chacun des territoires urbains ou régionaux en résorbant du mieux possible leur déficit d'accessibilité* » (Foucauld, 1992).

J.-F. Thisse (1994) discute de la notion d'équité spatiale à travers la localisation d'un service tel qu'une école. La localisation doit être la plus juste et la moins inégalitaire possible. Cependant il met en évidence la complexité de cette question. En effet, il semble illogique de vouloir situer une école à une distance égale pour toutes les familles mais très éloignée : il y a donc un compromis à trouver entre la recherche d'une distance plus courte pour l'ensemble des familles mais certainement inégale. C'est ainsi qu'il oppose deux logiques du décideur. Une première logique « *utilitariste* » consiste à rechercher l'emplacement qui minimiserait la somme des distances parcourues par tous les usagers. On a ainsi optimisé le coût ou le temps d'accès à un service. Mais dans ce cas, certains usagers isolés et en faible nombre peuvent être fortement défavorisés car la localisation du service privilégie les lieux où la densité démographique est plus forte. L'auteur propose alors une seconde approche qu'il qualifie d' « *équitable* » et qui consiste à rechercher la localisation qui minimise la distance maximale parcourue par un usager : « *Autrement dit, les inégalités dans les distances qui sont jugées acceptables sont celles qui profitent aux enfants les plus éloignés* ». Grâce à ce critère d'optimisation mathématique, l'auteur propose ainsi une solution au compromis recherché entre inégalité et efficacité d'accès. Cependant, cette solution est très rarement mise en œuvre car elle est très peu rentable sur le plan économique.

Plusieurs politiques ont proposé des lois fixant le temps de trajet maximal entre le lieu de résidence d'une personne et des services de soins. Par exemple en 2009, le député de Marvejols, P. Morel-A-L'Huissier, proposait de définir dans la loi, les temps d'accès aux soins : entre 30 minutes et une heure pour la médecine générale, 45 minutes pour une maternité, 20 minutes pour les urgences. De même, en mars 2012, le Président F. Hollande promet de fixer un délai maximum de 30 minutes pour accéder aux soins d'urgence et selon le géographe E. Vigneron, six millions de Français de métropole n'ont pas un accès rapide aux urgences[23] (voir Figure 17, p. 55).

[23] Article du journal *Le Monde*, L. Clavreul « Plus de 6 millions de Français n'ont pas accès rapidement aux urgences », publié le 13 mars 2012, consulté le 9 mai 2013 sur www.lemonde.fr/politique/article/2012/03/13/plus-de-6-millions-de-francais-n-ont-pas-acces-rapidement-aux-urgences_1667498_823448.html

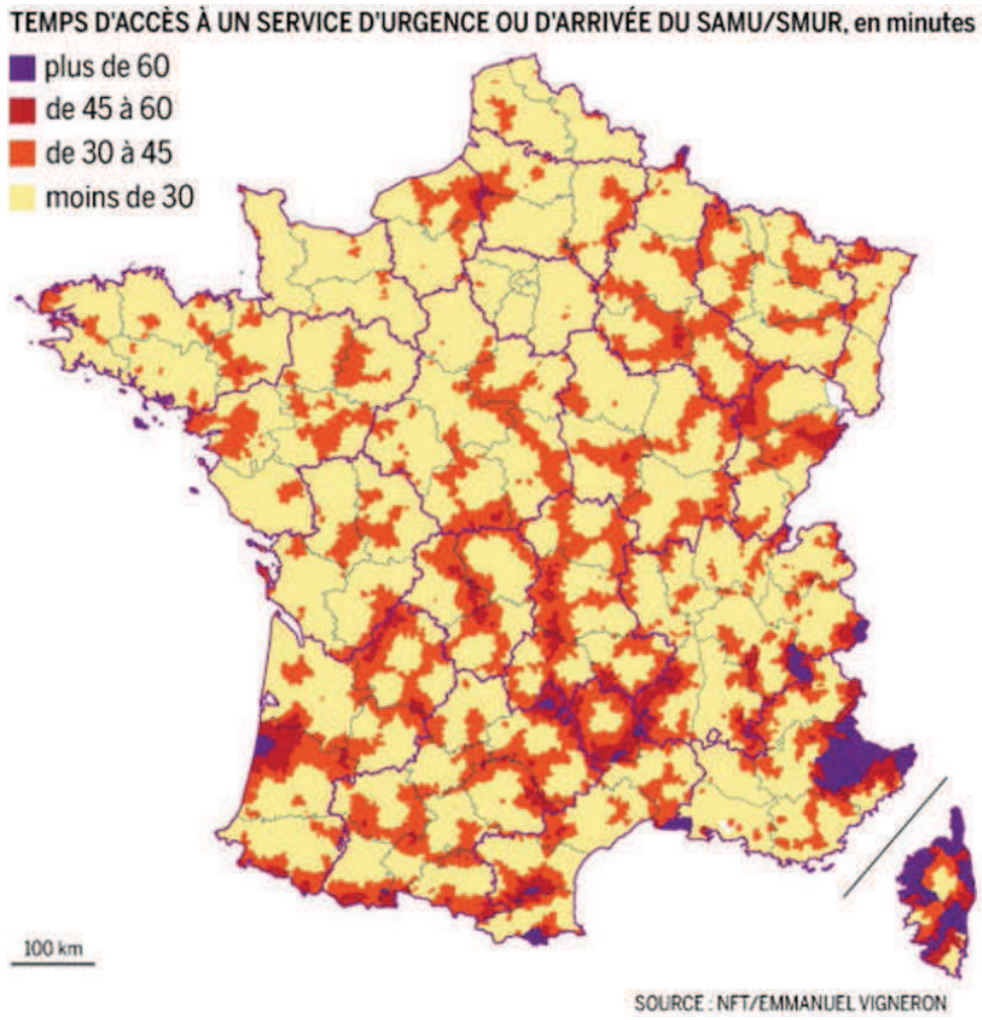


Figure 17 : Le temps d'accès à un service d'urgence ou d'arrivée du SAMU/SMUR en 2012.

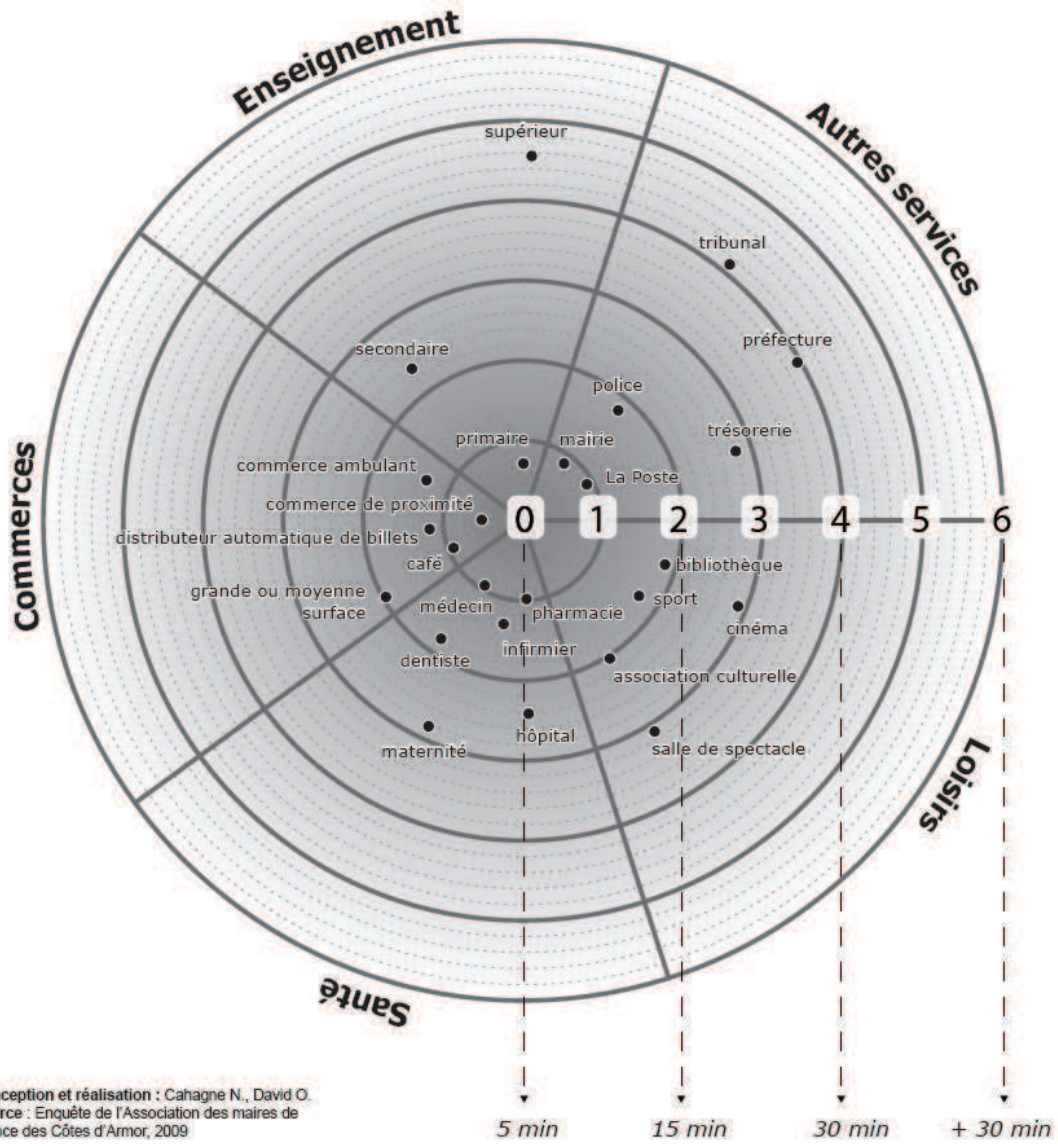
2.3.2. L'enjeu de la proximité

- *La proximité des services : un souhait de tous les acteurs*

L'Etat français vise une égalité d'accès aux infrastructures publiques conforme au principe d'égalité des citoyens devant le service public. Grâce aux réseaux de transport et aux télécommunications, les territoires se connectent et les distances-temps se contractent, « *l'ordre géographique des proximités est, en de nombreux endroits, bouleversé* » (Chapelon, 2006). Cette proximité à de multiples services modifie profondément les perceptions et les comportements des acteurs. Mais qu'est-ce que la proximité ? En sciences sociales, cette notion est devenue centrale dans les problématiques et objets de recherche qu'il s'agisse de ce qui rapproche les individus (les interactions, l'habiter) et de ce qui sépare les humains et fracturent les espaces et les sociétés (ségrégations, distances de toutes natures) (David, 2012). Ayant une connotation positive, la proximité est recherchée tant par les pouvoirs publics que par les acteurs économiques ou les habitants. Les débats autour de la proximité sont liés au fait que de nombreux chercheurs ont

démontré que la proximité relève d'une construction sociale et qu'elle est donc relative. La proximité enrichit les études sur la localisation des services à travers le type de relation entre le prestataire et l'usager (Mérenne-Schoumaker, 2008). Par ailleurs, elle a une nature « *transactionnelle* » qui renvoie à la construction des relations économiques (processus de coopération, fonctionnements en réseau, etc.). Ces deux définitions rejoignent celles de A. Torre et A. Rallet (2004), pour qui la proximité est un terme ambigu mais intéressant « *car il concentre en un seul mot la multiplicité des échelles spatiales auxquelles les acteurs économiques et les individus situent leurs actions* ». Pour les auteurs, la proximité géographique correspond tout d'abord à la distance kilométrique entre deux entités (individus, organisations, villes, etc.), pondérée par le coût temporel et monétaire de son franchissement. Une seconde définition correspond à la proximité organisée qui est de nature relationnelle : c'est la capacité qu'offre une organisation de faire interagir ses membres (l'interaction est *a priori* plus facile qu'avec des unités situées à l'extérieur de l'organisation). Ils précisent que la proximité géographique peut également générer des tensions entre les acteurs et peut tendre à défaire le tissu relationnel local.

Cependant, les vertus relationnelles de la proximité géographique sont souvent citées (elle crée de la confiance, abaisse les coûts de transaction) : elle est considérée comme un atout par la population et constitue un objet de débats en sciences humaines et sociales. Elle est souvent mobilisée par les pouvoirs publics pour promouvoir un aménagement du territoire cohérent et adapté aux besoins des populations. A travers une enquête de l'association des maires des Côtes d'Armor, O. David *et al.* (2012) mettent en évidence l'influence de plusieurs variables sociales (l'âge, le sexe, la catégorie socioprofessionnelle) et le type de commune de résidence des personnes interrogées, sur le désir de proximité exprimé selon les services. L'enquête menée auprès de 3009 personnes, montre que la nécessité sociale n'est pas toujours le principal facteur de souhait de proximité d'un service et que la construction de l'imaginaire spatial de l'individu interfère fortement avec la valeur symbolique et le niveau de pratique potentiel du service : « *Parce qu'elle est à la fois un non-coût et le support des imaginaires spatiaux, la proximité est une ressource que les individus plébiscitent comme modalité majeure d'accès aux services, même si, au-delà de cette connotation positive de la proximité pour la majorité, on peut s'interroger sur l'univocité du sens donné à ce terme par les répondants* ». Dans le domaine de la santé, les services exigés près de chez soi sont la pharmacie, le médecin et l'infirmière contrairement aux médecins spécialistes et l'hôpital, cela influence les stratégies résidentielles des ménages (voir Figure 18, p. 57).



Source : David *et al.*, 2012

Note : Le questionnaire propose 4 modalités concernant la distance souhaitée au service : 5 min, 15 min, 30 min et + 30 min.

Figure 18 : Une proximité modulable : la variation des distances moyennes souhaitées selon les services.

Les personnes interrogées expriment un désir de proximité (en distance-temps depuis leur domicile) pour trois types de services : ceux qui sont les plus régulièrement fréquentés, ceux dont dépend la sécurité des populations (santé, police, pompiers), ainsi que ceux prenant en charge les enfants avant qu'ils ne soient autonomes dans leurs déplacements (crèche ou école primaire). Pour l'accès aux médecins et aux pharmacies, l'exigence de proximité est particulièrement présente chez les personnes de moins de 30 ans et de plus de 60 ans. En ce qui concerne l'analyse par catégorie socioprofessionnelle, il est particulièrement difficile de distinguer les poids respectifs des facteurs « *nécessité sociale* » et « *imaginaire spatial* ». En effet, par exemple, les agriculteurs et les ouvriers (contrairement aux employés) n'ont pas d'exigence de proximité pour les services de santé : la nécessité sociale n'est pas un facteur explicatif des écarts. De même, l'enquête montre que

l'imaginaire spatial des ruraux s'accommode assez facilement de l'éloignement relatif des services de santé (hôpital, services d'urgence, maternité et sage-femme), ils expriment moins d'exigence quant à leur proximité, sauf pour l'infirmier, qui appartient au registre des services de santé de proximité. A cet égard, les urbains accordent plus d'importance à la proximité du médecin et de la Poste que les ruraux alors que ceux-ci évoquent la mairie et les commerces de proximité. Les réponses des périurbains sont plus proches des ruraux que de celles des citadins. Ainsi, les auteurs encouragent la prise en compte des souhaits des populations par les pouvoirs publics, de manière à ce que l'exigence de proximité soit adaptée aux besoins sociaux spécifiques à chaque territoire. Ils démontrent que cette approche est plus pertinente que celle s'appuyant sur l'offre de services qui peut enfermer la réflexion dans une vision spatialiste et réduire ainsi la proximité à la seule notion de distance métrique : « *L'approche de la proximité par la demande et les pratiques sociales permet de la lier aux comportements des habitants dans leurs relations à l'espace, contexte de leurs actions, et d'appréhender plus finement les espaces vécus tels qu'Armand Frémont les a définis* » (David *et al.* (2012).

Suscitant un intérêt croissant des pouvoirs publics, les services de proximité sont perçus comme un élément de réponse aux nouveaux besoins de la population liés aux mutations démographiques, socio-économiques et culturelles mais aussi comme une source d'emplois (Mérenne-Schoumaker, 2008). Ces services répondent à des demandes individuelles ou collectives à partir d'une proximité objective (par exemple, services proches du domicile ou à domicile) ou subjective (proximité relationnelle, confiance). Ils génèrent en plus de la satisfaction directe des individus qui les consomment, des bénéfices collectifs et individuels (Liénard, 2001). Par exemple, un réseau de garde d'enfants a une influence sur l'ensemble du fonctionnement du marché du travail notamment à travers une augmentation du taux d'activité des femmes et une réduction du taux d'absentéisme des travailleurs. Tant sur le plan professionnel que social, les services de proximité peuvent jouer un rôle d'insertion important pour les usagers et leur entourage. Ils contribuent au développement du territoire dans lequel ils s'inscrivent (Liénard, 2001). Pour les communes rurales, les services administratifs, de l'enseignement, des services religieux, de la poste sont essentiels puisqu'ils contribuent à l'échange social et culturel et constituent des freins à l'exode rural (Mérenne-Schoumaker, 2008).

De même, les médecins font partis d'un tissu économique et ils ne peuvent rester sur des territoires où l'Etat s'est désengagé, n'offrant plus de service de proximité : poste, gare, école, services administratifs (tribunaux), puis commerces, etc. (voir Figure 19, p. 59). De même, l'offre de soins libérale favorise l'emploi, l'attractivité du territoire et contribue au développement équilibré des territoires (Aynaud, Picard, 2011).

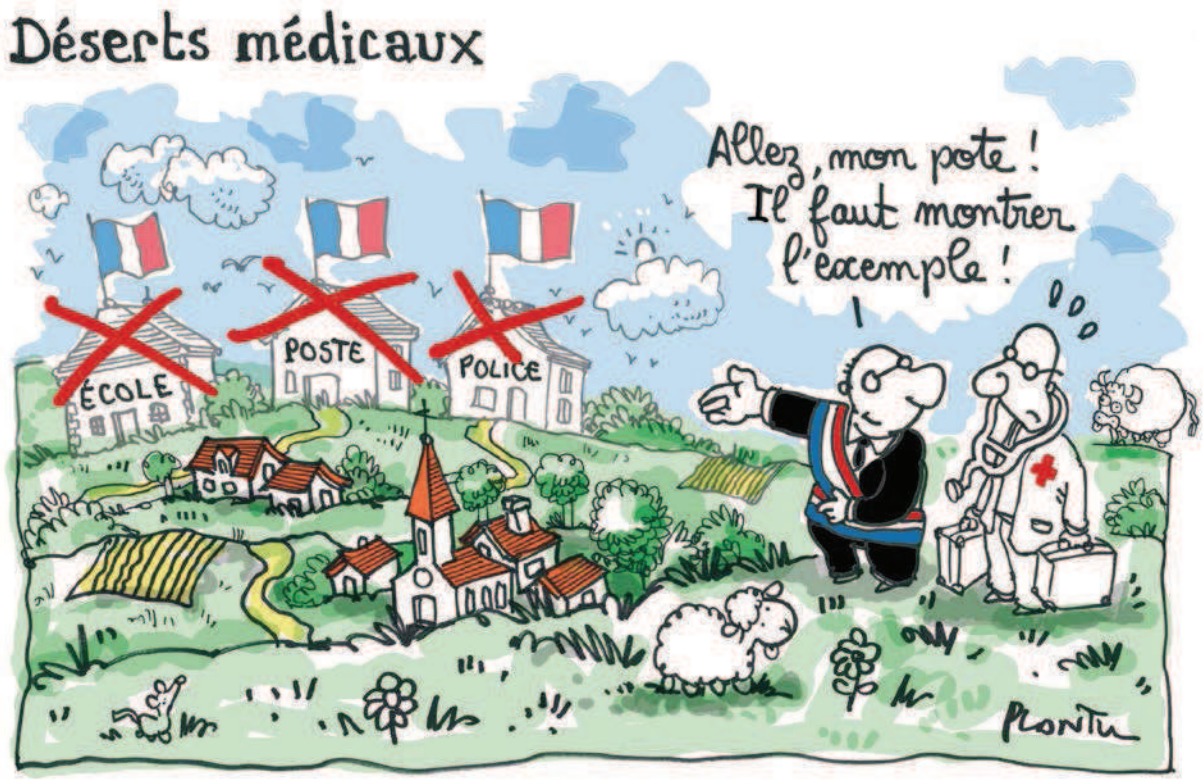


Figure 19 : Dessin de Plantu : « Déserts médicaux », paru dans Le Monde du 8 février 2013. Dessin publié avec l'aimable autorisation de Plantu. © Plantu, 2013. Tous droits réservés

- *Les TIC : vers des territoires homogènes et transparents ?*

Dans un ouvrage consacré aux liens entre la proximité et les Technologies de l'Information de la Communication (TIC), les auteurs (Rallet, Torre *et al.,* 2007) démontrent que le développement rapide et continu des TIC permet la dispersion des activités dans l'espace géographique et l'accroissement de la mise à distance du service. Par exemple, les chaînes de transports et de distribution des marchandises sont de plus en plus déconnectées de la localisation des consommateurs finaux (chaînes nationales, européennes ou mondiales). Paradoxalement, les TIC répondent également au besoin croissant des entreprises d'établir des relations de proximité avec leurs clients pour mieux les connaître et anticiper leurs demandes. Mais cette dématérialisation des biens et services numérisés nécessite de recréer un lieu de face-à-face avec le client : la banque en ligne se développe mais l'agence bancaire reste un instrument privilégié pour vendre des services à valeur ajoutée. Ainsi, malgré l'accroissement de la mise à distance du service, on assiste à un renforcement du processus d'agglomération ; il en résulte une économie d'archipels où un ensemble de pôles urbains sont reliés par les réseaux de transport et de télécomnunication (Raynaud, 2008). Nous assistons à « *la construction d'un continuum spatial où l'on passe sans grande rupture de relations de proximité à des relations distantes* » (Rallet, Torre *et al.,* 2007).

Cette idée d'un continuum spatial est importante pour comprendre les questions liées à la télémédecine et plus précisément les raisons des succès et des échecs de tels projets développés sur les territoires : quelles sont les perceptions des acteurs vis-à-vis de la télémédecine ? Lors d'une consultation à travers un écran d'ordinateur, les patients percevront-ils une rupture ou une proximité à l'égard de leur médecin ? La télémédecine permet, par sa technologie et ses objectifs, le transport quasi-instantané d'informations, limitant ainsi les retards, voire la non-communication, induits par les distances. Le système de santé est perçu « *comme un pilier de notre pacte républicain. Ce système garantit à chacun, quels que soient ses revenus, son âge ou l'affection dont il souffre, une couverture maladie et un accès rapide sur tout le territoire aux soins dont il a besoin* » (Aublet-Cuvelier, 2002). En abolissant les distances entre professionnels de santé et patients, les pratiques de télémédecine contribuent fortement à la diffusion rapide des connaissances et des pratiques. Chaque patient peut ainsi prétendre à un accès aux soins et une qualité de prise en charge plus homogènes et plus équitables sur l'ensemble des territoires. Cependant l'abolition des distances reste relative et malgré l'utilisation des TIC, l'espace demeure hétérogène et opaque et par exemple, la qualité de la couverture des réseaux mobiles et Internet varie fortement d'un territoire à l'autre. Dans ce contexte, de nombreux auteurs ont étudié les interactions entre les réseaux et les territoires. Par exemple, H. Bakis (2001) définit le concept de géocyberespace qui illustre les interactions entre des systèmes d'acteurs et un ensemble de territoires et de réseaux que ces acteurs utilisent, aménagent et gèrent. L'existence des réseaux modifie considérablement les perceptions et les comportements des acteurs sur le territoire. Le géocyberespace est une vision globale de l'espace, dépassant la dichotomie entre l'espace géographique et l'espace technologique des réseaux et des flux (Bakis, 2007) (voir Figure 20, p. 60).

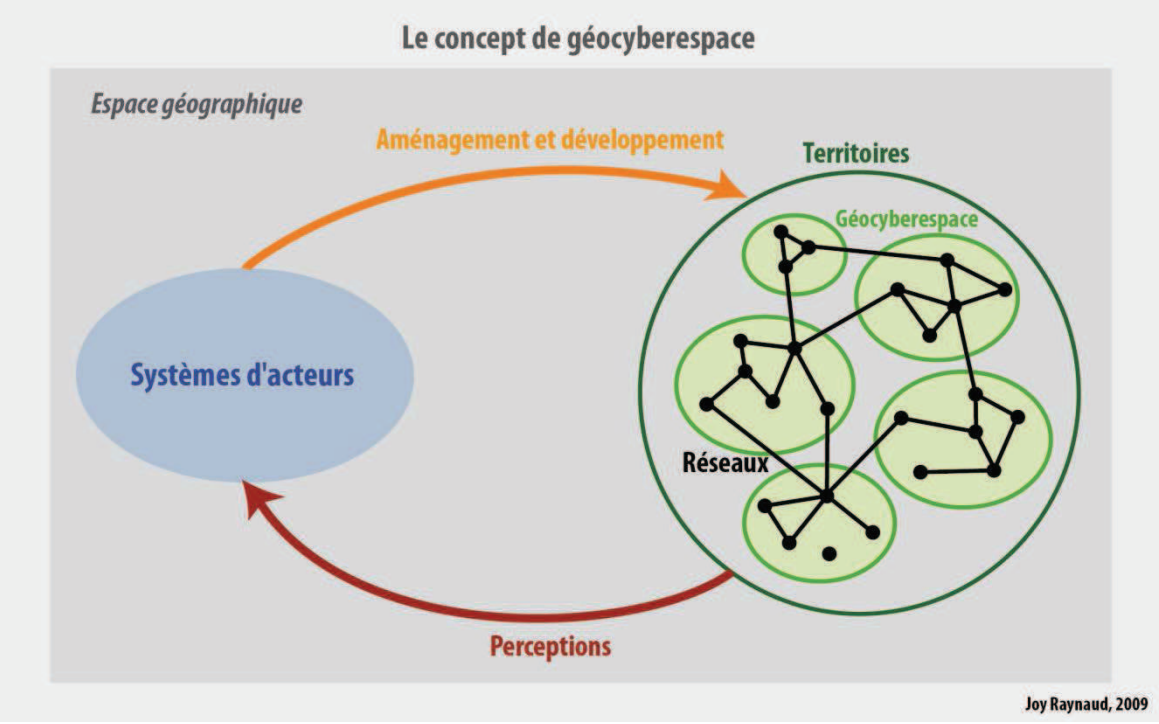


Figure 20 : Le concept de géocyberespace (d'après le concept de H. Bakis, 2001)

Le développement de l'espace des réseaux et des flux et leurs utilisations massives par les acteurs bouleversent l'espace classique de la distance en créant « *de nouvelles connexités spatio-temporelles : une meilleure accessibilité vers les lieux distants, communications en « temps réels », création de nouvelles formes de proximités* » (Bakis, 1998). Nous verrons que ces éléments sont importants pour un meilleur accès à l'offre de soins à travers les outils de télémédecine (voir Chapitre 9, page 327). Les interactions de proximité entre les acteurs sur un espace contigu à l'échelle locale, laissent place à des interactions fréquentes sur un espace réticulaire et non contigu à l'échelle globale (Bakis, 1990). On observe également de nouvelles conséquences sur les organisations et les dynamiques, comme l'indique H. Bakis (1997), « *Les réseaux de la télécommunication instantanée jettent un pont immatériel entre les divers « lieux » des territoires. Ils permettent de concevoir de nouvelles formes de relations entre les sociétés et les territoires : téléactivités, gestion spatiale, management de l'entreprise, etc.* »[24]. Malgré l'existence de nouvelles interactions entre l'espace géographique et de l'espace technologique des réseaux et des flux, bouleversant les temporalités et les distances sociales, il continuera à exister une durée au transport des personnes et des marchandises et un coût de franchissement de la distance due à la non-transparence de l'espace.

- *Proximité ou concentration des services de soins ?*

En matière de santé, l'importance de la distance provient de la non-adéquation entre la localisation de l'offre et de la demande, elle est donc un facteur important de l'accessibilité aux soins (Vigneron, 2001). Si la demande est diffuse sur le territoire selon la répartition des individus, l'offre est concentrée selon son niveau de rareté. Pour E. Vigneron, la balance planificatrice oscille entre qualité et sécurité d'une part (concentration des soins) et accessibilité et proximité d'autre part (diffusion des soins) (voir Figure 21, p. 61).

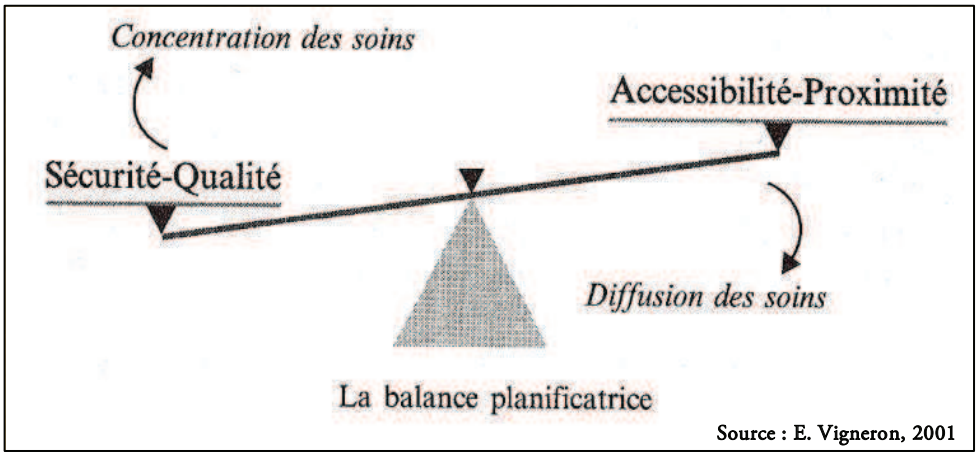


Figure 21 : La balance planificatrice.

[24] Voir « Expériences et perspectives de la téléactivité » (1995), *Netcom*, Vol. 9, n° 2, p. 303-316.

L'équilibre de la balance reflète un choix de société. Une concertation de tous les acteurs est alors indispensable pour définir les objectifs de l'organisation du système de soins suivant de nombreux éléments telles que les dépenses publiques et les valeurs morales (Picard, 2004).

Le dilemme de la proximité et de la concentration des soins est fréquemment posé dans la littérature. La concentration des services de soins n'est pas seulement évoquée pour des raisons économiques mais aussi pour des questions d'efficacité médicale et de qualité des soins (Lucas-Gabrielli, Nabet, Tonnellier, 2001a). A cet égard, les études empiriques, effectuées en grande majorité dans les pays anglo-saxons, ne permettent pas d'identifier une corrélation directe entre la proximité des producteurs de soins et un effet bénéfique ou néfaste sur la santé (Lucas-Gabrielli, Nabet, Tonnellier, 2001b). Néanmoins, plus les individus sont éloignés de l'offre de soins, plus l'utilisation des services est faible et l'effet de l'accessibilité semble plus important pour la prévention que pour les soins curatifs. En France, Arié et Andrée Mizrahi se sont beaucoup intéressés à l'effet de la distance sur la consommation médicale. Leurs travaux démontrent, à l'exception de la médecine générale (où le médecin se déplace à domicile), une baisse de la consommation de soins avec l'augmentation de la distance aux services sanitaires. Cette friction de la distance est identifiée en effectuant le rapport de la consommation moyenne réelle sur la consommation potentielle (dans le cas où l'ensemble des individus se situe dans une commune disposant du service concerné). Deux éléments influencent alors l'effet de la distance sur la consommation : l'implantation de personnes et d'équipements médicaux (l'urbanisation et l'accroissement de l'offre réduisent les distances à parcourir) et la résistance aux déplacements, qui résulte d'un équilibre entre la nécessité de consommer des soins et le coût de déplacement lié à la dépense, à la fatigue, au temps perdu, etc. (Mizrahi, Mizrahi, 1992).

En effet, la nature de la distance aux services de soins n'est pas la même pour les espaces urbains et ruraux. En ville, la distance kilométrique n'est pas une contrainte majeure (malgré les embouteillages ou le stationnement à proximité des cabinets médicaux ou des domiciles des patients), mais la distance sociale constitue davantage un obstacle pour l'accès aux soins pour des individus vivant dans la précarité et ayant parfois moins conscience de leurs besoins en matière de santé (Barbat-Bussière, 2009). De même, dans certains quartiers se pose le problème de la violence, des soignants sont agressés et certains médecins de garde refusent de se déplacer sans une présence policière. En revanche, en milieu rural, la distance est essentiellement kilométrique puisque bien souvent, le territoire sur lequel un professionnel de santé soigne les patients recouvre de nombreuses communes. Cette distance occasionne davantage d'actes de visites qu'en milieu urbain ainsi que des problèmes d'accès pour les personnes à mobilité réduite telles que les personnes âgées (Barbat-Bussière, 2009). Ainsi, il est plus pertinent d'utiliser les distances-temps que les distances kilométriques étant donné l'éloignement entre l'offre et la demande de soins, l'utilisation d'un réseau routier généralement de type secondaire (départementales ou routes de

montagnes) par les patients et les professionnels de santé et les conditions de circulation souvent aggravées en période hivernale.

Actuellement, la nouvelle loi Hôpital Patient Santé et Territoires (HPST) s'inscrit dans la continuité des précédentes lois concernant la recherche de la rentabilité à travers l'idée que seules les grandes concentrations hospitalières sont économes. Depuis 1958, les pouvoirs publics ont tenu à concentrer l'offre de soins hospitaliers pour mieux satisfaire la demande et limiter les coûts dans un contexte d'accroissement des dépenses et des coûts hospitaliers lié notamment aux progrès médicaux et au vieillissement de la population. Parallèlement, la loi HPST élargit l'influence des établissements publics de santé en créant des communautés hospitalières de territoire (CHT) qui sont un ensemble de structures d'accueil visant la mise en œuvre d'une stratégie commune à l'ensemble des établissements publics de santé d'un territoire. Leur échelle n'est plus celle de la commune mais celle de l'intercommunalité, du département, de la région, voire même davantage même si la réponse à la proximité de la demande doit être constante. L'idée est d'obtenir un fonctionnement en réseau des établissements publics où chaque activité médicale ou chirurgicale est autorisée de façon à ce que l'ensemble du territoire puisse être servi par les meilleurs spécialistes. Dans son analyse concernant le regroupement de l'offre de soins dans les grands centres urbains, J-M Clément critique cette politique qui s'avère peu efficace puisque les coûts hospitaliers n'ont cessé de croître et que la plupart des hôpitaux sont actuellement en déficit : 29 Centres Hospitaliers de Recherche sur 31 (Clément, 2009). Selon l'auteur, la fermeture des hôpitaux de proximité coûte bien plus cher par les coûts de transport sanitaire qu'elle nécessite et par la mauvaise adaptation des moyens mis en œuvre pour soigner les pathologies. Plus le centre hospitalier est important, plus les moyens sont adaptés à des cas graves et plus les coûts de structure sont élevés. Ainsi, il serait bien moins coûteux de développer des services de médecine, de chirurgie, d'obstétrique de proximité que de multiplier les niveaux hiérarchiques, ce qui engendre une bureaucratie onéreuse par les prétentions salariales de ceux qui la servent et par les dysfonctionnements qu'elle induit. De plus, cette planification ne prend pas en compte l'hétérogénéité de l'espace et donc les besoins de santé des populations éloignées des centres de soins départementaux (espaces périurbains et ruraux). Ainsi, la seule prise en compte du critère économique où la loi du marché règne sans contrainte, ne semble pas convenir à la réduction de l'inégalité dans l'offre de soins et à la notion de service public hospitalier.

- *Conclusion*

Ainsi, la distance est un indicateur d'accès aux services qui permet d'identifier les inégalités de l'offre de soins et d'observer la diffusion ou la concentration des équipements ou des professionnels de santé et de hiérarchiser ces services : services de proximité ; spécialités et disciplines hospitalières courantes ; spécialités, équipements lourds et disciplines rares ou très spécialisées (Lucas-Gabrielli, Tonnellier, 1995). Néanmoins, comme l'indique J-L. Guigou

(Vigneron, 2001), *« Le critère pertinent pour l'équité en matière sanitaire est davantage l'accessibilité que la distance : accessibilité économique, sociale et culturelle (prise en charge en grande partie aujourd'hui par la CMU), accessibilité physique, qui ne se réduit pas à la proximité, même si elle en est un élément déterminant* ». Ainsi, la question de la distance et donc de la proximité, n'est qu'une dimension de l'accès, comme le souligne E. Vigneron (2001) : « *Lorsque nous parlons de soins de santé, nous parlons assez rapidement d'accessibilité aux soins et de proximité. Pourtant, la proximité, qui est une mesure de la distance réelle, vécue ou perçue entre deux lieux, n'est pas nécessairement synonyme de l'accessibilité qui est une mesure plus qualitative* ». Ainsi, « *La distance est au cœur de notre relation au monde et la société a donné à des femmes et des hommes – les géographes – mission d'éclairer cette relation. Le domaine de la santé et des soins de santé n'y échappe pas. C'est la raison fondamentale pour laquelle l'organisation des soins de santé est aussi une affaire de géographie et pas seulement de médecine, encore moins de technocrates aveugles aux réalités locales* ».

2.3.3. Au-delà de la recherche de proximité : l'accroissement des flux des patients et des médecins à l'échelle mondiale

La mondialisation s'accompagne d'une intensification des flux de biens et de marchandises, générés par de fortes différenciations de l'espace à l'échelle mondiale. Dans le secteur de la santé également, on assiste à une mondialisation des épidémies (Grippe A, SRAS, etc.), de l'industrie pharmaceutique avec quelques laboratoires qui dominent le marché mondial des médicaments et des techniques médicales, avec la diffusion des savoirs lors des nombreux congrès internationaux (Nys, 2010). De même, les médecins des pays du Sud migrent vers les pays du Nord et les patients ont recours au tourisme médical.

- *Les migrations des médecins vers les pays développés*

En 2006, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime la pénurie de personnels de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes et autres) à plus de 4 millions à travers le monde (OMS, 2007) (voir Figure 22, p. 65). Des flux internationaux des professionnels de la santé s'observent des pays émergents vers les pays développés et ne cessent de s'intensifier du fait des pénuries dans certains pays développés et du faible niveau de rémunération de ces professionnels dans les pays émergents (Nys, 2010). Les migrations de ces personnes hautement qualifiées dans le domaine de la santé, présentent des avantages et des inconvénients. Selon J. Buchan (2008), elles permettent de remédier à la pénurie de main-d'œuvre dans certains pays, soulageant ainsi d'autres pays en sureffectifs. C'est également l'occasion, pour certains professionnels de santé, d'élargir leurs perspectives de carrière et d'améliorer leur niveau de vie. Mais ces migrations peuvent également aggraver la pénurie de soignants dans les pays souffrant déjà d'un manque d'effectifs et donc, compromettre l'accès et la qualité des soins. De plus, l'augmentation des flux

migratoires des professionnels de santé risque de présenter une menace pour le développement économique et social des pays émergents. Mais selon J-F. Nys (2010), les migrations internationales ne sont pas la principale cause de la faiblesse des systèmes de santé des pays en développement, mais elles la renforcent. En effet, les besoins en personnels de santé des pays en développement dépassent de beaucoup le nombre de soignants ayant quitté le pays. Ainsi, l'effondrement du système de santé dans certains pays émergents serait davantage lié au manque de moyens financiers et à la constante pénurie de fournitures de base, d'équipement et de personnel.

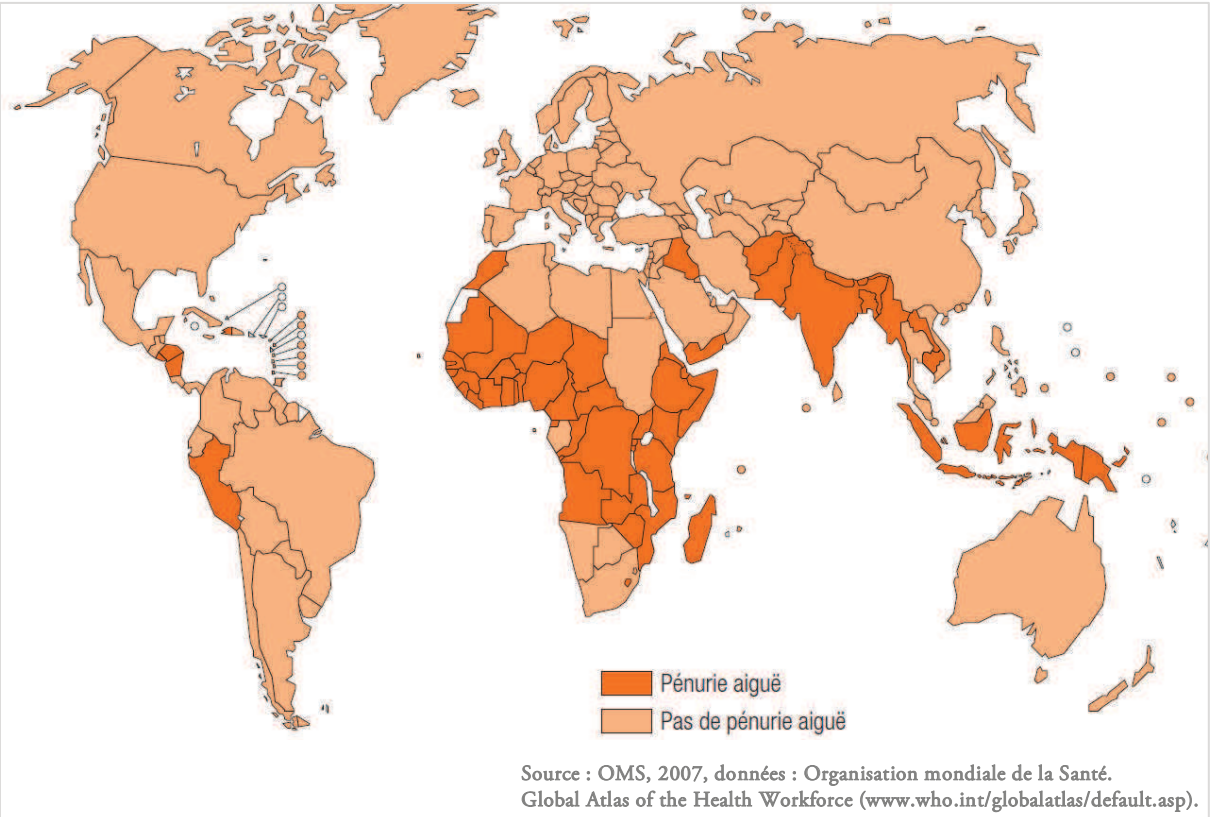


Figure 22 : Pays connaissant une pénurie aiguë de personnels de santé dans le monde (médecins, infirmiers, sages-femmes).

Le plus grand nombre de médecins nés à l'étranger se trouve aux Etats-Unis avec 200 000 médecins. En Europe, entre 1970 et 2005, le nombre de médecins formés à l'étranger a fortement augmenté : il est passé de 1 à 6 % en France (Nys, 2010). A cet égard, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM, 2012a) a mené une étude sur les diplômes européens et extra-européens dont sont titulaires près de 20 000 médecins en activité. En 2011, 27% des nouveaux inscrits sont diplômés hors de France et proviennent essentiellement des pays du Maghreb (notamment l'Algérie : 23%), puis de la Roumanie (17%) et de la Belgique (9%). Il s'agit d'une population plutôt âgée (49 ans âge moyen) exerçant une activité salariée pour les deux tiers.

- *Les flux de patients vers les pays émergeants*

Concernant les patients, les destinations des migrations s'inversent et les résidents des pays développés voyagent pour accéder à des soins dans des établissements situés dans des pays émergents. En effet, le tourisme médical c'est-à-dire, le fait de voyager dans le but principal de se faire soigner, qu'il s'agisse de soins de confort et esthétique ou de traitements de pathologies lourdes (orthopédie, cardiologie, cancérologie), est en constante augmentation dans le monde (Nys, 2010). Aux États-Unis, le nombre de patients partis se faire soigner en Asie ou en Amérique latine est passé de 150 000 en 2006, à 750 000 en 2007 et le chiffre est proche de 6 millions en 2010[25]. De plus, 52 % des Européens seraient prêts à se déplacer pour se faire soigner à l'étranger[26]. Comme l'indique L. Menvieille (2012) : « *La globalisation du marché de la santé est arrivée à un tel point qu'il est aujourd'hui possible de bénéficier d'un pontage coronarien à Bangkok, d'un remplacement de prothèse de hanche à Bombay, de soins dentaires à Prague, ou bien encore d'une chirurgie orthopédique à La Havane dans des conditions médicales qui parfois n'ont rien à envier aux cliniques occidentales* ». Les patients concernés ont un niveau de vie élevé, résident dans un pays où les coûts de la santé sont très importants et sont essentiellement originaires d'Europe (Royaume-Uni), du Moyen-Orient, du Japon, des Etats-Unis et du Canada (Bovier, 2008). Selon J-F Nys (2010), les principaux pays destinataires du tourisme médical sont des pays émergents d'Amérique du Sud (Argentine, Mexique, Brésil, Cuba, etc.), d'Asie du Sud-Est (Thaïlande, Inde, Malaisie), d'Afrique (Afrique du Sud, Tunisie, Maroc, Égypte) et du Moyen-Orient (Liban, Abu Dhabi, Jordanie), ainsi que les pays d'Europe de l'Ouest (Hongrie, République Tchèque, Roumanie). En 2006, la Thaïlande était la première destination du tourisme médical avec 1,2 million de patients, l'Inde occupant la deuxième place avec 600 000 patients. Selon le cabinet McKinsey et la Confédération de l'industrie indienne, le secteur du tourisme médical pourrait peser près d'un milliard d'euros d'ici 2012 (Le Borgne, 2007).

Selon P-A. Bovier (2008), le tourisme médical intéresse tout d'abord les patients qui souhaitent bénéficier de soins qu'ils ne peuvent se payer. Aux Etats-Unis, près de 50 millions de personnes vivent sans couverture d'assurance maladie ou accidents et certaines assurances ne prennent pas en charge des interventions orthopédiques (prothèses de hanche ou de genou). Ainsi, selon des estimations récentes, 500 000 américains voyageraient chaque année pour recevoir des soins médicaux et/ou dentaires. Les différences de prix sont énormes et les prestations peuvent être 10 à 20 fois moins chères par rapport aux tarifs pratiqués en Europe ou en Amérique du Nord : un remplacement valvulaire coûte 200 000 dollars aux Etats-Unis contre 10 000 dollars aux Philippines, en incluant le prix d'un voyage en avion et un séjour de convalescence au

[25] Deloitte (2008), « Medical Tourism. Consumers in search of value », Deloitte Center for Health Solutions, Washington ; Fred Hansen (2008), « A revolution in health care. Medicine meets the marketplace », *Institute of Public Affairs Review*, Melbourne ; Tilman Ehrbeck *et al.* (2008), « Mapping the market for medical travel », The McKinsey Quartely : cité dans Nys, 2010.

[26] Sondage CSA-Europe Assistance, 25 janvier 2007 : cité dans Nys, 2010.

bord de la mer. De même, en Inde, une greffe du foie coûte 40 000 dollars contre 500 000 dollars aux États-Unis et une opération du cœur coûte moins de 4 000 dollars en Inde, contre 20 000 dollars en Europe et 40 000 dollars aux États-Unis. Concernant les traitements du cancer ou les soins dentaires, ils sont 90% moins cher en Inde que dans les pays occidentaux (Le Borgne, 2007). En Thaïlande, une prothèse de genou ou une correction de la myopie par laser revient cinq fois moins cher. Ces mêmes différences se retrouvent également pour de nombreuses interventions de chirurgie esthétique.

Plusieurs facteurs expliquent ces prix attractifs (Bovier, 2008). Tout d'abord, le coût de la vie est moins cher dans les pays émergents ce qui permet une réduction des frais liés aux infrastructures et aux services. Le patient effectue directement le paiement des prestations, diminuant ainsi les frais administratifs. Les médecins de ces hôpitaux sont généralement salariés, ce qui limite les frais médicaux et bien souvent, ces institutions ne sont pas des hôpitaux universitaires et n'ont donc pas à supporter les frais liés aux activités de type enseignement ou recherche. Malgré ces prix attractifs, les patients accèdent à des hôpitaux les plus modernes et des chirurgiens très compétents formés dans les meilleures universités étrangères et les opérations coûtent moins cher.

Au-delà de la motivation financière pour accéder à des soins dans les pays émergents, un autre facteur qui favorise le tourisme médical est lié au délai d'attente pour des interventions sélectives et à ses conséquences. Au Canada en 2005, plus de 750 000 personnes étaient sur des listes d'attente. Au Royaume-Uni, près de 1,2 million de personnes étaient en attente d'une opération en 2003, le délai d'attente pour une opération est en général d'une année, mais dans de nombreuses situations, ce délai est nettement plus long (Bovier, 2008). Les déplacements des patients s'observent également à l'échelle intra-européenne. Par exemple, les patients britanniques sont de plus en plus nombreux à se faire soigner en France. Le *National Health Service* (NHS) a signé, en 2002, une convention avec des établissements du Nord-Pas-de-Calais pour éviter aux patients anglais une attente trop longue avant une opération de la cataracte ou une prothèse de la hanche (Nys, 2010).

Plusieurs agences se proposent d'aider les patients dans leur choix de destinations en fonction de leur problème de santé mais aussi de s'occuper des formalités de voyage et proposent ainsi des formules « tout frais compris ». Ces agences de voyages, qui se disent conseillers en santé, se sont implantées dans de nombreux pays. Il s'agit par exemple de la société Tandreizen aux Pays-Bas, de MedSolution et Speedy Surgery au Canada qui proposent des séjours de luxe et des soins spécialisés à des prix attractifs (Nys, 2010). Les logiques de marchés locaux et globaux influencent fortement les circulations des patients, des médecins, des savoirs, de l'industrie des produits de santé, et dans une certaine mesure, les politiques de santé (Sakoyan *et al.*, 2011).

Face à l'augmentation de la demande de soins dans les pays développés, le secteur de la santé de nombreux pays émergents ont élaboré une offre médicale spécialisée. Ainsi, de plus en plus de patients sont amenés à franchir leurs frontières pour accéder à des soins qui sont moins encadrés que dans leur pays d'origine d'un point de vue législatif (génétique), moins chers (dentisterie, soins esthétiques) ou moins rares (pose de prothèse, hébergement médicalisé pour personnes âgées, soins aux enfants autistes) (Le Borgne, 2007). Mais l'attractivité des prix pratiqués pour des soins destinés à des pathologies lourdes (cardiologie, cancer, ophtalmologie, etc.) favorise un tourisme médical dans certains pays tels que l'Inde et la Thaïlande. Cette situation est également favorisée par des mécanismes élaborés pour freiner l'augmentation des coûts de la santé dans certains pays : une médecine à plusieurs vitesses où des patients peuvent opter pour un catalogue limité de prestations ou encore une limitation du nombre de prestataires qui engendre des listes d'attente (Bovier, 2008). Bien que cette tendance reste marginale pour les patients français, elle est répandue aux Etats-Unis, en Angleterre, en Italie, ainsi que dans les pays du Golfe ou d'Afrique du Nord. Ainsi, un mouvement asymétrique se crée entre patients et médecins : tandis qu'un flux de patients aisés se déplace des pays développés vers les établissements de santé des pays émergents, les soignants migrent des pays émergents vers les pays développés (Nys, 2010). La mondialisation des flux d'acteurs de santé (patients et médecins) met en évidence de multiples facteurs influençant leurs choix de mobilité pour accéder aux services de soins. En effet, les migrations des médecins vers les pays développés permettent de remédier à la pénurie de main-d'œuvre et d'élargir les perspectives de carrière des soignants, d'améliorer leur niveau de vie et d'accéder à des équipements médicaux de qualité. D'autre part, les patients n'hésitent plus à parcourir de longues distances pour accéder à des soins pour des pathologies lourdes, des problèmes dentaires ou esthétiques. La distance n'est pas un facteur essentiel dans cette décision qui est davantage motivée par un compromis entre une attractivité économique, des délais d'attente plus courts et une qualité des soins semblables à celle des pays développés.

2.4. La géographie de la santé : une approche multidimensionnelle

Ainsi, l'étude de l'accès aux soins relève des concepts géographiques. Son analyse s'appuie sur les notions d'acteurs, de territoires, de distance, de réseaux techniques et technologiques, de pôles, de concentration et de diffusion, etc. Plus précisément, l'accès aux soins une question de géographie de la santé dont H. Picheral est l'un des principaux fondateurs de cette discipline en France et qui la définit ainsi : « *La géographe de la santé a pour objet l'analyse spatiale des inégalités de santé des populations, de leurs comportements et des facteurs de leur environnement qui concourent à la promotion ou à la dégradation de leur santé. Elle se fixe alors quatre objectifs : la définition de territoires de la santé, la mesure de l'encadrement des populations et la recherche de l'équité pour évaluer en définitive l'ajustement du système de soins aux besoins de santé.* » (Picheral, 2001).

La géographie de la santé est issue de la géographie des maladies, c'est-à-dire à « *l'étude de la distribution sociale et spatiale des maladies* » et de la géographie des soins, « *l'analyse sociale et spatiale des ressources sanitaires et du recours aux soins et du niveau de médicalisation des populations* » (Picheral, 2001). Elle correspond à ce que l'on appelle « *la géographie médicale* » dans les pays anglo-saxons (« *medial geography* ») et germaniques (« *geomedizin* »). L'épidémiologie descriptive, qui a précédé la géographie de la santé, avait pour objet de créer des cartes de localisation (ou d'inventaire) et de répartition des fréquences ou des gradients d'une maladie. L'analyse statistique permet de valider la signification des relations observées entre la distribution géographique et des facteurs de risques prouvés ou supposés, sans fournir d'explications causales. Les territoires sont alors « *de simples supports, indifférenciés, stables et immuables, sans référence à leur organisation et leur usage* » (Picheral, 1995). Mais la géographie de la santé n'est plus seulement biomédicale, elle est également sociale, culturelle et comportementale afin de répondre à des enjeux d'aménagement du territoire (Picheral, 2004a). Un autre domaine de la géographie de la santé est la géographie des soins et des services de santé, inspirée de l'analyse économique, puis de l'économétrie et de la médicométrie (voir page 32). Son objet d'étude concerne l'égale répartition de l'offre de soins et l'évaluation de l'adéquation de cette offre aux besoins de santé de la population. L'accessibilité potentielle de la population au système de soins est mesurée à travers l'offre de soins permettant « *d'établir des niveaux de desserte et d'équipement à partir de « normes » nationales ou internationales, dont on peut contester, au passage, le bien-fondé* » (*Ibid.*). En effet, ces études, relevant de la géographie des services, présentent un risque d'abstraction technocratique dans leurs modélisations qui sont en outre, applicables uniquement aux « *sociétés développées, riches et urbanisées* » (*Ibid.*).

Ainsi, les frontières entre la géographie des maladies et la géographie des soins et des services de santé se dissipent. Au cœur de la géographie humaine, la géographie de la santé « *est l'analyse*

spatiale de la qualité de la santé des populations dans ses relations avec leur environnement physique, biologique, social, économique, comportemental et culturel » (*Ibid.*). Son approche globale intègre également les caractéristiques du système de soins (le volume, la qualité et la localisation des ressources sanitaires dans l'espace) afin de mesurer et diminuer les inégalités de développement. La santé publique et la géographie de la santé ont alors deux objectifs communs : l'identification de profils sanitaires de populations et de territoires à risque et la mise en évidence d'états de santé évitables (mortalité, morbidité) (Picheral, 1995). Pour cela, les études en géographie de la santé sont passées de l'échelle nationale aux échelles régionales ou communales. Elles constituent les fondements de l'aménagement sanitaire du territoire (Picheral, 2001).

Partie II

Analyse du concept d'accès aux soins : vers une approche multidimensionnelle centrée sur les acteurs

Chapitre 3. Les logiques de localisation et d'organisation des services : les limites de la distance

La définition du concept de territoire met en évidence le rôle majeur des acteurs et de leurs perceptions qui permettront de définir l'accès aux soins. Nous avons également montré que la recherche d'équité spatiale et de proximité sont les objectifs majeurs de l'aménagement pour l'accès aux services de soins en France. De même, W. Christaller (1933) a proposé un modèle qui place la distance au cœur des logiques d'organisation et de localisation de l'offre de services. Nous allons voir comment les théories reposant sur un espace homogène et sur la distance laissent place à des approches plus riches qui intègrent des facteurs humains et sociaux liés au bien-être, aux comportements et aux perceptions.

3.1. Qu'est-ce qu'un service ?

Afin d'analyser les logiques de localisation des services de soins, nous allons tout d'abord définir ce que l'on entend par « services ». En effet, la définition des services n'est pas aisée, elle peut revêtir plusieurs sens. Il existe de nombreuses nomenclatures qui engendrent des problèmes méthodologiques de mesure compliquant les comparaisons dans l'espace et dans le temps (Mérenne-Schoumaker, 2008). Les services ont longtemps été qualifiés d'activités tertiaires (notamment par les instituts de statistiques) qui correspondent à l'ensemble des activités non reprises dans les secteurs primaires (exploitations des ressources naturelles) et secondaires (activités de production et de transformation des biens matériels) : concepts introduits par A. Fisher en 1934 et C. Clark en 1951. Au sens plus restreint, les services ne recouvrent pas l'ensemble du secteur tertiaire puisqu'ils se distinguent du commerce par le seul transfert de savoir et de travail. Nous retiendrons donc la définition de l'INSEE pour laquelle un service est une activité qui se caractérise essentiellement par la mise à disposition d'une capacité technique ou intellectuelle[27].

Par ailleurs, les activités tertiaires et secondaires sont souvent mêlées : les productions agricoles et industrielles incluent également un nombre croissant de services en amont et en aval de la fabrication (Géneau de Lamarlière, Staszac, 2005). A la différence des biens matériels, les services ne se réalisent qu'en se consommant : les distinctions entre production/consommation et bien/service sont parfois difficiles. Etant donné qu' « *il n'y a plus de fabrication de biens sans*

[27] Site Internet de l'INSEE, consulté le 18 juin 2013 : « http://www.insee.fr/fr/methodes/?page=definitions/services.htm »

services, pas plus que de prestations de service sans bien », A. S. Bailly et D. Maillat (1988) proposent de réfléchir non plus en termes d'opposition secondaire-tertiaire mais en termes de liaison fabrication-service. La fabrication, la circulation, la distribution et la régulation de l'ensemble du système seraient les quatre composantes d'un nouvel idéal économique. De façon générale, la distinction entre les notions de biens et de services manque de clarté et se dissipe, notamment pour les productions de haute technologie ou d'activités très créatives. De plus, les fabrications matérielles et immatérielles sont confrontées aux mêmes logiques d'innovation, de diffusion et de coopération et observent les mêmes contraintes techniques et géographiques (Di Méo, 2001).

3.2. La théorie des lieux centraux : une approche rationnelle de localisation des services reposant sur la distance

Dans les années 1950 et 1960, l'économie spatiale et la géographie économique développent la théorie des lieux centraux et celle de la croissance polarisée et expliquent l'opposition des aires centrales aux espaces périphériques. La localisation de l'offre de services en fonction de la demande est au cœur de la réflexion des économistes tels que H. Hotelling, W. Christaller, T. Palander et A. Lösch et l'ensemble de ces réflexions furent rassemblées dans la théorie des *lieux centraux* ou *places centrales* ou encore *modèle de Christaller* en 1933 (Géneau de Lamarlière, Staszac, 2005). Dans un espace homogène, cette théorie démontre que la meilleure solution pour que les services desservent l'ensemble de la population est une structure en hexagones réguliers dont la taille varie suivant la rareté du service (voir Figure 23, p. 77). Les villes sont alors considérées comme des lieux dans les dynamiques économiques pour les activités de biens et services et servent à acquérir, diffuser et évaluer l'information (Claval, 2008). La population résidant dans les territoires périphériques ont une demande potentielle de biens et services et les utilisent. Ces centres sont hiérarchisés car les différents niveaux de services sont définis par :

- des portées-limites (distance que le consommateur accepte de parcourir pour se procurer le service et qui sont définies par le coût du transport supportable pour l'achat du produit) ;
- des seuils d'apparition (fixés par le volume de clientèle nécessaire à la rentabilité de l'offre de service).

La régularité de l'espacement des villes provient de l'hypothèse d'un comportement rationnel des consommateurs qui fréquentent le centre le plus proche ainsi que la concurrence entre les centres qui se partagent la clientèle. La hiérarchie des niveaux de services se traduit par un nombre plus petit et un espacement plus important des centres lorsque ces services sont rares.

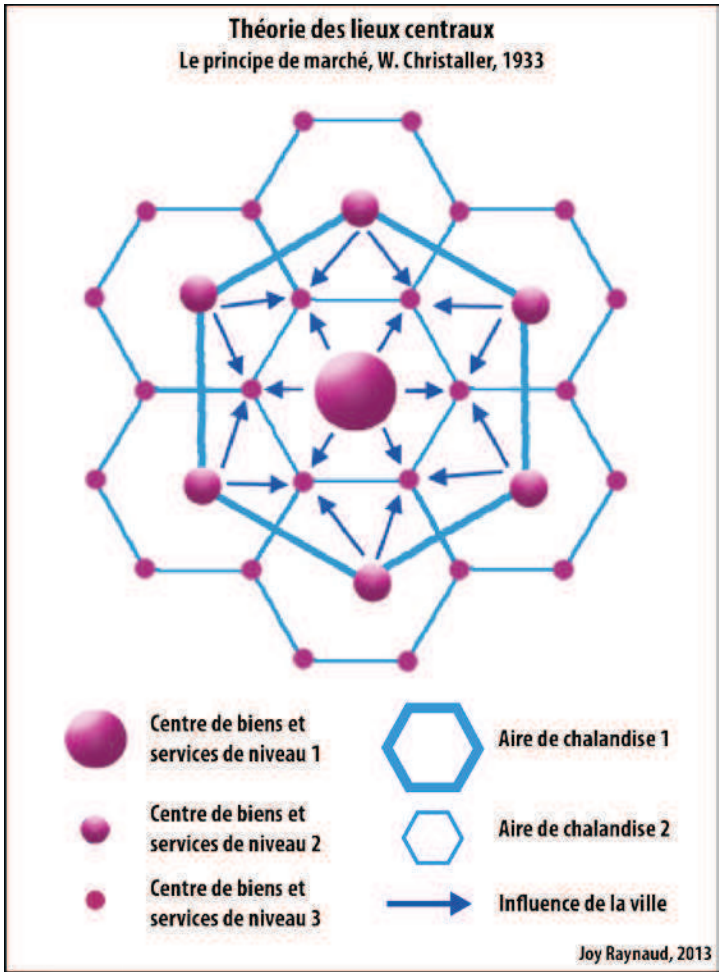


Figure 23 : Théorie de lieux centraux de W. Christaller (1933)

Comme le souligne D. Pumain (2004), de très nombreuses observations menées dans différentes régions du monde ont démontré l'utilité de la théorie pour comprendre l'organisation spatiale de la plupart des services et la différenciation des réseaux urbains aux échelles moyennes, dans des régions relativement homogènes. Bien que cette théorie ait été utilisée en aménagement du territoire pour réaliser le peuplement des polders au Pays-Bas ou pour justifier la politique des métropoles d'équilibre en France, les hypothèses de cette théorie sont remises en cause. Tout d'abord, l'opacité et l'hétérogénéité de l'espace ne sont pas prises en compte, or la présence d'un massif montagneux, d'un littoral ou des infrastructures de transport bouleversent la hiérarchie urbaine prédite par le modèle. Par ailleurs, cette théorie repose uniquement sur la distance géographique à vol d'oiseau et sur les choix rationnels des consommateurs, or d'autres facteurs sont à l'œuvre. Par exemple, le consommateur ne choisit pas systémiquement le centre le plus proche mais il a tendance à effectuer des voyages à buts multiples en s'approvisionnant simultanément pour des biens et services de niveau inférieur dans un centre de niveau supérieur. Le consommateur est alors prêt à parcourir une distance plus longue, dans le but de grouper ses

achats grâce à une offre de services plus diversifiée. Les services de proximité et intermédiaires sont peu utilisés ce qui renforce l'hétérogénéité des territoires et donc la hiérarchie urbaine.

Dans le domaine de la santé, les avancées de la recherche en médecine et les performances technologiques génèrent une spécialisation pyramidale qui est également souhaitée et planifiée par les politiques d'aménagement du territoire. Cette hiérarchie des degrés de spécialisation des soins correspond à la théorie des lieux centraux de W. Christaller : les services les plus spécialisés tels que les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) sont situés dans les centres urbains les plus importants, tandis que les services de soins plus courants tels que les médecins généralistes, sont présents dans des villes de niveau secondaire et le consommateur a donc moins de distance à parcourir pour y accéder (Fleuret, 2012). On peut ainsi classer les services de soins suivant s'ils concernent le premier recours (médecins généraliste, infirmiers, etc.), le second recours (médecins spécialistes, hôpitaux ou cliniques de proximité) ou le troisième recours (CHU, centres de pointe en France ou à l'international). Cependant, si la relation entre la hiérarchie urbaine et la pyramide des soins a longtemps été mentionnée par les géographes, ces liens sont remis en cause dans de nombreux domaines. Ainsi, B. Mérenne-Schoumaker et L. Moyart (2006) montre que le renforcement des principaux lieux centraux génère un nouveau modèle de réseau ayant une forme en étoile, avec un point de connexion central qui peut atteindre chacune des terminaisons situées à la périphérie (voir Figure 24, p. 79).

Ce réseau se caractérise par des processus de spécialisation entre les villes, par l'absence de certaines fonctions dans chaque ville ainsi que par des relations entre les fonctions et les villes de même niveau (Trotta, 2009). Ainsi, il apparait des notions de complémentarité et de spécialisation entre les centres de soins d'un même niveau et la théorie des réseaux semble davantage correspondre au développement des relations horizontales contrairement à la théorie des lieux centraux dont les relations sont verticales. Comme le soulignent, I. Bongiovani et M. Noguès (2002), les réformes successives du système de santé ont privilégié un nouveau mode d'organisation des soins qui s'appuie sur la coopération entre les acteurs et sur les développements d'une structure en réseau.

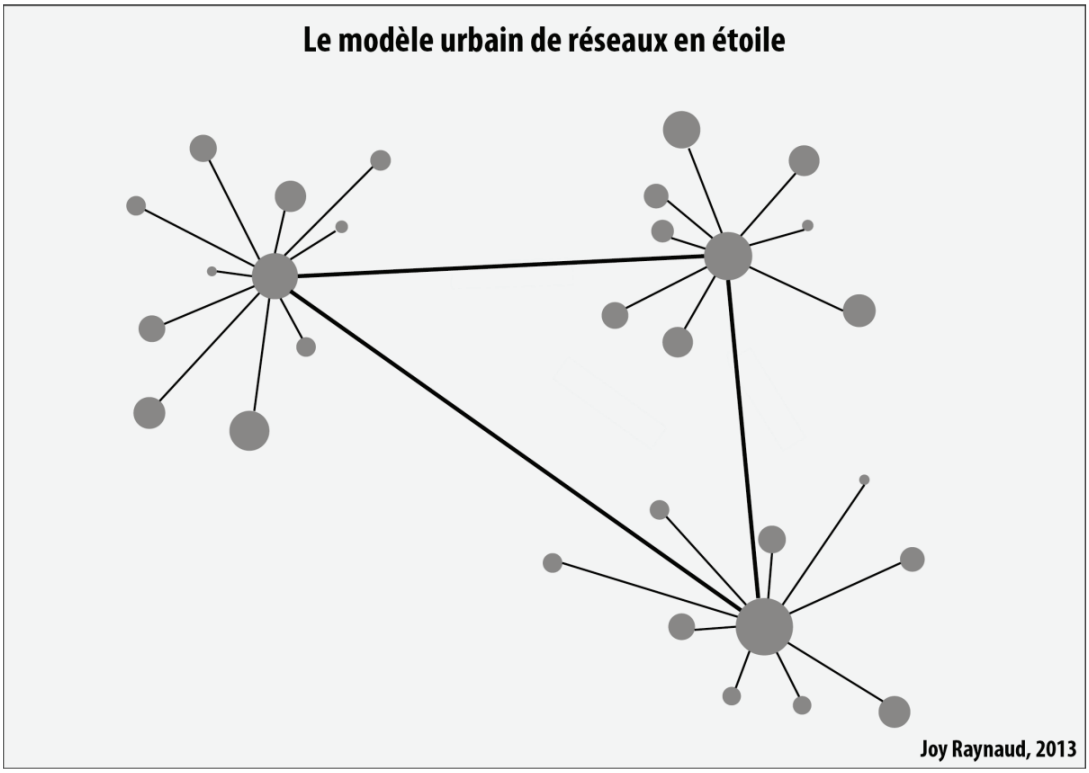


Figure 24 : Le modèle de réseaux en étoile (d'après Mérenne-Schoumaker, Moyart, 2006)

3.3. Vers une approche multidimensionnelle des logiques d'organisation spatiale des services

3.3.1. Les contestations du modèle normatif de l'homo œconomicus et l'apport des sciences sociales

L'*homo œconomicus* est une représentation systématisée du comportement économique proposé par les économistes à partir duquel ils ont construit les principales théories. Ses postulats sont :

- L'être humain est un individu égoïste, le mobile de toutes ses actions est la recherche de l'intérêt personnel.
- Il n'obéit qu'à des principes rationnels : il recherche le maximum de satisfaction moyennant le minimum d'efforts ou de sacrifices.
- Il est parfaitement informé et a connaissance de la totalité des conséquences des actions qui s'offrent à son choix.
- Il est isolé, indépendant des autres hommes, n'est pas programmé par des habitudes sociales ou culturelles : il prend seul les décisions sans aucun déterminisme extérieur.

Ces postulats sont universels et définissent l'action humaine en tout lieu et tout temps.

Les contestations du modèle normatif de *l'homo œconomicus*, recherchant le maximum de satisfaction au moindre coût, sont venues d'autres disciplines que l'économie : la psychologie, la sociologie, l'anthropologie, etc. Leurs travaux s'appuient sur des comportements réels en économie et aboutissent à des interprétations beaucoup plus riches et variées. Les agents économiques sont alors considérés comme des acteurs sociaux dont les comportements et les calculs s'inscrivent dans des règles, des institutions et des conventions. L'étude de l'organisation des firmes montre qu'il n'y aurait pas de « lois » du marché pour ajuster les décisions économiques de multiples agents individuels, mais ce sont différents types d'organisations qui participent à ces ajustements (Géneau de Lamarlière, Staszac, 2005). La dimension culturelle et l'ethnologie des organisations ont permis d'affiner les méthodes de management et la compréhension de l'entreprise à travers les différentes attitudes des acteurs : compétition, rivalité, coopération, solidarité (cotisations sociales, dons, etc.).

En psychologie, des études ont montré que la rationalisation est le résultat d'une évolution culturelle et historique des individus et des institutions. Le comportement rationnel est souvent recherché par les individus parce qu'il leur permet de s'intégrer à la société. De multiples motivations sont observées chez les individus qui sont le produit de la culture : l'appât du gain, l'évitement du risque en souhaitant un revenu le plus stable et non le plus élevé, la volonté de s'accomplir dans une activité, etc. Concernant les processus de décisions des individus, l'économiste américain H. A. Simon (1983) a introduit le courant du *behaviorism* (dont le créateur est J. B. Watson en 1913), qui étudie le comportement objectivement observable et le rôle de l'environnement comme facteur déterminant du comportement humain (et animal). Il a démontré que la définition de l'option la plus rationnelle est difficile et, bien que les individus s'efforcent d'être rationnels, souvent ils n'y parviennent pas, comme nous le verrons à travers l'étude des projets de création de maisons de santé et du développement de la télémédecine. De plus, si un consommateur ne dispose pas de toutes les informations avant de prendre une décision, il n'a pas la possibilité de vérifier leurs exactitudes, ni la capacité d'envisager les conséquences de toutes les alternatives à ses choix (Mérenne-Schoumaker, 2002). Les décisions économiques décrites ci-dessus sont davantage raisonnables que strictement rationnelles, mais il existe également des décisions sans aucune rationalité et qui peuvent sembler illogiques : les gaspillages, le surendettement des ménages, le refus des chefs entreprises de moderniser leur équipement, certaines dépenses luxueuses, etc. (Géneau de Lamarlière, Staszac, 2005). De même, l'anthropologue D. Sahlins (1976) a démontré que le besoin humain est un concept relatif qui change suivant les cultures et le temps. L'obsession de la rareté n'est pas universelle : il qualifie les sociétés primitives comme des « *sociétés d'abondance* » car cette obsession n'étant pas présente, peu de biens matériels sont désirés et tous les besoins sont satisfaits. Ainsi, les perceptions de l'économie diffèrent selon les acteurs à travers leur matrice culturelle, leur mémoire, leur valeur collective, leur croyance, leur symbole mais aussi leur place socio-économique (ouvrier, employé,

libéral, etc.), leur vécu, leur expérience. A cet égard, J. Baudrillard (1978) a montré que dans les sociétés de consommation, l'objet véhicule des images et symboles perçus de façon plus ou moins consciente par les individus et constitue ainsi un « *discours personnel* » : voiture, vêtements, livres, etc.

Ainsi, les aspects sociaux, psychologiques, culturels et politiques sont mobilisés pour expliquer les logiques économiques différenciées des espaces. Ce courant s'inscrit dans celui des « *nouvelles géographies économiques* » où chacune de ces disciplines ont des liens inextricables mais sans domination les unes vis-à-vis des autres. Ces géographies s'intéressent aux fondements sociaux, culturels et religieux du sens que les hommes donnent à l'économie et à leur existence à travers l'économie. Les discours sont analysés à travers les croyances, l'imaginaire (les symboles de la consommation du travail et de la monnaie) ainsi que les mythes sur les « *lois* » du marché et la rationalité économique.

3.3.2. Les logiques de localisation des services : la recherche d'une adéquation entre l'offre et la demande sur le territoire et ses réseaux

Une compréhension fine de l'organisation des activités économiques nécessite d'intégrer des éléments ne relevant pas d'une rationalité parfaite tels que les comportements et les croyances des acteurs, les relations sociales, les règles de gouvernance, etc. Ainsi, les études ne cessent de se développer en intégrant aux méthodes classiques de l'économie, des outils empruntés à d'autres sciences (Gadrey, 2005). Cette approche multidimensionnelle, recouvrant de nombreuses disciplines en sciences humaines et sociales, est particulièrement intéressante pour l'analyse des activités de services. En effet, l'échange d'information entre les acteurs et la recherche d'adéquation entre l'offre et la demande, qui sont au cœur des activités de services, nécessitent d'intégrer des facteurs de nature sociale, politique, anthropologique, psychologique, etc. La prise en compte des comportements et perceptions des acteurs est un facteur essentiel puisque la production d'un service suppose une base matérielle (par exemple, un guichet de banque), un personnel en contact (cela peut également être un contact à distance ou de manière discontinue comme dans le cas d'un distributeur automatique) et un client (Stock, Violier, 2003). On observe alors une coproduction par le client et l'entreprise, le service est alors non tangible et non stockable. L'économiste J. Gadrey (2003) parle de « *servuction* » pour traduire cette spécificité : un service est produit et consommé dans l'interaction entre l'offreur et l'acquéreur. La servuction s'applique également dans le cas d'un service de soins. Nous l'avons vu précédemment, nous assistons à une évolution du rôle du patient qui ne délègue plus aux médecins les initiatives, mais il intervient dans le processus de décision (Barbot, Dodier, 2000). La démocratie sanitaire et l'autonomisation du patient permettent de contrecarrer le déséquilibre informationnel et la

dépossession du pouvoir sur son propre état de santé. Si le professionnel dispose d'un savoir scientifique et technique, le patient reste la première des « *parties prenantes* » (Batifoulier, 2012). Cette décision partagée sur les options de traitement entraine une servuction car l'échange d'information est en interaction entre le médecin qui transmet ses connaissances au patient et le patient qui fait état de ses préférences. L'intégration des conduites économiques non rationnelles et socialisées dans les modèles économiques permettent une meilleure analyse des logiques de localisation des services qui varient selon la nature de l'activité, les qualifications qu'elle nécessite et les échanges sur lesquels elle se fonde, c'est-à-dire les informations qu'elle mobilise (Géneau de Lamarlière, Staszac, 2005).

Le schéma de synthèse (voir Figure 25, p. 82), résume notre propos et montre la logique d'organisation et de localisation d'un service. Nous l'avons vu, bien que la distance soit un élément important de la localisation des services, l'apport des sciences sociales permet une compréhension plus riche des logiques d'organisation. Ainsi, l'étude des comportements et des perceptions des acteurs est essentielle pour identifier les logiques multidimensionnelles qui sont au cœur de la recherche d'adéquation entre l'offre et la demande pour les services. En effet, les activités de services établissent des objectifs et ont deux types de besoins : les biens immatériels (main d'œuvre qualifiée, expérience, etc.) qui ont un rôle majeur contrairement aux biens et équipements matériels (locaux, ordinateurs, véhicules, etc.). Plus encore que pour toute autre activité, les services s'appuient sur l'échange d'information entre le prestataire et le consommateur (étude de marché, échanges avec le client, les résultats d'une expertise, etc.).

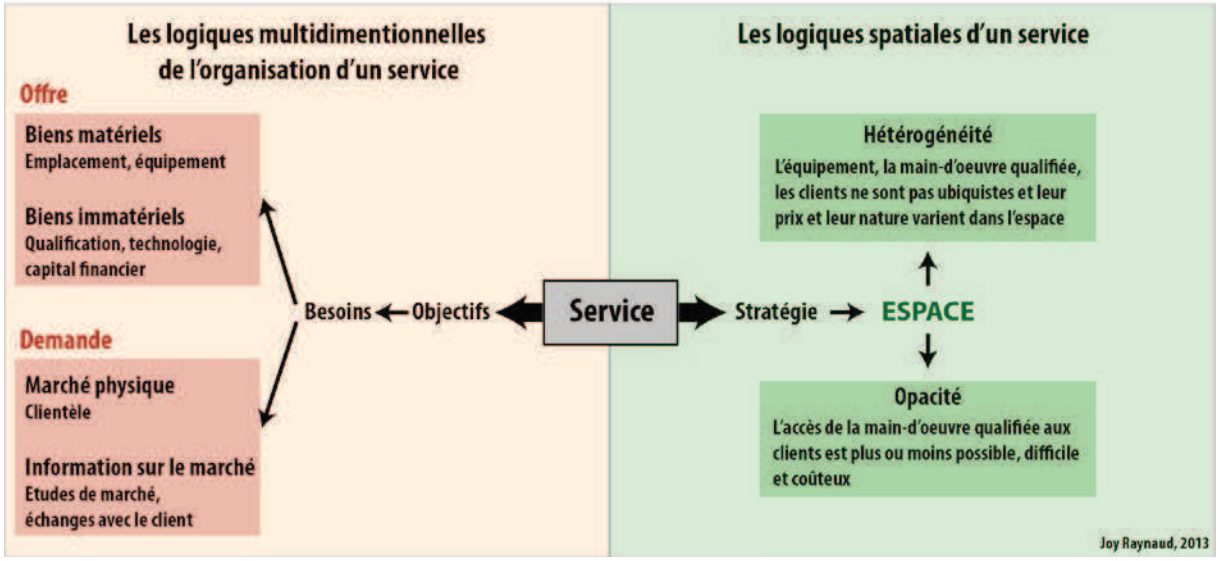


Figure 25 : Les logiques multidimensionnelles d'organisation et de localisation d'un service (à partir de Géneau de Lamarlière, Staszac, 2005)

A l'exception du tourisme, les services ne sont pas dépendants du milieu physique : ils consomment moins d'espace, de ressources naturelles et rejettent peu de polluants (Géneau de Lamarlière, Staszac, 2005). En revanche, l'hétérogénéité et l'opacité de l'espace sont des éléments déterminants qui traduisent les variations spatiales des biens et de l'information disponible et dans l'aptitude à la transmettre : les savoir-faire de certains services ne se trouvent pas partout. Ainsi, comme le montre la théorie des lieux centraux, plus un service est rare (services de neurochirurgie, etc.), plus il aura tendance à être localisé dans les grands pôles urbains où il disposera d'une main d'œuvre très qualifiée.

3.4. Conclusion

Ainsi, les activités de services se caractérisent essentiellement par la mise à disposition d'une capacité technique ou intellectuelle : l'adéquation entre l'offre et la demande ainsi que l'échange d'information entre le prestataire et le consommateur (étude de marché, échanges avec le client) sont au cœur des logiques d'organisation. S'appuyant sur des hypothèses d'un espace homogène avec des acteurs économiques rationnels, W. Christaller (1933) a proposé un modèle qui place la distance au cœur des logiques de localisation de l'offre de services. Les villes, lieux centraux, sont hiérarchisées suivant la rareté des services qu'elles proposent. Mais ce modèle fut remis en cause en raison de l'hétérogénéité de l'espace et les multiples facteurs intervenant dans les logiques de mobilité des consommateurs vers les services (choix de l'accessibilité en temps, choix de grouper ses achats, etc.).

Ainsi, les logiques d'organisation et de localisation des activités de services comprennent de nombreux facteurs qui définissent les conditions d'accès à un service. Les théories qui renvoient à un univers parfaitement équilibré et qui reposent seulement sur la distance, laissent place à des modèles plus riches, plus complexes et plus ingénieux qui intègrent des facteurs humains et sociaux liés au bien-être, aux comportements et aux perceptions. Loin du modèle de *l'homo œconomicus*, l'acteur économique fait intervenir de nombreux éléments peu rationnels. Son affectivité, son besoin d'identité, sa quête de reconnaissance sociale influence par exemple le choix de son lieu d'habitat, de travail, de vacances, c'est-à-dire sa consommation d'espace.

Ce chapitre a permis de mettre en évidence qu'une conceptualisation de l'accès à un service (notamment un service de soins), doit permettre l'analyse théorique et opérationnelle de la relation entre la distance aux services, l'adéquation entre l'offre et la demande par rapport à des besoins et la prise en compte de la diversité des comportements des acteurs à l'aide d'une approche multidimensionnelle relevant des sciences sociales.

Chapitre 4. Une analyse des différentes conceptualisations de l'accès aux soins

Afin de comparer les différentes définitions de l'accès aux soins, il est nécessaire de les situer dans la démarche de construction des concepts en sciences sociales. Cette approche permet d'identifier les différents niveaux théoriques, ontologiques et opérationnels du concept d'accès aux soins. Nous analyserons deux définitions majeures de l'accès aux soins ainsi que leurs mesures à travers des indicateurs et des données.

4.1. Concepts et modèles en sciences sociales

4.1.1. La construction des concepts en sciences sociales

L'analyse des différentes définitions du concept d'accès aux soins relève de la construction des concepts en sciences sociales. Selon le sociologue américain E. R. Babbie (2011), un concept se définit par un ensemble de variables statistiques caractérisées par des attributs (ou modalités), il doit être opérationnel et relié à une mesure empirique. La difficulté de la description et de l'explication du concept repose alors sur le choix des variables et de ses attributs qui sont eux-mêmes reliés à d'autres concepts.

Le professeur de sciences politiques G. Goertz (2005) reconnait l'importance d'une approche opérationnelle, mais il précise que la construction d'un concept doit être reliée autant à l'analyse théorique qu'à l'analyse empirique. Il propose ainsi une construction d'un concept à l'aide de trois niveaux (voir Figure 26, p. 86). Le premier niveau donne un nom au concept ce qui permet de le qualifier à l'aide d'adjectifs. Le second niveau est ontologique, il caractérise le concept par ses constituants, c'est-à-dire d'autres concepts dont l'ensemble forme une structure cohérente et multidimensionnelle. Par exemple, le concept de démocratie peut être qualifié par des adjectifs tels que parlementaire, participative, etc. et par ses constituants tels que les droits civiques, l'organisation d'élections etc. La structure cohérente des constituants de ce second niveau de la construction du concept est caractérisée par la logique mathématique et nous pouvons distinguer deux approches pour relier les constituants entre eux : l'utilisation de la conjonction de coordination « *et* » en précisant les conditions nécessaires et suffisantes qui définissent le concept, ou l'utilisation de la conjonction de coordination « *ou* » en précisant l'ensemble des situations qui forment une représentation du concept mais qui ne sont pas nécessairement exclusives entre elles.

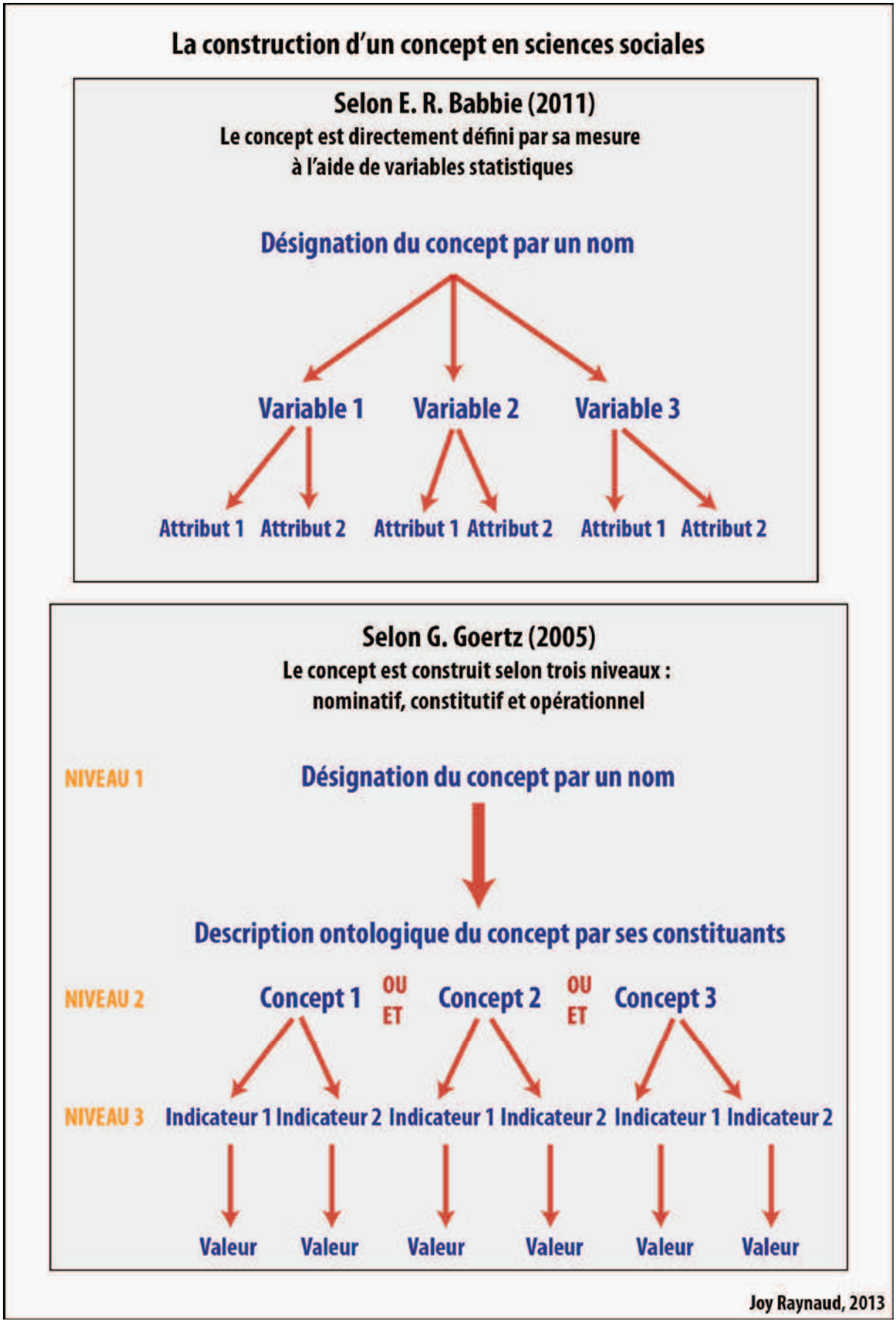


Figure 26 : La construction d'un concept en sciences sociales

Enfin, le troisième niveau de construction du concept définit les indicateurs ou les données relatives aux constituants des modèles pouvant être confrontés à la réalité. Ce dernier niveau rejoint la caractérisation des concepts de E. R. Babbie (2011) par l'utilisation de variables statistiques, mais elles interviennent ici comme indicateurs des constituants du concept et non du concept lui-même.

Cette méthodologie de construction des concepts va nous permettre d'analyser et de comparer les différents cadres conceptuels de l'accès aux soins tels que le modèle comportemental de l'utilisation des services de santé de R. M. Andersen, ainsi que l'accès aux soins défini comme le degré d'adéquation entre des clients et un système selon R. Penchansky. La définition des concepts en sciences sociales mène naturellement à la notion de théorie ou de modèle, c'est-à-dire à la mise en évidence de relations qui existent entre les concepts.

4.1.2. Du concept au modèle : un langage pour décrire le monde

Dans les années 1960 et 1970, le concept de modèle et celui de modélisation ont constitué un tournant épistémologique majeur en géographie. Un modèle est une « *représentation schématique de la réalité, élaborée en vue de la comprendre et de la faire comprendre* » (Durand-Dastès, 2001). Cette nouvelle géographie, apparue dans le monde anglo-saxon dès les années 1950, se démarque de la géographie régionale classique d'inspiration vidalienne à la démarche idiographique, au caractère empirique et à l'expression souvent qualitative et descriptive (Staszak, 2003). F. Moriconi-Ebrard (2003) propose deux définitions du modèle. Au sens des sciences mathématiques, un modèle est une structure logique permettant de rendre compte d'un ensemble de processus ayant entre eux certaines relations. Au sens des sciences sociales, il correspond à un schéma simplifié et symbolique permettant de rendre compte d'une réalité quelconque. Ces deux définitions se rejoignent en deux points : le modèle se situe dans le registre des représentations et non dans le monde du réel et cette représentation doit être épurée de toute subjectivité. En effet, tandis que le langage des mathématiques est dépourvu d'affect et donc de subjectivité, les sciences sociales limitent la subjectivité du modèle en élaborant des représentations simplifiées. Selon l'auteur, « *le modèle décrit un monde « extérieur » à l'homme (en tant que sujet regardant le monde) tout en affirmant qu'il n'est qu'une représentation propre au mode d'appréhension « intérieur » à l'homme : le langage* ».

Selon P. Langlois et D. Reguer (2005), « *Rien n'est totalement modélisable, mais rien n'est totalement non modélisable* ». Le problème de la « *vérité* » d'un modèle mathématique, définie comme équivalence parfaite entre le modèle et la réalité qu'il représente, est un faux problème : mieux vaut définir ses caractéristiques, ses qualités de correspondance avec le réel grâce à

l'observation et par rapport aux objectifs et à la problématique posés. Pour ces auteurs, cela s'exprime en termes de classe de modèle (modèle qualitatif, quantitatif, probabiliste, etc.), de précision, de domaine de validité (dans le temps et dans l'espace).

Ainsi, N. Mathieu (2005) précise que l'intérêt pour la quantification, le modèle et la modélisation correspond au goût et au besoin de la mesure pour identifier les faits et processus géographiques, afin de tester les hypothèses permettant de les comprendre. C'est également ce que souligne R. Brunet (2000) dans son article, « *Des modèles en géographie ? Sens d'une recherche* », « *la pratique et la théorie nous l'apprennent : le « pourquoi » ne peut se saisir sans modèles, il a besoin de références, et à la réflexion comme à l'expérience, il en va de même de l'ainsi* ». Pour étayer son argumentation en faveur de la modélisation, l'auteur commente les principaux reproches adressés aux modèles. A la critique, « *Modéliser c'est simplifier et la simplification est une perte d'information* », R. Brunet répond qu'il est nécessaire de faire une distinction entre le fondamental et l'accessoire, ce qui constitue un effort. Ne pas confondre l'information et le bruit est l'art d'aller à l'essentiel. Inversement, certains modèles sont si compliqués qu'ils sont illisibles, ce qui est la négation même de l'idée de modèle. A ceux qui pensent que « *la singularité de chaque lieu, de chaque objet géographique, interdit toute généralisation* », R. Brunet répond sans détour que « *cette affirmation d'apparence intégriste n'est rien d'autre qu'une ânerie, car elle peut être énoncée à tout propos et pour toute science, et aucune connaissance n'eût été possible si elle avait été suivie* ». Ainsi, « *toute description a besoin de modèles, sans quoi elle n'exprime rien* ». Par ailleurs, certains pensent que les modélisateurs sont dangereux à travers leur volonté de prédire et d'appliquer leurs prédictions en forçant la réalité à obéir à leur modèle. Pour l'auteur, « *cet argument relève du simple procès d'intention, et a son aspect comique en ce qu'il prête aux géographes des pouvoirs qu'ils n'ont jamais eus* ». En revanche, R. Brunet indique que la seule critique qu'il est possible de faire à certaines modélisations « *réside dans le caractère strictement formel de certains modèles, dans un oubli éventuel des processus de société. Une ambition de vouloir mesurer et calculer à tout prix a poussé à des dérives économicistes ou de simple technique de calcul* ». Mais il conclue en précisant que ce n'est pas la modélisation qui est en cause, mais davantage sa pratique, « *de façon purement technique* », le fait d'utiliser l'outil pour lui-même. En ce sens, il préconise de « *mieux fonder la modélisation géographique, sinon à la refonder, sur les logiques de production de l'espace; notamment en travaillant sur les modèles qui expriment le mieux l'organisation et la différenciation de l'espace géographique* ».

Un autre élément, également très important dans le processus de modélisation, est rappelé par T. Saint-Guérand (2005). Pour l'auteur, il est essentiel de réaliser la modélisation conceptuelle d'un phénomène avant de traiter les indicateurs puisque seule une analyse du problème dans son ensemble permet la définition d'indicateurs adaptés. Sans exclure les autres formes de modélisations plus mathématiques (statistiques, géostatistiques) ou graphiques (cartographie), la modélisation conceptuelle éclaire leur mise en œuvre. A cet égard, une structure

de données bien construite évite de charger à l'excès des formules de calcul au risque d'obtenir une interprétation difficile des résultats. Cette précaution est également soulignée par P. Langlois et D. Reguer (2005) : « *un modèle est toujours précédé et suivi d'une démarche scientifique complexe, aussi bien en amont depuis la réflexion sur le choix des données, sur les instruments (physiques, institutionnels ou méthodologiques) permettant la collecte ou l'observation, l'organisation, la structuration, la numérisation des données, jusqu'à la mise en forme finale des entrées du modèle. De même, en aval de la modélisation, il faut définir des formes de sélection et d'observation des résultats du modèle. Il faut aussi traduire les résultats dans le cadre d'une interprétation théorique* ». Ainsi, toutes ces étapes contiennent des formes de modélisation et les auteurs vont plus loin en précisant que les différentes sources de données pour la réalisation de cartes sont déjà des formes d'abstraction de la réalité. En effet, le recensement de la population qui constitue des bases de données ou la télédétection qui donne des images après des traitements complexes de photos satellites, correspondent à des modèles et la carte qui en résulte, est elle-même un modèle résultant des précédents.

Si l'on s'intéresse au cas plus spécifique de la modélisation en géographie de la santé, A. Vaguet (2005) identifie deux questions essentielles pour lesquelles diverses modélisations tentent d'y répondre. Tout d'abord, les inégalités relevées sur les cartes, telles que les inégalités de santé, sont-elles conditionnées par les lieux eux-mêmes, dans un effet contextuel, ou par des groupes sociaux et spatiaux dans un effet de composition ? Puis, quels que soient leurs lieux de vie, les mêmes gens auraient-ils la même expérience à l'égard de leur santé ? Les réponses à ces questions constituent des éléments importants pour l'élaboration des politiques sanitaires en vue de réduire les inégalités de santé. Pour approcher la complexité de l'organisation spatiale, la modélisation permet de mieux comprendre les principaux champs théoriques de la géographie de la santé. A cet égard, la définition de la santé s'est progressivement élargie. Il y a tout d'abord eu la géographie médicale, centrée sur les pathologies puis celle des maladies et de l'offre de soins (conception naturaliste). La conception humaniste s'est ensuite intéressée à la construction sociale et politique du champ sanitaire. Enfin, un basculement des problématiques a conduit les géographes à formaliser de nouveaux objets de recherche et donc de nouveaux modèles (paradigme post-médical).

A cet égard, A. Vaguet propose également un résumé des multiples types de modélisation en géographie de la santé. En insistant sur la présentation des modèles « *positivistes* » et « *structuralistes* », l'auteur illustre ces propos avec le cas bien étudié de l'offre de soins. Les modèles d'organisation « *positivistes* » sont les plus connus, ils reposent sur la friction de la distance qui influence la planification sanitaire. Ils s'appuient sur les distances et les volumes de populations pour effectuer un découpage en secteurs sanitaires afin de tendre vers un accès aux soins plus équitable sur les territoires tout en limitant les dépenses publiques. Ce point de vue renvoi à la

centralité et à la concentration de l'offre de soins. La polarisation des populations observées dans les aires urbaines devrait tendre à faciliter les dessertes. Or, dans les espaces à faibles densités démographiques, les services et les équipements de santé sont déficitaires, ce qui soulève de nombreux débats en aménagement du territoire entre proximité et concentration des soins. Mais comme nous l'avons détaillé précédemment, la distance physique n'est qu'un facteur parmi les déterminants de l'accès. Les modèles « *positivistes* » ne traduisent qu'une faible partie de cette réalité et oublient, par exemple, la distance sociale qui s'observe notamment par un déficit de professionnels de santé dans certains quartiers défavorisés. De même, en s'appuyant sur la science et la modernité, les modèles néo-positivistes visent l'amélioration de l'accès aux services de soins en optimisant la localisation des hôpitaux, des ambulances, etc.

Par ailleurs, les modèles « *structuralistes* » tiennent compte de diverses contraintes influençant les politiques de santé. Pour illustrer son propos, A. Vaguet oppose deux logiques d'implantation : celle des centres commerciaux qui optimisent leur localisation pour capter un maximum de clients et celle des établissements de soins qui cherchent pourtant à répondre aux besoins de santé de la population. En effet, on n'observe pas d'ajustement progressif de l'offre de soins dont la localisation dépend fortement de l'héritage du passé. Les structuralistes recherchent les causes des pathologies dans les systèmes politiques (colonialisme, libéralisme, impérialisme, etc.) et s'intéressent aux facteurs des inégalités sociales d'accès aux soins en dénonçant un affaiblissement des investissements publics. Par ailleurs, les postmodernes dénigrent le modèle hospitalo-centré et dénoncent une volonté de régulation sociale par l'entremise des discours qui médicalisent les sociétés. Ainsi, l'auteur remarque, à juste titre, que toutes les familles de modèles en géographie de la santé se complètent pour mieux appréhender la complexité de la réalité et orienter judicieusement les politiques de santé.

4.2. L'accès selon L. A. Aday et R. M. Andersen : un modèle comportemental de l'utilisation des services de santé

4.2.1. Définir les conditions d'un accès équitable

Le cadre conceptuel de l'accès le plus important et le plus souvent cité est le « *modèle comportemental de l'utilisation des services de santé* »[28] de R. M. Andersen. Les auteurs L. A. Aday et R. M. Andersen (1974) souhaitent définir le concept d'accès par une mesure opérationnelle. Ils distinguent, dans un premier temps, trois catégories de mesures : les caractéristiques de la population (prédispositions telles que l'âge ou le sexe, le lieu de vie, les ressources matérielles et les besoins en santé), les caractéristiques du système de santé (ressources en nombre et organisation) et l'utilisation du service de soins (type et fréquence d'utilisation). Notons que les besoins de santé correspondent ici à l'écart entre l'état de santé perçu et l'état de santé souhaité par un individu. A partir de ces catégories, les auteurs font l'hypothèse d'une relation de causalité définissant le modèle : les variables d'utilisation des services de soins sont à expliquer par les caractéristiques de la population et les caractéristiques du système de soins. L'évaluation de l'accès est analysée indirectement à travers la notion centrale d'équité d'accès aux soins :

- L'accès aux soins est considéré comme équitable, si l'utilisation des services est principalement expliquée dans le modèle statistique par l'ensemble des variables explicatives relatives à la prédisposition et aux besoins de santé des individus.
- Inversement, l'accès est considéré comme inéquitable, si l'utilisation des services est principalement expliquée par les variables explicatives relatives aux ressources matérielles de la population, à la structure sociale à laquelle appartiennent les individus ou à la répartition des ressources du système de santé.

Ce cadre conceptuel de l'accès aux soins constitue un outil particulièrement pertinent pour des décideurs politiques analysant un système de soins dans sa globalité. Mais cette approche ne permet pas de déterminer si l'accès aux soins est insuffisant pour une population donnée : il met en évidence les différences qui apparaissent pour des populations ayant des caractéristiques contrastées. Cette définition de l'accès aux soins rejoint la construction de concepts en sciences sociales de G. Goertz (2005) puisque le niveau constitutif est défini par l'ensemble des variables du modèle et le niveau opérationnel est caractérisé par les indicateurs d'équité d'accès aux soins en analysant les corrélations obtenues entre l'utilisation des services et les caractéristiques de la population et du système de soins (voir Figure 27, p. 92). L'intérêt principal de ce cadre conceptuel repose essentiellement sur sa structure causale : l'objectif est à la fois de déterminer pourquoi et comment les individus utilisent les services de soins. Les auteurs ont distingué les

[28] En anglais : *Behavioral Model of Health Services Use*

variables explicatives et les variables à expliquer. Les variables explicatives correspondent à un accès potentiel tandis que les variables à expliquer relèvent de l'accès réalisé. Il est plus facile d'obtenir des informations potentielles mais elles représentent faiblement la performance du système de délivrance de soins (Andersen *et al.*, 1983). Cette distinction est importante pour interpréter les représentations cartographiques de l'accès aux soins. En effet, de nombreuses cartes illustrent des indicateurs relevant des caractéristiques de la population ou de la répartition de l'offre qui correspondent à un accès potentiel et non réalisé : ceci peut conduire à une mauvaise interprétation des résultats si une enquête ne valide pas la corrélation entre cet indicateur potentiel et l'inégale utilisation des services de soins par la population.

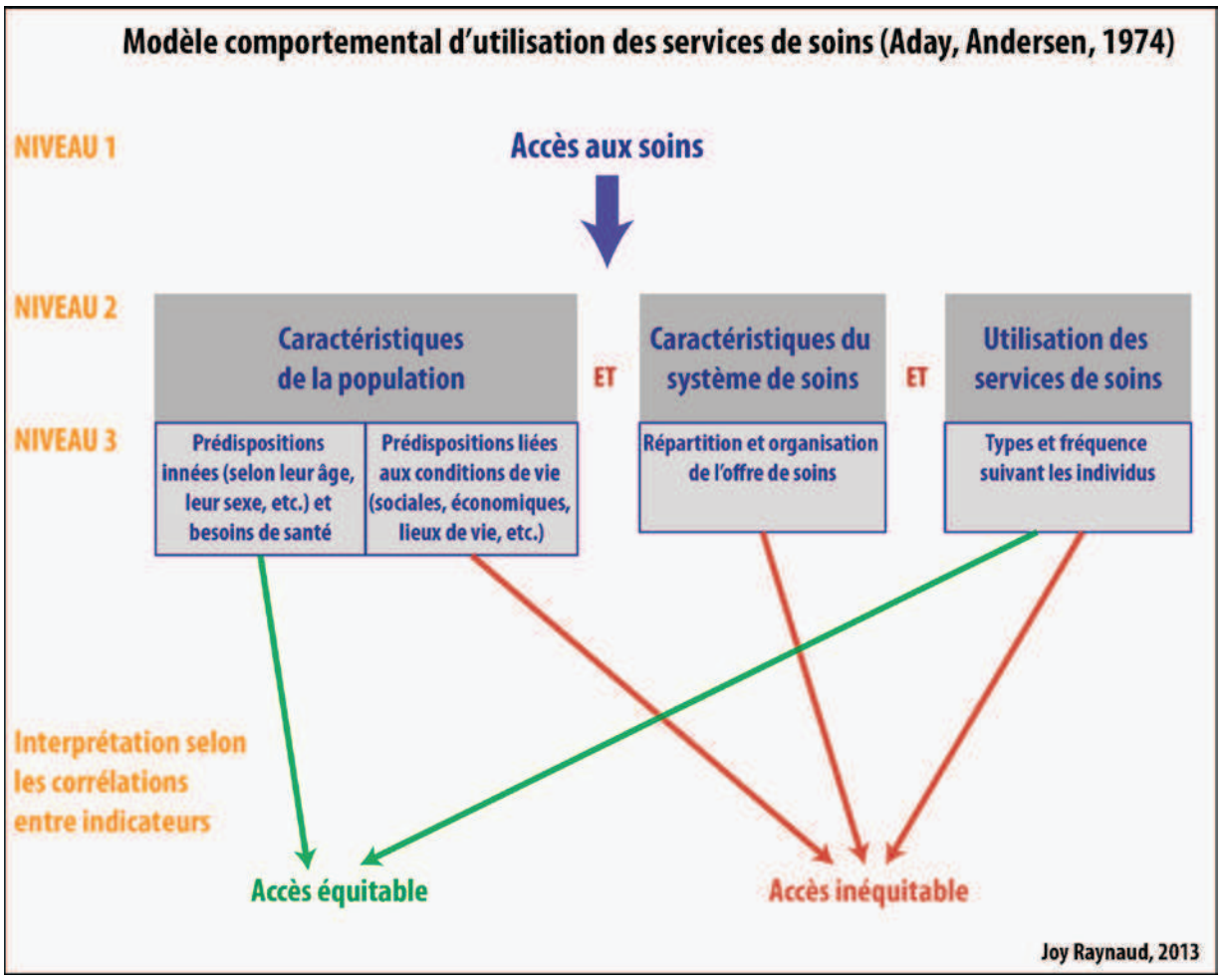


Figure 27 : La construction du concept d'accès aux soins selon le modèle comportemental d'utilisation des services de soins d'Andersen

4.2.2. Vers une évolution du modèle intégrant les perceptions des patients

Afin de réaliser un diagnostic plus précis des causes d'iniquité d'accès aux soins, R. M. Andersen (1995) a proposé plusieurs évolutions de son cadre conceptuel. L'auteur a tout d'abord

ajouté la satisfaction des patients comme variable à expliquer dans son modèle (Andersen, 1981). Puis il s'est attaché à distinguer trois catégories de variables :

- les variables explicatives représentent toutes les prédispositions aux comportements de santé : caractéristiques de la population, du système et de l'environnement extérieur ;
- les variables à expliquer qui correspondent aux pratiques de santé de la population et à l'utilisation du système ;
- les variables à expliquer qui correspondent aux changements d'état des individus suite à l'obtention de soins (l'état de santé perçu et évalué ainsi que la satisfaction des patients).

Cette amélioration permet de proposer un indicateur supplémentaire pour mesurer la qualité de l'accès aux soins : si les variables d'utilisation des services sont corrélées à une augmentation de la satisfaction ou de l'état de santé, alors on définit la notion « *d'accès effectif* ». Le niveau d' « *efficacité de l'accès* » est défini par le rapport entre une amélioration mesurable de l'état de santé (ou de la satisfaction des patients) et l'utilisation du service (voir Figure 28, p. 94).

La prise en compte des perceptions des patients après l'obtention de soins mène naturellement à l'étude des rétroactions de ces perceptions sur les prochaines utilisations du système avec de nouveaux comportements. Cette approche est particulièrement discutée par les auteurs T. C. Ricketts et L. J. Goldsmith (2005) qui soutiennent que le concept d'accès ne doit pas être réduit à une approche statique. En effet, chaque patient se forge une expérience d'obtention des soins et s'adapte aux opportunités et aux difficultés du système de soins (refus d'attendre en salle d'attente, automédication, etc.). Les pouvoirs publics peuvent améliorer l'équité d'accès au système de soins en s'appuyant sur les caractéristiques du système (répartition de l'offre, couverture maladie de la population, etc.) et non de la population (salaire, niveau d'éducation, etc.). Le niveau d'adaptation des patients à ce système de soins permet d'évaluer la pertinence de cette nouvelle organisation : le processus relève donc d'une analyse dynamique (voir Figure 29, p. 95).

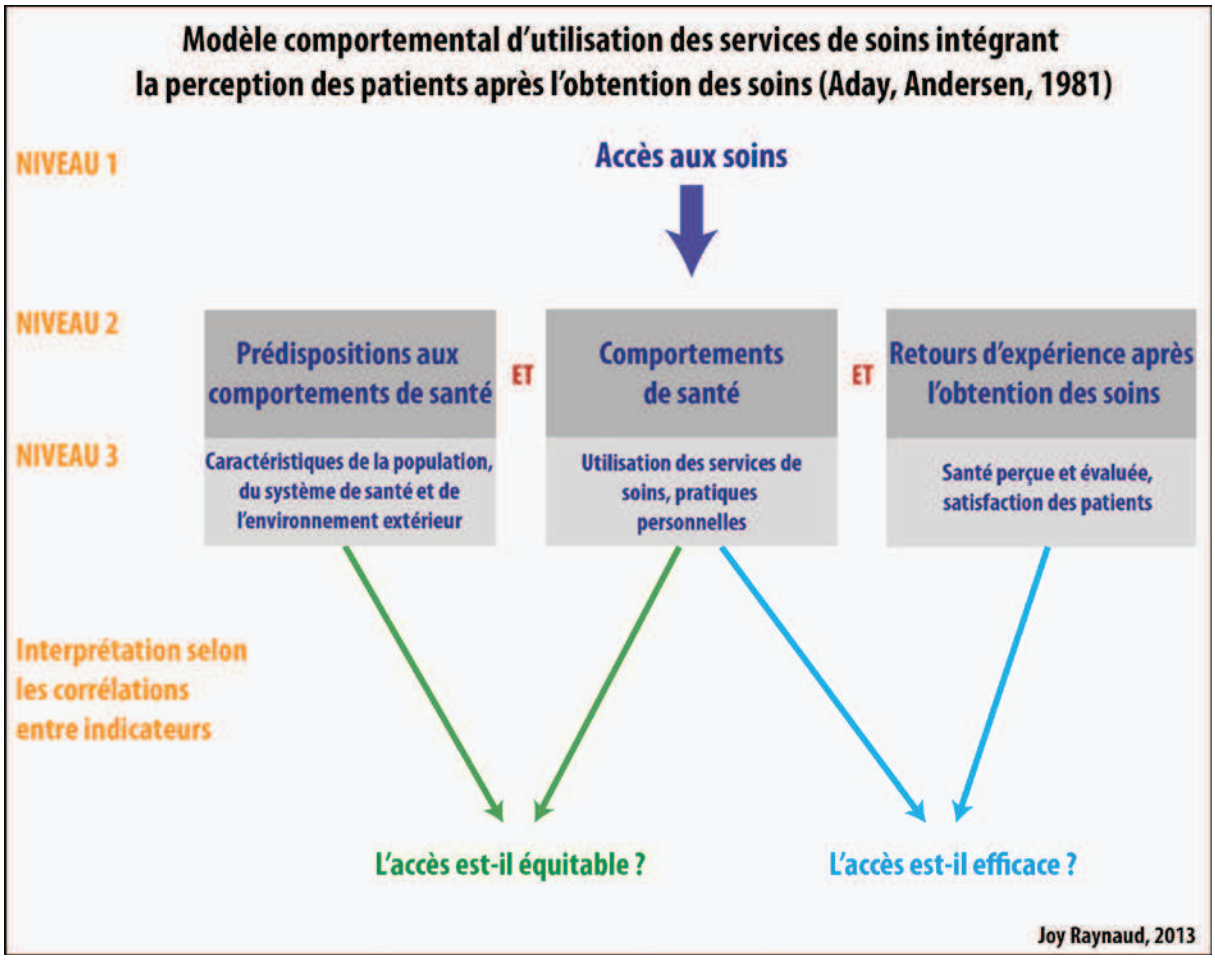


Figure 28 : Le concept d'accès aux soins selon le modèle d'Andersen intégrant les perceptions des patients après l'obtention des soins.

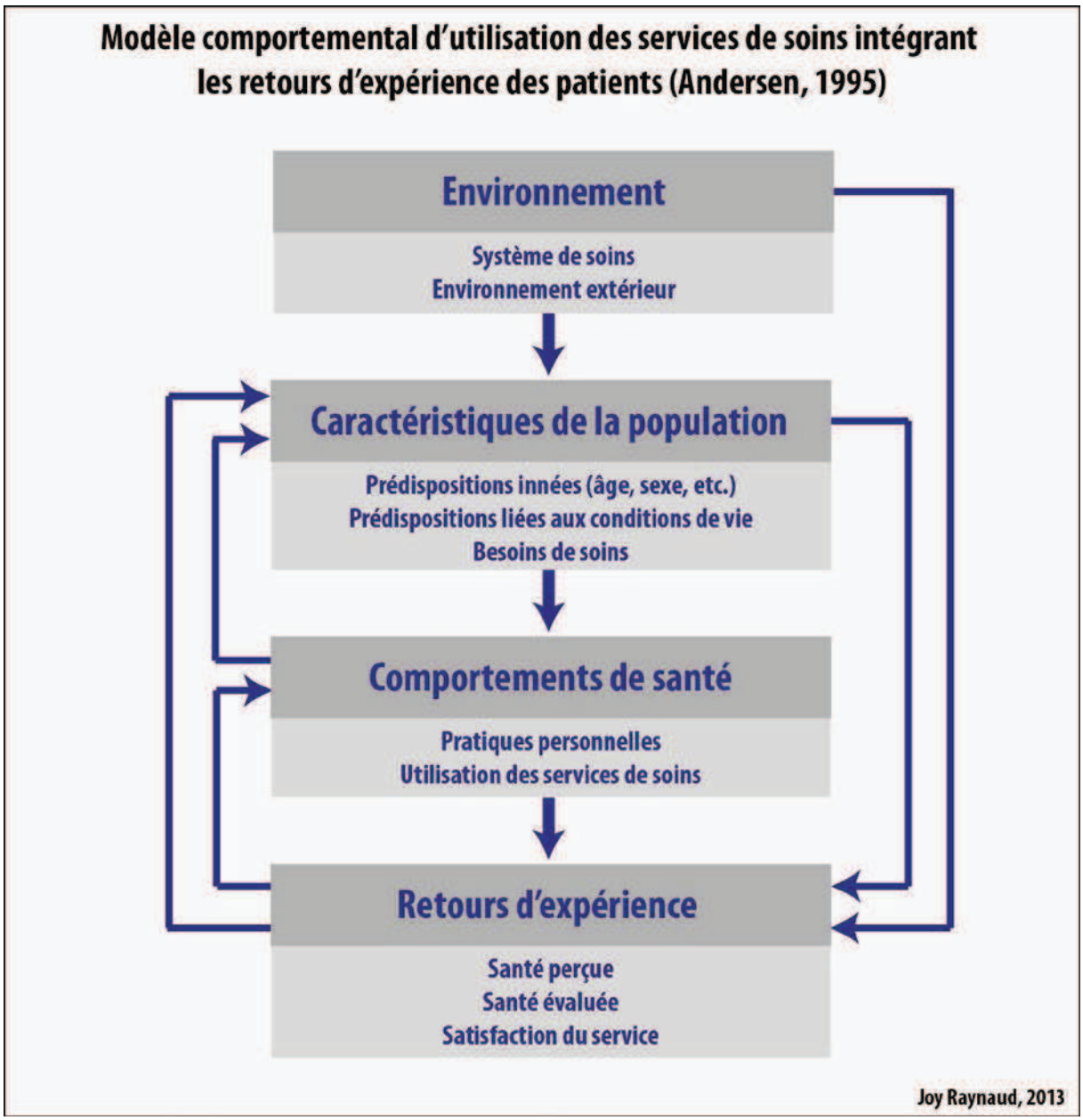


Figure 29 : Le modèle comportemental d'utilisation des services de soins d'Andersen intégrant les retours d'expérience des patients.

La définition de l'accès aux soins à travers le modèle comportemental d'utilisation des services de soins de L. A. Aday et R. M. Andersen est fréquemment utilisée dans la littérature internationale. Par exemple, ce modèle a été utilisé pour analyser les inégalités d'accès aux soins des populations de différentes communautés (Andersen *et al.*, 2002). Les résultats montrent que les communautés asiatiques et latines ainsi que les personnes ayant de faibles revenus accèdent plus difficilement aux soins. T. A. Arcury et *al.* (2005) ont également utilisé ce modèle pour étudier les effets géographiques et les comportements spatiaux sur l'utilisation du système de soins dans les régions rurales de Caroline du Nord aux Etats-Unis d'Amérique. Trois types d'utilisation des services de soins sont étudiés : un recours pour une pathologie chronique, un recours pour

effectuer un bilan et un recours pour une pathologie aigüe. Les résultats ont mis en évidence que dans le cas d'un recours pour une pathologie aigüe, les facteurs géographiques n'ont pas d'influence sur l'accès aux services. Dans le cas, de contrôles réguliers, la possession d'un permis de conduire et la distance entre le lieu de résidence et le service de soins sont des facteurs déterminants pour l'utilisation des services de soins. De même, dans le cas d'un recours pour une pathologie chronique, la possession d'un permis de conduire est un facteur plus important que la distance. Les auteurs ont alors montré à travers leur étude que l'accès aux soins diffère suivant l'origine culturelle, le salaire, la distance du lieu de résidence aux services et l'accès de la population aux services de transport.

4.3. L'accès selon R. Penchansky et J. W. Thomas : l'adéquation entre les services de santé et les attentes des patients

4.3.1. Une définition liée à la satisfaction des consommateurs

Pour les professeurs de Santé Publique R. Penchansky et J. W. Thomas (1981), le concept d'accès aux soins de L. A. Aday et R. M. Andersen concerne davantage les facteurs influençant l'accès aux soins, que l'accès aux soins en lui-même. Selon R. Penchansky et J. W. Thomas, le terme d'accès reste ambigu puisque les difficultés d'accès aux soins peuvent être liées, soit à l'utilisation des services de soins par les patients, soit aux facteurs influençant cette utilisation.

Ainsi, R. Penchansky et J. W. Thomas proposent une approche où l'accès se situe entre la volonté et la capacité d'un consommateur à obtenir des soins. Il s'agit donc de déterminer les conditions expliquant l'adéquation entre les attentes des consommateurs et les caractéristiques des services de soins. Cette démarche correspond rigoureusement à la construction des concepts en sciences sociales proposée par G. Goertz (2005) : R. Penchansky et J. W. Thomas définissent cinq constituants (sous-concepts) associés au concept d'accès aux soins, qui sont la disponibilité (*availability*), l'accessibilité (accessibility), la commodité (*accommodation*), la capacité financière (*affordability*) et l'acceptabilité (*acceptability*) (voir Figure 30, p. 99).

La **disponibilité** (*availability*) correspond au rapport entre l'offre et la demande, c'est la relation entre le volume et le type de services existants ainsi que le volume de la clientèle et de ses besoins. Cette dimension comprend trois notions relatives à la capacité réelle à produire un service : la présence physique, la disponibilité temporelle et la fourniture de prestations adaptées au volume et à la nature des besoins. La qualité des soins est également un élément important pour garantir l'efficacité thérapeutique des services de santé.

L'**accessibilité** (accessibility) est définie comme une mesure de la proximité à travers la relation entre la localisation des services et celle des patients, en tenant compte de la mobilité des patients, de la distance, de la durée et du coût du trajet. Cette dimension est celle qui intéresse le plus les géographes puisqu'elle repose essentiellement sur l'analyse de l'intensité des interactions entre les services de santé et les patients en fonction de la distance qui les sépare.

La **commodité** (*accommodation*) est la manière dont les ressources sanitaires sont organisées pour accueillir le patient et sa capacité à s'adapter à cette offre. Cela concerne les jours et les heures d'ouverture des services de santé, la présence régulière d'un professionnel de santé, le temps d'attente, le système de paiement, la prise en charge des urgences, le système de référence, etc. A cet égard, la présence d'un standard téléphonique opérationnel tout au long de la journée

pour prendre des rendez-vous et fournir des renseignements est un élément important, notamment en cas urgence.

La **capacité financière** (*affordability*) est la relation entre le prix des prestations et la capacité du patient (ou de la famille ou de son assurance) à payer (ou emprunter, ou recevoir une aide de son entourage). La perception des clients de la valeur relative du coût total, leur connaissance des prix, le coût total sont des éléments importants de la capacité financière.

Enfin, l'**acceptabilité** (*acceptability*) est la relation entre les caractéristiques (âge, sexe, ethnie, religion, localisation, etc.) et les attitudes des patients et celles des professionnels de santé (âge, sexe, ethnie, religion, attitude, moyen de paiement, lieu et type d'installation). Cette dimension fait référence à la capacité du prestataire de services et du patient à surmonter des barrières sociales et culturelles empêchant ou altérant le contact entre eux.

Cette définition taxonomique de l'accès a pour objectif d'identifier la nature des difficultés d'obtention des soins. Les auteurs précisent également les indicateurs utilisés pour mesurer l'importance de ces difficultés : ils proposent que ces estimations reposent sur des enquêtes de satisfaction des patients. L'analyse statistique des réponses aux questions sur la satisfaction des patients est agrégée pour chacune des dimensions et permet d'obtenir un score identifiant la nature de la principale difficulté (voir Figure 30, p. 99).

Afin de valider leur approche, R. Penchansky et J. W. Thomas ont alors réalisé une enquête permettant de vérifier :

- si les cinq dimensions sont suffisamment indépendantes (faible corrélation) pour qu'elles représentent des conditions nécessaires et suffisantes définissant l'accès ;
- que l'expression de la satisfaction des patients soit reliée à la réalité, par exemple les auteurs ont vérifié qu'un temps de trajet long correspond bien à une faible satisfaction des patients (faible score de la dimension liée à l'accessibilité).

Dans une seconde étude, J. W. Thomas et R. Penchansky (1984) ont réalisé une enquête complémentaire afin de vérifier si une faible satisfaction est corrélée à une faible utilisation des services. Les résultats montrent bien une relation entre la satisfaction des patients et l'utilisation des services. Cependant, les différences ne sont pas significatives étant donné que la population interrogée est plutôt satisfaite et qu'elle dispose d'un bon accès aux soins.

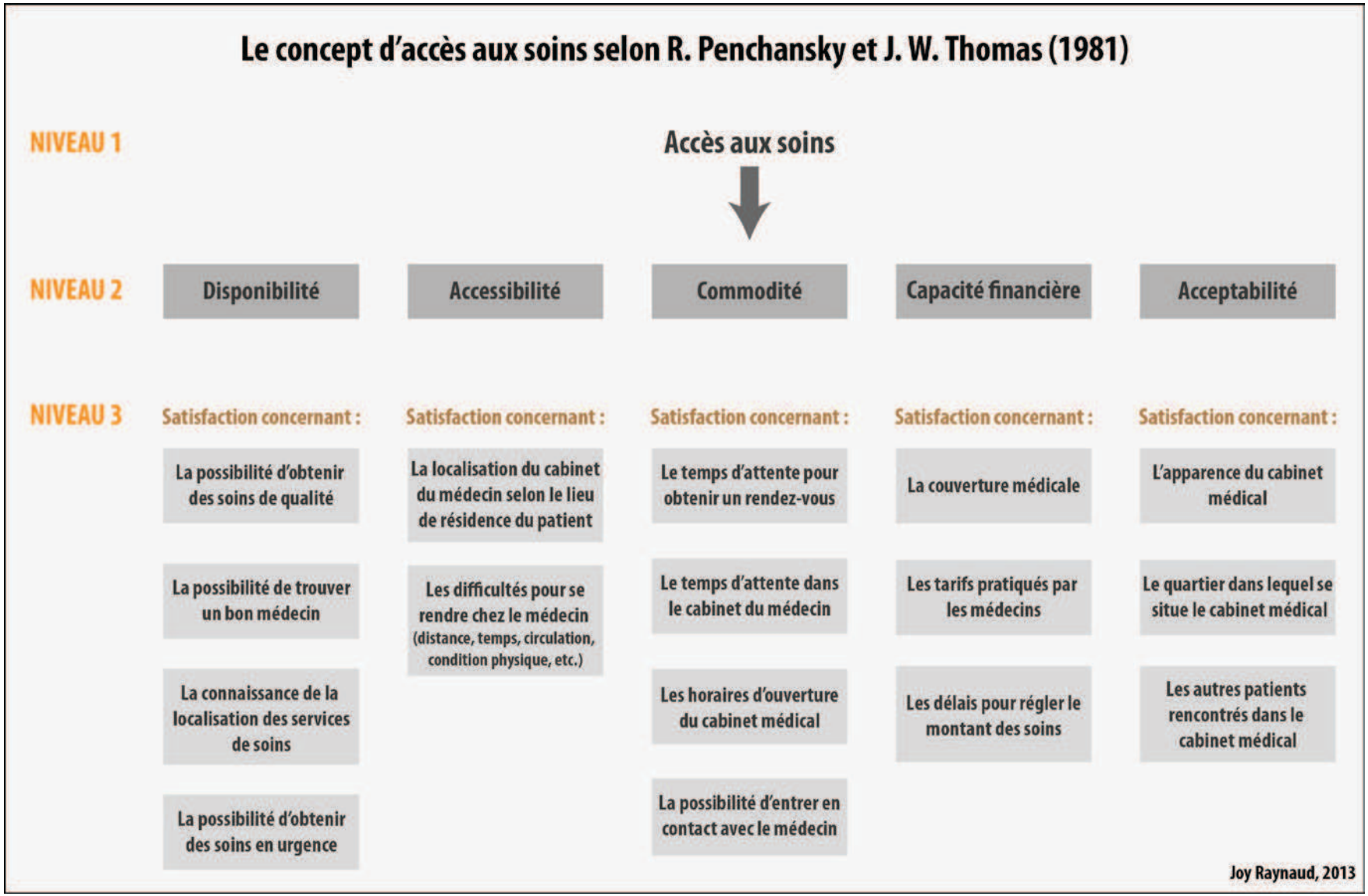


Figure 30 : La construction du concept d'accès aux soins selon R. Penchansky et J. W. Thomas (1981)

4.3.2. Les principales perceptions des difficultés d'accès aux soins suivant les pays

Les dimensions définies par R. Penchansky et J. W. Thomas (1981) ont permis de clarifier le concept d'accès aux soins en identifiant la nature des difficultés d'accès aux soins à travers l'insatisfaction des patients. Cette approche est particulièrement pertinente lorsque différents systèmes de soins sont analysés : en France, la principale dimension étudiée est celle de l'accessibilité à travers la notion de distance, aux Etats-Unis, il s'agit de la capacité financière des patients, tandis qu'au Royaume-Uni, les principales difficultés des patients relèvent de la commodité (délais longs pour une prise en charge).

- *La distance : une exception française dans les politiques publiques des soins de premier recours*

Utilisée principalement dans la littérature internationale, l'expression « *soins primaires* » ou de « *premier recours* » (*primary care*), a été promue lors de la conférence d'Alma-Ata organisée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1978 et réaffirmée en 2008 dans son rapport annuel (OMS, 2008). Cette première conception suppose la capacité des soins de premier recours à assurer un éventail large d'activités associant la délivrance des soins, les actions de santé publique ciblées sur des populations et même l'ensemble des politiques contribuant à améliorer la santé (Bourgueil *et al.*, 2009). Mais l'usage le plus fréquent de l'expression est plus limitatif et correspond à une définition plus opérationnelle. Les soins primaires désignent, dans ce cas, des missions assurées par les professionnels de santé en soins ambulatoires (Bloy, Schweyer, 2010). Les médecins généralistes sont les acteurs majeurs des soins primaires bien que d'autres professionnels, tels que les infirmiers ou les kinésithérapeutes peuvent également y être impliqués. Dans le cas d'une définition large ou opérationnelle, les soins primaires renvoient à la volonté de justice sociale visant à garantir l'accès de tous à des soins de base.

En France, le terme de « *soins primaires* » a une connotation plutôt péjorative, nous parlerons donc de « *soins de premier recours* », expression définie dans la loi HPST, depuis les Etats Généraux de l'Organisation des Soins en 2008, il s'agit des missions de prévention, de dépistage, d'éducation pour la santé, de diagnostic, de traitement et de suivi des patients mais aussi d'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social. Il s'agit ainsi de dispenser et d'administrer des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique. Malgré cette définition, les « *soins de premier recours* » suscitent de nombreux débats. En effet, pour certains médecins les soins de premier recours renvoient à l'existence d'une filière de soins dans laquelle le parcours du patient dans le système de santé est fléché. Or, contrairement au système de soins du Royaume-Uni, par exemple, où le processus d'obtention des soins commence obligatoirement par les *gate-keepers*, les Français peuvent choisir d'accéder

aux services libéraux de leurs choix. A cet égard, la France ne dispose pas réellement d'un système de santé de premier recours, ni de filières de soins fléchées comme dans certains pays. Néanmoins, nous pouvons parler de premier recours étant donné que le médecin généraliste assure un rôle de pivot dans le système de soins en orientant les patients vers les médecins spécialistes et les professionnels paramédicaux.

Un autre élément pour lequel la France se distingue des pays étrangers pour l'organisation des soins est la question de la proximité (voir partie précédente). En effet, le principal axe directeur de l'organisation du système de soins est celui de la proximité qui constitue un élément essentiel de réflexion pour les politiques publiques de planification concernant la santé, la police, la justice, le commerce, etc. Sa valeur symbolique renvoie à l'idée que « *le plus proche est le mieux* » (Lucas-Gabrielli *et al.,* 2001a). Mais cette conception semble être une exception française. Bien que la quasi-totalité des études portant sur l'accessibilité géographique soit anglo-saxonne, la notion de proximité n'apparait pas explicitement dans les politiques publiques des pays étrangers. Néanmoins, la volonté de maintenir égalité et qualité des soins peut être considérée comme la traduction institutionnelle de la gestion des soins de proximité (Lucas-Gabrielli *et al.*, 2001b).

- *L'accès aux soins aux Etats-Unis et au Royaume-Uni*

Afin d'illustrer le concept d'accès, nous allons observer les systèmes de santé de deux pays, les Etats-Unis et le Royaume-Uni, afin d'examiner les principales difficultés de la population pour l'accès aux soins et les solutions mises en place pour y remédier. Si en France, la question de l'accès aux soins se pose essentiellement en termes de proximité géographique, à l'étranger les problèmes d'accès relèvent d'autres dimensions. Par exemple, aux Etats-Unis, les difficultés sont essentiellement financières ; en Grande-Bretagne, au Danemark ou en Suède, l'accessibilité temporelle est remise en cause avec des délais d'attente trop importants ; au Québec, la dimension organisationnelle constitue un problème avec le système des soins ambulatoires (Lucas-Gabrielli *et al.*, 2001a).

Aux États-Unis où la dimension financière est la première contrainte pour l'accès aux soins, le système de santé se différencie du système français par l'absence d'un système national d'assurance maladie obligatoire et par la prédominance des acteurs privés (Chambaretaud *et al.*, 2001). Malgré les 14% du Produit Intérieur Brut (PIB) consacrés à la santé[29], 60 % des Américains sont couverts par une assurance privée de santé dont 70% par l'intermédiaire de leur employeur (Cohu, Lequet-Slama, 2007). Les assurances publiques concernent les personnes âgées de plus de 65 ans ou les personnes handicapées dans l'incapacité de travailler (programme

[29] Selon l'OMS : www.who.int/countries/usa/fr

Medicare) et certaines familles pauvres, ainsi que des enfants (programmes *Medicaid* et *SCHIP*). Selon le service en charge du recensement américain, le *Census Bureau*[30], 46,3 millions de personnes ne bénéficiaient d'aucune couverture maladie en 2008, soit 15,4 % de la population âgée de moins de 65 ans. Ce chiffre, qui n'était que de 44 millions en 2007, est en forte augmentation en raison de la crise économique et de la montée du chômage. Dans son ambitieuse réforme, le président Barack Obama souhaite étendre la couverture maladie aux 31 millions d'Américains qui en sont dépourvus et couvrir environ 95 % des moins de 65 ans.

Ainsi, l'absence de couverture maladie diminue l'accès aux soins mais aussi l'état de santé. Un adulte non assuré sur cinq renoncerait à se faire soigner alors même qu'il pense présenter des symptômes sérieux et 30% des adultes n'achèteraient pas les médicaments qui leur ont été prescrits ou n'effectueraient pas les examens nécessaires en raison de contraintes financières (Chambaretaud *et al.*, 2001). Par ailleurs, de fortes disparités d'accès aux services de santé sont observées entre populations « *blanches* » et « *noires* », entre les diverses nationalités et selon la catégorie socioéconomique du patient (Cohu, Lequet-Slama, 2007).

Au Royaume-Uni, les pouvoirs publics ont amélioré l'accessibilité temporelle qui constitue le problème majeur pour l'accès aux soins. Créé en 1948, le *National Health Service* (NHS) a été le premier modèle en Europe à promouvoir un accès universel aux soins. Ce système fondateur est un service public de santé financé en majeure partie par l'impôt et permet un accès aux soins gratuit. En 2007, environ 11,5 % de la population possédait un contrat privé de complémentaire maladie notamment pour financer les services hospitaliers spécialisés et éviter de longs délais d'attente en secteur hospitalier pour les interventions non urgentes (Bourgueil *et al.*, 2007a). Mais grâce à la nouvelle réforme du gouvernement travailliste, votée en 2000, qui augmente fortement les dépenses de santé de 10 % par an entre 2001 et 2008, les pouvoirs publics ont souhaité favoriser l'accès aux soins en permettant de consulter un médecin généraliste ou un autre professionnel de santé dans des délais plus rapides et en multipliant les points d'accès aux soins. Depuis 2000, les 43 NHS *walk-in centers* créés proposent des consultations sans rendez-vous, accessibles tous les jours de la semaine et le weekend de 7 heures à 22 heures dans des endroits fréquentés tels que les centres commerciaux ou les stations de métro.

Le Royaume-Uni dispose d'un système très développé de soins primaires dans lequel les médecins généralistes sont la porte d'entrée (*gate-keepers*) du système de soins et ont à ce titre, un rôle très important. Ainsi, plus de 99% de la population est enregistrée par le médecin généraliste de leur choix (sur une aire géographique donnée) qui est accessible dans les vingt-quatre heures et offre un éventail de services de soins primaires, à la fois préventif, diagnostique et curatif

[30] www.census.gov/hhes/www/hlthins/hlthins.html

(Bourgueil *et al.*, 2007a). Concernant l'accessibilité géographique, une enquête effectuée en 1992 s'est intéressée à la facilité (ou difficulté) d'accès au cabinet du généraliste[31]. Les résultats indiquent que 66% des adultes considèrent que l'accès est très facile, 27% assez facile et 4% répondent qu'il est assez difficile et 2% très difficile. Parmi ces 6% de personnes pensant que l'accès est difficile, les raisons invoquées sont d'une part la distance, 50% des personnes pensent que leur médecin est trop loin, et d'autre part les transports, 25% signalent le manque de transports publics.

Par ailleurs, la définition du concept d'accès est une étape importante pour l'étude d'autres concepts, notamment celui de la qualité des soins. Dans leur article *Defining quality of care* (Campbells *et al.*, 2000), les auteurs mettent en évidence l'aspect multidimensionnel de la qualité des soins qui repose sur deux concepts fondamentaux : l'accès et l'efficacité. Dans ce contexte, leur définition permet l'analyse des indicateurs de performance choisis dans les différents systèmes de santé et de distinguer ainsi les priorités des politiques sanitaires.

Ainsi, la proximité est un axe directeur de l'organisation du système de soins français, bien que les pouvoirs publics aient également souhaité renforcer l'accessibilité financière en votant en 1999, la Couverture Maladie Universelle (CMU). Mais l'analyse des systèmes de soins étrangers montre que la question de l'accès aux soins primaires (*primary care*) demeure une préoccupation commune. Ces études mettent en évidence la diversité des obstacles qui existent pour la délivrance des soins, il est donc nécessaire de préciser le concept d'accès afin de tenir compte de toutes ces dimensions dans le processus d'obtention des soins.

[31] Health education authority (1992), « *Health and Lifestyle Survey 1992* » cité dans : LUCAS-GABRIELLI V., NABET N., TONNELLIER F. (2001b)

4.4. Une proposition du concept d'accès aux soins : à l'interface entre l'ensemble des acteurs et les territoires

4.4.1. Synthèse de l'état de l'art

L. A. Aday et R. M. Andersen ont ainsi développé un cadre conceptuel de l'accès aux soins à travers la mesure des caractéristiques de la population, celles du système de santé, de l'utilisation des services de soins ainsi que les retours d'expérience après l'obtention des soins (voir Figure 28, p. 94). La pertinence de ce modèle réside dans la distinction entre les variables explicatives représentant l'accès potentiel et les variables à expliquer représentant l'accès réalisé. L'intensité des corrélations entre les indicateurs de l'accès potentiel et les indicateurs de l'accès réalisé définit les concepts d'équité d'accès et d'efficacité de l'accès. Cette approche opérationnelle montre l'importance d'utiliser des informations relevant de l'utilisation des services de soins et des retours d'expérience.

Cependant, l'interprétation des résultats de ce modèle n'ait pas aisée pour l'identification de la nature des difficultés d'accès aux soins. En effet, seules certaines caractéristiques de la population ont été associées à des difficultés d'utilisation des services de soins, sans en comprendre les causes. Dans ce contexte, R. Penchansky et J. W. Thomas ont souhaité développer les dimensions qui constituent le concept d'accès afin de mieux identifier la nature des obstacles associés. Ils définissent ainsi cinq dimensions associées au concept d'accès aux soins : la disponibilité (*availability*), l'accessibilité (*accessibility*), la commodité (*accommodation*), la capacité financière (*affordability*) et l'acceptabilité (*acceptability*) (voir Figure 30, p. 99). De plus, ils proposent un score associé à la satisfaction des patients qui est une mesure opérationnelle pour chaque dimension. Ces cinq dimensions sont étroitement liées et constituent des phénomènes difficiles à dissocier. Par exemple, la disponibilité et l'accessibilité sont indissociables dans les zones où les patients doivent parcourir de longues distances pour parvenir à un professionnel de santé. De même, dans les espaces de fortes densités démographiques, les services de soins peuvent être accessibles mais en nombre insuffisant pour permettre une disponibilité raisonnable. De plus, la disponibilité affecte et est affectée par la commodité (temps d'attente, etc.), la capacité financière (montant des soins, etc.) et l'acceptabilité (environnement sécurisé, etc.).

A cet égard, J. Frenk (1992) propose une distinction supplémentaire entre les termes d'accès, de disponibilité et d'accessibilité dans le processus d'obtention des soins. Selon l'auteur, l'accès correspond à l'interface entre les besoins et l'obtention des soins qui comprend une succession de domaines. L'accessibilité (*Narrow domain*) décrit la capacité d'une population à recevoir des soins lorsqu'ils sont recherchés. La disponibilité (*Intermediate domain*) renvoie à la recherche de soins parmi l'offre existante, en tenant compte de leur productivité. Enfin, l'accès (*Broad domain*) est

synonyme d'utilisation potentielle des services de soins, c'est la capacité des individus à obtenir des soins dans le cas où ils en ont besoin et qu'ils en expriment la demande. En précisant le travail de R. Penchansky et J. W Thomas, J. Frenk met en évidence que l'accès est une relation fonctionnelle entre des indicateurs de résistance (les obstacles) et l'utilisation potentielle des services de soins, c'est-à-dire les capacités de la population à surmonter ces obstacles (voir Figure 31, p. 105). La notion d'obstacle est intéressante en tant que représentation de la nature des difficultés que peut rencontrer un patient durant son parcours depuis ses besoins de soins ressentis jusqu'à leur obtention.

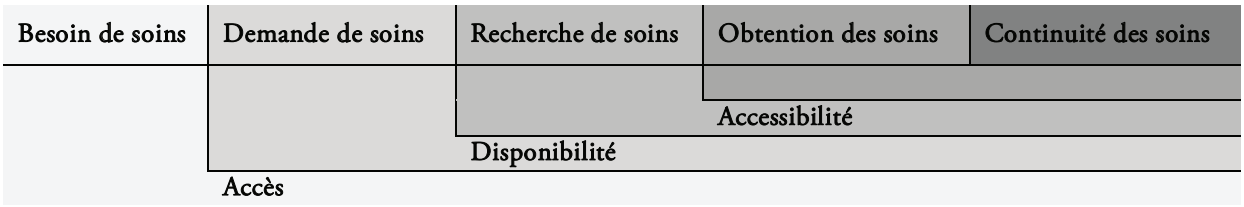


Figure 31 : L'accès, la disponibilité et l'accessibilité : les domaines de l'accès selon J. Frenk (1992)

4.4.2. L'intégration des principaux acteurs de santé dans le concept d'accès aux soins sur les territoires

L'accès est un concept à l'interface entre d'une part, des patients ayant des caractéristiques sociodémographiques et des besoins de santé et, d'autre part, un système de santé composé de services permettant la délivrance de soins. Les cinq dimensions de R. Penchansky et J. W. Thomas (1981) définissent les difficultés ou obstacles associés à cette interface, sans en préciser les causes. Une part essentielle de la mesure du concept d'accès aux soins repose sur l'analyse croisée entre les caractéristiques de la population ainsi que l'utilisation et la satisfaction des patients concernant les services de soins.

Afin de pouvoir réaliser un diagnostic qui détermine les causes des obstacles de l'accès aux soins, il est nécessaire de préciser le modèle conceptuel (voir Figure 32, p. 108). Ainsi, l'analyse géographique nous apporte un autre regard en insistant sur le rôle des perceptions et des interactions des acteurs dans la dynamique des territoires. Or, jusqu'à présent, les précédentes conceptualisations de l'accès aux soins ont considéré comme seuls acteurs, les patients : les modèles prennent en compte les besoins des patients, leurs difficultés, leurs utilisations des services de soins, l'amélioration de leur état de santé, leurs perceptions et en retour, leurs appropriations et leurs adaptations au système de santé. Pourtant, les professionnels de santé sont des acteurs majeurs créant l'offre de soins qu'ils développent et organisent sur les territoires. Ainsi, les difficultés des patients sont mieux comprises lorsqu'elles sont confrontées aux conditions de

travail des professionnels de santé (horaires d'ouverture, temps d'attente, lieu du cabinet ou de l'établissement de soins, montant des tarifs des consultations, etc.). De plus, les professionnels de santé participent au développement de l'offre de soins en prenant des initiatives, en créant des maisons et pôles de santé ou des services de télémédecine. Ces projets se font en concertation avec les pouvoirs publics nationaux et locaux qui créent des lois et soutiennent les professionnels de santé pour créer de nouvelles organisations d'offre de soins. En tenant compte des caractéristiques des territoires (hétérogénéité et opacité de l'espace, milieu[32], contexte démographique et socio-économique), les pouvoirs publics jouent un rôle majeur dans l'aménagement cohérant des territoires en développant les réseaux de transport et les réseaux technologiques qui désenclavent les territoires.

Dans ce processus, la prise en compte de la perception des pouvoirs publics, des professionnels de santé et des patients permet une évaluation de la performance vis-à-vis des objectifs fixés par les politiques de gestion du système de santé (par exemple : maintenir une offre de soins sur tous les territoires). A cet égard, A-P. Contandriopoulos (2008) démontre que le concept de gouvernance pour un système de santé est intrinsèquement lié à celui de performance. Apparu à la fin des années 70, le concept de gouvernance se caractérise par une approche multiscalaire, tant sociale (diversité des acteurs) que spatiale (du local au global) et multisectorielle (approche par des politiques intégrées). Tenant compte des interactions entre les décisions prises et les résultats de l'action collective, la performance est une idée essentielle pour considérer l'aspect dynamique du concept de gouvernance. En ce sens, l'auteur définit la performance par la capacité du système à atteindre des buts, s'adapter, produire des services et maintenir et créer des valeurs et des normes.

Ainsi, avec cette approche, l'accès aux soins est défini à l'interface entre un système d'acteurs et un système de soins (voir Figure 32, p. 108). Tous les acteurs sont en interaction et contribuent à une évolution des perceptions du système de soins sur les territoires. Cette démarche a l'avantage d'analyser les relations entre les caractéristiques des patients et les caractéristiques des territoires comme l'ont proposé L. A. Aday et R. M. Andersen (1995). Elle intègre également l'analyse des difficultés d'accès aux soins en attachant une grande importance au rôle des perceptions et de la satisfaction des patients selon R. Penchansky et J. W. Thomas (1981). Dans ce travail, nous souhaitons mettre en évidence que l'accès aux soins ne peut être analysé qu'en considérant le rôle de l'ensemble des acteurs de santé, en particulier, les pouvoirs publics et les professionnels de santé dont les caractéristiques sociodémographiques imposent de fortes

[32] Voir la partie 2.2.

Les caractéristiques des territoires : milieu, hétérogénéité et opacité, page 49.

contraintes sur l'organisation de l'offre de soins (nombres de médecins, charges de travail, difficultés pour trouver un successeur, etc.). Cette analyse ne peut être réalisée qu'à l'aide d'enquêtes auprès des populations de patients et de professionnels de santé afin de préciser les caractéristiques les plus déterminantes des difficultés rencontrées par ces acteurs. Nous allons donc proposer une synthèse des méthodologies et des indicateurs utilisés ainsi que leurs limites dans la représentation des difficultés d'accès aux soins sur les territoires.

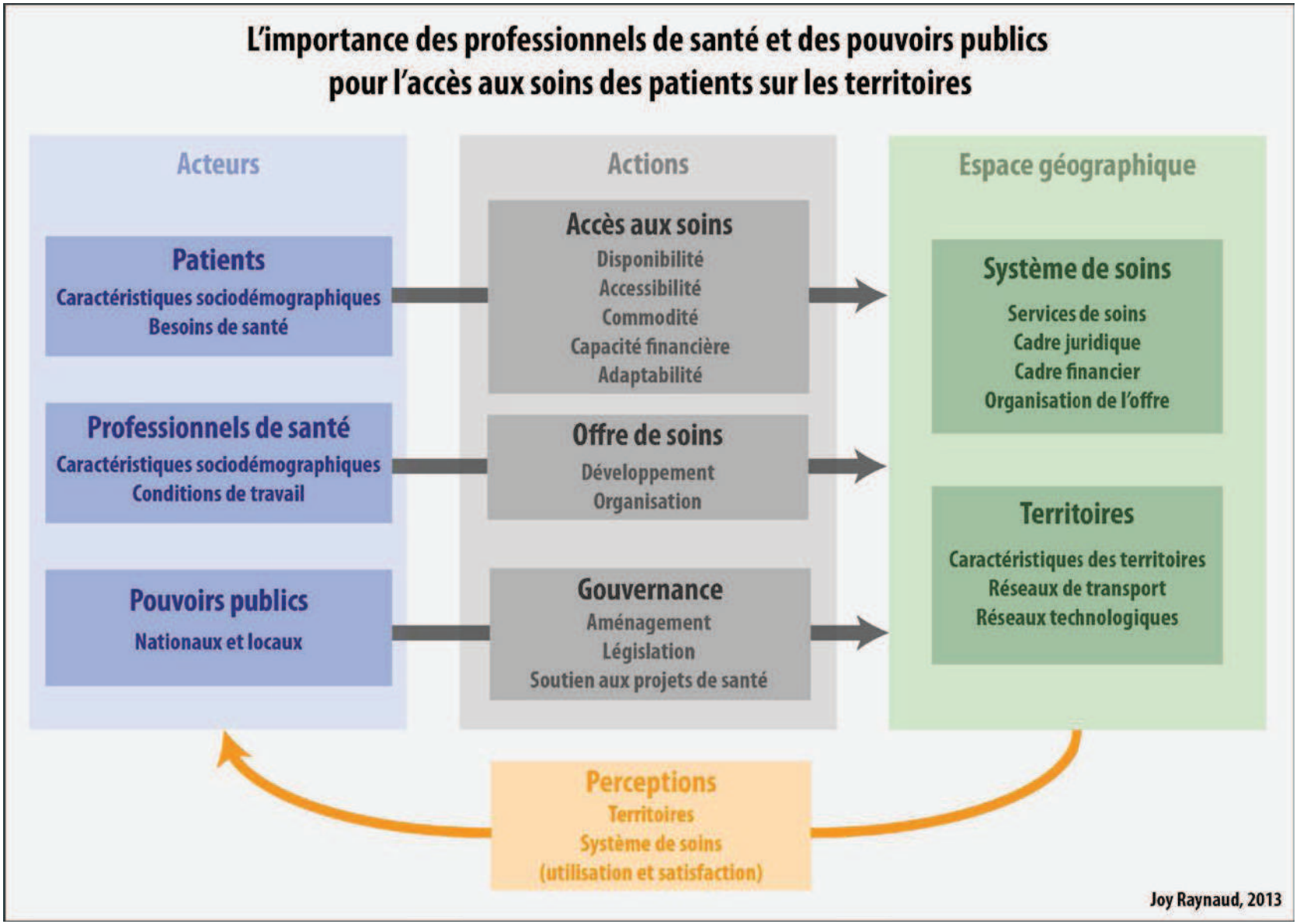


Figure 32 : L'importance des professionnels de santé et des pouvoirs publics pour l'accès aux soins des patients sur les territoires

Chapitre 5. Indicateurs et cartographie de l'accès aux soins : une synthèse critique

La mesure de l'accès est intégrée à la définition du concept d'accès aux soins. Cependant de nombreux indicateurs quantitatifs ont été développés indépendamment des concepts afin d'obtenir une représentation cartographique des difficultés d'accès aux soins. Nous allons analyser la pertinence de ces indicateurs vis-à-vis du concept afin d'identifier leurs limites, puis de proposer une méthodologie nécessaire pour valider leurs interprétations.

5.1. Des indicateurs pour cartographier des informations partielles sur l'accès aux soins

5.1.1. Une mesure du concept d'accès ou un outil de représentation cartographique de l'accès ?

Pour tout aménagement du territoire, les acteurs publics et privés sont particulièrement demandeurs de représentations cartographiques des difficultés et inégalités d'accès aux soins (Higgs, 2004). Le développement et l'utilisation facilitée des systèmes d'information géographique, ainsi que la disponibilité de plus en plus fréquente de données spatialisées ont encouragé de nombreuses études sur la création d'indicateurs. Souvent quantitatifs, ces indicateurs attribuent une unique valeur (ou catégorie de valeurs) correspondant à une qualité d'accès pour chaque unité spatiale du territoire.

Cependant, une distinction essentielle existe entre la démarche d'élaboration d'un indicateur pour une représentation cartographique de l'accès aux soins et la mesure du concept d'accès aux soins lui-même. Rappelons que cette mesure se fait grâce à plusieurs indicateurs en relation avec les constituants du concept (Goertz, 2005). En effet, le choix d'une unique valeur d'une variable pour chaque unité spatiale ne peut représenter qu'une information partielle pour évaluer la qualité de l'accès aux soins sur le territoire. Bien que les indicateurs choisis pour obtenir une représentation cartographique de l'accès aux soins soient souvent reliés aux dimensions définies par L. A. Aday et R. M. Andersen ou R. Penchansky et J. W. Thomas, ils ne constituent pas des mesures du concept de l'accès aux soins.

5.1.2. Classification et interprétation des indicateurs

M. F. Guagliardo (2004) propose une classification des indicateurs élaborés pour la représentation cartographique en fonction de la nature de l'information utilisée (voir Figure 33, p. 110). Dans leur définition du concept d'accès aux soins, R. Penchansky et J. W. Thomas différencient les indicateurs relevant d'une information spatiale liée aux dimensions de disponibilité et d'accessibilité (répartition de l'offre de soins, distance entre les patients et les services, etc.) et les indicateurs relevant d'une information non spatiale, liée aux dimensions de commodité, de capacité financière et d'acceptabilité (temps d'attente pour obtenir un rendez-vous, coût de la consultation, etc.).

Les auteurs distinguent également deux étapes supplémentaires, en relation avec le concept d'accès aux soins développé par L. A. Aday et R. M. Andersen : si l'indicateur est construit à l'aide d'une information sur l'utilisation réelle d'un service de soins, on parle d'un « *indicateur d'accès réalisé* », dans le cas contraire on obtient un « *indicateur d'accès potentiel* ». Les indicateurs d'accès potentiels sont les plus utilisés car l'information est plus facile à obtenir et à calculer (démographie de la population et des professionnels de santé, distances entre communes, etc.).

		Les étapes	
		Potentielle	**Réalisée**
Dimensions	**Spatiale**	Etudes de la proximité et de la disponibilité qui ne considèrent pas des données de l'utilisation réelle des services	Etudes portant sur l'utilisation d'un service croisé avec des facteurs spatiaux
	Non-spatiale	Etude de la capacité financière du patient, de la culture et des autres facteurs non-spatiaux qui ne considèrent pas les données sur l'utilisation réelle du service	Etudes portant sur l'utilisation réelle d'un service par rapport à la capacité financière du patient, de la culture et des autres facteurs non-spatiaux

D'après Guagliardo, 2004

Figure 33 : La classification des études de l'accès aux soins en fonction des dimensions et des étapes.

Cette classification montre qu'il faut être prudent pour l'interprétation de la représentation cartographique obtenue à l'aide d'un indicateur. D'une part, l'indicateur ne fournit qu'une seule valeur relative au concept d'accès aux soins et ne constitue pas une mesure du concept et de

l'ensemble de ses dimensions. D'autre part, un indicateur ne donne *a priori* aucune information sur l'intensité de la relation entre les variables explicatives (reliées à un accès potentiel) et les variables à expliquer (reliées à l'accès réalisé). Ainsi l'interprétation des valeurs obtenues doit se conformer à l'information mesurée. Pour cartographier le concept d'accès aux soins dans sa globalité, il faut être vigilant concernant les nombreuses hypothèses sous-jacentes puisque toutes les dimensions qui ne sont pas prises en compte sont supposées homogènes sur tout le territoire. De même, si on réalise une combinaison de plusieurs indicateurs, cette information agrégée doit également être interprétée avec prudence car cette combinaison ne représente pas le concept.

5.2. Description des principaux indicateurs utilisés dans le contexte de l'accès aux soins

Les principaux indicateurs relevant de l'accessibilité spatiale potentielle sont présentés et analysés dans cette partie, ils présentent plusieurs limites concernant l'interprétation des résultats et leurs relations avec la représentation des dimensions du concept d'accès.

5.2.1. Des indicateurs pour l'évaluation des besoins de santé

Les besoins de santé font partie de l'évaluation de l'équité spatiale proposée par L. A. Aday et R. M. Andersen. Comme le souligne H. Picheral (2001), cette notion est ambigüe du fait de son double caractère, physiologique et psychologique, objectif et subjectif. Ressentis ou exprimés, les besoins expriment des carences effectives, un manque ou un état nécessitant une intervention médicale (préventive ou curative) mais aussi la perception d'un malaise, un sentiment d'inadaptation ou d'insatisfaction. Il en découle une demande de soins. La satisfaction des besoins de santé, individuels ou collectifs, reste un objectif théorique et irréaliste étant donné que leur émergence est fortement liée aux progrès scientifiques et technologiques, à l'amélioration des niveaux de vie et à l'augmentation du niveau culturelle. Dans ce contexte, l'évaluation de la « *demande de santé* » semble être une expression plus appropriée que celle des « besoins de santé ». Or peu de travaux distinguent les « *besoins de santé* » (données difficilement mesurables) et la « *demande de santé* » (mesure potentielle dont l'estimation est plus aisée). Nous présenterons donc des travaux d'auteurs qui utilisent essentiellement la première terminologie.

- *Les besoins de santé : vers un état souhaité*

R. Pineault et C. Daveluy (1995) définissent les besoins de santé comme l'écart entre un état de santé constaté et un état de santé souhaité, ce qui correspond à la définition de la santé selon l'OMS, c'est-à-dire un « *état de complet bien-être physique, mental et social* » (voir Figure 34, page 113).

Cette définition suppose que, pour évaluer les besoins de santé d'une population, il faut mesurer son état de santé et donc définir des instruments de mesure en santé publique et quantifier un état de santé souhaité. Ces étapes sont difficiles à réaliser étant donné qu'elles impliquent l'élaboration de références (Salomez, Lacoste, 1999). En effet, des référentiels « *absolus* » définis par des experts, risquent d'être déconnectés des besoins ressentis de la population ou bien risquent de simplement refléter les services disponibles. Il existe également des référentiels « *relatifs* » définis sur la base de comparaisons territoriales qui tendent à ériger la moyenne en norme (Chambaretaud, Hartmann, 2004). De même, il est difficile de mesurer l'état

de santé constaté puisque les données sur la morbidité sont largement insuffisantes et le taux de mortalité disponible à une échelle locale ne donne qu'une image partielle des différences d'état de santé[33].

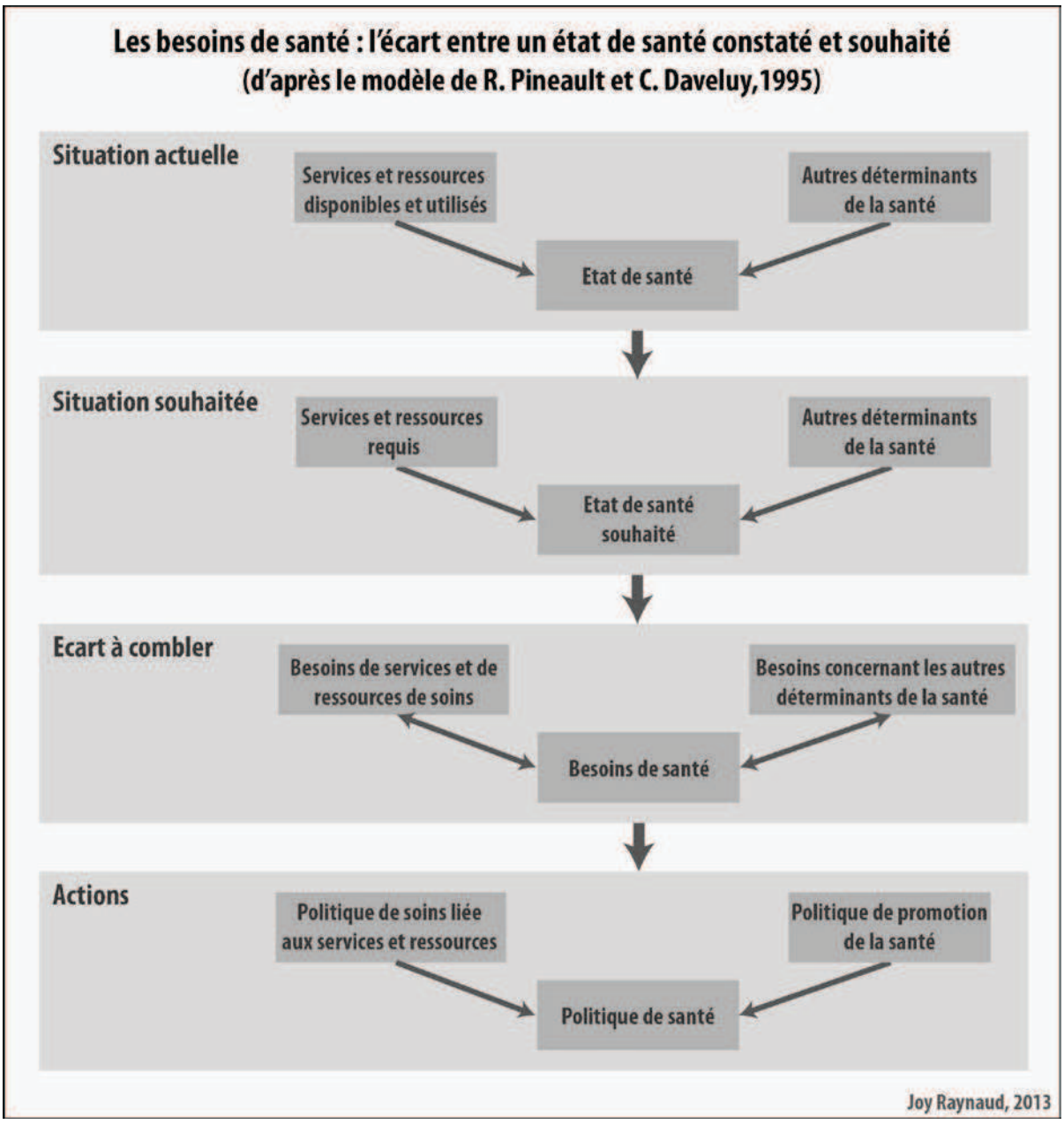


Figure 34 : Les besoins de santé : l'écart entre un état de santé constaté et souhaité.

[33] En démographie la morbidité correspond au nombre (absolu ou relatif) des malades dans un groupe donné et pendant un temps déterminé. La mortalité est le rapport entre le nombre des décès et l'effectif de la population dans un lieu et dans un espace de temps déterminés.

- *L'estimation des besoins de santé*

Contrairement aux besoins de soins, la réponse aux besoins de santé dépend de facteurs sanitaires mais aussi d'un ensemble de déterminants extérieurs (aménagement de l'environnement physique et social, éducation et prévention, etc.). Cependant, plusieurs méthodes sont proposées afin d'estimer les besoins de santé. Dans le cadre de la planification sanitaire, l'évaluation des besoins répond à deux objectifs complémentaires (Estellat, Lebrun, 2004) :

- déterminer et répartir quantitativement et qualitativement l'offre de soins,
- déterminer des priorités de santé.

Selon C. Cases et D. Baubeau (2004), la référence à choisir comme norme d'état de santé souhaité varie dans l'espace et le temps et diffère selon les situations démographiques et économiques des collectivités qui doivent le définir. La quantification des besoins de santé nécessite d'élaborer plusieurs indicateurs afin d'en confronter les résultats et d'en débattre avec l'ensemble des acteurs. Les auteurs distinguent trois méthodes pour évaluer les besoins. Une première solution est le recours aux experts, mais elle se heurte aux difficultés pour fixer une référence de santé souhaitée et pour quantifier l'état de santé des populations en tenant compte de l'ensemble des déterminants de santé. Une deuxième méthode consiste à interroger directement certaines catégories de population sur leurs problèmes de santé mais cette solution manque de précision (la perception varie fortement selon le moment de l'entretien, l'âge, le milieu social, etc.) et les besoins de prévention ne sont pas exprimés par les individus interrogés. Enfin, une dernière méthode repose sur l'observation des consommations de soins. Cette solution assimile les besoins de santé à la demande effective de soins : besoins de santé, besoins de soins et recours effectifs aux services de soins sont alors confondus. Bien qu'elle ne tient pas compte des rapports offres/demandes déficitaires ou des difficultés d'accès aux soins pour des raisons financières, sociales ou culturelles, cette méthode est pourtant la plus pratiquée, comme le montre l'indice de besoins en lits d'hospitalisation, longtemps utilisé dans la carte sanitaire.

- *Une démarche globale pour déterminer les besoins de santé*

Par ailleurs, O. Lacoste et J-L. Salomez (1999) proposent une démarche globale pour déterminer les besoins locaux de santé. La démarche de détermination est « *une réelle obligation* » qui implique une collaboration entre « *techniciens-experts* » et « *demandeurs-décideurs* » afin de connaître leurs intentions. Plusieurs interrogations doivent susciter des réponses claires : *« Quels sont les besoins à découvrir ? Sont-ils globaux, spécifiques, coutants ou rares ? De quelle population s'agit-il ? La population générale ? Les individus d'un sexe ou de l'autre ? De quels âges ? Convient-il de ne porter attention qu'à la population atteinte de telle ou telle affection ou vers l'ensemble des habitants vivant localement ? Cherche-t-on à apprécier un ou des besoins globaux, somme toute relativement abstraits ? Ou s'agit-il de préciser quels peuvent être les besoins relatifs à telle ou telle technique ? Des*

besoins relevant de telle structure ou susceptibles d'être couverts par des réseaux d'acteurs ? Quel est ce « local » retenu comme cadre de réflexion ? Dans quel contexte régional se situe-t-il ? Ces besoins sont-ils immédiats, contemporains ou doivent-ils être estimés à court, moyen ou long terme ? ».

Afin de guider les choix des décideurs politiques, les motifs de détermination des besoins doivent également être précisés : répartition de moyens budgétaires, humains, techniques ou d'infrastructures. Il faut également répondre aux questions suivantes : l'estimation devra-t-elle réaliser des arbitrages entre des demandes provenant d'acteurs locaux ou s'inscrira-t-elle dans une analyse prospective accompagnant des projets innovants et adaptés aux situations locales ? Quels sont les délais pour atteindre les résultats de cette évaluation ?

Les entités locales peuvent correspondre aux entités administratives (arrondissement, canton, aire urbaine, zone d'emploi, etc.) ou bien à un secteur géographique dont la délimitation est souvent construite selon des critères décrivant le milieu (éléments démographiques, sociaux, géographiques, etc.). Il est également possible de créer des entités géographiques à partir de données sanitaires tels que les aires d'influences hospitalières ou libérales, les regroupements d'équimortalité ou d'équimorbidité, aboutissant à la mise en place de bassins de santé, de bassins ambulatoires ou d'entités géo-épidémiologiques. L'échelle locale ne cesse de prendre de l'importance en matière sanitaire, elle répond aux besoins ressentis essentiellement par les instances sanitaires régionales : « *Toute structure, disposant d'un pouvoir de décision ou se devant de pouvoir fournir quelques analyses, se doit de maîtriser son propre territoire, en le décomposant en espaces locaux, dans le but de saisir l'éventuelle diversité de l'ensemble lui-même* » (Lacoste, Salomez, 1999). Mais la décomposition de la totalité d'un territoire régional en multiples espaces, cohérents et homogènes qui ont leurs spécificités, nécessite également de maintenir des secteurs de décision à des échelles plus vastes telle que la région.

Ainsi, pour O. Lacoste et J-L. Salomez, seule la combinaison d'un ensemble de méthodes permet la détermination des besoins de santé locaux. Dans leur démarche globale, analyses quantitatives et qualitatives sont associées : études et synthèses des données de mortalité et de morbidité, études par entretiens, analyses d'experts, de responsables, analyses de l'offre, de la production et de la consommation, enquêtes auprès des patients et de la population (voir Figure 35, page 116).

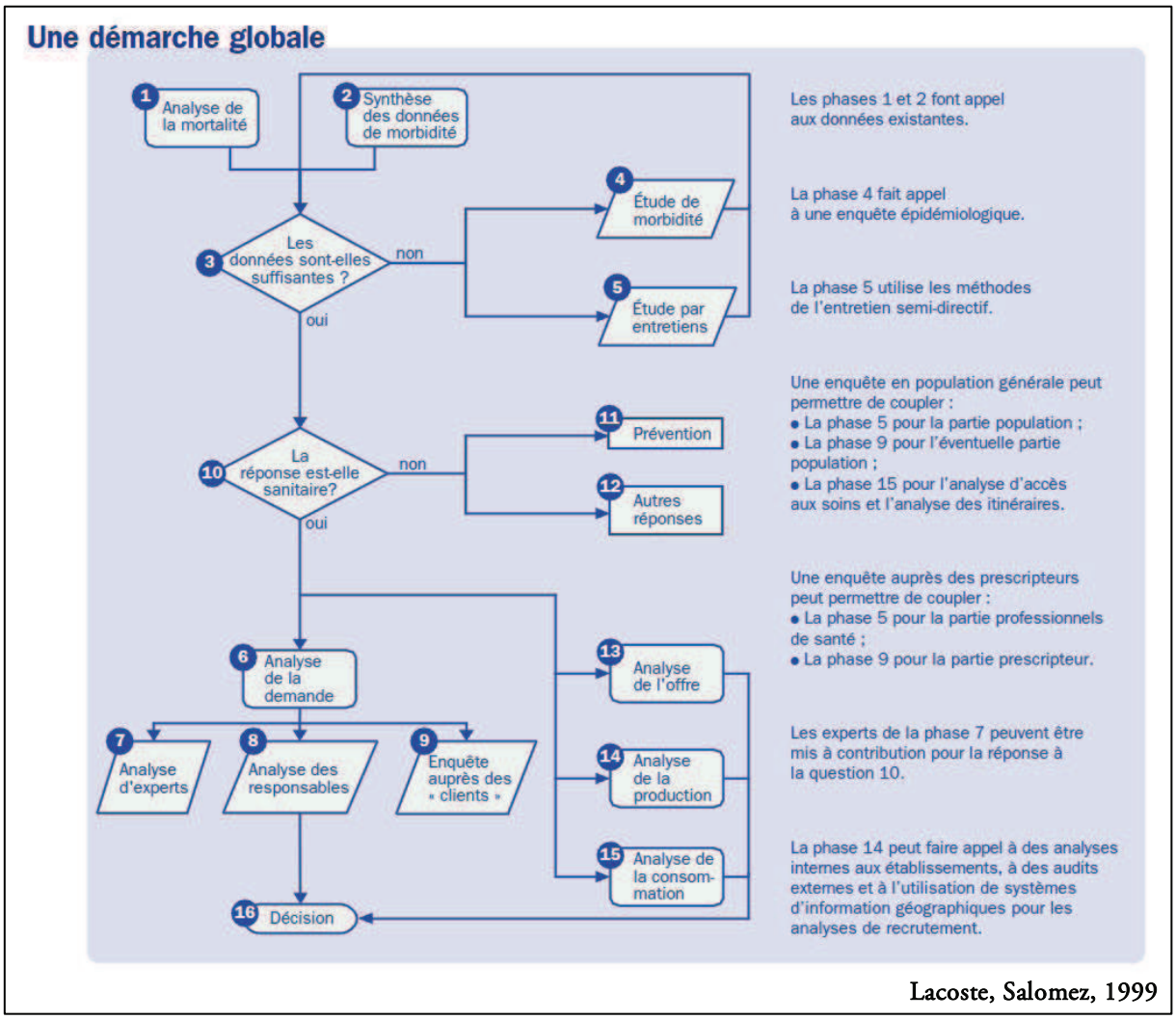


Figure 35 : Une démarche globale pour la détermination des besoins locaux de santé.

En ce sens, ces auteurs rejoignent l'idée de C. Cases et D. Baubeau selon laquelle seule une démarche participative, à travers la confrontation des avis des divers acteurs, permet une estimation plus juste des besoins : « *L'estimation du besoin de santé et du besoin de soins ne peut se réduire à une procédure linéaire se fondant sur un nombre limité d'avis et d'expertises. Il s'agit au contraire d'une démarche complexe où doivent être recueillis de façon indépendante les points de vue des experts, des professionnels, des autorités, de la population et de ses représentants. De la confrontation de ces différents avis, de l'analyse des convergences ou des divergences peut naitre une véritable démarche d'aide à la décision* ».

Bien que la quantification des besoins de santé soit un exercice complexe, elle constitue une étape essentielle pour mener à bien une politique de santé, analyser la répartition territoriale de l'offre de soins et formuler des préconisations (Cases, Baubeau, 2004). La combinaison d'approches quantitatives et qualitatives ainsi que la mise en place d'une démarche participative permettant la confrontation des résultats avec l'ensemble des acteurs concernés, semblent

constituer un cadre d'analyse pertinent pour estimer les besoins et la demande de santé sur les territoires.

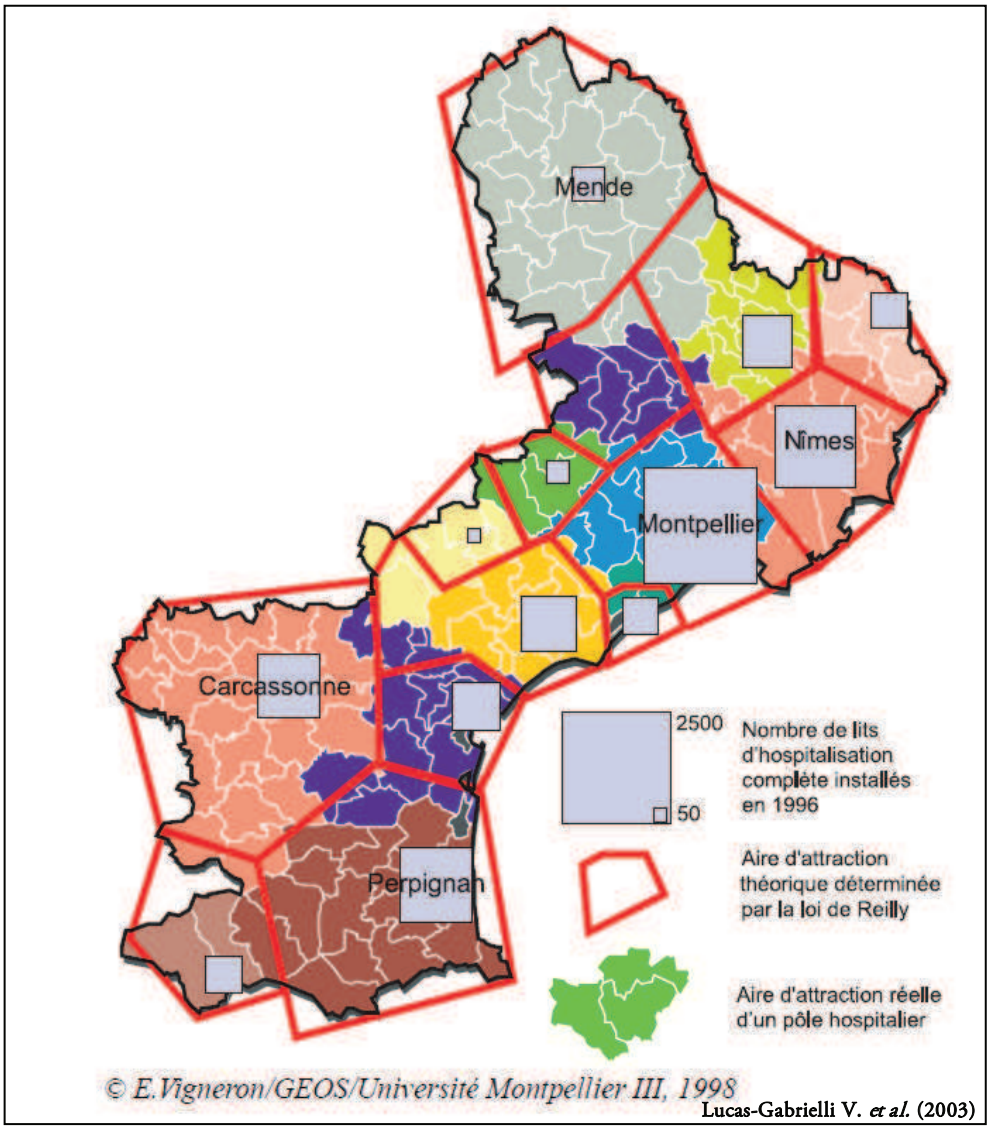
5.2.2. Les indicateurs reposant sur la proximité

Un premier ensemble d'indicateurs repose sur la proximité, c'est-à-dire le chemin le plus court entre la population et un service de santé. Elle peut être définie en distance kilométrique, en temps ou en coût. Elle constitue l'indicateur le plus intuitif pour rendre compte de l'accessibilité spatiale d'un service de santé à une population donnée.

- *Les aires d'attraction théoriques*

Reposant sur la distance, les aires d'attraction théoriques, déterminées par les polygones de Thiessen ou les aires de Reilly effectuent un découpage du territoire selon l'attraction simultanée d'un ensemble de services de soins : il s'agit par exemple, des bassins de vie (Vigneron, 1999) (voir Figure 36, page 118). Les polygones de Thiessen définissent des surfaces basées sur la distance euclidienne et le maillage d'un nuage de points. La méthode consiste à calculer le milieu (I) de chaque segment reliant A et B. Une droite perpendiculaire au segment [AB] et passant par (I) est tracée. Elle correspondra à un côté de polygone. Par ailleurs, les aires de Reilly pondèrent la distance par le nombre d'habitants concernés en utilisant une formule dérivée de la Loi de la gravitation universelle de Newton.

En revanche, les polygones de Thiessen, tout comme les aires de Reilly, sont des modèles inefficaces sur un maillage de points resserrés puisque les bassins théoriques se superposent et les taux d'attractivité calculés sont irréalistes (Lucas-Gabrielli *et al.*, 2003). Dans les deux cas, la méthode de calcul repose sur des calculs géométriques simples réalisés à partir de la localisation des communes. Par ailleurs, ces indicateurs ne prennent pas en compte l'hétérogénéité spatiale, or l'accessibilité d'un territoire dépend de ses caractéristiques physiques (absence ou non d'obstacles naturels) et de l'organisation réticulaire des axes de transport (performance des voies de communication, qualité de la desserte, etc.). Ce modèle théorique, s'appuyant uniquement sur la distance euclidienne d'un espace isotrope, ne constitue donc pas un outil précis pour les décideurs politiques.



Lucas-Gabrielli V. *et al.* (2003)

Figure 36 : Les bassins de santé en Languedoc-Roussillon.

- *Les isolignes*

Les isolignes constituent une autre méthode pour représenter l'accessibilité aux services de santé. Elles sont mesurées à partir de la distance entre les structures de soins et la population. Contrairement aux polygones de Thiessen ou aux aires de Reilly qui effectuent un découpage du territoire selon l'attraction simultanée d'un ensemble de services de soins, le calcul des isolignes s'appuie sur un équipement isolé. L'intérêt de ces courbes est la délimitation d'espaces dont la taille varie selon l'offre de soins et donc, de cibler les zones déficitaires, dans un principe d'équité d'accès aux soins. De plus, cette méthode de calcul repose sur des données faciles à obtenir (distance, temps ou coût d'un trajet entre chaque commune). Dans certains cas, la distance ou le temps d'accès est calculé en fonction d'un réseau d'infrastructures de transport afin d'obtenir la cartographie de la proximité des services de santé accessibles par ce réseau (voir Figure 37, page 119).

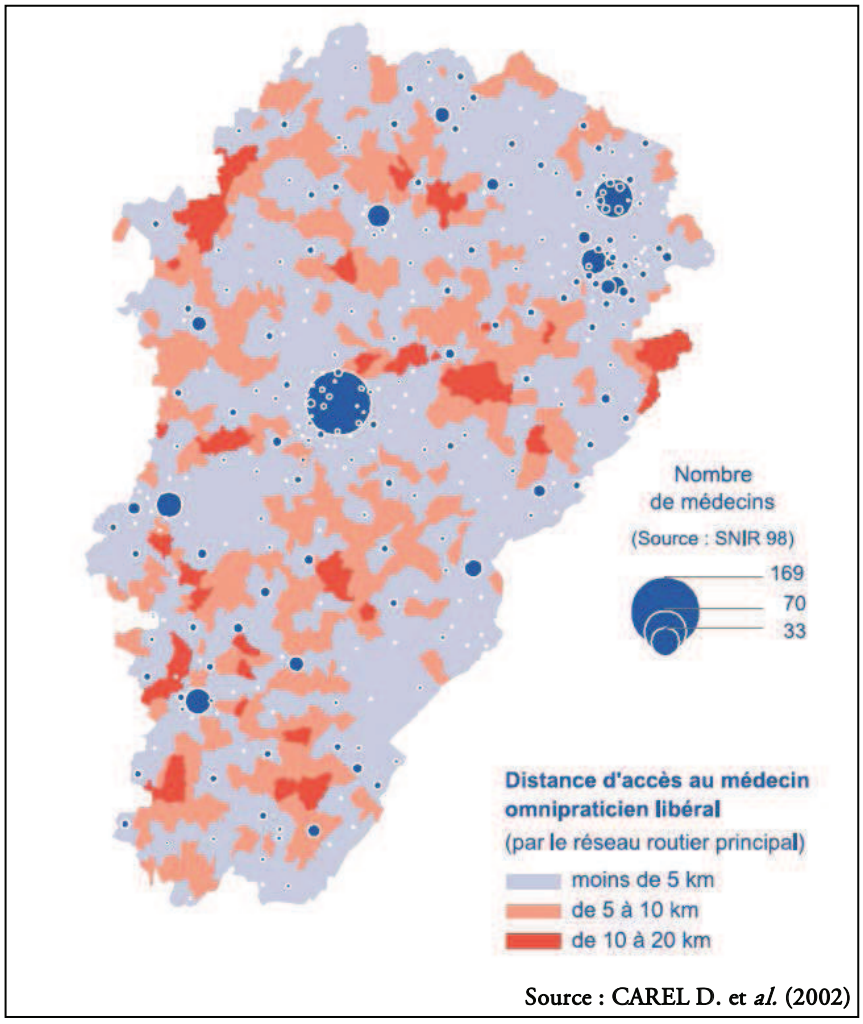


Figure 37 : L'accessibilité des médecins omnipraticiens libéraux en 1999 dans la région Franche-Comté.

Les hypothèses sous-jacentes à la représentation de l'accessibilité spatiale par les isolignes reposent sur une répartition homogène de l'offre et de la demande de soins. L'obstacle majeur est alors la proximité à une structure de soins, c'est-à-dire la distance en termes de kilomètres, temps ou coût. Si on considère l'échelle géographique de la commune sur un territoire départemental ou régional, il est peu réaliste de supposer que l'offre et la demande soient homogènes sur l'ensemble de ce territoire. C'est pour cette raison que ce type d'indicateurs a été fréquemment utilisé pour représenter l'accessibilité spatiale dans les espaces ruraux dans lesquels la demande est souvent supérieure à l'offre sur l'ensemble du territoire.

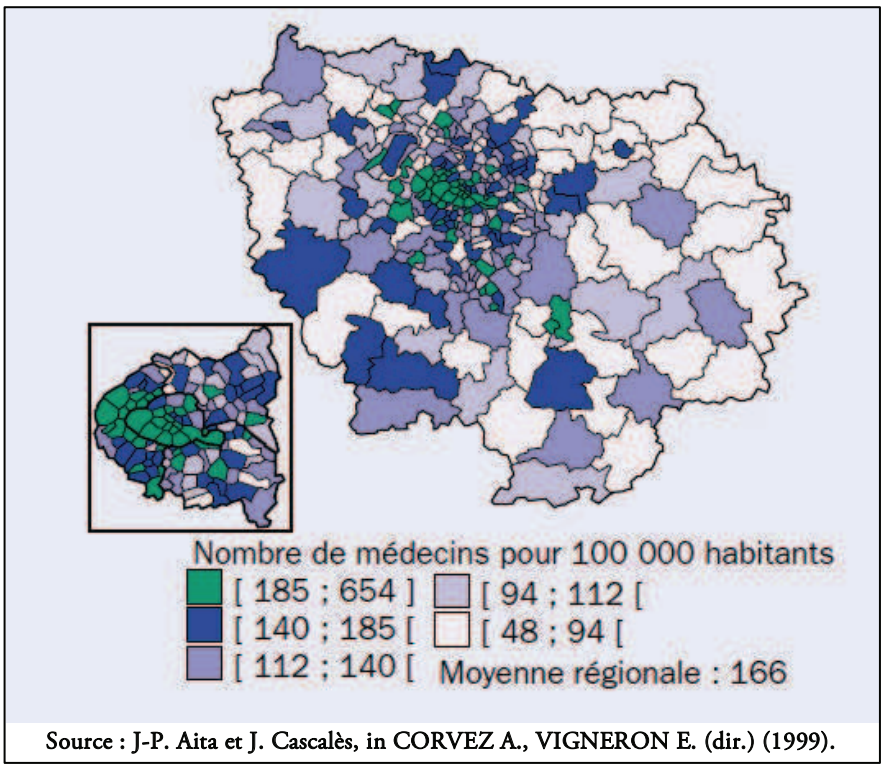
Certes, la distance est un indicateur d'accès aux soins révélateur d'inégalités. Elle définit la bonne diffusion ou concentration des structures et professionnels de santé, et permet de hiérarchiser les types de soins suivant leur degré de rareté (Lucas-Gabrielli, Tonnellier, 1995). Néanmoins, la représentation cartographique d'un indicateur reposant seulement sur la distance n'est pas satisfaisante pour représenter l'accessibilité aux centres de soins sur un territoire. D'autre

part, les isolignes, tout comme les polygones de Thiessen ou les aires de Reilly, sont des indicateurs particulièrement sensibles aux effets de frontières puisque le plus court chemin pour accéder à un service peut se réaliser en dépassant les frontières du territoire considéré (canton, département, région, etc.). Dans ce cas, l'accessibilité spatiale mesurée est alors sous-estimée.

5.2.3. Les indicateurs reposant sur le rapport du nombre de professionnels de santé par unité de population

Les indicateurs reposant sur le rapport du nombre de professionnels de santé par unité de population, tout comme ceux reposant sur la proximité, sont très présents dans les études portant sur l'accessibilité spatiale (Guagliardo, 2004). Après avoir découpé un territoire en différentes portions j (par exemple, à l'échelle communale à l'aide de leur code géographique), on calcule pour chacune d'entre elles le rapport $R_j = \frac{S_j}{P_j}$ du nombre de professionnels S_j de santé sur le nombre d'habitants P_j.

La mesure de cet indicateur de densité médicale repose sur des données faciles à obtenir : le nombre d'habitants par commune et le nombre de professionnels de santé correspondant (voir Figure 38, page 120).



Source : J-P. Aita et J. Cascalès, in CORVEZ A., VIGNERON E. (dir.) (1999).

Figure 38 : La densité des médecins généralistes par canton en Ile-de-France en 1997.

Outre sa facilité de mise en œuvre et d'interprétation, cet indicateur permet une comparaison rapide de deux territoires de grande taille. Cependant, les deux hypothèses sur lesquelles reposent cet indicateur ne permettent qu'une estimation limitée de l'accessibilité spatiale potentielle. Tout d'abord, la demande de santé est considérée homogène pour chaque unité de population considérée. De plus, le modèle suppose que chaque patient obtient des soins uniquement dans sa commune. En ce sens, la notion de proximité n'est pas prise en compte. Etant donné que cet indicateur ne tient pas compte de l'offre de soins dans les unités de population périphériques à celles considérées, il est également très sensible au choix du découpage des territoires.

5.2.4. Les indicateurs reposant sur des modèles de gravité

Les modèles de gravité ont pour objectif de représenter l'interaction potentielle entre la population située en un point i et un service situé en un point j (Guagliardo, 2004). L'intensité de l'interaction est d'autant plus forte que la distance d_{ij} (en kilomètre, minute, euros, etc.) entre les deux points i et j est courte. Par analogie avec le modèle de gravité de Newton, le potentiel d'accessibilité spatiale est donné par une fonction décroissante avec la distance :

$$A_i = \sum_j \frac{S_j}{d_{ij}^{\beta}}$$

Avec S_j représentant le nombre de professionnels de santé présents au point j. Les modèles de gravité sont très souples, il est même possible de ne pas faire de découpage en portion de territoire et d'avoir une représentation continue de l'accessibilité spatiale sur un espace euclidien. Cependant, l'unité de mesure de ce potentiel n'est pas facile à interpréter, en particulier à cause de la valeur du coefficient β. Les valeurs obtenues permettent ainsi de cartographier une bonne représentation de l'accessibilité spatiale, sans pouvoir clairement identifier les facteurs les plus déterminants, le nombre de professionnels ou la proximité. Par ailleurs, cet indicateur ne tient compte que partiellement de la dimension de disponibilité, puisqu'il n'évalue pas de demande potentielle de soins. Une correction de cette loi a ainsi été proposée (Joseph, Bantock, 1982), la demande D_j au point j est calculée par la formule :

$$D_j = \sum_k \frac{P_k}{d_{kj}^{\beta}}$$

Avec P_k la population au point k. Ce résultat permet d'obtenir la distribution spatiale de la demande, puis il est intégré au modèle de calcul de l'accessibilité spatiale potentielle :

$$A_i = \sum_j \frac{1}{d_{ij}^{\beta}} \frac{S_j}{D_j}$$

Ainsi, le rapport entre l'offre et la distribution spatiale de la demande est plus représentatif de la dimension de la disponibilité du concept d'accès selon R. Penchansky et J. W. Thomas. Malgré l'intérêt théorique de ce type d'indicateur pour la représentation des dimensions de l'accessibilité spatiale, ce modèle est difficile à mettre en œuvre du fait du choix du coefficient β pour lequel des études empiriques devraient être menées afin de proposer des valeurs pertinentes pour le territoire étudié. Ainsi, une étude en Allemagne (G. Fülöp *et al.*) a été réalisée afin de calibrer le coefficient d'attraction β à partir de données concernant l'adresse des patients et celle de leurs médecins généralistes et spécialistes. Les auteurs ont alors vérifié que la valeur du coefficient d'attraction était en relation avec la proportion de patient recherchant le médecin le plus proche. L'intensité du coefficient varie en fonction des spécialités : entre $\beta = 0{,}28$ pour les médecins généralistes pour lesquels 71,5% des patients recherchent le médecin le plus proche de chez eux, et $\beta = 0{,}04$ pour les anesthésistes dont seulement 31,4% des patients recherche la proximité. Cette différence s'explique par la spécificité du service recherché, la fréquence des visites et la répartition de l'offre du service.

5.2.5. Les indicateurs de type 2SFCA (two-step floating catchment area)

- *Définition de l'indicateur 2SFCA*

La recherche d'un indicateur dont l'interprétation est intuitive et dont les données sont facilement accessibles a conduit à l'élaboration d'un compromis entre les modèles de gravité et le rapport du nombre de professionnels par unité de population (Wang, Luo, 2005). Tout d'abord, le territoire est découpé en portions sur lesquelles on identifie la localisation des professionnels de santé. On introduit ensuite une distance seuil d_0 qui correspond à un temps de trajet pour accéder à la structure de soins.

Dans la première étape, pour chaque localisation j de professionnels de santé, on détermine l'ensemble des localisations k de populations pouvant atteindre la localisation j par un déplacement dont la distance est inférieure au seuil d_0 fixé (en tenant compte des infrastructures de transport). On calcule alors le rapport R_j du nombre de professionnels S_j de santé par unité de population P_k pour la localisation j :

$$R_j = \frac{S_j}{\sum_{k \in \{d_{kj} \leq d_0\}} P_k}$$

La seconde étape consiste à déterminer, pour chaque localisation i de population, l'ensemble des localisations de professionnels de santé j accessible pour la distance seuil d_0. Les rapports précédents sont sommés pour obtenir le potentiel d'accessibilité spatiale de la localisation i :

$$A_i = \sum_{j \in \{d_{ij} \leq d_0\}} R_j$$

Le résultat correspond donc à une détermination de l'offre et de la demande en fonction de l'aire d'attraction définie par la distance seuil (*catchment area*). Cet indicateur a l'avantage de pouvoir obtenir une mesure ayant une signification intuitive (rapport d'un nombre de professionnels de santé par unité de population) et de représenter les deux dimensions essentielles (accessibilité et disponibilité) de l'accessibilité spatiale (voir Figure 39, p. 124). Cependant, le choix du seuil de distance d_0 doit être effectué avec précaution. En effet, McGrail et Humphreys (2009) ont mis en évidence des différences importantes d'interprétation par rapport au choix de la distance seuil. Dans le cas de l'utilisation de cet indicateur pour évaluer l'accessibilité spatiale potentielle aux ophtalmologues dans l'Aude, on observe une grande sensibilité dans le classement des communes selon un seuil de distance de $d_0 = 30$ minutes (voir Figure 40, p. 125) ou $d_0 = 60$ minutes (voir Figure 41, p. 126). Plus précisément les auteurs observent deux limites à cet indicateur liées au choix de la distance seuil. D'une part, cette distance impose la définition de zones de même taille pour l'ensemble du découpage, ce qui n'est pas pertinent lorsqu'il regroupe de grandes zones urbaines avec une offre de soins abondante : dans ce cas la disponibilité est surévaluée. D'autre part, à l'intérieur des zones définies par la distance seuil, la proximité n'est pas différenciée, ce qui engendre un biais important dans l'interprétation des résultats de la mesure de l'accessibilité spatiale.

- *Les extensions de l'indicateur 2SFCA*

Les indicateurs de type 2SFCA peuvent être généralisés en identifiant les trois informations quantitatives nécessaires pour réaliser son calcul : l'offre (S_j), la demande (P_j) et la distance entre l'offre et la demande (d_{ij}). Ainsi, il est possible de préciser ces valeurs à l'aide d'informations complémentaires, par exemple Luo et Qi (2009) ont récemment proposé une amélioration de la méthode afin de réduire la sensibilité du choix du seuil de distance en effectuant une pondération de la distance. De même, pour la France, Barlet *et al.* (2012) ont choisi l'équivalent temps plein du professionnel de santé pour déterminer l'offre sur chaque unité spatiale et ont pondéré la demande par rapport à la consommation moyenne de soins par classe d'âge au niveau national. Afin de ne plus considérer la question du choix de la distance seuil, il est possible d'envisager une pondération continue dans l'espace à l'aide de courbes de Gauss représentant la probabilité (ou proportion) qu'un patient puisse parcourir une certaine distance pour obtenir une consultation (M. F. Guagliardo, 2004).

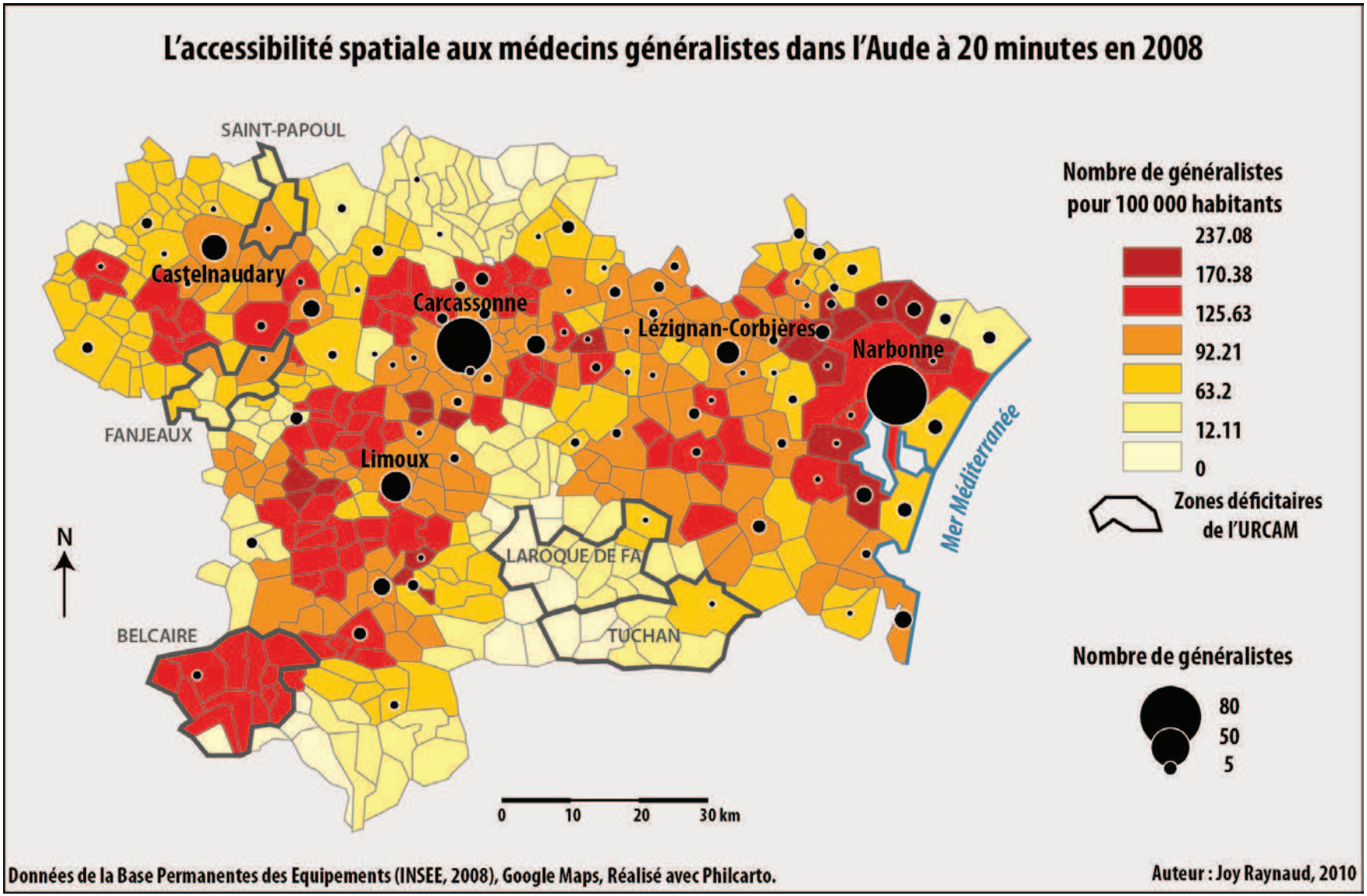


Figure 39 : L'accessibilité spatiale aux médecins généralistes dans l'Aude à 20 minutes en 2008.

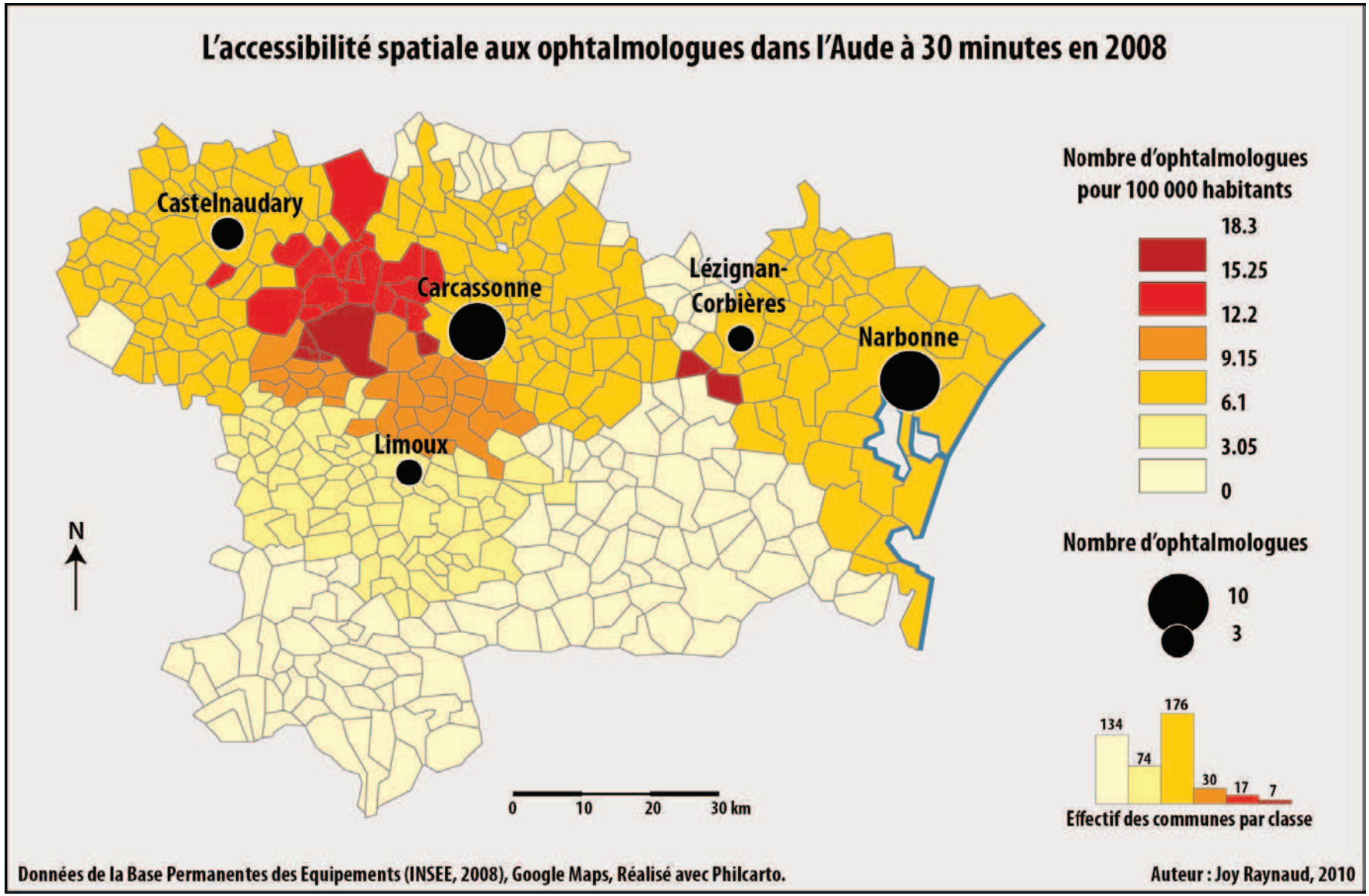


Figure 40 : L'accessibilité spatiale aux ophtalmologues dans l'Aude à 30 minutes en 2008.

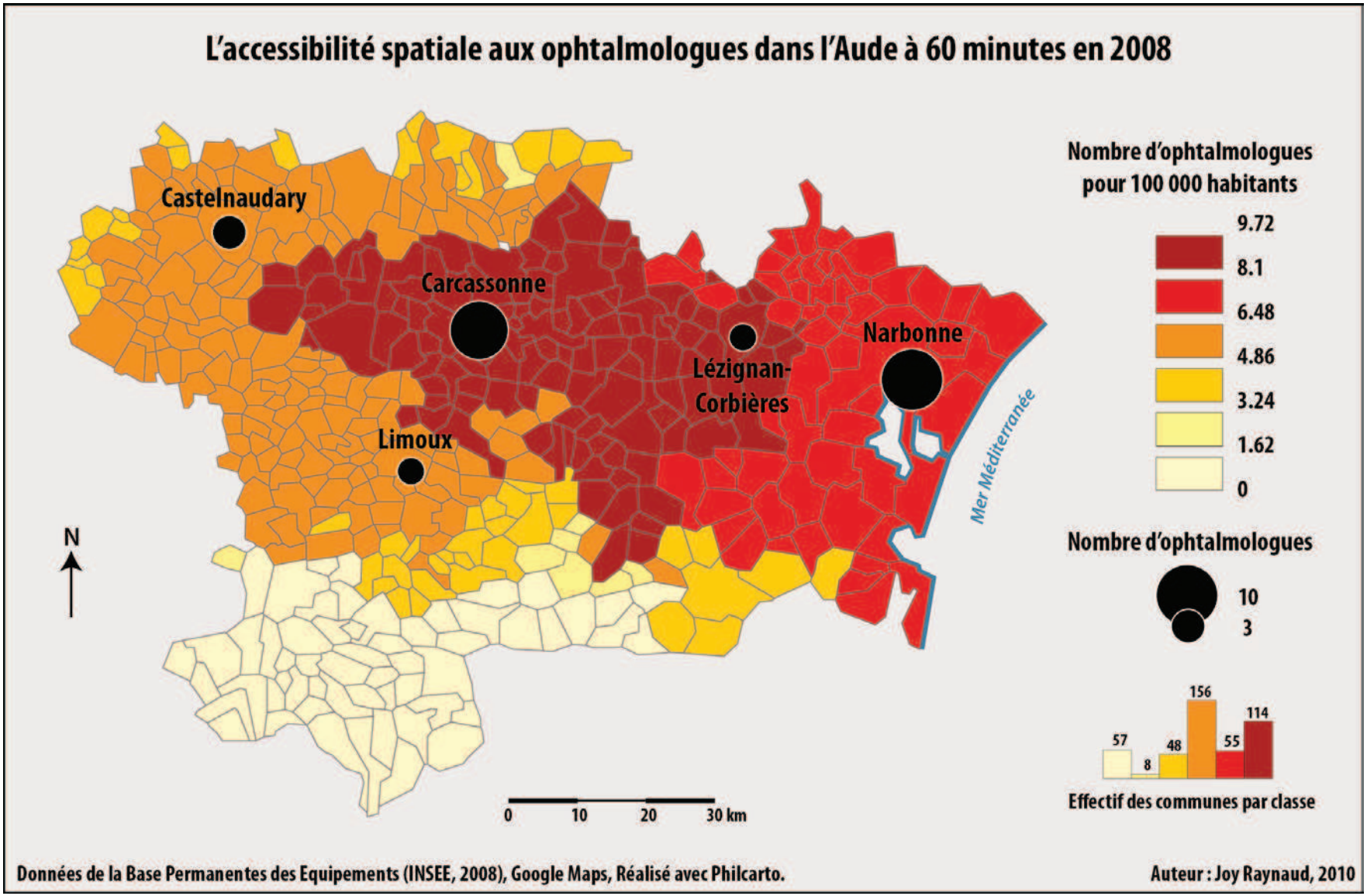


Figure 41 : L'accessibilité spatiale aux ophtalmologues dans l'Aude à 60 minutes en 2008.

5.3. Conclusion

5.3.1. Un outil complémentaire des mesures du concept d'accès

Les indicateurs quantitatifs relatifs à l'accès aux soins constituent une demande des décideurs et des pouvoirs publics qui souhaitent avoir une représentation cartographique synthétique des inégalités d'accès aux soins sur un territoire. Cependant, le calcul d'une unique valeur d'une variable par unité spatiale ne correspond pas à une mesure du concept de l'accès qui est intrinsèquement multidimensionnel. Il faut donc être vigilant quant à l'interprétation des résultats obtenus, car l'information requise pour calculer l'indicateur peut être très spécifique. De plus, même en ayant bien identifié les hypothèses sous-jacentes à la représentation du concept d'accès aux soins par un indicateur, il n'est pas toujours aisé de l'interpréter (Guagliardo, 2004). Ainsi, l'élaboration d'un indicateur demande une grande rigueur concernant le compromis entre la disponibilité des données nécessaires au calcul, la facilité de l'interprétation des valeurs et sa relation vis-à-vis du concept d'accès.

L'utilisation des indicateurs pour une représentation cartographique de l'accès est particulièrement intéressante s'il s'agit d'une dimension très précise, comme la proximité en distances-temps par rapport à un service d'urgence. Dans ce cas, ce n'est pas la mesure du concept d'accès qui est recherchée, mais bien la représentation cartographique de l'accessibilité spatiale potentielle aux services d'urgence. Par ailleurs, pour les études concernant la mesure du concept d'accès, un indicateur peut apporter une information agrégée complémentaire qui peut être analysée en relation avec les autres variables du concept (satisfaction du patient par rapport à la distance parcourue, utilisation d'un service, etc.).

5.3.2. Une validation nécessaire pour explorer la représentation cartographique du concept d'accès

Une méthodologie d'élaboration et d'interprétation d'un indicateur de l'accès est proposée, elle est illustrée à travers l'exemple de la représentation de l'accès aux consultations du médecin généraliste (voir Figure 42, p. 128). Selon l'objectif recherché, la construction d'un indicateur et sa représentation cartographique peuvent être insuffisantes pour interpréter les résultats. En revanche, il est possible de modifier l'indicateur ou d'intégrer des données supplémentaires à son calcul pour améliorer sa capacité à représenter les dimensions désirées du concept. Dans ce contexte, il est nécessaire d'évaluer la validité de l'indicateur à l'aide d'enquêtes afin d'identifier les

caractéristiques et les dimensions déterminantes de l'accès pour le territoire et d'envisager la modification ou l'élaboration d'un nouvel indicateur représentatif.

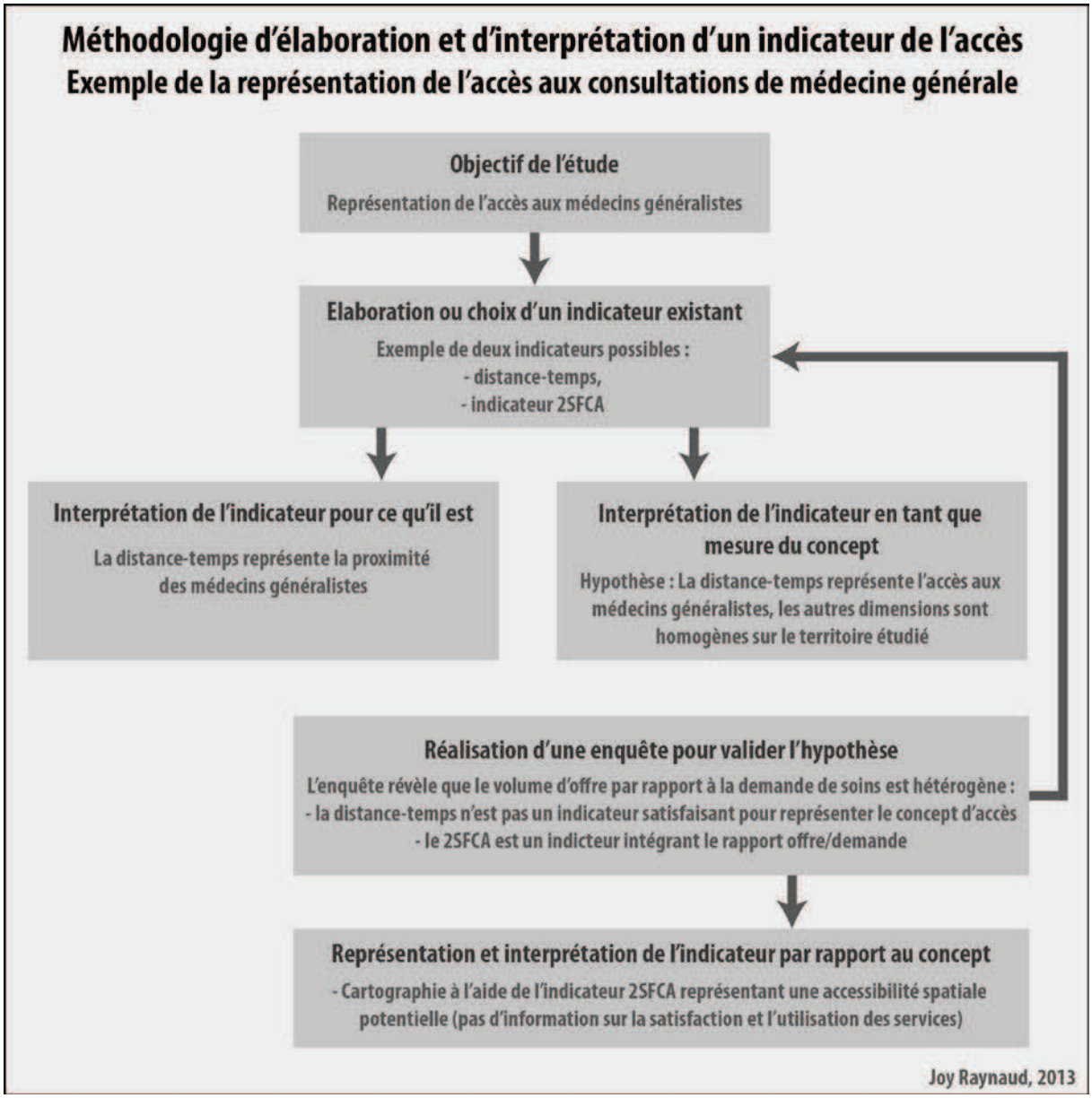


Figure 42 : Méthodologie d'élaboration et d'interprétation d'un indicateur de l'accès : Exemple de la représentation de l'accès aux consultations de médecine générale.

Partie III

Etude des perceptions des patients et des médecins concernant l'accès aux soins en Languedoc-Roussillon

Chapitre 6. Difficultés et renoncements des patients pour consulter un médecin

La définition géographique du concept d'accès aux soins a permis de mettre en évidence le rôle majeur des acteurs de santé sur le territoire. Afin d'identifier les dimensions des principales difficultés d'accès aux soins pour la population, une enquête auprès des patients du Languedoc-Roussillon a été réalisée. Cette étude permettra de croiser les caractéristiques sociodémographiques de la population avec leurs perceptions concernant leurs degrés de satisfaction, de difficultés et les comportements de renoncement aux consultations. Ces éléments sont essentiels pour établir un diagnostic de l'accès aux soins sur les territoires.

6.1. Objectifs et méthodologie de l'enquête

6.1.1. Objectifs

L'accès aux soins est défini à l'interface entre un système d'acteurs et un système de soins sur les territoires (voir Figure 31, p. 101). Afin de déterminer précisément les difficultés liées à l'organisation des acteurs pour favoriser l'accès aux soins, il est nécessaire de compléter l'approche que nous avons développée en recueillant les perceptions des patients et des professionnels de santé. L'objectif de ces enquêtes est d'évaluer les difficultés d'accès aux soins des patients, de les confronter à celles perçues par les professionnels de santé et de comprendre le rôle des conditions d'exercice des soignants dans le développement et l'organisation de l'offre de soins en adéquation avec les demandes des patients. Cette démarche exploratoire est une première étape pour sélectionner les variables statistiques pertinentes afin d'obtenir une définition opérationnelle du concept d'accès aux soins proposée dans ce travail. Elle permet également d'identifier les solutions pour améliorer l'accès aux soins selon les perceptions de l'ensemble des acteurs.

Cette enquête s'intéresse à l'accès à l'offre de soins médicale (spécialistes en médecine générale et les autres spécialistes) et non paramédicale. Les médecins généralistes ont un rôle éminent dans l'offre de soins de premier recours (Bras, 2011), ils constituent le point d'entrée dans le système de soins en assurant la coordination avec les autres professionnels de santé, notamment à travers le parcours de santé (Dormont, Samson, 2008). De même, l'accès aux médecins spécialistes est indispensable pour obtenir un diagnostic et un traitement adaptés aux situations complexes ne pouvant être prises en charge par un médecin généraliste.

Une première enquête, réalisée auprès des patients a pour objectif de croiser trois types d'information :

- les caractéristiques sociodémographiques des patients,
- la satisfaction des patients concernant les dimensions de l'accès aux consultations des médecins généralistes et spécialistes de R. Penchansky et J. W. Thomas (1981),
- les perceptions des difficultés de l'accès aux soins et les causes du renoncement.

6.1.2. Présentation de la méthodologie de l'enquête

- *La stratification sociodémographique*

L'enquête a été effectuée en juin 2011 en Languedoc-Roussillon auprès d'un échantillon de 1 006 personnes, ce qui constitue un nombre suffisant pour effectuer des analyses statistiques. Les entretiens téléphoniques ont été effectués par un institut de sondage spécialisé : le CSA (voir Annexe A : « Le recueil des données par téléphone », p. 401). La représentativité de l'échantillon repose sur la méthode des quotas : la structure de l'échantillon correspond exactement à la structure de la population entière, selon certains critères préalablement choisis. Cette méthode empirique, qui est la plus fréquemment utilisée, n'est acceptable que si les principales variables explicatives du comportement étudié sont prises en compte (Ardilly, 2006). Or, étant donné que nous ne connaissons pas les variables explicatives de l'accès aux soins, nous avons choisi, en accord avec l'institut de sondage, un ensemble de variables socioéconomiques permettant d'obtenir un échantillon représentatif de la population générale. Il s'agit du sexe, de l'âge, de la catégorie socioprofessionnelle du chef de famille et du niveau de diplôme. L'échantillon sera également stratifié géographiquement suivant le lieu de résidence des patients (selon la typologie de l'INSEE, voir Annexe A : « Le Zonage en Aires Urbaines de l'INSEE », p. 401) et par département afin de s'assurer d'une bonne répartition des interviews sur l'ensemble du territoire languedocien (voir Figure 43, p. 135).

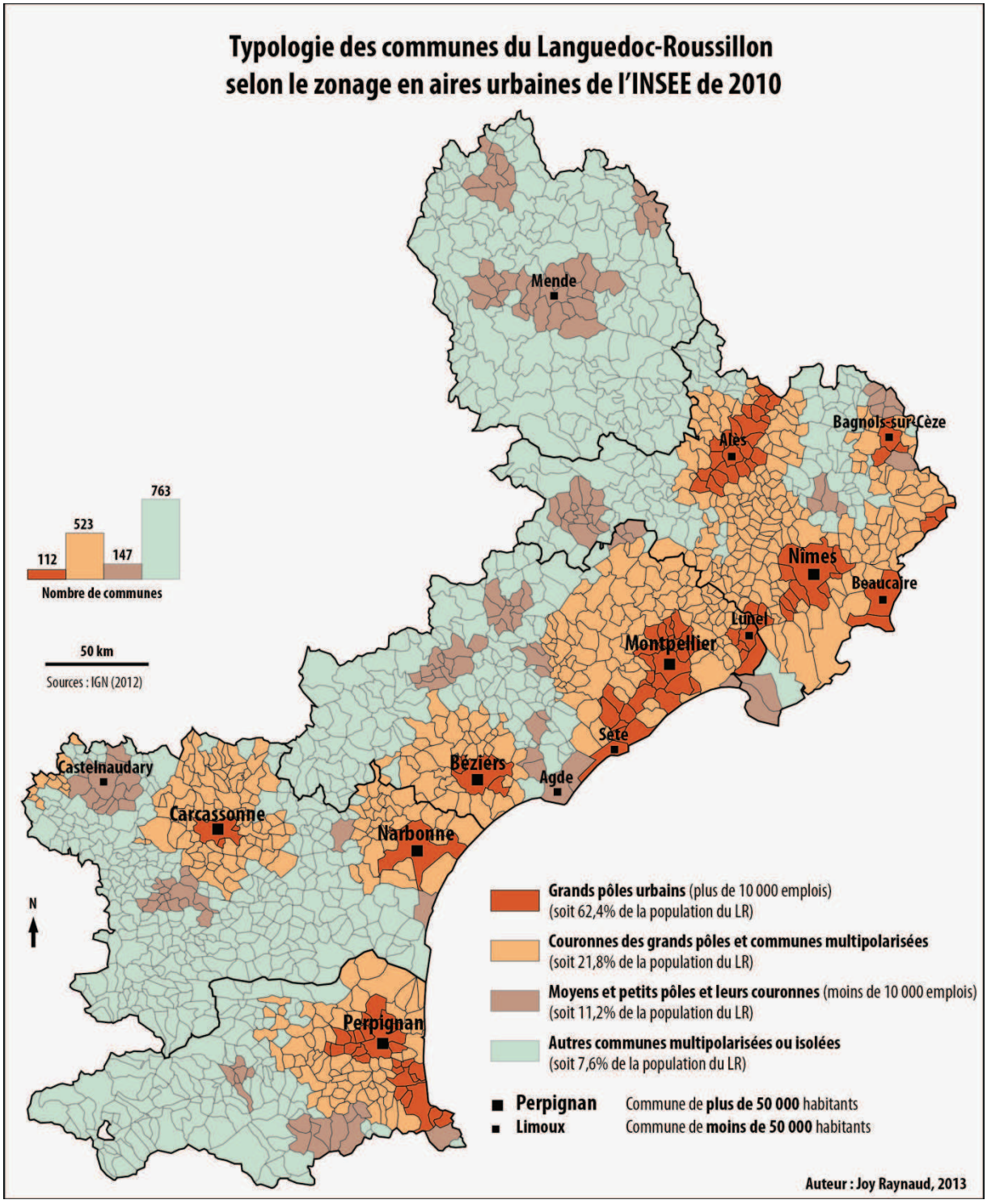


Figure 43 : Une population interrogée selon le lieu de résidence, parmi quatre types de communes du zonage en aires urbaines de l'INSEE de 2010.

Enfin, nous avons également souhaité connaître les difficultés d'accès aux soins des habitants résidant dans les Zones Urbaines Sensibles (ZUS). Les ZUS sont des territoires infra-urbains définis par les pouvoirs publics pour être la cible prioritaire de la politique de la ville, en fonction des considérations locales liées aux difficultés que connaissent les habitants de ces territoires

(pauvreté, chômage élevé, etc.). Comparé au territoire national, les ZUS en Languedoc-Roussillon sont des territoires où la part des individus ayant de bas revenus est la plus forte : 40%. De même, la part des jeunes sans diplôme est un record : avec sept jeunes sur dix (ONZUS, 2012). L'ONZUS indique également que les adultes résidant en ZUS sont en moins bonne santé (forte obésité), que dans le reste du territoire et qu'ils rencontrent plus de difficultés d'accès aux soins (difficultés financières et renoncement aux médecins spécialistes et aux soins dentaires). De même, les élèves scolarisés en ZUS présentent un défaut de couverture vaccinale par rapport à ceux scolarisés en dehors de ces quartiers. Ils souffrent plus fréquemment de troubles visuels et auditifs et sont moins nombreux à porter des lunettes ou des lentilles. Ces élèves ont également davantage de dents cariées. Pour toutes ces raisons, 55 personnes résidant en ZUS ont été intégrées à notre étude. En Languedoc-Roussillon, les 28 ZUS, réparties en 16 communes, comptaient 133 154 habitants.

L'ensemble des variables sociodémographiques caractérisant les individus sont récapitulées dans le tableau ci-dessous :

	Variables
Variables sociodémographiques utilisées pour sélectionner les personnes interrogées selon la méthode des quotas	Sexe Age Catégorie socioprofessionnelle du chef de famille (CSP) Niveau de diplôme Lieu de résidence (typologie de l'INSEE et zones urbaines sensibles)
Autres variables sociodémographiques concernant les personnes interrogées	Revenus du foyer Adhésion à la CMU Adhésion à la complémentaire Santé

Figure 44 : Variables sociodémographiques caractérisant les individus de l'enquête auprès des patients

- *Présentation et analyse du questionnaire*

Le questionnaire de cette enquête a été construit à partir de la méthodologie proposée par R. Penchansky et J. W. Thomas (1981) qui ont identifié cinq dimensions mesurées grâce à des enquêtes de satisfaction. Ces obstacles peuvent être liés à la disponibilité des professionnels de santé, à l'accessibilité géographique sur des territoires hétérogènes, à l'organisation du cabinet

médical pour obtenir une consultation, à la capacité financière du patient ou bien, à la capacité du patient à surmonter des barrières sociales et culturelles pour obtenir le soin désiré.

Cette étude ne comprend pas de critère lié à la dernière date de consultation des personnes interrogées. En effet, certaines enquêtes visent une population ayant, par exemple, consulté un médecin durant les douze derniers mois précédant l'interview. Bien que cette condition permette d'obtenir des perceptions récentes de la population concernant les conditions d'accès aux consultations des médecins, elle élimine également les personnes ayant souvent renoncé aux soins. Or, nous souhaitons justement observer le renoncement aux soins pour l'ensemble de la population.

Par ailleurs, la longueur du questionnaire est limitée puisque la durée de l'entretien ne doit pas excédée vingt minutes, au-delà, les personnes interrogées peuvent refuser de poursuivre l'entretien. Ainsi, le CSA prévoit cinq minutes d'entretien pour connaître les principales caractéristiques sociodémographiques de l'enquêté (sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle du chef de famille, niveau de diplôme, revenus, composition du foyer, etc.) et quinze minutes de questions portant sur le cœur du sujet. Pour chacune des questions, les personnes interrogées ont la possibilité de ne pas répondre, mais si ce recours est trop fréquent, ces personnes ne sont pas intégrées à l'étude.

Le questionnaire comprend seize questions dont certaines sont déclinées en sous-questions ce qui constitue au total vingt-neuf questions (voir Figure 45, page suivante). Tandis que certaines questions sont destinées à identifier les perceptions des patients à travers leur degré de satisfaction concernant les dimensions de l'accès aux soins, d'autres concernent les pratiques concrètes des patients (temps de trajet, mode de transport, possibilité de prendre des rendez-vous, etc.). L'objectif est d'analyser conjointement les perceptions des patients et les éléments concrets concernant l'accès aux soins (trajet du patient, organisation du médecin, difficultés et renoncements aux soins). Etant donné que la durée du questionnaire ne doit pas excéder quinze minutes, nous avons souhaité dans cette première étude exploratoire, nous concentrer sur l'accès aux soins de premier recours, dont le médecin généraliste assure une place centrale. Ainsi, vingt-deux questions concernent l'accès aux consultations des médecins généralistes, tandis que trois questions abordent l'accès aux spécialistes (questions 13 à 15).

Questionnaire auprès de 1 006 personnes en Languedoc-Roussillon concernant l'accès aux soins

Question 1 : Diriez-vous qu'il vous arrive souvent, de temps en temps, rarement ou jamais de rencontrer des difficultés pour vous rendre chez votre médecin généraliste, compte tenu :

A- Des conditions générales de circulation (état des routes, météo, embouteillages)
B- Des difficultés de stationnement
C- De votre condition physique (handicap, difficultés liées à l'âge, etc.)

- ☐ Souvent
- ☐ De temps en temps
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

Question 2 : En règle générale, de quelle manière vous rendez-vous chez votre médecin généraliste ?

- ☐ En voiture
- ☐ A pied
- ☐ En transport en commun
- ☐ Un autre moyen de transport

Question 3 : En moyenne, quelle est la durée de votre trajet pour vous rendre chez votre médecin généraliste ?

Noter en clair : _ _ _ minutes

Question 4 : Et diriez-vous que ce temps de trajet vous semble… ?

- ☐ Tout à fait satisfaisant
- ☐ Plutôt satisfaisant
- ☐ Plutôt pas satisfaisant
- ☐ Pas du tout satisfaisant

Question 5 : Selon vous, quel est le temps de trajet maximum qui vous paraît acceptable pour vous rendre chez votre médecin généraliste… ?

Noter en clair : _ _ _ minutes

Question 6 : A quelle fréquence votre médecin généraliste se déplace-t-il à votre domicile… ?

- ☐ Une fois par semaine ou plus souvent
- ☐ Une ou plusieurs fois par mois
- ☐ Une ou plusieurs fois par an
- ☐ Moins souvent
- ☐ Jamais

Question 7 : Est-il possible chez votre médecin généraliste de prendre rendez-vous pour une consultation ?

- ☐ Oui, à tout moment
- ☐ Oui, dans des créneaux horaires prédéfinis
- ☐ Non, jamais

Question 8 : Et concernant votre médecin généraliste, diriez-vous que vous êtes tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout satisfait… ?

A- …des horaires d'ouverture du cabinet
B- …du temps d'attente en salle d'attente

- ☐ Tout à fait satisfait
- ☐ Plutôt satisfait
- ☐ Plutôt pas satisfait
- ☐ Pas du tout satisfait

Question 9 : Et diriez-vous que vous êtes tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout satisfait de la disponibilité de votre médecin généraliste lorsque vous souhaitez le contacter par téléphone… ?

- ☐ Tout à fait satisfait
- ☐ Plutôt satisfait
- ☐ Plutôt pas satisfait
- ☐ Pas du tout satisfait

Question 10 : Et diriez-vous que vous êtes tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout satisfait du délai d'attente pour obtenir une consultation chez votre médecin généraliste… ?

A- …dans le cas d'une situation urgente
B- …dans le cas d'une situation non-urgente

- ☐ Tout à fait satisfait
- ☐ Plutôt satisfait
- ☐ Plutôt pas satisfait
- ☐ Pas du tout satisfait

Question 11 : Et concernant le cabinet médical de votre médecin généraliste, diriez-vous que vous êtes tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout satisfait… ?

A- …du confort de sa salle d'attente
B- …de l'endroit où il est situé (le quartier, son environnement immédiat…)
C- …des conditions d'attente avec les autres patients

- ☐ Tout à fait satisfait
- ☐ Plutôt satisfait
- ☐ Plutôt pas satisfait
- ☐ Pas du tout satisfait

Question 12 : En cas d'urgence, en-dehors des horaires d'ouverture du cabinet, diriez-vous que vous êtes tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout satisfait de la réponse apportée par le système de garde ?

- ☐ Tout à fait satisfait
- ☐ Plutôt satisfait
- ☐ Plutôt pas satisfait
- ☐ Pas du tout satisfait

Question 13 : Diriez-vous qu'il vous arrive souvent, de temps en temps, rarement ou jamais de rencontrer des difficultés financières pour… ?

A- …consulter votre médecin généraliste

B- …payer les soins restant à votre charge (médicaments, matériel médical, etc.)

- ☐ Souvent
- ☐ De temps en temps
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

Question 14 : Plus globalement, pourriez-vous indiquer quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez pour consulter… ?

A- …un médecin généraliste

B- …un médecin spécialiste

- ☐ Le manque de disponibilité du médecin pour obtenir un rendez-vous
- ☐ Les difficultés liées au trajet pour se rendre au cabinet
- ☐ Des difficultés financières
- ☐ Des horaires de consultation inadéquats ou une attente trop longue en cabinet
- ☐ Une gêne liée au confort ou à l'environnement du cabinet
- ☐ Aucune, je ne rencontre pas de difficulté particulière
- ☐ Une autre difficulté

Question 15 : Ces difficultés vous ont-elles conduit à renoncer à consulter … ?

A- …un médecin généraliste

B- …un médecin spécialiste

- ☐ Oui, plusieurs fois
- ☐ Oui, une seule fois
- ☐ Non, jamais

Question 16 : Quelle était la spécialité du ou des médecins que vous avez renoncé à consulter ?

Question 17 : Bénéficiez-vous … ?

A- …d'une Couverture Maladie Universelle (CMU) ?

B- …d'une complémentaire santé (mutuelle) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Figure 45 : Questionnaire de l'enquête auprès de la population concernant l'accès aux soins.

Les questions 1 à 5 concernent la dimension liée à l'accessibilité et permettent ainsi d'identifier les difficultés des patients pour se rendre au cabinet du médecin généraliste ainsi que leur degré de satisfaction. Les questions portent sur les conditions générales de circulation (question 1.A : état des routes, phénomènes météorologiques qui peuvent constituer des difficultés en milieu rural et montagnard ou encore les embouteillages, notamment en milieu urbain) mais aussi sur les difficultés liées au stationnement (1.B). Nous avons également souhaité savoir si les conditions physiques des patients (1.C) constituent une difficulté pour consulter un

médecin généraliste (handicap, difficultés liées à l'âge). Par ailleurs, la connaissance du mode de transport (2) permet de vérifier si la distance-temps en voiture pour accéder au médecin est une variable représentative des déplacements de l'ensemble de la population. En effet, si la majorité des déplacements pour accéder aux consultations ne se font pas en voiture, la distance-temps en voiture n'est donc pas une variable pertinente. Le mode de transport est une donnée qui permet aussi de mieux interpréter le temps de trajet déclaré par le patient pour se rendre chez son médecin (3). La satisfaction concernant ce temps de trajet (4) permet d'identifier si la distance-temps constitue un obstacle pour la personne interrogée. Pour mieux interpréter ce niveau de satisfaction, il est intéressant de connaître quel est le temps de trajet maximum qu'une personne accepterait de parcourir pour se rendre chez son généraliste (5).

Les questions 6 à 12 (exceptée la 11) concernent la commodité, c'est-à-dire l'organisation du médecin pour accueillir le patient et la capacité de celui-ci à s'adapter à l'offre de soins. La question 6 permet d'observer la fréquence à laquelle les patients consultent leur médecin dans le cadre d'une visite à domicile. Bien que la présente étude se concentre sur l'accès aux consultions en cabinet médical, cette question constitue un complément d'information pour analyser l'accès aux soins de la personne interrogée. La possibilité d'obtenir un rendez-vous pour consulter un médecin généraliste (question 7) est une information qui doit être interprétée avec le degré de satisfaction des patients concernant l'attente en salle d'attente (8.B) : l'objectif est alors d'identifier les modes d'organisation des médecins pour lesquels les difficultés d'accès aux soins des patients sont minimales. D'autres questions, liées à la satisfaction des patients concernant l'organisation du médecin généraliste, sont également abordées : les horaires d'ouverture du cabinet (8.A), la possibilité de contacter le médecin par téléphone (9), le délai d'attente pour obtenir une consultation dans le cas d'une situation urgente (10.A) et non urgente (10.B) et la réponse apportée par le système de garde (12). Ainsi, le questionnaire permet de recueillir les difficultés d'accès aux soins dans deux situations très distinctes : la demande de soins urgente et non-urgente. Etant donné qu'il s'agit de recueil de perceptions, la notion d'urgence est perçue différemment selon les individus. R. Penchansky et J. W. Thomas (1981) l'ont mentionné dans leurs études : certaines dimensions de l'accès sont reliées entre elles : l'interprétation de la satisfaction sur le temps d'attente en cabinet ou du délai d'attente pour obtenir un rendez-vous en situation urgente ou non peuvent également concerner le rapport entre l'offre et la demande, c'est-à-dire la dimension de disponibilité.

Conformément à la méthodologie proposée par R. Penchansky et J. W. Thomas (1981), une question concerne l'acceptabilité qui correspond à la capacité du médecin et du patient à surmonter des barrières sociales et culturelles empêchant ou altérant les relations entre eux : il s'agit ici du confort de la salle d'attente (11.A), de l'endroit où est situé le cabinet médical (11.B), des conditions d'attente avec les autres patients (11.C).

Deux questions (13.A et 13.B) concernent la capacité financière du patient, c'est-à-dire la relation entre le prix des prestations et la capacité du patient à payer. Il ne s'agit plus de satisfaction mais de difficultés financières pour consulter leur médecin généraliste et pour payer les soins restant à leur charge. Afin de mieux analyser ces difficultés, il est intéressant de savoir si l'enquêté bénéficie d'une Couverture Maladie Universelle (CMU) ou d'une complémentaire santé (17.A et 17.B).

Situées en fin de questionnaire, les questions 14, 15 et 16 sont essentielles dans notre étude pour plusieurs raisons. Tout d'abord, la question 14, qui s'intéresse aux principales difficultés d'accès aux soins pour consulter un généraliste (14.A), synthétise l'ensemble des cinq dimensions abordées précédemment. L'objectif est de vérifier si une insatisfaction concernant une composante de l'accès aux soins génère une difficulté pour le patient et dans ce cas, quelle est la nature de cet obstacle. Cette question est également déclinée pour les médecins spécialistes (14.B) afin de connaitre la nature de la principale difficulté d'accès aux consultations.

La question 15 aborde la question du renoncement aux soins : est-ce que l'insatisfaction des patients ou leurs difficultés d'accès se traduisent par un renoncement aux soins ? Il ne s'agit donc plus de perceptions mais de comportements. Les modalités de réponses permettent de savoir si le renoncement a eu lieu une ou plusieurs fois. La question 16 précise la spécialité des médecins concernés par le renoncement ainsi que les motifs évoqués par les patients.

6.2. Résultats et discussion concernant l'accès aux médecins généralistes

6.2.1. Quelles sont les principales difficultés des patients pour consulter un médecin généraliste ?

- *L'organisation du cabinet médical : la première difficulté d'accès aux soins selon les patients*

En Languedoc-Roussillon, 71% des personnes interrogées n'ont aucune difficulté pour consulter leur médecin généraliste (voir Figure 46, p. 143) et 15% expriment que les horaires de consultation ou le temps d'attente en cabinet constitue leur principal obstacle. Ces éléments renvoient à l'organisation du médecin et à la capacité du patient à s'y adapter, c'est-à-dire à la commodité. La seconde difficulté, rencontrée par 6% de la population, concerne les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous, ce qui peut correspondre à une inadéquation entre l'offre et la demande des patients. Les difficultés liées au trajet ou à la capacité financière du patient sont citées par 3% des enquêtés, ces résultats sont inattendus par rapport à la littérature scientifique et la presse françaises qui abordent essentiellement les difficultés d'accès aux soins en termes d'inégalité géographique de la répartition de l'offre de soins entrainant des « déserts médicaux » ou bien de difficultés financières des patients.

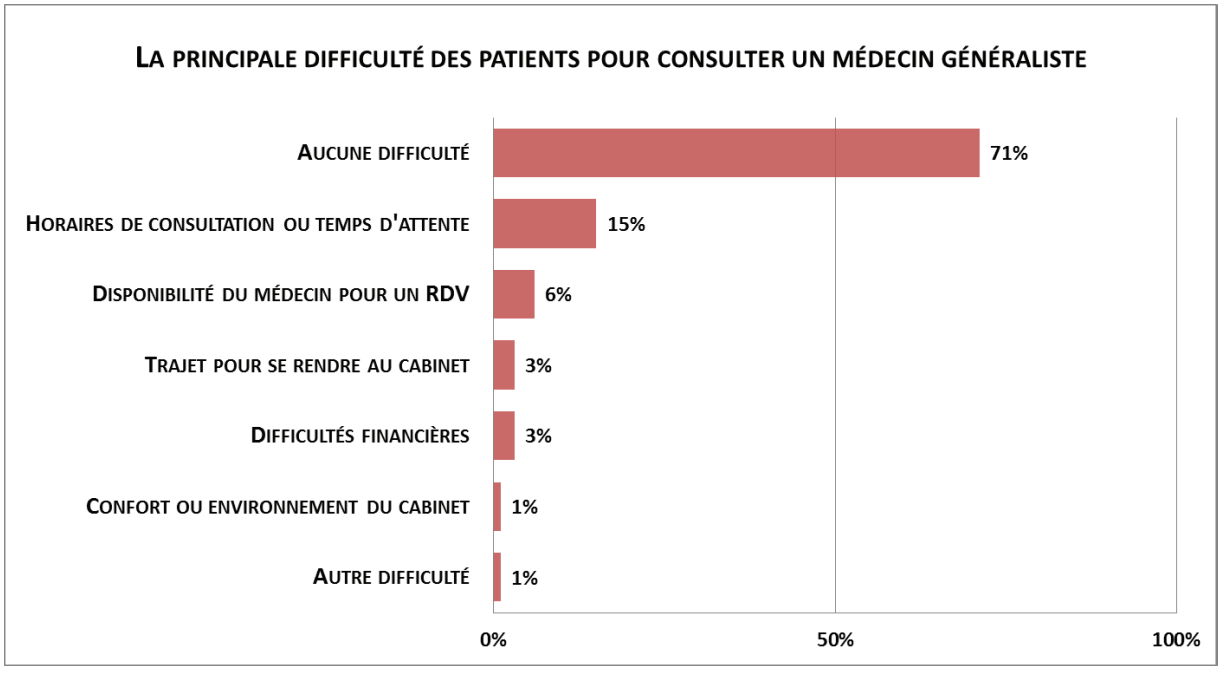


Figure 46 : Les principales difficultés des patients pour consulter un médecin généraliste en Languedoc-Roussillon.

Dans son ouvrage, E. Vigneron (2011) écrit ainsi que le premier problème de l'accès aux soins est celui de « *la répartition territoriale des professionnels de santé* » et la deuxième concerne « *l'accès financier aux soins* ». Ce sentiment est fréquemment abordé par la presse française, un article paru dans *Le Monde*, le 27 Janvier 2012, résume ainsi : « *Entre gauche et droite, de fait, le constat est le même, il faut trouver le moyen de régler les problèmes d'accès financier et géographique aux soins auxquels font de plus en plus face les Français* ». Or, les résultats de l'enquête montrent que ces deux dimensions ne sont pas perçues directement comme des difficultés majeures par la population. Cependant, un travail complémentaire est nécessaire pour identifier les causes de cette perception liée aux horaires de consultation ou à l'attente en cabinet qui peut dépendre aussi bien d'une organisation inadaptée aux patients que d'une offre de soins insuffisante sur un territoire.

Des résultats similaires ont été observés dans une enquête menée par l'URPS des Médecins Libéraux Ile-de-France[34] : à la question « *Avez-vous déjà rencontré des difficultés pour consulter un professionnel de santé libéral ?* » 29% des Franciliens ont répondu « *oui* » et parmi eux, 86% ont dénoncé des délais trop importants pour obtenir un rendez-vous. Cependant, la question liée au temps d'attente en salle d'attente n'a pas été posée. A la question ouverte « *Que proposeriez-vous pour améliorer la manière dont les médecins répondent à vos besoins en matière de santé ?* », 23% des interviewés souhaiteraient que les plages horaires de consultation soient élargies et 9% que les horaires de rendez-vous soient davantage respectés. Par ailleurs, seulement 4% des enquêtés considèrent que le lieu de consultation est trop éloigné.

La difficulté du délai d'attente pour obtenir un rendez-vous est également soulignée par l'enquête menée par l'ARS Ile-de-France[35] sur l'ensemble de la région montrant qu'elle concerne 70% des Franciliens, sans préciser quels professionnels de santé sont concernés.

Les modalités de réponses liées au « *Confort ou à l'environnement du cabinet* » ou la réponse « *Autre difficulté* » ne représentent chacune qu'1% des réponses. Afin de se concentrer sur les croisements de variables les plus déterminants, ces modalités ne figureront pas dans les prochaines analyses.

Au-delà de la principale difficulté des patients pour consulter un médecin généraliste, nous avons également souhaité connaître la seconde difficulté évoquée par les personnes interrogées. Le graphique ci-dessous (Figure 47, p. 145) regroupe l'ensemble des difficultés citées parmi les 29%

[34] Enquête téléphonique réalisée par l'IFOP auprès de 502 Franciliens en juillet 2010 et publiée en décembre 2011 : http://www.urps-med-idf.org/publication/index.asp

[35] Enquête en ligne réalisée par Harris Interactive du 18 au 28 novembre 2011 auprès d'un échantillon de 1002 individus représentatifs de la population d'Île-de-France âgée de 18 ans et plus : http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Premier-Forum-Sante-Citoyen-en.126475.0.html

de patients ayant rencontré des problèmes pour consulter un généraliste. Ainsi, la principale difficulté concerne toujours les horaires de consultation ou le temps d'attente en cabinet : 70% des personnes interrogées ont cité cet obstacle, suivi de la disponibilité du médecin pour obtenir un rendez-vous (33%), des difficultés financières (17%), du trajet pour se rendre au cabinet (17%) et du confort ou environnement du cabinet (10%).

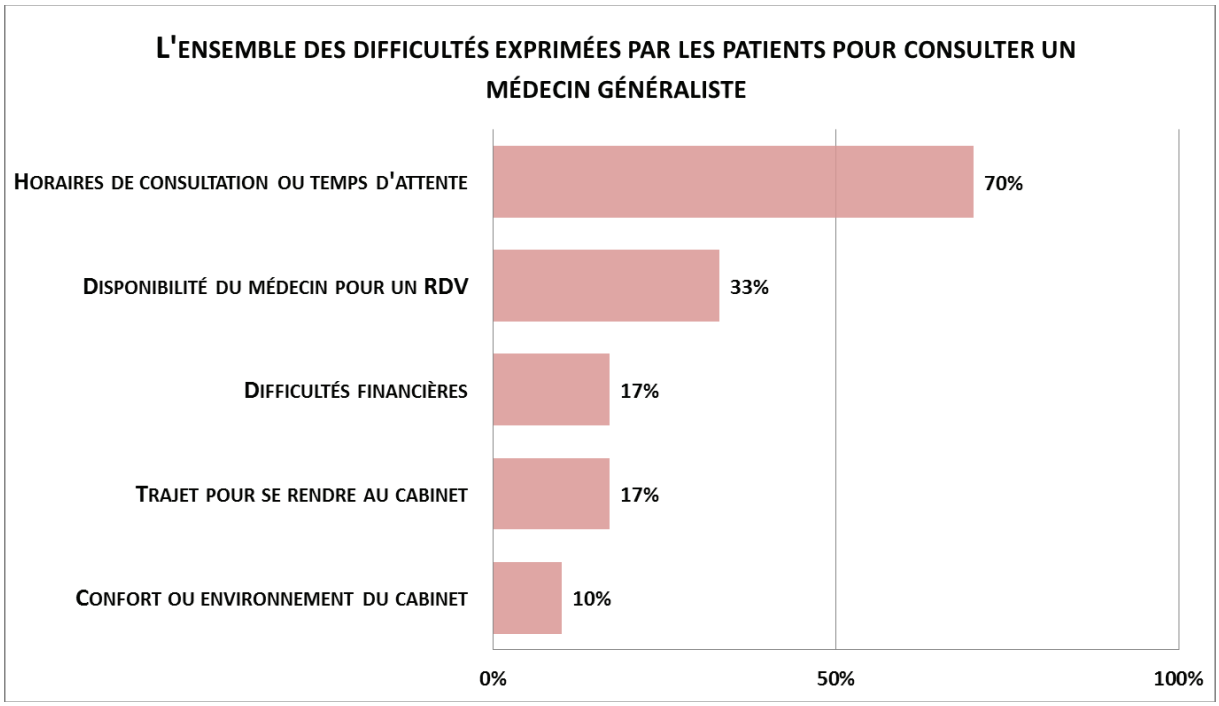


Figure 47 : L'ensemble des difficultés des patients pour consulter un médecin généraliste.

Ainsi, le cumul des première et seconde difficultés évoquées par les patients renforce l'importance des problèmes liés aux horaires de consultation ou au temps d'attente : il ne s'agit donc pas d'un obstacle marginal.

- *Les difficultés d'accès aux consultations des médecins généralistes varient-elles selon le type de territoire considéré ?*

Il existe des disparités interdépartementales concernant les difficultés pour consulter un médecin généraliste (Figure 48, p. 146). L'Aude et le Gard sont les départements où la population a le moins de difficultés pour consulter un généraliste, avec respectivement 80% et 75% d'absence de difficultés pour les patients, contrairement au département de la Lozère où 41% de la population rencontre des obstacles. Les deux principales difficultés des Lozériens sont le temps d'attente en salle d'attente et le trajet pour se rendre chez leur généraliste, mais ces résultats sont à relativiser car les Lozériens représentent 2,9% de la population du Languedoc-Roussillon, donc seulement 29 individus ont été interrogés. Les données concernant la Lozère ne sont pas

suffisantes pour être significatives mais constituent une piste à explorer pour identifier une estimation ou une tendance (l'ensemble des tables des tests Khi-carré de Pearson sont en Annexe A, page 404). Les difficultés d'accès aux médecins généralistes selon le département ne mettent pas en évidence de dépendance selon le test du Khi-carré de Pearson.

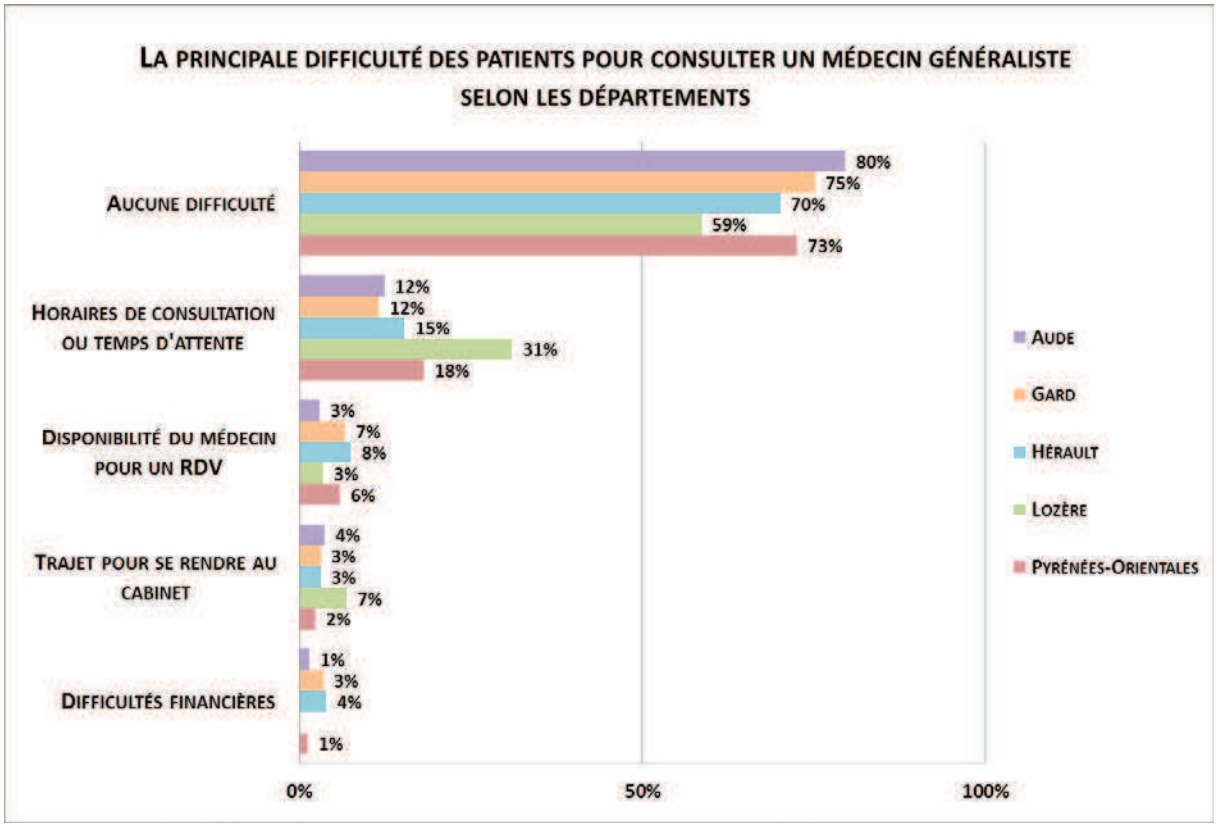


Figure 48 : La principale difficulté des patients pour consulter un médecin généraliste selon les départements.

Des inégalités sont également observées selon le type d'espace considéré (Figure 49, p. 147) : les moyens et petits pôles sont ceux ayant le moins de difficultés pour consulter un généraliste (80%), suivis des grands pôles (74%) et de leurs couronnes (72%). Les habitants des autres communes multipolarisées ou isolées sont 35% à rencontrer des obstacles pour consulter, notamment concernant le temps d'attente (20%) et le trajet pour se rendre chez le médecin (8%). Par ailleurs, le manque de disponibilité du médecin pour obtenir un rendez-vous est un obstacle prépondérant pour la population résidant dans les grands pôles urbains.

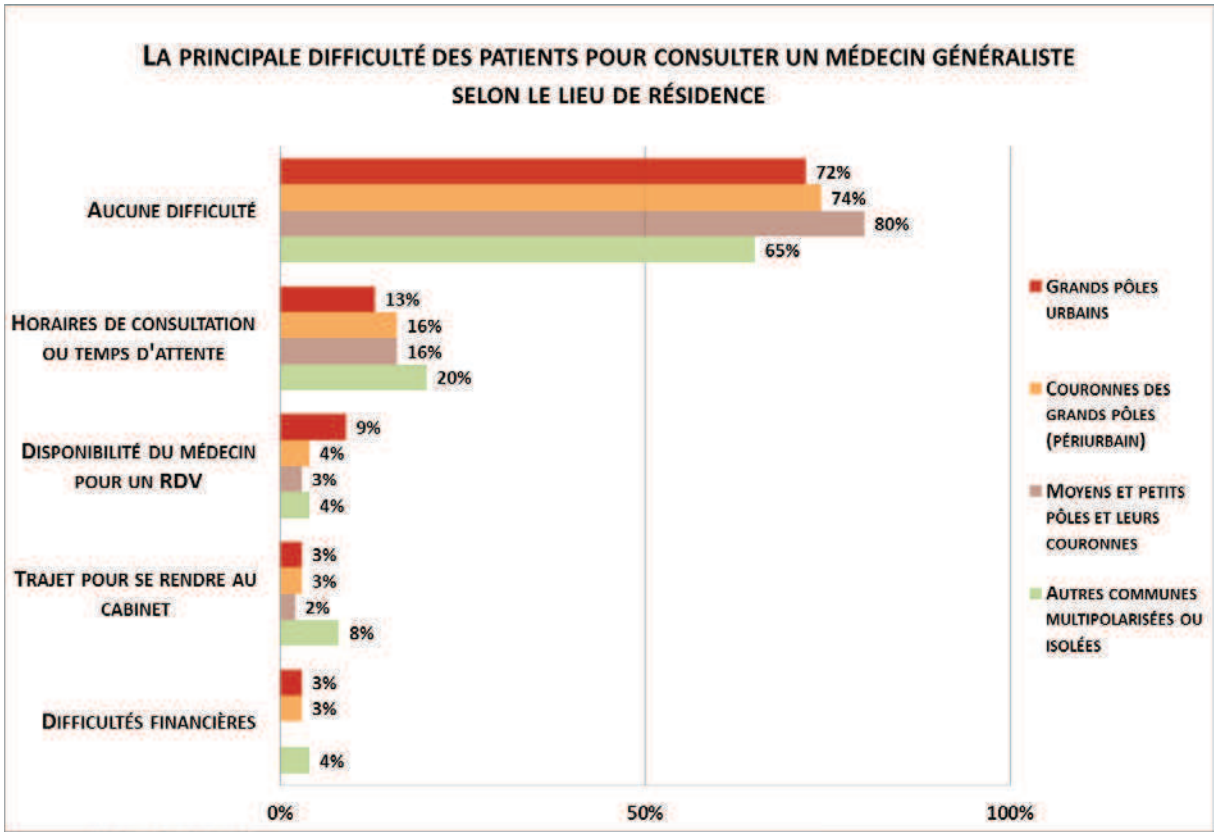


Figure 49 : La principale difficulté pour consulter un médecin généraliste selon les territoires.

- *Les difficultés d'accès aux consultations des médecins généralistes varient-elles selon les caractéristiques sociodémographiques de la population ?*

Notre échantillon ne révèle pas de dépendance entre les difficultés pour consulter un médecin généraliste et le sexe des patients (p-value de 37%). En revanche, l'une des relations les plus marquantes concerne l'âge et les difficultés d'accès aux consultations. En effet, les difficultés d'accès diminuent progressivement lorsque l'âge des patients augmente : ainsi, 92% des 75 ans et plus n'ont aucune difficulté contre seulement 56% des 18 à 24 ans (Figure 50, p. 148). Parallèlement, les difficultés liées aux horaires de consultation ou au temps d'attente en cabinet diminuent progressivement avec l'âge du patient. L'enquête ne permet pas d'expliquer de telles différences mais ces résultats n'ont pas étonné les médecins libéraux de l'URPS du Languedoc-Roussillon qui constatent au quotidien que les patients issus des générations les plus jeunes sont ceux qui sont les plus impatients vis-à-vis de l'attente en cabinet. De même, l'enquête de l'URPS ML Ile-de-France[36] révèle que la variable la plus discriminante concernant les difficultés d'accès aux soins est l'âge. En Ile-de-France, les attentes et les sensibilités des personnes âgées de moins et de plus de 35 ans diffèrent et influencent leur degré de satisfaction. En effet, les moins de 35 ans

[36] Enquête téléphonique réalisée par l'IFOP auprès de 502 Franciliens en juillet 2010 et publiée en décembre 2011 : http://www.urps-med-idf.org/publication/index.asp

sont plus insatisfaits vis-à-vis du respect des horaires de rendez-vous (+5%), tandis que les plus de 35 ans sont plus insatisfaits du temps de trajet (+20%) ainsi que des délais de rendez-vous (+5%) et des horaires de présence de leur médecin généraliste ou spécialiste (+5%).

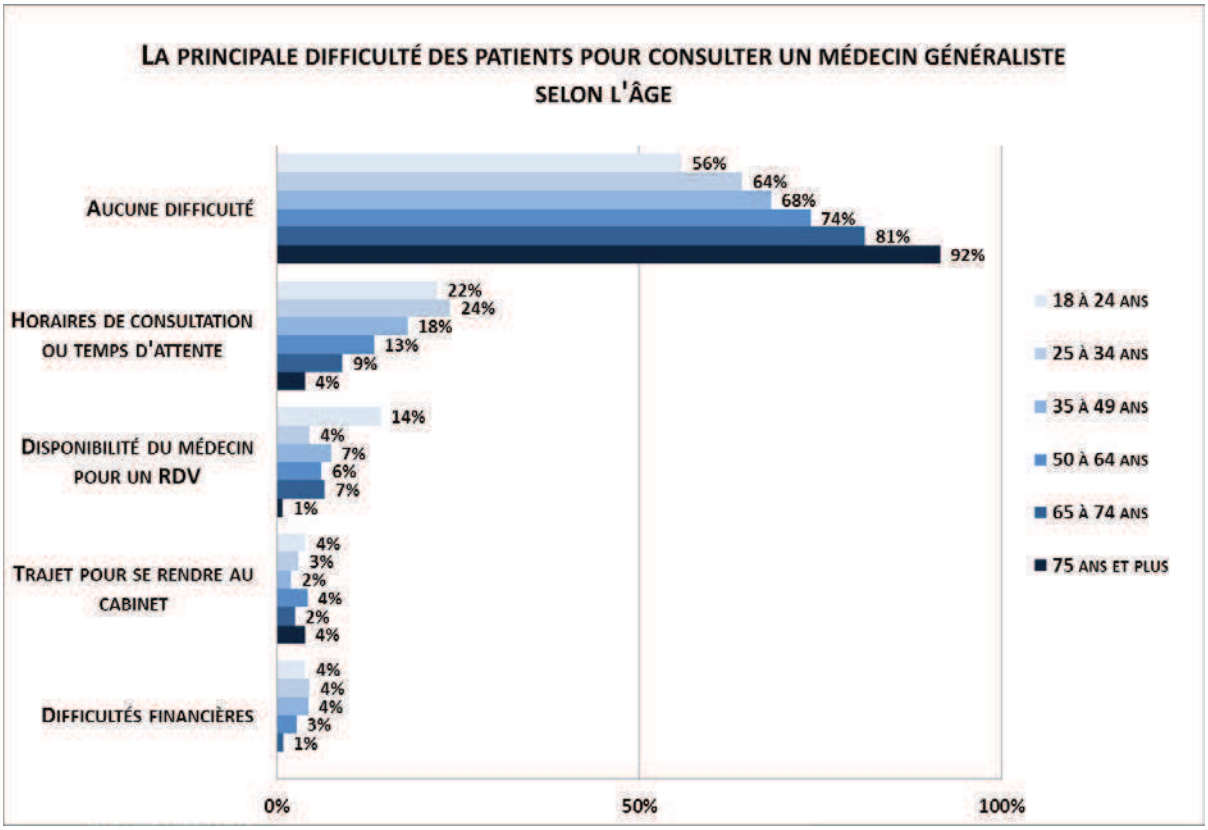


Figure 50 : La principale difficulté des patients pour consulter un médecin généraliste selon l'âge.

On observe également une relation remarquable entre la catégorie Socioprofessionnelle (CSP) des personnes interrogées et leurs difficultés d'accès aux consultations (voir Figure 51, p. 149). Les retraités sont ceux qui ont le moins de difficultés (85%) notamment concernant le temps d'attente en cabinet (7%) vis-à-vis des autres CSP. Les chiffres semblent préoccupants pour les agriculteurs puisque 46% d'entre eux ont des difficultés pour consulter (notamment liées aux temps d'attente). Ces résultats doivent être confirmés par une étude complémentaire, car l'effectif interrogé concerne seulement 13 individus.

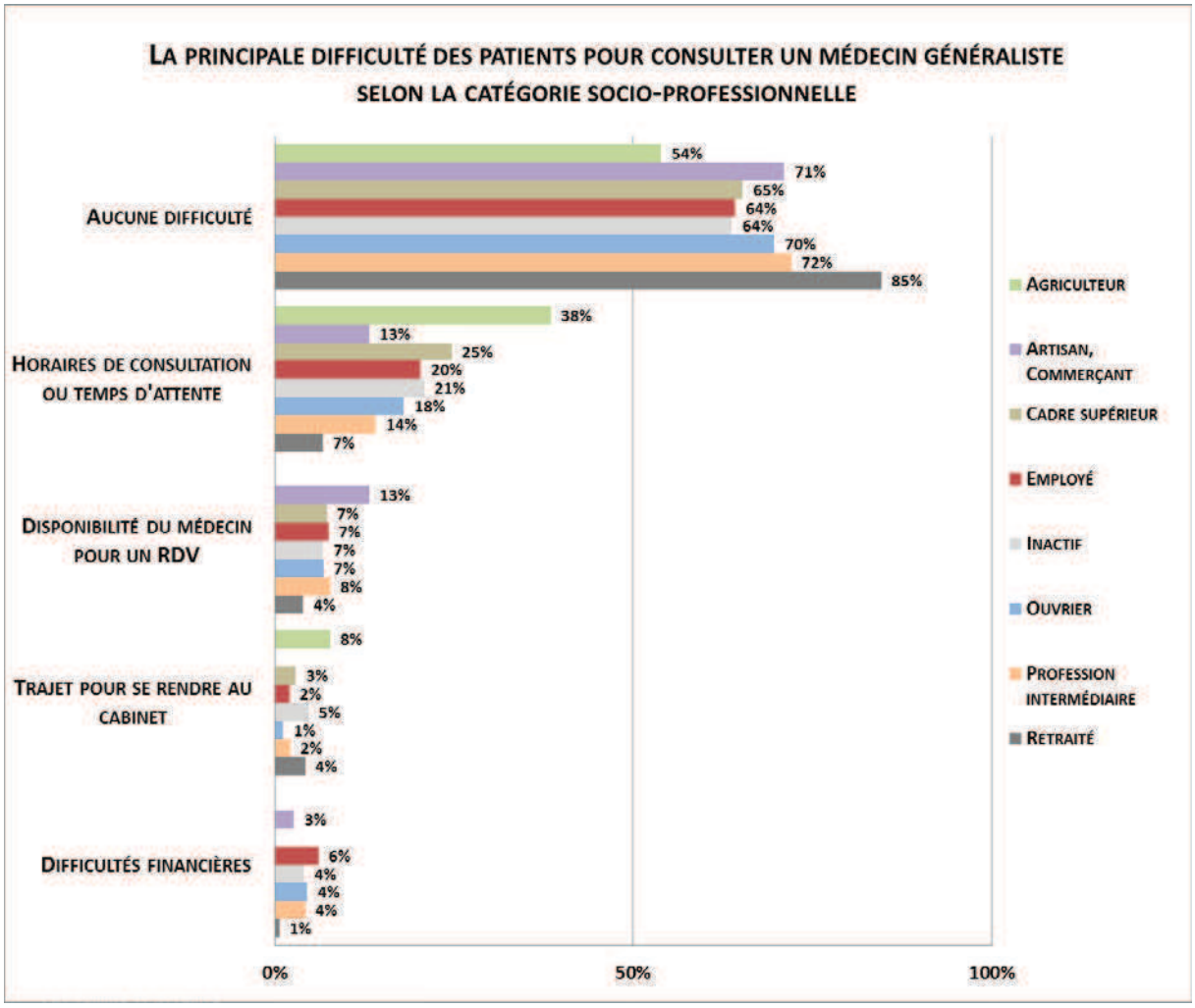


Figure 51 : La principale difficulté des patients pour consulter un médecin généraliste selon la catégorie socioprofessionnelle.

Une dépendance entre les revenus du foyer et les difficultés d'accès aux consultations est également mise en avant par l'enquête. Les foyers les plus aisés sont ceux dont les difficultés sont les plus faibles : 78% pour les foyers dont les revenus sont supérieurs à 4 500€ et 76% pour ceux compris entre 3 001 et 4 500€ (voir Figure 52, p. 150). Cependant, les écarts entre les classes sont faibles : le revenu n'est donc pas une variable appropriée pour discriminer les difficultés perçues de l'accès aux soins. Les contributions du Khi-carré de Pearson montrent une relation entre les difficultés financières et les revenus inférieurs à 1 000€, cependant l'effectif n'est que de 14 individus.

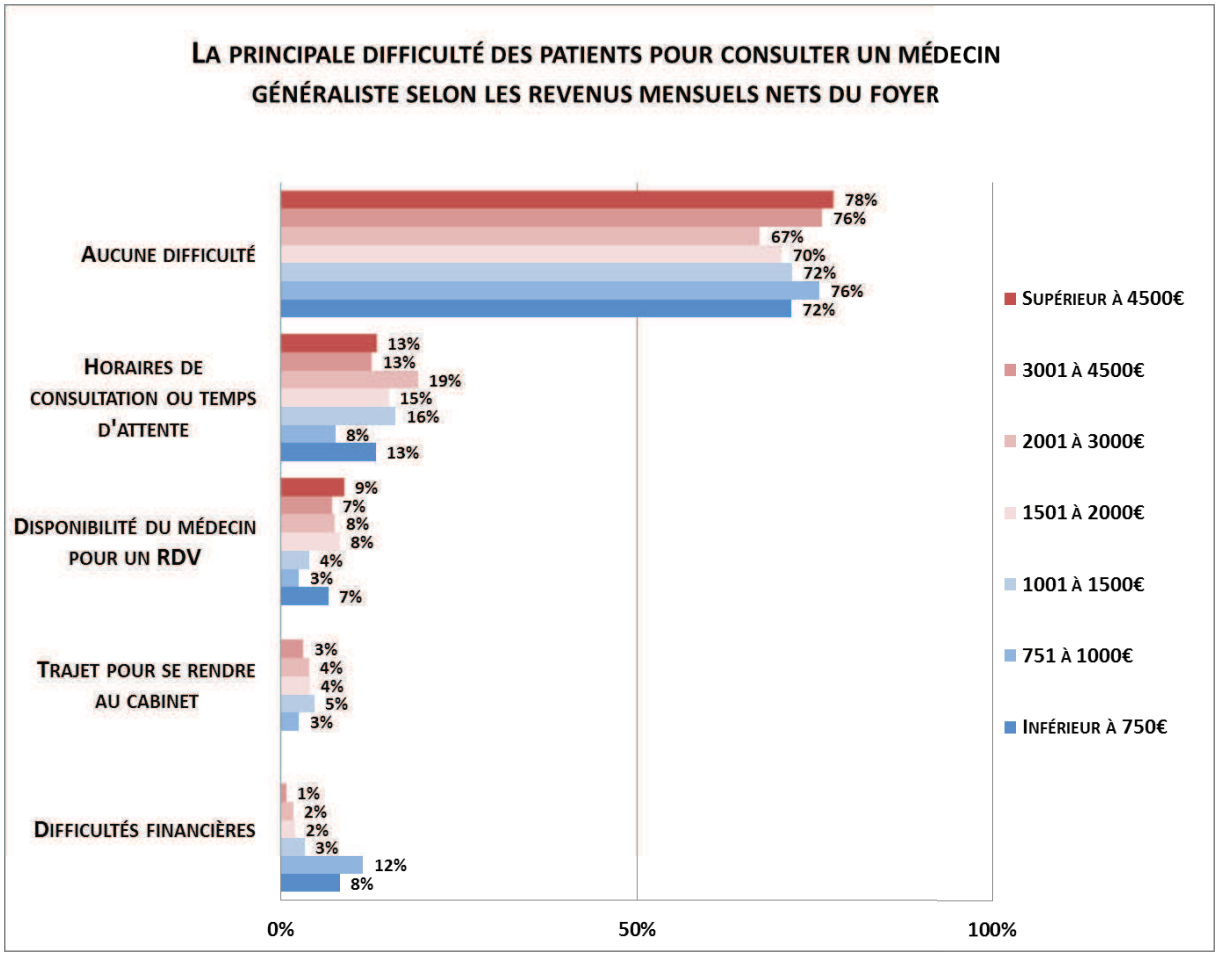


Figure 52 : La principale difficulté des patients pour consulter un médecin généraliste selon les revenus mensuels nets du foyer.

Dans cette étude, 15,4% des personnes interrogées bénéficient de la CMU. Cette information est à utiliser avec précaution car bien souvent les individus ne savent pas s'ils bénéficient ou non de la CMU et s'il s'agit de la CMU ou de la CMU-C (Couverture Maladie Universelle Complémentaire). La CMU de base permet à toute personne résidant en France de façon stable et régulière et ne pouvant relever à aucun autre titre d'une couverture maladie, de bénéficier de la sécurité sociale. Elle vise à faire disparaître les difficultés que rencontrent de nombreuses personnes dans l'accès à la prévention et aux soins[37]. Ainsi, si une personne n'est couverte par aucun autre régime d'assurance maladie, elle peut bénéficier de la CMU de base même si elle dispose de revenus importants (une cotisation de 8% est alors demandée) mais pas de la CMU-C accordée sur critères de ressources. La CMU-C correspond à une protection supplémentaire, telle une mutuelle dont le plafond des ressources est de 8 593 € pour une personne seule. Bien que l'on observe un écart de 9% entre les patients bénéficiant de la CMU et

[37] Définition de l'Assurance Maladie, consultée le 30 juin 2013 sur : http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/cmu-et-complementaires-sante/cmu-de-base-une-assurance-maladie-pour-tous/objectif-l-acces-a-l-8217-assurance-maladie.php

les autres, concernant l'absence de difficultés pour consulter un généraliste, cette relation n'est pas significative (p-value de 13%) (voir Figure 53, p. 151).

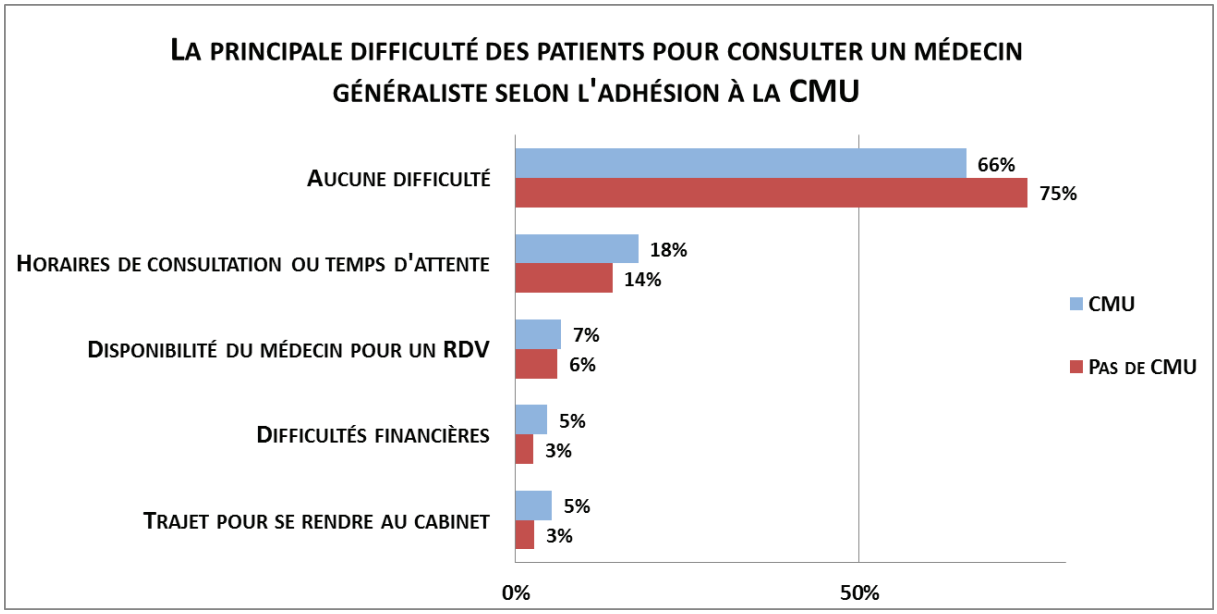


Figure 53 : La principale difficulté des patients pour consulter un généraliste suivant la CMU.

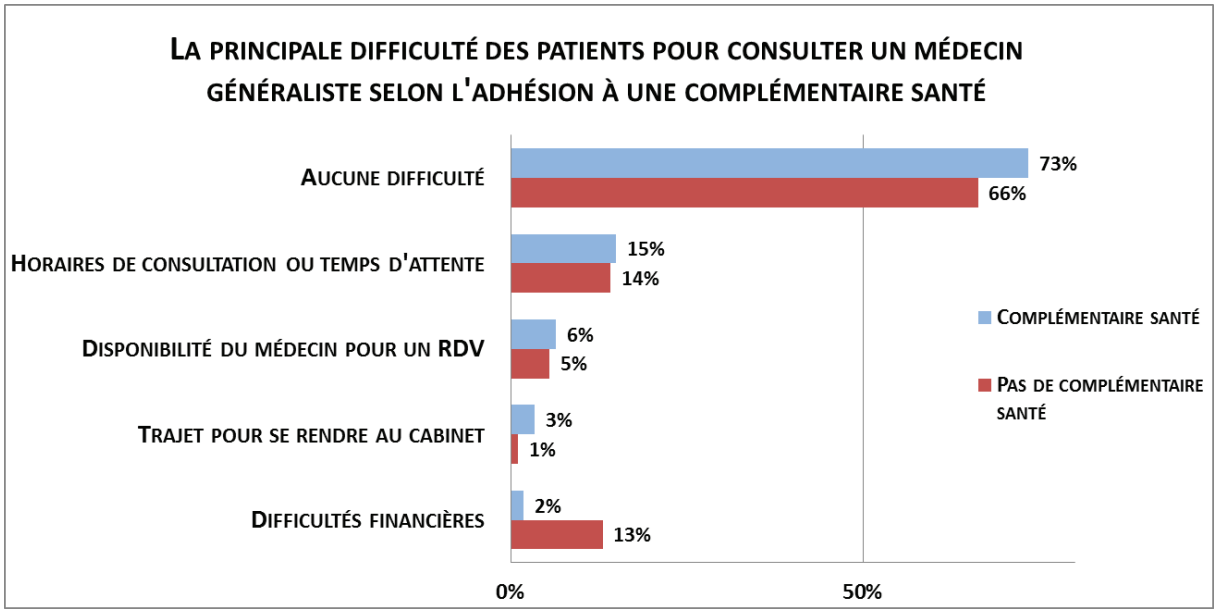


Figure 54 : La principale difficulté des patients pour consulter un médecin généraliste suivant la complémentaire santé.

En revanche, la relation entre les personnes bénéficiant ou non de la complémentaire santé et les difficultés d'accès aux généralistes est très significative (voir Figure 54, p. 151). Les personnes n'ayant pas de complémentaire santé (9,6% de l'échantillon), sont 33% a rencontrer des obstacles pour consulter contre 27% pour ceux bénéficiant d'une mutuelle. La relation semble

particulièrement forte entre les patients ayant des difficultés financières et ceux n'ayant pas de complémentaire (12 individus).

- *L'attente en cabinet : une difficulté majeure*

La question liée aux principales difficultés pour consulter un médecin généraliste comprend une modalité qui dispose de deux éléments « *des horaires de consultation inadéquats ou une attente trop longue en cabinet* ». Etant donné que cette modalité correspond à la principale difficulté des patients pour consulter un généraliste, il est important de connaître le principal obstacle entre le temps d'attente et les horaires d'ouverture du cabinet. Nous voyons sur le graphique Figure 55, p. 152) que l'insatisfaction des patients provient davantage du temps d'attente en salle d'attente (28%) que des horaires d'ouverture du cabinet (4%). De même, la part des personnes pensant que l'attente est « *Tout-à-fait satisfaisante* » n'est que de 33% contre 64% en ce qui concerne les horaires d'ouverture du cabinet.

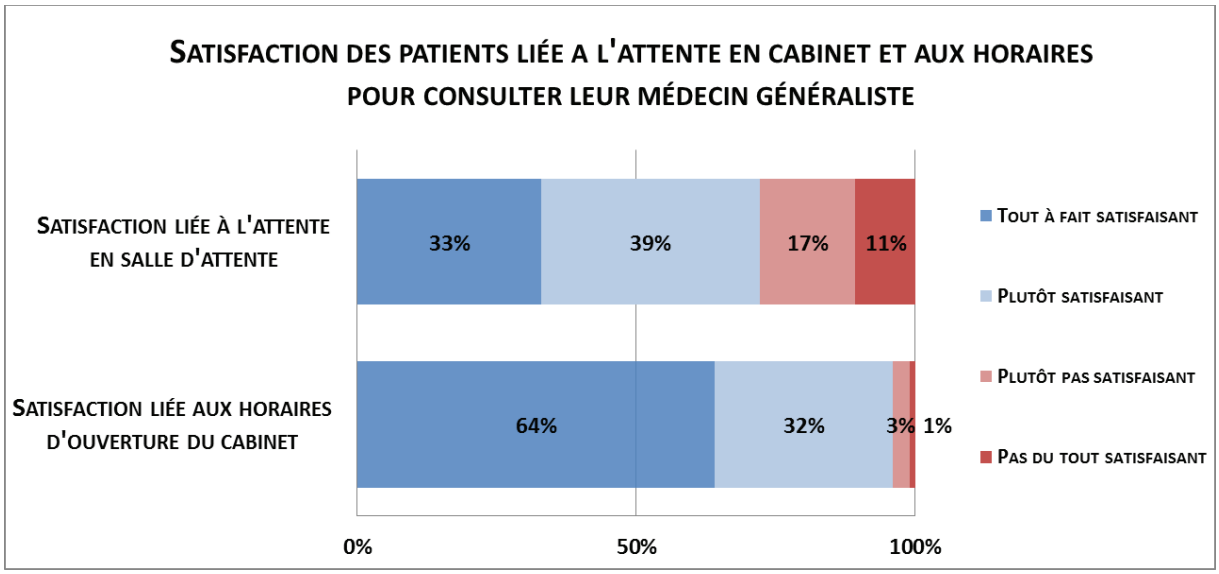


Figure 55 : La satisfaction des patients liée à l'attente en salle d'attente et aux horaires d'ouverture du cabinet pour consulter leur médecin généraliste.

De même, si on regarde la satisfaction des 15% de personnes ayant des difficultés concernant « *des horaires de consultation inadéquats ou une attente trop longue en cabinet* » (voir Figure 46, p. 143) : 62% ne sont pas satisfaites du temps d'attente en cabinet contre 12% concernant les horaires d'ouverture du cabinet. Cette précision nous permet donc d'observer que la principale difficulté des patients pour consulter un médecin généraliste est le temps d'attente en cabinet. Par ailleurs, cette étude ne met pas en évidence de dépendance entre la satisfaction liée au temps d'attente et le lieu de résidence des patients (p-value de 78%).

Nous avons souhaité savoir s'il existe une relation entre l'insatisfaction liée à l'attente et l'organisation du cabinet pour une consultation. Parmi les personnes interrogées, 11% ont déclaré que leur médecin ne fonctionne pas sur rendez-vous pour obtenir une consultation, 50% ont la possibilité de consulter sur rendez-vous à des créneaux horaires précis et enfin 40% peuvent consulter leur médecin sur rendez-vous à tout moment de la semaine (voir Figure 56, p. 153).

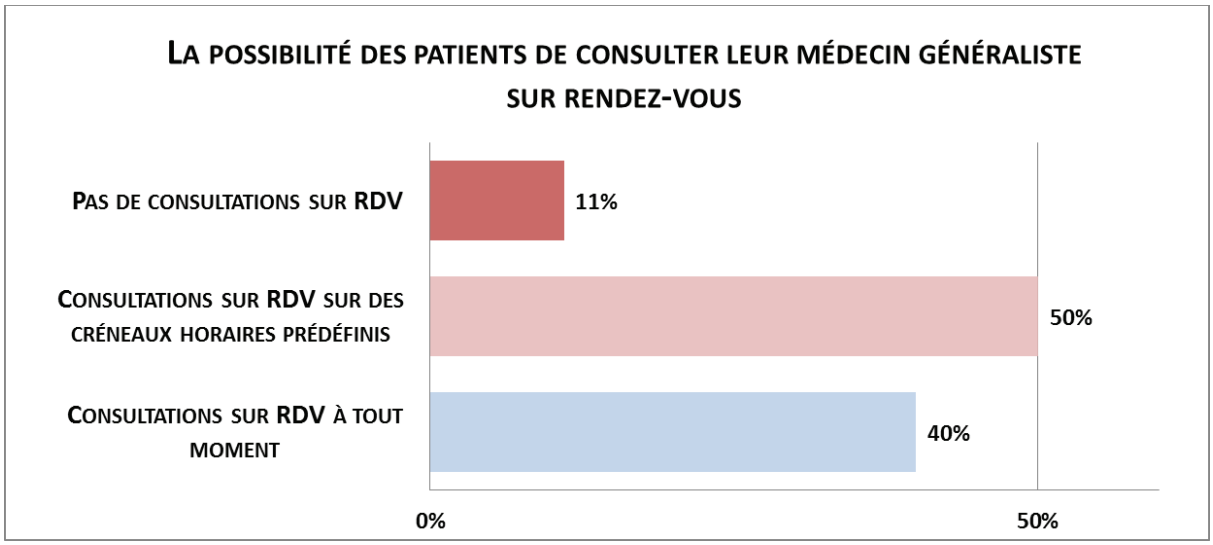


Figure 56 : La possibilité des patients de consulter leur médecin généraliste sur rendez-vous.

Ces modes d'organisation du cabinet médical rencontrent divers degré de satisfaction chez les patients (Figure 57, p. 153).

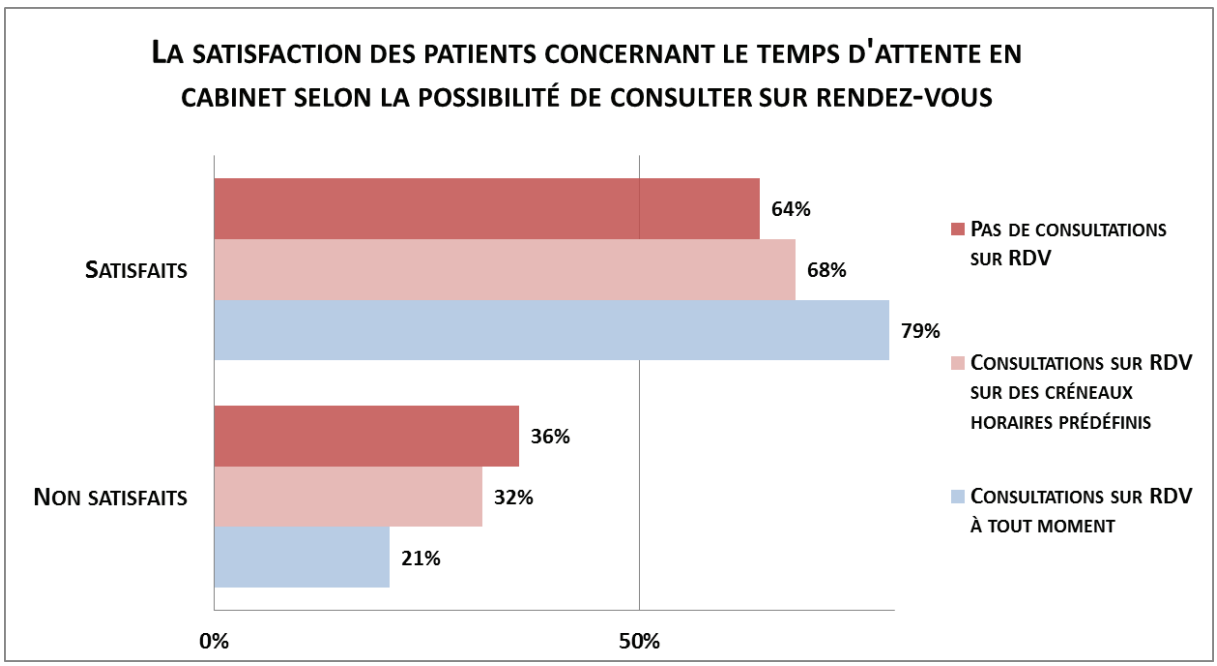


Figure 57 : La satisfaction des patients concernant le temps d'attente en cabinet selon la possibilité d'obtenir une consultation sur rendez-vous.

L'insatisfaction liée au temps d'attente en cabinet est plus forte chez les patients ne pouvant prendre un rendez-vous (36%). A l'inverse, les patients sont davantage satisfaits s'ils peuvent prendre des rendez-vous à tout moment (79%). Ainsi, l'enquête montre que l'une des solutions pour améliorer la satisfaction liée au temps d'attente et donc pour diminuer cette difficulté serait de proposer des rendez-vous à tout moment de la semaine. Mais une telle organisation nécessite la présence d'un secrétariat téléphonique, une dépense que certains médecins ne peuvent effectuer.

De même, au-delà de la satisfaction, la possibilité de prendre des rendez-vous engendre différents degrés de difficulté pour consulter un médecin généraliste : si le généraliste ne propose aucune consultation sur rendez-vous, 21% des patients ont des difficultés liées au temps d'attente en cabinet et 19% pour les patients pouvant prendre des rendez-vous sur des créneaux horaires prédéfinis, contre seulement 8% pour ceux pouvant obtenir une consultation sur rendez-vous à tout moment (voir Figure 58, p. 154).

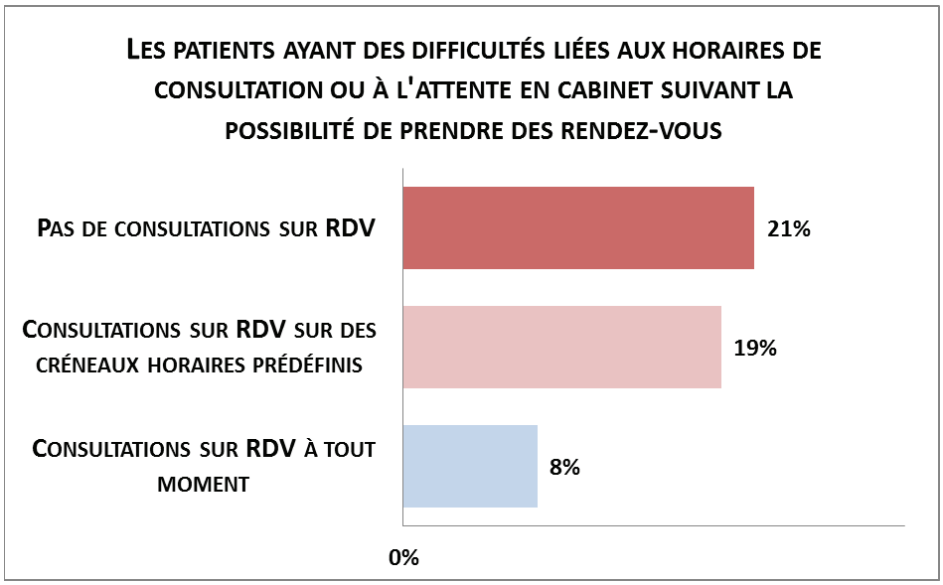


Figure 58 : Les patients ayant des difficultés liées aux horaires de consultation ou à l'attente en cabinet suivant la possibilité de prendre des rendez-vous.

- *La disponibilité du médecin : une insatisfaction liée au système de garde*

La seconde difficulté des patients pour consulter un médecin généraliste est « *le manque de disponibilité du médecin pour obtenir un rendez-vous* » (voir Figure 46, p. 143), elle concerne 6% des personnes interrogées. Afin de mieux interpréter ce chiffre, il est intéressant de regarder la satisfaction des patients concernant les délais de prise en charge pour obtenir une consultation. Seulement 6% des personnes interrogées ne sont pas satisfaites des délais de prise en charge dans le cas d'une situation non-urgente et 10% dans une situation urgente (voir Figure 59, p. 155). De

même, 91% des patients sont satisfaits de la possibilité de contacter leur médecin généraliste par téléphone.

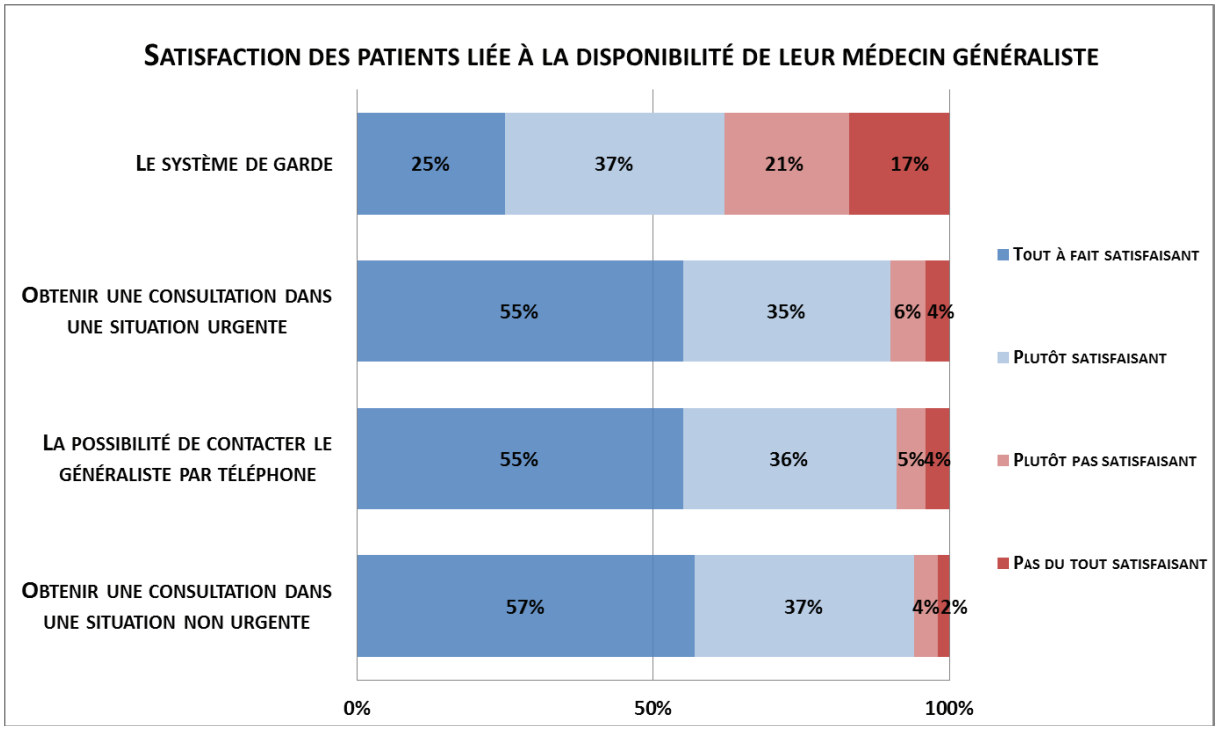


Figure 59 : La satisfaction des patients liée à la disponibilité de leur médecin généraliste.

En revanche, 38% des personnes enquêtées ne sont pas satisfaites de la réponse apportée par le système de garde en cas d'urgence. Cette insatisfaction augmente progressivement des grands pôles urbains (34%) vers les communes rurales isolées (49%) (Figure 60, p. 155).

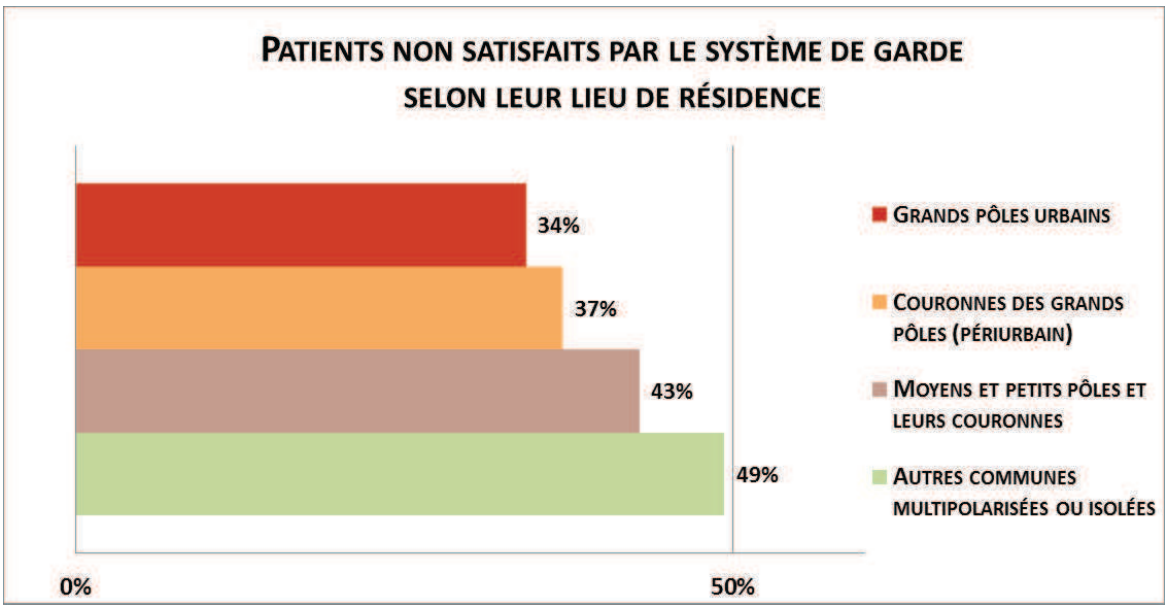


Figure 60 : Les patients non satisfaits par le système de garde selon leur lieu de résidence.

S. Gentille, R. Sambuc *et al.* (2004) ont également utilisé la méthodologie de l'enquête d'opinion pour recueillir et analyser les perceptions et les comportements des patients ayant eu recours au service des urgences de l'Hôpital Nord de Marseille. Les résultats montrent que la population concernée est plutôt féminine, jeune, défavorisée, mais elle consulte fréquemment le médecin généraliste et dispose d'une complémentaire santé et d'une mutuelle. Les modalités de recours aux soins diffèrent selon l'ouverture des cabinets médicaux des médecins généralistes. Dans la journée, lorsque leur médecin est indisponible, 88% des patients déclarent recourir à la médecine de ville. Cependant, en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux, près d'un quart des patients ont recours à un dispositif d'urgence. Le principal motif de ce recours est l'accès sans rendez-vous au plateau technique pour les traumatismes et les douleurs. L'étude révèle également que les patients manquent d'information concernant l'offre de soins en médecine libérale en dehors des heures ouvrables (système de garde).

Concernant la disponibilité du médecin généraliste, nous avons également souhaité savoir à quelle fréquence il effectue des visites à domicile. Ainsi, 62% des patients déclarent que leur médecin n'a jamais effectué de visites à leur domicile et seulement 6% reçoivent le médecin une fois par mois ou plus (voir Figure 61, p. 156). Ces résultats montrent que les visites au domicile deviennent marginales, les pratiques des patients et des médecins correspondent davantage à des consultations en cabinet. Ainsi, cette enquête privilégiant l'accès aux consultations, est bien en adéquation avec la réalité des pratiques des acteurs.

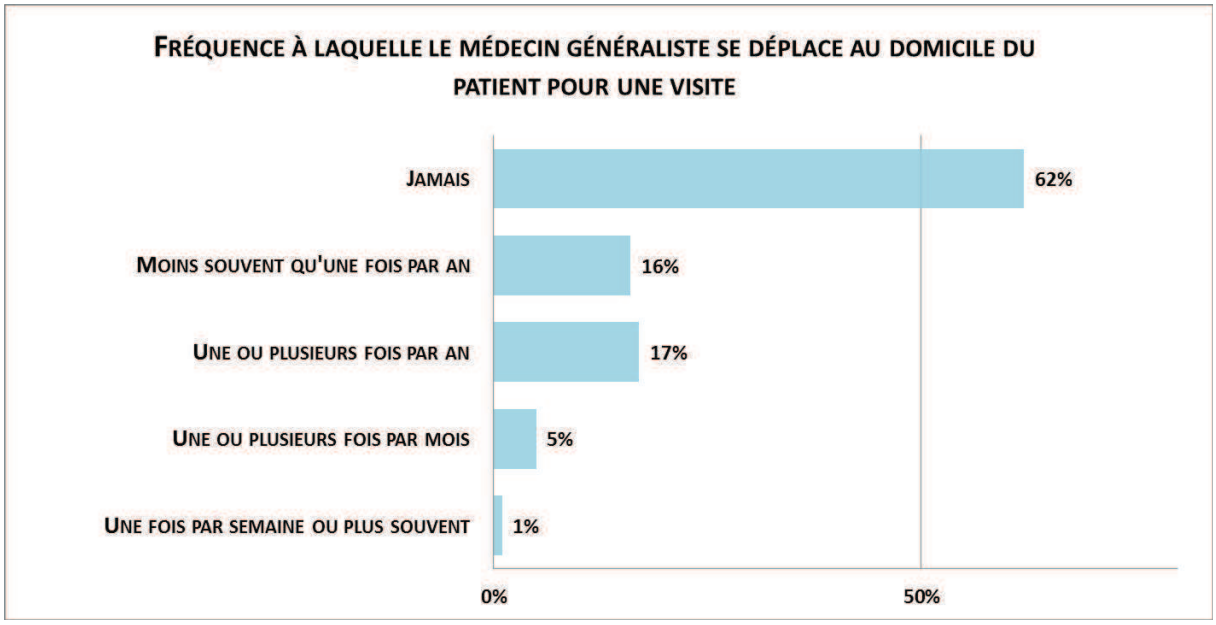


Figure 61 : Fréquence à laquelle le médecin généraliste se déplace au domicile du patient pour une visite.

- *Très peu de difficultés liées au trajet pour se rendre chez le médecin généraliste*

Le principal mode de transport utilisé pour se rendre chez le médecin généraliste est la voiture (61%), puis les patients se déplacent à pied (32%) et de façon plus anecdotique en transports en commun (3%) (voir Figure 62, p. 157).

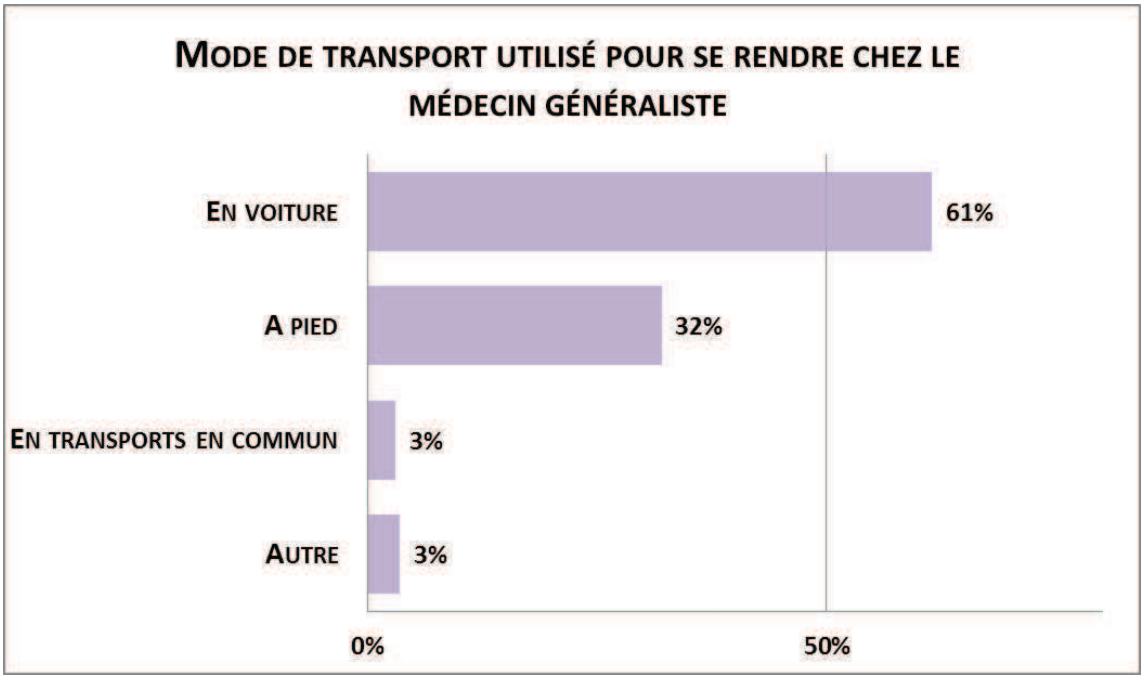


Figure 62 : Mode de transport utilisé pour se rendre chez le médecin généraliste.

Peu de différences sont observées suivant le lieu de résidence des patients (voir Figure 63, p. 158). La voiture représente 72% des déplacements pour les communes multipolarisées ou isolées et 60% pour les pôles urbains. Les trajets à pied sont effectués par 35% des patients résidant dans les grands pôles urbains et 28% dans les communes isolées. Les déplacements en transports en commun sont essentiellement dans les grands pôles urbains, c'est-à-dire là où l'offre est la plus importante.

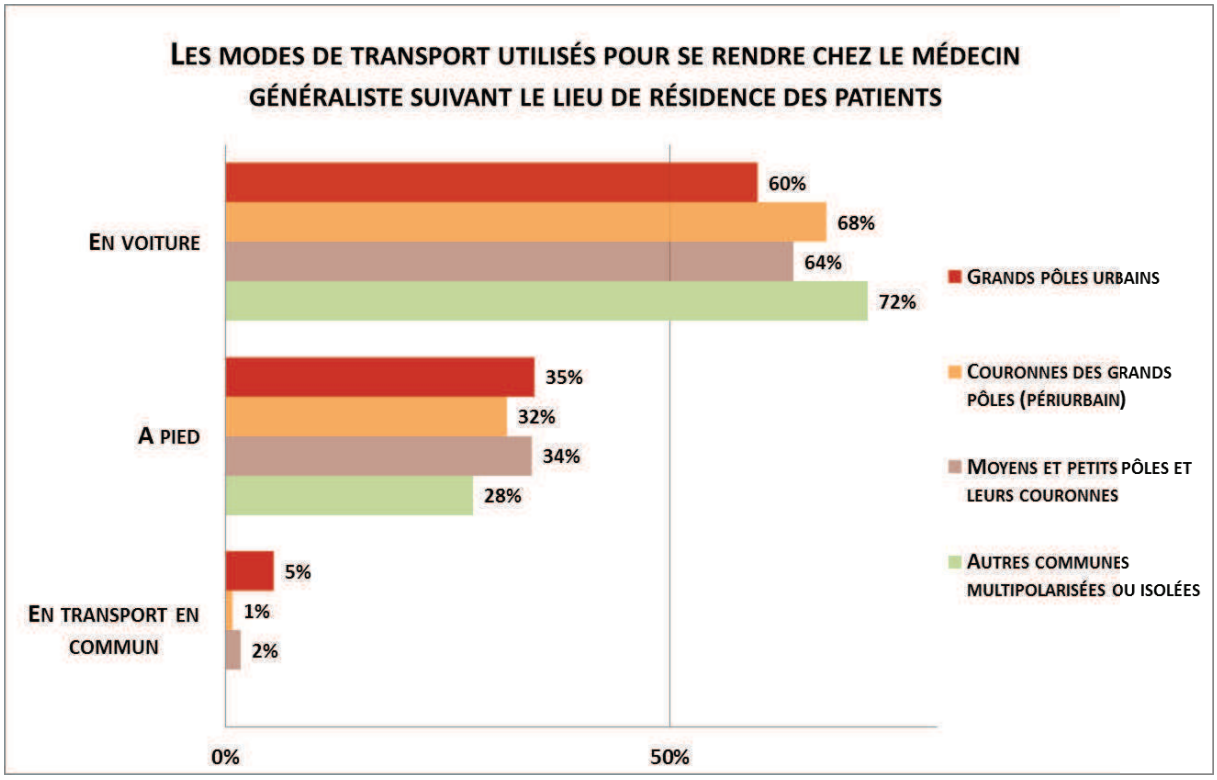


Figure 63 : Les modes de transport utilisés pour se rendre chez le médecin généraliste suivant le lieu de résidence des patients.

Dans l'ensemble, les personnes interrogées rencontrent peu de difficultés liées au trajet pour se rendre chez le médecin généraliste (voir Figure 64, p. 158).

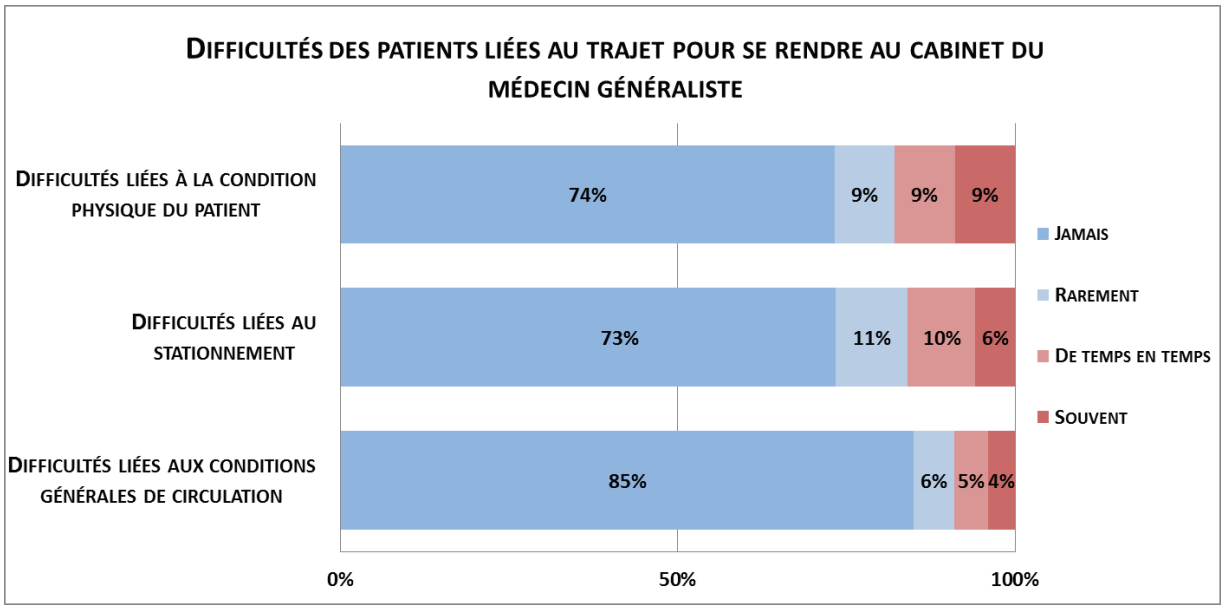


Figure 64 : Les difficultés des patients liées au trajet pour se rendre au cabinet du généraliste.

Ils sont 18% à avoir, de temps en temps à souvent, des difficultés liées à leur condition physique (essentiellement des personnes âgées de 75 ans et plus), 16% ont des difficultés liées au stationnement (quel que soit les territoires) et pour 9%, elles sont liées aux conditions générales de circulation (état des routes, météo, embouteillages, etc.) et ce, également sur tout type de communes.

Il est intéressant d'observer que près d'une personne sur deux en Languedoc-Roussillon se rend chez son médecin généraliste en moins de cinq minutes et près de 80% en moins de dix minutes (voir Figure 65, p. 159). Seulement 1% des patients effectue un trajet de plus de 30 minutes. Contrairement au temps de trajet effectué, l'histogramme du temps de trajet maximum semble bimodal avec un mode entre 10 et 15 minutes et un autre entre 25 et 30 minutes. Ainsi, en observant ces deux distributions, on constate que le temps de trajet maximum accepté est supérieur au temps de trajet effectué par la population. Si l'on effectue un test de comparaison de moyenne (test de Student), entre le temps de trajet réalisé (9,6) et le temps de trajet maximum accepté (18,7), on observe qu'il y a une différence significative et que le temps de trajet maximum est significativement supérieur (p-value de 0,0%) au temps de trajet effectué. Ces éléments montrent que le temps de trajet ne constitue pas une difficulté pour consulter le médecin généraliste.

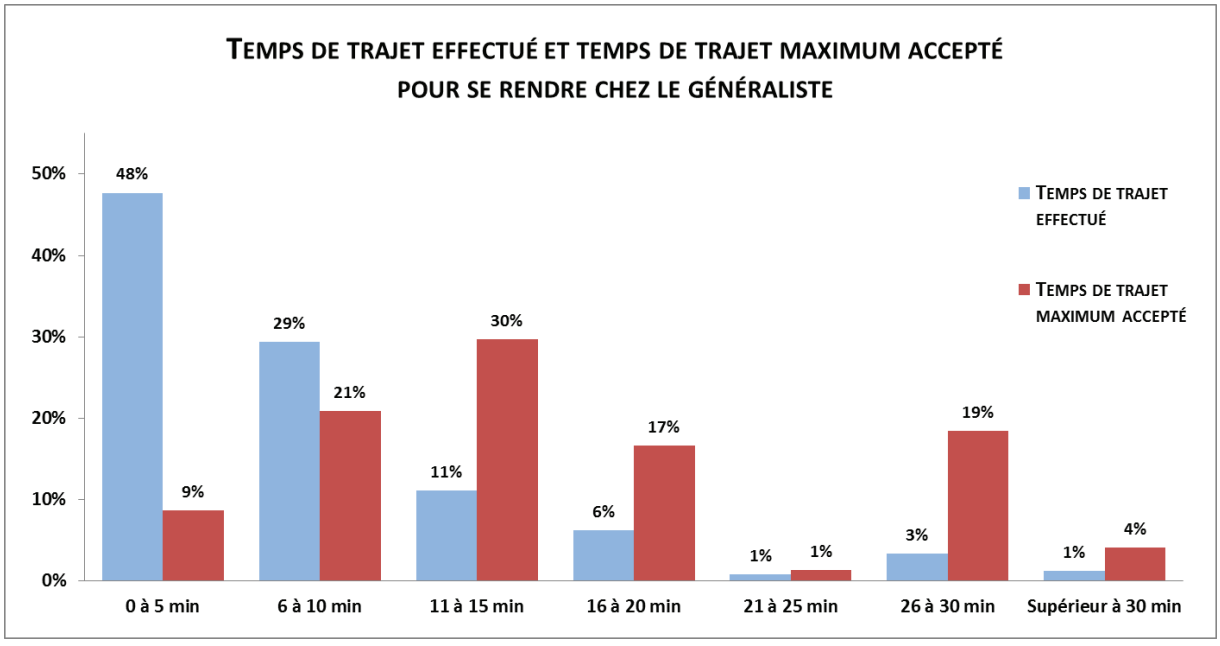


Figure 65 : Histogrammes du temps de trajet effectué et du temps de trajet maximum accepté pour se rendre chez le médecin généraliste.

Lorsque l'on réalise une analyse de variance à un facteur sur la variable quantitative du temps de trajet effectué en fonction de la variable qualitative du lieu de résidence des patients (ZAU), la p-value du test de Fisher est de 28%, ce qui ne met pas en évidence de différences significatives

pour le temps de trajet entre les classes. La comparaison des quatre histogrammes par ZAU montre également qu'il n'y a aucune distinction particulière entre les classes (voir Figure 66, p. 160).

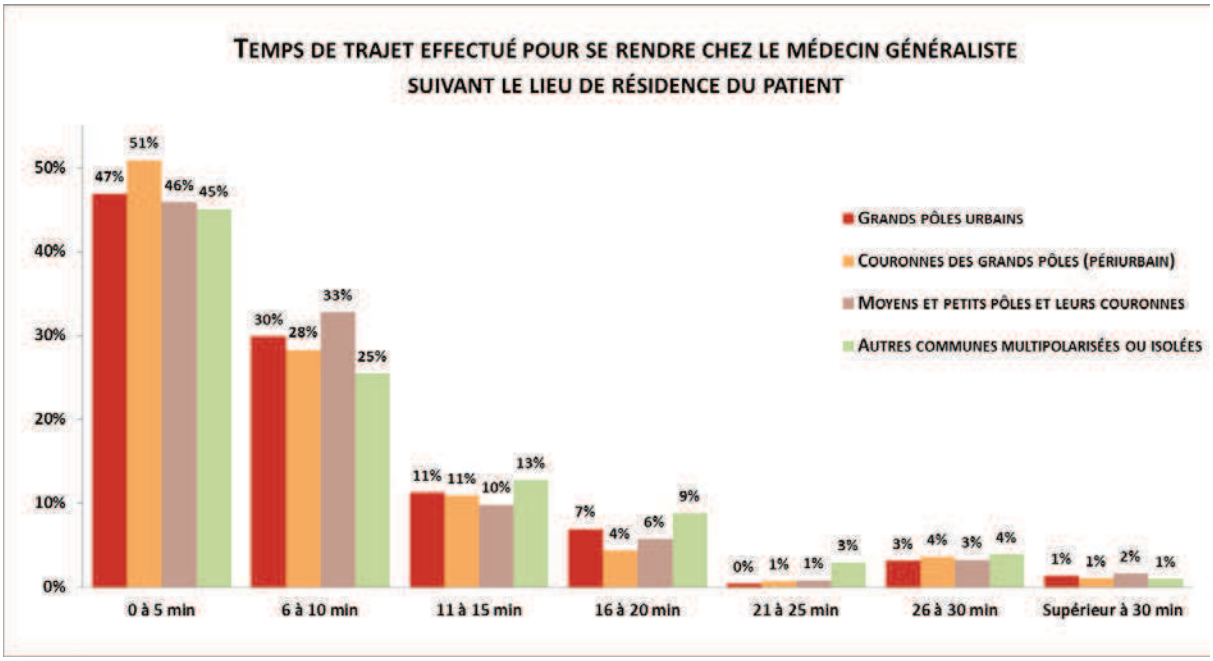


Figure 66 : Histogrammes des temps de trajet effectués pour se rendre chez le médecin généraliste suivant le lieu de résidence des patients.

De même, l'analyse de variance à un facteur sur la variable quantitative du temps de trajet maximum accepté en fonction de la variable qualitative du lieu de résidence des patients (ZAU), la p-value du test de Fisher est de 67%, ce qui ne met pas en évidence de différences significatives pour le temps de trajet entre les classes : cela est également visible sur les quatre histogrammes par ZAU (voir Figure 67, p. 161).

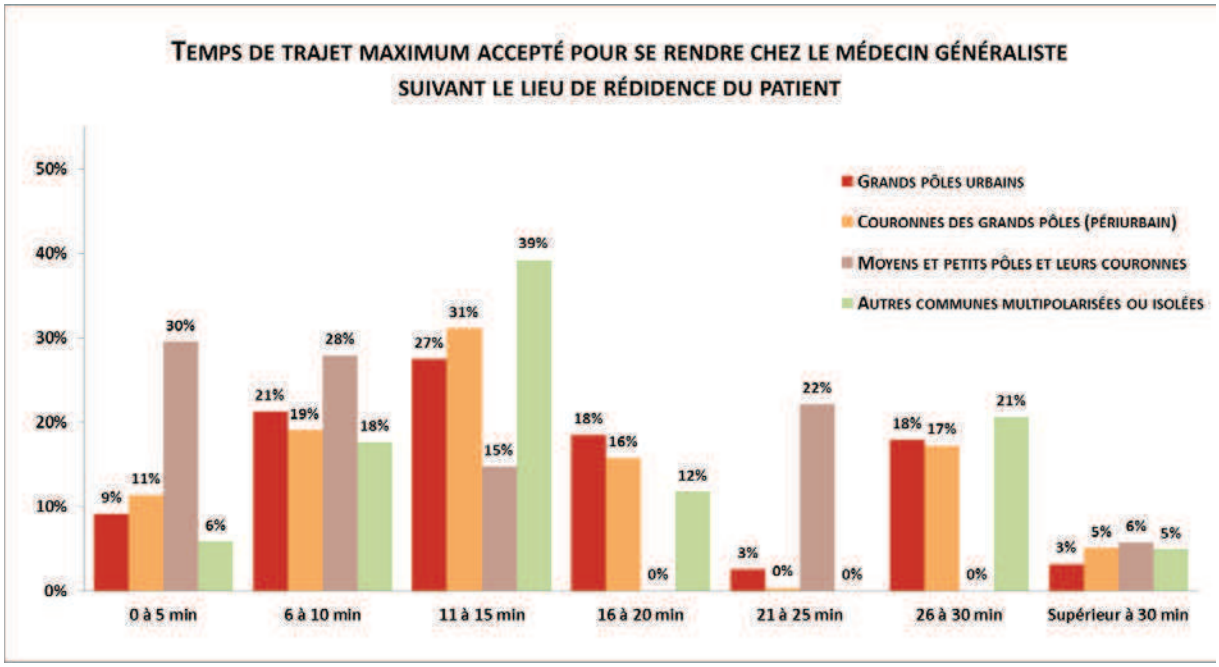


Figure 67 : Histogrammes des temps de trajet maximum accepté pour se rendre chez le médecin généraliste suivant le lieu de résidence des patients.

En Languedoc-Roussillon, le temps médian de trajet effectué pour consulter un généraliste est de 9 minutes et 15 minutes pour le temps de trajet maximum accepté par la population. Lorsque ces temps médians sont déclinés suivant le lieu de résidence des patients, l'hétérogénéité des territoires semble inexistante : le temps de trajet effectué est de 10 minutes pour la majorité des territoires et le temps de trajet maximum accepté est de 15 minutes pour tout type d'espace (voir Figure 68, p. 161).

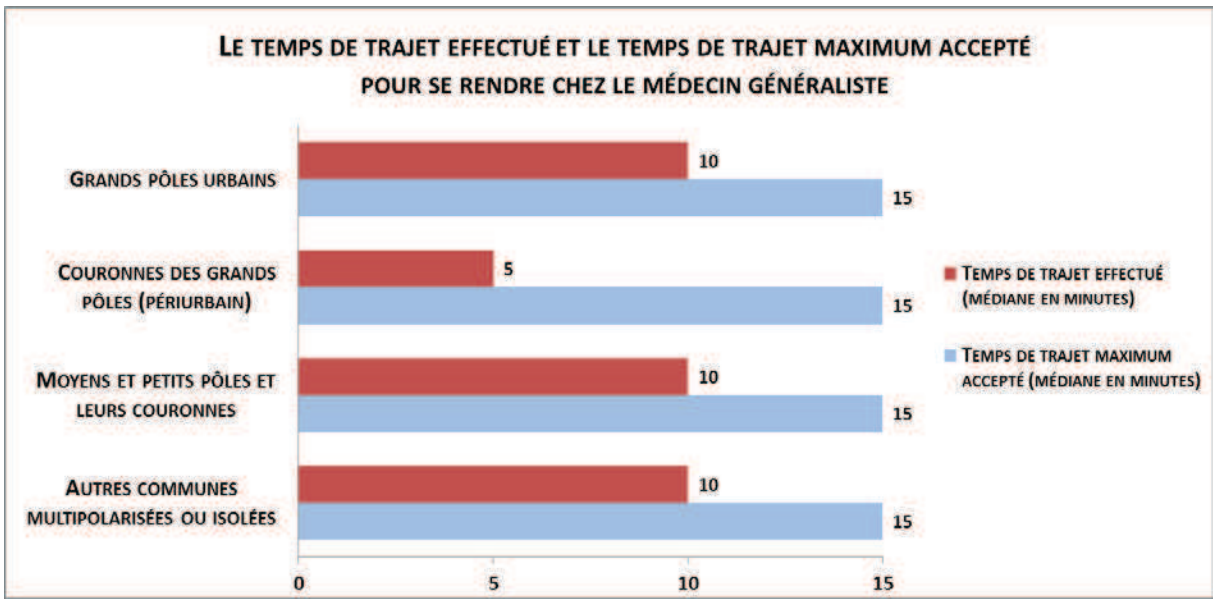


Figure 68 : Les temps médians concernant le trajet effectué et le trajet maximum accepté pour se rendre chez le médecin généraliste suivant le lieu de résidence des patients.

Notons également que la satisfaction de la population vis-à-vis du temps de trajet effectué pour se rendre chez leur médecin généraliste varie très peu suivant les territoires (voir Figure 69, p. 162). La relation entre ces deux variables n'est pas significative (p-value de 13%) et les 8% de personnes interrogées résidant dans les autres communes multipolarisées ou isolées non satisfaites de ce temps de trajet représentent seulement 8 individus.

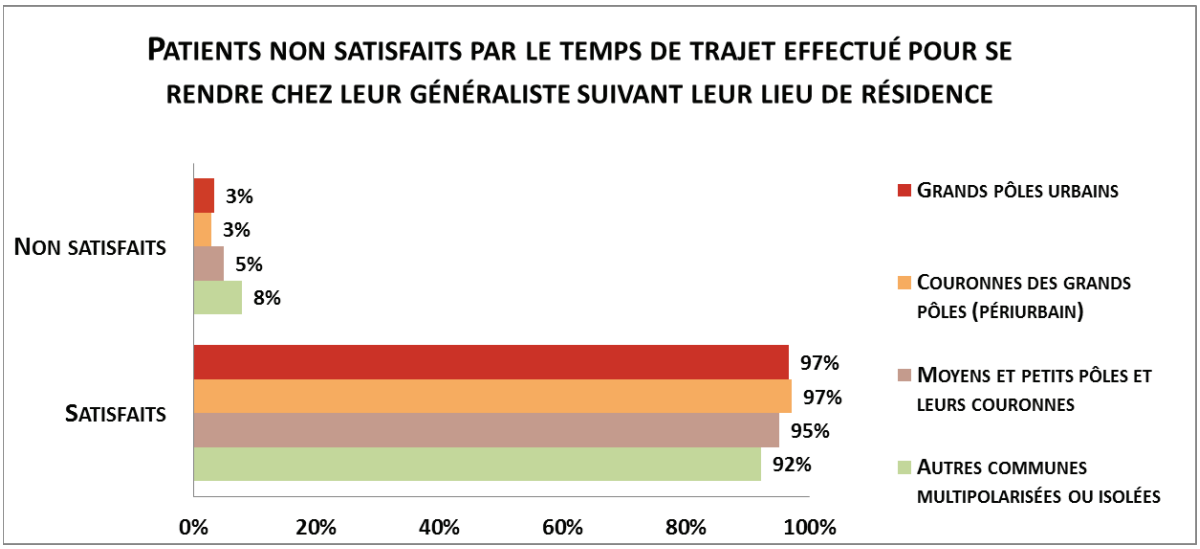


Figure 69 : Les patients non satisfaits par le temps de trajet effectué pour se rendre chez leur généraliste suivant leur lieu de résidence.

- *Des difficultés financières reliées aux caractéristiques sociodémographiques*

Seulement 3% des personnes interrogées ont mentionné que les difficultés financières constituent leur principal obstacle pour consulter un médecin généraliste (voir Figure 46, p. 143). Pour 11% des patients, cette difficulté renvoie au montant de la consultation et pour 16%, il s'agit de difficultés liées aux soins prescrits restant à la charge du patient (voir Figure 70, p. 162).

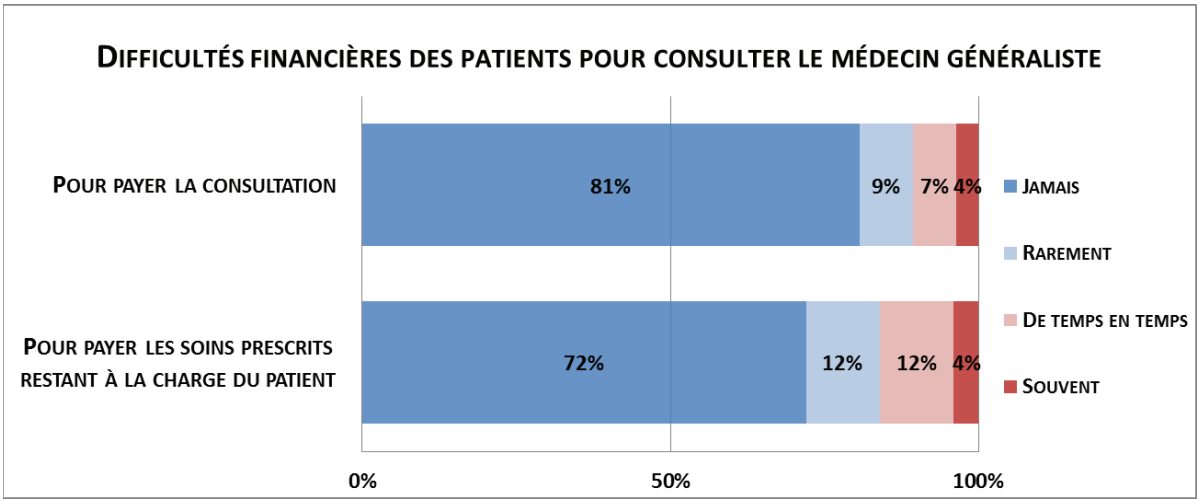


Figure 70 : Les difficultés financières des patients pour consulter un médecin généraliste.

Précisons que 97% des médecins généralistes en Languedoc-Roussillon sont en Secteur 1, ce qui signifie qu'ils ne pratiquent pas de dépassements d'honoraires[38]. La Caisse Nationale d'Assurance Maladie rembourse 70% du montant de la consultation qui est fixée à 23€ en Secteur 1, soit 16,1€. Ainsi, si un patient ne dispose pas de complémentaire santé, il doit avancer la somme de 23€ et la consultation lui coûte au total 6€ (étant donné qu'un euro de part forfaitaire reste à sa charge). S'il dispose d'une complémentaire santé, il doit également faire l'avance de 23€ qui lui seront remboursés moins un euro de part forfaitaire. Cet éclairage nous permet de bien comprendre ce que signifie une difficulté pour payer le montant de la consultation du médecin généraliste : l'effort financier principal est l'avance de 23€, car le tarif restant à la charge du patient est minime (6€ sans complémentaire ou 1€ avec une complémentaire).

Nous pouvons nous demander quelles sont les caractéristiques sociodémographiques des personnes ayant des difficultés pour le montant de la consultation du médecin généraliste. Tout d'abord, cette difficulté dépend de l'âge des patients : les jeunes âgés de 25 à 34 ans sont ceux ayant le plus de difficultés (16%), contrairement aux personnes âgées de 65 à 74 ans (voir Figure 71, p. 163).

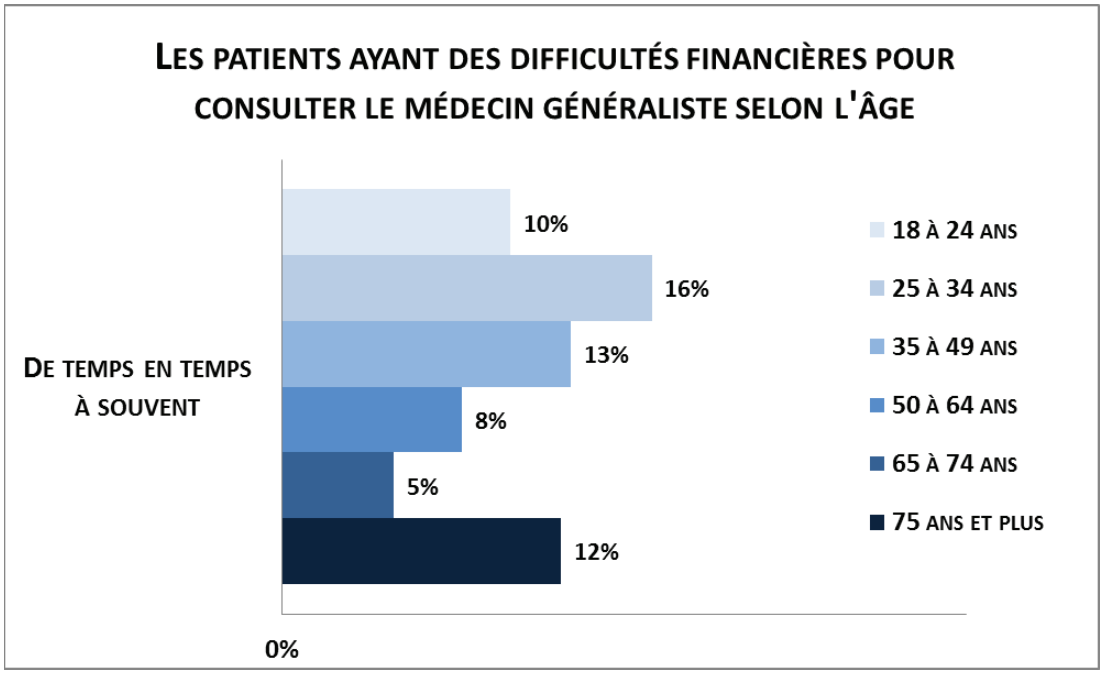


Figure 71 : Les patients ayant des difficultés financières pour consulter le médecin généraliste selon l'âge.

[38] Donnée SNIR en 2011, hors Mode d'Exercice Particulier (MEP), sur la base d'EcoSanté, consultée le 1er juillet 2013 : http://www.ecosante.fr. Rappelons qu'un MEP n'est pas une spécialité reconnue par la Sécurité Sociale (acupuncture, homéopathie, etc.), cette médecine spécifique se distingue des généralistes pratiquant une médecine générale.

Les difficultés financières pour payer la consultation dépendent davantage encore de la catégorie socioprofessionnelle de la population (voir Figure 72, p. 164). Il apparait nettement que les employés sont ceux qui ont le plus de difficultés (19%) ainsi que les ouvriers (17%) et les inactifs (15%). A l'inverse, les retraités (7%) et les professions intermédiaires (5%) sont ceux ayant le moins de difficultés.

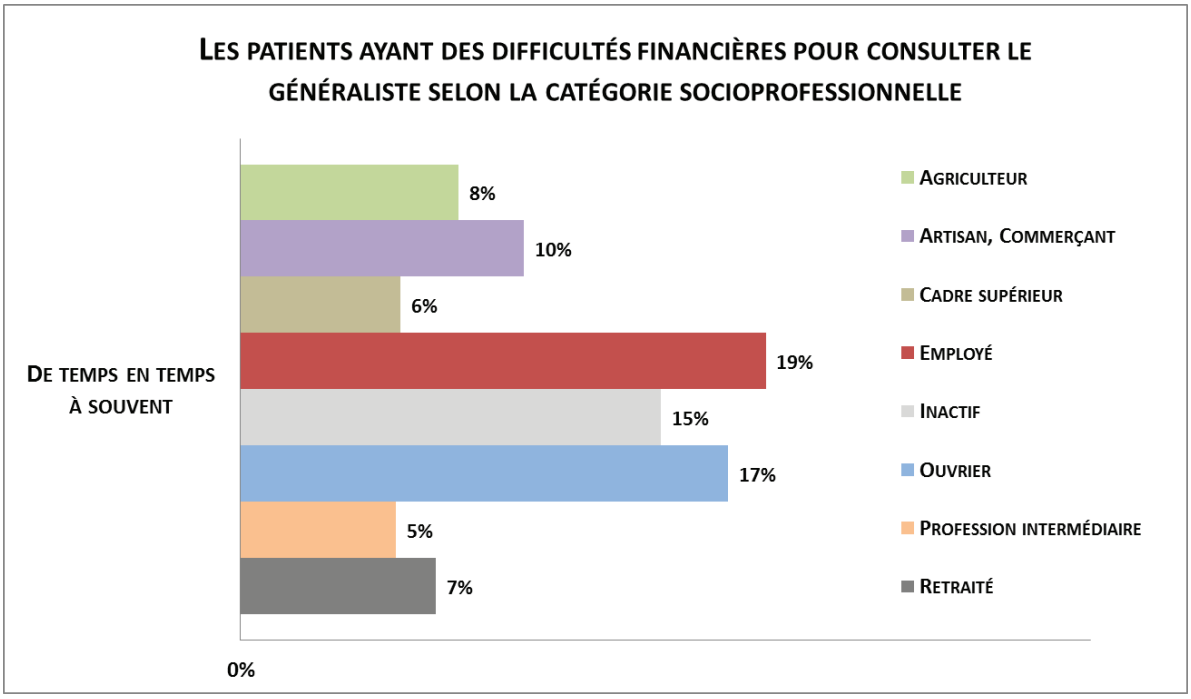


Figure 72 : Les patients ayant des difficultés financières pour consulter le médecin généraliste selon la catégorie socioprofessionnelle.

Enfin, la lecture de cette difficulté avec les revenus de la population, nous permet de mieux comprendre les résultats obtenus. En effet, le test de Khi-carré de Pearson met en évidence une dépendance entre les revenus du foyer des patients et leurs difficultés pour payer la consultation du généraliste (p-value de 0,0%). Ainsi, plus les revenus du foyer sont bas, plus les difficultés financières sont grandes (voir Figure 73, p. 165). Les patients dont les revenus mensuels nets du foyer sont inférieurs à 1 000€ sont près de 30% à rencontrer des difficultés financières. En revanche, ceux dont les revenus sont entre 2 000 et 3 000€ ou plus de 4 500€ ne que 1% à avoir ce type de difficultés. On peut ainsi supposer que les jeunes âgés entre 25 et 34 ans ainsi que les employés, les ouvriers et les inactifs sont ceux dont les revenus sont les plus faibles.

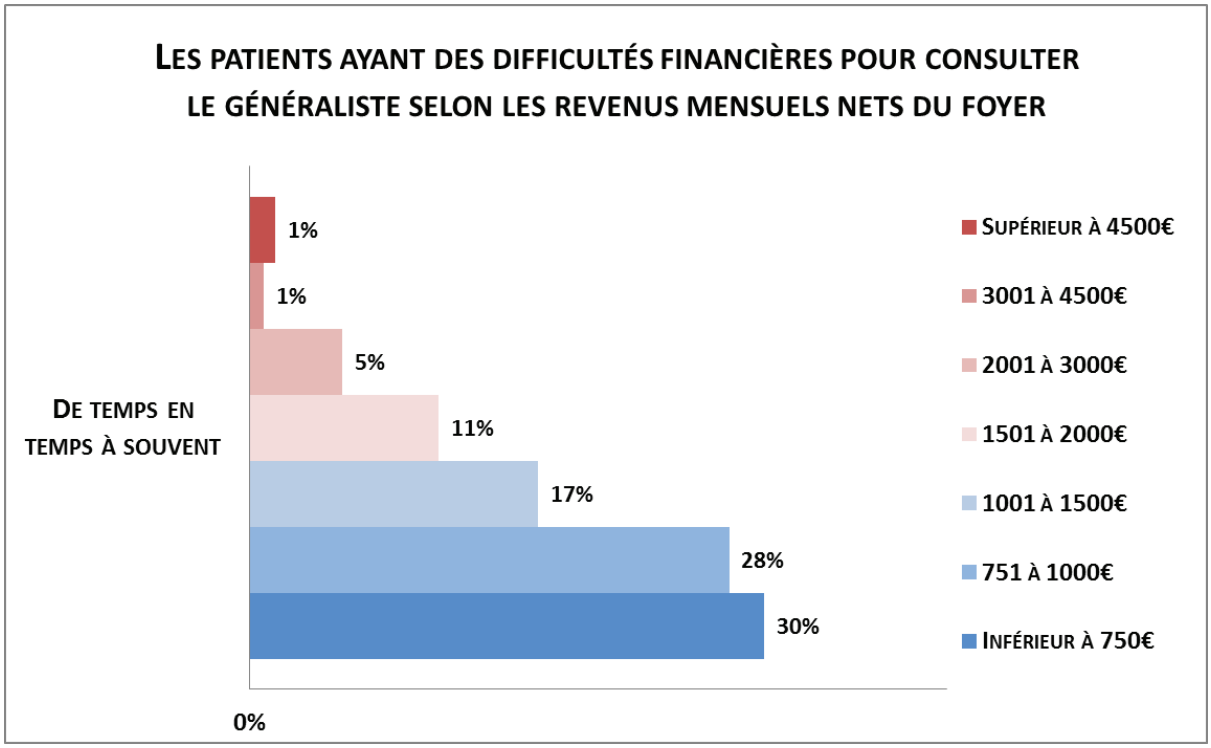


Figure 73 : Les patients ayant des difficultés financières pour consulter le médecin généraliste selon les revenus mensuels nets du foyer.

La capacité financière des patients dépend également fortement de son adhésion à une complémentaire santé (voir Figure 74, p. 165). Ainsi, 32% des personnes interrogées n'ayant pas de complémentaire santé ont, de temps en temps à souvent, des difficultés pour payer la consultation du médecin généraliste, contre 8% pour ceux ayant une complémentaire.

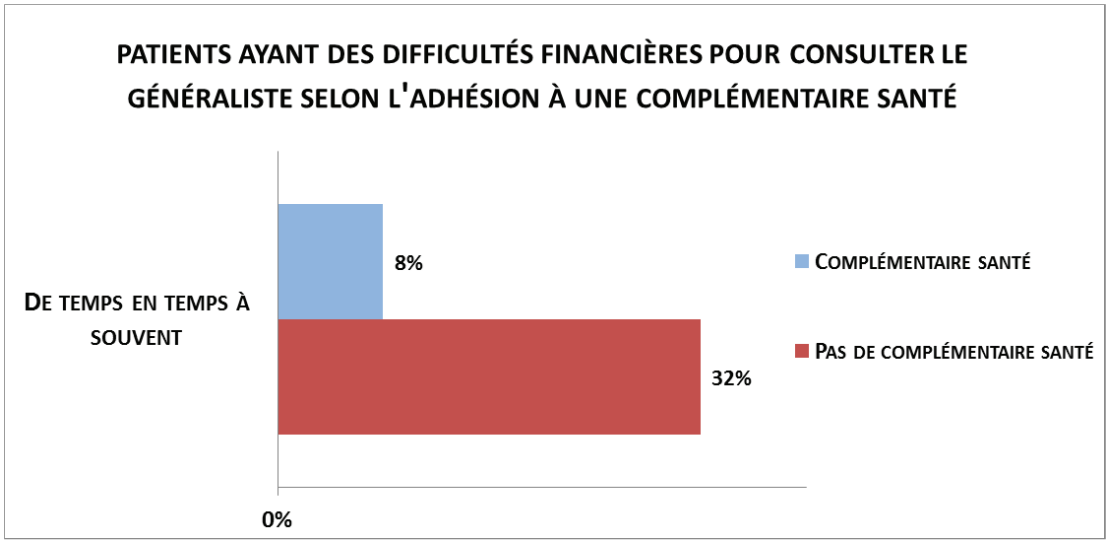


Figure 74 : Les patients ayant des difficultés financières pour consulter le médecin généraliste selon l'adhésion à une complémentaire santé.

Contrairement à ce que l'on aurait pu penser, les difficultés pour payer la consultation du généraliste ne dépendent pas de l'adhésion à la CMU (p-value de 16%), cela peut s'expliquer par le fait qu'il n'y a pas de contrainte d'attribution liée aux revenus du patient. De même, ces difficultés ne dépendent pas du lieu de résidence des patients (p-value de 21%).

Analysons à présent les difficultés financières pour payer les soins prescrits restant à la charge du patient. Tout comme pour les difficultés des patients liées au montant de la consultation, des dépendances sont observées entre les difficultés pour payer les soins prescrits restant à charge et l'âge des patients, leur catégorie socioprofessionnelle, leurs revenus, leur adhésion à une complémentaire santé mais aussi suivant leur adhésion à la CMU et leur lieu de résidence.

Les patients âgés de 25 à 34 ans sont également ceux qui ont le plus de difficultés à payer les soins restants à leur charge (voir Figure 75, p. 166). Pour chaque classe, la part des personnes ayant des difficultés pour payer les soins est plus forte que celle pour payer le montant de la consultation : 27% des 25 à 34 ans ont de temps en temps à souvent des difficultés, contre 10% chez les 75 ans et plus. Par ailleurs, les jeunes de 18 à 24 ans ont deux fois plus de difficultés pour payer les soins restant à leur charge (20%) que ceux ayant des difficultés pour payer le montant de la consultation (10%). Il en est de même pour les personnes âgées entre 65 ans et 74 ans (13% et 5%).

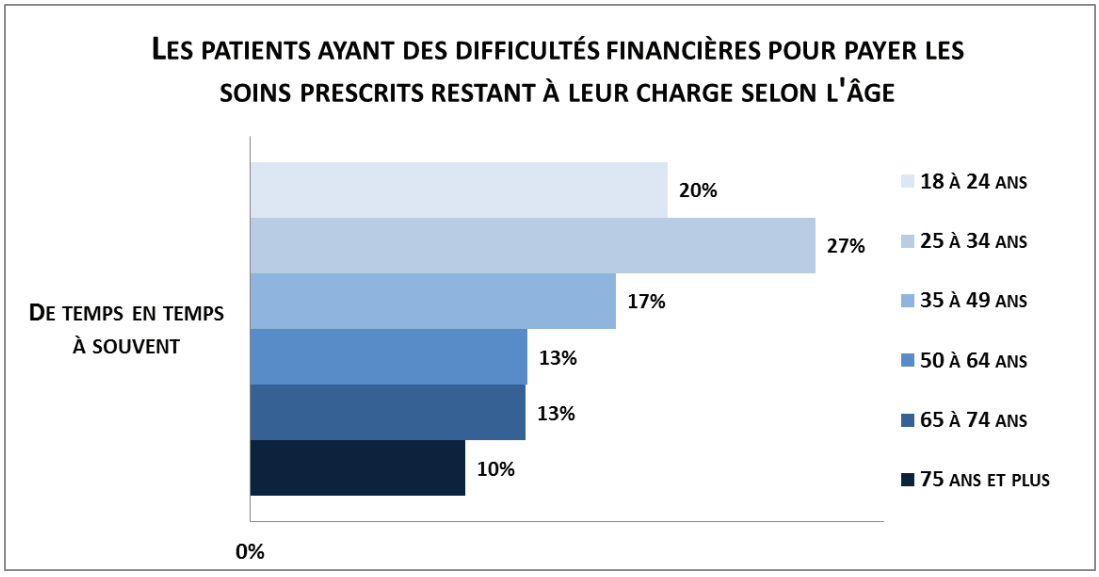


Figure 75 : Les patients ayant des difficultés pour payer les soins prescrits restant à la charge du patient selon l'âge.

Comme précédemment, les inactifs (23%), les ouvriers (22%) et les employés (20%) sont ceux ayant le plus de difficultés pour payer les soins restant à leur charge (voir Figure 76, p. 167). De même, les retraités sont ceux ayant le moins de difficultés (11%).

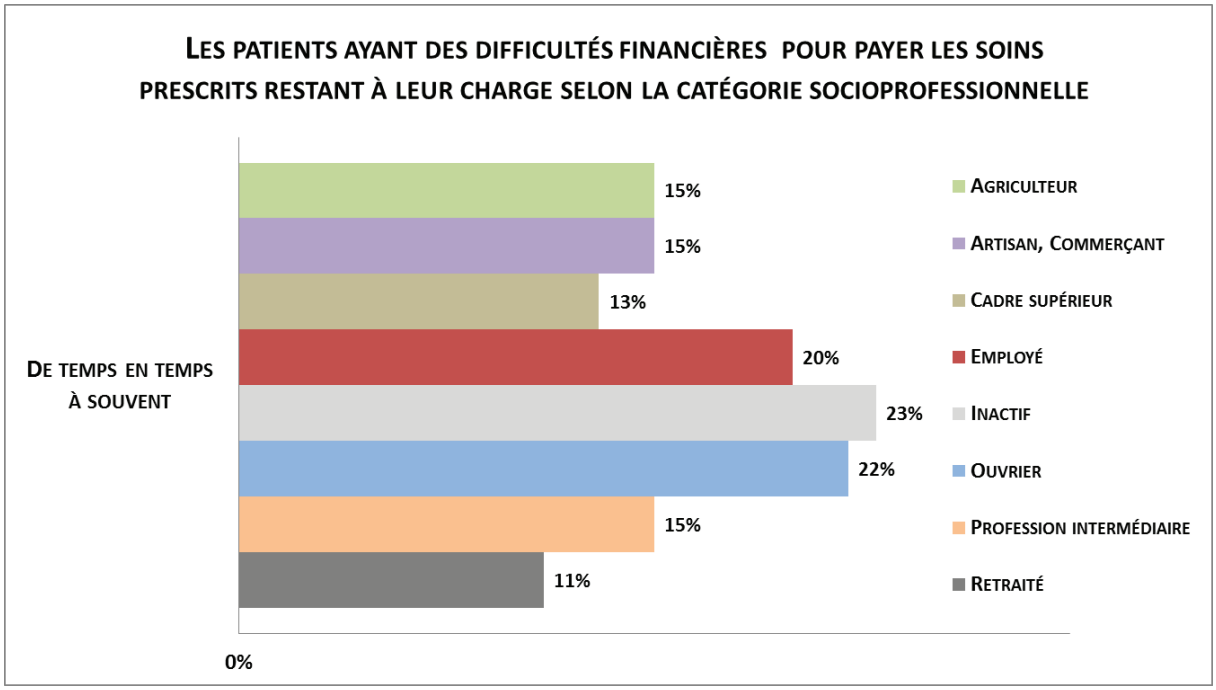


Figure 76 : Les patients ayant des difficultés pour payer les soins prescrits restant à la charge du patient selon la catégorie socioprofessionnelle.

Il existe également une dépendance entre les revenus du foyer des patients et leurs difficultés pour payer les soins restant à leur charge (p-value de 0,0%) et on observe une nette augmentation des difficultés qui est inversement proportionnelle aux revenus des individus (voir Figure 77, p. 167). Pour des revenus mensuels nets inférieurs à 1 000€, 31% de la population rencontrent des difficultés, tandis qu'ils ne sont que 3% pour des revenus mensuels supérieurs à 4 500€.

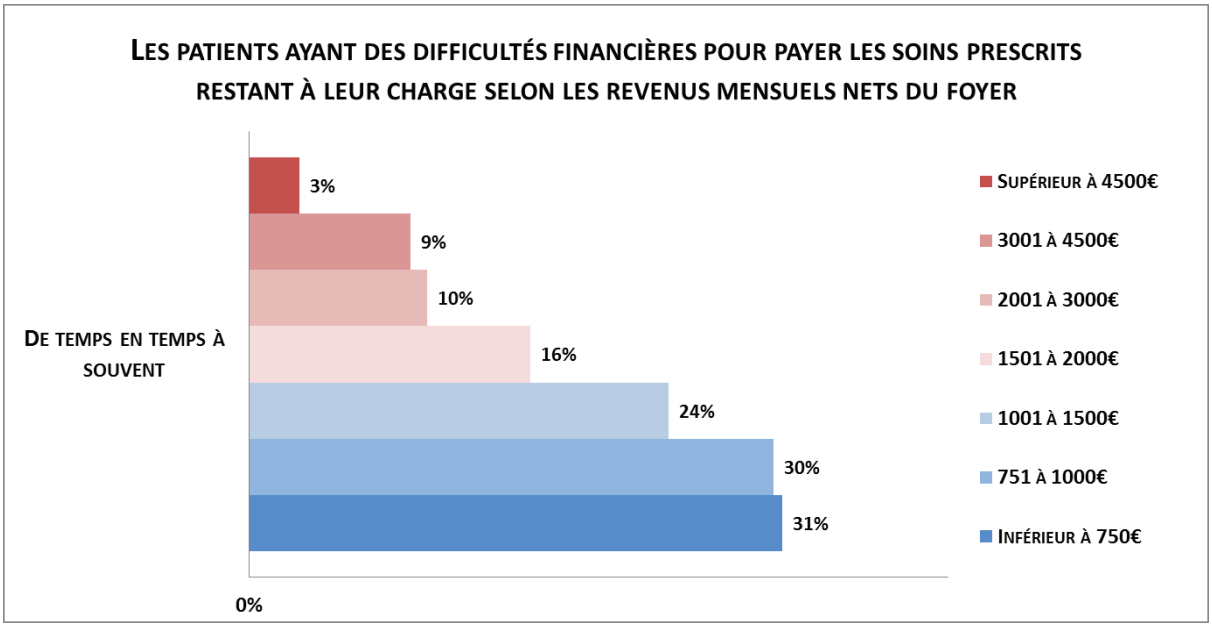


Figure 77 : Les patients ayant des difficultés pour payer les soins prescrits restant à la charge du patient selon les revenus mensuels nets du foyer.

Ainsi, les difficultés financières pour payer la consultation chez le généraliste ou les soins prescrits dépendent des mêmes critères sociodémographiques : elles sont particulièrement élevées pour des personnes dont les revenus du foyer sont faibles, notamment les jeunes (de 25 à 34 ans), les employés, les inactifs et les ouvriers.

Par ailleurs, il semble que les difficultés pour payer les soins prescrits restant à la charge du patient soient liées au lieu de résidence des patients (voir Figure 78, p. 168). En effet, 20% des habitants des grands pôles ont de temps en temps à souvent ces difficultés financières, contre 10% pour les habitants des moyens et petits pôles et leurs couronnes.

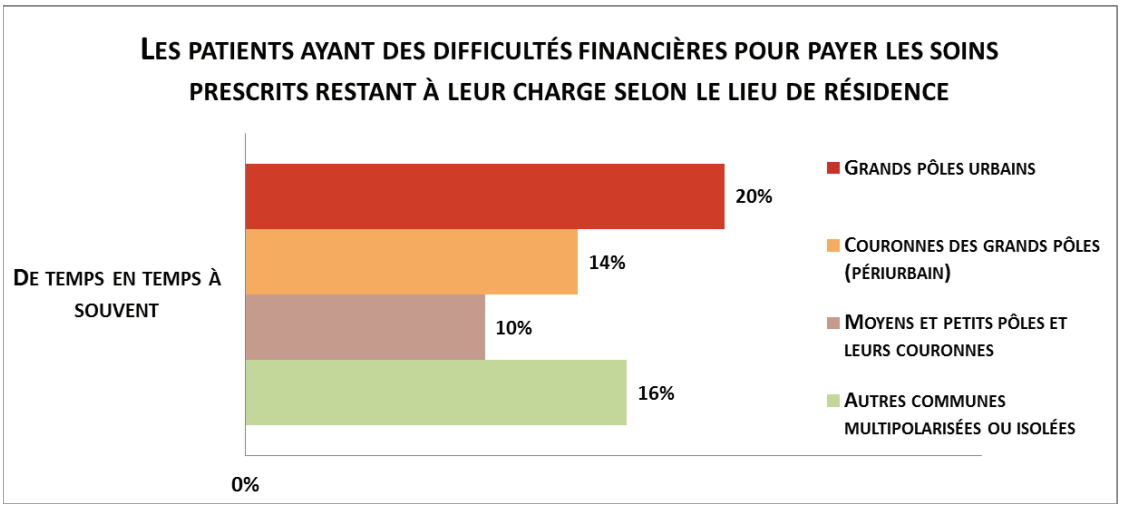


Figure 78 : Les personnes ayant des difficultés pour payer les soins prescrits restant à leur charge selon le lieu de résidence.

De même, les patients bénéficiant de la CMU ont moins de difficultés pour payer les soins (15%) que les autres (22%) (voir Figure 79, p. 169). La CMU, qui ne semblait pas diminuer significativement les difficultés pour payer la consultation du médecin généraliste, est ici dépendante de la difficulté pour payer les soins (p-value de 3%).

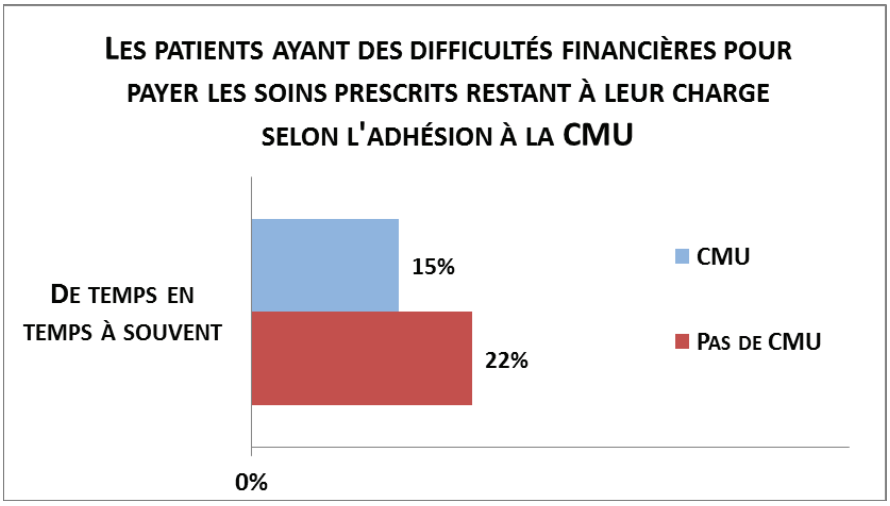


Figure 79 : Les personnes ayant des difficultés pour payer les soins prescrits restant à leur charge selon l'adhésion à la CMU.

Enfin, l'élément qui semble fortement influencer les difficultés pour payer les soins est l'adhésion à une complémentaire santé (voir Figure 80, p. 169) puisque 41% des personnes n'ayant pas de complémentaire ont rencontré de temps en temps à souvent des difficultés contre 14% pour ceux ayant une complémentaire. Ce dernier chiffre s'explique certainement par la difficulté du patient à faire l'avance de ce montant et par l'absence de remboursement de certains soins par les complémentaires.

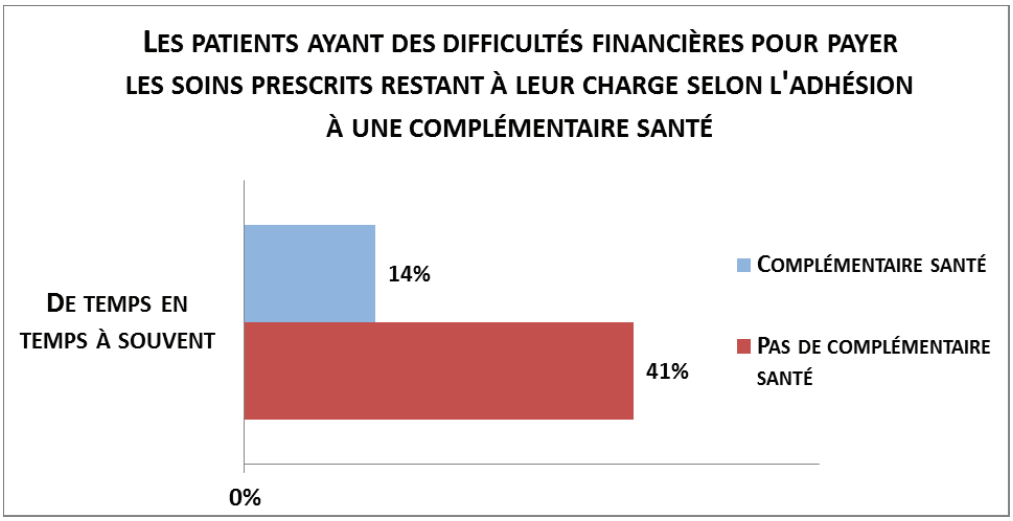


Figure 80 : Les personnes ayant des difficultés pour payer les soins prescrits restant à leur charge selon l'adhésion à une complémentaire santé.

- *Une grande satisfaction liée au confort et à l'environnement du cabinet médical*

Concernant le principal obstacle de l'accès aux consultations des médecins généralistes, seulement 1% des personnes interrogées ont répondu : « *Une gêne liée au confort ou à*

l'environnement du cabinet ». Plus précisément, seulement 9% des patients ne sont pas satisfaits du confort de la salle d'attente, 5% des conditions d'attente avec les autres patients et 3% du lieu dans lequel le cabinet est situé. Les satisfactions liées au confort du cabinet et au lieu dans lequel ils se trouvent dépendent de l'âge des patients : l'insatisfaction est la plus forte pour les 25 à 34 ans (p-value de 2%).

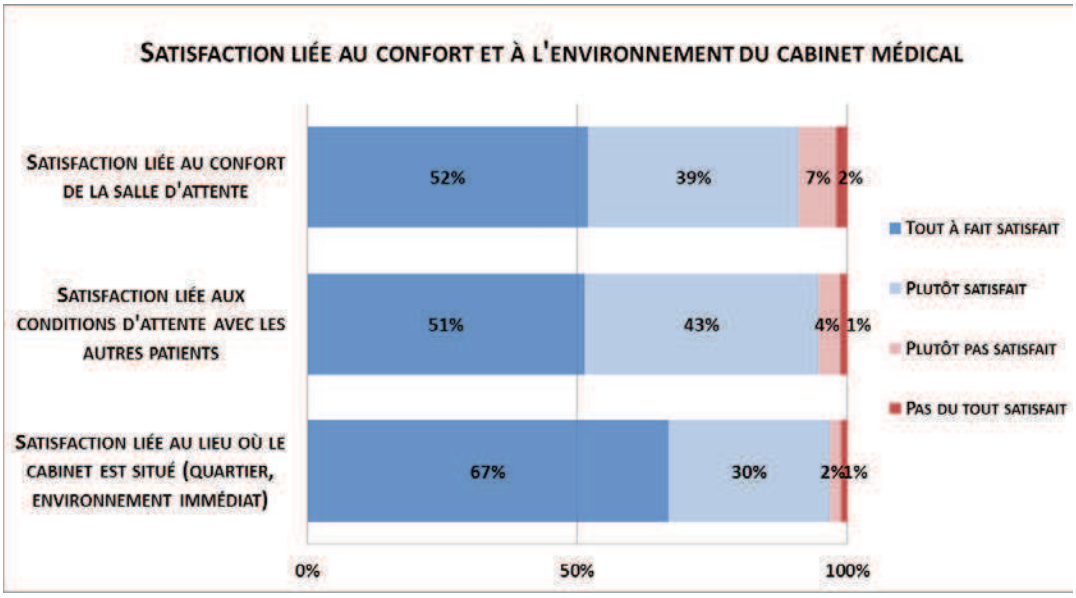


Figure 81 : La satisfaction liée au confort et à l'environnement du cabinet médical.

6.2.1. Existe-t-il une relation entre la principale difficulté des patients pour consulter un médecin généraliste et leur degré de satisfaction ?

R. Penchansky et J. W. Thomas (1981) font l'hypothèse qu'il existe une relation entre les difficultés des patients pour accéder aux soins et leur degré de satisfaction concernant chacune des dimensions. Nous allons vérifier pour chaque difficulté la relation avec les variables de satisfaction (ou de fréquence de difficulté) concernant cette dimension.

La principale difficulté pour consulter un médecin généraliste, citée par 15% des patients, est liée aux horaires de consultation inadéquats ou à une attente trop longue en cabinet. Lorsque l'on observe la satisfaction de ce sous-groupe de patients concernant les éléments reliés à cette dimension, il apparait que l'insatisfaction est bien plus importante pour l'attente en cabinet (voir Figure 82, p. 171). En effet, 63% des patients sont insatisfaits de l'attente en cabinet et seulement 11% sont insatisfaits des horaires de d'ouverture du cabinet médical. Cette information nous permet de mieux comprendre quel élément a véritablement constitué un obstacle pour les 15% de

patients ayant une difficulté liée « *aux horaires de consultation inadéquats ou à une attente trop longue en cabinet* ».

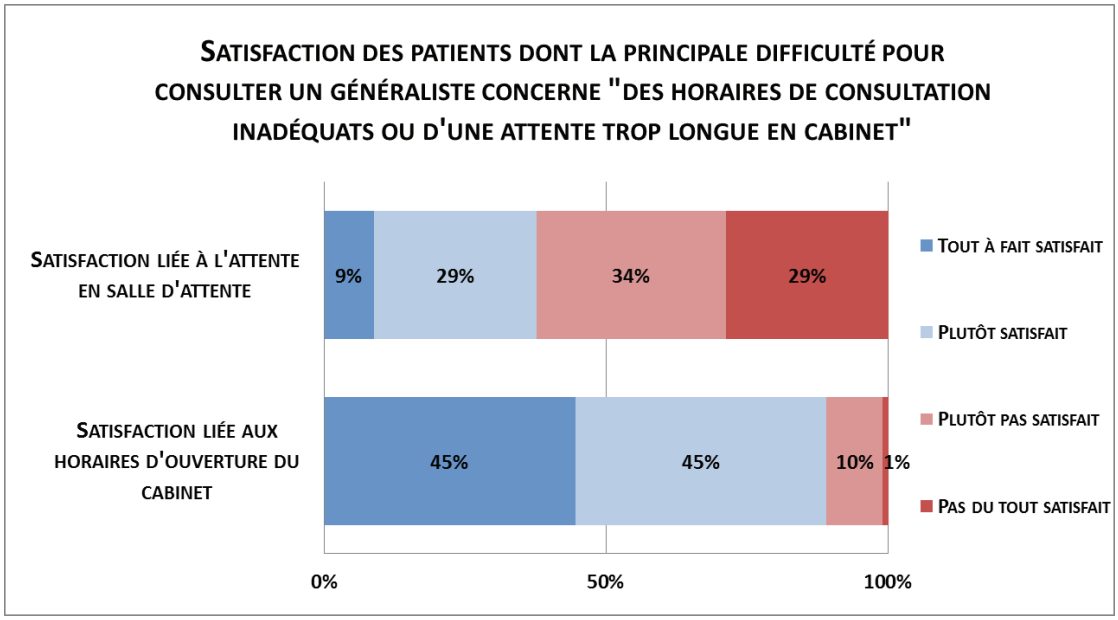


Figure 82 : La satisfaction des patients dont la principale difficulté pour consulter un généraliste concerne « *des horaires de consultation inadéquats ou d'une attente trop longue en cabinet* ».

De même, pour les 6% de patients dont la principale difficulté est liée au « *manque de disponibilité du médecin pour obtenir un rendez-vous* », leur principale insatisfaction concerne le système de garde (58%), puis l'obtention d'une consultation dans le cas d'une situation urgente (41%), puis la possibilité de contacter le médecin généraliste par téléphone (38%) et enfin, l'obtention d'une consultation dans le cas d'une situation non urgente (26%) (voir Figure 83, p. 172). Ces résultats sont surprenants car la disponibilité du médecin pour obtenir un rendez-vous renvoie davantage à une consultation dans une situation non urgente, or l'insatisfaction des patients est davantage liée à la permanence des soins : c'est-à-dire à l'accès aux soins non programmés, en dehors des horaires d'ouverture du cabinet médical. Ainsi, une difficulté peut être reliée à plusieurs motifs d'insatisfaction mais seuls certains sont déterminants : il est donc important d'identifier le facteur déterminant relié à la principale difficulté des patients pour effectuer un traitement des données en adéquation avec les perceptions des personnes interrogées.

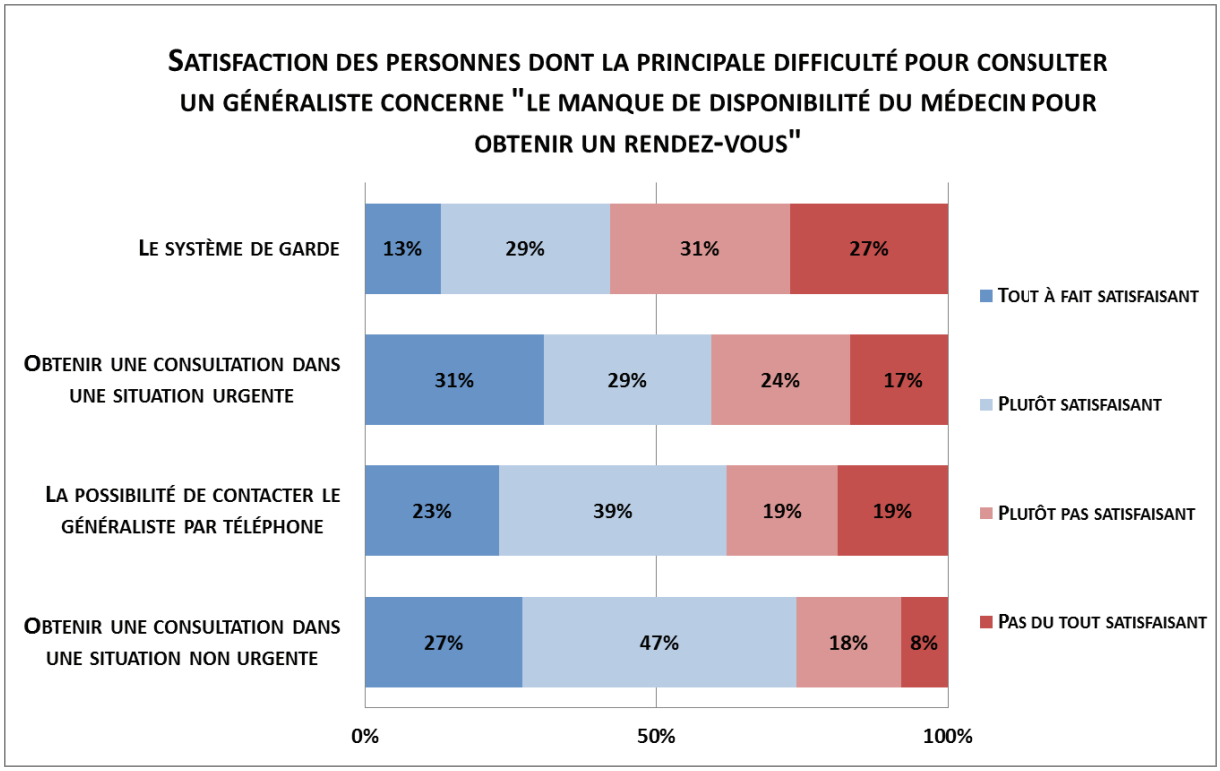


Figure 83 : La satisfaction des patients dont la principale difficulté pour consulter un médecin généraliste concerne « le manque de disponibilité du médecin pour obtenir un rendez-vous ».

Bien que les difficultés liées au trajet pour se rendre chez le généraliste soit l'obstacle majeur pour seulement 31 personnes interrogées (soit 3%), il est intéressant d'identifier le facteur déterminant relié à cette difficulté (voir Figure 84, p. 173). Or, l'enquête révèle que trois éléments génèrent une insatisfaction et des difficultés importantes pour ce sous-groupe : 45% des patients sont insatisfaits du temps de trajet pour se rendre chez leur généraliste, 38% ont, de temps en temps à souvent, des difficultés liées aux conditions générales de circulation et 36% ont, de temps en temps à souvent, des difficultés liées au stationnement. En revanche, 87% des patients n'ont pas de difficultés liées à leur condition physique pour se rendre au cabinet du médecin. Dans ce cas précis, il est difficile de déterminer le facteur déterminant de la difficulté liée au trajet.

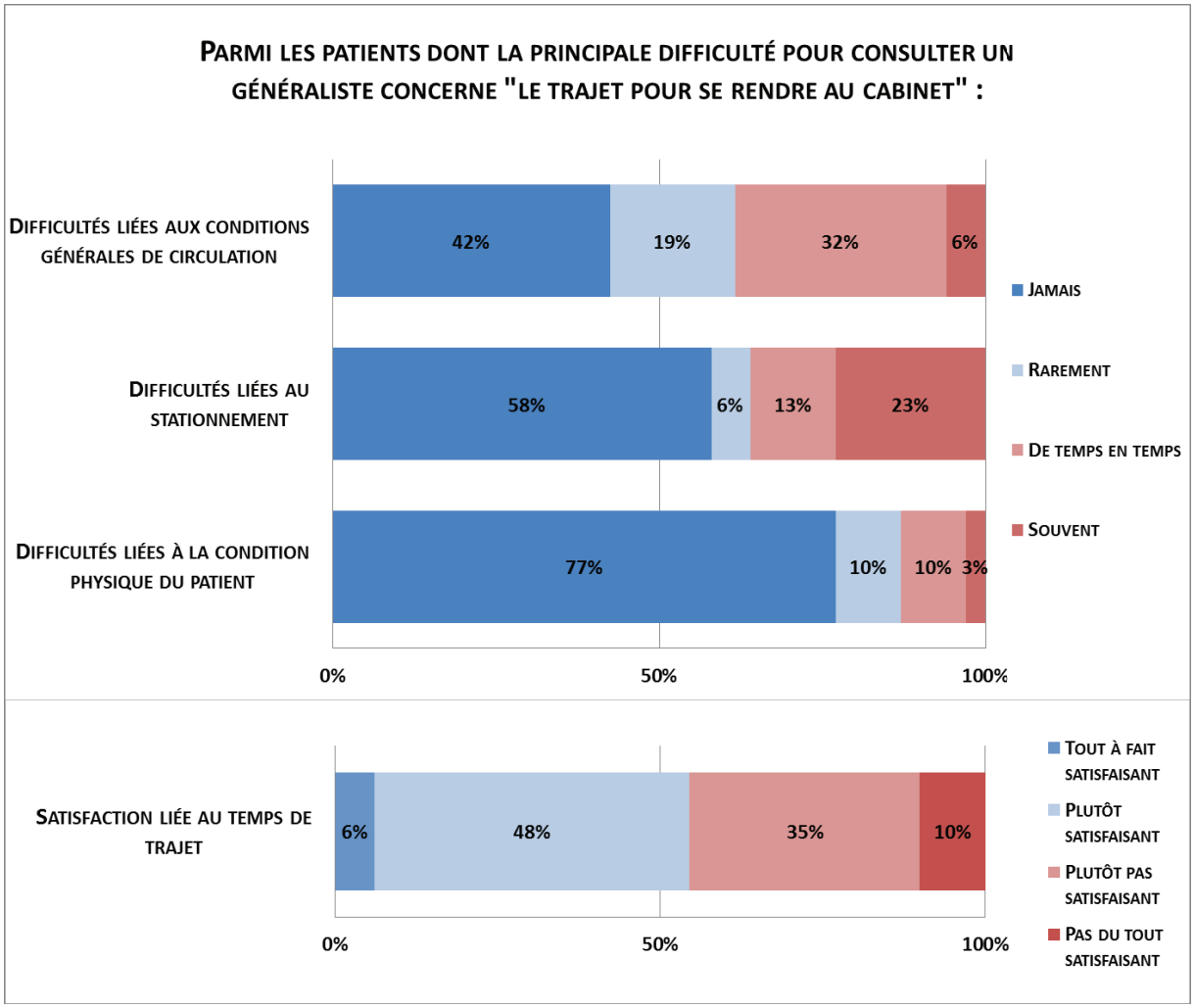


Figure 84 : Les difficultés et satisfaction des patients dont le premier obstacle pour consulter un médecin généraliste concerne « le trajet pour se rendre au cabinet ».

Concernant les 28 patients ayant mentionné comme principal obstacle les difficultés financières (soit 3%), on n'observe aucune distinction entre les difficultés financières pour payer la consultation et celles pour payer les soins prescrits restant à la charge du patient (voir Figure 85, p. 174). En effet, les personnes de ce sous-groupe sont 82% à avoir de temps en temps à souvent des difficultés pour payer la consultation et les soins prescrits restant à leur charge. Il étonnant d'observer que les trois personnes (11%) déclarent n'avoir jamais ce type de difficulté tandis que l'obstacle financier est leur difficulté majeure.

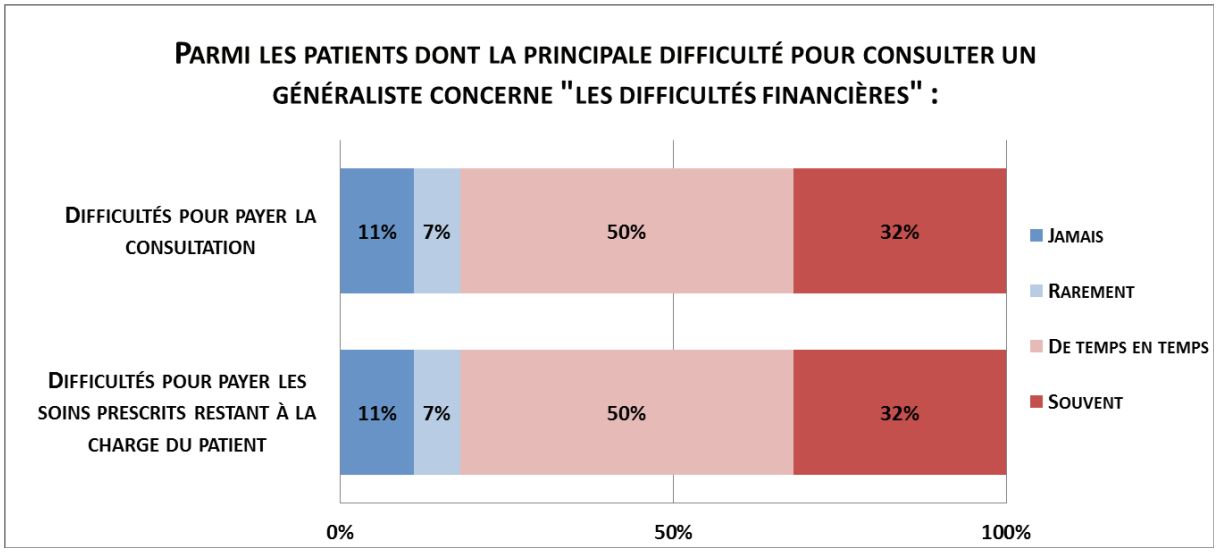


Figure 85 : Les difficultés des patients dont le premier obstacle pour consulter un médecin généraliste concerne « les difficultés financières ».

Etant donné que seulement 12 personnes (1%) ont cité que principale difficulté, le confort et l'environnement du cabinet, il n'est pas pertinent d'observer leur répartition suivant leur degré de satisfaction. Nous pouvons néanmoins préciser que la principale insatisfaction de ce sous-groupe concerne le confort de la salle d'attente (75%), tandis que l'insatisfaction liée aux conditions d'attente avec les autres patients (30%) ou liée à l'environnement dans lequel se situe le cabinet (17%) est mineure.

6.2.2. Le renoncement aux consultations des médecins généralistes

Le concept de renoncement aux soins est de plus en plus abordé dans les débats publics en France concernant l'accès aux soins et analysé à travers des enquêtes auprès des patients (Després *et al.*, 2011). La DREES, en collaboration avec l'IRDES a souhaité apporté un cadre méthodologique à ce concept en proposant la définition suivante : *« Une personne renonce aux soins si elle abandonne la poursuite d'un objectif visant à soigner et recouvrer sa santé. Elle renonce à un soin spécifique, si elle abandonne la démarche d'obtention ou l'usage de ce soin (bien ou service/curatif ou préventif)* » (Després, 2012). Malgré le caractère général de cette définition, le renoncement aux soins n'est étudié que pour la dimension financière or, les difficultés de l'accès aux consultations sont multidimensionnelles et concernent davantage l'organisation du cabinet médical et la disponibilité du médecin pour obtenir un rendez-vous.

L'étude des obstacles financiers de l'accès aux soins s'est enrichie de questions sur le renoncement aux soins pour raisons financières qui ont été introduites dans l'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) de l'IRDES depuis 1992 (Mizrahi, Mizrahi, 1993). Puis, ce concept est

apparu dans le débat public depuis la loi de J.-C. Boulard (1999) créant la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C). Le renoncement pour motif financier est alors un indicateur analysé par la DREES pour évaluer l'équité du système de santé et, notamment, l'efficacité de la CMU-C. C. Després *et al.* (2011) montrent l'existence de deux types de renoncement pour raisons financières : le « *renoncement-barrière* » qui fait référence à l'existence de contraintes et le « *renoncement-refus* » qui relève d'un acte d'autonomie à l'égard de la médecine. Les auteurs soutiennent que les motifs financiers se combinent à d'autres motivations et que l'étude des différents types de renoncements nécessite une prise en compte de l'environnement de l'individu dans toute sa complexité (ses contraintes structurelles, son histoire, son vécu, ses problèmes de santé, les moyens pour y faire face, etc.). Des approches économétriques (Dourgnon, 2011) ont également montré que le renoncement pour raisons financières est lié au système de protection sociale (CMU-C, complémentaire santé).

Dans notre étude, la question du renoncement aux soins permet d'étudier l'accès aux soins au-delà des perceptions exprimées par les patients et d'étudier leur comportement. Ainsi, les patients ont exprimé une principale difficulté pour consulter leur médecin généraliste ainsi que des degrés de satisfaction et de difficulté concernant chacune des dimensions de l'accès. Mais ces difficultés et insatisfactions conduisent-elles à renoncer aux soins ? L'enquête montre que le nombre de personnes ayant renoncé à consulter un médecin généraliste est de 12% dont 4% ont renoncé une seule fois et 8%, plusieurs fois (voir Figure 86, p. 175). Ainsi, près de 9 personnes sur 10 n'ont jamais renoncé à consulter un généraliste en Languedoc-Roussillon.

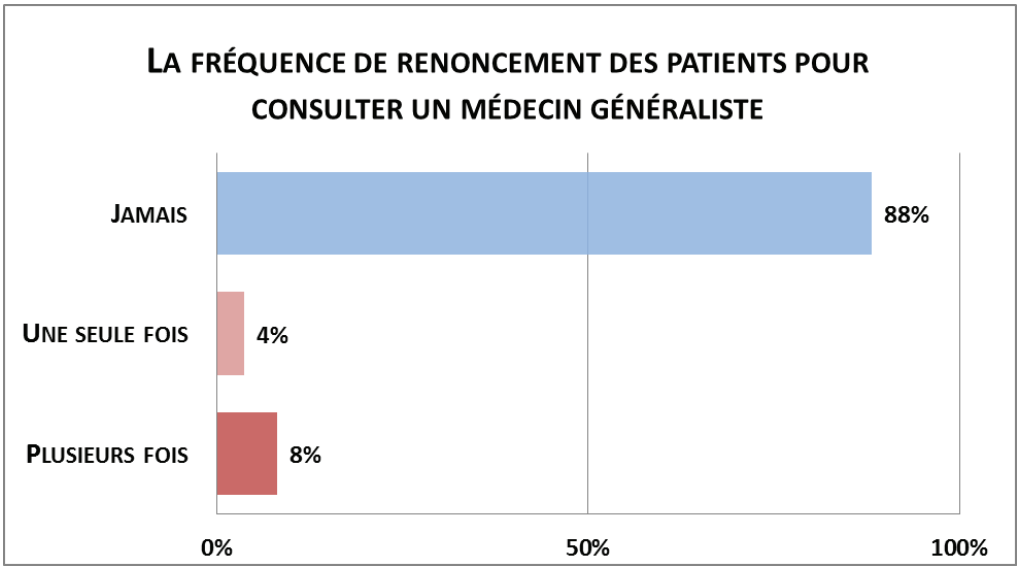


Figure 86 : La fréquence de renoncement des patients pour consulter un médecin généraliste.

La question sur le renoncement (question 15) succède à la question concernant la principale difficulté pour consulter un médecin (question 14) et elle est formulée ainsi : « *Ces difficultés vous*

ont-elles conduit à renoncer à consulter un médecin généraliste ? ». Ainsi, chaque personne ayant renoncé au minimum une fois à consulter a cité la cause de ce renoncement dans la question précédente. Il n'est pas surprenant d'observer que les difficultés liées aux horaires de consultation inadéquats ou au temps d'attente trop long sont la première cause de renoncement (77%) puisqu'elles étaient également la principale difficulté pour consulter un médecin généraliste, citée par 15% des personnes (voir Figure 87, p. 176). Ce motif majeur de renoncement est suivi du manque de disponibilité du médecin pour obtenir un rendez-vous (32%), des difficultés financières (20%) et des difficultés liées au trajet pour se rendre au cabinet médical (13%). Ainsi, les proportions de ces facteurs de renoncement correspondent aux principales difficultés évoquées pour consulter un médecin généraliste.

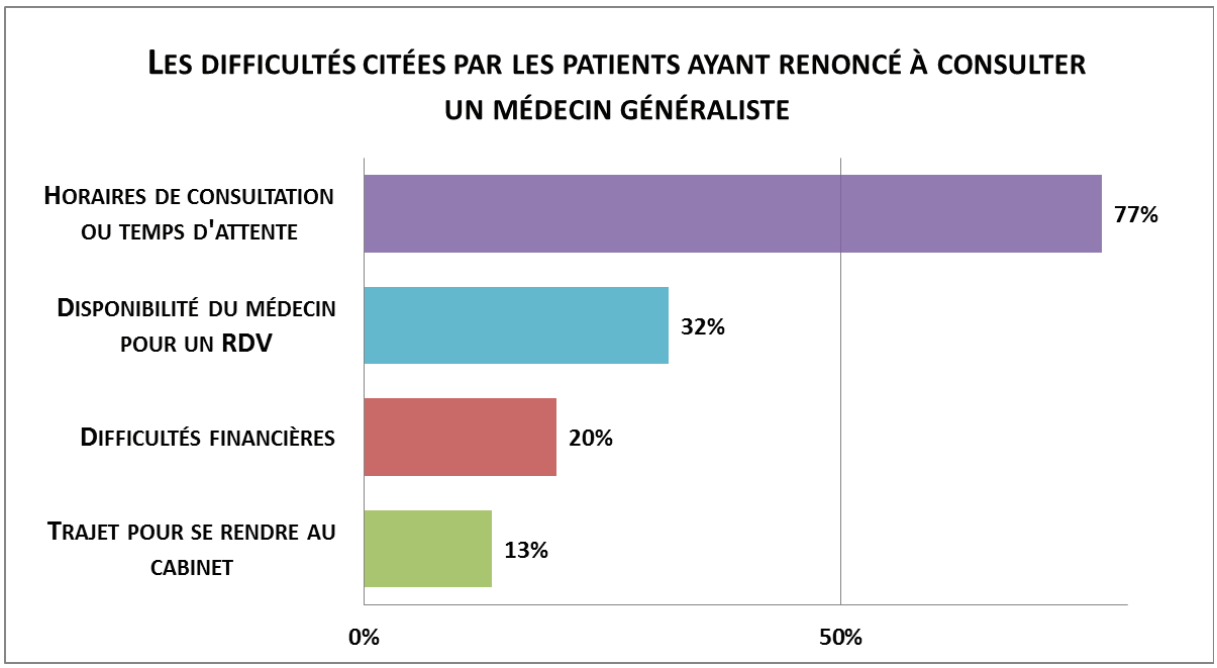


Figure 87 : Les patients ayant renoncé à consulter un médecin généraliste selon leur principale difficulté

Ne représentant chacune qu'1% des réponses à la question concernant la principale difficulté pour consulter un généraliste, les modalités de réponses liées au « *confort ou à l'environnement du cabinet* » ou la réponse « *Autre difficulté* » ont été retirées des résultats concernant le renoncement.

Une enquête menée à l'échelle nationale[39] montre que la principale cause de renoncement aux médecins généralistes est « *la difficulté d'obtenir un rendez-vous dans un délai suffisamment rapide* », citée par 38% des personnes interrogées, puis « *le coût de la consultation* » (18%) et

[39] Enquête IFOP pour Jalma, de septembre à octobre 2011, auprès d'un échantillon représentatif de 1 001 personnes en France âgée de 18 ans et plus, par questionnaire auto-administré en ligne, http://www.leciss.org/sites/default/files/111030_Enquete_IFOP-JALMA_nov2011.pdf

« *l'éloignement géographique* » (15%). Ces résultats sont très proches de ceux observés en Languedoc-Roussillon, malheureusement « *les horaires de consultation inadéquats ou une attente trop longue en cabinet* » : principal motif de renoncement dans notre étude, n'est pas une modalité du questionnaire de l'enquête IFOP réalisée à l'échelle nationale. Il est inquiétant d'observer que le renoncement a fortement progressé entre 2007 et 2011, quels que soient les motifs de renoncement[40] : + 15% concernant « *la difficulté d'obtenir un rendez-vous dans un délai suffisamment rapide* », +13% pour le « *coût de la consultation* » et +9% pour « *l'éloignement géographique* ».

Il est parfois surprenant d'observer les écarts de résultats entre les enquêtes. Par exemple, l'enquête menée par l'ARS Ile-de-France[41] sur l'ensemble de la région montre que 42% des franciliens ont renoncé à des soins (sans préciser lesquels) et que le premier obstacle est financier (cité par 59% des patients) et le second est lié aux délais d'attente trop importants (cité par 30% des personnes).

L'enquête Santé et Protection Sociale réalisée par l'IRDES en 2008 auprès de 8 000 ménages en France, obtient des résultats similaires aux nôtres : 16% des personnes interrogées ont renoncé à un soin pour raisons financières au cours des douze derniers mois (20% dans notre étude). Les soins les plus concernés sont les soins dentaires (10%), l'optique (4%) et les visites chez le généraliste ou le spécialiste (3,5 %) (Dourgnon, 2012). Toujours concernant les difficultés financières, une enquête menée par Europ Assistance[42] montre une forte progression du renoncement aux soins pour ce motif (18% en trois ans) : 29% des français ont renoncé ou reporté des soins médicaux en raison de difficultés financières en 2011 contre 11% en 2009 et 23% en 2010.

De même, E. Vigneron (2013) indique que « *La distance est un facteur important de renoncement aux soins* ». Pourtant, concernant l'accès aux consultations des médecins généralistes, le trajet pour se rendre au cabinet médical constitue la principale difficulté pour seulement 3% des patients et 13% des personnes ayant renoncé à consulter ont cité cette difficulté.

[40] Les résultats de 2007 sont issus d'une enquête Ipsos/CISS réalisée par téléphone du 15 au 24 septembre 2007 auprès de 919 Français âgés de 15 ans et plus. Le mode de recueil étant différent de l'étude IFOP (internet), les résultats sont à interpréter avec prudence.

[41] Enquête en ligne réalisée par Harris Interactive du 18 au 28 novembre 2011 auprès d'un échantillon représentatif de 1002 personnes en Île-de-France âgée de 18 ans et plus : http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Premier-Forum-Sante-Citoyen-en.126475.0.html

[42] Enquête du Groupe Europ Assistance et le Cercle Santé Société à partir d'une enquête téléphonique menée par l'institut CSA auprès d'un échantillon de 5500 répartis sur dix pays (Allemagne, France, Grande-Bretagne, Italie, Suède, Pologne, Etats-Unis, Autriche, Espagne et République Tchèque) entre mai et juin 2011. http://www.csa.eu/multimedia/data/etudes/etudes/etu20110600-les-soins-de-sante-en-europe-et-aux-etats-unis.pdf

Il est également intéressant de visualiser la probabilité de renoncement à consulter un médecin généraliste suivant le type de difficulté évoqué par la personne interrogée. Les résultats montrent que les personnes ayant une difficulté financière pour consulter ont tendance à davantage renoncer que les autres (57%) (voir Figure 88, p. 178). Nous pouvons faire l'hypothèse que les difficultés financières sont relativement plus importantes que celles liées aux autres dimensions de l'accès, ce qui conduit davantage de personnes à renoncer aux soins. La probabilité de renoncer à consulter un généraliste si les patients ont pour principale difficulté les horaires de consultation ou le temps d'attente est de 42%, et de 38% pour la difficulté liée à la disponibilité du médecin pour obtenir un rendez-vous et de 32% pour l'obstacle lié au trajet pour se rendre au cabinet.

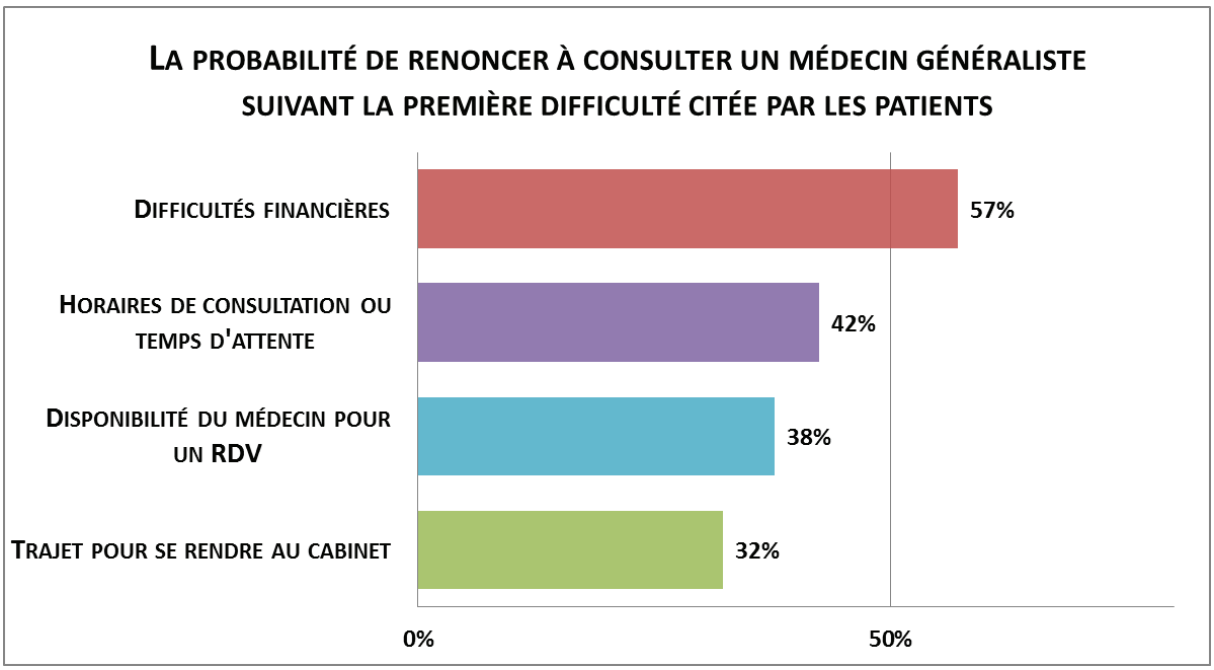


Figure 88 : La probabilité de renoncer à consulter un médecin généraliste suivant la première difficulté citée par les patients.

Bien que l'échantillon de personnes ayant renoncé à consulter un médecin généraliste ne soit que de 119 individus, il est intéressant d'observer s'il existe des tendances lors de croisements avec les données sociodémographiques. Par exemple, le renoncement est dépendant de l'âge (p-value de 0,0%). Les personnes âgées de 25 à 34 sont 64% à avoir renoncé au moins une fois à consulter et le renoncement diminue avec l'augmentation de l'âge (voir Figure 89, p. 179). Ainsi, seulement 8% des 65 à 74 ans ont renoncé à consulter et aucune personne de 75 ans et plus.

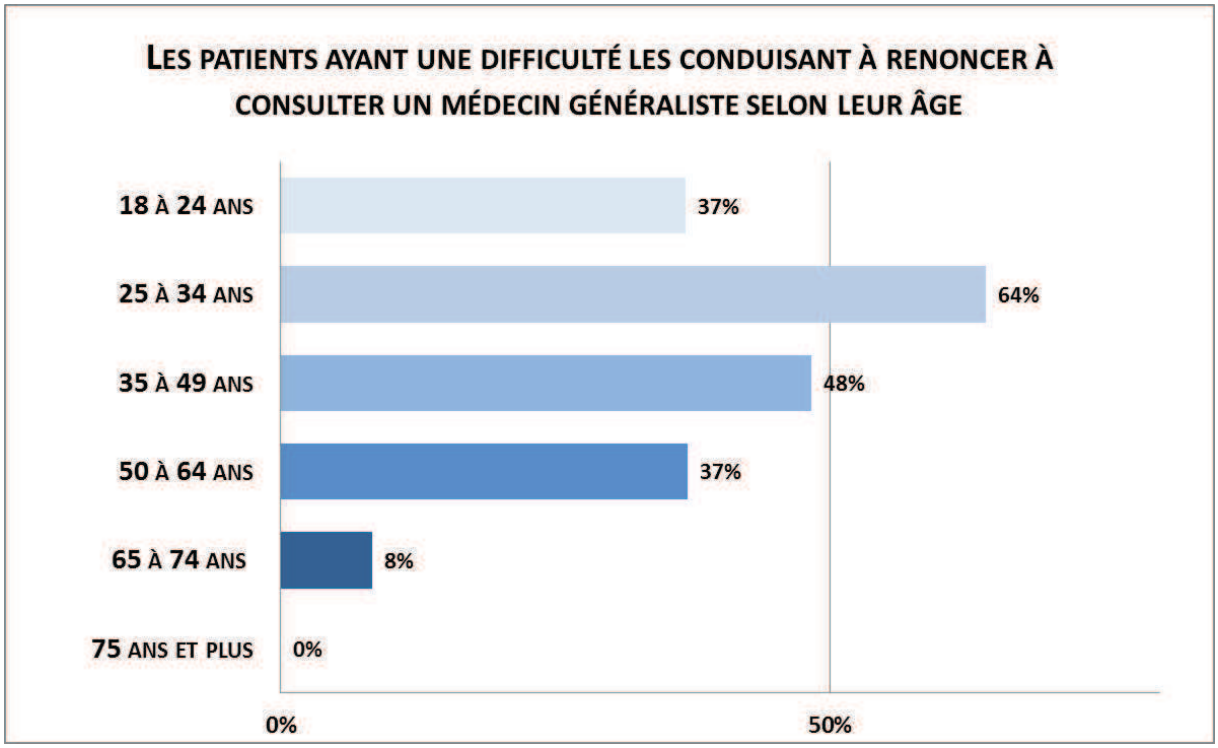


Figure 89 : Les patients ayant une difficulté les conduisant à renoncer à consulter un médecin généraliste selon leur âge.

Les agriculteurs, les employés et les inactifs sont les catégories socioprofessionnelles à rencontrer le plus de difficultés pour consulter un médecin généraliste mais parmi eux, seuls les employés ont un taux de renoncement plus élevé (58%) (voir Figure 90, p. 179).

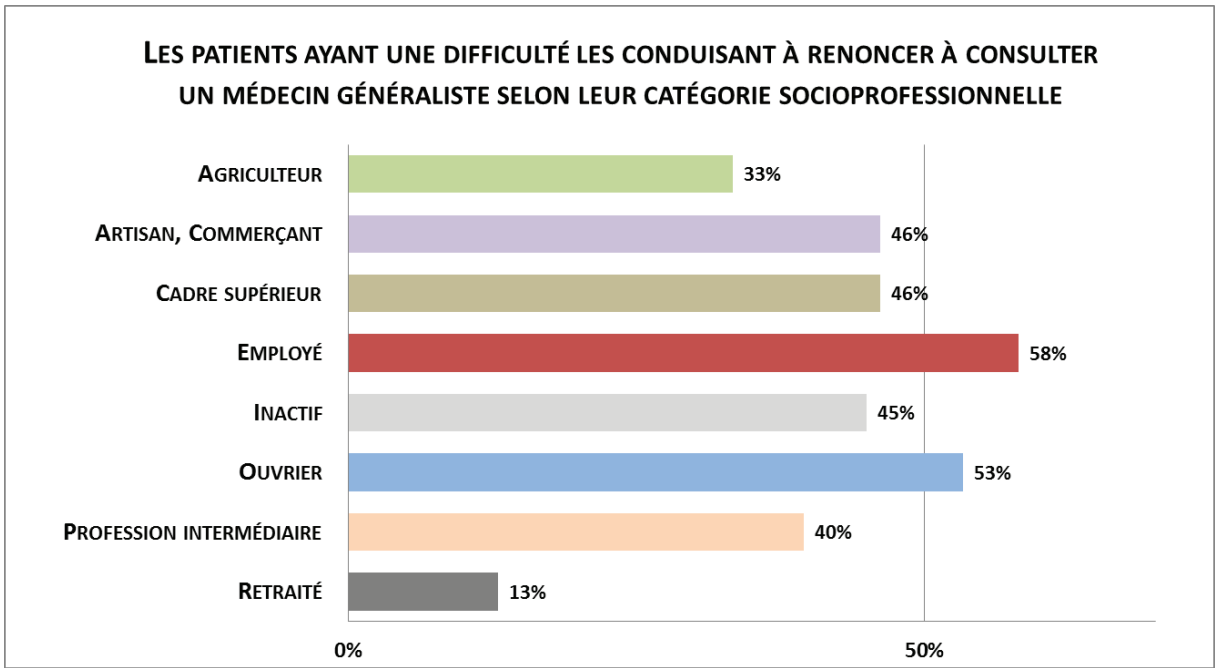


Figure 90 : Les patients ayant une difficulté les conduisant à renoncer à consulter un médecin généraliste selon leur catégorie socioprofessionnelle.

Les retraités dont seulement 15% d'entre eux avaient des difficultés pour consulter un généraliste, sont 13% à avoir renoncé à consulter. Ces chiffres correspondent à ceux précédemment observés concernant le faible taux de renoncement chez les personnes de plus de 65 ans.

Ces résultats rejoignent également ceux issus d'une enquête menée par Europ Assistance[43] qui montre qu'en France, parmi les soins reportés ou annulés, ce sont les soins dentaires et les lunettes qui ont été le plus cités (par 26% des répondants), cette proportion étant sensiblement plus forte pour les catégories socio-professionnelles les moins favorisées par rapport aux catégories supérieures (28% contre 15%).

Enfin, le renoncement est également dépendant de l'adhésion du patient à une complémentaire santé (voir Figure 91, p. 180). Les personnes disposant d'une complémentaire sont 39% à avoir renoncé à consulter un médecin généraliste contre 63% pour ceux n'ayant pas de complémentaire. Ce résultat ne semble pas étonnant puisque la probabilité de renoncer aux soins la plus importante concerne les patients ayant des difficultés financières.

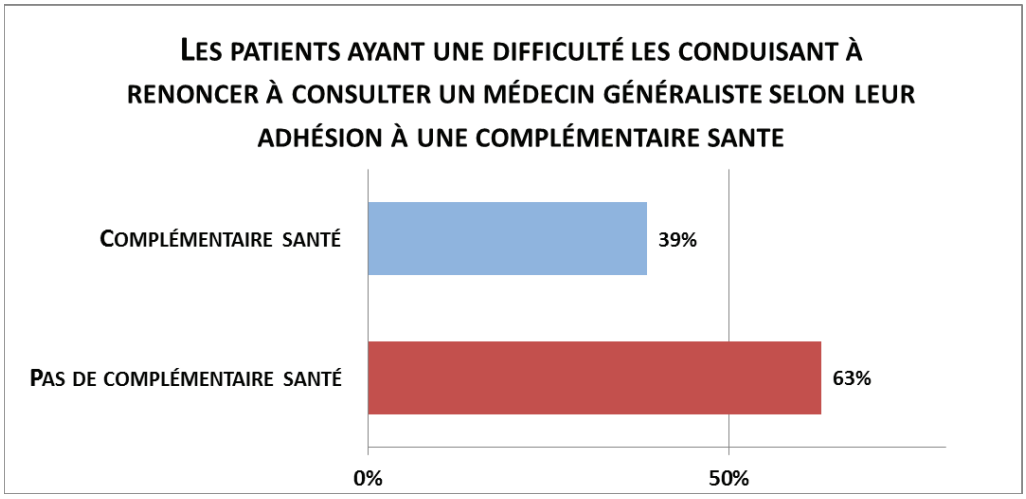


Figure 91 : Les patients ayant une difficulté les conduisant à renoncer à consulter un médecin généraliste selon leur adhésion à une complémentaire santé.

Par ailleurs, aucune dépendance n'est mise en évidence avec le département de la personne interrogée, le lieu de résidence (ZAU), les revenus mensuels nets du foyer, le niveau de diplôme ou à l'adhésion à la CMU. Pourtant, selon l'enquête 2010 du Commonwealth Fund[44], le taux renoncement aux soins dans les principaux pays occidentaux est beaucoup plus élevé chez les personnes ayant des faibles revenus. Les résultats montrent également que 13% des Français ont

[43] Enquête du Groupe Europ Assistance et le Cercle Santé Société précédemment citée.

[44] Site Internet du The Commonwealth Fund, consultée le 1er juillet 2013 sur : http://www.commonwealthfund.org/Surveys/2010/Nov/2010-International-Survey.aspx

renoncé à des services de santé (sans préciser lesquels) pour des raisons financières, un taux nettement moins élevé qu'aux États-Unis (33%), mais plus élevé que dans d'autres pays européens comme l'Angleterre ou les Pays-Bas (DREES, 2011b).

Enfin, aucune dépendance n'est observée entre le renoncement pour consulter un médecin généraliste et le sexe des patients (p-value de 13%).

6.2.3. Une analyse des correspondances multiples pour l'accès aux médecins généralistes

Une analyse des correspondances multiples (ACM) a été réalisée pour observer les relations entre les difficultés et le renoncement pour consulter un médecin généraliste ainsi que le lieu de résidence des patients selon le zonage en aires urbaines (Figure 92, p. 183). Ces trois éléments sont donc des variables actives tandis que l'âge, la catégorie socioprofessionnelle, les revenus mensuels nets du foyer et l'adhésion à une complémentaire santé sont des variables supplémentaires. L'analyse des deux axes principaux (axe 1 : 18,07% et axe 2 : 16,25%) met en évidence les mêmes conclusions que les analyses croisées précédemment effectuées.

L'axe 1 discrimine le manque de disponibilité du médecin pour obtenir un rendez-vous (« *DispoRDV* », ayant une contribution de 25%) et les difficultés liées aux horaires d'ouverture et à l'attente en cabinet (« *HoraireAttente* » ayant une contribution de 15%). L'axe 2 oppose les difficultés financières (« *Financier* », 24%) à celles liées au trajet pour se rendre au cabinet (« *Trajet* », 34%). On observe également une nette discrimination entre les patients renonçant aux consultations (« *RenonceMG_Oui* », 12% sur l'axe 2 et 10% sur l'axe 1) et ceux qui ne renoncent jamais (« *RenonceMG_Non* », 10% sur l'axe 2 et 8% sur l'axe 1). Notons que les modalités de réponses « *confort ou à l'environnement du cabinet* » et « *Autre difficulté* » ont été retirée de cette analyse puisque chacune ne représente que 1% des réponses. Par ailleurs, l'ensemble des contributions des modalités actives ainsi que leurs abréviations sont disponibles en Annexe A, Figure 183, page 407.

Les relations entre les difficultés et le renoncement pour consulter un généraliste suivant les caractéristiques sociodémographiques correspondent aux résultats précédemment observés : ils se retrouvent sur la projection des modalités sur les deux axes principaux, notamment à travers les variables supplémentaires. Néanmoins, l'ACM permet de distinguer quatre classes, une pour chacune des principales difficultés citées par les patients pour consulter un généraliste.

Sur l'axe 1 du graphique, la première classe regroupe les patients ayant des difficultés liées aux horaires d'ouverture et à l'attente en cabinet. Ces difficultés sont proches des modalités correspondant aux personnes ayant renoncé aux consultations, aux patients âgées de 25 à 34 ans, aux ouvriers, inactifs et employés, à ceux n'ayant pas de complémentaire santé (« *Compl_non* »). Les patients ayant ces difficultés ne résident pas dans les grands pôles urbains (« *GrandPole* »), mais dans tous les autres types d'espace : les couronnes des grands pôles urbains (« *Multipole* »), les moyens et petits pôles et leurs couronnes (« *PetitPole* ») et les autres communes multipolarisées ou isolées (« *AutreCommune* »). Dans une moindre mesure, la difficulté liée aux horaires d'ouverture et à l'attente en cabinet est proche des modalités concernant les agriculteurs, les cadres supérieurs et les revenus du foyer compris entre 1 500 et 3 000€.

La deuxième classe regroupe les personnes ayant des difficultés liées au manque de disponibilité du médecin pour obtenir un rendez-vous. Cet obstacle concerne davantage les patients qui résident dans les grands pôles urbains, aux artisans et commerçants (« *ArtCommer* »), aux jeunes âgés de 18 à 24 ans et à ceux dont les revenus sont supérieurs à 4 500€. Une partie de la population de cette classe a tendance à ne jamais renoncer à consulter un généraliste, il s'agit des retraités et des patients âgés de plus de 65 ans et notamment ceux de plus 75 ans.

Sur l'axe 2 du graphique, la troisième classe concerne les patients ayant des difficultés liées au trajet pour se rendre chez le généraliste, il s'agit davantage des patients résidant dans les autres communes multipolarisées ou isolées, des agriculteurs, des retraités et des personnes âgées de 75 ans et plus. Ces personnes ont tendance à ne pas renoncer à consulter un généraliste.

La quatrième classe regroupe les patients ayant des difficultés financières : elle regroupe les personnes ne disposant pas de complémentaire santé et celles ayant des revenus mensuels nets du foyer, inférieurs à 1 000€. Ces personnes ont également tendance à renoncer à consulter un généraliste.

La visualisation de ces quatre classes permet une lecture synthétique de cette enquête qui comprend de nombreuses variables et modalités. L'analyse des relations entre les difficultés et le renoncement des patients pour consulter un généraliste, leur lieu de résidence mais aussi leurs caractéristiques sociodémographiques offre une meilleure compréhension des logiques de l'accès aux soins sur les territoires.

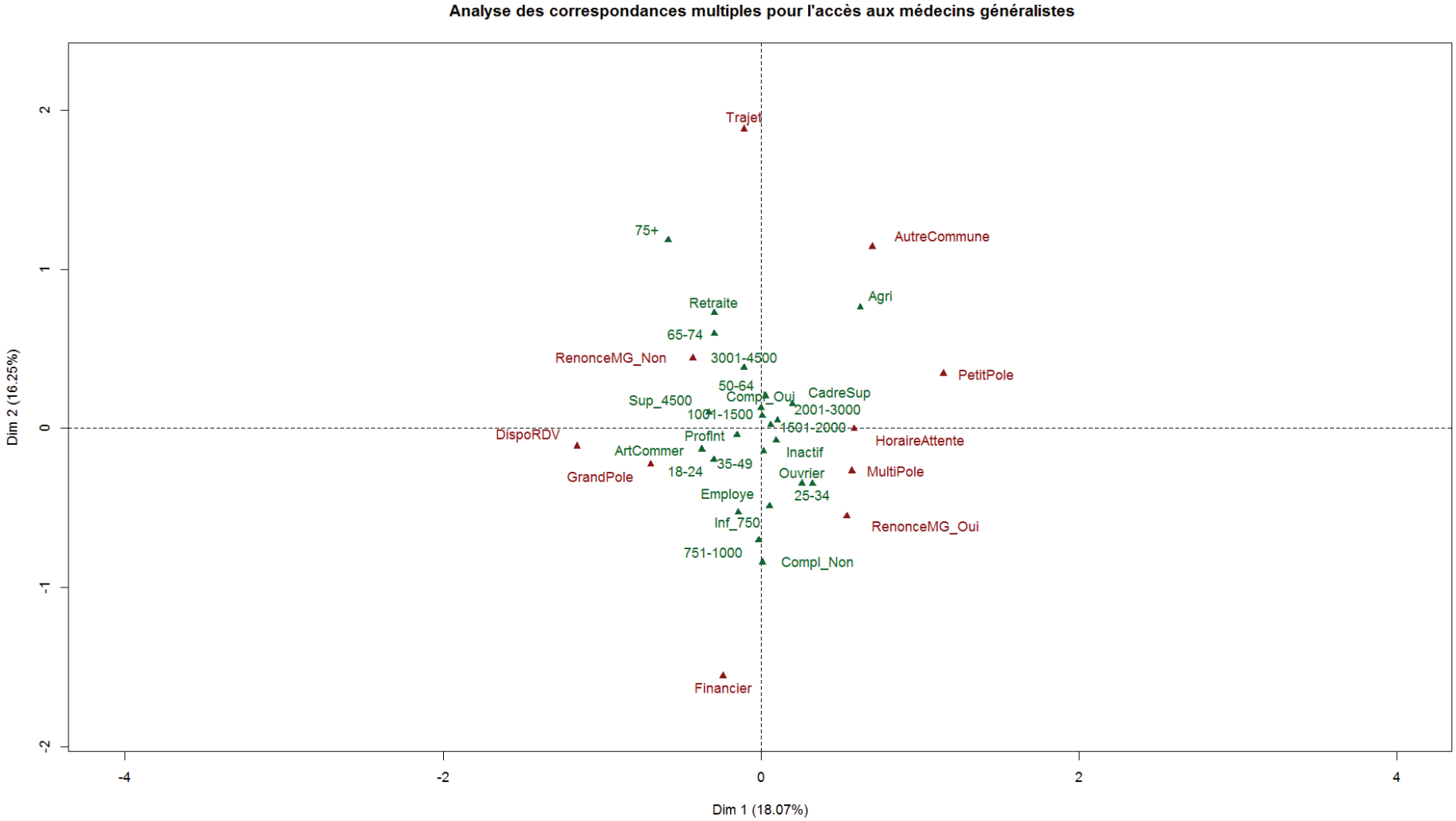


Figure 92 : Représentation des deux axes principaux de l'analyse des correspondances multiples pour l'accès aux médecins généralistes.

6.3. Résultats et discussion concernant l'accès aux médecins spécialistes

6.3.1. Quelles sont les principales difficultés des patients pour consulter un médecin spécialiste ?

- *Le manque de disponibilité du médecin pour obtenir un rendez-vous : une difficulté majeure*

L'accès aux consultations des médecins spécialistes est plus difficile que pour les médecins généralistes puisque 29% des patients ont des difficultés pour consulter un généraliste contre 68% pour les spécialistes (voir Figure 93, p. 184). La principale difficulté évoquée est la disponibilité du médecin pour obtenir un rendez-vous et elle concerne plus de quatre patients sur dix. Beaucoup moins citées, les autres difficultés sont liées au trajet pour se rendre au cabinet du spécialiste (9%), aux horaires de consultation ou au temps d'attente (8%) et aux difficultés financières (6%).

Ainsi, même pour l'accès aux consultations des médecins spécialistes, les dimensions géographiques liées au trajet et à la capacité financière ne constituent pas les difficultés majeures des patients.

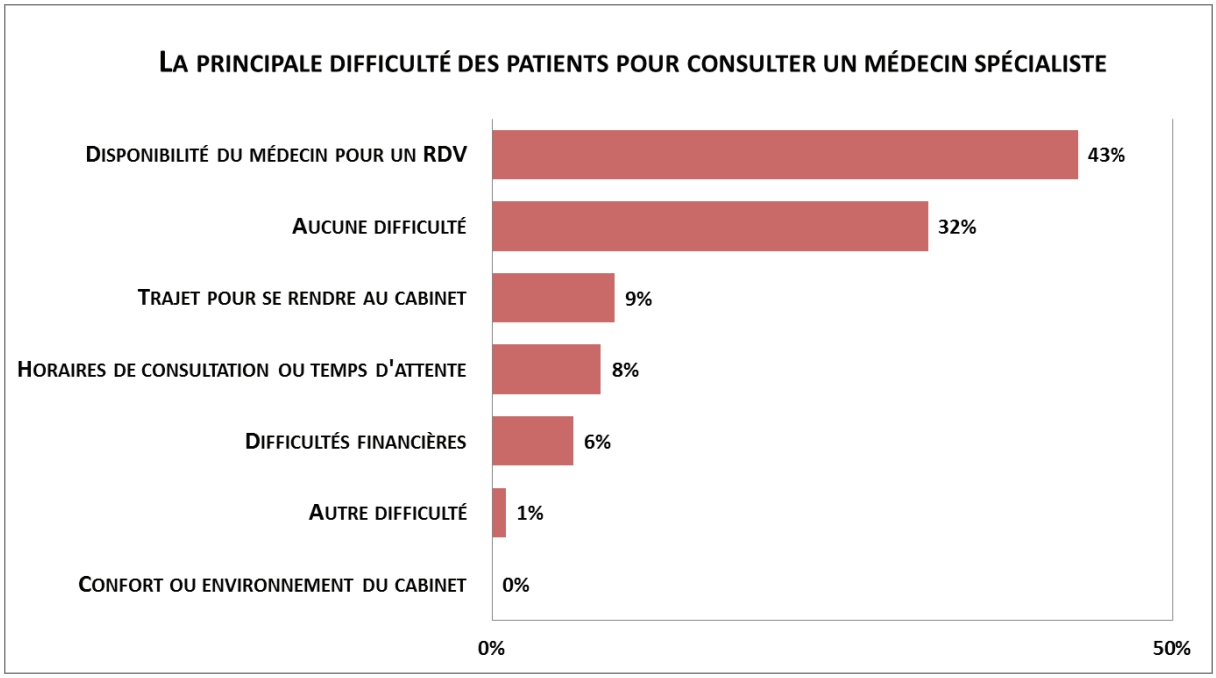


Figure 93 : La principale difficulté des patients pour consulter un médecin spécialiste.

Etant donné que la réponse « *Autre difficulté* » ne représente qu'1% des réponses et que la modalité « *Confort ou à l'environnement du cabinet* » ne correspond à aucune réponse, elles ne figurent pas dans les prochaines analyses croisées avec les autres variables.

La prise en compte de la seconde difficulté citée par les patients pour consulter un médecin spécialiste permet de vérifier si l'ordre des principales difficultés évoquées précédemment reste identique (voir Figure 93, p. 184). L'ensemble des premières et secondes difficultés citées parmi les 68% de patients ayant rencontré des difficultés pour consulter un spécialiste est représenté dans le graphique ci-dessous (voir Figure 94, p. 185). Ainsi, la principale difficulté concerne toujours la disponibilité du médecin pour obtenir un rendez-vous : 80% des personnes interrogées ont donc mentionné cet obstacle. La seconde difficulté la plus citée est celle liée aux horaires de consultation ou le temps d'attente en cabinet (35%), suivi du trajet pour se rendre au cabinet (25%), des difficultés financières (18%) et du confort ou environnement du cabinet (1%).

Ainsi, le cumul de la première et de la seconde difficulté évoquée par les patients montre l'importance de l'obstacle lié au manque de disponibilité du médecin pour obtenir un rendez-vous, puisque 80% des patients ayant eu des difficultés d'accès aux consultations partagent ce constat. De même, les difficultés liées aux horaires de consultation ou au temps d'attente en cabinet (35%), ainsi que le trajet pour se rendre au cabinet médical (25%) sont citées par un nombre relativement important de patients.

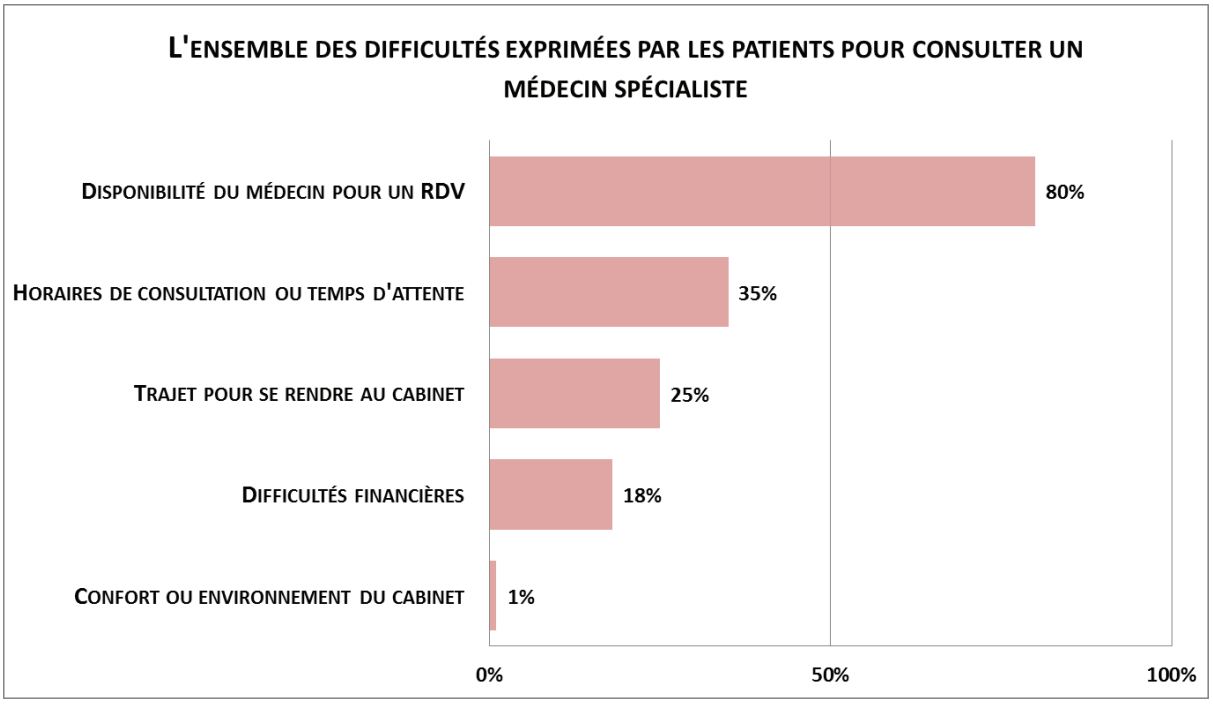


Figure 94 : L'ensemble des difficultés des patients pour consulter un médecin spécialiste.

- *Les difficultés d'accès aux consultations des médecins spécialistes varient-elles selon le type de territoire considéré ?*

Les difficultés pour consulter un médecin spécialiste semblent dépendre des départements où résident les patients (p-value de 1%), mais le nombre d'individus concernés est faible (voir Figure 95, p. 186). En effet, les patients résidant en Lozère semblent être nombreux à avoir des difficultés liées au trajet pour se rendre chez le spécialiste : bien que cette observation semble logique étant donné la réalité géographique de ce territoire, seulement 29 personnes ont été interrogées en Lozère.

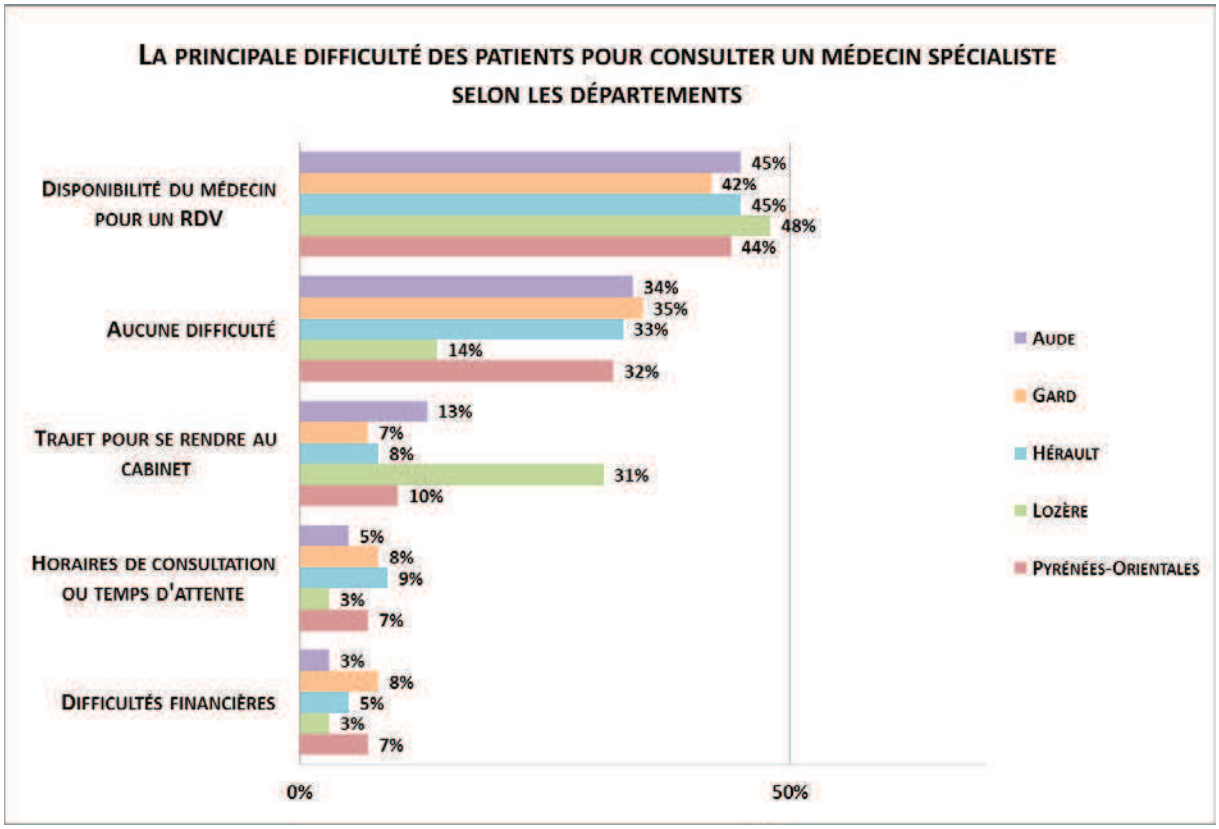


Figure 95 : La principale difficulté des patients pour consulter un médecin spécialiste selon les départements.

L'analyse par type de territoires met en valeur une dépendance avec les difficultés des patients pour consulter un spécialiste (p-value de 0,0%). La difficulté liée au trajet augmente significativement des grands pôles urbains (6%) vers les autres communes multipolarisées ou isolées (21%) (voir Figure 96, p. 187). Par ailleurs, la difficulté liée au manque de disponibilité du médecin pour obtenir un rendez-vous semble moins forte pour les habitants des autres communes multipolarisées ou isolées (34%).

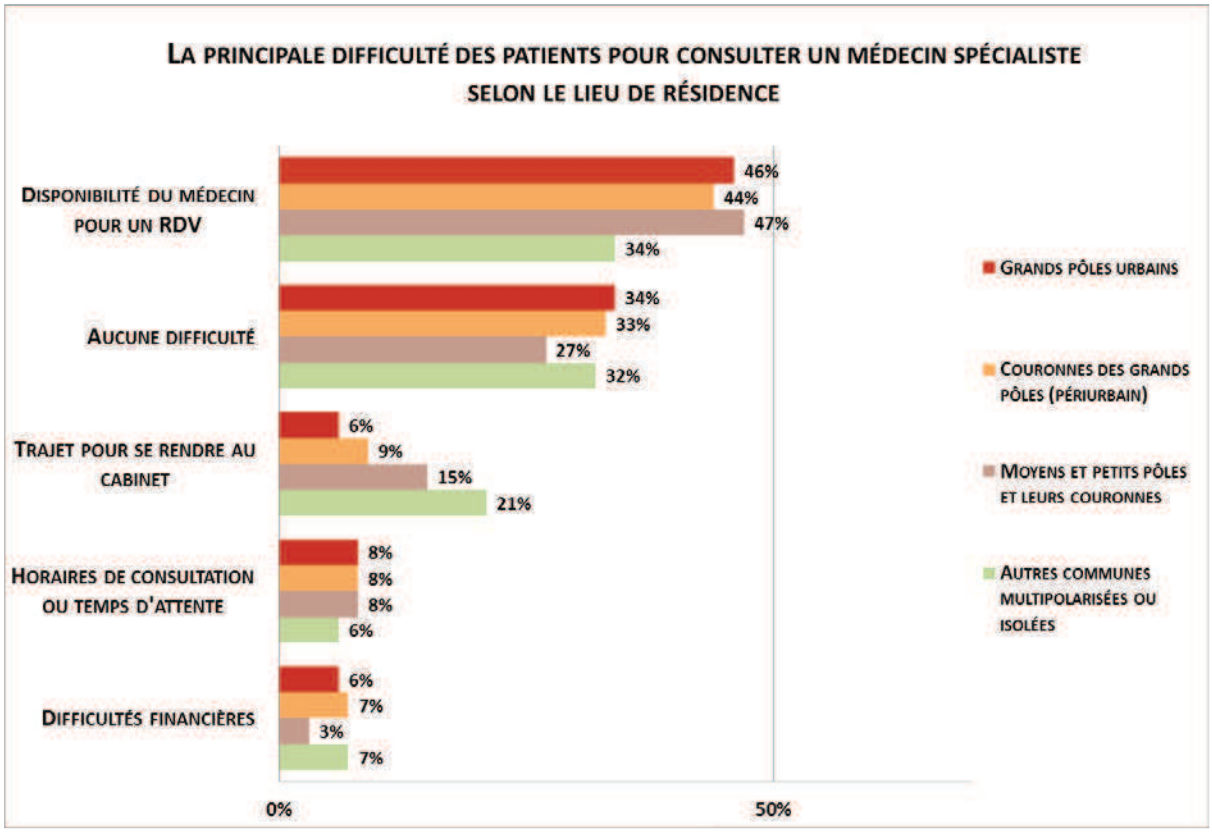


Figure 96 : La principale difficulté pour consulter un médecin spécialiste selon le lieu de résidence.

- *Les difficultés d'accès aux consultations des médecins spécialistes varient-elles selon les caractéristiques sociodémographiques de la population ?*

L'âge et les difficultés d'accès aux consultations du médecin spécialiste ont une forte relation de dépendance (p-value de 0,0%). Les patients âgés de 75 ans sont 54% à n'avoir aucune difficulté et ce sont ceux ayant le moins de difficulté vis-à-vis de la disponibilité du médecin pour obtenir un rendez-vous (27%) (voir Figure 97, p. 188). A l'inverse, les patients de 35 à 64 ans sont ceux pour qui la disponibilité du médecin pour obtenir un rendez-vous est un obstacle majeur. Tandis que la difficulté liée au trajet a tendance à augmenter avec l'âge, la difficulté liée aux horaires d'ouverture du cabinet ou à l'attente en salle d'attente diminue avec l'âge. Enfin, les difficultés financières semblent plus importantes pour les patients âgés de 35 à 49 ans.

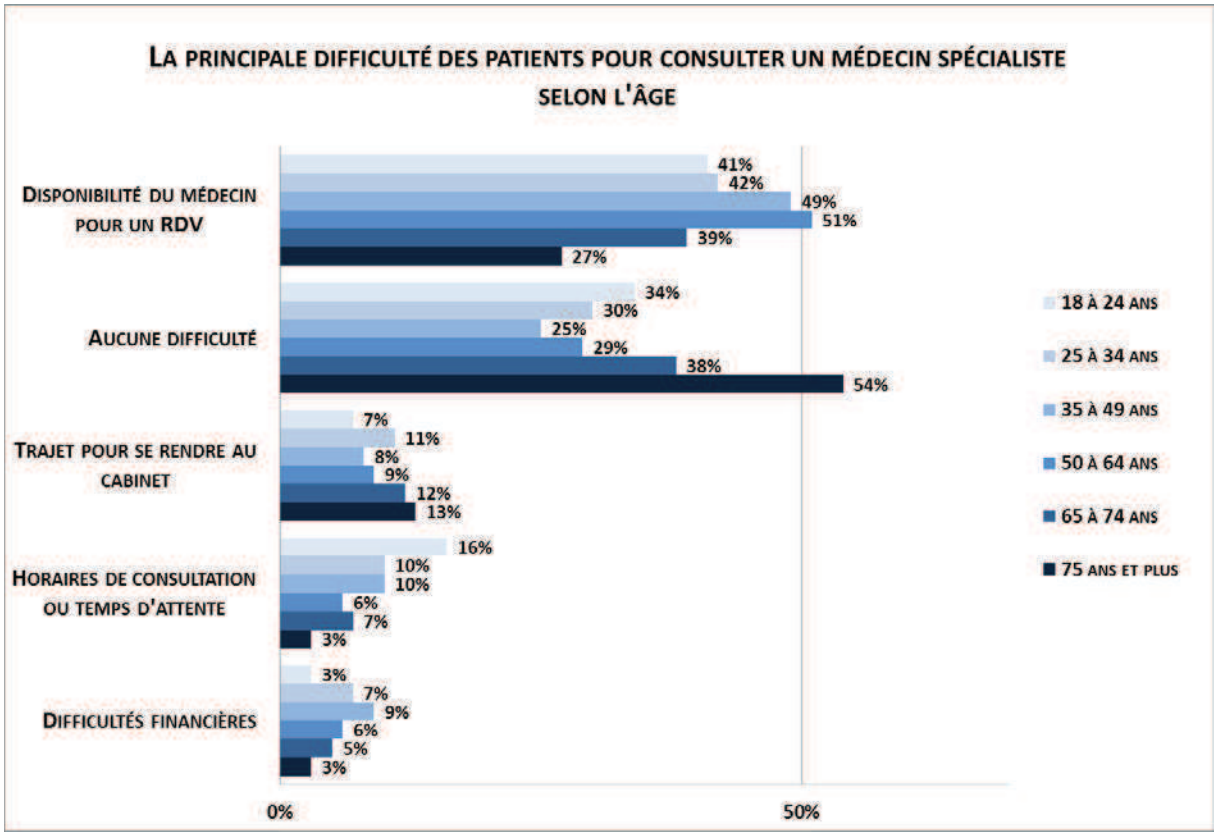


Figure 97 : La principale difficulté des patients pour consulter un médecin spécialiste selon l'âge.

Il existe également une relation de dépendance entre les difficultés pour consulter un médecin spécialiste et les catégories socio-professionnelles des patients (p-value de 0,0%). Tout d'abord, les retraités sont ceux ayant le moins de difficultés pour consulter (42%) et leurs difficultés liées à la disponibilité du médecin pour obtenir un rendez-vous sont les moins importantes des CSP (voir Figure 98, p. 189). Cette donnée rejoint le résultat précédemment cité : les patients âgés de 75 ans et plus sont ceux ayant le moins de difficultés pour consulter un médecin. D'autre part, les ouvriers ont tendance à avoir plus de difficultés financières (12%) et les cadres supérieurs ont davantage de difficultés liées à la disponibilité du médecin pour obtenir un rendez-vous (62%) et ils sont ceux ayant le plus de difficultés pour consulter un spécialiste.

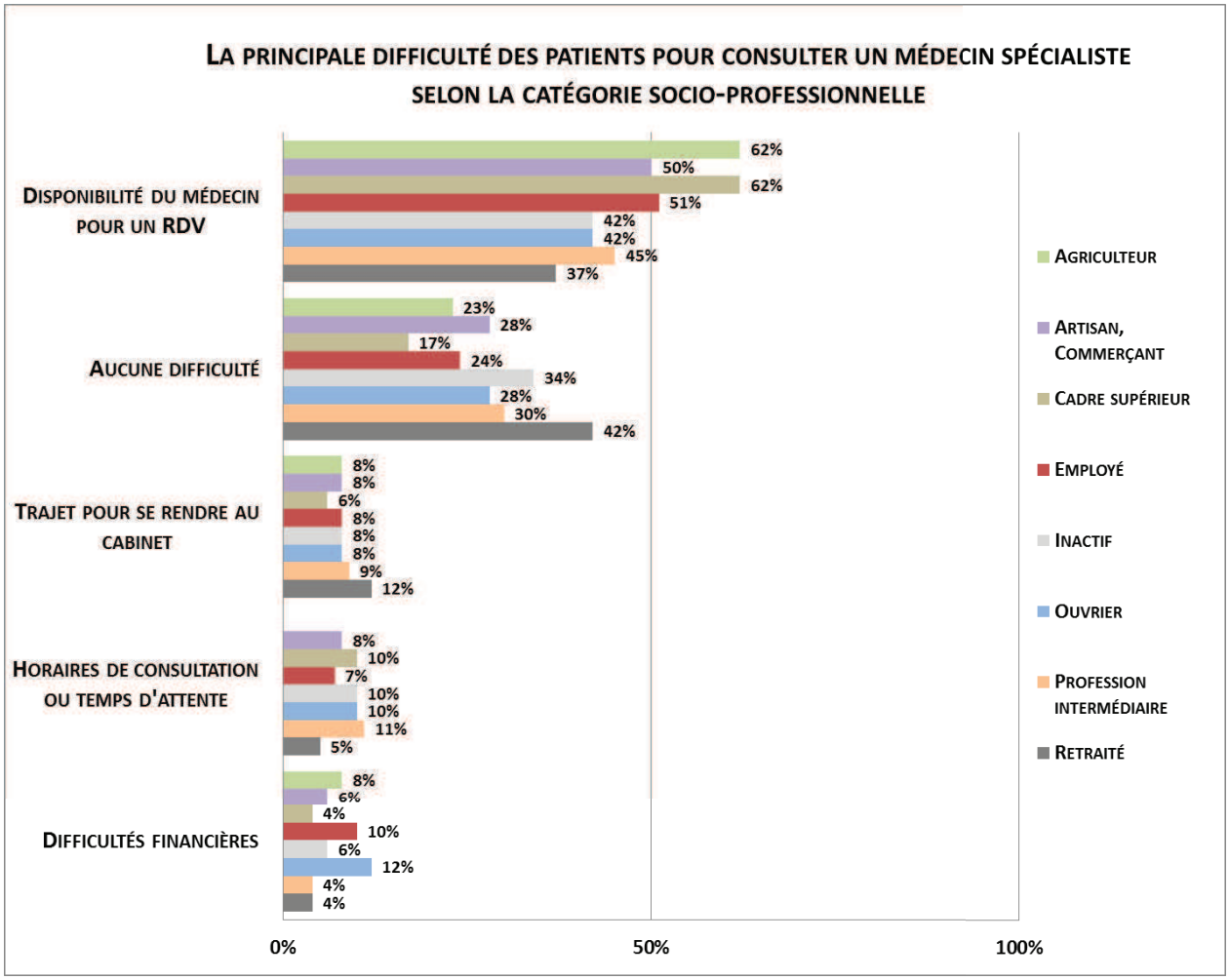


Figure 98 : La principale difficulté des patients pour consulter un médecin spécialiste selon la catégorie socioprofessionnelle.

Il est étonnant d'observer que les difficultés d'accès aux médecins spécialistes augmentent avec les revenus mensuels nets du foyer des patients (p-value de 0,0%) (voir Figure 99, p. 190). Les patients dont les revenus sont compris entre 2 001€ et 4 500€ ont le plus de difficultés liées à la disponibilité du médecin spécialiste pour obtenir un rendez-vous (entre 50 et 59%). Mais une différence importante est observée pour les personnes dont les revenus sont supérieurs à 4 500€ car ils sont ceux ayant le moins de difficultés pour consulter (62%). Parmi les 38% restant, les patients ont seulement deux types de difficultés : le manque de disponibilité du médecin pour obtenir un rendez-vous (53%) et des horaires de consultation inadéquats ou un temps d'attente trop long en cabinet (9%). Ces résultats sont à mettre en perspective avec la CSP des cadres supérieurs qui ont davantage de difficultés liées à la disponibilité du médecin pour obtenir un rendez-vous. Il serait intéressant de mener une étude pour connaître les causes de ces difficultés : sont-elles liées à un manque de disponibilité des cadres supérieurs (nombreuses responsabilités et emplois du temps chargés) ou bien, sont-ils davantage informés de leur état de santé et de leur

nécessité de consulter un spécialiste contrairement à des populations plus précaires ne pouvant identifier leurs besoins de soins ?

En revanche, les patients dont les revenus mensuels nets du foyer sont inférieurs à 1 500€ ont moins de difficultés liées à la disponibilité du médecin pour obtenir un rendez-vous (35 à 40%) mais davantage concernant le trajet pour se rendre au cabinet (12 à 18%) ou les difficultés financières (7 à 16%).

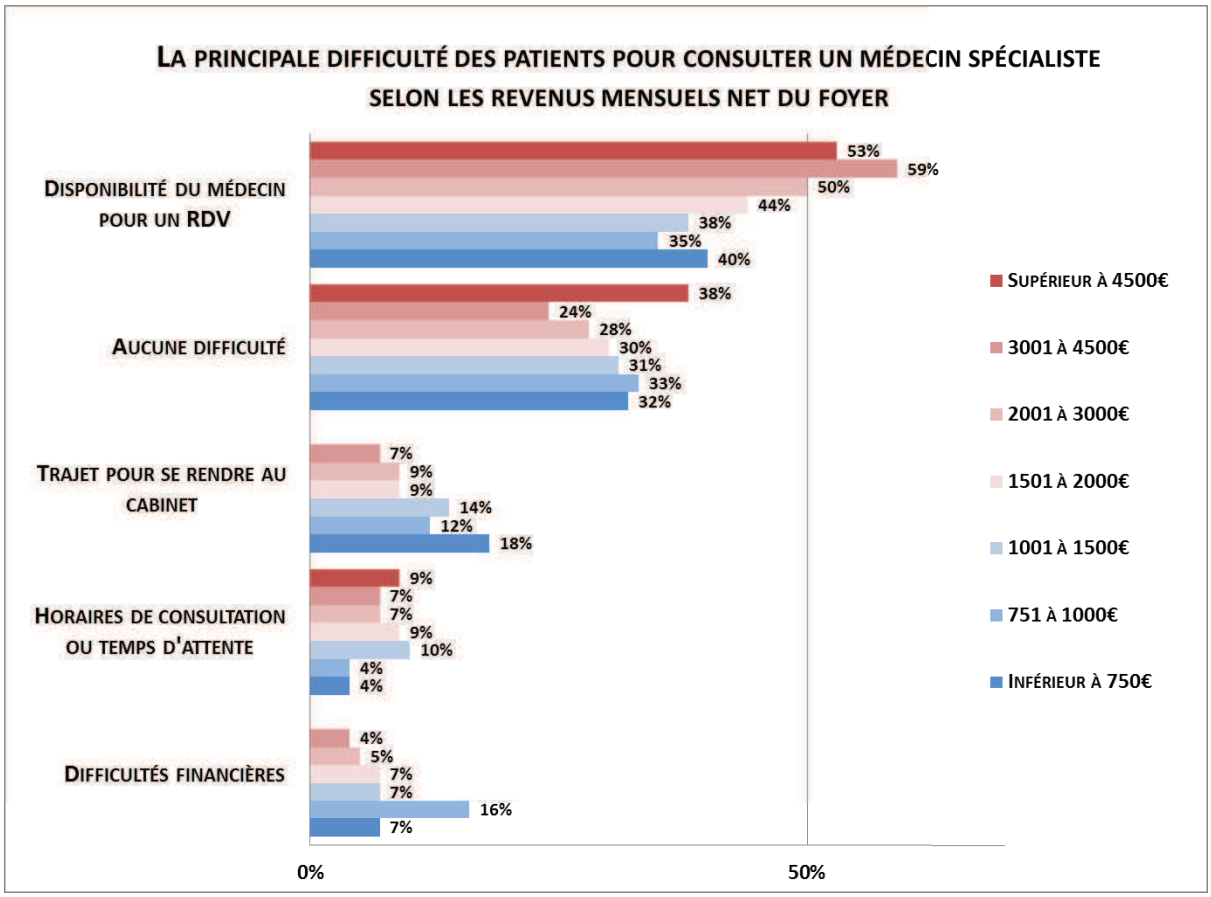


Figure 99 : La principale difficulté des patients pour consulter un médecin spécialiste selon les revenus mensuels nets du foyer.

Contrairement aux médecins généralistes, les difficultés d'accès pour consulter un médecin spécialiste dépendent du niveau de diplôme du patient (p-value de 0,0%). Il est marquant d'observer que les 94 patients ayant arrêté leurs études après l'obtention du certificat d'études primaires sont 55% à n'avoir aucune difficulté pour consulter un spécialiste (voir Figure 100, p. 191). Ils sont également ceux à avoir le moins de difficultés liées à la disponibilité du médecin pour obtenir un rendez-vous (22%) ou aux horaires de consultation ou au temps d'attente en cabinet (3%). En revanche, les 152 personnes interrogées ayant un niveau Master ou plus (bac plus 5 et plus) sont 60% à rencontrer des difficultés liées à la disponibilité du médecin pour obtenir un rendez-vous et seulement 25% d'entre eux n'ont aucune difficulté pour consulter un

spécialiste. De la même façon, une étude complémentaire permettrait de comprendre ces résultats, il est possible que les personnes ayant un niveau de diplôme élevé (niveau Master et plus) ainsi que ceux ayant des revenus relativement élevés (supérieurs à 3 000€) et les cadres supérieurs sont des patients ayant peu de temps pour consulter un spécialiste.

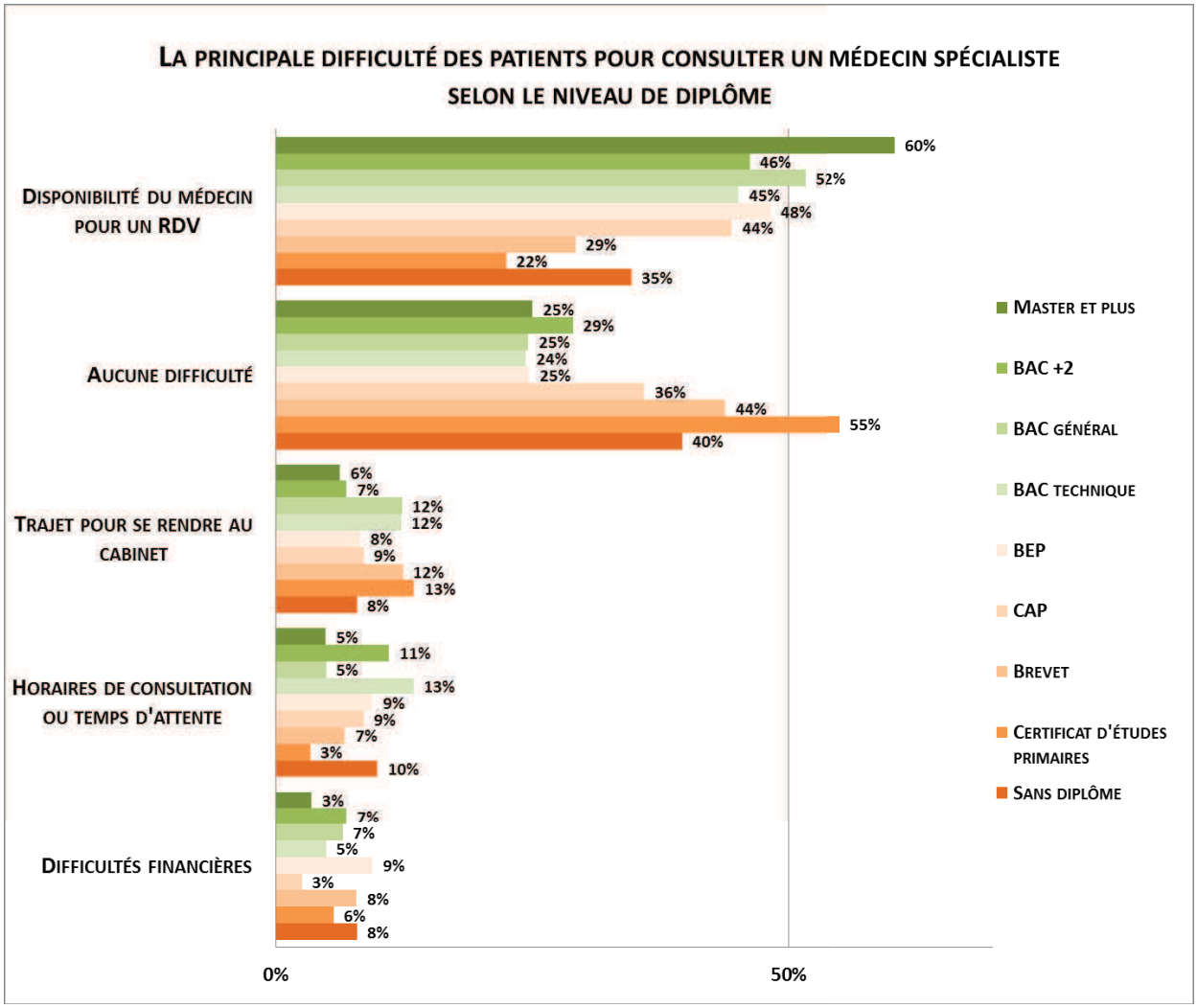


Figure 100 : La principale difficulté des patients pour consulter un médecin spécialiste selon le niveau de diplôme.

Enfin, les difficultés pour consulter un médecin spécialiste ne semblent pas dépendre de l'adhésion à la CMU (p-value de 26%) ou à une complémentaire santé (p-value de 43%). Les patients ayant la CMU sont 3% à avoir des difficultés financières contre 6% chez ceux ne bénéficiant pas de la CMU. De même, les patients ayant une complémentaire santé sont 6% à avoir des difficultés financières contre 10% chez ceux n'ayant pas de complémentaire.

Notons également que notre échantillon ne révèle pas de dépendance entre les difficultés pour consulter un médecin spécialiste et le sexe des patients (p-value de 9%).

6.3.2. Le renoncement aux consultations des médecins spécialistes

Tout comme pour le renoncement aux médecins généralistes, il s'agit d'observer si les degrés de difficultés et d'insatisfaction conduisent les personnes à renoncer à consulter des médecins spécialistes. Tandis que le taux de renoncement est de 11% pour consulter un généraliste, il est de 24% pour un spécialiste (voir Figure 101, p. 192). Les personnes n'ayant jamais renoncé à consulter sont 76% et parmi le quart restant, 8% ont renoncé une seule fois et 15%, plusieurs fois.

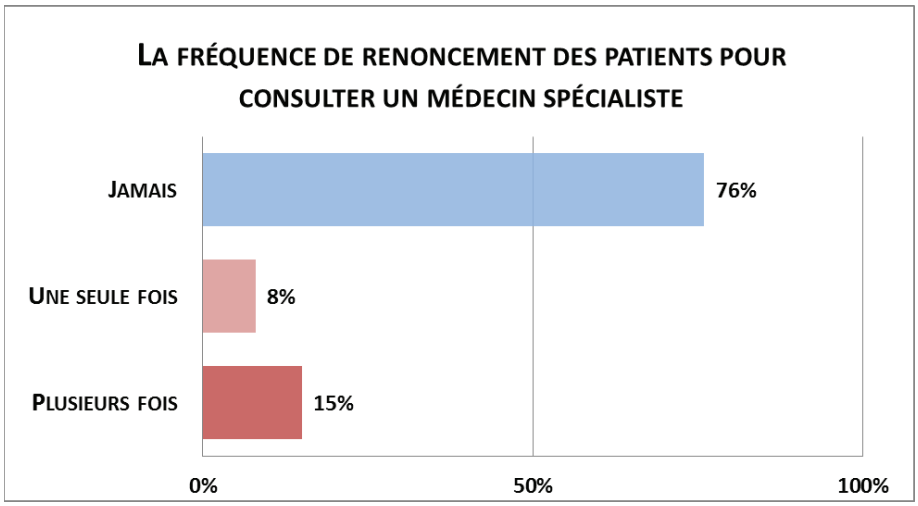


Figure 101 : La fréquence de renoncement des patients pour consulter un médecin spécialiste.

Le manque de disponibilité du médecin pour obtenir un rendez-vous, principale difficulté pour 43% des patients, constitue le premier motif de renoncement pour 78% des personnes interrogées (voir Figure 102, p. 193). Le second motif de renoncement aux consultations des spécialistes concerne les horaires de consultation inadéquats ou un temps d'attente trop longs (37%), puis les difficultés financières (27%). Notons que la seconde difficulté évoquée pour consulter un spécialiste : le trajet pour se rendre au cabinet médical (9%), constitue la quatrième cause de renoncement.

Représentant respectivement 0% et 1% des réponses à la question concernant la principale difficulté pour consulter un spécialiste, les modalités de réponses liées au « C*onfort ou à l'environnement du cabinet* » ou la réponse « *Autre difficulté* » ont été retirées des résultats concernant le renoncement.

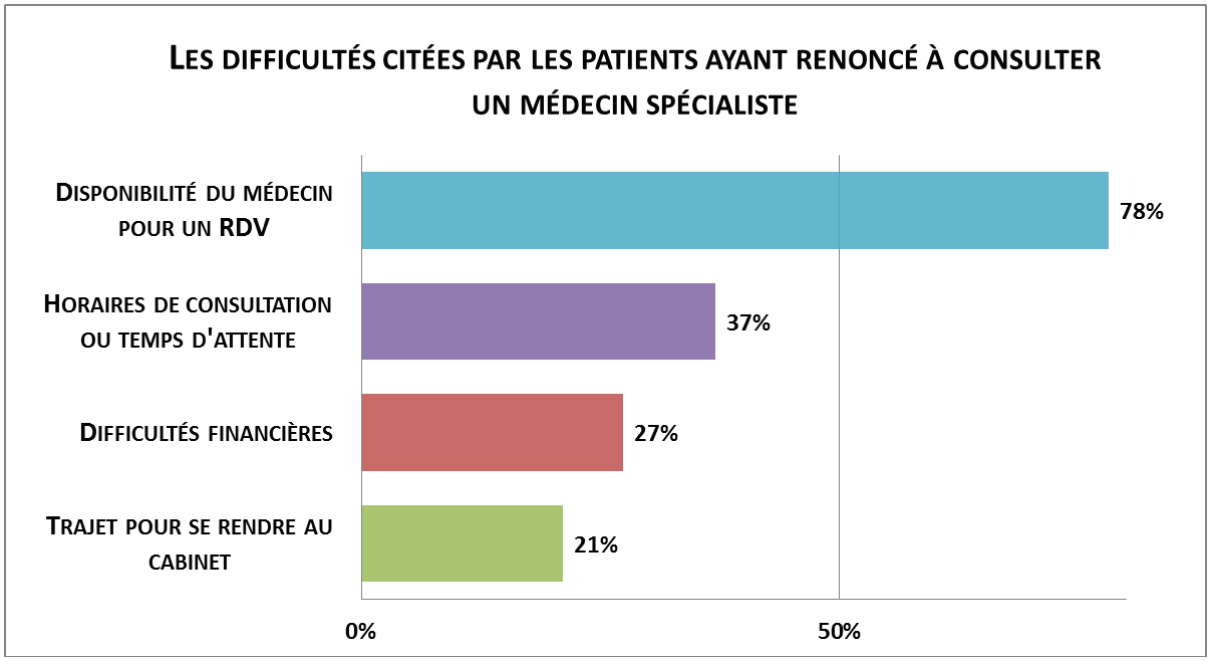


Figure 102 : Les patients ayant renoncé à consulter un médecin spécialiste selon leur principale difficulté.

L'enquête IFOP menée à l'échelle nationale[45] montre que la principale cause de renoncement aux médecins spécialistes est également « *la difficulté d'obtenir un rendez-vous dans un délai suffisamment rapide* », citée par 58% des personnes interrogées (contre 78% dans notre étude). Malheureusement « *les horaires de consultation inadéquats ou une attente trop longue en cabinet* » : second motif de renoncement dans notre étude, n'est pas une modalité du questionnaire de l'enquête IFOP réalisée à l'échelle nationale. En revanche, le renoncement lié au « *coût de la consultation* » concerne 37% des patients contre 27% dans notre étude (qui comprend l'ensemble des difficultés financières et pas seulement le coût de la consultation). Enfin, « *l'éloignement géographique* » est un motif de renoncement pour 15% des personnes interrogées contre 21% dans notre étude (qui comprend l'ensemble de difficultés liées au trajet pour se rendre au cabinet et pas seulement l'éloignement). Plus encore que pour le renoncement aux médecins généralistes, le renoncement aux médecins spécialistes a très fortement progressé entre 2007 et 2011, quels que soient les motifs de renoncement[46] : + 26% concernant « *la difficulté d'obtenir un rendez-vous dans un délai suffisamment rapide* », +24% pour le « *coût de la consultation* » et +19% pour « *l'éloignement géographique* ».

[45] Enquête IFOP pour Jalma, de septembre à octobre 2011, auprès d'un échantillon représentatif de 1 001 personnes en France âgée de 18 ans et plus, par questionnaire auto-administré en ligne, http://www.leciss.org/sites/default/files/111030_Enquete_IFOP-JALMA_nov2011.pdf

[46] Les résultats de 2007 sont issus d'une enquête Ipsos/CISS réalisée par téléphone du 15 au 24 septembre 2007 auprès de 919 Français âgés de 15 ans et plus. Le mode de recueil étant différent de l'étude IFOP (internet), les résultats sont à interpréter avec prudence.

Ainsi, les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous deviennent un obstacle majeur pour consulter un médecin généraliste. Cette augmentation des délais a engendré une régression de la position de la France dans le classement européen selon l'*indice des « Consommateurs de la Santé en Europe »* (l'*EuroHealth Consumer Index*)[47] présenté chaque année devant le Parlement Européen à Bruxelles. Le classement de la France recule depuis 2005 et en 2012, elle était en huitième position parmi 34 pays.

Concernant la probabilité de renoncer suivant la difficulté évoquée, les résultats montrent que les personnes ayant une difficulté financière pour consulter ont tendance à davantage renoncer que les autres (55%) (voir Figure 103, p. 194).

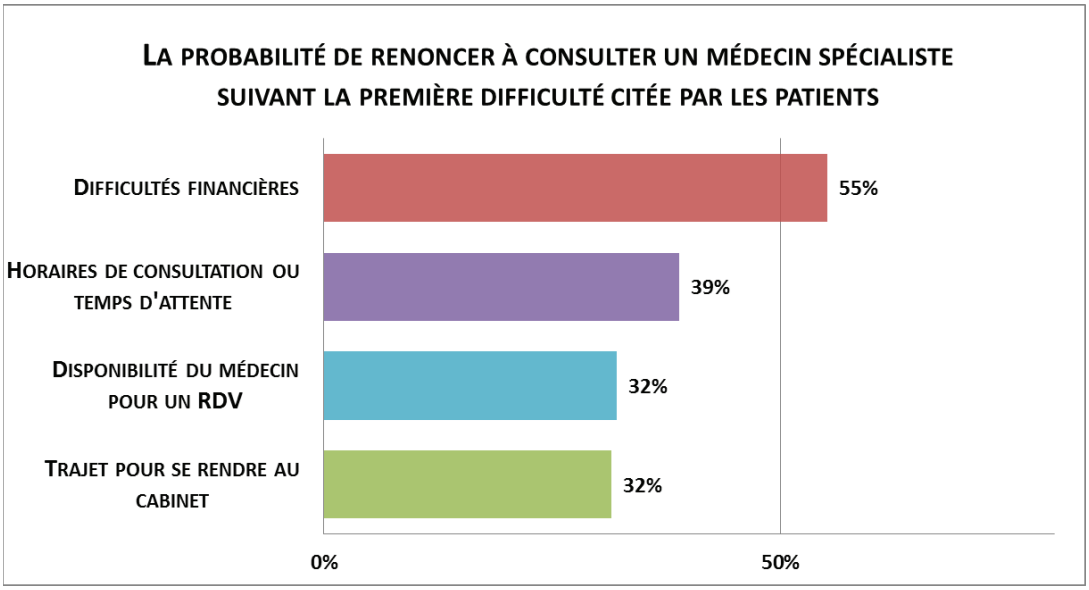


Figure 103 : La probabilité de renoncer à consulter un médecin spécialiste suivant la première difficulté citée par les patients.

Les difficultés financières ont été perçues par les patients comme étant plus importantes que celles liées aux autres dimensions de l'accès et elles conduisent davantage à renoncer à consulter. Par ailleurs, la probabilité de renoncer à consulter un spécialiste si les patients ont pour principale difficulté les horaires de consultation où le temps d'attente est de 39%. Cette probabilité correspond à 32% pour la difficulté liée à la disponibilité du médecin pour obtenir un rendez-vous et également à 32% concernant le trajet pour se rendre au cabinet. Ainsi, l'ordre et les proportions de la probabilité de renoncer à consulter un médecin spécialiste suivant la première difficulté évoquée par les patients sont les mêmes que pour les médecins généralistes.

[47] www.healthpowerhouse.com

Le renoncement aux consultations des médecins spécialistes dépend des mêmes variables que pour le renoncement aux médecins généralistes : l'âge du patient, sa catégorie socioprofessionnelle et son adhésion à une complémentaire santé. De même, aucune dépendance n'est observée concernant le département de la personne interrogée, le lieu de résidence (ZAU), les revenus mensuels nets du foyer, le niveau de diplôme ou l'adhésion à la CMU.

Parmi les 238 personnes ayant renoncé à consulter un médecin spécialiste, les résultats montrent que le taux de renoncement diminue avec l'augmentation de l'âge des individus (voir Figure 104, p. 195).

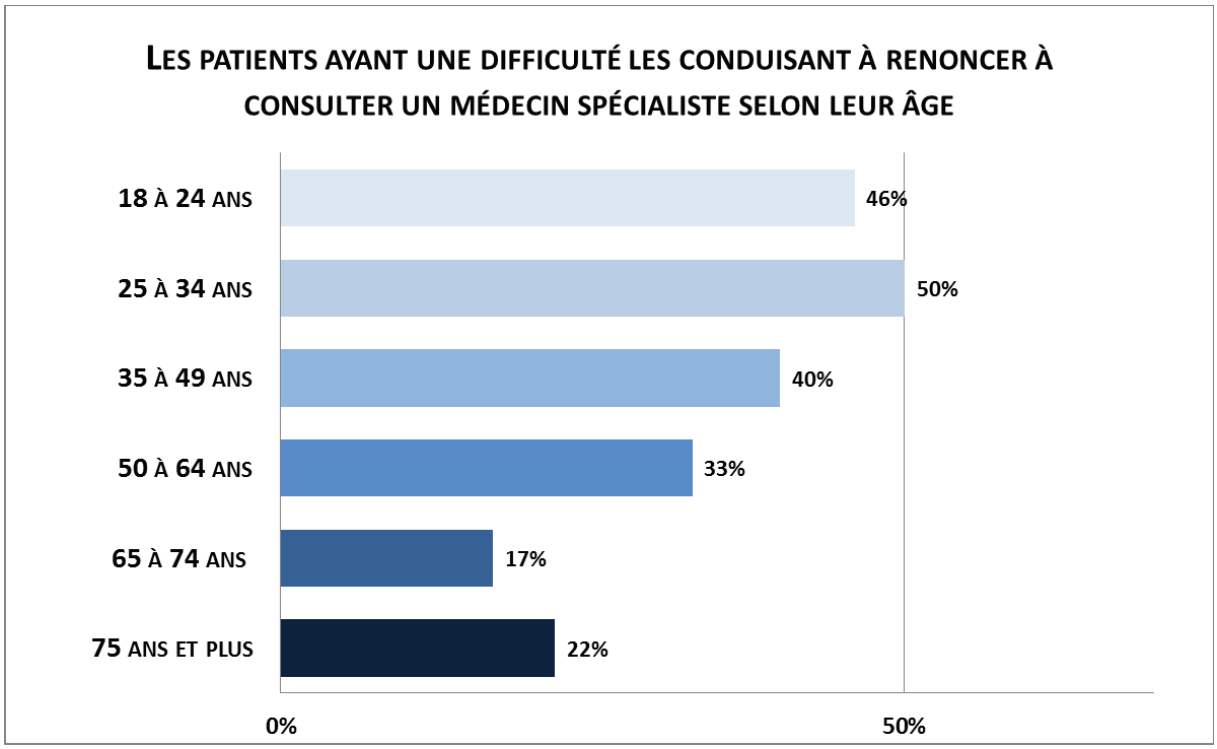


Figure 104 : Les patients ayant une difficulté les conduisant à renoncer à consulter un médecin spécialiste selon leur âge.

Les personnes âgées de 25 à 34 ans sont 50% à avoir renoncé à consulter contre 17% chez les 65 à 74 ans. Ainsi, cette enquête a permis de mettre en évidence que les personnes de plus de 65 ans sont celles ayant le moins de difficultés pour consulter un généraliste ou un spécialiste et elles ont le plus faible taux de renoncement. A l'inverse, les jeunes de moins de 35 ans semblent être une population particulièrement vulnérable aux difficultés d'accès aux soins et au renoncement.

Les résultats montrent également que les retraités sont ceux qui renoncent le moins à consulter un médecin spécialiste (23%) (voir Figure 105, p. 196), contrairement aux employés (48%) et aux artisans-commerçants (50%) : ces professions laissant peu de temps disponible. Les

données concernant les agriculteurs sont à analyser avec prudence puisque cette classe ne contient que 10 individus.

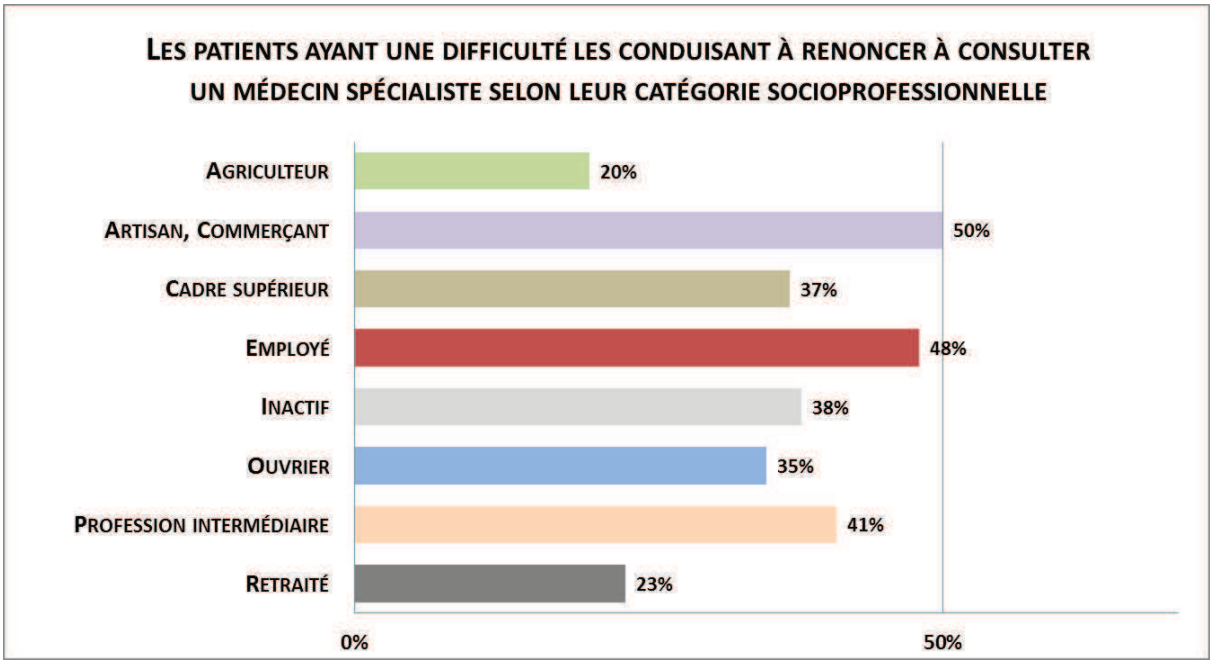


Figure 105 : Les patients ayant une difficulté les conduisant à renoncer à consulter un médecin spécialiste selon leur catégorie socioprofessionnelle.

Comme pour le renoncement aux médecins généralistes, il existe une dépendance entre le renoncement aux spécialistes et l'adhésion à une complémentaire santé du patient (p-value de 0,0%) (Figure 106, p. 196). Ainsi, les patients ayant une complémentaire sont 33% à avoir renoncé à consulter un spécialiste contre 56% pour ceux ne disposant pas de complémentaire.

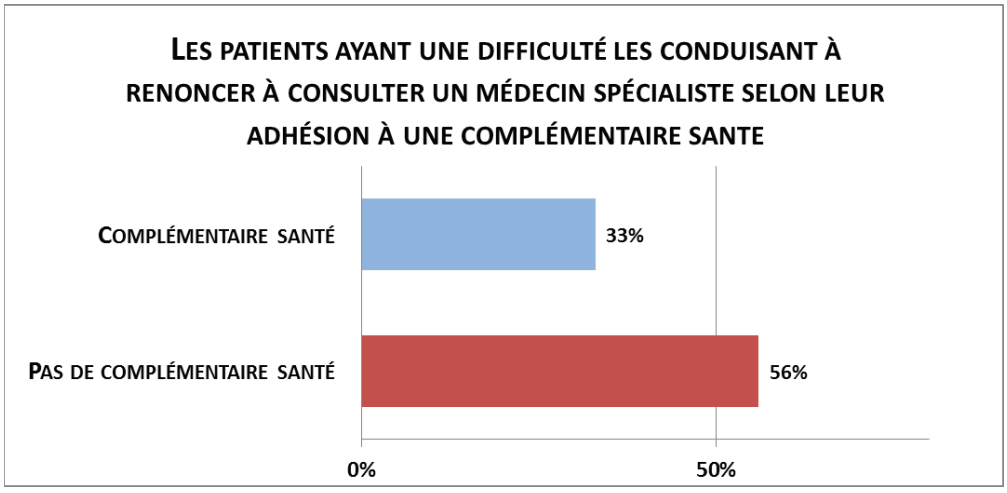


Figure 106 : Les patients ayant une difficulté les conduisant à renoncer à consulter un médecin spécialiste selon leur adhésion à une complémentaire santé.

L'ophtalmologie est la spécialité la plus fréquemment citée (43%) par les patients qui ont renoncé à consulter un médecin spécialiste (voir Figure 107, p. 197). La deuxième spécialité la plus citée est la dermatologie (23%), suivie de la gynécologie (17%). Ces trois spécialités sont reconnues pour avoir de longs délais pour obtenir un rendez-vous. En effet, dans cette étude, parmi les personnes ayant renoncé à consulter un ophtalmologue, 60% d'entre elles ont évoqué le manque de disponibilité du médecin pour obtenir un rendez-vous. Pour le renoncement aux dermatologues et aux gynécologues, le manque de disponibilité du médecin est également le premier motif de renoncement pour 76% et 54% des personnes interrogées.

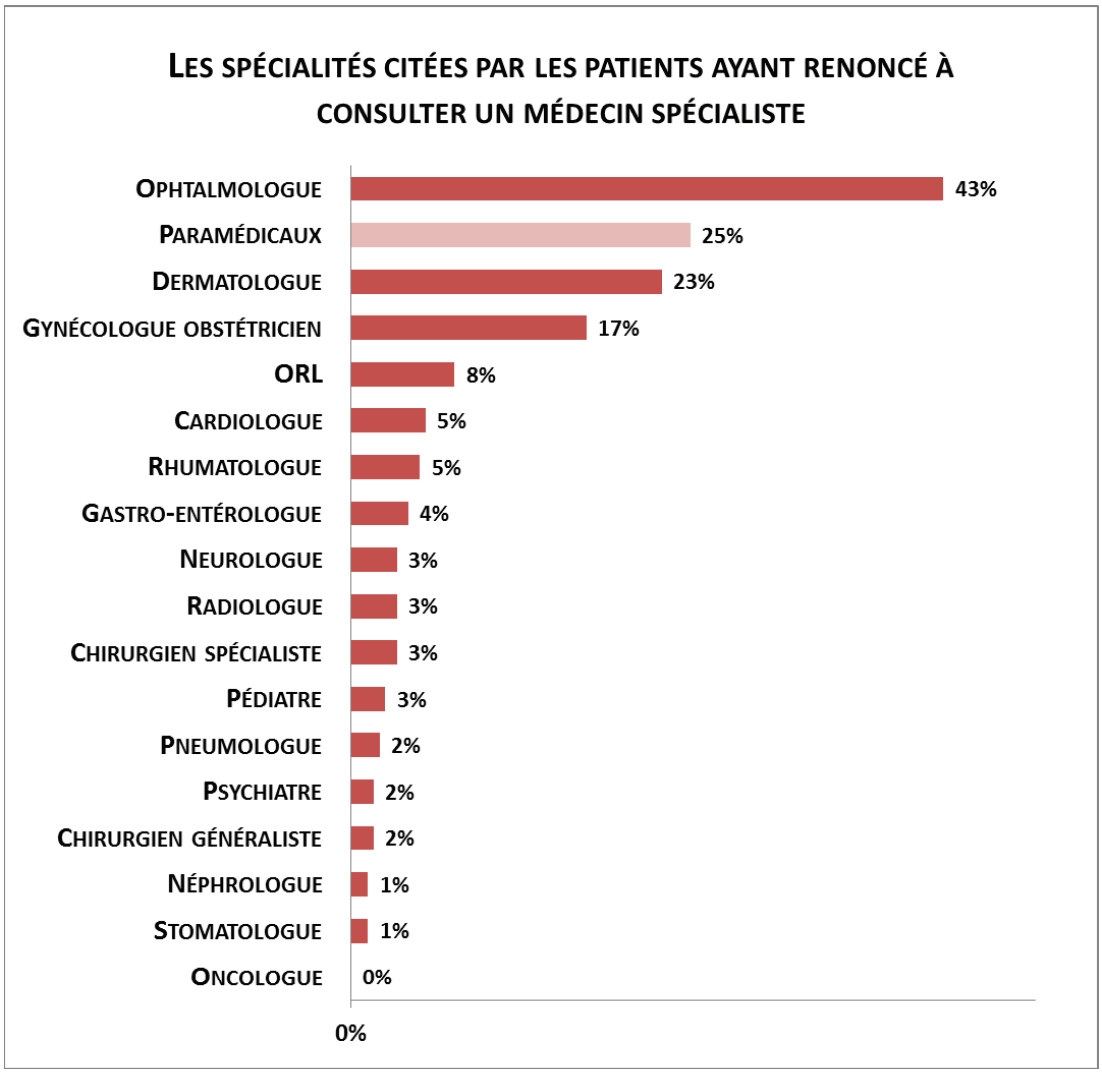


Figure 107 : Les spécialités citées par les patients ayant renoncé à consulter un médecin spécialiste.

Parmi les 238 personnes ayant renoncé à consulter un médecin spécialiste, 59 ont cité à la fois des professionnels de santé médicaux et paramédicaux, confondant ainsi les deux types de professionnels. Ainsi, parmi les 25% de personnes ayant cité des professionnels paramédicaux, 44% concernent les dentistes, chirurgiens-dentistes, orthodontistes et 10%, les kinésithérapeutes.

Par ailleurs, une enquête menée à l'échelle nationale[48] permet de préciser les résultats obtenus. Cette enquête vise à contacter par téléphone 10% des effectifs des ophtalmologues, des gynécologues et des radiologues afin de demander un rendez-vous rapide pour une consultation dans plus de 170 villes en France, dont 7 en Languedoc-Roussillon (voir Figure 108, p. 198).

Villes du Languedoc-Roussillon	Ophtalmologie		Gynécologie		Radiologie dentaire	
	Délai d'attente (jour)	Tarif (euros)	Délai d'attente (jour)	Tarif (euros)	Délai d'attente (jour)	Tarif (euros)
Alès (Gard)	12	42€	27	44€	6	90€
Béziers (Hérault)	20	34€	53	39€	21	125€
Carcassonne (Aude)	35	77€	39	29€	19	150€
Montpellier (Hérault)	40	44€	12	33€	7	158€
Narbonne (Aude)	147	34€	33	49€	8	150€
Nîmes (Gard)	44	40€	10	43€	11	141€
Perpignan (Pyrénées-Orientales)	49	40€	75	33€	11	165€
Moyenne obtenue en Languedoc-Roussillon	50 jours	44€	35 jours	39€	12 jours	140€
Moyenne nationale	115 jours	39€	41 jours	36€	11 jours	146€

Figure 108 : Délais d'attente et tarifs moyens pour une consultation en ophtalmologie, gynécologie et radiologie dentaire dans sept villes en Languedoc-Roussillon.

L'ophtalmologie et la gynécologie sont deux spécialités dont la fréquence de renoncement des patients est la plus forte en Languedoc-Roussillon. Pourtant, en moyenne, les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous sont près de deux fois moins longs qu'à l'échelle nationale (50 jours contre 150 jours). Mais ce délai suffit à créer un renoncement pour 43% des personnes ayant renoncé à un médecin spécialiste. De plus, cette attente varie très fortement suivant la ville considérée. Ainsi, il y a douze fois plus d'attente entre Alès (Gard) qui a un délai moyen de 12 jours et Narbonne (Aude) dont le délai est de 147 jours (soit près de cinq mois). Le tarif moyen de la consultation est de 44 euros, soit 5 euros de plus que pour l'ensemble de la France mais il varie du simple au double : 34€ pour Béziers (Hérault) et Narbonne et 77€ pour Carcassonne (Aude). Précisons que ces données concernent essentiellement les principales villes de l'Hérault, du Gard et de l'Aude. L'étude n'a pas recueilli les données en Lozère (par exemple, pour Mende), et une seule ville est concernée en Pyrénées-Orientales.

[48] Enquête réalisée par SantéClair pour le journal Capital, réalisée entre mars et novembre 2012 auprès d'un échantillon de 600 ophtalmologues, 500 gynécologues et 470 cabinets de radiologie (soit 10% des effectifs totaux) en secteur 1 et 2.

Concernant les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous en gynécologie, les écarts avec la moyenne nationale sont moins élevés : 35 jours en Languedoc-Roussillon, contre 41 jours en France. Les écarts entre les villes sont également importants avec une attente de dix jours pour une consultation à Nîmes (Gard) et un délai de 75 jours à Perpignan (Pyrénées-Orientales). Le montant moyen de la consultation est également plus élevé que celui de la moyenne nationale, mais de 3 euros seulement. En Languedoc-Roussillon, les écarts vont de 29€ à Carcassonne à 49€ à Narbonne. Ainsi, un délai d'un peu plus d'un mois suffit à induire un renoncement pour 17% des personnes ayant renoncé à un médecin spécialiste.

Enfin, pour les consultations concernant la radiologie dentaire, le délai d'attente moyen en Languedoc-Roussillon (12 jours) est proche de celui de l'ensemble de la France (11 jours), tout comme le montant moyen de l'acte d'imagerie (140€ en Languedoc-Roussillon contre 146€). Les écarts concernant les délais d'attente vont de 6 jours à Alès à 21 jours à Béziers et les écarts liés au montant de l'acte vont de 90€ à Alès à 165€ à Perpignan.

Notons qu'aucune dépendance n'est observée entre le renoncement pour consulter un médecin spécialiste et le sexe des patients (p-value de 7%).

6.3.3. Une analyse des correspondances multiples pour l'accès aux médecins spécialistes

Comme pour l'accès aux médecins généralistes, une analyse des correspondances multiples (ACM) a été réalisée pour observer les relations entre les difficultés et le renoncement pour consulter un médecin spécialiste ainsi que le lieu de résidence des patients selon le zonage en aires urbaines (Figure 109, p. 201). Ces trois éléments sont des variables actives tandis que l'âge, la catégorie socioprofessionnelle, le niveau de diplôme, les revenus mensuels nets du foyer et l'adhésion à une complémentaire santé sont des variables supplémentaires. L'analyse des deux axes principaux (axe 1 : 17,77% et axe 2 : 16,42%) met en évidence les mêmes conclusions que les analyses croisées précédemment effectuées. Notons que les modalités de réponses « *Confort ou à l'environnement du cabinet* » (0% des réponses) et « *Autre difficulté* » (1% des réponses) ont été retirées de cette analyse.

Cette ACM permet de distinguer quatre classes. L'axe 1 discrimine les personnes ayant renoncé à consulter un médecin spécialiste (contribution de 22%) et ceux n'ayant jamais renoncé (contribution de 12%) tandis que l'axe 2 oppose les personnes ayant des difficultés liées au trajet pour se rendre chez les spécialistes (contribution de 24%) à celles ayant des difficultés liées au manque de disponibilité du médecin pour obtenir un rendez-vous (contribution de 10%).

L'ensemble des contributions des modalités actives ainsi que leurs abréviations sont disponibles en Annexe A, Figure 184, page 407.

La première classe regroupe les personnes ayant tendance à renoncer à consulter, une ou plusieurs fois. Elles ont tendance à avoir des difficultés financières (contribution de 16%) et à résider dans les grands pôles urbains (9%). De plus, le renoncement est proche des variables complémentaires correspondant aux jeunes de moins de 35 ans, aux artisans, commerçants, ouvriers et employés et à ceux n'ayant pas de complémentaire santé.

La deuxième classe concerne les personnes qui ne renoncent pas à consulter et qui ont pour principale difficulté le trajet pour se rendre au cabinet du spécialiste (contribution de 13%). Ces personnes résident principalement dans les moyens et petits pôles et leurs couronnes (contribution de 22%), elles ont tendance à être des agriculteurs et des retraités, âgées de 65 ans et plus, ayant pour niveau de diplôme, le certificat d'études primaires.

L'axe 2 discrimine les patients ayant des difficultés liées au trajet pour se rendre chez les spécialistes (troisième classe) et ceux ayant des difficultés liées au manque de disponibilité du médecin pour obtenir un rendez-vous (quatrième classe). La difficulté liée au trajet est proche de la variable correspondant aux autres communes multipolarisées ou isolées (contribution de 32%) et aux personnes ayant également des difficultés financières (contribution de 15%). Les coordonnées des variables complémentaires indiquent qu'il s'agit notamment d'agriculteurs et d'ouvriers ayant un niveau de diplôme correspondant au certificat d'études primaires ou au brevet des collèges et ayant des revenus mensuels nets du foyer inférieurs à 1 500€.

A l'opposé, mais avec des contributions à l'axe 2 bien plus faibles, se trouve la modalité correspondant au manque de disponibilité du médecin pour obtenir un rendez-vous (contribution de 10%), elle est proche des grands pôles urbains (contribution de 8%). Il s'agit, comme nous l'avons observé lors de l'analyse croisée, des jeunes âgées de 18 à 24 ans mais aussi des cadres supérieurs, ayant un niveau de diplôme Master et plus et des revenus mensuels nets du foyer supérieurs à 4 500€.

Ainsi, l'ACM permet une synthèse de l'information en quatre classes et donc une mise en valeur des logiques de l'accès aux consultations de spécialités sur les territoires à travers les relations entre les difficultés et le renoncement pour consulter, mais en tenant compte également du lieu de résidence et des caractéristiques sociodémographiques des patients.

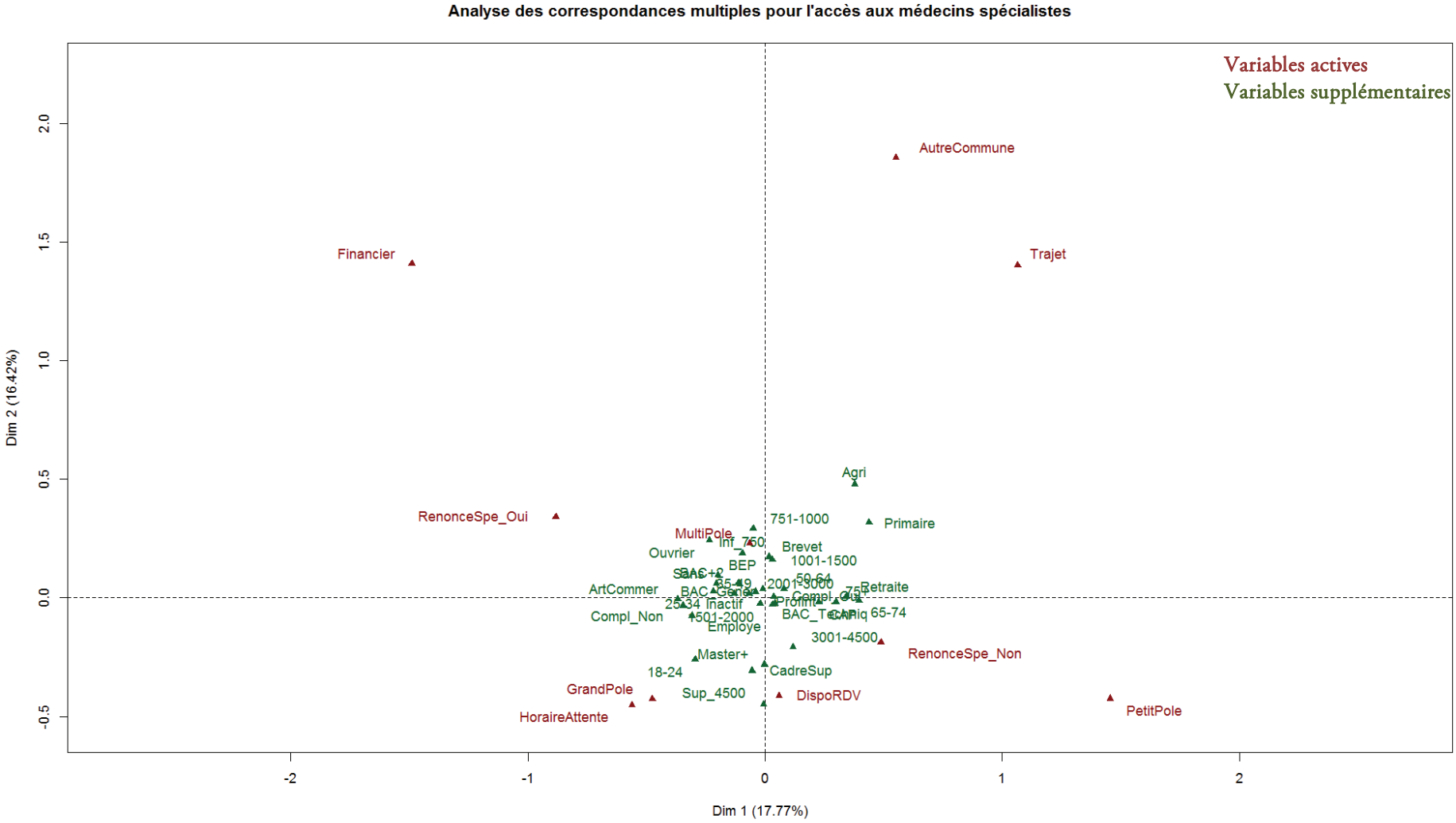


Figure 109 : Représentation des deux axes principaux de l'analyse des correspondances multiples pour l'accès aux médecins spécialistes.

6.4. L'accès aux soins est-il plus difficile pour les populations résidant en zones urbaines sensibles ?

Nous avons également souhaité connaître les difficultés d'accès aux soins des habitants résidant dans les Zones Urbaines Sensibles (ZUS). Les ZUS sont des quartiers situés généralement dans les grands pôles urbains. Rappelons que la population des ZUS en Languedoc-Roussillon est celle où la part ayant de bas revenus est la plus forte de France (40%). De même, la part des jeunes sans diplôme est un record puisque sept jeunes sur dix sont sans diplôme (ONZUS, 2012). Dans ce contexte, observe-t-on davantage de difficultés pour consulter un médecin généraliste ou spécialiste dans ces quartiers que dans les grands pôles urbains auxquels les ZUS appartiennent ? Le taux de renoncement est-il plus élevé ?

Notre échantillon comprenant 55 personnes interrogées résidant en zones urbaines sensibles ne met en évidence aucune différence significative avec les habitants résidant dans les grands pôles urbains concernant les difficultés d'accès aux médecins généralistes (p-value de 9%) (voir Figure 110, p. 202). La part des personnes ayant des difficultés est exactement la même dans les deux catégories : 67%. Même si les effectifs sont très faibles, le trajet pour se rendre au cabinet semble être une difficulté plus importante pour les habitants des ZUS.

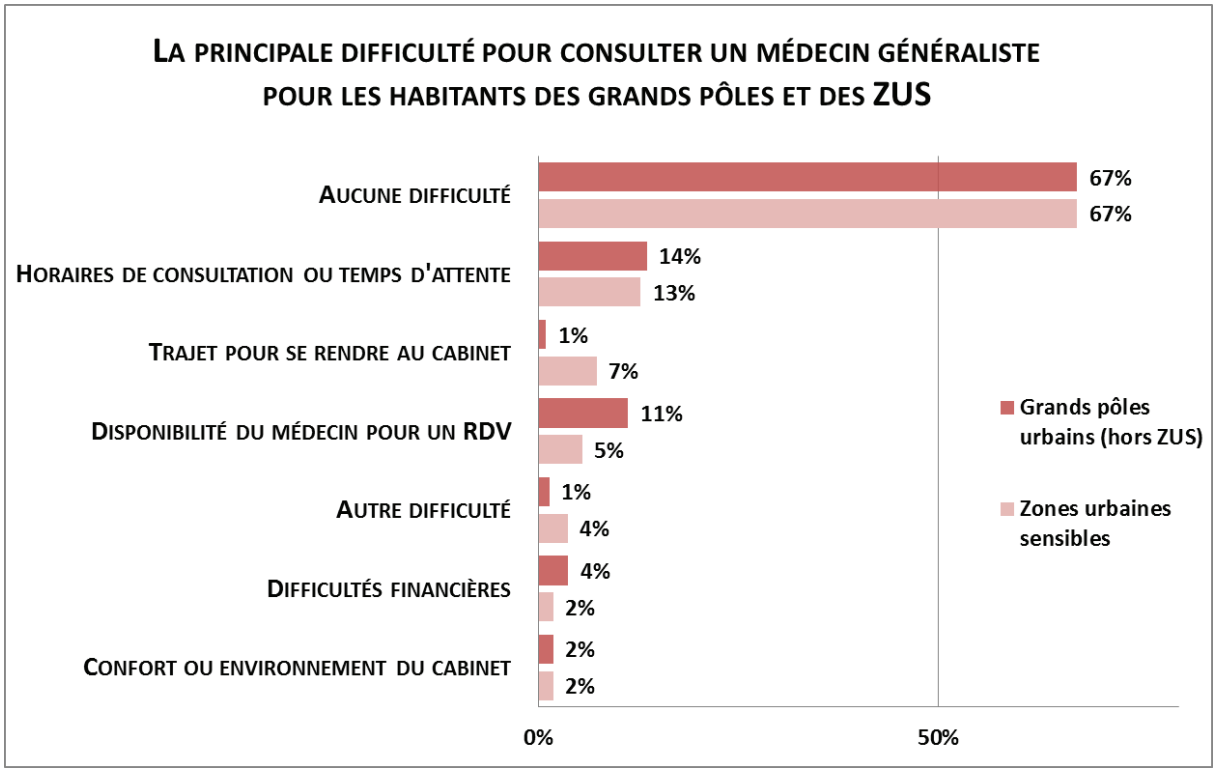


Figure 110 : La principale difficulté pour consulter un médecin généraliste pour les habitants des grands pôles et des zones urbaines sensibles.

Concernant les difficultés d'accès aux consultations des médecins spécialistes, les habitants des ZUS (77%) ont tendance à rencontrer davantage de difficultés que ceux résidant dans les grands pôles (70%) (voir Figure 111, p. 203). Ces difficultés concernent un ensemble d'éléments : horaires de consultation ou temps d'attente (12%), difficultés financières (10%), trajet (6%), autres difficultés (6%) et confort du cabinet (2%).

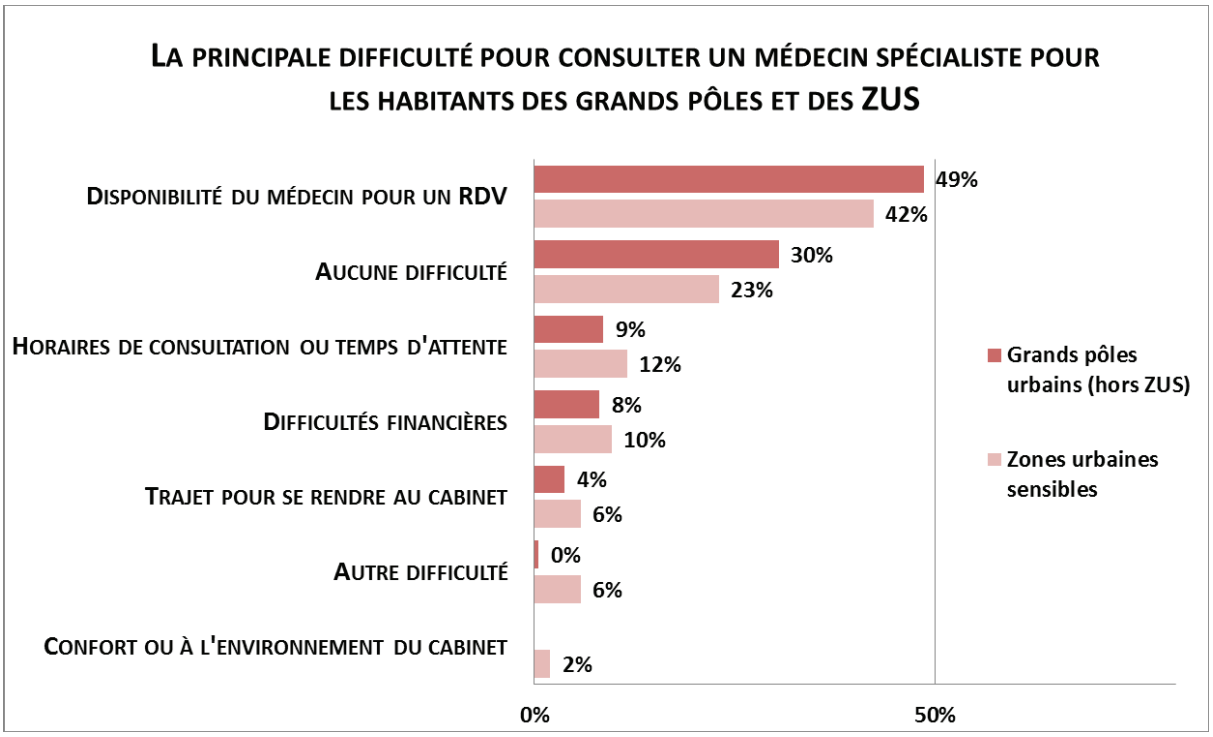


Figure 111 : La principale difficulté pour consulter un médecin spécialiste pour les habitants des grands pôles et des zones urbaines sensibles.

Les habitants résidant en ZUS ont également les mêmes taux de renoncement aux consultations des généralistes (33%) que ceux des grands pôles urbains (36%) (voir Figure 112, p. 204). Cet écart est plus élevé concernant le renoncement aux spécialistes puisque 25% des habitants des ZUS ont renoncé à consulter contre 39% pour ceux des grands pôles urbains (voir Figure 113, p. 204). Cependant, la relation n'est pas significative (p-value de 26%).

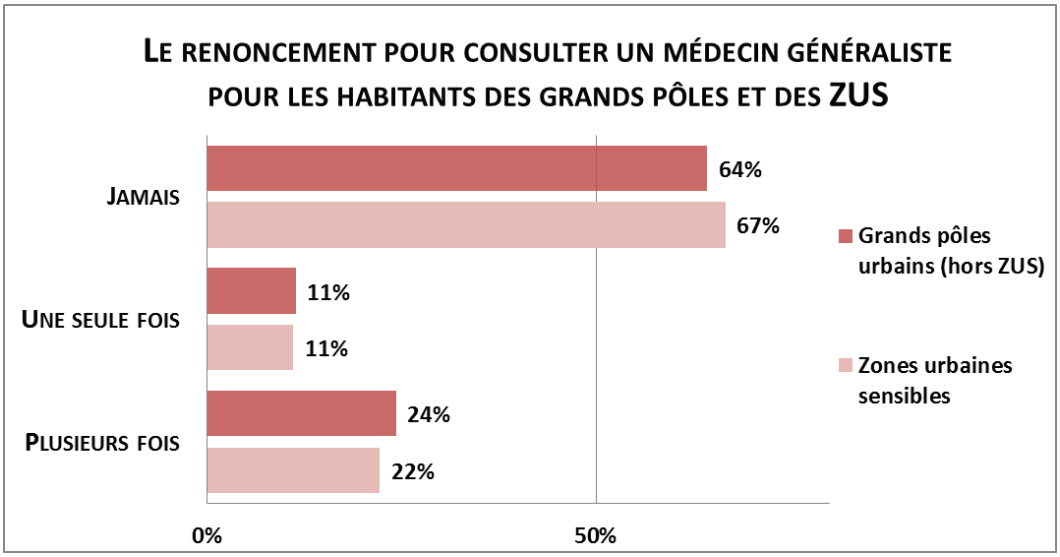


Figure 112 : Le renoncement pour consulter un médecin généraliste pour les habitants des grands pôles et des ZUS.

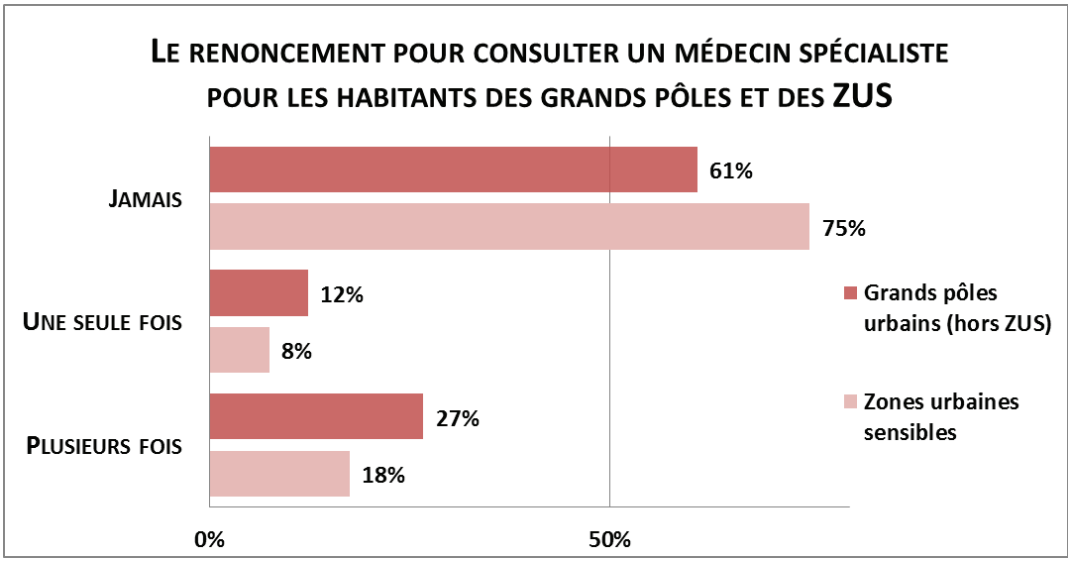


Figure 113 : Le renoncement pour consulter un médecin généraliste pour les habitants des grands pôles et des ZUS.

D'autre part, les habitants des ZUS semblent avoir davantage de difficultés pour payer les soins prescrits restant à leur charge, que les résidents des grands pôles urbains : 20% ont de temps en temps à souvent des difficultés contre 17% (voir Figure 114, p. 205).

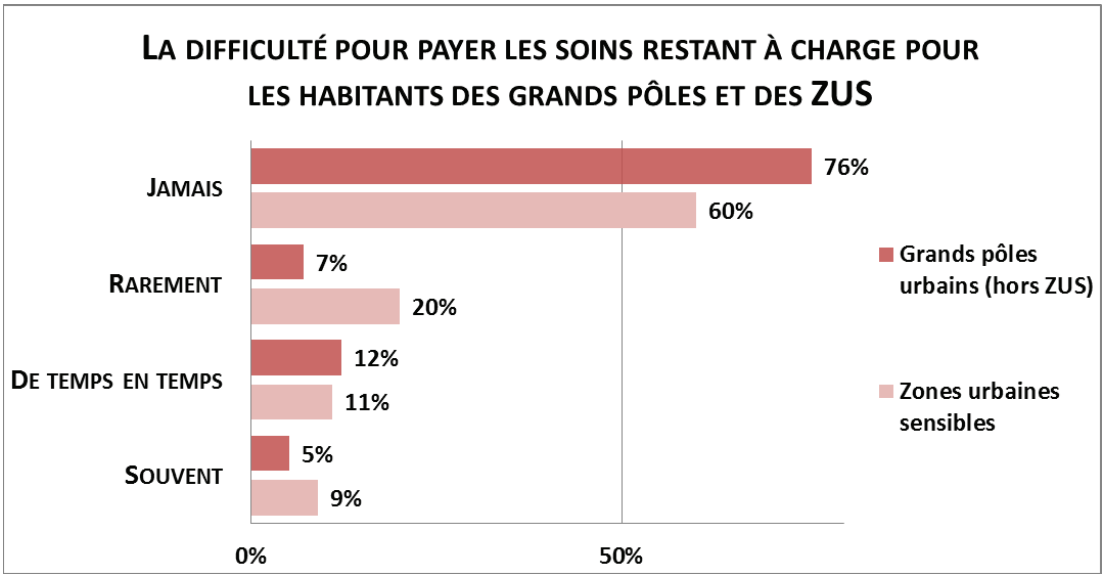


Figure 114 : La difficulté pour payer les soins restant à charge pour les habitants des grands pôles et des ZUS.

Ainsi, l'ensemble des réponses des personnes résidant en ZUS ne montre pas de différences significatives avec les habitants des grands pôles urbains, qu'il s'agisse de la satisfaction, des difficultés ou du renoncement aux soins (voir Annexe A : Tables des tests Khi-carré de Pearson, page 404). Une étude approfondie avec un échantillon contenant un effectif plus important de patients habitant en ZUS est nécessaire pour explorer les difficultés spécifiques à cette population.

6.5. Conclusion

6.5.1. Difficultés et renoncement pour consulter un médecin généraliste

Cette enquête permet d'obtenir des données de référence pour un ensemble représentatif de la population du Languedoc-Roussillon, sans distinguer de sous-groupes particuliers (population précaire, étudiants, etc.). Ainsi, sept personnes sur dix n'expriment aucune difficulté pour consulter un généraliste. Les données liées à la satisfaction et aux difficultés des patients pour consulter un généraliste et un spécialiste ainsi que leurs comportements en matière de renoncement constituent des éléments essentiels pour établir un diagnostic de l'accès aux soins.

Ainsi, l'attente en cabinet est la principale difficulté des patients pour consulter un médecin généraliste. Elle dépend de l'organisation du cabinet puisque la possibilité d'obtenir une consultation sur rendez-vous diminue les difficultés perçues liées à l'attente en salle d'attente. Contrairement aux autres études qui s'intéressent essentiellement aux difficultés financières et géographiques pour se rendre au cabinet, l'enquête montre l'importance de l'adaptation de l'organisation du cabinet aux contraintes des patients qui, dans le cas contraire, peut conduire au renoncement des patients. Par ailleurs, les difficultés pour consulter un généraliste ne dépendent pas du département dans lequel résident les patients et peu de différences sont observées suivant le lieu de résidence des patients selon le zonage en aires urbaines de l'INSEE.

De plus, notre étude met en évidence la relation entre la difficulté liée à l'attente en cabinet et les caractéristiques des patients, en particulier : l'âge, la catégorie socioprofessionnelle et l'adhésion à une complémentaire santé. A cet égard, les résultats d'une étude menée au Canada (Wilson, Rosenberg, 2004) montrent le manque de correspondance entre les réponses apportées par le système de santé pour améliorer l'accès aux soins et le ressenti des patients. En effet, l'obstacle le plus souvent cité par les patients concerne le temps d'attente trop long pour obtenir des soins (23%), puis parmi les cinq premières difficultés, les personnes interrogées ont cité l'indisponibilité des soins lorsqu'ils étaient requis (16%) et le manque de temps pour recevoir des soins (11%). Une fois de plus, le temps est au cœur des difficultés des patients pour obtenir des soins. Tout comme dans notre étude, l'enquête canadienne souligne une dépendance entre les difficultés liées au manque de temps ou à une attente trop longue et les caractéristiques sociodémographiques des patients tels que l'âge et les revenus.

Etant donné que les difficultés liées au trajet pour consulter un médecin généraliste ne sont pas une difficulté majeure, les indicateurs reposant essentiellement sur la distance à l'offre de soins ne sont pas pertinents car ils ne correspondent pas à la réalité des difficultés pour la majorité des patients. Ces résultats correspondent à ceux d'une étude menée sur douze territoires ruraux en

Caroline du Nord aux Etats-Unis (Arcury *et al.*, 2005). L'objectif de cette enquête menée auprès de 1 009 personnes était d'analyser les comportements spatiaux concernant l'utilisation des services de soins. Les auteurs montrent que la distance n'est pas un facteur significatif pour l'obtention de soins dans le cas de pathologies aiguës et chroniques. La proximité favorise seulement l'accès aux soins pour les patients souhaitant effectuer des bilans de santé dans l'année. En revanche, la possession d'un permis de conduire est un élément déterminant pour accéder à chacun des trois types de consultation (aiguës, chroniques ou bilans).

Près d'une personne sur dix ont déclaré avoir renoncé à consulter un médecin généraliste. La principale cause de ce renoncement correspond à la première difficulté des patients : le temps d'attente en cabinet. L'étude révèle que le renoncement est une pratique plus fréquente chez les individus de moins 35 ans et chez les employés et les ouvriers. Par ailleurs, la probabilité de renoncer est plus forte si les difficultés des patients sont de nature financière. Notre étude s'intéresse au « *renoncement-barrière* » qui fait référence à l'existence de contraintes et non au « *renoncement-refus* » qui relève d'un acte d'autonomie à l'égard de la médecine. Le concept de « *renoncement-barrière* » est difficile à appréhender puisqu'il dépend d'un environnement de contraintes empêchant le patient d'obtenir les soins désirés (Després *et al.*, 2011). Notre enquête souligne que cet environnement de contraintes se situe à l'interface entre les caractéristiques des patients (âge, catégorie socioprofessionnelle, adhésion à une complémentaire santé) et l'organisation de l'offre de soins (attente en cabinet, possibilité de prendre des rendez-vous, etc.).

6.5.2. Difficultés et renoncement pour consulter un médecin spécialiste

Contrairement aux difficultés pour consulter les médecins généralistes, une majorité de patients interrogés rencontre des difficultés pour consulter un médecin spécialiste en Languedoc-Roussillon (68%). Le manque de disponibilité du médecin pour obtenir un rendez-vous constitue le principal obstacle et renvoie à une offre de soins insuffisante. Les patients qui citent le plus souvent cette difficulté sont âgés de 35 à 64 ans, ils ont un niveau de diplôme élevé (niveau Master et plus), des revenus du foyer relativement élevés (supérieurs à 3 000€) et sont plus souvent des cadres supérieurs. Une étude complémentaire permettrait de connaître les causes de ces difficultés : sont-elles liées à un manque de disponibilité de ces personnes, à une meilleure connaissance de leur état de santé et de leur nécessité de consulter un spécialiste malgré leurs contraintes, etc. ?

On observe également que les habitants des communes rurales multipolarisées ou isolées ont davantage de difficultés liées au trajet pour se rendre au cabinet du spécialiste, ces mêmes difficultés sont observées pour les habitants de la Lozère. Etant donné que les médecins

généralistes sont mieux répartis sur l'ensemble du territoire et que les médecins spécialistes exercent essentiellement en milieu urbain, il n'est pas étonnant que les patients éloignés de ces centres aient davantage de difficultés liées au trajet pour se rendre au cabinet.

D'autre part, 23% des personnes interrogées ont renoncé au moins une fois à consulter un médecin spécialiste. Le principal motif est également le manque de disponibilité du médecin pour obtenir un rendez-vous (cité par 78% des patients ayant renoncé). Le renoncement aux médecins spécialistes est plus élevé chez les personnes âgées de 18 à 34 ans et chez les artisans et les employés et ceux ne disposant pas de complémentaire santé. Les difficultés observées chez les cadres supérieurs ainsi que les patients ayant un niveau d'étude et des revenus du foyer élevés ne conduisent pas cette population à renoncer davantage que les autres.

Tout comme pour les généralistes, la probabilité de renoncer est plus forte si les difficultés des patients sont de nature financière. Enfin, cette enquête montre que les trois spécialités pour lesquelles le renoncement est le plus fréquent sont l'ophtalmologie, la dermatologie et la gynécologie. Pour ces trois spécialités, le principal motif est le manque de disponibilité du médecin pour obtenir un rendez-vous.

6.5.3. Difficultés et renoncement des habitants résidant en zones urbaines sensibles

Concernant les difficultés d'accès aux médecins généralistes, les personnes interrogées résidant en zones urbaines sensibles (ZUS) n'ont aucune différence significative avec les habitants résidant dans les grands pôles urbains. En revanche, pour les difficultés d'accès aux consultations des médecins spécialistes, les habitants des ZUS (58%) ont tendance à rencontrer davantage de difficultés que ceux résidant dans les grands pôles (51%). Le renoncement aux consultations de médecine générale et de spécialité est identique au reste de la population des grands pôles urbains.

Ainsi, l'ensemble des réponses au questionnaire des 55 personnes résidant en ZUS ne montre pas de différences significatives avec les habitants des grands pôles urbains, qu'il s'agisse de la satisfaction, des difficultés ou du renoncement aux soins. Une étude approfondie avec un échantillon contenant un effectif plus important de patients habitant en ZUS est nécessaire pour identifier l'existence de difficultés spécifiques à cette population.

L'accès aux soins étant l'une des préoccupations majeures des français (voir la partie « La santé : une priorité majeure des français » page 31), les résultats de cette enquête ont fait l'objet d'une vingtaine d'articles de presse aux échelles régionales et nationales (deux exemples sont proposés en Annexe A, page 408).

Chapitre 7. Les difficultés et les solutions envisagées des médecins concernant l'accès aux soins

Après avoir analysé les difficultés d'accès aux soins des patients, il est nécessaire de confronter les perceptions de la population avec celles des médecins qui sont au cœur de l'organisation et du développement de l'offre de soins. Ainsi, une enquête réalisée auprès des médecins permettra de préciser le ressenti des acteurs et de s'intéresser aux causes des difficultés à travers une analyse de leurs conditions d'exercice, de leurs perceptions de l'adéquation entre l'offre et la demande et les solutions qu'ils envisagent pour améliorer les délais de prise en charge des patients.

7.1. Objectifs et méthodologie de l'enquête

7.1.1. Objectifs

Après avoir analysé les perceptions des patients concernant les difficultés et le renoncement aux consultations des médecins généralistes et spécialistes, nous avons également souhaité connaître les perceptions des médecins concernant les difficultés d'accès aux soins de leurs patients : les principaux obstacles évoqués sont-ils de même nature ?

D'autre part, l'enquête auprès des médecins vise à identifier les causes des difficultés d'accès aux soins des patients et les solutions envisagées par les médecins pour y remédier. Ainsi, des questions abordent les conditions d'exercice des médecins afin de connaître leur mode d'organisation en sein du cabinet mais aussi d'évaluer le degré d'adéquation entre l'offre et la demande à travers leurs perceptions. Travaillent-ils trop ? Sont-ils assez nombreux ? Face à ce constat, quelles sont leurs solutions pour diminuer les délais de prise en charge des patients et ainsi améliorer l'accès aux soins ?

7.1.2. Présentation de la méthodologie de l'enquête

L'enquête a été effectuée en mai 2012 auprès de 498 médecins libéraux en Languedoc-Roussillon dont 253 généralistes et 245 spécialistes, soit 6% et 5% des effectifs totaux de la région, permettant ainsi d'effectuer des analyses statistiques[49]. Les entretiens téléphoniques ont été

[49] Au 1er Janvier 2011, le Conseil National de l'Ordre des Médecins récence 4148 généralistes en Languedoc-Roussillon et 4602 spécialistes ayant une activité régulière (CNOM, 2011).

effectués par l'institut de sondage spécialisé CSA (voir Annexe A : « Le recueil des données par téléphone », p. 401).

La représentativité de l'échantillon des médecins généralistes et des spécialistes repose sur la méthode des quotas concernant le lieu d'exercice des médecins suivant le département et le zonage en aires urbaines de l'INSEE de 2010. Les fortes hétérogénéités de densité démographique en Languedoc-Roussillon induisent des effectifs de médecins très disparates suivant les départements ou les types d'espaces considérés. Ainsi, en Lozère, 14 médecins généralistes ont été interrogés (soit 6% des généralistes du Languedoc-Roussillon) et 115 dans l'Hérault (45% des effectifs) (voir Figure 115, p. 210). De même, les médecins généralistes exerçant dans les autres communes multipolarisées ou isolées sont 9% (24 personnes interrogées) et 60% dans les grands pôles urbains (153 généralistes enquêtés) (voir Figure 116, p. 210).

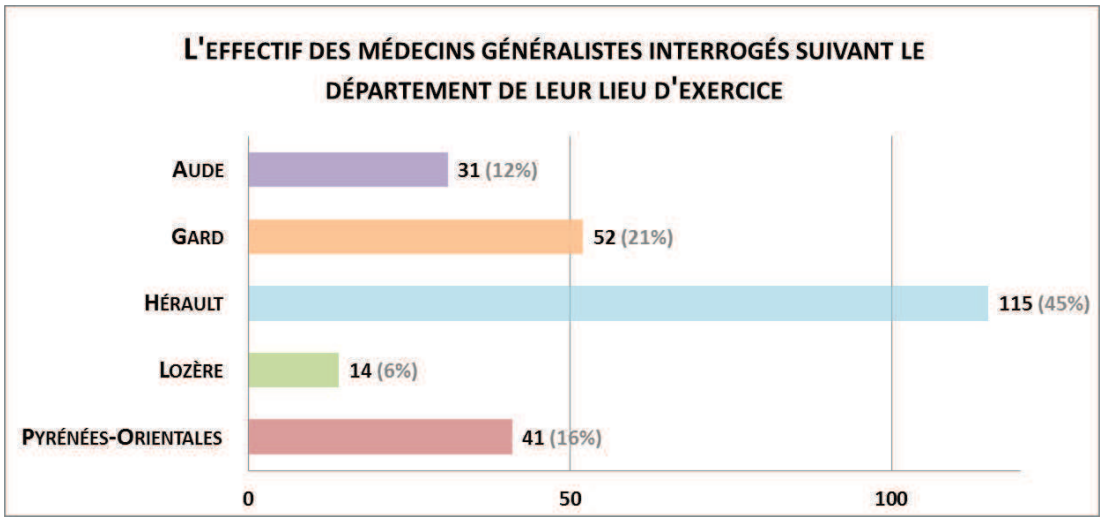


Figure 115 : L'effectif des généralistes interrogés suivant le département de leur lieu d'exercice.

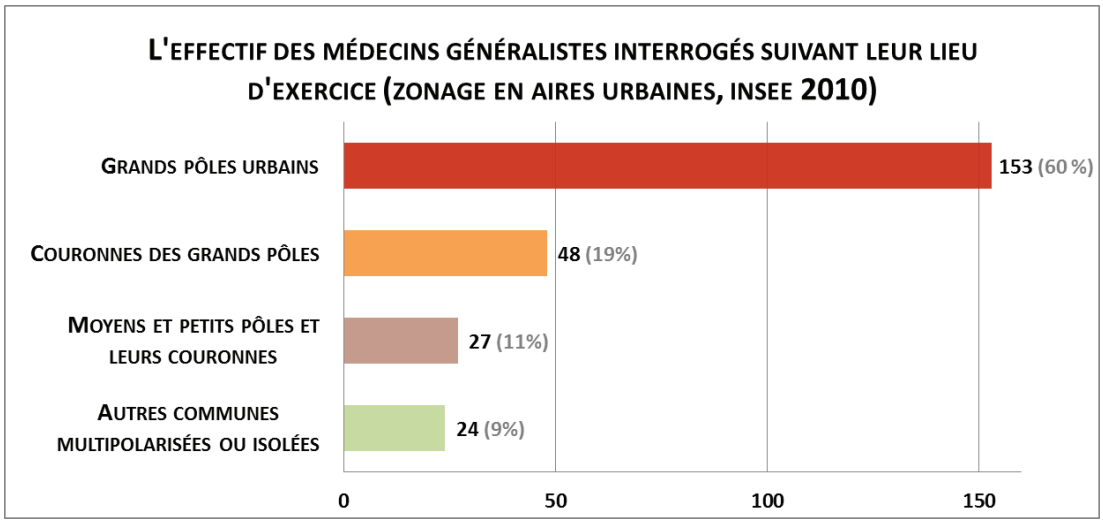


Figure 116 : L'effectif des médecins généralistes libéraux interrogés suivant leur lieu d'exercice (zonage en aires urbaines).

En raison de la faiblesse des effectifs enquêtés, les résultats concernant les généralistes exerçant en Lozère ou dans les autres communes multipolarisées ou isolées sont à interpréter avec prudence et ne constituent que des tendances.

Concernant les spécialistes qui dispensent des soins de second recours plus spécialisés, leur lieu d'exercice est situé essentiellement dans les grands pôles urbains (81% soit 198 spécialistes interrogés) et dans le département de l'Hérault (47%, soit 116 spécialistes interrogés) (voir Figure 117 et Figure 118, p. 211).

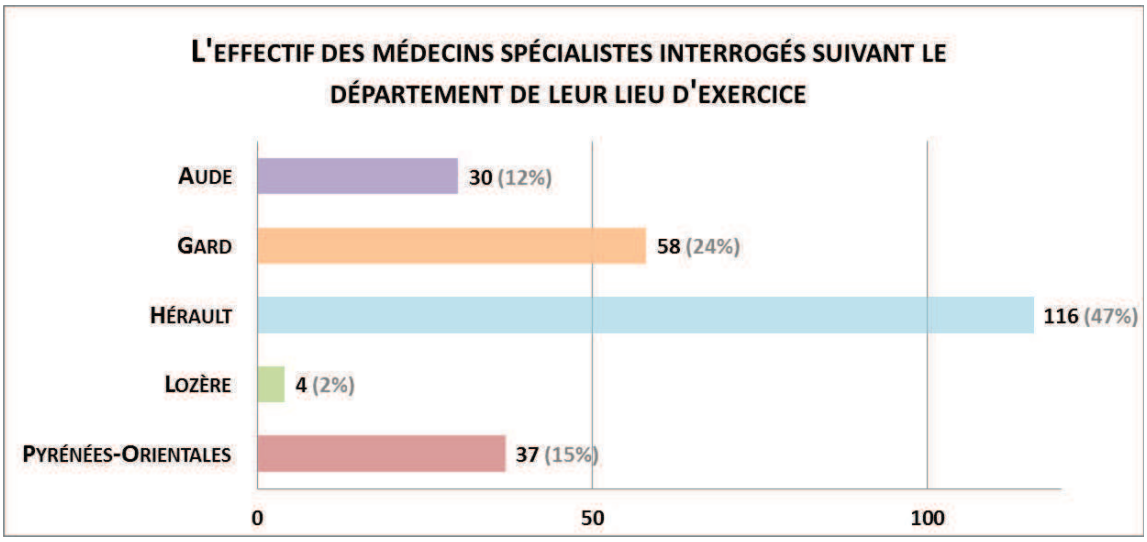


Figure 117 : L'effectif des médecins spécialistes libéraux interrogés suivant le département de leur lieu d'exercice.

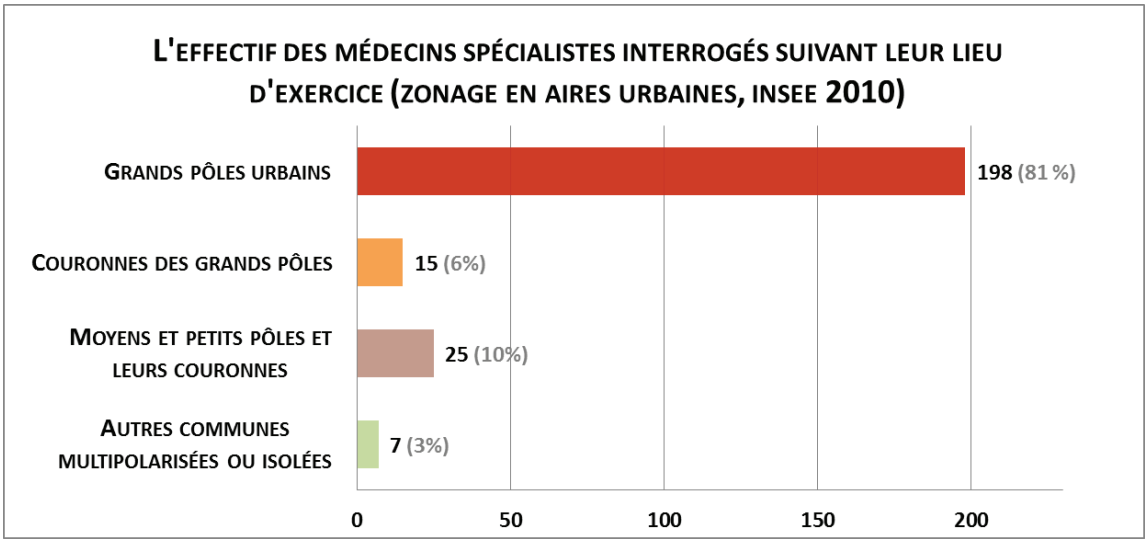


Figure 118 : L'effectif des médecins spécialistes interrogés suivant leur lieu d'exercice (zonage en aires urbaines).

L'hétérogénéité de l'offre des spécialistes est plus importante que celle des généralistes : seulement 2% d'entre eux exercent en Lozère (4 personnes) et 3% dans les autres communes multipolarisées ou isolées (7 personnes). Dans ce contexte, il n'est pas possible de croiser les réponses des médecins spécialistes suivant leur lieu d'exercice en Languedoc-Roussillon.

7.1.3. Présentation du questionnaire

Le questionnaire comprend dix-sept questions dont certaines sont déclinées en sous-questions ce qui constitue au total cinquante items (voir Figure 119, p. 214). La première question adressée aux médecins généralistes et spécialistes vise à confronter leurs perceptions avec celles des patients concernant les éléments susceptibles de constituer une difficulté pour obtenir une consultation. Les douze types d'obstacles abordés dans l'enquête auprès des patients à travers les degrés de satisfaction ou de difficulté sont ici formulés sous une même question selon des degrés de difficulté : « *Selon vos observations, les éléments suivants constituent-ils « jamais, rarement, de temps en temps ou souvent », un frein à la prise en charge et à l'obtention de soins ?* ».

La question 2 permet d'identifier les spécialités avec lesquelles les médecins sont fréquemment en interaction. Il s'agit ainsi d'observer les besoins de soins les plus fréquents pour la population selon les médecins. Cette question est particulièrement importante concernant les médecins généralistes exerçant en milieu rural.

Il est également demandé aux médecins, les trois premières spécialités pour lesquelles leurs patients ont le plus de difficultés pour être pris en charge (question 3). Cette question pourra ainsi être comparée aux spécialités pour lesquelles les patients ont le plus renoncé.

Etant donné que les résultats de l'enquête auprès des patients avaient montré que les délais de prise en charge constituent le principal obstacle pour consulter (temps d'attente en cabinet pour les généralistes et délais d'obtention d'un rendez-vous pour les spécialistes), une question est consacrée aux solutions des médecins pour réduire ces délais (question 4). Les solutions proposées ont été sélectionnées à partir des échanges avec l'ensemble des médecins libéraux du Languedoc-Roussillon, il s'agit : de prendre un associé, de se regrouper avec d'autres confrères et de déléguer une partie des tâches effectuées à un professionnel de santé paramédical. Un champ libre permet de recueillir toute autre solution.

La question 5 permet de savoir si, au quotidien, certains facteurs augmentent le temps de travail des médecins : les caractéristiques de la patientèle (âge, attitude, etc.), l'augmentation de la charge administrative, le manque de disponibilité des paramédicaux, la prévention du risque médico-légal (mise en cause de la responsabilité du médecin en cas d'erreur médicale). La

question 6 aborde également les facteurs augmentant le temps de travail des médecins en se concentrant sur la patientèle : vieillissement de la population, augmentation de la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques ou graves, l'augmentation du nombre de problèmes pris en charge dans une même consultation.

Nous avons également souhaité connaître les perceptions des médecins concernant la démographie actuelle de leur spécialité ainsi que son évolution : dans leur secteur de patientèle, manque-t-il actuellement des médecins ? Et dans cinq ans ? Si, oui, combien ? (Question 7). Ces réponses permettront de mieux appréhender le degré d'adéquation entre l'offre et la demande sur les territoires. Dans ce contexte, il est intéressant de savoir si les médecins ont le sentiment de travailler trop, qu'il s'agisse du temps total (question 8) ou du temps dédié aux consultations et visites (question 10) et de connaître ces volumes horaires (question 9 et 11).

Les résultats de l'enquête auprès des patients ont montré que la possibilité de prendre des rendez-vous augmente la satisfaction des patients liée à l'attente en cabinet et diminue les difficultés pour consulter un généraliste. Nous avons donc souhaité connaître le mode d'organisation des médecins concernant la possibilité de prendre des rendez-vous pour une consultation (question 12) ainsi que le temps moyen d'attente estimé par le médecin (question 13). Pour les généralistes, nous pourrons ainsi observer le temps d'attente suivant les territoires et le mode d'organisation du cabinet.

L'organisation du cabinet comprend également des caractéristiques liées au secrétariat, qui peut être téléphonique (plateforme d'appels) ou physique. Dans les deux cas, les médecins pensent-ils qu'un secrétariat médical permettrait de diminuer le temps d'attente en cabinet ? Cet élément (question 14) pourrait constituer une piste pour améliorer l'accès aux soins des patients, l'attente en cabinet étant le premier facteur de renoncement aux consultations des généralistes.

Pour mettre en perspective les réponses des médecins en fonction de leur contexte professionnel, une question concerne le type de cabinet (isolé ou de groupe) dans lesquels ils exercent (question 15) et le secteur conventionnel qu'ils ont choisi (question 16).

Enfin, une dernière question rejoint le thème des solutions pour améliorer l'accès aux soins des patients et interroge les médecins concernant leur volonté pour effectuer des consultations avancées (à plus de 50 kilomètres par exemple) dans certains territoires ruraux dans lesquels il est difficile de consulter un médecin (question 17).

Questionnaire auprès de 498 médecins en Languedoc-Roussillon concernant l'accès aux soins

Question 1 : Selon vos observations, les éléments suivants constituent-ils jamais, rarement, de temps en temps ou souvent, un frein à la prise en charge et à l'obtention de soins ?

A- Le temps de trajet parcouru
B- La difficulté du trajet (conditions de circulation, stationnement)
C- L'incapacité physique du patient pour se rendre au cabinet
D- Vos horaires de consultation
E- Le temps d'attente en salle d'attente
F- L'impossibilité de vous consulter sur rendez-vous
G- Votre disponibilité lorsqu'un patient souhaite vous contacter par téléphone
H- Le montant de votre consultation
I- Le montant des soins prescrits restant à la charge du patient
J- Le délai d'attente pour être pris en charge dans votre spécialité dans le cas d'une situation urgente
K- Le délai d'attente pour être pris en charge dans votre spécialité dans le cas d'une situation non urgente
L- La réponse apportée par le système de garde en cas d'urgence (nuit, weekend)

Question 2 : Veuillez indiquer les trois premières spécialités avec lesquelles vous êtes fréquemment en interaction ?

Question 3 : Selon vos observations, quelles sont les trois spécialités pour lesquelles vos patients ont le plus de difficultés pour être pris en charge ?

Question 4 : Pensez-vous que les éléments suivants permettent de réduire les délais de prise en charge des patients ?

A- Prendre un associé ou un collaborateur ; □ Oui; □ Non
Si oui, a. Avez-vous déjà recherché un associé ou un collaborateur ? □ Oui ; □ Non
b. Avez-vous ou avez-vous eu des difficultés pour en trouver ? □ Oui ; □ Non
B- Se regrouper avec d'autres confrères de la même spécialité :
a. pour mieux gérer la continuité des soins □ Oui ; □ Non
b. pour mieux gérer la permanence des soins □ Oui ; □ Non
C- Déléguer une partie des tâches effectuées à un autre professionnel de santé paramédical :
a. Sous forme de salariat pour ce professionnel paramédical □ Oui ; □ Non
b. Sous forme de collaboration libérale pour ce professionnel paramédical □ Oui ; □ Non
D- Voyez-vous une autre solution pour réduire les délais de prise en charge des patients ?

Question 5 : Les facteurs suivants augmentent-ils, jamais, rarement, de temps en temps ou souvent, votre temps de travail ?

A- Les caractéristiques de votre patientèle
B- L'augmentation de la charge administrative ou de la paperasse
C- Le manque de disponibilité des paramédicaux (infirmières, kiné, etc.)
D- La prévention du risque médico-légal

Question 6 : Concernant votre patientèle, les éléments suivants augmentent-ils, jamais, rarement, de temps en temps ou souvent, votre temps de travail ?

A- Le vieillissement de votre patientèle
B- La prise en charge des patients atteints de maladies ou affections chroniques
C- La prise en charge des patients atteints de pathologies graves
D- L'augmentation du nombre de problèmes pris en charge dans une même consultation

Question 7 : Dans votre secteur géographique, étant donné la demande de la population, pensez-vous qu'il manque un médecin dans votre spécialité :

A- Actuellement :
□ Oui, dans ce cas, combien jugez-vous qu'il en manque ? ; □ Non
B- Dans 5 ans :
□ Oui, dans ce cas, combien jugez-vous qu'il en manquera ? □ Non

Question 8 : Pensez-vous que votre temps total de travail (administration, consultations, PDS) est :

□ Pas assez important ; □ Convenable ; □ Trop important

Question 9 : Pouvez-vous estimez ce temps total de travail par semaine ?

Question 10 : Pensez-vous que le temps que vous dédiez aux consultations et visites est :

□ Pas assez important ; □ Convenable ; □ Trop important

Question 11 : Pouvez-vous estimez ce temps par semaine ?

Question 12 : Vos consultations sont-elles :

□ Sur RDV à tout moment ; □ Sur RDV à des créneaux horaires précis ; □ Sans RDV

Question 13 : Selon vous, quel est le temps d'attente moyen dans votre salle d'attente ?

Question 14 : Votre cabinet dispose-t-il d'un secrétariat médical ? □ Oui ; □ Non

Si « Oui », a. Est-ce un secrétariat téléphonique ? □ Oui ; □ Non
b. Est-ce un secrétariat physique ? □ Oui ; □ Non
Si « Non », a. Pensez-vous qu'un secrétariat médical permettrait de diminuer le temps d'attente en salle d'attente ? □ Oui ; □ Non

Question 15 : Exercez-vous dans un cabinet : □ Isolé ; □ De groupe

Question 16 : Exercez-vous en : □ Secteur 1 ; □ Secteur 2 ; □ Secteur 3

Question 17 : Seriez-vous prêt à faire des consultations avancées (à plus de 50 kilomètres par exemple) dans certains territoires ruraux dans lesquels il est difficile de consulter un médecin ?

□ Oui, combien de jours par mois ? □ Non

Figure 119 : Questionnaire de l'enquête auprès des médecins concernant l'accès aux soins.

7.2. Résultats et discussion concernant les médecins généralistes

7.2.1. Les médecins généralistes partagent-ils les mêmes perceptions des difficultés d'accès aux soins que leurs patients ?

- *Les principales difficultés de l'accès aux soins des patients selon les médecins généralistes*

Le temps d'attente, principal obstacle pour 15% patients (voir Figure 46, p. 143), est considéré par 43% des médecins comme étant, de temps en temps à souvent, une difficulté pour leurs patients (voir Figure 120, p. 217).

Ainsi, les généralistes ont bien conscience des contraintes que génère l'attente. En revanche, pour eux, le principal frein à l'obtention des consultations est le montant des soins prescrits restant à la charge du patient. Les médecins sont 53% à penser que ce montant entraine de temps en temps à souvent des difficultés contre seulement 12% des patients interrogés (voir Figure 70, p. 162). Il serait intéressant de mener une étude complémentaire afin de comprendre les motifs d'une telle perception chez les médecins. Nous pouvons faire l'hypothèse que ce ressenti provient des souvenirs marquants de certains patients ayant abordé ce sujet en consultation. Il peut également s'agir d'une sensibilisation effectuée par l'Assurance Maladie pour les personnes les plus démunies ou bien de l'influence de la littérature scientifique et de la presse qui abordent fréquemment les difficultés financières d'accès aux soins, notamment pour les populations précaires ou les étudiants.

L'incapacité physique du patient pour se rendre au cabinet est la troisième difficulté évoquée par les médecins : 38% pensent qu'elle représente, de temps en temps à souvent, un obstacle contre 18% des patients interrogés (voir Figure 64, p. 158). Là encore cette différence peut s'expliquer par une sensibilisation des médecins à cette incapacité présente notamment chez les personnes âgées mais qui n'est pas perçue par l'ensemble de la population.

La réponse apportée par le système de garde, dont 38% des patients ne sont pas satisfaits (voir Figure 59, p. 155), est également évoquée comme étant de temps en temps à souvent une difficulté par 33% des médecins. Les difficultés liées au trajet pour se rendre au cabinet (conditions de circulation, stationnement) ont également été mentionnées par 32% des médecins tandis qu'elles ne concernent que 16% (stationnement) et 9% des patients (conditions de circulation). La fréquence des autres difficultés mentionnées est moins élevée selon les médecins généralistes : elle évolue de 22% pour les horaires de consultation (de temps en temps à souvent) à 12% concernant les difficultés liées au montant de la consultation.

Les difficultés concernant le montant de la consultation ont été les moins citées par les généralistes (12% de temps en temps à souvent). Cela s'explique probablement parce que 88% des médecins généralistes interrogés sont en secteur 1 et 10% en secteur 2.

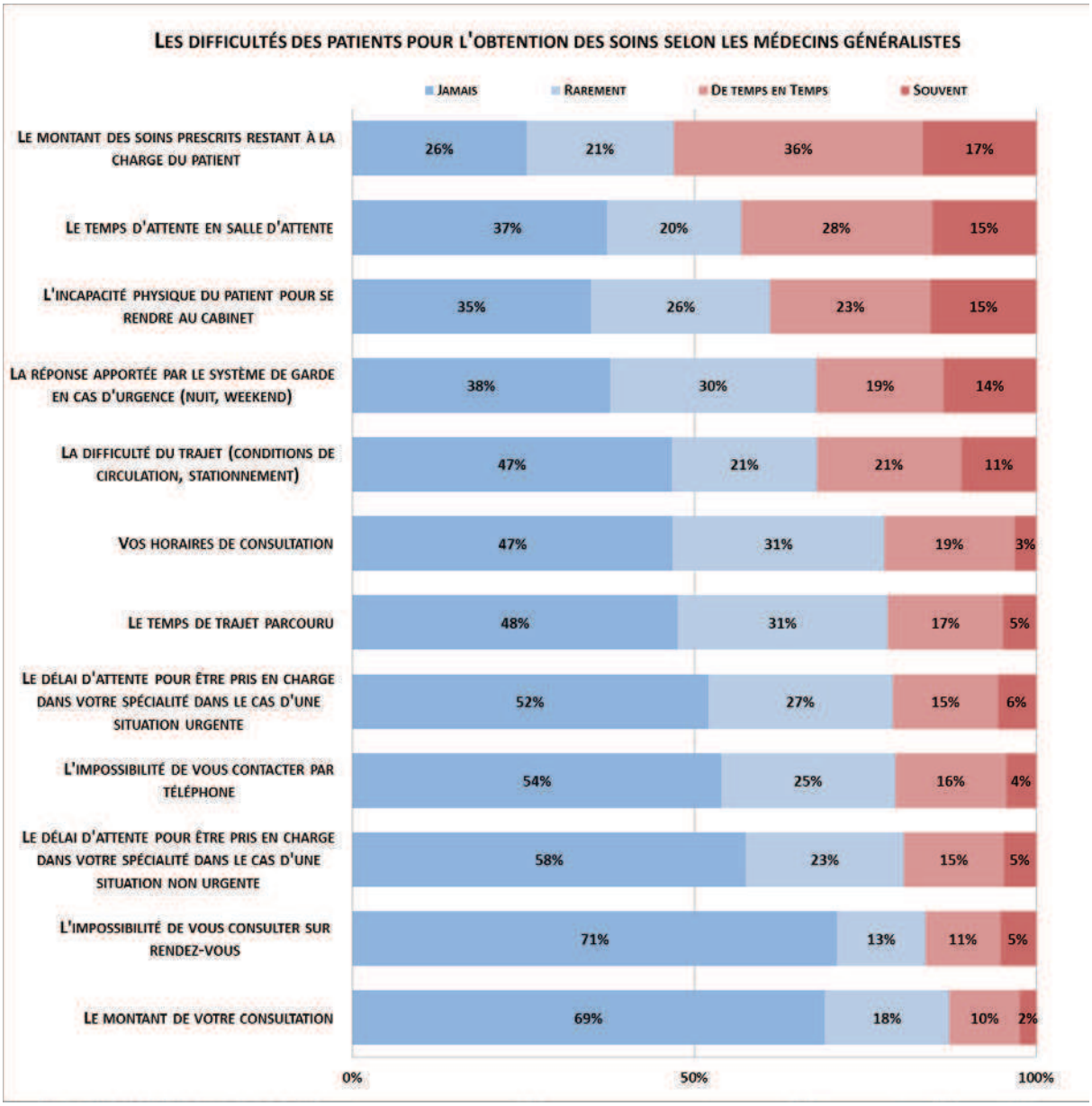


Figure 120 : Les difficultés des patients pour l'obtention des soins selon les médecins généralistes.

- *Les trois principales difficultés des patients selon les médecins et leur lieu d'exercice*

Analysons à présent les trois premières difficultés évoquées par les médecins généralistes suivant le lieu d'exercice des médecins. Lorsque les difficultés concernant le montant des soins prescrits restant à la charge du patient sont analysées suivant le zonage en aires urbaines de l'INSEE, on observe que 64% des médecins exerçant dans les couronnes des grands pôles ainsi que 61% exerçant dans les moyens et petits pôles et leurs couronnes ont mentionné que leurs

patients avaient, de temps en temps à souvent, cette difficulté financière (voir Figure 121, p. 218). Cette enquête exploratoire ne suffit pas pour déterminer les causes de ces disparités géographiques.

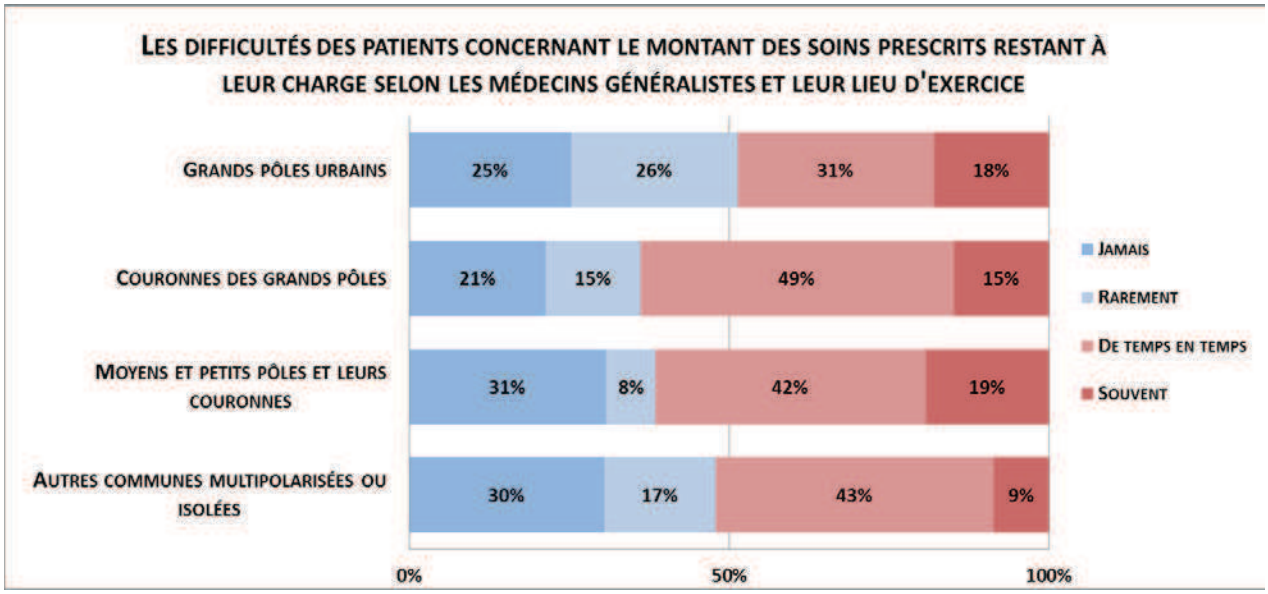


Figure 121 : Les difficultés des patients concernant le montant des soins prescrits restant à leur charge selon les médecins généralistes et leur lieu d'exercice.

Concernant les difficultés liées au temps d'attente en cabinet (voir Figure 122, p. 218), les médecins généralistes exerçant dans les autres communes multipolarisées ou isolées ont été les plus nombreux à mentionner cette difficulté pour leurs patients : l'attente est souvent un obstacle selon 25% des médecins et il l'est de temps en temps pour 33% d'entre eux.

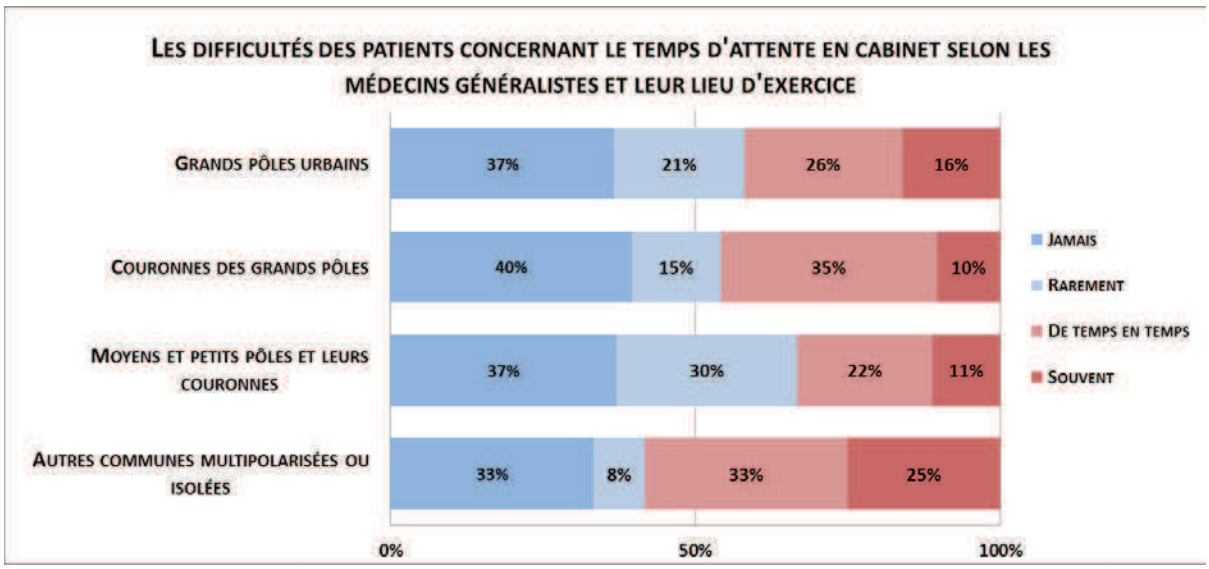


Figure 122 : Les difficultés des patients concernant le temps d'attente en cabinet selon les médecins généralistes et leur lieu d'exercice.

Bien que l'effectif des médecins interrogés dans ces communes soit faible (24 généralistes), ces résultats ont également été observés auprès des patients : 20% des personnes résidant dans ces territoires ont des difficultés liées à l'attente en cabinet (Figure 49, p. 147). En étudiant plus précisément les conditions d'exercice des médecins généralistes de ces territoires (présence d'un secrétariat, possibilité de prendre des rendez-vous, etc.), nous allons rechercher les facteurs de ces inégalités géographiques.

L'incapacité physique du patient pour se rendre au cabinet médical du médecin est une difficulté observée souvent, selon 26% des médecins exerçant dans les autres communes multipolarisées ou isolées (voir Figure 123, p. 219). Cette perception est certainement liée à la présence de nombreuses personnes âgées dans ces territoires. A cet égard, l'enquête auprès des patients révèle que les personnes ayant cette incapacité sont essentiellement les personnes âgées de 75 ans et plus.

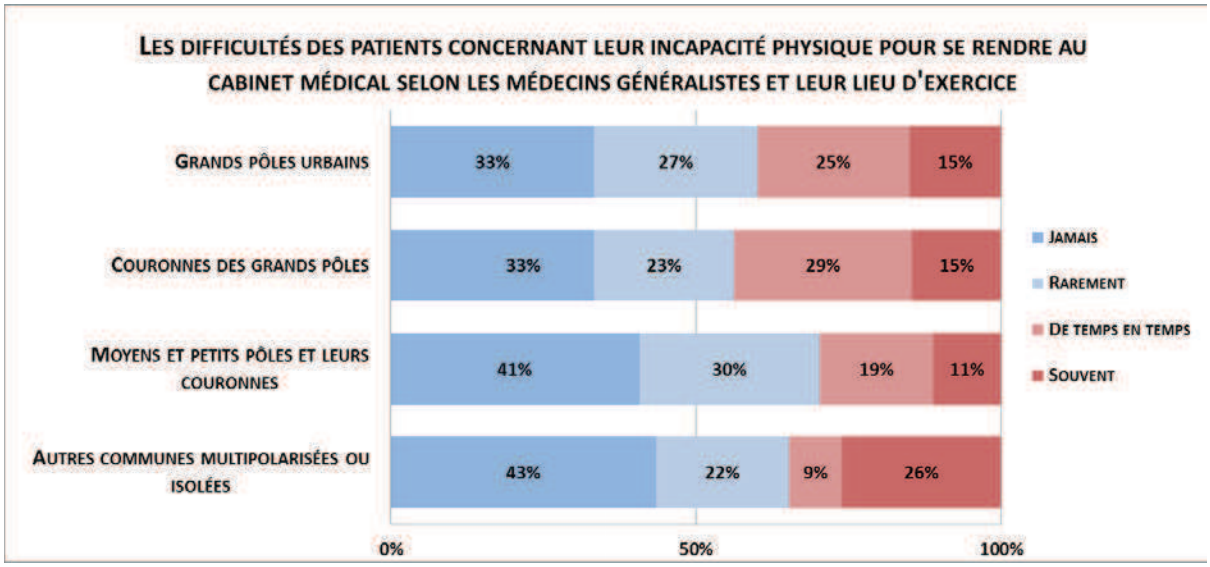


Figure 123 : Les difficultés des patients concernant leur incapacité physique pour se rendre au cabinet médical selon les médecins généralistes et leur lieu d'exercice.

- *La cardiologie : une spécialité fréquemment en interaction avec les médecins généralistes*

Les médecins généralistes ont également été interrogés sur les trois premières spécialités avec lesquelles ils sont fréquemment en interaction. Lorsque ces trois réponses sont sommées, on observe que les généralistes sont fréquemment en interaction avec les cardiologues (81%), puis dans une moindre mesure, les rhumatologues (41%), les gastro-entérologues (28%), les pneumologues (24%) et les dermatologues (13%) (voir Figure 124, p. 220). Ces résultats montrent qu'il faut être particulièrement vigilant à la démographie médicale des cardiologues qui

sont fréquemment en interaction avec l'offre de soins de premier recours. La présence de ces services est ainsi indispensable pour la santé de la population sur l'ensemble des territoires.

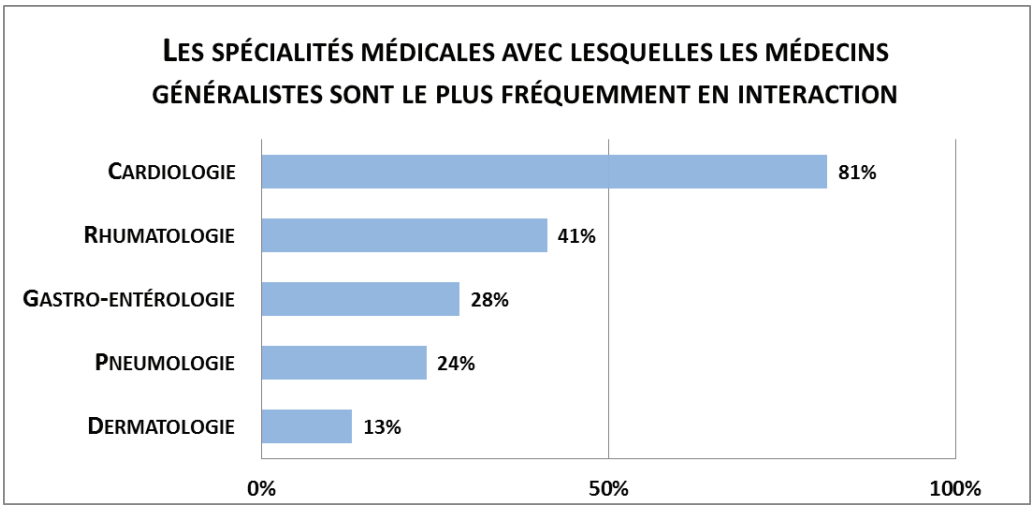


Figure 124 : Les spécialités médicales avec lesquelles les médecins généralistes sont le plus fréquemment en interaction.

- *Patients et généralistes : une perception partagée des spécialités dont l'accès est le plus difficile*

Concernant les trois premières spécialités pour lesquelles les patients ont le plus de difficultés pour être pris en charge, patients et médecins généralistes partagent les mêmes perceptions. En effet, les patients renoncent plus fréquemment aux consultations d'ophtalmologie (citée par 43% des patients ayant renoncé), de dermatologie (23%) et de gynécologie (17%) (voir Figure 107, p. 197), pour des raisons liées au manque de disponibilité des médecins pour obtenir un rendez-vous. Les généralistes évoquent les mêmes spécialités et dans le même ordre : ophtalmologie (citée par 55% des médecins), dermatologie (42%) et gynécologie (29%) (voir Figure 125, p. 220).

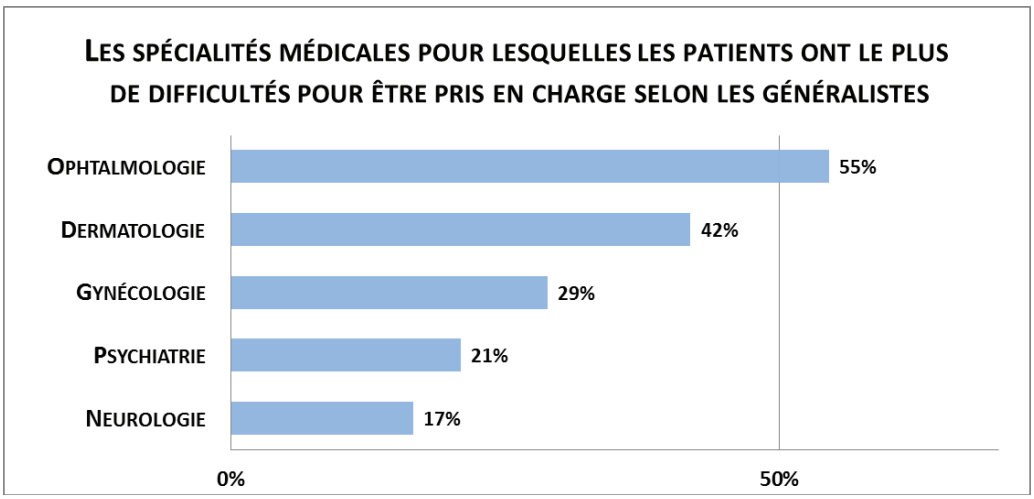


Figure 125 : Les spécialités médicales pour lesquelles les patients ont le plus de difficultés pour être pris en charge selon les médecins généralistes.

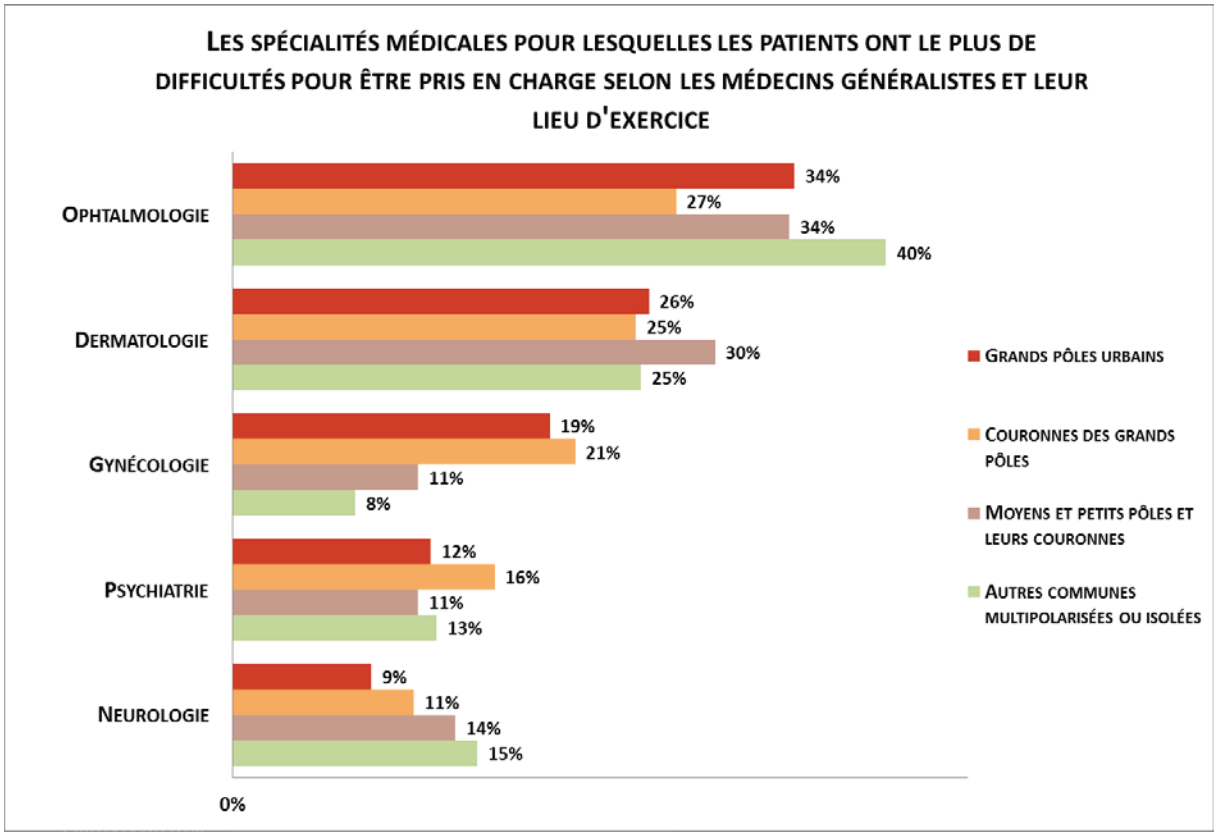


Figure 126 : Les spécialités médicales pour lesquelles les patients ont le plus de difficultés pour être pris en charge selon les médecins généralistes et leur lieu d'exercice.

Analysés selon le lieu d'exercice des médecins, les résultats montrent que l'ophtalmologie est plus difficile d'accès selon les généralistes exerçant dans les autres communes multipolarisées ou isolées (voir Figure 126, p. 221). Nous pouvons émettre deux hypothèses pour expliquer ce résultat. D'une part, la part des populations âgées dans ces territoires est plus élevée, ainsi le recours à l'ophtalmologie est plus fréquent, d'autre part, les difficultés d'accès ressenties proviennent du fait que les ophtalmologues exercent essentiellement en milieu urbain et sont donc éloignés de ces territoires ruraux. Les mêmes hypothèses peuvent être formulées pour la neurologie et les maladies neurodégénératives des patients les plus âgés. En revanche, la gynécologie, qui concerne essentiellement les femmes en âge de procréer, est une spécialité dont l'accès pose problème dans les grands pôles urbains et leurs couronnes.

Ainsi, le temps d'attente en cabinet, principale difficulté des patients pour consulter un médecin généraliste, est un frein également identifié par les généralistes, tout comme les trois premières spécialités pour lesquelles les patients ont le plus de difficultés pour être pris en charge. En revanche, ils évoquent des obstacles financiers et des freins liés au trajet qui sont pourtant peu soulignés par les patients.

7.2.2. Les perceptions des médecins généralistes concernant leurs conditions d'exercice

Les perceptions des médecins concernant leurs conditions d'exercice constituent des informations importantes pour appréhender les difficultés d'accès aux soins : il s'agit par exemple d'identifier si leur temps total de travail leur semble convenable ou trop important et s'ils s'estiment assez nombreux pour répondre à la demande des patients. De même, il est intéressant d'analyser les difficultés ressenties par les médecins selon leur mode d'organisation. Le recueil des perceptions de ces professionnels de santé permet de déterminer s'ils perçoivent un déséquilibre entre l'offre et la demande.

- *Le temps de travail des médecins généralistes*

Les médecins généralistes estiment que leur temps de travail total hebdomadaire est de 53 heures en moyenne (médiane de 55 heures), ce temps comprend par exemple les consultations, le temps administratif, la permanence des soins, etc. Le temps dédié uniquement aux consultations et visites est de 45 heures en moyenne (médiane de 55 heures). La majorité des médecins généralistes (51%) travaillent au total entre 46 et 65 heures et 18% travaillent plus de 65 heures (voir Figure 127, p. 222). Lorsque ce temps est décliné suivant l'âge des médecins, le temps médian de ceux âgés de moins de 50 ans est de 50 heures et pour ceux âgés de plus de 50 ans, il est de 55 heures (voir Figure 128, p. 223). En effet, 19% des plus de 50 ans travaillent plus de 65 heures contre 10% pour les moins de 50 ans.

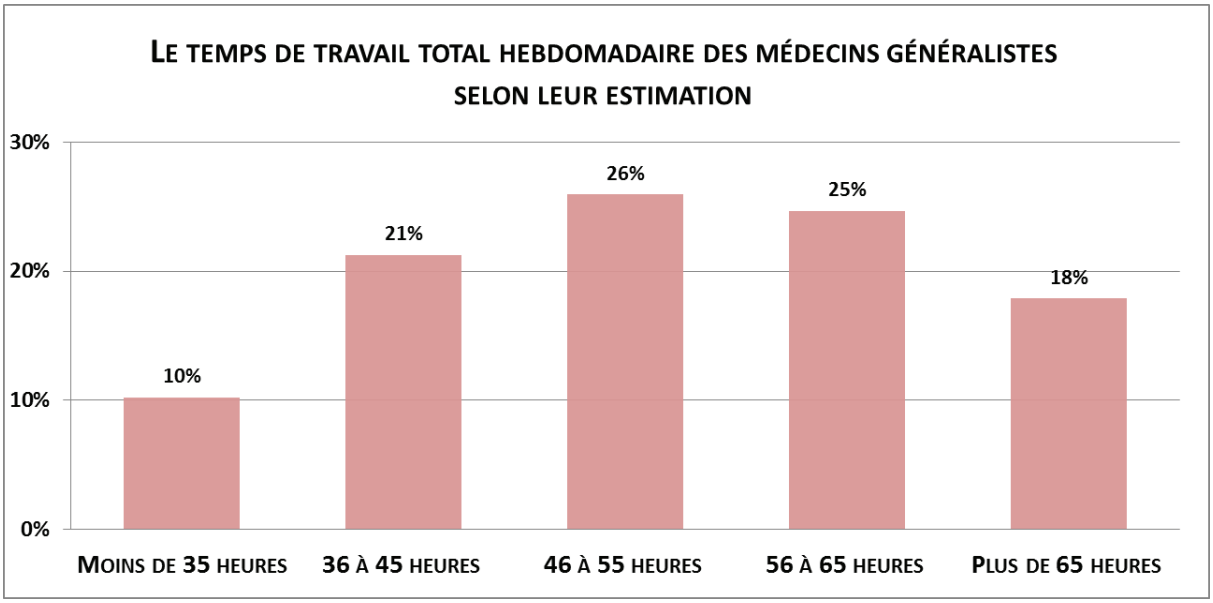


Figure 127 : Le temps de travail total hebdomadaire des médecins généralistes selon leur estimation.

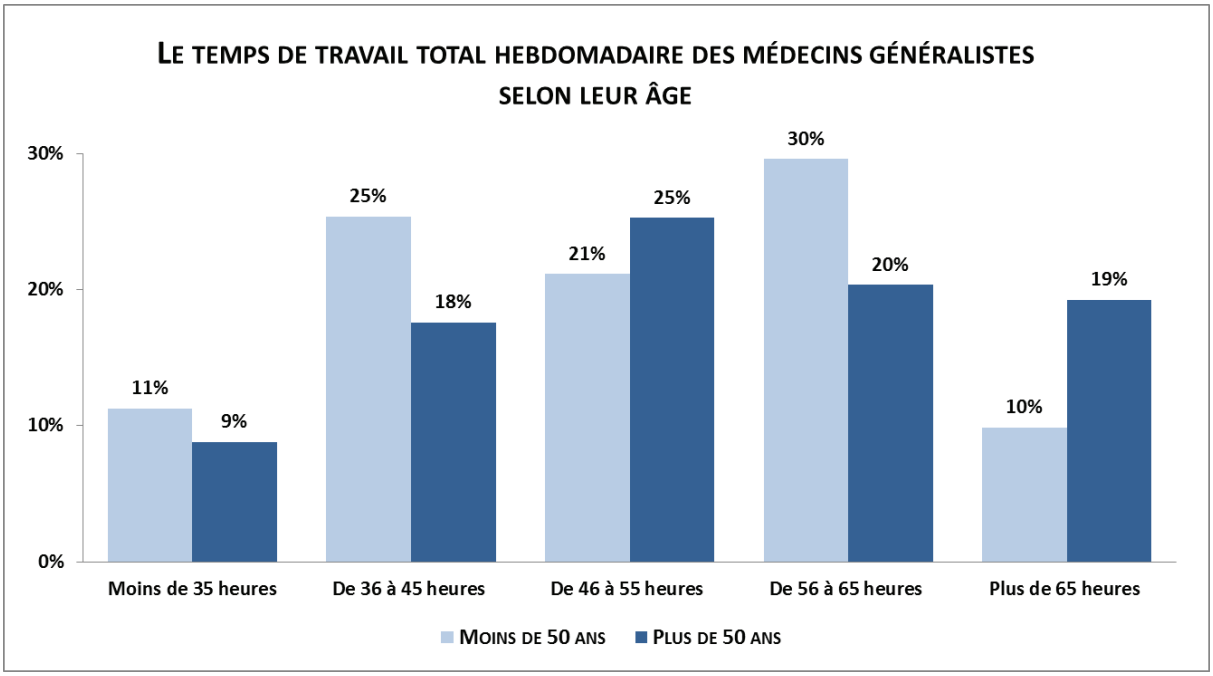


Figure 128 : Le temps de travail total hebdomadaire des médecins généralistes selon leur âge.

Ces résultats rejoignent ceux d'une enquête nationale[50] qui montre qu'en moyenne, les internes de médecine générale souhaitent travailler 43 heures par semaine, les femmes souhaitant travailler 5,4 heures de moins par semaine que les hommes, pour une même durée des congés (voir 1.3.2. Les aspirations des internes en médecine générale et la répartition géographique de l'offre de soins, page 39). Dans notre enquête, le temps médian de travail est de 55 heures pour les hommes et 50 heures pour les femmes. En effet, les femmes sont 36% à travailler plus de 56 heures contre 47% des hommes (voir Figure 129, p. 224).

[50] Enquête nationale menée pat l'Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG) via un questionnaire en ligne mené du 2 juillet 2010 au 1er janvier 2011 auprès de 1939 internes en médecine générale.

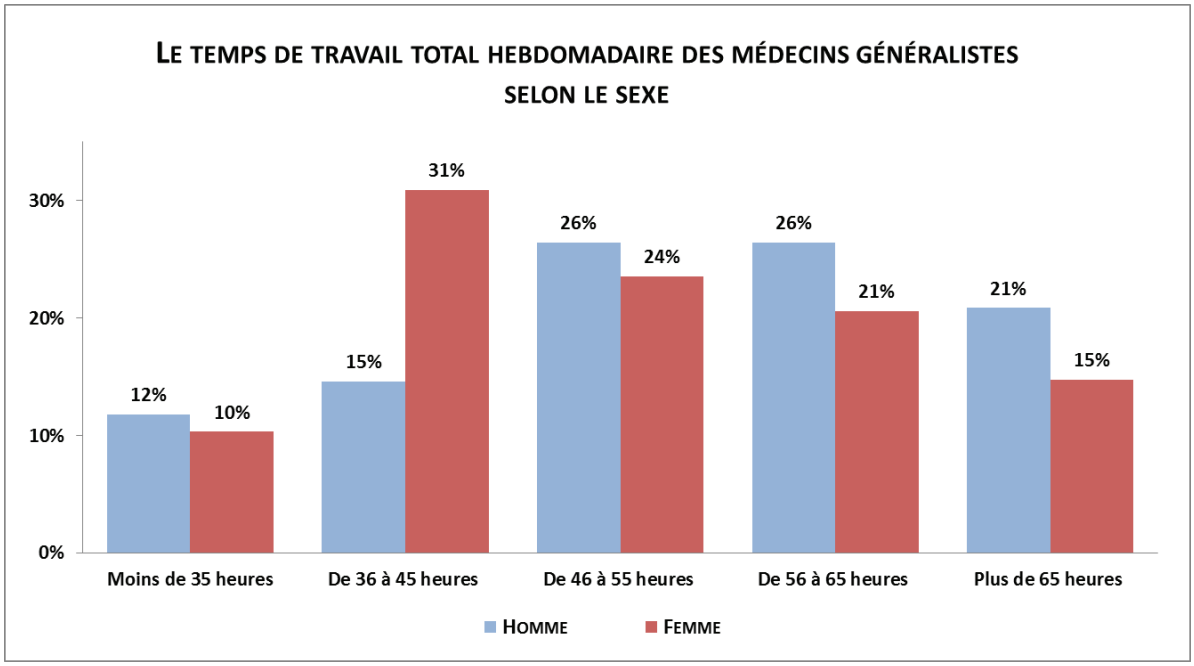


Figure 129 : Le temps de travail total hebdomadaire des médecins généralistes selon leur sexe.

Les médecins généralistes ont un temps de travail médian de 50 à 55 heures par semaine, excepté pour ceux exerçant dans les autres communes multipolarisées ou isolées dont le temps médian est de 65 heures hebdomadaires. Plus précisément, 35% d'entre eux travaillent entre 56 et 65 heures par semaine et 39% travaillent plus de 65 heures par semaine (voir Figure 130, p. 224).

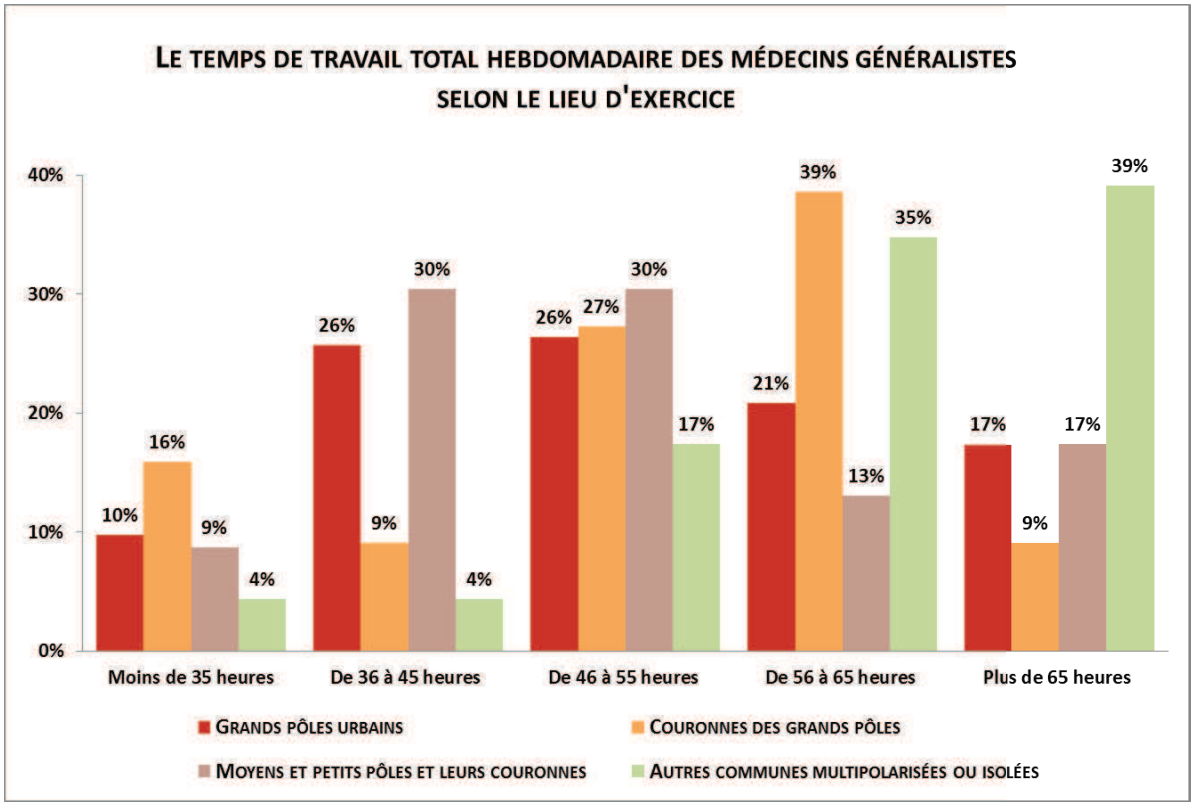


Figure 130 : Le temps de travail total hebdomadaire des généralistes selon le lieu de résidence.

- *Un sentiment de travailler trop*

La majorité des généralistes estiment qu'ils travaillent trop (63%) (voir Figure 131, p. 225), mais 71% d'entre eux pensent que le temps dédié aux consultations et visites est convenable.

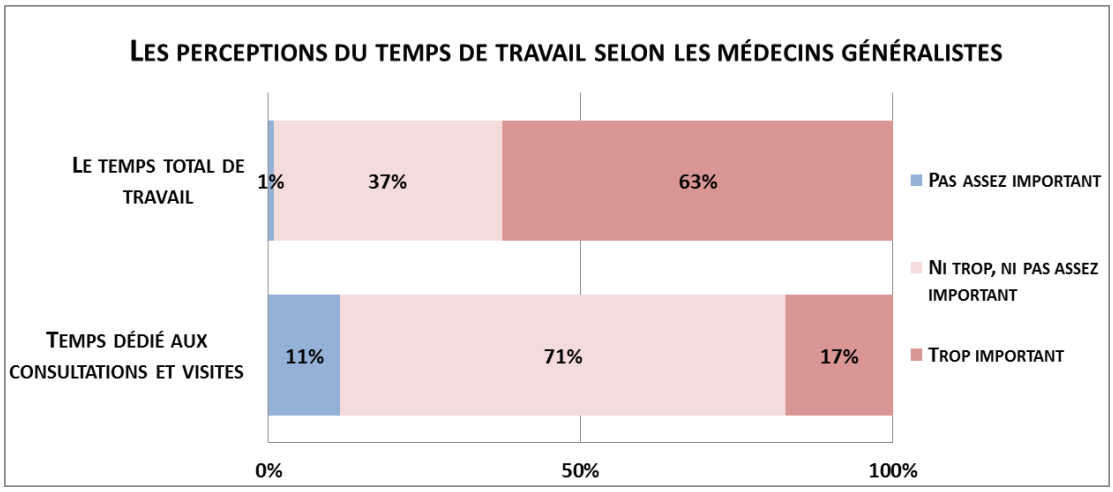


Figure 131 : Les perceptions du temps de travail selon les médecins généralistes.

Nous pouvons ainsi supposer que le temps administratif est trop important. Par ailleurs, le temps de travail étant particulièrement élevé chez les généralistes exerçant dans les communes multipolarisées ou isolées, il n'est pas surprenant d'observer que 73% des médecins pensent que leur temps total de travail est trop important (voir Figure 132, p. 225). Cependant, les perceptions des médecins concernant leur temps de travail ne sont pas significatives selon le zonage en aires urbains (p-value de 48%) ou les départements (p-value de 80%) (voir en annexe : Tables des tests Khi-carré de Pearson concernant les médecins généralistes, page 411).

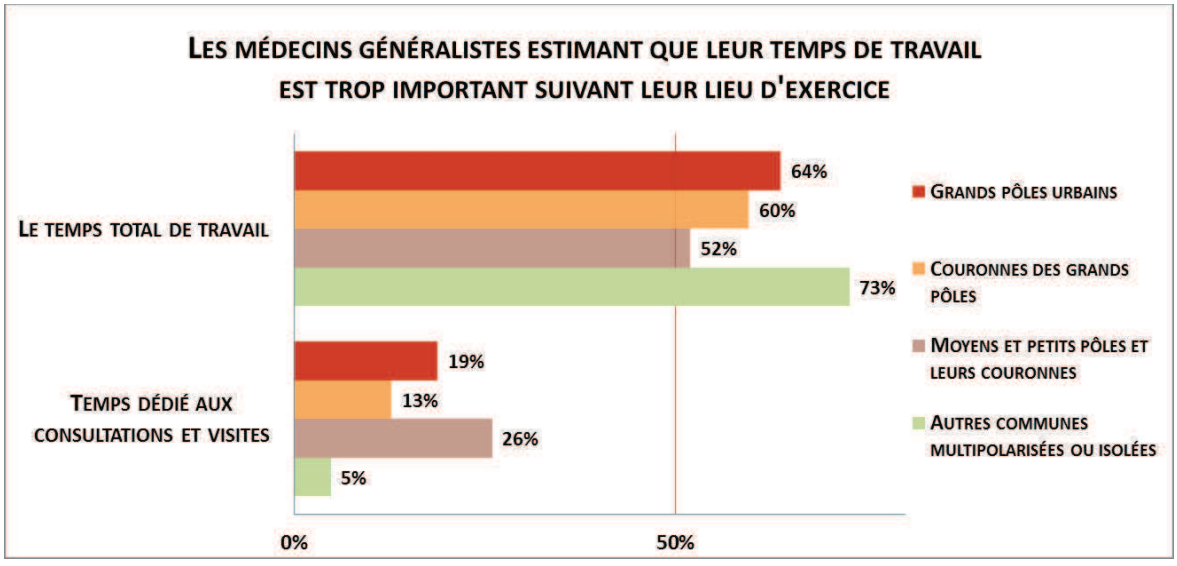


Figure 132 : Les médecins généralistes estimant que leur temps de travail est trop important selon leur lieu d'exercice.

Le sentiment de travailler trop varie également suivant l'âge du médecin généraliste : il est présent chez 55% des moins 50 ans et chez 66% des plus de 50 ans (voir Figure 133, p. 226). Bien que la relation de dépendance avec l'âge des généralistes ne soit pas significative, ces résultats sont cohérents avec le nombre d'heures travaillées des médecins.

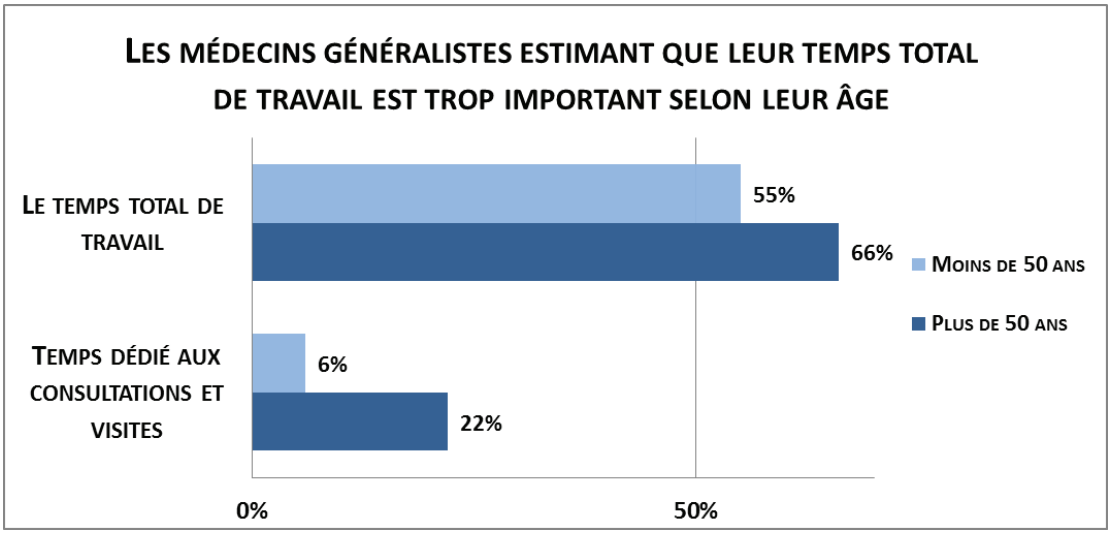


Figure 133 : Les généralistes estimant que leur temps de travail est trop important selon l'âge.

Ainsi, le sentiment de travailler trop, qui renvoie à une inadéquation entre l'offre et la demande de soins, est particulièrement présent chez les médecins généralistes exerçant dans les autres communes multipolarisées et isolées et les plus de 50 ans.

De plus, plusieurs études se sont intéressées au syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins libéraux, appelé aussi *burn out*. En moyenne, en France, aux Etats-Unis et aux Pays-Bas, les médecins sont 43% à ressentir un épuisement émotionnel élevés ; 40%, une dépersonnalisation élevée des patients ; 30%, un accomplissement personnel faible (Galam, 2007). Les facteurs de l'épuisement professionnel sont le plus souvent un temps de travail et une charge mentale au travail élevés, la prise en charge des patients en fin de vie, les attentes irréalistes des patients, les conflits entre le travail et la famille, la remise en cause des compétences du médecin par les patients, les contentieux judiciaires (Dusmesnils, 2009).

- *Les facteurs qui augmentent le temps de travail des médecins généralistes*

Les médecins généralistes ont un temps de travail médian de 55 heures par semaine et 63% d'entre eux ont le sentiment de travailler trop tandis que 71% pensent que le temps dédié aux consultations et visites est convenable. Dans ce contexte, quels sont les éléments qui augmentent le temps de travail des médecins généralistes ? Le premier facteur mentionné est l'augmentation du nombre de problèmes pris en charge dans une même consultation : les généralistes sont 92% à

penser que cet élément augmente de temps en temps à souvent leur temps de travail (voir Figure 134, p. 227). Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce facteur : comme nous l'avons vu précédemment, les patients sont préoccupés par leur santé et sont également plus informés, ils ont peut-être plus de difficultés à consulter un médecin par manque de temps. Ainsi, les patients sont amenés à évoquer plusieurs sujets au sein d'une même consultation, augmentant le temps de la consultation et l'attente en cabinet. Le second facteur, cité par 89% des médecins, est l'augmentation de la charge administrative. Cet élément n'est pas nouveau mais les difficultés liées à la « *paperasse* » semblent s'accroître. D'autre part, cette enquête confirme que la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques (84%) et de maladies graves (79%) ainsi que le vieillissement de la patientèle (79%) sont des facteurs qui augmentent le temps de travail des médecins généralistes. La prévention du risque médico-légal consiste par exemple, lorsqu'un patient décède, à organiser la prise en charge médico-sociale du conjoint âgé, seul ou dépendant. Ce facteur constitue une augmentation du temps de travail, de temps en temps à souvent, pour 44% des médecins. Notons que « *les caractéristiques de la patientèle* » est une question trop imprécise pour interpréter le sens de son résultat de façon significative. En revanche, 82% des médecins généralistes ont indiqué que le manque de disponibilité des paramédicaux n'augmentait jamais ou rarement leur temps de travail.

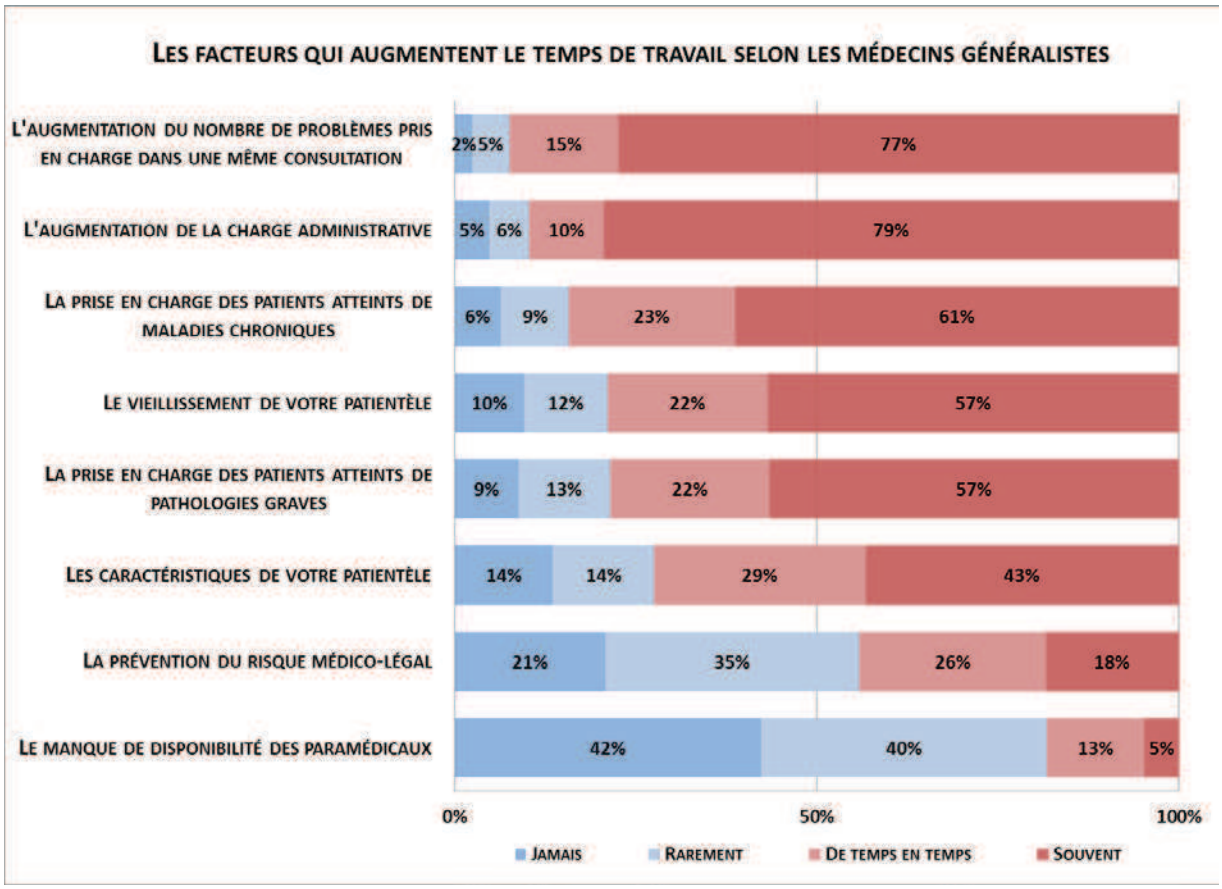


Figure 134 : Les facteurs qui augmentent le temps de travail selon les médecins généralistes.

Etant donné que 71% des médecins généralistes interrogés pensent que le temps dédié aux consultations et visites est convenable, ces résultats montrent que c'est l'augmentation de la charge administrative qui génère le sentiment de travailler trop. En effet, l'augmentation du nombre de problème pris en charge dans une même consultation, la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques et de maladies graves, ainsi que le vieillissement de la patientèle sont des facteurs qui augmentent le temps de travail, mais qui sont dédiés aux soins durant les consultations et visites.

- *Un nombre de médecins généralistes insuffisants*

Observons à présent si les éléments mentionnés précédemment constituent les seuls facteurs qui augmentent le temps de travail des généralistes. L'augmentation du nombre de malades atteints de maladies chroniques ou graves et le vieillissement de la population sont des éléments qui induisent un accroissement de la demande de soins. Parallèlement, le vieillissement de la démographie médicale et les nombreux départs à la retraite diminue l'offre de soins. Dans ce contexte, manque-t-il des médecins généralistes ?

Actuellement, 44% des médecins généralistes interrogés pensent qu'il manque des confrères de leur spécialité dans leur secteur de patientèle (voir Figure 135, p. 228).

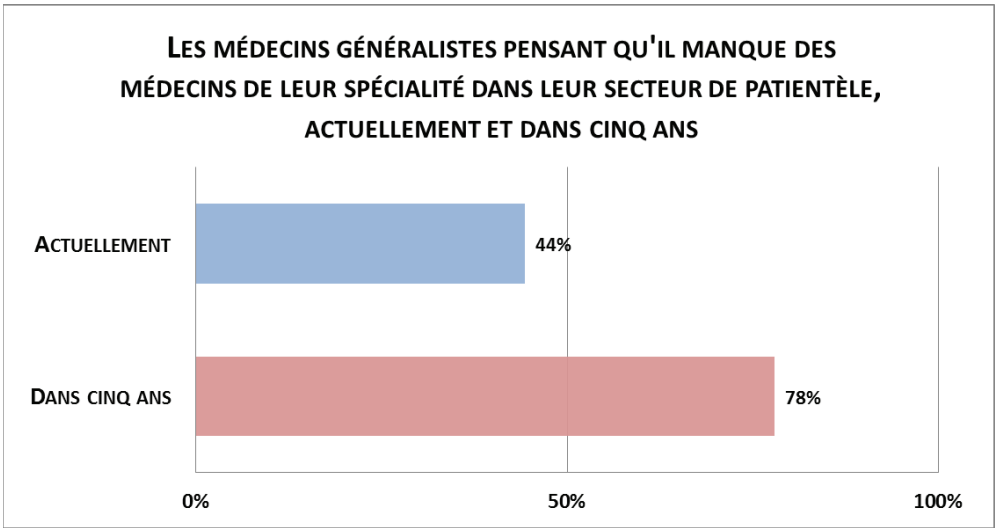


Figure 135 : Les médecins généralistes pensant qu'il manque des médecins de leur spécialité dans leur secteur de patientèle, actuellement et dans cinq ans.

Ce résultat montre que, selon les perceptions des médecins à travers leur expérience professionnelle quotidienne, il existe un déséquilibre entre l'offre et la demande de soins dans une région où la densité de l'offre est pourtant parmi les plus élevées de France. Ce déséquilibre devrait perdurer et s'accroître puisque 78% des médecins pensent qu'il manquera des généralistes

dans cinq ans. Ainsi, les médecins sont passés d'une situation concurrentielle à celle de pénurie dans certains territoires, avec un sentiment de travailler trop et de n'être pas assez nombreux pour faire face à la demande de soins qui ne cesse de croître.

Des disparités sont observées suivant le lieu d'exercice du médecin généraliste : 67% des médecins généralistes exerçant dans les autres communes multipolarisées ou isolées pensent qu'il manque actuellement des confrères dans leur secteur de patientèle (voir Figure 136, p. 229). Par ailleurs, 39% des médecins ont indiqué qu'il manque des généralistes dans les grands pôles urbains, ce qui montre que le déficit d'offre de soins ne concerne pas que les espaces ruraux isolés. La relation de dépendance entre le zonage en aires urbaines et le manque actuel de médecins est significative (p-value de 5%), contrairement à la relation entre le zonage et le manque de médecins dans cinq ans (p-value de 48%). En effet, quels que soient les territoires considérés, de nombreux médecins généralistes pensent qu'il manque des confrères dans leur secteur de patientèle : les résultats vont de 75% pour ceux exerçant dans les grands pôles urbains à 88% pour ceux exerçant dans les autres communes multipolarisées ou isolées.

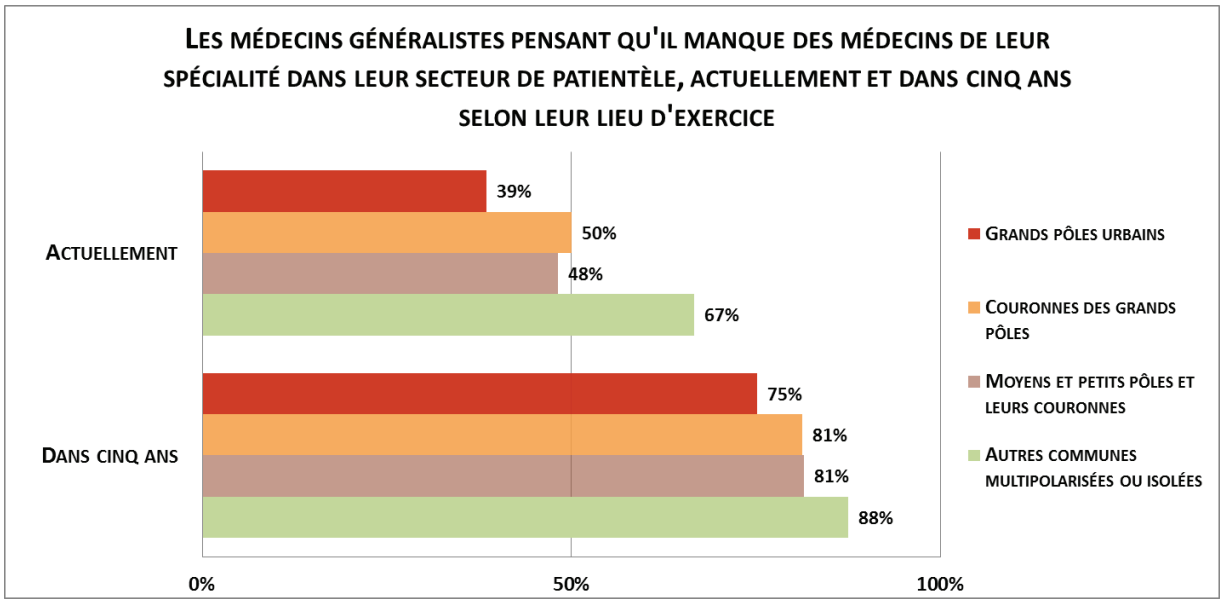


Figure 136 : Les médecins généralistes pensant qu'il manque des médecins de leur spécialité dans leur secteur de patientèle, actuellement et dans cinq ans selon leur lieu d'exercice.

Les médecins qui ressentent un déficit d'offre de soins ont indiqué qu'il manquait 3 généralistes actuellement dans leur secteur de patientèle et qu'il en manquerait 5,5, dans cinq ans (chiffres médians). Ces deux nombres sont élevés et sont à interpréter avec prudence puisque la taille d'un secteur de patientèle varie fortement suivant les types d'espace considérés : en milieu urbain, un secteur de patientèle peut correspondre à la population d'un quartier, tandis qu'en milieu rural elle regroupe généralement une dizaine de villages. Le nombre médian de médecins

manquants actuellement est de 3 par secteur de patientèle dans les grands pôles urbains et 2 dans les autres communes multipolarisées ou isolées. Le nombre médian de médecins qu'il manquera dans cinq ans est estimé à 5 dans les grands pôles urbains et 6 dans les autres communes multipolarisées ou isolées.

- *Le temps d'attente en cabinet est-il lié à l'organisation du cabinet médical ?*

Le temps d'attente est la principale difficulté des patients pour obtenir une consultation chez le médecin généraliste. Selon les médecins, le temps d'attente médian est de 20 minutes et la moyenne est de 28 minutes. Observe-t-on des variations de ce temps suivant l'organisation du cabinet médical ? Dans ce cas, quelles seraient les organisations optimales pour diminuer l'attente des patients ?

Les médecins ont la possibilité d'organiser l'accès aux consultations selon trois possibilités (voir Figure 137, p. 230) :

- les consultations sans rendez-vous : les patients accèdent aux consultations suivant l'ordre de leur arrivée au cabinet (25% des généralistes interrogés),
- l'obtention d'une consultation à des créneaux horaires précis de la semaine, les autres créneaux étant sans rendez-vous (47%),
- les consultations uniquement sur rendez-vous durant la semaine (28%).

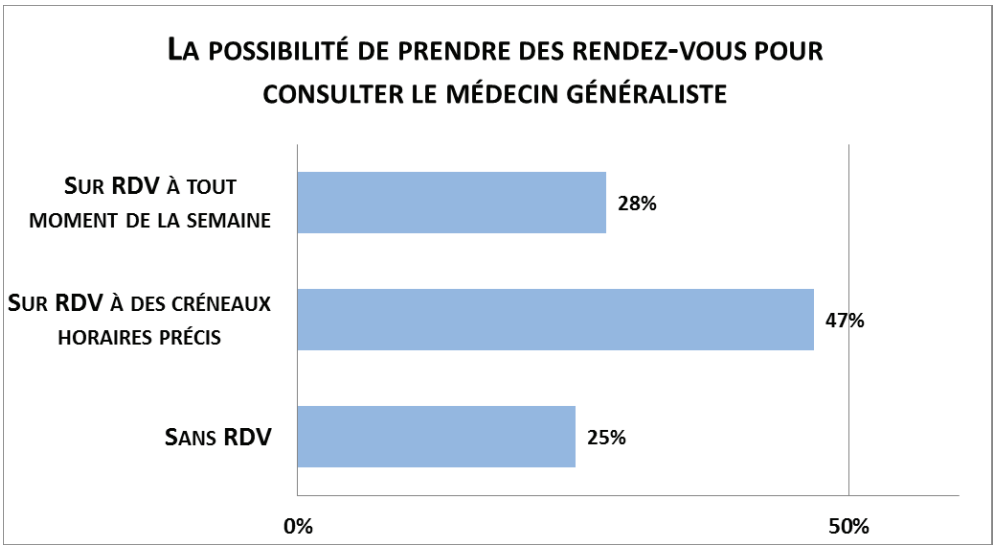


Figure 137 : La possibilité de prendre des rendez-vous pour consulter le médecin généraliste.

Ces organisations engendrent des temps d'attente différenciés (voir Figure 138, p. 231) :

- lorsque les consultations fonctionnent sur rendez-vous à tout moment de la semaine, le temps médian est de 15 minutes et le temps moyen est de 17 minutes,

- lorsque le patient peut consulter sur rendez-vous à des moments précis, le temps médian est de 20 minutes et le temps moyen est de 29 minutes,
- lorsque l'accès aux consultations se fait sans rendez-vous, le temps médian est de 30 minutes et le temps moyen est de 38 minutes.

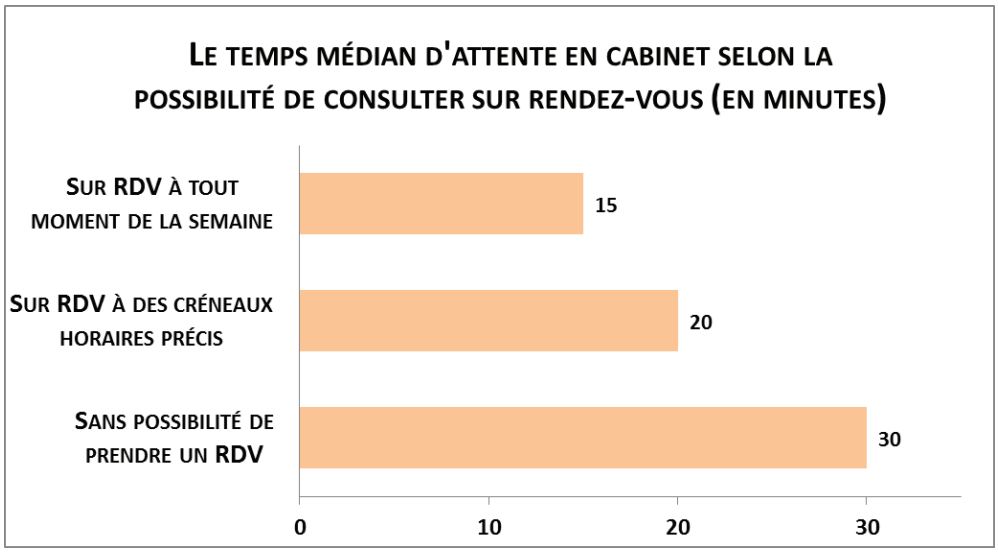


Figure 138 : Le temps médian d'attente selon la possibilité de consulter le médecin généraliste sur rendez-vous.

Une analyse de variance montre que le facteur lié à la possibilité de prendre des rendez-vous est significatif avec le temps d'attente (la p-value du test de Fisher est inférieure à 0,0001). Ces résultats sont cohérents avec ceux observés auprès des patients : l'insatisfaction liée au temps d'attente en cabinet est plus forte chez les patients ne pouvant prendre un rendez-vous (36%) et moins forte pour ceux pouvant prendre un rendez-vous à certains moments de la semaine (32%) ou tout le temps (21%) (voir Figure 57, p. 153). Mais au-delà de la satisfaction, la possibilité de prendre des rendez-vous engendre différents degrés de difficultés pour consulter un médecin généraliste : seulement 8% ont des difficultés s'ils peuvent consulter à tout moment sur rendez-vous contre 21% si le généraliste ne propose aucune consultation sur rendez-vous et 19% s'il est possible de prendre des rendez-vous à des créneaux horaires précis (voir Figure 58, p. 154). Il serait également intéressant de mener une étude auprès des patients afin de connaître leur estimation du temps d'attente en cabinet et de comparer ce temps à celui déclaré par les médecins.

Un autre facteur significatif avec le temps d'attente en cabinet est l'exercice en cabinet isolé ou de groupe (la p-value du test de Fisher de l'analyse de variance à un facteur est de 0,0028). En effet, le temps d'attente médian pour un cabinet isolé est de 15 minutes (moyenne à 24 minutes) et de 30 minutes pour un cabinet de groupe (moyenne à 35 minutes). Ce résultat peut s'expliquer par la fréquentation des cabinets de groupe qui est généralement plus importante que pour les

cabinets isolés. Notons que 68% des médecins interrogés exercent seuls et 32% exercent dans des cabinets de groupe.

Quel que soit le type de cabinet, isolé ou de groupe, le temps d'attente médian de 15 minutes avec un secrétariat (moyenne à 24 minutes) et 20 minutes sans secrétariat (moyenne à 29 minutes). Cependant, le facteur lié à la présence d'un secrétariat n'est pas significatif avec le temps d'attente en cabinet (p-value du test de Fisher de 0,221). De même, le sentiment de travailler trop varie peu suivant si le médecin généraliste dispose d'un secrétariat (66%) ou non (61%). Notons que 28% des médecins généralistes interrogés ont un secrétariat dont 69% de type physique (et non simplement téléphonique). Parmi les médecins interrogés n'ayant pas de secrétariat, seulement 24% pensent qu'un secrétariat permet de diminuer le temps d'attente en cabinet contre 77% pensant que ce n'est pas le cas : il s'agit notamment des médecins âgés de plus de 65 ans (voir Figure 139, p. 232).

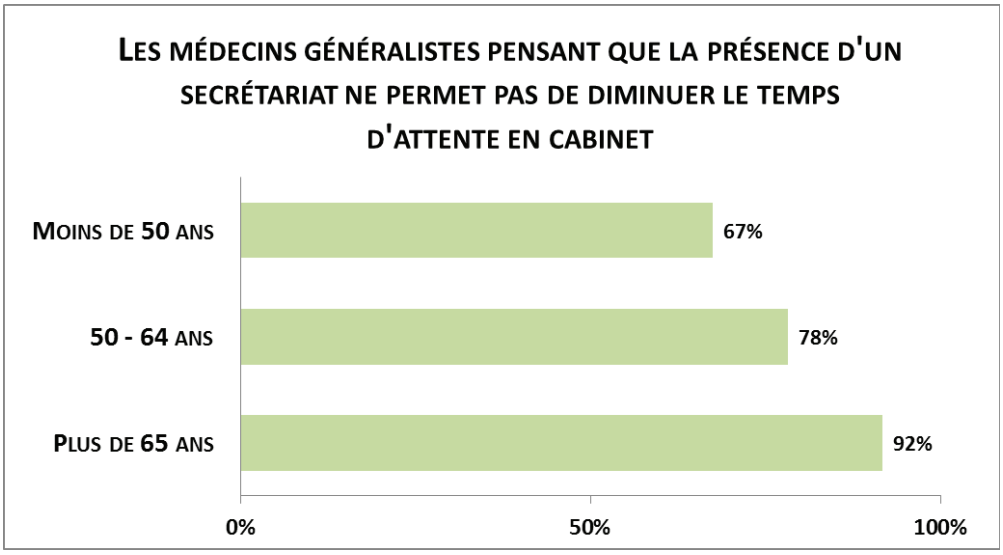


Figure 139 : Les médecins généralistes pensant que la présence d'un secrétariat ne permet pas de diminuer le temps d'attente en cabinet.

Enfin, le facteur lié au lieu d'exercice du médecin généraliste selon le zonage en aires urbaines n'est pas significatif avec le temps d'attente en cabinet (p-value de 0,475 selon le test de Fisher). De même, la relation de dépendance n'est pas significative entre le lieu d'exercice des médecins et la présence ou non d'un secrétariat médical (p-value de 35%) ou la possibilité de prendre des rendez-vous (p-value de 49%).

Il semblerait donc que le mode d'organisation du cabinet proposant des consultations sur rendez-vous à tout moment de la semaine diminue le temps d'attente des patients ainsi que leurs difficultés à consulter et le renoncement aux soins.

7.2.3. Les solutions des médecins généralistes pour réduire les délais de prise en charge des patients

- *Le regroupement des médecins : une solution pour les patients*

Après avoir identifié les différences de perceptions concernant les difficultés d'accès aux soins selon les patients et les médecins ainsi que les conditions d'exercice des médecins, nous avons souhaité connaître les solutions des médecins pour réduire les délais de prise en charge des patients, qu'il s'agisse du temps d'attente en cabinet ou du délai d'obtention d'un rendez-vous.

La solution la plus plébiscitée par les médecins généralistes pour réduire les délais de prise en charge est le regroupement avec d'autres confrères de la même spécialité (voir Figure 140, p. 233). Dans le cadre de la permanence des soins (en dehors des horaires d'ouverture du cabinet), le regroupement constitue une solution pour 77% des généralistes interrogés. Pour la continuité des soins (aux horaires d'ouverture des cabinets), ils sont 69% à souhaiter cette solution.

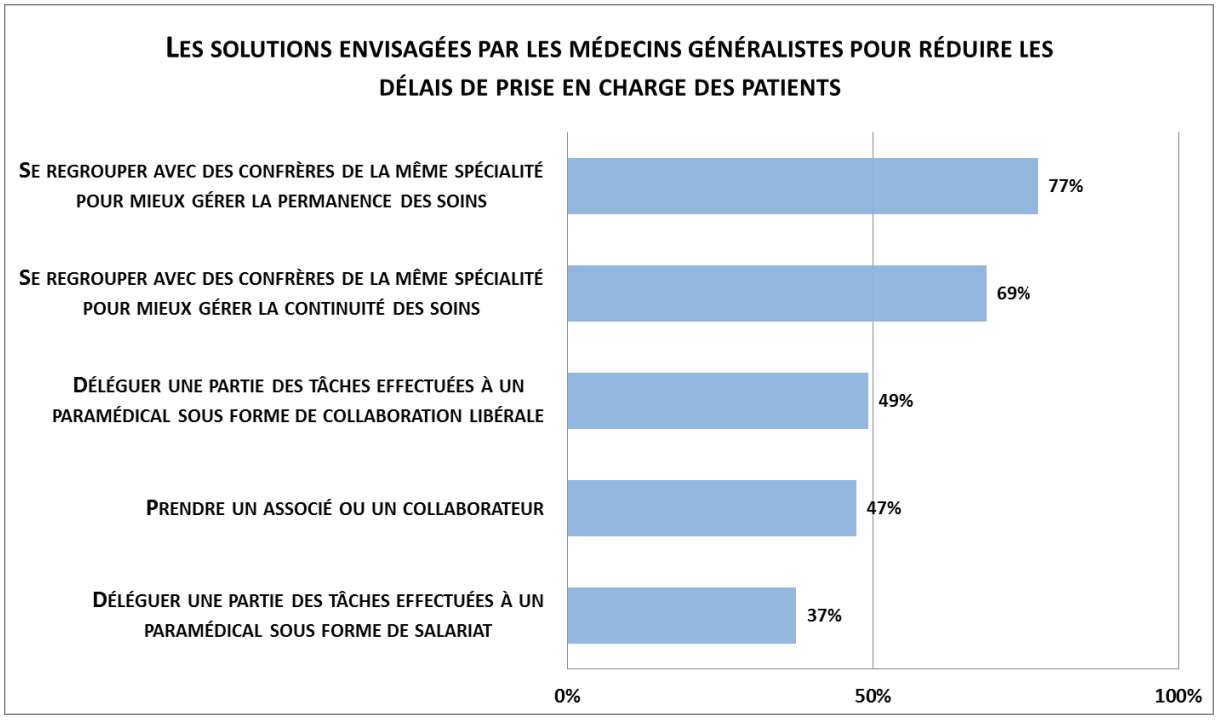


Figure 140 : Les solutions des médecins généralistes pour réduite les délais d'attente pour une prise en charge des patients.

La délégation d'une partie des tâches suscite moins d'intérêt pour réduire les délais de prise en charge des patients : 49% des médecins sont favorables à déléguer des tâches à un professionnel de santé paramédical sous la forme d'une collaboration libérale et 37%, sous forme de salariat.

Par ailleurs, 47% sont également favorables à travailler avec un associé ou un collaborateur. Parmi eux, 53% des généralistes ont déjà recherché un associé ou un collaborateur et 66% d'entre eux ont eu des difficultés à en trouver.

Une question ouverte (question 4D) permet aux médecins généralistes de proposer leur solution pour réduire les délais de prise en charge des patients. Parmi les 49% de répondants, 38% souhaitent une augmentation du nombre de médecins, 18% indiquent que les patients doivent être plus éduqués (être plus patients, plus ponctuels) et 12% souhaitent un allègement ou une simplification des charges administratives.

- *Les solutions des médecins généralistes suivant leur lieu d'exercice*

Lorsque ces résultats sont analysés suivant le lieu d'exercice des médecins (voir Figure 141, p. 234), ceux exerçant dans les autres communes multipolarisées ou isolées ont tendance à être davantage favorables aux cinq solutions présentées précédemment (voir Figure 140, p. 233).

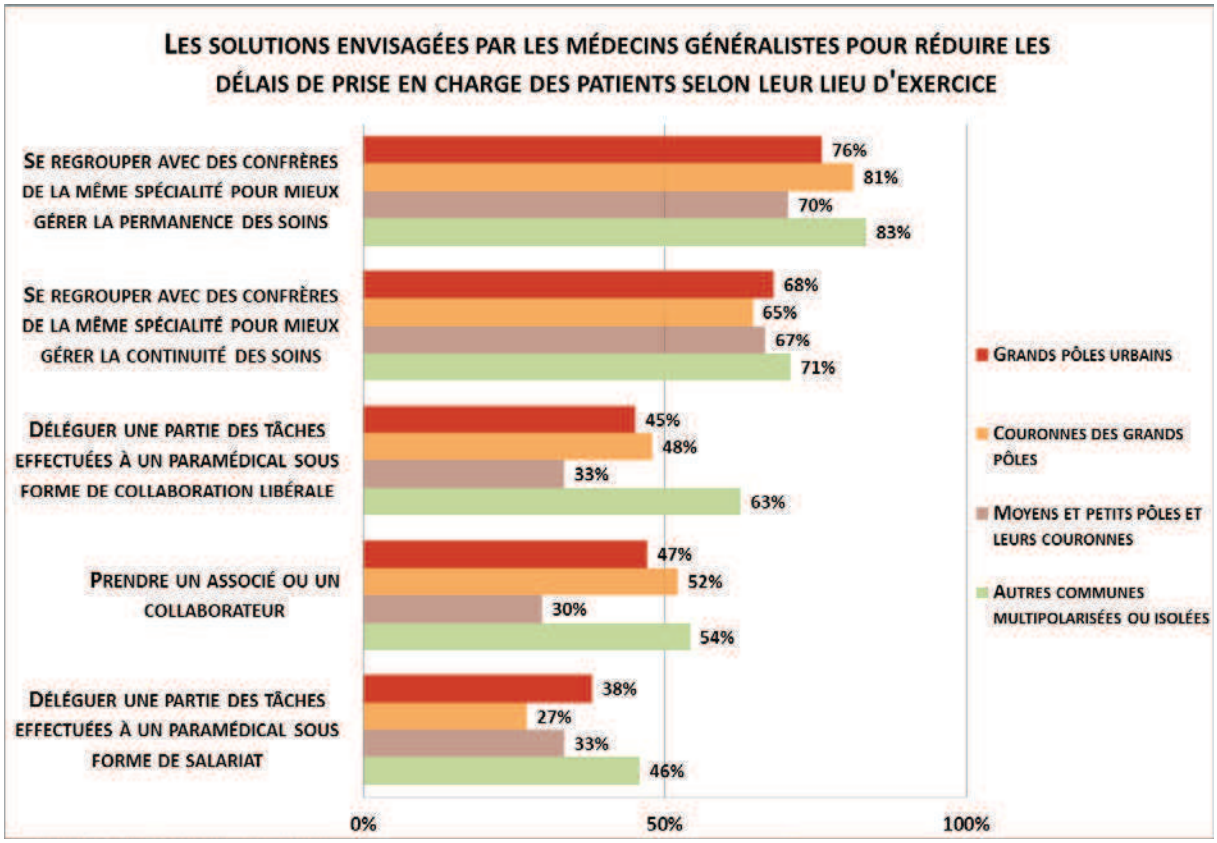


Figure 141 : Les solutions des médecins généralistes pour réduire les délais d'attente pour une prise en charge des patients selon leur lieu d'exercice.

En effet, ils sont 83% à être favorables au regroupement pour la permanence des soins, 71%, pour la continuité des soins, 63% pour la délégation de tâches sous forme libérale, 54% pour

travailler avec un associé ou un collaborateur et 46% pour la délégation de tâches sous forme de salariat. Cet engouement dans ces territoires résulte probablement d'un déficit de l'offre particulièrement élevé vis-à-vis de la demande de soins, comme nous avons pu l'observer précédemment. Pourtant, selon le test de Khi-carré, la relation n'est pas significative entre chacune de ces solutions et le lieu d'exercice des généralistes selon le zonage en aires urbaines (voir Annexe B, p. 411). Cette absence de significativité peut provenir de notre échantillon comprenant seulement 24 médecins exerçant dans les autres communes multipolarisées ou isolées.

- *Les solutions des médecins généralistes suivant leur âge*

Lorsque les solutions envisagées par les médecins sont analysées suivant leur âge, on observe que les jeunes âgés de 25 à 34 ans sont les plus favorables pour se regrouper (86% et 69%), déléguer des tâches (71% et 57%) ou s'associer avec un confrère (79%) pour réduire les délais de prise en charge des patients (voir Figure 142, p. 235).

Etant donné le faible nombre de médecins interrogés ayant entre 25 et 34 ans (14 généralistes), la relation de dépendance n'est pas significative pour notre échantillon. Notons que la solution proposant de travailler avec un associé ou d'un collaborateur a une p-value de 7%, tout comme le regroupement pour la continuité des soins.

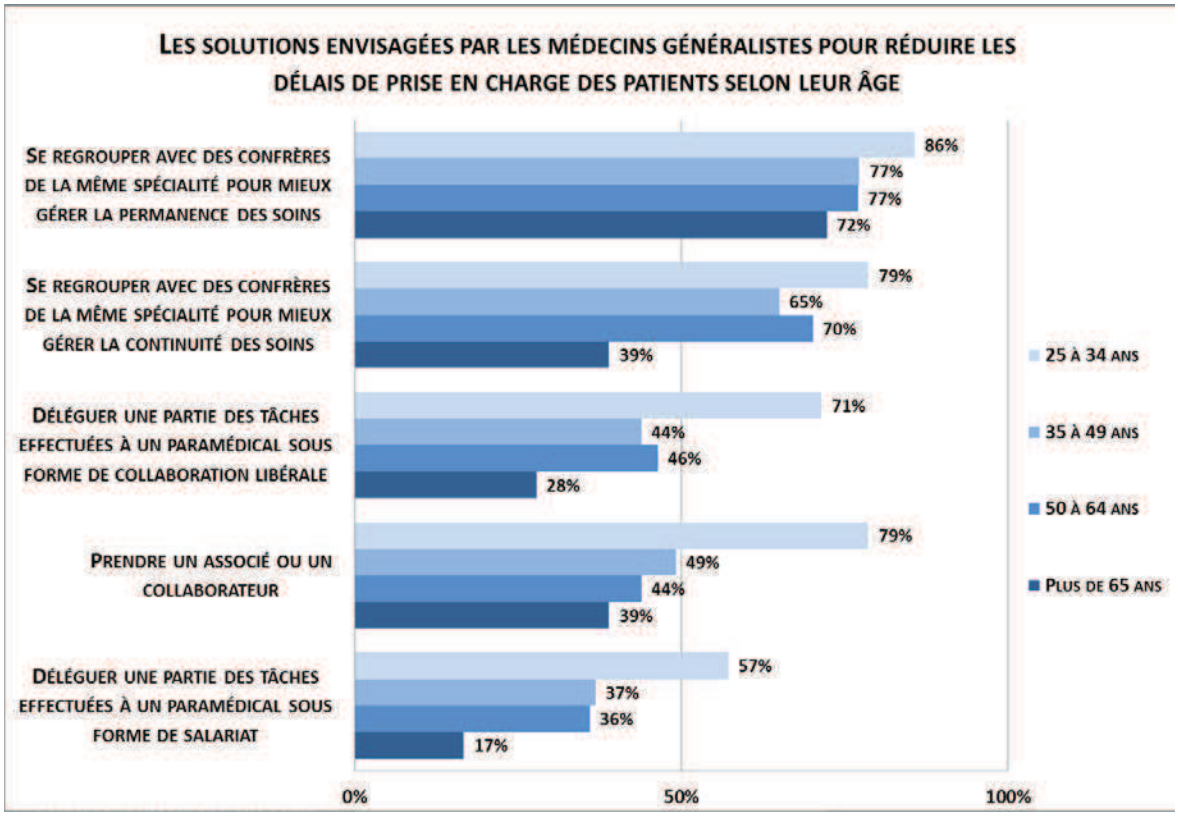


Figure 142 : Les solutions des médecins généralistes pour réduite les délais d'attente pour une prise en charge des patients selon leur âge.

- *Les consultations avancées dans les territoires ruraux*

Lorsque l'on demande aux médecins généralistes s'ils sont prêts à effectuer des consultations avancées, à plus de cinquante kilomètres par exemple, dans certains territoires ruraux dans lesquels il est difficile de consulter un médecin, ils sont 22% à y être favorables (voir Figure 143, p. 236). Le nombre médian de jours qu'ils accepteraient d'effectuer est de deux jours par mois. Ce chiffre de 22% peut sembler *a priori*, relativement faible, pourtant 22% des 4148 généralistes en Languedoc-Roussillon[51] représentent environ 900 médecins. A raison de deux jours par mois, l'offre de soins serait ainsi fortement améliorée dans certains territoires ruraux isolés. Notons que la question de la rémunération n'a pas été abordée, or une indemnisation liée à la distance parcourue par le médecin pour se rendre dans ces territoires permettrait de pérenniser cette solution, étant donné que ce temps n'est pas dédié aux consultations ou visites.

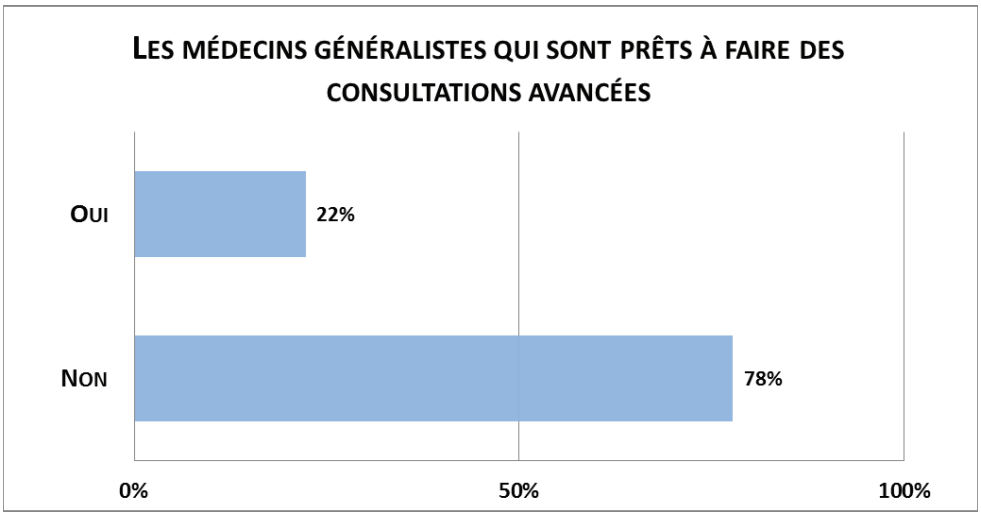


Figure 143 : Les médecins généralistes qui sont prêts à faire des consultations avancées.

Les autres communes multipolarisées ou isolées sont des territoires dans lesquels l'offre de soins est plus déficitaire qu'ailleurs, pourtant 52% des médecins seraient favorables pour effectuer des consultations avancées dans d'autres lieux isolés (voir Figure 144, p. 237). Ainsi, on observe une dépendance significative entre les médecins qui sont prêts à effectuer des consultations avancées et leur lieu d'exercice (p-value de 0,2%). Ce résultat est étonnant d'autant que 73% d'entre eux estiment travailler trop (voir Figure 132, p. 225). De même, 46% des médecins exerçant en Lozère seraient également favorables à cette idée.

[51] Au 1er Janvier 2011, selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM, 2011).

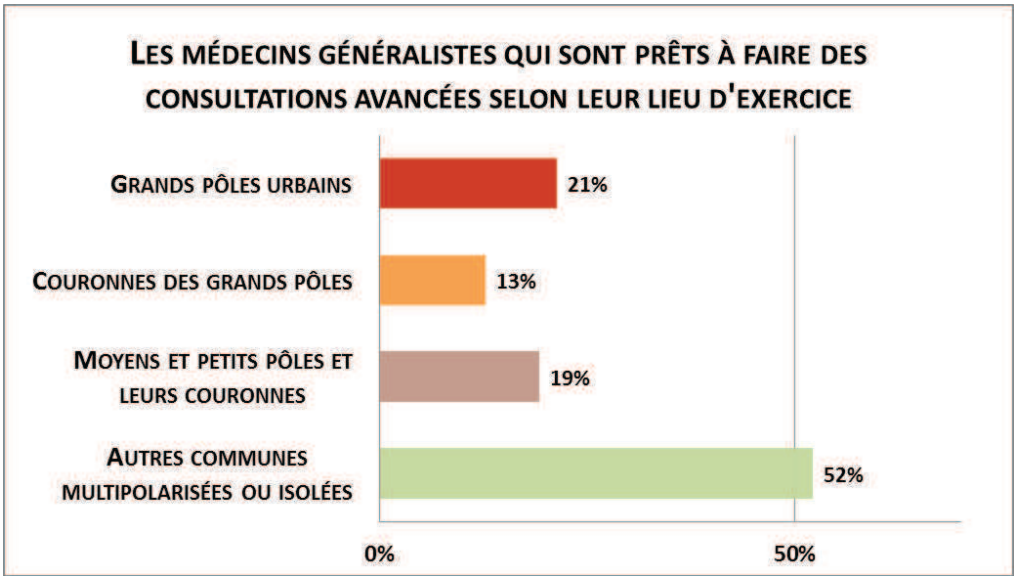


Figure 144 : Les médecins généralistes qui sont prêts à faire des consultations avancées selon leur lieu d'exercice.

Il est également surprenant d'observer que les médecins les plus âgés sont les plus favorables pour effectuer des consultations avancées dans certains territoires ruraux où l'accès aux consultations est difficile. Tandis que 14% des généralistes sont prêts à faire des consultations avancées, ils sont 30% parmi les 65 à 74 ans et 47% parmi les plus de 75 ans (voir Figure 145, p. 237).

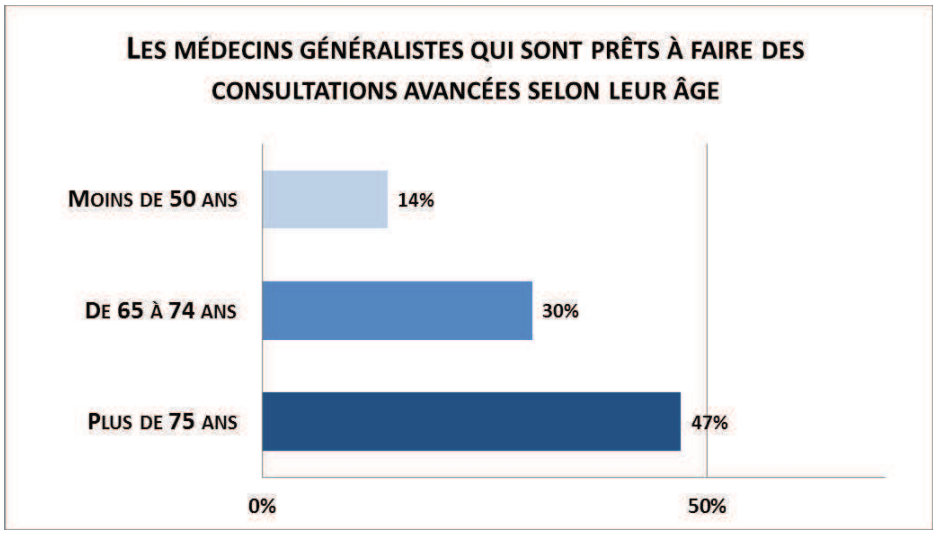


Figure 145 : Les généralistes qui sont prêts à faire des consultations avancées selon leur âge.

Selon le Docteur Vedrenne, médecin généraliste et coordinateur d'une maison de santé pluriprofessionnelle, l'attrait des médecins plus âgés pour ces consultations peut s'expliquer par la volonté d'avoir une activité en complément de leur retraite et par la curiosité suscitée pour cette

nouvelle pratique. Etant donné, le faible nombre d'individus, ces résultats sont à interpréter avec prudence (p-value de 5,5%).

Ainsi, les généralistes ressentent un déséquilibre entre l'offre et la demande, ils ont le sentiment qu'il manque des médecins et qu'ils travaillent trop. Face à ce constat, les médecins sont favorables à plusieurs solutions modifiant l'organisation de leur profession : environ sept médecins sur dix sont favorables au regroupement avec d'autres confrères de la même spécialité pour la continuité ou la permanence des soins et environ la moitié d'entre eux accepteraient de déléguer des tâches à un collaborateur libéral ou de s'associer avec un confrère pour réduire les délais de prise en charge des patients. De plus, environ un médecin sur cinq est prêt à effectuer des consultations avancées dans des territoires ruraux isolés. Ces perceptions montrent une certaine volonté des médecins libéraux pour s'adapter au déficit d'offre de soins ressenti au quotidien quel que soit le type de territoire considéré.

7.2.4. Une analyse des correspondances multiples concernant les médecins généralistes

Une analyse des correspondances multiples (ACM) permet d'observer les relations entre les perceptions des médecins généralistes concernant la démographie médicale et leurs conditions d'exercice ainsi que l'organisation du cabinet médical selon le zonage en aires urbaines (Figure 146, p. 240). L'âge des médecins est ajouté en tant que variable supplémentaire. L'analyse des deux axes principaux (axe 1 : 15,55% et axe 2 : 12,32%) met en évidence quatre classes distinctes.

L'axe 1 discrimine les médecins généralistes qui constatent un manque de médecins actuellement (contribution de 17%) et ceux pensant qu'il n'en manque ni actuellement (contribution de 14%), ni dans cinq ans (contribution de 22%). L'ensemble des contributions des modalités actives ainsi que leurs abréviations sont disponibles en Annexe B, page 413. Une première classe regroupe les médecins pensant que l'offre de soins dans leur spécialité est insuffisante actuellement et le sera également dans cinq. Ils ont tendance à exercer dans les autres communes multipolarisées ou isolées, dans un cabinet de groupe et à disposer d'un secrétariat. Ces médecins semblent avoir une activité importante et ont le sentiment de travailler trop.

A l'opposé de cet axe, se trouvent les médecins qui ne ressentent pas de déficit de l'offre de soins actuellement ou dans l'avenir (deuxième classe). Ils ont le sentiment que leur temps de travail total est convenable et ont tendance à fonctionner sans rendez-vous, dans des cabinets isolés. Ces médecins, exerçant plutôt dans les grands pôles urbains, témoignent d'une certaine adéquation entre l'offre et la demande.

L'axe 2 oppose les médecins exerçant dans les autres communes multipolarisées ou isolées (forte contribution de 29%) et les autres médecins. En effet, une troisième classe comprend les médecins exerçant dans ces territoires ruraux et qui sont prêts à effectuer des consultations avancées dans d'autres lieux isolés où l'accès aux consultations des généralistes est difficile. Ils ont tendance à avoir plus de 50 ans et exercent seul, sans secrétariat et consultent sans rendez-vous.

A l'opposé, les médecins généralistes exercent dans des cabinets de groupe avec un secrétariat médical proposant des consultations sur rendez-vous à tout moment de la semaine (quatrième classe). Ces médecins ont plutôt moins de 50 ans et sont plus représentés dans les couronnes des grands pôles urbains. Ils sont également moins disposés à effectuer des consultations avancées dans certains territoires ruraux.

Ainsi, cette analyse discrimine d'une part, les médecins qui ressentent un déficit d'offre de soins et ceux qui ne le perçoivent pas, et d'autre part, ceux exerçant dans les communes isolées et les autres exerçant dans le reste du territoire.

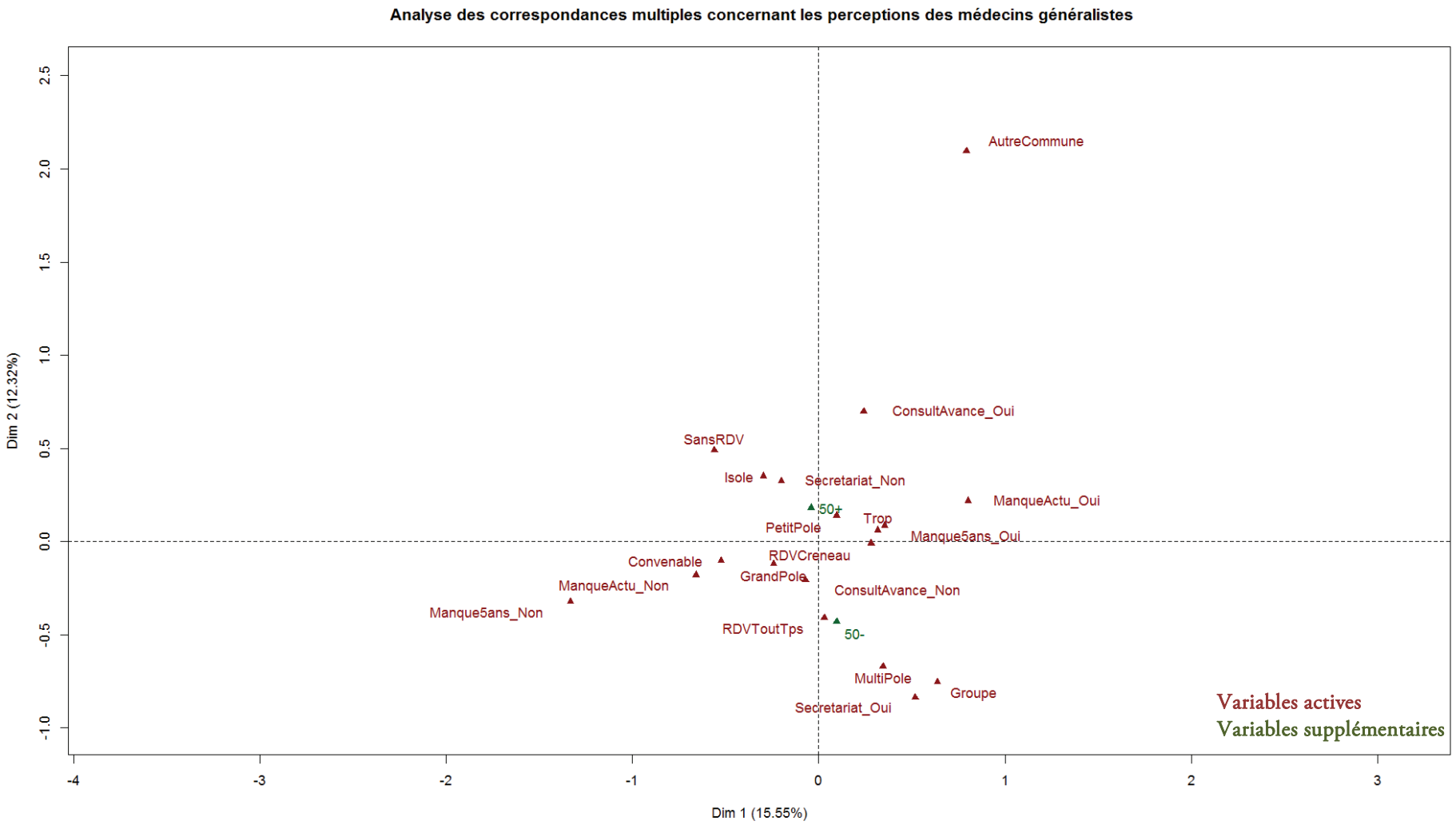


Figure 146 : Une analyse des correspondances multiples concernant les médecins généralistes.

7.3. Résultats et discussion concernant les médecins spécialistes

7.3.1. Les médecins spécialistes partagent-ils les mêmes perceptions des difficultés d'accès aux soins que leurs patients ?

- *Les principales difficultés de l'accès aux soins des patients selon les médecins spécialistes*

La principale difficulté pour consulter un médecin spécialiste en Languedoc-Roussillon, pour 43% des patients, est le manque de disponibilité du médecin pour obtenir un rendez-vous (voir Figure 93, p. 184). Parmi les 23% de patients ayant renoncé à consulter un spécialiste, 78% le justifient également par ce motif (voir Figure 102, p. 193). Les médecins spécialistes évoquent cette difficulté, mais en troisième position : 33% des médecins pensent que cet obstacle à la prise en charge des patients s'obverse de temps en temps à souvent (voir Figure 147, p. 242).

Comme les médecins généralistes, les spécialistes pensent que la première difficulté à l'obtention des soins est le montant des soins prescrits restants à la charge des patients (25% pensent que cet obstacle s'obverse « *de temps en temps* » et 18% l'observent « *souvent* »). Or, seulement 6% des patients interrogés ont indiqué que les difficultés financières constituent leur principal obstacle pour consulter un médecin spécialiste. Il serait également intéressant de réaliser une étude complémentaire afin d'identifier les facteurs expliquant cette perception des médecins.

La seconde difficulté perçue par les médecins spécialistes concerne le trajet (conditions de circulation, stationnement) : 39% d'entre eux observent cet obstacle, de temps en temps à souvent. Pourtant, 9% des patients interrogés indiquent que le trajet constitue leur principale difficulté pour consulter (voir Figure 93, p. 184) et parmi les 23% de personnes ayant renoncé à consulté, seulement 21% l'ont fait pour ce motif (voir Figure 102, p. 193).

Les modalités correspondant à l'urgence semblent générer relativement peu de difficultés pour les patients selon les spécialistes : 28% des spécialistes évoquent de temps en temps à souvent des difficultés concernant la réponse apportée par le système de garde et 26% citent le délai d'attente pour être pris en charge, dans la spécialité du médecin interrogé, dans le cas d'une situation urgente.

D'autre part, l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous est une difficulté faiblement citée (12%) puisque 99% des spécialistes interrogés proposent des consultations sur rendez-vous (uniquement sur rendez-vous ou à des créneaux horaires précis). De même, le montant de la consultation est cité comme un obstacle par 20% des spécialistes pourtant, nous l'avons vu les

patients rencontrent peu de difficultés financières. Les médecins ayant évoqué cette difficulté sont essentiellement en secteur 1. Notons que 69% des médecins spécialistes interrogés sont en secteur 1 et 18%, en secteur 2.

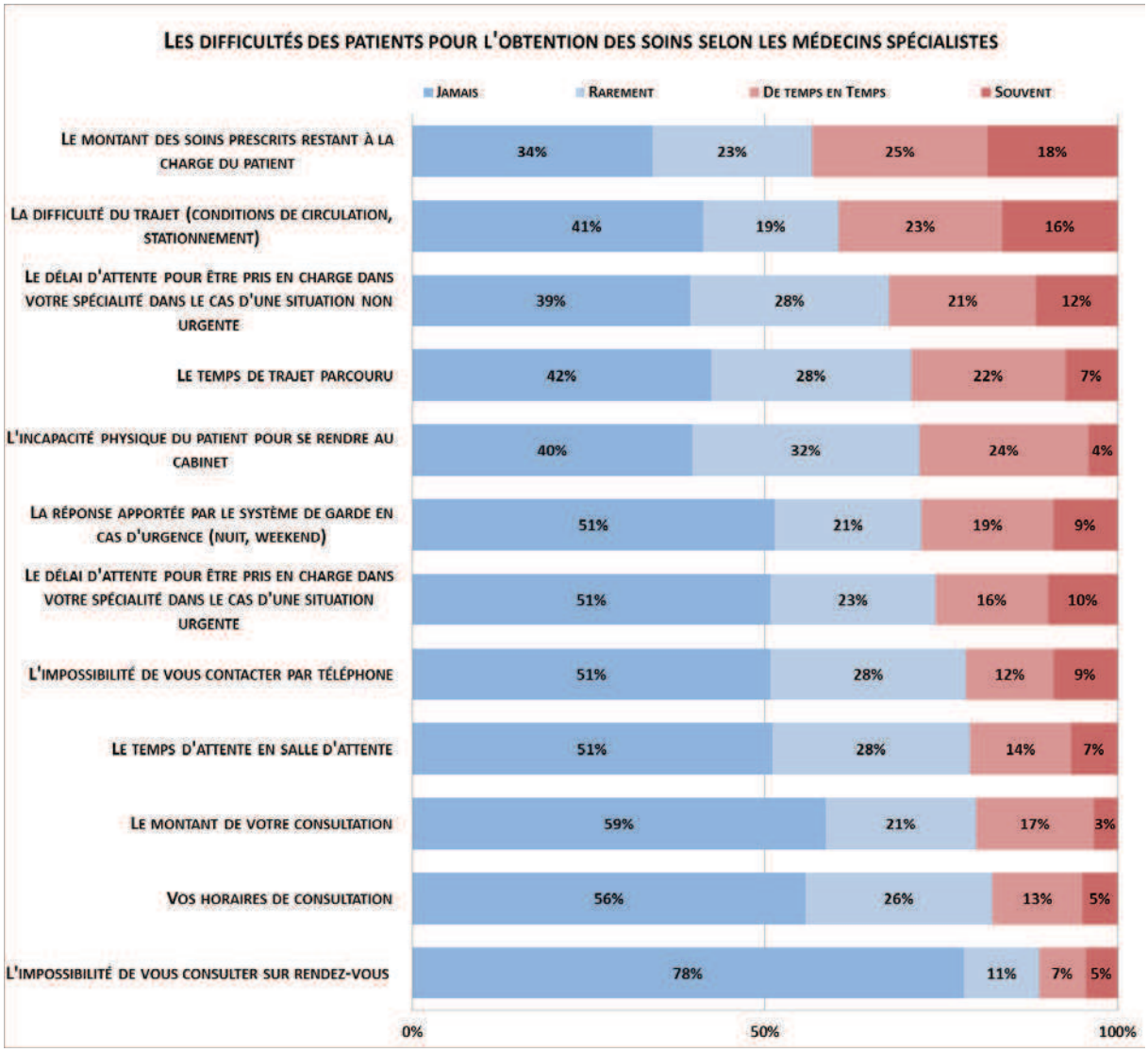


Figure 147 : Les difficultés des patients pour l'obtention des soins selon les médecins spécialistes.

- *La médecine générale : une spécialité fréquemment en interaction avec les médecins spécialistes*

La question liée aux spécialités médicales avec lesquelles les médecins sont le plus fréquemment en interaction est plus pertinente pour les généralistes que pour les spécialistes étant donné la diversité de leur spécialité et leur concentration en milieu urbain. Nous pouvons néanmoins indiquer que les spécialistes sont le plus fréquemment en interaction avec les généralistes (41%) et les cardiologues (23%) (voir Figure 148, p. 243). Ce résultat montre, une fois de plus, l'importance de la démographie des cardiologues et de leur répartition sur les territoires étant donné la demande de soins de la population.

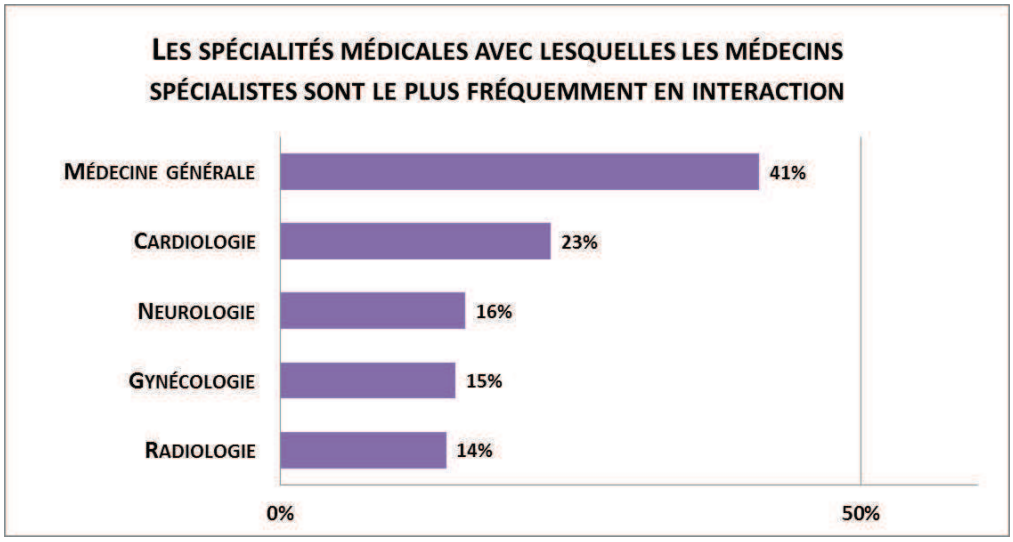


Figure 148 : Les spécialités médicales avec lesquelles les médecins spécialistes sont le plus fréquemment en interaction.

- *Patients et médecins spécialistes : une perception partagée des spécialités dont l'accès est le plus difficile*

Une similitude des perceptions des patients, des médecins généralistes et des spécialistes est observée concernant les spécialités médicales avec lesquelles les patients ont le plus de difficultés pour être pris en charge. En effet, les réponses des spécialistes correspondent tout à fait à celles des généralistes : l'ophtalmologie (citée par 45% des spécialistes), la dermatologie (22%) et la gynécologie (22%) sont les spécialités dont l'accès aux consultations est le plus difficile, conduisant ainsi à des renoncements aux soins chez les patients (voir Figure 149, p. 243).

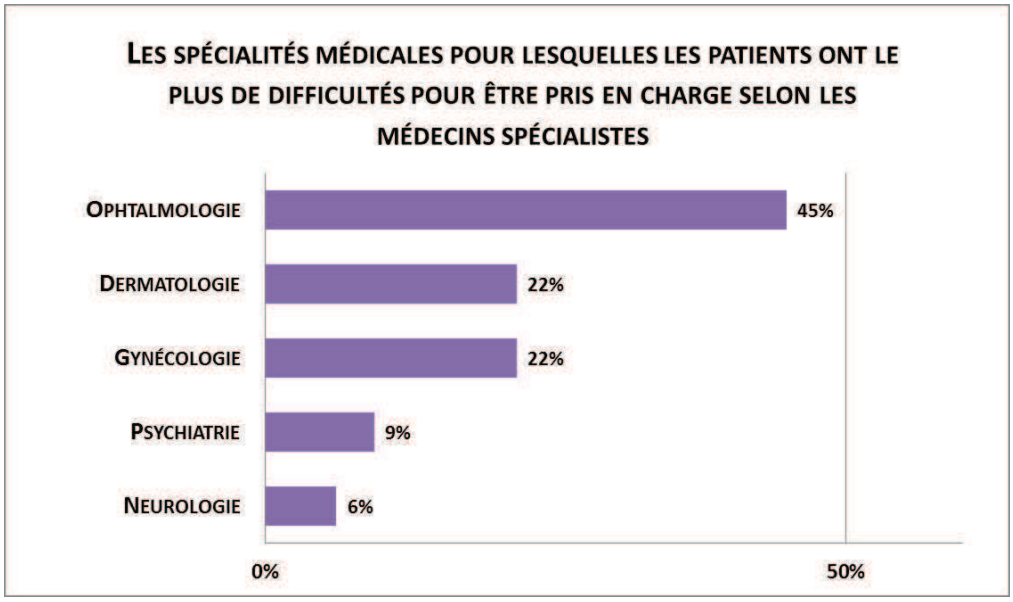


Figure 149 : Les spécialités médicales avec lesquelles les patients ont le plus de difficultés pour être pris en charge selon les médecins spécialistes.

Ainsi, le manque de disponibilité du médecin pour obtenir un rendez-vous est la principale difficulté des patients pour consulter un médecin spécialiste. Pourtant, ces médecins mentionnent seulement en troisième position le délai d'attente pour être pris en charge dans le cas d'une situation non urgente. Pour eux, les difficultés financières (montant des soins restant à la charge des patients) et celles concernant le trajet pour se rendre au cabinet médical sont des obstacles majeurs, contrairement aux perceptions des patients.

7.3.2. Les perceptions des médecins spécialistes concernant leurs conditions d'exercice

Les perceptions des médecins concernant leurs conditions d'exercice constituent des informations importantes pour appréhender les difficultés d'accès aux soins. Comme pour les médecins généralistes, il s'agit de recueillir les perceptions des médecins spécialistes afin d'identifier s'il existe un déséquilibre entre l'offre et la demande.

- *Le temps de travail des médecins spécialistes*

Les médecins spécialistes estiment que leur temps de travail total hebdomadaire est de 48 heures en moyenne (médiane de 50 heures) et le temps dédié uniquement aux consultations et visites est de 39 heures en moyenne (médiane de 40 heures). Ainsi, les spécialistes travaillent 5 heures de moins que les généralistes (selon la médiane ou de la moyenne). Tandis que les généralistes sont 43% à travailler plus de 56 heures par semaine, les spécialistes ne sont que 23% (voir Figure 150, p. 244).

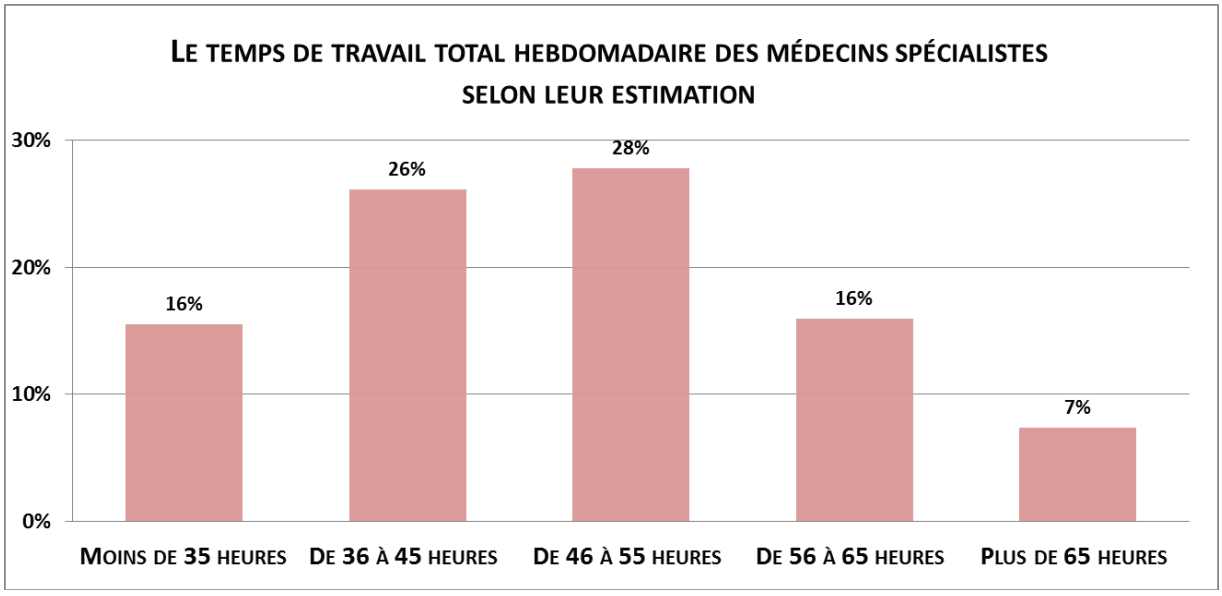


Figure 150 : Le temps de travail total hebdomadaire des médecins spécialistes selon leur estimation.

Les spécialistes âgés de moins de 50 ans travaillent moins (médiane à 45 heures par semaine) que leurs ainés de plus de 50 ans (médiane à 50 heures). Ainsi, 15% des moins de 50 ans travaillent plus de 56 heures contre 26% des plus de 50 ans et 24% des moins de 50 ans travaillent moins de 35 heures contre seulement 13% des plus de 50 ans (voir Figure 151, p. 245). Il existe également une différence des temps de travail selon le sexe des spécialistes : les hommes ont un temps de travail médian de 50 heures, tandis que celui des femmes est de 45 heures. Les femmes sont 24% à travailler moins de 35 heures contre 16% pour les hommes et 21% à travailler plus de 56 heures contre 24% pour les hommes (voir Figure 152, p. 245).

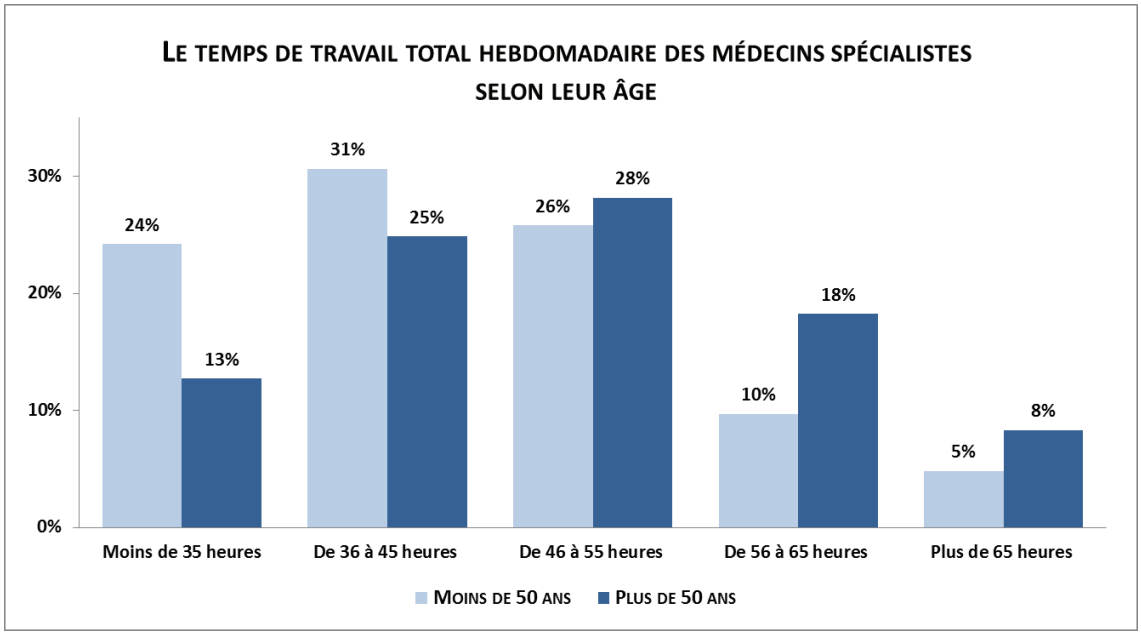


Figure 151 : Le temps de travail total hebdomadaire des médecins spécialistes selon leur âge.

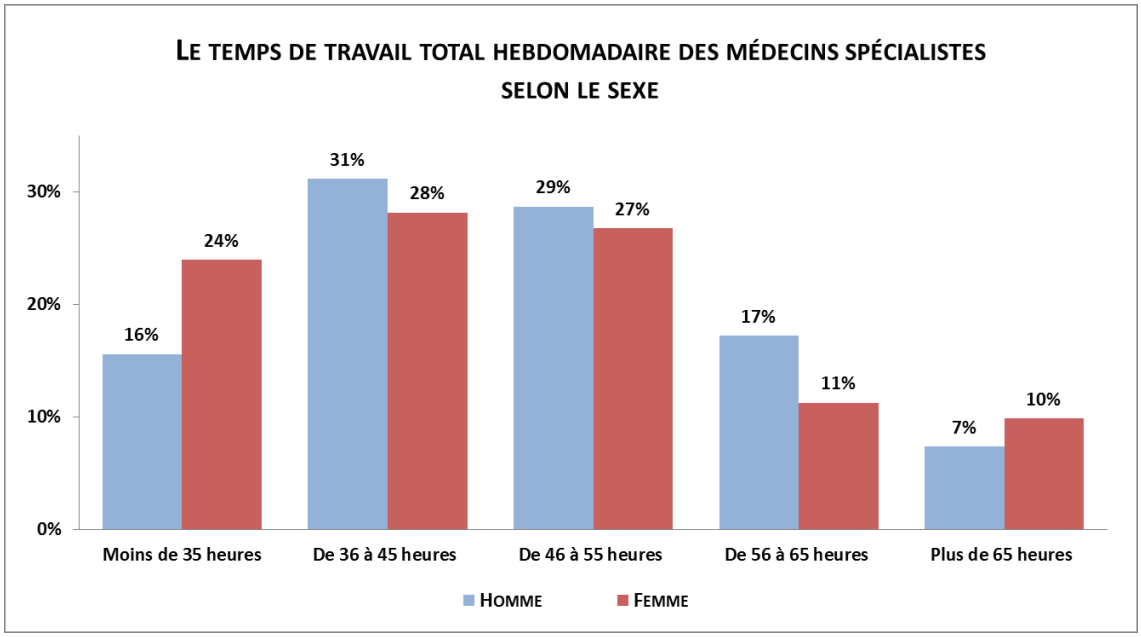


Figure 152 : Le temps de travail total hebdomadaire des médecins spécialistes selon le sexe.

- *Un sentiment de travailler trop*

Les spécialistes ont moins le sentiment de travailler trop (43%) que les généralistes (63%) et 71% d'entre eux pensent que le temps dédié aux consultations et visites est convenable : la charge administrative semble ainsi trop importante (voir Figure 153, p. 246).

Les perceptions du temps de travail selon les médecins spécialistes semblent dépendre significativement de leur âge (p-value de 3%) (la table des tests Khi-carré de Pearson concernant les médecins spécialistes est disponible en Annexe B, page 412). Ainsi 48% des médecins âgés de plus de 50 ans ont le sentiment de trop travailler, contre 31% des moins de 50 ans (voir Figure 154, p. 246).

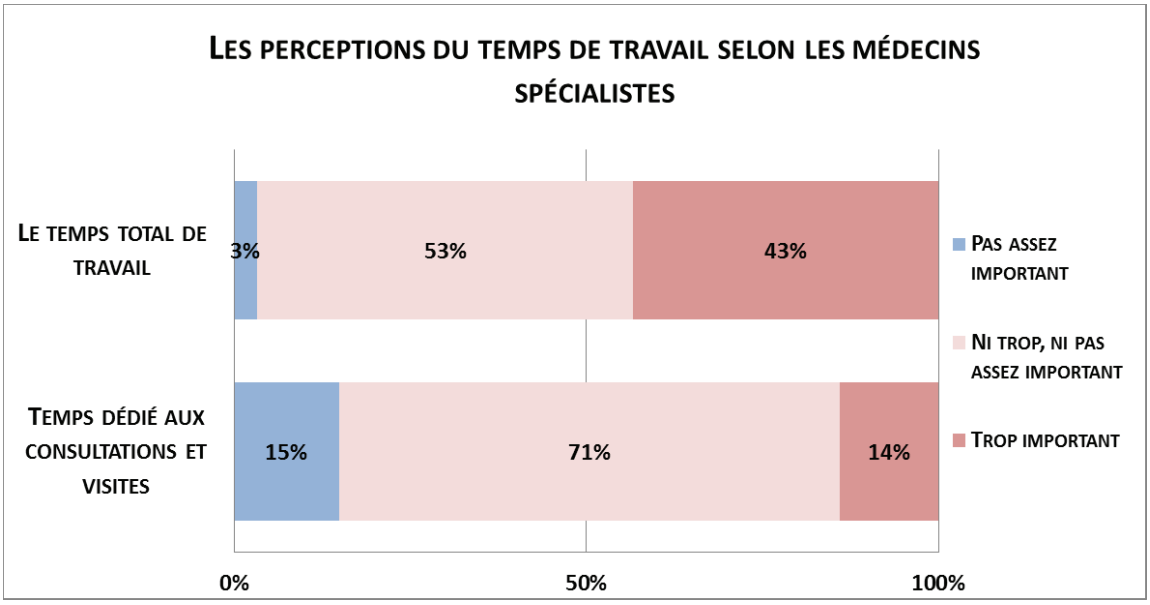


Figure 153 : Les perceptions du temps de travail selon les médecins spécialistes.

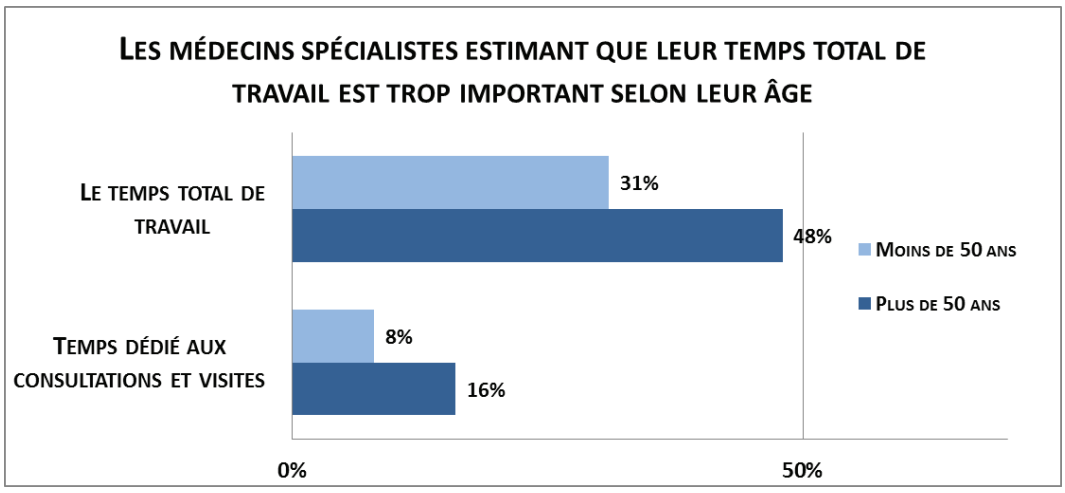


Figure 154 : Les médecins spécialistes estimant que leur temps total de travail est trop important selon leur âge.

- *Les facteurs qui augmentent le temps de travail des médecins spécialistes*

L'augmentation de la charge administrative est le premier facteur augmentant, de temps en temps souvent, le travail pour 76% des spécialistes (voir Figure 155, p. 247). Cet élément est cité en seconde position par 92% des généralistes. L'enquête montre ainsi que les médecins spécialistes travaillent moins que les généralistes, ils ont également moins le sentiment de trop travailler et leurs réponses, liées aux facteurs augmentant leur temps de travail, ont une fréquence moins élevée que celles des généralistes. Le second facteur est l'augmentation du nombre de problèmes pris en charge dans une même consultation, cité par 76% des spécialistes, la fréquence de cet élément est plus faible que pour la charge administrative. Comme pour les généralistes, nous pouvons faire l'hypothèse que les patients sont préoccupés par leur santé et sont également plus informés et ont peut-être plus de difficultés à consulter un spécialiste par manque de temps : ils regroupent ainsi plusieurs sujets au sein d'une consultation, ce qui peut allonger sa durée ainsi que l'attente en cabinet. Les caractéristiques de la patientèle, réponse citée par 69% des médecins, est une question trop imprécise pour interpréter aisément ces résultats.

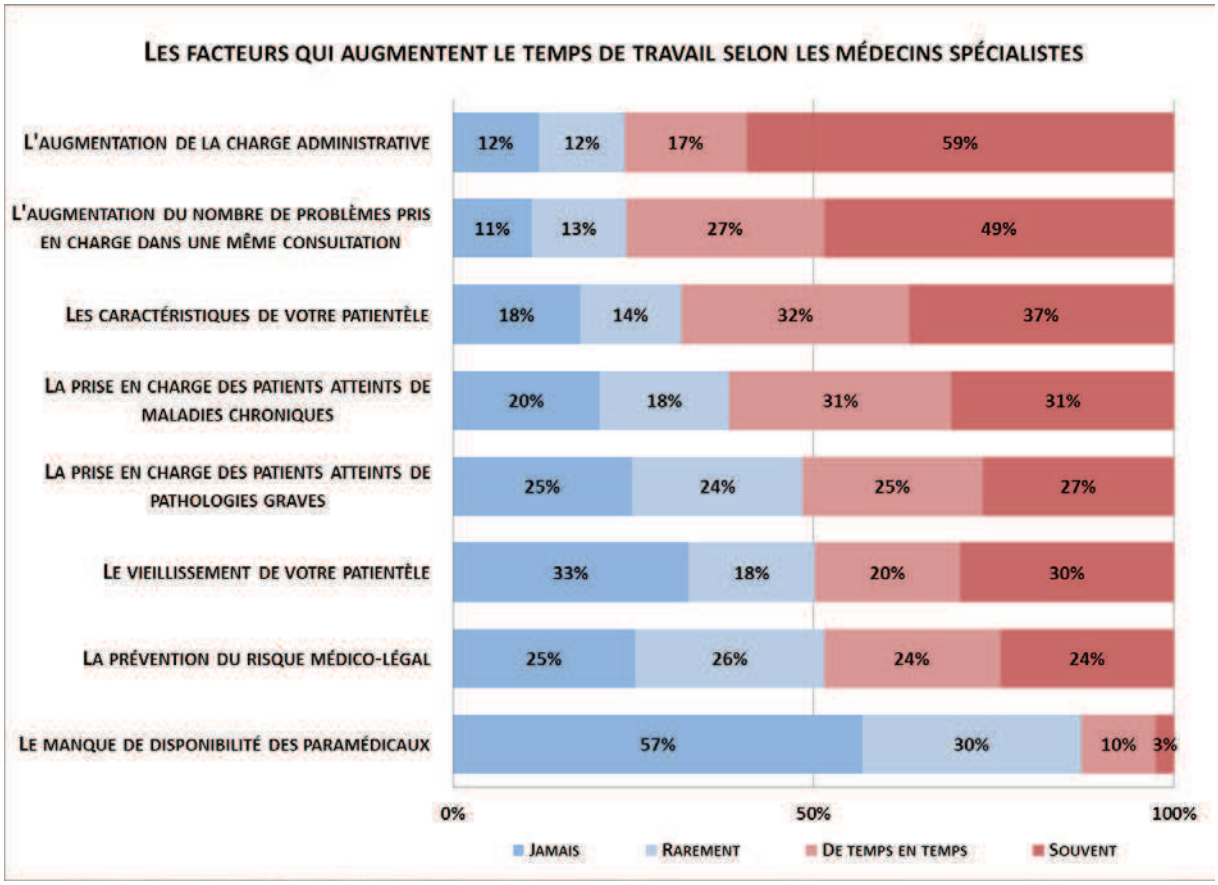


Figure 155 : Les facteurs qui augmentent le temps de travail selon les médecins spécialistes.

Par ailleurs, le temps de travail est augmenté, de temps en temps à souvent, lorsque les spécialistes prennent en charge des patients atteints de maladies chroniques (62% contre 84%

pour les généralistes), ceux atteints de maladies graves (52% contre 79% pour les généralistes) et les personnes âgées (50% contre 79% pour les généralistes). Les spécialistes sont également 48% à citer la prévention du risque médico-légal, ce chiffre est proche des généralistes 44%. De même, peu de spécialistes considèrent que le manque de disponibilité des paramédicaux augmente leur charge de travail (13% et 18% pour les spécialistes).

- *Un nombre de médecins spécialistes insuffisants*

Déterminons à présent s'il existe d'autres facteurs augmentant le temps de travail des spécialistes et si ces professionnels observent un déséquilibre entre l'offre et la demande. Bien que les médecins spécialistes aient moins le sentiment de travailler trop que les généralistes, leurs réponses sont similaires concernant le manque de médecins : 44% des spécialistes pensent qu'il manque actuellement des médecins de leur spécialité dans leur secteur de patientèle (voir Figure 156, p. 248). Tout comme les généralistes (78%), les spécialistes pensent que le manque de médecins de leur spécialité va s'aggraver puisqu'ils sont 71% à estimer qu'il en manquera dans cinq ans. Ces chiffres élevés montrent également le déficit d'offre ressenti par la profession médicale dans une région où pourtant, la densité de médecins est parmi la plus élevée de France.

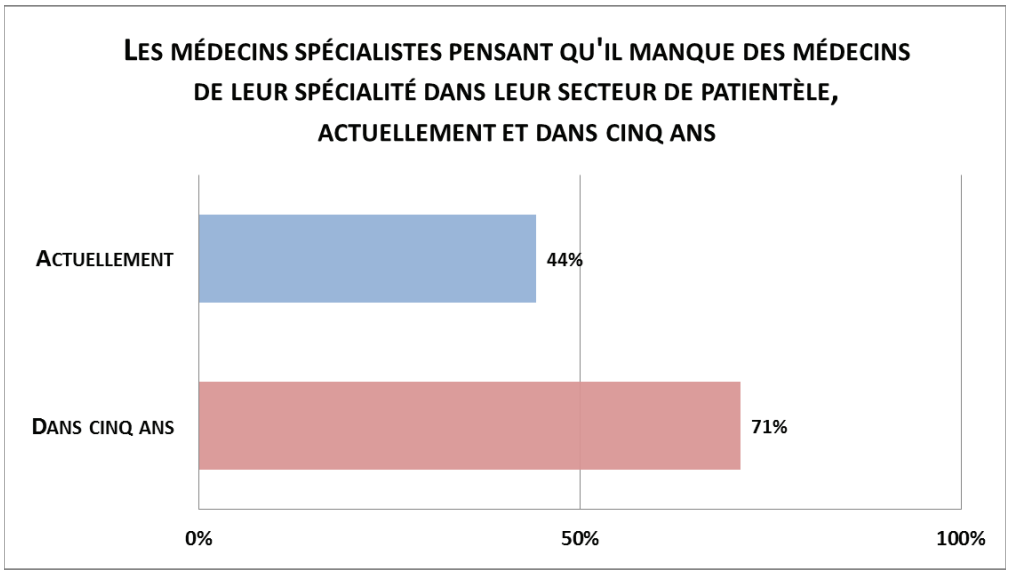


Figure 156 : Les médecins spécialistes pensant qu'il manque des médecins de leur spécialité dans leur secteur de patientèle, actuellement et dans cinq ans.

Le nombre médian de médecins manquants par secteur de patientèle est également de 3 actuellement et de 5 dans cinq ans. Ces chiffres sont à interpréter avec prudence étant donné que la taille d'un secteur de patientèle varie beaucoup suivant la spécialité médicale considérée, néanmoins ils montrent une certaine inquiétude de ces médecins pour répondre à la demande de soins de la population.

- *Le temps d'attente en cabinet et l'organisation du cabinet médical*

Le temps d'attente constitue la principale difficulté pour obtenir une consultation chez le médecin spécialiste chez 8% des patients interrogés (voir Figure 93, p. 184) et 25% l'ont mentionné comme étant une difficulté (voir Figure 94, p. 185). Selon les spécialistes, le temps d'attente médian est de 15 minutes et la moyenne est de 18 (la médiane est à 20 minutes et la moyenne à 28 minutes pour les généralistes).

Les médecins spécialistes ne consultent que sur rendez-vous (voir Figure 157, p. 249) : à tout moment de la semaine (51%) ou bien à des créneaux horaires précis (48%).

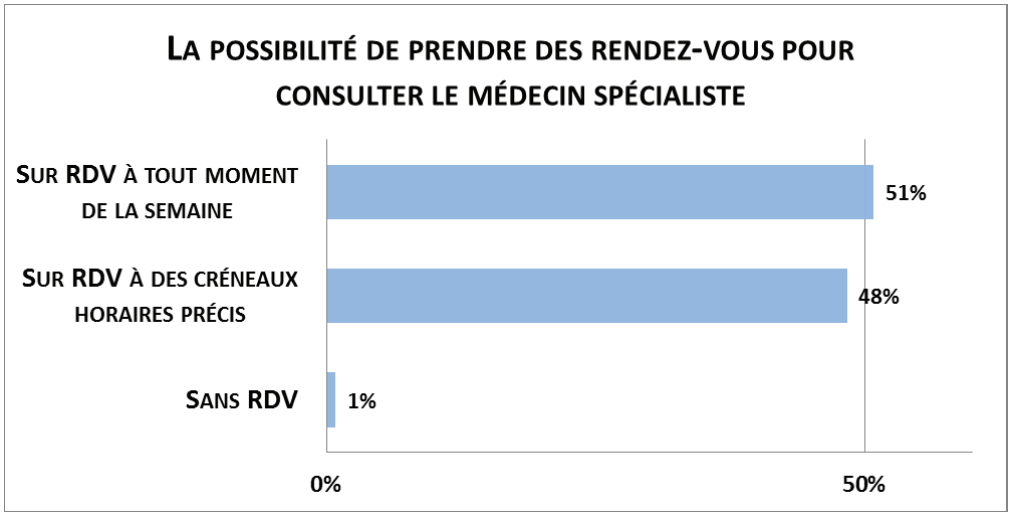


Figure 157 : La possibilité de prendre des rendez-vous pour consulter le médecin spécialiste.

Ces deux modes d'organisation influencent peu le temps d'attente en cabinet : lorsque le patient peut obtenir un rendez-vous à tout moment de la semaine, le temps d'attente médian est de 15 minutes (16 minutes en moyenne) et de 20 minutes pour des rendez-vous à des créneaux précis (20 minutes en moyenne). De plus, une analyse de variance montre que le facteur lié à la possibilité de prendre des rendez-vous n'est pas significatif avec le temps d'attente (la p-value du test de Fisher est de 0,576).

Par ailleurs, 62% des médecins spécialistes interrogés exercent en cabinet isolé et 32% en cabinet de groupe. Tout comme pour la possibilité de prendre des rendez-vous, le type de cabinet n'est pas un facteur significatif avec le temps d'attente (la p-value du test de Fisher est de 0,133). Le temps d'attente médian en cabinet isolé est de 10 minutes (15 minutes en moyenne) et de 16 minutes en cabinet de groupe (22 minutes en moyenne).

En revanche, la présence d'un secrétariat semble être un facteur significatif avec le temps d'attente en cabinet (p-value de 0,0087). Parmi les médecins spécialistes interrogés, 62% disposent d'un secrétariat dont 88% sont de type physique (et non simplement téléphonique). Le temps d'attente médian est de 15 minutes avec un secrétariat (moyenne à 22 minutes) et de 10 minutes sans secrétariat (moyenne à 12 minutes). Etant donné qu'un secrétariat effectue une partie des tâches administratives, il est étonnant d'observer qu'en l'absence de secrétariat, l'attente en cabinet est moins longue. Cependant, l'enquête montre que 82% des spécialistes âgés de 25 à 34 ans n'ont pas de secrétariat. Nous pouvons ainsi faire l'hypothèse que l'absence de secrétariat concerne essentiellement les cabinets en début d'activité professionnelle et que par conséquent, l'offre et la demande s'équilibrent et le temps d'attente en cabinet est relativement faible (12 minutes en moyenne). De plus, parmi les médecins spécialistes ayant un secrétariat, 70% pensent que leur temps total de travail est trop important contre 30% pour ceux n'ayant pas de secrétariat. Et parmi les spécialistes n'ayant pas de secrétariat, 91% pensent qu'un secrétariat ne permettrait pas de diminuer le temps d'attente en cabinet : il s'agit notamment des plus jeunes médecins. Ainsi, ces chiffres confirment notre hypothèse et témoignent de la relation entre l'absence de secrétariat, une plus faible fréquentation du cabinet médical et une attente moins longue pour les patients.

Ainsi, l'analyse du temps d'attente en cabinet selon l'organisation du médecin pour accéder aux consultations est très différente entre les médecins généralistes et spécialistes. Contrairement aux généralistes, les spécialistes ne consultent que sur rendez-vous et l'absence de secrétariat est davantage liée à une plus faible fréquentation du cabinet et donc à des temps d'attente moins longs. Ainsi, pour faciliter l'accès aux médecins spécialistes, l'enjeu n'est pas lié au temps d'attente en cabinet mais au manque de disponibilité du médecin pour obtenir un rendez-vous : il s'agit donc d'une offre de soins insuffisante.

7.3.3. Les solutions des médecins spécialistes pour réduire les délais de prise en charge des patients

- *Le regroupement des médecins : une solution pour les patients*

Etant donné que le délai d'obtention d'un rendez-vous pour une consultation est la principale difficulté des patients pour consulter un médecin spécialiste, quelles solutions proposent les spécialistes libéraux pour diminuer les délais de prise en charge des patients ? Les spécialistes, comme les généralistes, sont très favorables au regroupement avec d'autres confrères de la même spécialité pour mieux gérer la permanence des soins (68%) et la continuité des soins (65%) (voir Figure 158, p. 251).

La moitié des spécialistes interrogés considèrent que la prise d'un associé ou d'un collaborateur (51%) pourrait être une solution. Parmi eux, 65% ont déjà recherché un associé ou un collaborateur et 70% d'entre eux ont eu des difficultés à en trouver.

En revanche, les spécialistes sont moins nombreux à penser que la délégation d'une partie des tâches à un paramédical sous forme de collaboration libérale (37%) ou de salariat (29%) pourrait constituer une diminution des délais de prise en charge pour les patients.

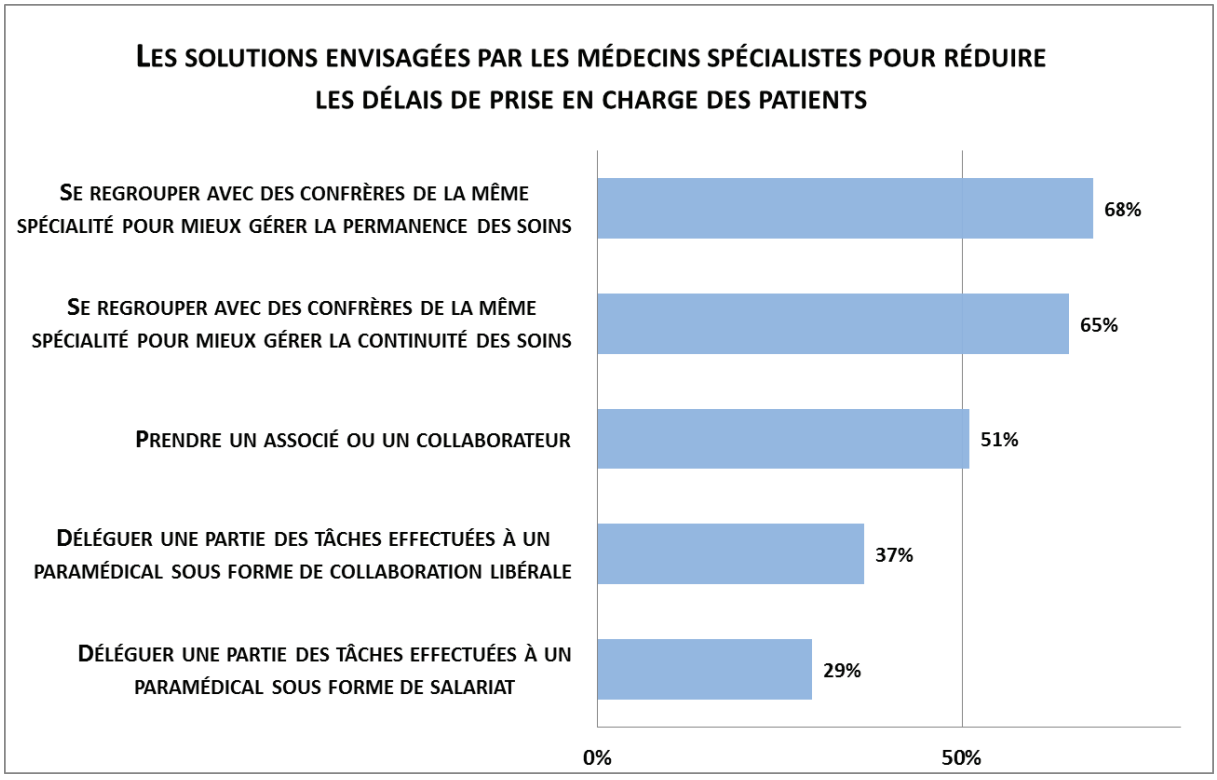


Figure 158 : Les solutions envisagées par les médecins spécialistes pour réduire les délais de prise en charge des patients.

Une question ouverte (question 4D) permet aux médecins spécialistes de proposer leur solution pour réduire les délais de prise en charge des patients. Parmi les 49% de répondants, 59% souhaitent une augmentation du nombre de médecins. Ce résultat souligne une fois de plus le déficit de l'offre de soins ressenti par les spécialistes.

- *Les solutions des médecins spécialistes suivant leur âge*

Les médecins de moins de 50 ans sont les plus favorables pour se regrouper pour la permanence des soins (entre 76% à 82%) et la continuité des soins (76%), pour s'associer avec un confrère (53% à 60%) ou déléguer des tâches (40% à 53%) (voir Figure 159, p. 252). Pour cet

échantillon, la relation de dépendance entre ces solutions et l'âge des spécialistes n'est pas significative (voir en Annexe B, la table des Khi-carré, page 412).

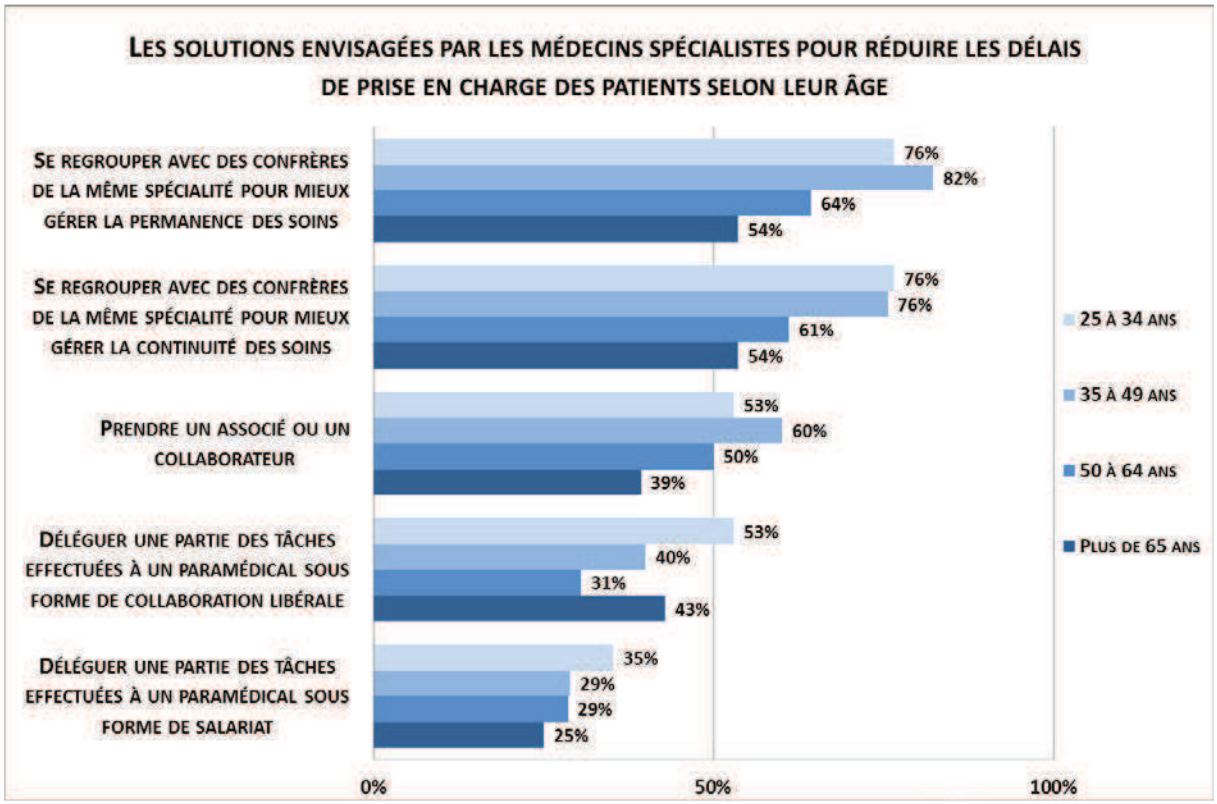


Figure 159 : Les solutions envisagées par les médecins spécialistes pour réduire les délais de prise en charge des patients selon leur âge.

- *Les consultations avancées dans les territoires ruraux*

Lorsque l'on demande aux médecins spécialistes s'ils sont prêts à effectuer des consultations avancées, à plus de cinquante kilomètres par exemple, dans certains territoires ruraux dans lesquels il est difficile de consulter un médecin : 27% y sont favorables (voir Figure 160, p. 253). Comme les médecins généralistes, les spécialistes accepteraient d'effectuer un nombre médian de deux jours par mois. En Languedoc-Roussillon, 27% de l'effectif des spécialistes correspond à environ 1 200 médecins[52]. Si ces médecins acceptaient d'effectuer des consultations avancées durant deux jours par mois, l'offre de soins de spécialités serait ainsi fortement améliorée dans certains territoires ruraux isolés et leurs populations auraient ainsi un accès amélioré aux consultations de cardiologie, gynécologie, pneumologie, etc.

[52] Au 1er Janvier 2011, selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM, 2011).

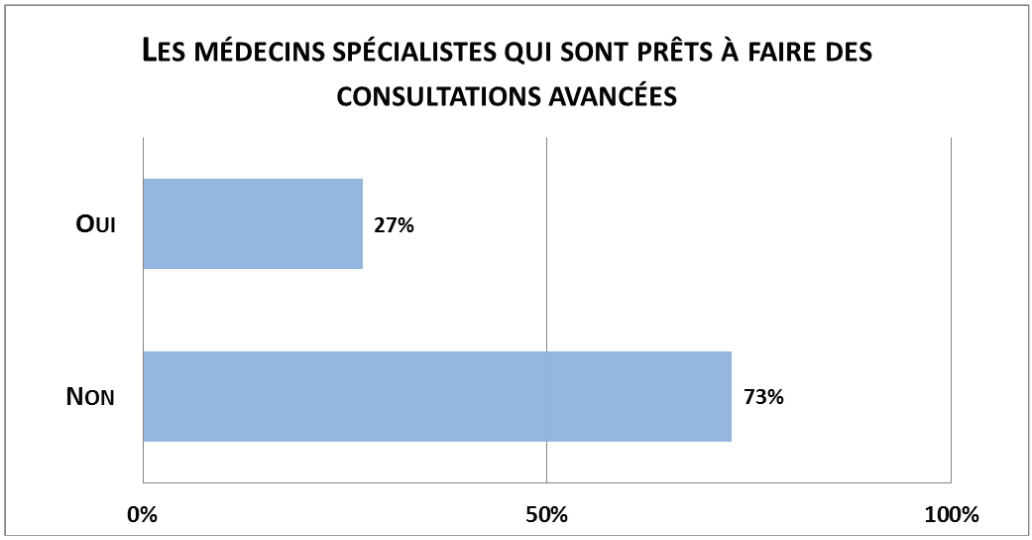


Figure 160 : Les médecins spécialistes qui sont prêts à faire des consultations avancées.

Contrairement aux médecins généralistes, les médecins spécialistes les plus jeunes sont les plus volontaires pour effectuer des consultations avancées dans certains territoires ruraux où l'accès aux consultations est difficile. Ainsi, 16% des spécialistes âgés de plus de 75 ans sont prêts à faire des consultations avancées, ils sont 26% chez ceux âgés de 65 à 74 ans et 35% chez ceux âgés de moins de 50 ans (voir Figure 161, p. 253). L'attrait des médecins spécialistes de moins de 50 ans pour les consultations avancées peut être lié au fait que la modalité d'exercice du second recours justifie un territoire de patientèle plus étendu. Etant donné le faible nombre d'individus, ces résultats ne sont que des tendances et le test du Khi-carré n'est pas significatif.

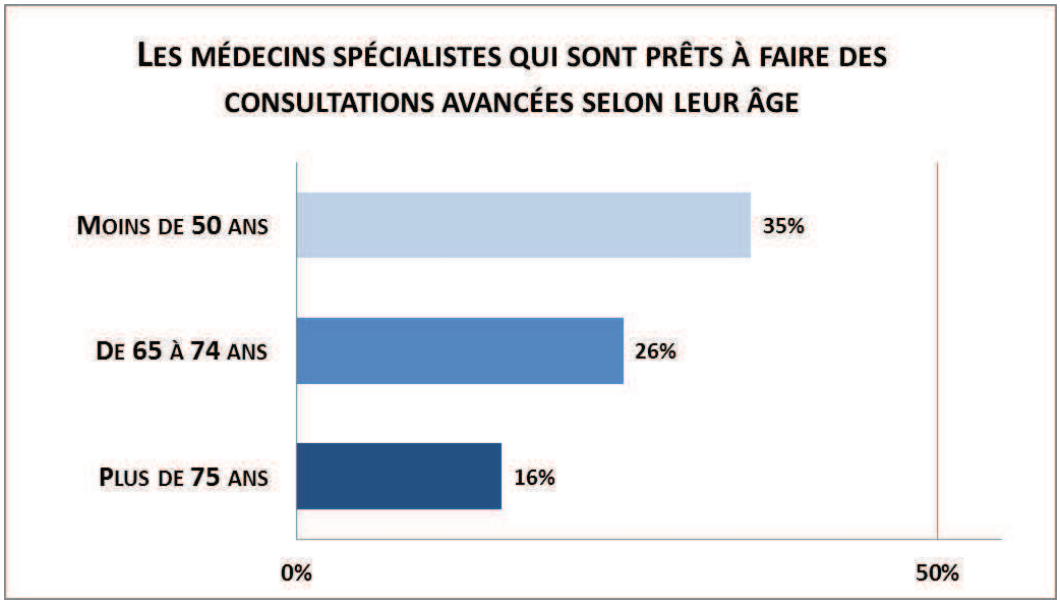


Figure 161 : Les médecins spécialistes qui sont prêts à faire des consultations avancées selon leur âge.

Ainsi, comme les généralistes, les spécialistes ressentent un déséquilibre entre l'offre et la demande, ils ont le sentiment qu'il manque des médecins et qu'ils travaillent trop. Face à cette situation, les spécialistes sont également favorables à plusieurs changements majeurs dans l'organisation de leur profession : le regroupement pour la continuité ou la permanence des soins, l'association avec un confrère et la délégation d'une partie des tâches à un collaborateur paramédical sous forme libérale. De plus, près d'un quart des médecins spécialistes est prêt à effectuer des consultations avancées dans des territoires ruraux isolés. Ces perceptions montrent également une capacité d'adaptation des médecins libéraux face au déficit d'offre de soins ressenti sur l'ensemble des territoires.

7.3.4. Une analyse des correspondances multiples concernant les médecins spécialistes

Une analyse des correspondances multiples (ACM) a permis d'observer les relations entre les perceptions des médecins spécialistes concernant la démographie médicale et leurs conditions d'exercice ainsi que l'organisation du cabinet médical (, p. 256). L'âge des médecins est ajouté en tant que variable supplémentaire. L'analyse des deux axes principaux (axe 1 : 24,71% et axe 2 : 20,48%) met en évidence quatre classes distinctes.

L'axe 1 discrimine les médecins généralistes pensant qu'il manque des médecins (contribution de 19%) et qu'il en manquera dans cinq ans (contribution de 11%) et ceux pensant qu'il n'en manque ni actuellement (contribution de 14%), ni dans cinq ans (contribution de 26%). L'ensemble des contributions des modalités actives ainsi que leurs abréviations sont disponibles en Annexe B, page 414. Une première classe concerne les médecins pensant que l'offre de soins dans leur spécialité est insuffisante actuellement et le sera également dans cinq ans. Ces médecins ont le sentiment de travailler trop et ne souhaitent pas effectuer de consultations avancées dans des territoires ruraux isolés. Ils ont tendance à avoir plus de 50 ans et proposent des consultations sur rendez-vous à certains moments de la semaine.

En revanche, une deuxième classe comprend des médecins spécialistes qui ne ressentent pas de déficit de l'offre de soins, actuellement ou dans l'avenir. Ils sont prêts à effectuer des consultations avancées dans certains territoires ruraux et pensent que leur temps total de travail est convenable. Ces médecins ont moins de 50 ans et proposent des consultations sur rendez-vous à tout moment de la semaine.

Sur l'axe 2, une troisième classe regroupe les spécialistes travaillant en groupe (contribution de 22%) et disposant d'un secrétariat (contribution de 15%). Ils sont prêts à faire des consultations avancées malgré leur sentiment de travailler. A l'opposé, une quatrième classe

concerne davantage les médecins exerçant seul (contribution de 13%), sans secrétariat (contribution de 22%) et pensant que leur temps de travail total est convenable.

Ainsi, ces éléments rejoignent les hypothèses formulées précédemment lors d'analyses croisées. Les médecins spécialistes de plus de 50 ans ont le sentiment de travailler trop et ressentent que l'offre de soins dans leur spécialité est déficitaire. Les médecins de moins de 50 ans constituent leur patientèle, ils estiment alors que leur temps de travail est convenable et sont prêts à effectuer des consultations dans des territoires isolés. D'autre part, les spécialistes exerçant en groupe avec un secrétariat ont davantage le sentiment de travailler trop que ceux exerçant en cabinet isolé, sans secrétariat.

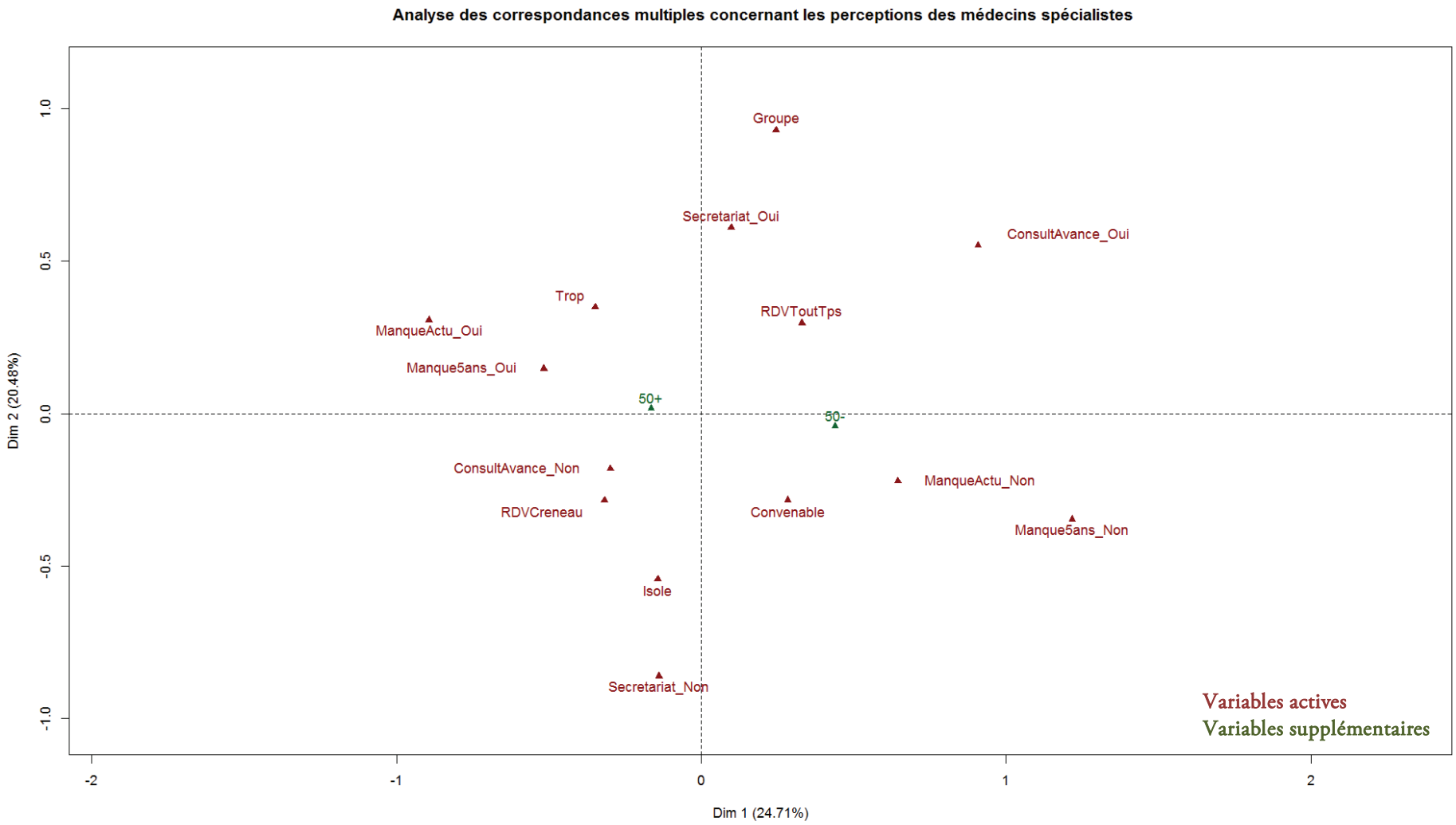


Figure 162 : Une analyse des correspondances multiples concernant les médecins spécialistes.

7.4. Conclusion

Nous avons proposé une définition de l'accès aux soins à l'interface entre un système d'acteurs et un système de soins (voir Figure 32, p. 108). Elle intègre les relations entre les caractéristiques des patients et les caractéristiques des territoires comme l'ont proposé L. A. Aday et R. M. Andersen (1995) ainsi que l'analyse des difficultés d'accès aux soins à travers les perceptions des patients selon R. Penchansky et J. W. Thomas (1981). Cependant, les perceptions des professionnels de santé dont les caractéristiques sociodémographiques impliquent des contraintes sur l'organisation de l'offre de soins (nombre de médecins, quantité de travail, difficultés pour trouver un successeur, etc.), n'ont jamais été prises en compte dans l'analyse de l'accès aux soins.

Nous avons donc souhaité réaliser deux enquêtes, l'une auprès des patients, l'autre auprès des médecins. Cette démarche est innovante étant donné la nature multidimensionnelle des questions et la confrontation des deux principaux acteurs de l'accès aux soins. Elle permet d'évaluer le degré d'adéquation entre l'offre et la demande de soins sur les territoires et d'identifier les caractéristiques les plus déterminantes des difficultés rencontrées par ces acteurs (Raynaud, 2013).

Ainsi, l'enquête auprès des médecins généralistes montre qu'ils partagent les mêmes perceptions que les patients concertant leur principale difficulté pour consulter un médecin : le temps d'attente en cabinet médical. De même, les généralistes partagent le même constat que leurs patients concernant les trois premières spécialités pour lesquelles les patients ont le plus de difficultés pour être pris en charge (l'ophtalmologie, la dermatologie et la gynécologie). En revanche, ils évoquent des difficultés financières et liées au trajet pour se rendre aux consultations, or ces deux éléments ont été peu évoqués par les patients. D'autre part, les médecins spécialistes ont conscience que le manque de disponibilité du médecin pour obtenir un rendez-vous est une difficulté pour leurs patients mais ils ne l'évoquent qu'après les difficultés financières et celles liées au trajet pour se rendre au cabinet médical.

Comme l'indique T. C. Ricketts et L. J. Goldsmith (2005), le niveau d'adaptation des patients au système de soins permet d'évaluer la pertinence de son organisation. Mais ce processus dynamique d'adaptation est également présent chez les médecins. L'étude montre qu'en Languedoc-Roussillon, région où la densité médicale est pourtant l'une des plus élevées de France, les généralistes perçoivent un déséquilibre entre l'offre et la demande : ils ont le sentiment qu'il manque des médecins et qu'ils travaillent trop. Ces constats sont présents sur l'ensemble des territoires et plus particulièrement dans les communes rurales isolées. Ainsi, pour réduire les délais de prise en charge des patients, les médecins sont favorables à plusieurs changements majeurs dans

l'organisation de leur profession : près de sept médecins sur dix sont favorables au regroupement avec d'autres confrères pour la continuité et la permanence des soins et environ la moitié d'entre eux accepteraient de déléguer des tâches à un collaborateur libéral ou de s'associer avec un confrère. De plus, environ un médecin sur cinq est prêt à effectuer des consultations avancées dans des territoires ruraux isolés.

Comme les généralistes, les spécialistes perçoivent un déséquilibre entre l'offre et la demande. Ils ont le sentiment qu'il manque des médecins et qu'ils travaillent trop, notamment chez les médecins de plus de 50 ans. Face à cette situation, les spécialistes sont également favorables à plusieurs changements majeurs dans l'organisation de leur profession : le regroupement pour la continuité ou la permanence des soins, l'association avec un confrère, la délégation d'une partie des tâches à un collaborateur paramédical sous forme libérale et les consultations avancées dans certains territoires ruraux. Près de six médecins sur dix souhaitent une augmentation du nombre de leurs confrères.

Le diagnostic des difficultés d'accès aux soins auprès des patients est une première étape essentielle mais qui ne fournit pas suffisamment d'informations concernant les causes de ces difficultés pour envisager des solutions adaptées. Or, l'enquête auprès des médecins permet d'identifier les adaptations envisagées pour améliorer l'accès aux consultations, qu'il s'agisse du système de soins (augmentation du *numerus clausus*, diminution de la charge administrative, etc.) ou des acteurs (organisation des médecins pour proposer des consultations sur rendez-vous, regroupement, délégations de certaines tâches, consultations avancées, organisation des patients pour disposer de temps pour consulter un médecin, etc.). L'accès aux soins étant à l'interface entre un système de soins et un système d'acteurs, ces deux enquêtes mettent en évidence les difficultés des patients et leurs causes auprès des médecins. Cette démarche permet de mettre en évidence l'importance de la perception des médecins dans la définition du concept d'accès aux soins.

Cette enquête a fait l'objet d'une dizaine d'articles de presse aux échelles régionales et nationales (deux exemples sont proposés en Annexe B, page 415).

Partie IV

Regroupement des professionnels de santé et télémédecine : des nouvelles organisations pour l'accès aux soins durable ?

Chapitre 8. Le regroupement des professionnels de santé : l'organisation de proximité de demain

L'enquête auprès des médecins a montré l'intérêt des généralistes et des spécialistes pour le regroupement entre confrères pour diminuer les délais de prise en charge des patients. Pour lutter contre la baisse de la démographie médicale, les médecins s'adaptent aux aspirations de la jeune génération en créant des lieux d'exercice groupé : les maisons de santé pluriprofessionnelles. Nous allons donc identifier, à travers une analyse bibliographique, des retours d'expériences et un entretien, les enjeux et les conditions de réussite de cette nouvelle organisation de l'offre de soins, plébiscitée par l'ensemble des acteurs de santé.

8.1. L'exercice médical groupé : une organisation plébiscitée par les acteurs de santé

8.1.1. Les maisons de santé : une organisation récente au succès rapide

D'après le préambule de la constitution de 1946, la Nation a pour mission de veiller à « *la protection de la santé* » des citoyens qui ont le droit à des soins de proximité de qualité quels que soient leurs revenus, leur lieu d'habitation et leur niveau d'information. Pourtant, nous constatons aujourd'hui une baisse de la démographie médicale qui engendre une pénurie de médecins dans certains territoires et une augmentation des délais de prise en charge des patients. Ainsi, dans son rapport adressé au Ministère de la Santé et des Sports, le sénateur J.-M. Juilhard *et al.* (2010), fait état de ce contexte : « *le dispositif de premier recours est le maillon faible du système de santé français. Il s'avère peu capable de donner une réponse adéquate aux demandes de soins, de prévention et de suivi des maladies chroniques, ni d'assurer un égal accès à l'ensemble de la population* ». De nouvelles pistes doivent être explorées pour satisfaire les besoins des patients et des médecins (Schweyer, 2004). En effet, la pratique médicale a souvent été isolée et centrée sur les actes de soins et non sur la santé du patient qui inclut les notions de prévention, d'éducation thérapeutique, de veille sanitaire et d'action sociale de terrain. Un tel changement nécessite des équipes pluriprofessionnelles regroupées dans une même structure sanitaire mais aussi des financements, une structure et du matériel adaptés ainsi que des modes de rémunération innovants qui satisferont à la fois les professionnels et les patients. Il a notamment été démontré que l'exercice médical de groupe, notamment en maison de santé, offre une accessibilité importante dans le temps à la population tout en garantissant la continuité des soins par le

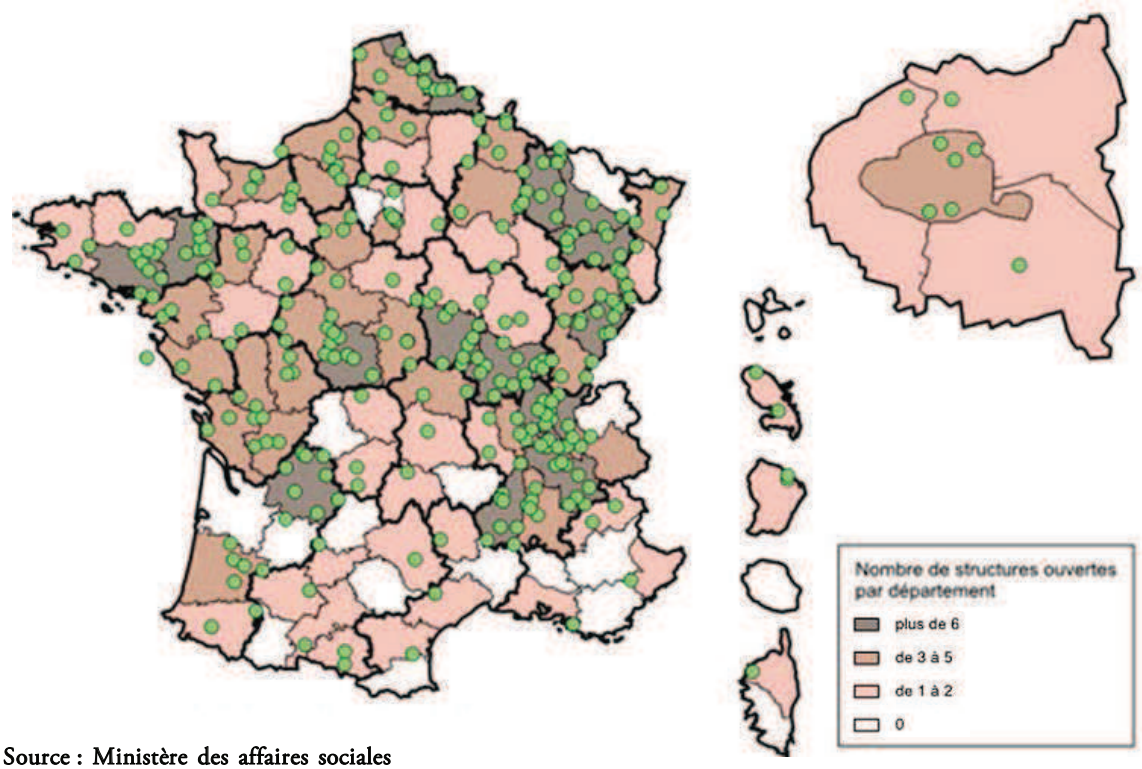
partage d'informations entre professionnels (Clément *et al.*, 2009). Il permet également un meilleur rendement de l'offre de soins (augmentation du nombre de consultations), dans un contexte de demande croissante liée au développement des pathologies chroniques et au vieillissement de la population (Mousquès, 2011).

Les soignants ont utilisé le terme « *maison de santé* » en 2006, pour distinguer leur projet des maisons médicales existantes et cette terminologie a connu un succès rapide après avoir été repris dans le rapport du sénateur J.-M. Juilhard (2007) sur l'offre de soins et la démographie médicale (De Hass, 2010). La définition d'une maison de santé est inscrite au Code de la Santé (article L. 6323-3) grâce à la loi de financement de la Sécurité Sociale du 19 décembre 2007. Puis la loi Hôpitaux, Patients, Santé et Territoires (HPST) donne une définition législative aux notions de pôles et de maisons de santé et précise pour la première fois les missions des médecins généralistes : « *La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours […] et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé* ». En 2008, la Ministre de la Santé, R. Bachelot, annonce une aide pour la création de cents maisons de santé conditionnée par six critères :

- la maison de santé doit compter au moins deux médecins généralistes et un autre professionnel de santé,
- elle doit être le lieu principal de l'activité,
- les moyens doivent être mutualisés, l'exercice doit être coordonné,
- le projet commun doit définir les modalités de garantie d'accès et de continuité des soins,
- il doit comporter un engagement pour un système d'information moderne,
- il doit comporter un engagement dans la formation des étudiants.

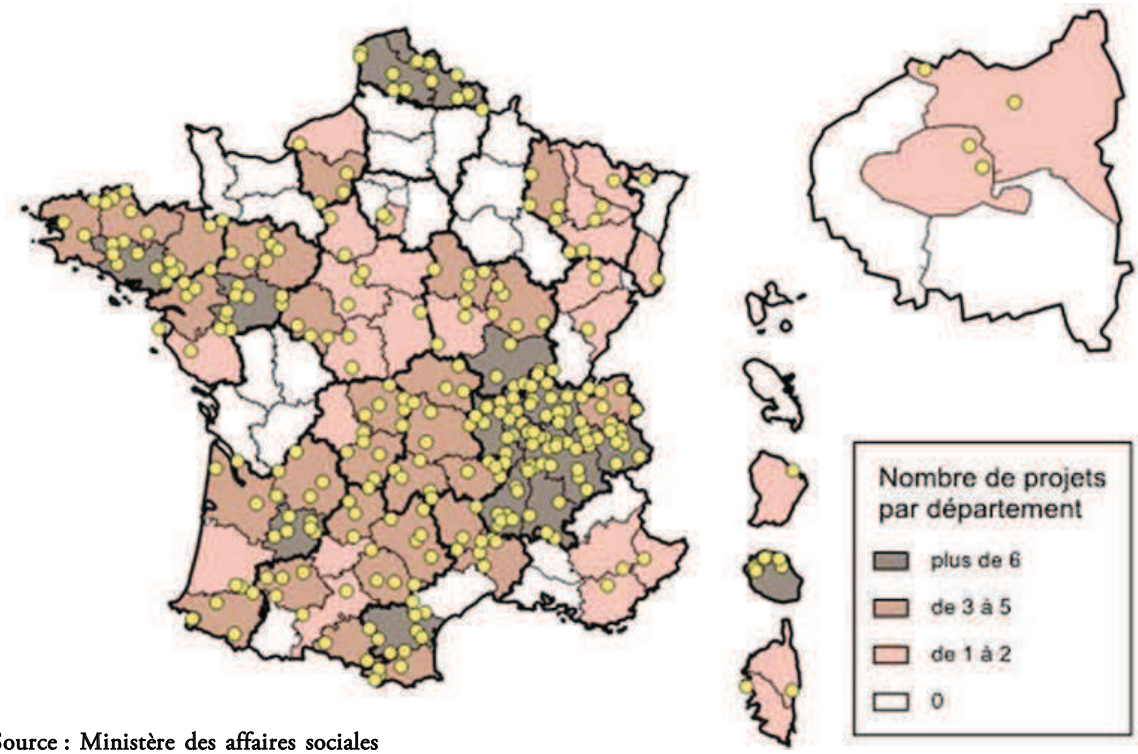
Selon le Ministère de la santé[53], en Janvier 2013 en France, il y avait 284 maisons et pôles de santé en fonctionnement (voir Figure 163, p. 265) et environ 288 projets (voir Figure 164, p. 265).

[53] Site Internet du Ministère : www.sante.gouv.fr/les-maisons-de-sante.html, consulté le 14 mai 2013.



Source : Ministère des affaires sociales et de la santé / DGOS PF3 & USID.

Figure 163 : Maisons et pôles de santé en France en fonctionnement au 31 janvier 2013 (284 structures).



Source : Ministère des affaires sociales et de la santé / DGOS PF3 & USID.

Figure 164 : Projets de maisons et pôles de santé en France avec ouverture prévue en 2013 ou en 2014 (288 projets). Estimation au 31 janvier 2013.

On observe ainsi de fortes inégalités de répartition de ces structures : les Régions Rhône-Alpes ainsi que l'Alsace et la Loraine disposent de nombreuses maisons et pôles de santé ouverts et en projet tandis que le quart Sud-Ouest de la France et la Région Provence-Alpes-Côte-d'Azur comptent peu de maisons ouvertes et quelques projets. De plus, ces structures sont situées à 80% en milieu rural et regroupent 2 650 professionnels, dont 750 médecins.

Par ailleurs, il est indispensable que chacune de ces structures soient recensées afin de connaître leurs répartitions géographiques en France. En effet, l'exemple des maisons médicales de garde montrent que la non-connaissance de l'ensemble de ces dispositifs ne permet pas une planification efficace de l'offre de soins ainsi qu'une gestion optimisée des fonds publics attribués pour leur fonctionnement (Gentile, Sambuc, *et al.*, 2005).

Elles sont plébiscitées par les professionnels de santé (jeunes ou moins jeunes), par les élus (quel que soit leur bord politique) et par les usagers et qu'il s'agisse de territoires ruraux (dans un premier temps) ou urbains. Tous les types d'organisation existent : libérales autofinancées par les professionnels de santé, libérales financées par des collectivités territoriales ou par des assureurs complémentaires et même par des établissements de santé publique sous forme de centres de santé (Dépinoy, 2011). Parmi cette diversité des modes de regroupements des professionnels de santé (voir Figure 165, p. 267), nous allons nous concentrer sur les maisons de santé mais avant cela analysons brièvement les avantages et les difficultés de fonctionnement que connaissent les pôles et centres de santé, qui sont deux organisations d'exercice groupé particulièrement étudiées en France.

Maisons de santé pluriprofessionnelles (selon la loi HPST, modifiée par la loi Fourcade du 10 août 2011)
Elles sont une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier et second recours et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. Le projet de santé doit être compatible avec les orientations des schémas régionaux et transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé.
Pôles de santé (selon la loi HPST, modifiée par la loi Fourcade du 10 août 2011)
Ils assurent des activités de soins de premier et de second recours et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire. Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale.
Centres de santé (article L.6323-1 du code de la santé publique)
Ils assurent des activités de soins sans hébergement et participent à des actions de santé publique, de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif (à l'exception des établissements de santé), soit par des collectivités territoriales. Les centres de santé élaborent un projet de santé qui inclut des dispositions favorisant l'accès et la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique (Colin, Acker, 2009).
Maisons médicales de garde (selon la circulaire de la DGOS n°2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire)
Elles sont définies comme un lieu fixe déterminé de prestations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins et assurant une activité de consultation médicale non programmée. Elles signent une convention avec la ou les structures d'urgence de proximité pour définir l'offre de soins respective proposée à la population sur le territoire et garantir une coordination des structures. Il s'agit principalement d'une initiative d'associations de médecins libéraux participant à la permanence des soins.
Maisons de santé rurale (selon la Mutualité Sociale Agricole)
Créées par la Mutualité Sociale Agricole, elles sont un lieu de regroupement des professionnels de santé qui offrent des soins courants et un accompagnement à la population (en journée). Ses principales caractéristiques sont : une implantation en milieu rural, une structure pluriprofessionnelle, un exercice coopératif, des liens avec les réseaux de santé et les services sociaux du territoire.
Maisons médicales
Lieux d'exercice regroupant plusieurs professionnels de santé : paramédicaux, médecins généralistes, médecins spécialistes. Les professionnels peuvent être libéraux ou salariés et leurs modes de coopération peuvent varier.

Figure 165 : Définitions des regroupements de professionnels de santé en France.

En effet, contrairement aux autres structures, les maisons de santé doivent répondre à des exigences qui en font une organisation particulièrement intéressante à étudier : exercice de groupe coordonné avec des médecins et des paramédicaux, projet commun qui doit définir les modalités

de garantie d'accès et de continuité des soins, développement de projets pour la prévention et l'éducation thérapeutique, etc. Par exemple, la loi HPST a reconnu l'existence des pôles de santé mais ne lui impose pas, contrairement aux maisons et centres de santé, l'obligation d'élaborer un projet de santé. Ayant une organisation très souple, les pôles de santé regroupent dans un même territoire des professionnels de santé différents, conservant leur indépendance et leur lieu d'exercice (Juilhard *et al.*, 2010). Les professionnels de santé promoteurs de ces pôles proposent de s'organiser sur un bassin de vie avec les cabinets médicaux (au minimum dix médecins généralistes) et paramédicaux. Cette organisation s'appuie sur un projet professionnel créé dans une logique d'aménagement du territoire qui constitue une dimension essentielle à prendre en compte (Baudier, 2009). Les membres du pôle s'engagent à partager des tâches et des actes en mutualisant certains moyens et en échangeant régulièrement des données concernant les malades. Le projet de santé se construit alors de façon progressive selon le degré d'intégration des différents professionnels y participant, en adoptant des objectifs de santé publique (accès aux soins, développement de la prévention, amélioration des pratiques) en direction des patientèles[54] concernées. La notion de patientèle centrée sur un seul cabinet médical se substitue à une logique d'offre de soins organisée en réseaux sur une entité territoriale cohérente.

Néanmoins, ces organisations multi-sites procèdent d'un modèle moins intégrateur des pratiques professionnelles que les maisons et centres de santé et, à ce titre, sont susceptibles d'en rendre plus difficile le pilotage et le caractère effectivement pluriprofessionnel. Les principaux freins à leur développement concernent le financement pour l'élaboration des projets et leur fonctionnement (outils informatiques), le manque de cadre juridique adéquat, un système d'information inadapté sans un dossier partagé unique par patient et l'absence de rémunération des tâches de coordination, de coopération et de santé publique.

Le centre de santé est le modèle d'organisation pluriprofessionnel le plus ancien et le plus présent sur le territoire national (en 2005, la CNAMTS[55] en dénombrait 1 432 dont 521 centres de soins infirmiers, 159 centres de santé médicaux et 255 centres polyvalents). Bien que leurs statuts et leurs missions furent réactualisés par la loi HPST et rejoignent ceux des pôles et maisons de santé, les centres de santé ont une logique davantage institutionnelle et sociale avec des médecins généralistes et spécialistes très généralement salariés et payés, avec ou sans intéressement, sur la base des actes médicaux réalisés en secteur I[56]. Leur genèse date du XVII^{ème} siècle où des consultations charitables pour les démunis ont été instituées par Théophraste Renaudot, médecin que Richelieu nomma « *commissaire général des pauvres du Royaume* ». Bien que les médecins

[54] Ensemble des patients d'un professionnel de la santé (Dictionnaire *Le Petit Robert*).

[55] Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

[56] Le secteur I ou secteur conventionnel est le secteur dans lequel le médecin s'engage à appliquer les tarifs conventionnels de l'Assurance Maladie. Un dépassement d'honoraires n'est autorisé qu'en cas d'une demande particulière du patient (par exemple, une visite en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet du médecin). Ces dépassements ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie. Source : www.ameli.fr.

devaient être de renom, les patients de toute condition sociale ne payaient que s'ils le pouvaient. Puis milieu du XIX^{ème} siècle, le principe de solidarité a remplacé celui de charité et les centres de santé sont créés par les organisations ouvrières pour les familles de leurs membres. Les centres de santé se sont alors particulièrement développés en milieu urbain, à l'initiative d'associations caritatives ou non, de municipalités, de mutuelles, exprimant à la fois un courant « *humaniste* » et « *hygiéniste* ». Actuellement, les centres de santé garantissent l'accès aux soins et pratiquent le tiers payant mais ne participent pas, pour la plupart, au dispositif départemental de permanence des soins. A l'inverse des maisons et pôles de santé, ils sont gérés essentiellement par des organismes à but non lucratif (Mutualité, régime minier…) ou des collectivités locales (Colin, Acker, 2009). Mais selon Juilhard *et al.* (2010), les centres de santé souffrent de l'image dégradée de « *dispensaires* », image injustifiée pour la plupart, étant donnée l'amélioration de la qualité d'accueil et des pratiques. Un autre frein à leur développement concerne leur déficit « *structurel* », de l'ordre de 10 à 50% selon les centres. Certains responsables avancent que le modèle économique, en l'état actuel, ne peut être équilibré et ont renoncé à leur développement. Selon les gestionnaires, ce déficit structurel est en partie dû à des charges administratives et de structure souvent importantes, une plus faible productivité en actes techniques rémunérateurs que dans les autres structures de premier recours et à un financement des tâches médico-sociales, de coordination, de coopération et de prévention non rémunérées à la hauteur du travail engagé par les professionnels qui les accomplissent (ce qui peut également être le cas pour les maisons et pôles de santé si les nouveaux modes de rémunération tardent à être mis en place).

Ainsi de nouveaux modes de rémunération pour les médecins apparaissent dans les centres de santé : un revenu mixte comprenant une part forfaitaire et une part variable selon l'activité ce qui est davantage motivant pour ceux qui travaillent beaucoup. Adopté par la Finlande et plusieurs centres en France (centre de santé du Régime Minier, Centre Alfred Fournier à Paris, etc.), ce mode de rémunération correspond davantage aux aspirations des médecins et notamment des jeunes installés, remplaçants ou étudiants. Selon M.-P. Colin, D. Acker (2009), les évolutions sociologiques actuelles tendront à rapprocher les centres de santé des pôles et maisons de santé. Mais, « *les centres de santé ne doivent pas être perçus comme une solution par défaut, lorsque les réponses libérales peinent à s'inscrire dans des réalités locales socialement difficiles. Selon les situations locales, les engagements des collectivités et des professionnels de santé, des centres de santé, des maisons de santé et des pôles de santé peuvent être mis en place* ». Il faut néanmoins veiller à ce que la permanence des soins soit assurée dans ces territoires, mission qui n'est pas assurée par les centres de santé.

8.1.2. Les regroupements de professionnels de santé à l'étranger : des expériences instructives

- *Le regroupement : une solution pour pallier à la pénurie de médecins*

Dans de nombreux pays, le développement des coopérations est présenté comme une solution pour pallier la pénurie de médecins, améliorer la qualité et la continuité des soins, maîtriser la croissance des dépenses de santé, etc. (Anger, Gimbert *et al.*, 2011). Mais en France, leur développement semble moins avancé et concerne davantage le champ hospitalier que le secteur ambulatoire. Plus précisément, en 2007, l'exercice médical de groupe était majoritaire en Finlande, en Suède, au Royaume-Uni, au Canada (Québec et Ontario) et aux Pays-Bas tandis qu'il était minoritaire en France, en Belgique, en Allemagne et en Italie (voir Figure 166 et Figure 167, p. 270). Or, nous l'avons vu, ces organisations sont susceptibles d'améliorer l'offre de soins de premier recours sur l'ensemble des territoires en y associant des actions de prévention et d'éducation à la santé. Mais l'aboutissement de tels projets n'est pas aisé et de nombreux freins demeurent qui concernent tant les professionnels de santé que les usagers. Alors que la France s'est récemment engagée dans la promotion des différentes formes de coopération, l'analyse des expériences étrangères est enrichissante.

	Taux moyen de regroupement des médecins généralistes	Cadre d'exercice dominant du groupe	Professionnels concernés	Nombre moyen de médecins par groupe	Mode de rémunération des médecins
Finlande	Plus de 90 %	Centre public de santé	Principalement pluriprofessionnel	nd	Salariat/ capitation
Suède	98 %	Centre public de santé	Plurispécialisé et pluriprofessionnel	nd	Salariat
Royaume-Uni	92 %	Cabinet privé sous contrat avec l'autorité locale	Pluriprofessionnel	4, 8	Capitation/ forfait/acte
Québec	Environ 90 %	Cabinet privé	Plurispécialisé et pluriprofessionnel	5, 2	Acte
Ontario	60 % environ	Cabinet privé	Monospécialisé	4, 8	Acte
Pays-Bas	57 %	Cabinet privé	Monospécialisé	2	Capitation

Figure 166 : Les pays où l'exercice médical de groupe est majoritaire. Source : Bougueil *et al.*, 2007b.

Par exemple, comme le montre une étude réalisée par Y. Bourgueil *et al.* (2007a et 2007b), en Finlande et en Suède, le regroupement des soignants s'opère dans des structures publiques locales avec des équipes multidisciplinaires, les médecins sont soit salariés, soit rémunérés à la

capitation[57], tandis qu'au Canada, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, le regroupement s'organise dans des cabinets privés gérés par des professionnels qui exercent comme travailleurs indépendants avec des modalités de rémunérations mixtes (acte, capitation, forfait).

	Taux moyen de regroupement des médecins généralistes	Cadre d'exercice dominant du groupe	Professionnels concernés	Nombre moyen de médecins par groupe	Mode de rémunération des médecins
France	39 %	Cabinet privé	Monospécialisé	environ 3	Acte
Belgique	30 %	Cabinet privé	Monospécialisé	nd	Acte
Allemagne	25 à 30 %	Cabinet privé	Monospécialisé	Groupe de 2 médecins en majorité	Acte
Italie	15 à 20 %	Cabinet privé	Monospécialisé	nd	Capitation

Figure 167 : Les pays où l'exercice médical de groupe est minoritaire. Source : Bougueil *et al.*, 2007b.

En Finlande et en Suède, les médecins exercent dans des centres de santé gérés et financés par les collectivités locales, qui constituent la base du système et offrent à la fois des soins curatifs et préventifs. L'ensemble des professionnels de santé (généralistes, spécialistes et paramédicaux) proposent à la population qu'ils desservent une large gamme de soins et des services médicaux sociaux et collectifs (promotion de la santé, prévention, soins diagnostiques, curatifs, palliatifs, de réadaptation, etc.). La taille de ces structures varie suivant le type de territoire d'implantation : les centres sont de grande taille en milieu urbain et de petite taille en milieu rural.

Au Royaume-Uni, les médecins généralistes contractualisent à l'échelle locale avec l'autorité de santé (*Primary Care Trust*) et offrent un éventail de services de soins primaires. Sous conventionnement avec le *National Health Service* (NHS), les médecins ont un statut de professionnel indépendant. Ils sont en moyenne 5 par structure et seulement 8% des généralistes exercent en cabinet individuel (Bougueil *et al.*, 2007b). Bien qu'au Royaume-Uni les cabinets médicaux sont caractérisés par une grande diversité d'organisation, B. Sibbald (2010) a montré qu'un cabinet de médecine générale comprenait en moyenne de vingt-quatre personnes dont parmi elles, des médecins représentant un cinquième de cet effectif (22%), tout comme les infirmiers (22%). Le personnel administratif forme la part la plus importante des effectifs (45%), il s'agit principalement de gestionnaires, de secrétaires, d'appuis administratifs et d'informaticiens

[57] On appelle capitation, une allocation financière forfaitaire attribuée au médecin pour chaque patient inscrit auprès de lui sur une liste (Auray *et al.*, 1996). Son montant peut varier selon les caractéristiques du patient (âge, sexe, maladie chronique, milieu socio-économique, etc.). Elle est indépendante de la fréquence des consultations et du volume de soins prodigués et le nombre total de patients peut être plafonné. Le plus souvent la capitation est composée d'un forfait de base assortie de forfaits divers et de paiement à l'acte, il concerne notamment les médecins exerçant au Royaume-Uni, en Suède et en Norvège.

qui prennent notamment en charge le système de paiement à la performance. Les médecins exercent généralement à plein temps et consacrent le plus de temps à leur travail, contrairement aux infirmiers qui travaillent essentiellement à temps partiel (voir Figure 168, p. 272).

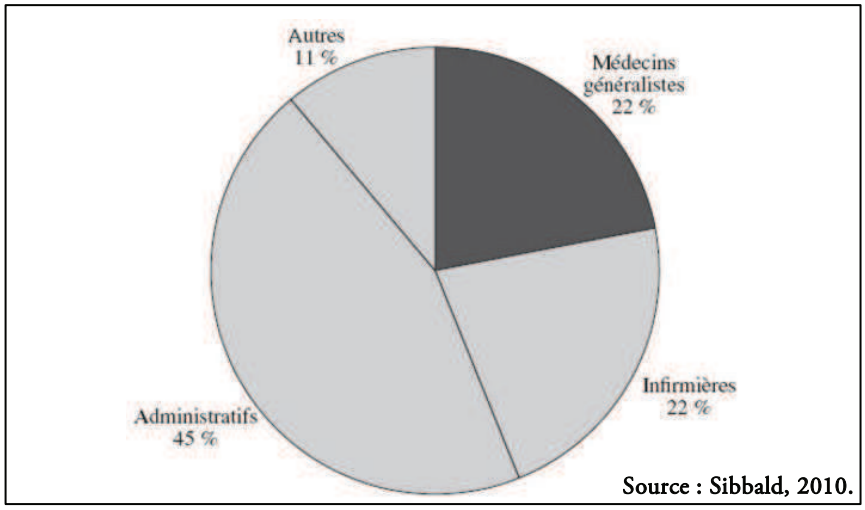


Figure 168 : Composition type des équipes des cabinets de médecine générale au Royaume-Uni.

Aux Pays-Bas, 57 % des généralistes exercent en cabinet de groupe et sont en moyenne deux médecins. Depuis 1941, les médecins sont tous des prestataires indépendants et constituent « *la porte d'entrée* » du système de santé (*gate-keepers*). Mais les généralistes exerçant individuellement ou en groupe ne sont pas associés à des soignants pluriprofessionnels.

Au Québec, les soins primaires sont assurés essentiellement dans des cabinets privés de cinq généralistes en moyenne, rémunérés à l'acte. Les cabinets comprennent des spécialistes (50% d'entre eux), des psychologues (40%), des diététiciens (30%) et des kinésithérapeutes (12%). En Ontario, à la différence du Québec, les médecins généralistes s'associent essentiellement entre eux, et moins avec des spécialistes ou d'autres professionnels de santé. Selon Y. Bougueil *et al.* (2007b), les pays où la médecine de groupe est majoritaire ne sont donc pas caractérisés par une forme unique de regroupement : il peut s'opérer entre médecins de même spécialité (Pays-Bas et Ontario), avec d'autres professionnels paramédicaux (Royaume-Uni) ou encore entre médecins généralistes et spécialistes (Québec, Suède et Finlande).

En revanche, dans les pays où les médecins exercent essentiellement de façon individuelle (France, Allemagne, Belgique et Italie), la forme dominante du regroupement est plutôt entre médecins de la même spécialité. Ainsi, pour l'ensemble des acteurs de santé libéraux en France, le regroupement intraprofessionnel entre membres d'une même profession (médecins généralistes, infirmières, kinésithérapeutes, etc.) constitue la forme d'exercice prédominante. Une majorité de médecins généralistes exerce actuellement en groupe dans des cabinets de petite taille avec 2 à 3 médecins (Évrard *et al.*, 2010). Depuis peu en France, l'exercice médical groupé est devenu

majoritaire (voir Figure 169, p. 273) : la part des médecins généralistes libéraux (en secteur 1) déclarant travailler en groupe est passée de 43 % en 1998 à 54 % en 2009. Cette augmentation concerne notamment les médecins de moins de 40 ans qui sont près de 80% à exercer en groupe.

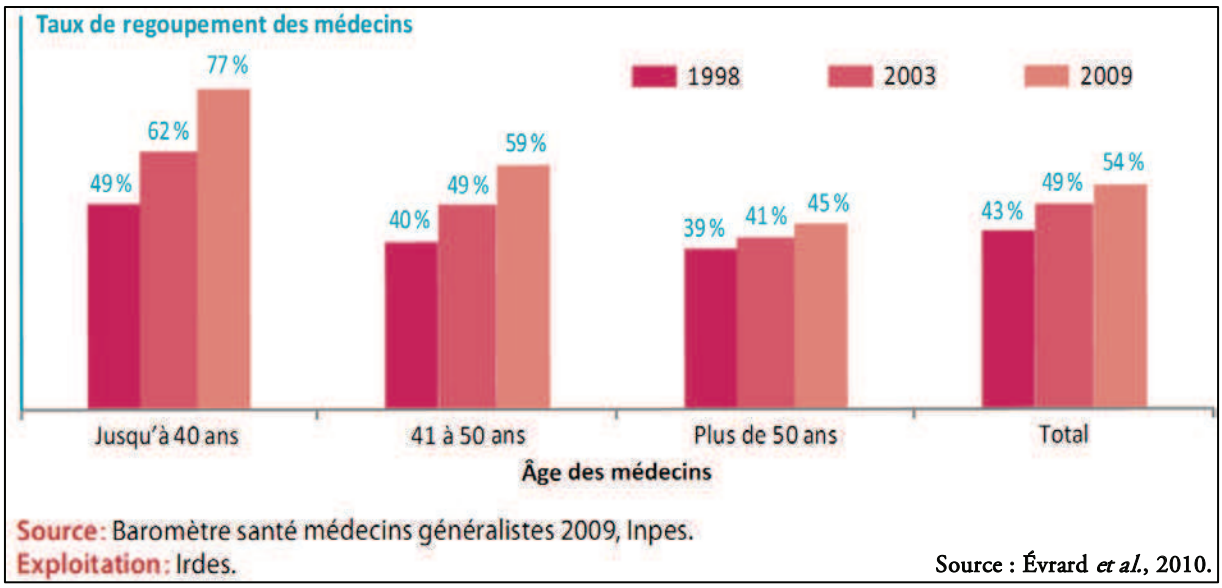


Figure 169 : Taux de regroupement des médecins généralistes libéraux de secteur 1 en France entre 1998 et 2009.

Actuellement, dans les pays anglo-saxons et scandinaves, les structures d'exercice collectif et pluridisciplinaire sont prédominantes et notamment les coopérations avec les infirmiers (Anger, Gimbert *et al.*, 2011). Ces regroupements pluriprofessionnels présentent de nombreux avantages : ils optimisent l'organisation du temps de travail et améliorent la productivité, les conditions d'exercice des professionnels et la permanence des soins. Ils facilitent également la communication entre acteurs et par conséquent, la qualité des soins en contribuant à la continuité de la prise en charge. Enfin, le regroupement au sein d'une même structure facilite l'évolution des rôles des professionnels de santé. Le travail sous un même toit dans une structure dédiée au regroupement avec le partage d'une culture similaire et d'objectifs communs décrits dans le projet de santé peut accélérer le changement d'organisation (Dépinoy, 2011).

- *Le rôle majeur des infirmiers dans les soins de premier recours à l'étranger*

Ainsi, selon E. Anger, V. Gimbert *et al.* (2011), les structures d'exercice médical groupé permettent de renforcer le secteur des soins primaires dans les pays étrangers, concernant les soins courants et la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. L'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins courants dits de première ligne (prévention, diagnostic et traitement de problèmes de santé courants) a été permise notamment en confiant à l'infirmier un rôle majeur. Les infirmiers peuvent assurer un appui technique au médecin : soins pour plaies et autres traumatismes légers, vaccinations, etc. Dans certains pays, ils évaluent l'état de santé du patient et,

en fonction de sa gravité, assurent sa prise en charge ou le réorientent vers le médecin généraliste ou l'hôpital. Les infirmiers deviennent alors le principal point d'entrée dans le système de soins. Une telle substitution permet de réduire les délais d'attente des patients et donc de libérer du temps médical pour les médecins, ce qui constitue également de meilleures conditions d'exercice. Ainsi, la mise en place de structures exclusivement gérées par des infirmiers a permis un fort développement de l'accès aux soins courants d'autant que des horaires d'ouverture sont larges : sept jours sur sept et sans rendez-vous. Il s'agit des *Walk-in Centres* au Royaume-Uni et des *Retail Clinics* aux États-Unis. La crainte d'une fragmentation accrue du système, voire d'une diminution de la qualité des soins dans ces nouveaux, s'est dissipée étant donné la globale satisfaction des usagers. De plus, les infirmiers mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé qui répondent aux besoins des patients jusque-là non satisfaits.

Les coopérations se développent également dans la prise en charge des pathologies chroniques qui impliquent une meilleure répartition des rôles entre les médecins et les infirmiers ainsi qu'un renforcement de la planification des soins. Tandis que la stratégie thérapeutique initiale et le traitement des éventuelles complications sont assurés par les médecins en ville et à l'hôpital, le suivi a été confié aux infirmiers (conseil, accompagnement et éducation thérapeutique, analyse des examens de contrôle et réajustement de la thérapeutique). Les médecins, ayant peu de temps médical disponible, se focalisent sur les missions curatives (stratégie initiale, épisodes aigus), optimisant ainsi le service fourni aux malades. Dans certains pays, afin d'améliorer la coordination entre les médecins de ville et l'hôpital, l'infirmier assure également la planification des soins. Les structures de soins primaires centrées sur la prise en charge des pathologies chroniques (*Patient-Centered Medical Homes*) se sont développées aux États-Unis dans cette double perspective d'amélioration du suivi et de coordination des soins.

Bien que ces nouvelles organisations favorisent l'accès aux soins et améliorent les conditions d'exercice des médecins, ces coopérations sont-elles efficaces ? Selon B. Sibbald (2010), qu'il s'agisse de soins délivrés par un médecin ou un infirmier, il n'existe aucune différence du point de vue de la qualité, en revanche, la satisfaction des patients est plus grande avec les infirmiers, du fait qu'ils leur consacrent deux fois plus de temps en leur donnant de nombreux conseils. Ainsi, aucune économie n'est réalisée lorsque le soin est effectué par un infirmier, dont le salaire est pourtant deux fois moins élevé que celui d'un médecin. La coopération n'est donc pas toujours source d'économie contrairement à la réorganisation des soins de premier recours : réduction du nombre d'hospitalisations (urgences et chirurgie hospitalière).

- *La coopération interprofessionnelle : un développement progressif à l'initiative des professionnels de santé et sous l'impulsion des pouvoirs publics*

L'étude des regroupements de professionnels de santé à l'étranger montre que les soignants sont plus enclins à se regrouper au sein d'une même profession qu'avec d'autres catégories professionnelles. Ainsi, seuls les pays s'étant fortement engagés dans une politique volontariste de soutien au regroupement pluriprofessionnel sont aujourd'hui avancés en matière de coopération (Anger, Gimbert *et al.*, 2011). Nous l'avons vu précédemment, la Suède et la Finlande ont essentiellement favorisé l'essor de centres de santé publics, ce modèle a été perçu comme le meilleur moyen de rassembler au sein d'une même structure des médecins et de nombreux paramédicaux (infirmiers, sages-femmes, kinésithérapeutes et travailleurs sociaux). Mais cette organisation relevant du salariat engendre des problèmes pour recruter des professionnels de santé qui sont davantage attirés par les rémunérations proposées dans le secteur privé, en plein essor (Bourgueil *et al.*, 2007b). Dans les années 1970 au Québec, le développement des centres locaux de services communautaires a également subi des problèmes liés à la rémunération des médecins qui, traditionnellement rétribués à l'acte, n'ont pas adhéré au salariat. Face à ce constat, le Québec, sur le modèle déjà ancien du Royaume-Uni, a décidé de promouvoir le regroupement en cabinets privés qui sont gérés par un groupe de médecins généralistes indépendants et rémunérés à l'acte, au forfait ou à la capitation. Ces « *groupes de médecine de famille* » (GMF) sont promus par les pouvoirs publics québécois sous la forme d'aides incitatives à la création qui semblent relativement efficaces. Le Royaume-Uni a connu le même succès, avec le développement des cabinets de médecine générale, mais au moyen d'une politique plus volontariste, voire coercitive (financement public destiné au médecin pour l'embauche d'un infirmier à hauteur de 70% de son salaire, suppression de la liberté d'installation, liste minimale obligatoire de 1 000 patients par cabinet). La tendance d'évolution de ces cabinets est à la diversification des professionnels (travailleurs sociaux, pharmaciens, psychologues, nutritionnistes, etc.). Pour E. Anger, V. Gimbert *et al.* (2011), « *l'analyse des pratiques étrangères invite à définir le juste équilibre entre la libre initiative locale des professionnels de santé et l'impulsion donnée par une stratégie nationale visant à redéfinir les pratiques* ». Nous voyons également l'intérêt d'une approche globale qui porte sur l'ensemble des spécialités médicales et où le binôme médecin généraliste/infirmier constitue le pivot de la réorganisation des soins primaires. Pour cela, les auteurs proposent la création d'un statut et d'un diplôme d'infirmier clinicien spécialisé en soins primaires. L'infirmier serait destiné à exercer une fonction d'accueil et d'orientation du patient au sein d'une maison de santé et constituerait le point d'entrée dans le système alors que les médecins généralistes conserveraient leur statut de référent. Les auteurs sont favorables pour expérimenter, dans quelques maisons de santé, une consultation infirmière de premier recours pour des affections bénignes et en cas de besoin, le patient serait orienté vers le médecin. L'infirmier clinicien assurerait le suivi régulier des malades atteints de pathologies chroniques dans le cadre d'une consultation dédiée. Les auteurs proposent également d'expérimenter des modes de rémunération à la performance collective

associant des objectifs de coordination, de qualité et d'efficacité existants avec de nouveaux objectifs de transfert d'activités entre professionnels exerçant dans des maisons de santé.

8.1.3. Le consensus des maisons de santé et les différentes attentes des acteurs

Le développement des formes de l'exercice médical groupé est souhaité par les principaux acteurs de santé : usagers du système de soins, professionnels de santé et pouvoirs publics. Il existe actuellement un consensus concernant les modes de rémunération autres que le paiement à l'acte, la place des patients, l'importance des maladies chroniques, l'intérêt d'un exercice coordonné des soins ou de la coopération entre professionnels, la nécessité d'un système d'information partagé, mais aussi la prévention, l'éducation thérapeutique et l'accompagnement, etc. (Garros, 2009). Ainsi, les acteurs de santé partagent un fort engouement pour la création des pôles et maisons de santé malgré des attentes différentes.

- *Les professionnels de santé*

Les professionnels de santé libéraux sont les acteurs essentiels des projets de maisons et pôles de santé. Il s'agit des médecins généralistes, des infirmiers, des pharmaciens, des masseurs-kinésithérapeutes, des chirurgiens-dentistes, des orthophonistes, des psychologues, des diététiciens, des sages-femmes, des pédicures-podologues, des psychomotriciens, etc. Mais des acteurs liés aux soins de second recours peuvent également être présents : médecins spécialistes (certains exerçant sur les plateaux techniques), ou encore les professionnels exerçant en laboratoire d'analyses biologiques. Selon P. De Hass (2010), deux éléments liés à l'exercice libéral sont importants à prendre en compte dans le cadre d'un regroupement : la liberté d'installation et les différences de prise en charge des soins par l'Assurance Maladie selon les professions.

Tous les professionnels de santé libéraux ont des motivations différentes pour s'associer à un regroupement, ces motivations sont liées aux spécificités de leur profession. En effet, la plupart des libéraux ont la possibilité d'installer et de déplacer leur cabinet où bon leur semble et peuvent ainsi refuser de se regrouper avec d'autres professionnels. Mais pour créer une nouvelle officine, les pharmaciens doivent obtenir l'accord du Préfet de Région qui dépend du nombre de pharmacies existantes dans le secteur et du nombre d'habitants correspondant. Depuis 2009, les infirmiers n'ont pas le droit de s'installer dans des territoires surdotés, à moins qu'un autre professionnel ne cesse son activité. De même, certains exercent dans le cadre d'une convention avec l'Assurance Maladie ce qui permet le remboursement d'une grande partie de leurs honoraires (médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, orthophonistes, et pédicures-podologues pour les patients diabétiques). D'autres n'ont pas de conventions et leurs honoraires ne sont pas pris en charge (psychologues, diététiciens, psychomotriciens,

ergothérapeutes, pédicures-podologues pour la majeure partie de leur activité). Une grande part de la rémunération des pharmaciens provient de la vente des médicaments prescrits et remboursés par l'Assurance Maladie. Il existe également de grandes différences en termes de revenus (voir Figure 170, p. 277) et d'investissement (matériels du chirurgien-dentiste, aménagement de l'officine, stocks des pharmaciens, etc.). Par exemple, ces écarts de revenus et d'investissement génèrent différents degrés de motivation pour un investissement immobilier (De Hass, 2010).

	Honoraires totaux (en euros courants)			Taux de croissance (en %)				
				entre 2008 et 2009		entre 2009 et 2010		annuel moyen 2002-2010
	2008	2009	2010	en euros courants	en euros constants	en euros courants	en euros constants	en euros constants
Radiologue	504 040	506 133	508 111	0,4	0,3	0,4	-1,1	-0,4
Anesthésiste	290 430	296 703	301 303	2,2	2,1	1,6	0,0	2,4
Ophtalmologue	263 177	270 119	282 638	2,6	2,6	4,6	3,1	2,7
Stomatologue	252 606	254 522	261 492	0,8	0,7	2,7	1,2	0,8
Chirurgiens*	247 618	248 572	253 204	0,4	0,3	1,9	0,3	1,1
Cardiologue	219 097	222 475	227 541	1,5	1,5	2,3	0,8	0,5
Gastro-entérologue	200 632	203 644	206 368	1,5	1,4	1,3	-0,2	1,0
ORL	181 310	185 441	189 811	2,3	2,2	2,4	0,8	0,8
Gynécologue	179 542	178 575	182 543	-0,5	-0,6	2,2	0,7	0,9
Pneumologue	165 269	171 878	176 572	4,0	3,9	2,7	1,2	1,8
Rhumatologue	157 909	158 522	161 529	0,4	0,3	1,9	0,4	1,0
Dermatologue	134 660	134 895	138 085	0,2	0,1	2,4	0,8	-0,3
Pédiatre	132 752	134 860	134 531	1,6	1,5	-0,2	-1,7	0,4
Omnipraticien	131 953	133 565	131 277	1,2	1,1	-1,7	-3,2	0,1
Psychiatre**	111 699	111 901	113 624	0,2	0,1	1,5	0,0	0,2
Ensemble des médecins	**176 407**	**178 530**	**179 393**	**1,2**	**1,1**	**0,5**	**-1,0**	**0,7**
Dentistes	225 869	229 228	236 154	1,5	1,4	3,0	1,5	1,2
Infirmiers	74 041	76 246	79 014	3,0	2,9	3,6	2,1	2,3
Masseurs Kiné	76 029	75 438	75 679	-0,8	-0,9	0,3	-1,2	0,2

* Y compris chirurgiens orthopédistes.
** Y compris neuropsychiatres.
Lecture • En euros courants, les honoraires totaux de l'ensemble des médecins passe de 176 407 euros en 2008 à 178 530 en 2009, soit une évolution de +1,2% en euros courants et de +1,1 % en euros constants. Entre 2002 et 2010 ils ont augmenté en moyenne de 0,7 % en euros constants.
Champ • Ensemble des professionnels de santé ayant perçu au moins un euro d'honoraires au cours de l'année, France métropolitaine.
Sources • Fichiers SNIR (CNAMTS), exploitation DREES. **Source : V. Bellamy (2011)**

Figure 170 : Honoraires totaux des professionnels de santé en euros entre 2008 et 2010.

Les professionnels de santé ont plusieurs avantages à se regrouper au sein de la structure. Tout d'abord, la présence d'un secrétariat permet de se décharger des tâches administratives et d'augmenter le temps dédié aux soins. Il est également plus facile de prendre des congés puisqu'il n'est plus nécessaire de rechercher un remplaçant, une tâche qui devient de plus en plus difficile. Cet élément est important dans un contexte où les médecins travaillent beaucoup (Micheau, Molière, 2010) et aspirent, comme l'ensemble de la société à un véritable équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée. Un autre avantage vient du plaisir de travailler en équipe, notamment chez les jeunes médecins qui souhaitent pouvoir discuter des diagnostics et traitements de leurs patients avec leurs confrères ou d'être soutenu en cas de situations difficiles. L'exercice médical de groupe étant plus attractif pour les jeunes médecins, les médecins proches de la retraite auront moins de difficultés à trouver un successeur pour assurer la continuité de la prise en charge de leurs patients. De plus, nous l'avons vu précédemment, 70% des internes

pensent qu'une aide logistique et financière destinée à la création d'une maison de santé pluriprofessionnelle ou d'un cabinet de groupe constitue une aide incitative intéressante pour l'installation des médecins en zones déficitaires[58]. Enfin, étant donné que le regroupement permet aux soignants de réaliser de nouvelles tâches (médico-sociales, coordination, coopération, prévention, etc.), le paiement à l'acte va certainement évoluer vers des paiements au forfait qui tiendront compte du nombre de patients suivis et qui seront prioritairement expérimentés dans les structures de groupe.

Le principal frein à l'installation en maison de santé pour les professionnels de santé libéraux est le surcoût lié aux charges communes : 4 400€ de plus par an qu'un médecin exerçant seul[59] (De Hass, 2010). Cette dépense est en partie compensée par les investissements en personnels qui permettent une meilleure rentabilité. Des facteurs plus personnels peuvent également dissuader les professionnels déjà installés de se regrouper : investissements importants déjà réalisés lors de leur installation, le conjoint effectue des tâches dans le cabinet individuel, contraintes liées au déménagement et aux changements d'organisation du cabinet, notamment à quelques années de la retraite. Enfin, d'autres peurs peuvent exister, en particulier la perte d'autonomie dans l'organisation de son travail, mais aussi les conflits avec les autres professionnels (divergences dans les conceptions du travail, etc.) et la crainte d'être jugé par ses pairs ou que son travail soit remis en cause. P. De Hass (2010) rappelle que la réussite dépend de la valeur des échanges entre les parties prenantes et de la capacité à répondre aux inquiétudes. Ainsi toutes ces questions doivent être abordées dès la phase de conception du projet. Par exemple, les infirmiers sont très réticents à intégrer les maisons de santé car ils effectuent de nombreux actes au domicile des patients (patients âgés, pathologies chroniques et meilleure valorisation des visites par rapport aux consultations en cabinet jugées peu attractives) et ne souhaitent pas assumer les coûts de fonctionnement de la structure de groupe. De plus, habitués à un exercice individuel, les infirmiers craignent un lien de subordination avec les médecins. Certaines expérimentations de coopérations menées en salariant des infirmiers ont suscité une forte opposition chez les infirmiers libéraux (Hubert, 2010).

- *L'Etat et les collectivités locales*

L'Etat encourage le développement des maisons et pôles de santé : de nombreux textes de lois et discours en témoignent ainsi qu'une aide financière promise en 2010, pour la création de 250 projets. Et comme l'indique P. De Hass (2010), la réorganisation de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) en 2010 et la création des Agences Régionales de la Santé (ARS) permettent de nouveaux partenariats entre l'Etat, les collectivités territoriales et les professionnels

[58] Enquête nationale via un questionnaire en ligne menée du 2 juillet 2010 au 1er janvier 2011 auprès de 1939 internes en médecine générale

[59] Etude réalisée en 2009 par la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé : www.ffmps.fr

de santé pour de nouvelles organisations de l'offre de soins sur les territoires. La loi HPST permet la création de contrats avec les ARS pour établir des objectifs sanitaires (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens) et dès 2005, la Haute Autorité de Santé (HAS) connait un vif intérêt pour l'exercice médical de groupe et considère qu'il s'agit d'une organisation pertinente pour améliorer la qualité des soins.

Les maires, élus de communautés de communes, conseillers généraux ou régionaux, tous se mobilisent pour maintenir un accès aux soins de premier recours satisfaisant sur les territoires. Ce sont les collectivités territoriales qui soutiennent le plus grand nombre de projets de maisons de santé. Face à la baisse de la démographie médicale et aux départs à la retraite des médecins de campagne, de nombreux élus ont souhaité répondre aux besoins de la population en matière d'offre de soins. Maires et élus des communautés de communes peuvent intervenir dans le choix d'implantation de la structure (certains cèdent des terrains pour un euro symbolique), et aider au financement des projets et à la mobilisation des professionnels de santé, tandis que les conseillers généraux et régionaux peuvent participer au financement des projets et coordonner les élus locaux dans le maillage territorial de l'offre de soins (De Hass, 2010).

Pour les collectivités territoriales, les difficultés viennent du fait que la santé ne fait pas partie de leurs prérogatives (excepté pour les communes disposant d'un service d'hygiène et de santé) et que le montage des dossiers d'aide au financement est complexe. Par exemple, l'organisation de l'offre de soins en région relève des compétences de l'Agence Régionale de la Santé (ARS) dont le directeur élabore le Projet Régional de Santé (PRS) qui est soumis à l'avis du Préfet. Or, l'aménagement du territoire est une compétence décentralisée, attribuée aux régions qui élaborent des schémas concernant la formation, les transports, le développement économique, le tourisme, ainsi qu'un schéma d'aménagement et de développement du territoire qui planifie l'évolution du territoire régional pour mettre en cohérence les Schémas de Cohérence Territoriaux (SCOT). Ainsi, le Conseil Régional n'est pas consulté, même pour avis, cependant de nombreux Conseils Régionaux (dont celui du Languedoc-Roussillon) se sont saisis de la question des maisons de santé, au titre de leur compétence en aménagement du territoire.

Par ailleurs, pour les élus communaux, un regroupement de l'offre de soins implique que certaines communes perdront leurs soignants au profit d'une commune voisine et cela peut s'accompagner de conflits entre élus pour l'implantation d'une maison de santé sur leur commune, sans compter que l'accord des professionnels de santé est indispensable à tout projet.

Mais une fois ces difficultés surmontées, la création d'une maison de santé sur un territoire permet de stabiliser une offre de soins dans l'avenir puisque cette structure est particulièrement attractive pour les jeunes médecins. Le regroupement de plusieurs médecins et paramédicaux permet également une meilleure lisibilité de l'offre de soins et une meilleure accessibilité

notamment par les personnes à mobilité réduite (parking adapté, faibles déplacements entre des services situés sous un même toit). Les maisons de santé sont également attractives pour des professionnels de santé qui n'étaient pas présents sur le territoire : des diététiciens, des sages-femmes, des psychologues mais aussi des médecins spécialistes tels que des cardiologues, des gynécologues et des dermatologues, c'est le cas de la maison médicale de Saint-Paul-de-Fenouillet (Pyrénées-Orientales). Enfin, étant donné qu'il faut compter deux ans entre l'élaboration d'un projet de maison de santé et l'achèvement des travaux, les élus locaux peuvent se réjouir de ce succès dans la durée de leur mandat et en faire la promotion lors des élections suivantes.

- *L'Assurance Maladie et les mutuelles*

L'Assurance Maladie est un acteur essentiel de la santé en France, notamment pour l'activité de soins libérale. Bien que la CNAMTS[60] n'exprime aucune position vis-à-vis du développement des maisons et pôles de santé, elle soutient des projets grâce aux Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des soins (FIQCS) créés dans l'article 94 de la loi de financement de la sécurité sociale et dont l'objet est l'amélioration de l'efficacité de la politique de coordination des soins et le décloisonnement du système de santé[61]. En 2012, la dotation du FICQS est de 250 millions d'euros : une part prépondérante est destinée aux 730 réseaux de santé et dans une moindre mesure, elle finance le Dossier Médical Personnel (DMP).

Dès 2004, la Mutualité Sociale Agricole (MSA) s'est intéressée aux regroupements des professionnels libéraux sur les territoires où elle intervient, qu'il s'agisse d'espaces ruraux isolés avec une population âgée ou d'espaces périurbains ayant un fort développement démographique (De Hass, 2010). Pour la MSA, l'objectif est le maintien des professionnels dans ces territoires et l'installation de nouveaux soignants. En 2010, une cinquantaine de projets étaient accompagnés par la MSA dans des territoires qui souffrent d'une faible attractivité à l'égard des professionnels de santé et autant sont à l'étude.

Enfin, certaines mutuelles s'investissent dans des projets de regroupements, notamment pour les centres de santé dont l'exercice des professionnels de santé est salarié.

- *La Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS) et ses déclinaisons en région*

En juillet 2006, plusieurs maisons de santé ont ressenti le besoin de se regrouper et ont créé la Fédération Française des Maisons de Soins et de Santé (FFMSS). Il s'agit de lieu d'échanges d'expériences, de recherche et de mise à disposition d'informations pour tous les porteurs de

[60] Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

[61] Site de l'Assurance Maladie consulté le 17 mai 2013 : http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaître-l-assurance-maladie/fiqcs/presentation.php,

projets (qu'ils soient professionnels, élus ou usagers). La fédération est aussi une force de proposition pour les décideurs et un partenaire afin d'améliorer l'accès à des soins de qualité (Serin, 2009). Entendue par le sénateur J.-M. Juilhard (2007), rapporteur sur la démographie médicale et la permanence des soins au sénat en 2007, elle a travaillé avec la Haute Autorité de Santé (HAS) pour la réalisation d'une recommandation sur l'exercice coordonné protocolé en maisons, pôles et centres de santé[62] et aux États Généraux de l'Organisation de la Santé (EGOS 1 et 2)[63]. En septembre 2008, la fédération a changé de dénomination et devient alors la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS). Elle devient un partenaire des administrations et des décideurs pour les questions d'accessibilité aux soins, de démographie médicale et de développement des maisons et pôles de santé et participe aux groupes de travail qui la sollicitent à l'échelle nationale : expérimentation de nouveaux modes de rémunération avec le ministère de la Santé, politique de la ville, territoires et politiques de santé, programme national nutrition et santé sur la prise en charge de l'obésité, etc. La Fédération des Maisons et Pôles de Santé se décline en fédérations régionales qui sont des interlocuteurs privilégiés pour les financeurs et les porteurs de projet, des lieux de promotion de ce mode d'exercice, d'expertise et de coordination des soins (Serin, 2009).

- *La population*

Le regroupement de plusieurs services de soins sous un même toit permet une visibilité de l'offre de soins pour les patients et évite les déplacements en voiture. Le regroupement améliore la qualité des soins, notamment grâce à l'échange de pratiques entre professionnels de santé. De plus, en l'absence de leur médecin, la continuité des soins assurée par la maison de santé ainsi que la présence d'un dossier médical partagé, assurent aux patients d'obtenir des soins qui tiennent compte de leurs antécédents médicaux. La création de nouveaux locaux permet un gain de confort et d'accessibilité (rampe d'accès, largeur des portes et des pièces, ascenseur, etc.). Malgré ces atouts, certains patients peuvent avoir un sentiment d'abandon car le regroupement peut entrainer l'éloignement de leur médecin qui s'installe dans un quartier différent ou une autre commune. De même, la perte de la relation directe avec le médecin liée à la nouvelle organisation de la maison de santé (secrétariat, dossier médical partagé du patient, etc.) peut entrainer une peur chez certains patients.

[62] *L'exercice coordonné et protocolé en maisons de santé, pôles de santé et centres de santé* (2007), Haute Autorité de Santé, EPP/ECP, consulté le 20 mai 2013, sur le site Internet : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/lexercice_coordonne_et_protocole_en_ms_ps_et_cs_-_novembre_2007.pdf

[63] Consulté le 20 mai 2013, sur le site Internet : http://www.sante.gouv.fr/etat-generaux-des-etablissements-de-sante-egos.html

8.2. Enjeux et conditions de réussite pour la création de maisons de santé pluriprofessionnelles

La maison de santé n'est pas un modèle unique standardisé, le projet de santé fait la MSP et non l'inverse : « *elle ne vaut que par les réponses qu'elle apporte à la problématique de santé et à l'organisation de l'offre de soins sur un territoire* » (Autès, Dufay, 2009). Les maisons de santé doivent donc être un outil souple qui s'adapte à chaque spécificité du territoire dans lequel elle s'implante. Examinons plus précisément les enjeux et les conditions de réussite des maisons de santé pluriprofessionnelles.

8.2.1. La mobilisation des professionnels de santé : l'importance d'une pratique coopérative

- *Les professionnels de santé à l'initiative du projet*

La création d'une maison de santé ne peut être qu'à l'initiative des professionnels de santé libéraux : la réussite d'un projet dépend de leur adhésion et de leur mobilisation. Les collectivités territoriales ne peuvent qu'accompagner et soutenir les professionnels de santé dans leurs démarches, sous peine de créer une « coquille vide ». Une dynamique doit se créer au fur et à mesure des réunions de travail entre le porteur de projet et les autres professionnels de santé. Il s'agit de recueillir les attentes et les craintes de chacun tout en prenant en compte les réactions des autres soignants. Comme l'indique, P. De Hass (2010), si le porteur de projet est une collectivité territoriale, la coordination avec l'équipe soignante constitue un élément déterminant du succès de l'entreprise. Et si le porteur de projet est un acteur libéral de santé, la dynamique et la cohésion du groupe sont assurés par un leader.

- *La nécessité d'un chef de projet*

« *Sans un pilote, peu de projets aboutissent* » (De Hass, 2010), c'est pourquoi la présence d'un acteur principal, professionnel de santé libéral, est un élément essentiel pour construire une maison de santé. Il s'agit le plus souvent d'un médecin généraliste qui consacre beaucoup de temps et d'énergie au projet. Il planifie le projet, l'explique aux autres membres et propose une méthode de travail. Etant donné qu'il doit tenir compte des attentes et des craintes de l'ensemble des soignants constituant la future maison de santé, le chef de projet doit avoir des qualités d'écoute et de communication pour faciliter le dialogue entre tous les acteurs et s'assurer de la circulation d'information dans le groupe. Il doit également se tenir informé du niveau de satisfaction et d'insatisfaction des membres du projet afin d'éviter les conflits et les abandons et de créer un projet au plus près des souhaits des soignants. La formation de médecin ne prépare pas au management, aussi une aide extérieure peut être apportée pour effectuer ce rôle. En effet, les

professionnels de santé porteurs de projet d'exercice regroupé doivent franchir de nombreux obstacles : économiques, juridiques, administratifs, humains, etc. La création d'un tel projet exige des compétences particulières qui ne font pas l'objet d'un enseignement dans les universités et impose une disponibilité importante dont ne disposent pas, par nature, les professionnels de santé libéraux (Hubert, 2010). Selon P. De Hass (2010), dans l'idéal, un leader doit donner du sens à un projet de santé sur le court, moyen et surtout le long terme en tenant compte des spécificités propres à chaque profession (évolution des métiers, modes de rémunération, relations entre soignants et ARS). Il doit être fiable, cohérent et convaincant mais aussi être capable de se remettre en question et de déléguer pour ne pas s'épuiser.

- *Coopération entre professionnels de santé et collectivités territoriales*

Un autre élément important à prendre en compte est une bonne relation entre les professionnels de santé et les collectivités territoriales. Ces deux groupes d'acteurs partagent le même désir de construire une maison de santé et de délivrer des soins de qualité à la population. Or, il existe des différences de culture et de langage entre le secteur public et le monde libéral. Ils souhaitent également améliorer l'accès aux soins de façon durable en pérennisant la présence de professionnels de santé sur le territoire. Mais étant donné que les motivations et les raisons d'agir ne sont pas les mêmes pour les soignants et les élus, l'idéal est de créer un « *comité de pilotage* » avec deux membres, l'un représentant les collectivités territoriales et l'autre les professionnels de santé afin de coordonner leurs actions (De Hass, 2010). Plusieurs sujets peuvent générer des conflits : lieu d'implantation, choix architecturaux, options de vente ou de location, répartition des coûts, modes de gestion du projet (plus ou moins directive), etc. L'absence d'une bonne entente entre ces deux parties explique pourquoi certaines maisons de santé sont construites sans professionnels de santé pour s'y installer. De plus, la création d'une association permet de rassembler les acteurs concernés et simplifie les demandes de financements (Baudier, Clément, 2009). Ainsi, la création d'un « *noyau dur* » entre un représentant des soignants libéraux du territoire et un représentant des collectivités territoriales, tous deux diplomates, favorise une coordination et une bonne entente tout au long du projet. Mais à l'inverse, des médecins qui se sont regroupés sans communiquer auprès des élus s'étonnent de voir certains maires faire des démarches pour remplacer leur médecin alors que celui-ci n'a fait que rejoindre la maison de santé : « *ces situations mettent les patients devant des choix difficiles* ».

8.2.2. Projet de santé et projet professionnel : des outils essentiels pour l'accès à des soins de qualité

Le projet de santé et le projet professionnel font partie de tous les cahiers des charges et guides de réalisation des projets de maisons de santé. Ces projets sont demandés par les

collectivités territoriales et les agences de santé pour s'assurer que l'argent public sollicité soutiendra un véritable projet d'exercice médical coordonné avec une dynamique pluriprofessionnelle. Ils doivent répondre aux besoins de la population en tenant compte des spécificités du territoire en matière de santé publique et d'offres de soins.

La rédaction de tels projets doit être à l'initiative des professionnels, sous peine d'échec. Souvent, les projets n'aboutissent pas du fait de l'absence de prise en compte des craintes et freins exprimés par certains soignants. Plusieurs élus locaux, préoccupés par la désertification médicale, ont construit dans la précipitation des bâtiments qui restent vides. Il est donc essentiel de définir les objectifs et les modalités de fonctionnement de la maison de santé, avant même d'envisager son financement et sa concrétisation immobilière.

Le projet de santé s'appuie sur un diagnostic détaillé des besoins de la population du territoire pour établir des objectifs. Cette analyse concerne la structure d'âge des habitants, l'évolution démographique (soldes naturel et migratoire), les déplacements et la circulation des habitants notamment en milieu rural ou montagneux, les attentes et besoins prioritaires de la population mais aussi le dynamisme économique du territoire. Par exemple, l'état de santé de la population, évalué en fonction des pathologies fréquentes ou du nombre d'Affections de Longue Durée (ALD), peut motiver l'arrivée de nouveaux professionnels de santé n'exerçant pas encore dans un territoire donné. Il est également pertinent de réaliser un diagnostic de l'offre de soins et d'anticiper son évolution afin de développer des liens avec des structures médicales et médico-sociales existantes. A partir de ces éléments et des critères obligatoires des cahiers des charges nationaux, les professionnels de santé doivent rédiger des objectifs pour améliorer l'accès et la continuité des soins pour la patientèle (amplitude horaire suffisante, soins non programmés et petites urgences : plaies, sutures etc.). Le projet de santé doit également assurer l'accès financier aux soins (appliquer le tiers payant), développer la prévention individuelle et collective, assurer un suivi coordonné des maladies chroniques, améliorer la qualité des soins en favorisant démarche qualité et processus d'auto évaluation, participer à l'observation épidémiologique et à la veille sanitaire en lien avec un recueil harmonisé d'informations.

La Commission Santé de l'Association des Régions de France indique qu'un autre élément est très important pour répondre au cahier des charges d'une maison de santé, il s'agit de créer une organisation en réseau avec le système hospitalier local et régional afin d'assurer aux patients le parcours de soins optimum. D'autres fonctions sont proposées dans des maisons existantes : permanence des soins (maison de garde), consultations de spécialistes libéraux ou hospitaliers, services d'aide ou de soins à domicile mais aussi services de santé scolaire ou de médecine du travail, réseaux de santé ou de soins, permanences associatives, relais pour l'hospitalisation à domicile ou les réseaux de soins palliatifs, permanences sociales du Conseil Général ou d'associations spécialisées, accueil de pré-urgence avant l'intervention des SAMU, etc. Ces projets

s'inscrivent dans le cadre d'une nécessaire réorganisation de l'offre de soins et d'une médecine moderne (Autès, Dufay, 2009).

Parallèlement, le projet professionnel répond aux besoins définis dans le projet de santé en s'appuyant sur des critères liés à l'organisation et au fonctionnement de la maison de santé. En effet, l'organisation interne de la structure doit être décrite précisément dans le projet :

- l'organisation des emplois du temps, les contrats de chaque soignant et leurs types de rémunération,
- les modes de coordination (dispositif de partage d'information, réunions pluriprofessionnelles, protocolisation entre professionnels de différentes disciplines, délégations d'activités et d'actes, etc.),
- les modes de coopération (en interne et avec des structures externes médicales, médico-sociales ou sociales),
- les responsabilités de chaque membre de la structure (soignant à temps plein ou à mi-temps, consultations avancées, etc.).

Selon les critères obligatoires du cahier des charges national, le projet professionnel doit mentionner que la structure doit comprendre au minimum deux médecins et un professionnel paramédical. Elle doit participer à la formation des étudiants (chaque corps professionnel représenté au sein de la structure doit être en mesure d'accueillir des étudiants). Un dossier informatisé, unique et partagé doit être créé pour permettre aux patients un accès facilité aux données médicales les concernant. Les modalités de partage de ces informations pour l'ensemble des professionnels de santé (de la structure et éventuellement à l'extérieur) doivent être précisées.

La rédaction du projet de santé demande beaucoup de temps. Elle est difficilement réalisable par les professionnels de santé qui sont souvent surmenés. Ainsi, le projet de santé nécessite une aide extérieure. Or, la plupart des structures n'ont pas reçu d'accompagnement dans la phase d'études, ni d'aide à l'ingénierie de projet et ont été créées avec des délais assez longs. Seule une forte volonté des soignants a permis l'aboutissement des projets au détriment de leur activité médicale. Ces éléments dissuasifs pour les professionnels de santé nécessitent un engagement fort des autorités sanitaires régionales aux côtés des professionnels (Hubert, 2010). De plus, de nombreux promoteurs de maisons ou pôles de santé ne comprennent pas l'enjeu de ces projets de santé et ont le sentiment d'écrire des projets similaires partout en France, comprenant des généralités. Selon D. Dépinoy (2011), cela s'explique par une confusion entre les objectifs d'amélioration de la prise en charge des soins de premier recours et la démarche participative de réflexion entre les professionnels de santé qui permet de passer d'une logique de pratiques individuelles adressée à une clientèle, à une approche d'une offre de soins organisée vers couvrir la demande de soins d'un territoire cohérent. En ce sens, le projet de santé devient structurant pour la nouvelle organisation et permet aux professionnels de santé de s'entendre sur des objectifs

communs : ce dialogue collectif peut éviter des échecs ultérieurs. Ainsi, le projet de santé demande un temps indispensable de maturation et d'appropriation, évalué entre un et deux ans (Juilhard *et al.*, 2010).

La maison de santé de Tuchan dans le département de l'Aude constitue un exemple qui illustre bien l'importance du projet de santé et du projet professionnel pour assurer la pérennité de cette structure de soins de proximité. Inaugurée en septembre 2010, la maison comprend deux médecins généralistes, six infirmiers, un chirurgien-dentiste, un cardiologue, un dermatologue, un podologue et un pharmacien sur une superficie de 420m². Le coût total de l'opération a été de 600 000€, financés par l'Etat (150 000€), la région Languedoc-Roussillon (150 000€), le département de l'Aude (120 000€), l'Europe (50 000€) et la Communauté de Commune des Hautes-Corbières (130 000€). Bien que cette maison de santé soit très appréciée par les patients, qui y voient une offre de soins de proximité durable et par les médecins, qui travaillent dans des locaux fonctionnels, avec une équipe pluridisciplinaire, la structure n'équilibre pas son budget car les coûts de fonctionnement sont trop élevés. Selon les membres de la maison de santé, le poste de secrétariat est une dépense qui pèse sur le loyer mensuel et qui a été mal évaluée au départ. Réparties entre chaque professionnel de la structure, ces charges élevées rendent l'exercice groupé peu attractif. Cette difficulté s'explique aussi, selon le dentiste Dr Bellissens, par des subventions promises par l'ARS puis non attribuées : « *L'ARS qui nous a imposé un projet plus grand, donc plus cher, a suspendu sa participation aux frais de fonctionnement au bout d'un an alors qu'elle devait payer pendant trois ans. Nos charges ont augmenté d'un coup alors que nous étions encore en phase d'installation* »[64]. Ainsi les professionnels de santé demandent un soutien financier plus important aux collectivités concernant les frais de fonctionnement sans lequel le projet ne pourra continuer sous sa forme actuelle. En attendant, la communauté de communes a accepté de « *geler le loyer* » pour ne pas alourdir encore les charges. Mais ce problème de gestion crée une perte d'attractivité pour la structure puisque la difficulté de travailler en zone rurale n'est pas compensée par un avantage financier, or cela est important pour la pérennité de la structure.

8.2.3. Une coopération interprofessionnelle à définir avec de nouveaux modes de rémunération

- *Management et coordination : au cœur d'un esprit d'équipe*

Comme l'indique P. De Hass (2010), une particularité du management en maison de santé est l'absence de rapport hiérarchique entre les professionnels de santé. Le leader doit alors

[64] Article du 25 février 2013 du Journal l'*Indépendant*, consulté le 1er juin 2013, sur : http://www.lindependant.fr/2013/02/25/les-maisons-de-sante-sortent-de-terre-pour-contrer-les-deserts-medicaux-d-ici-cinq-ans-il-y-aura-un-serieux-manque-de-medecins,1730854.php

rechercher un consensus qui tient compte des attentes et des craintes de chacun, pour cela trois éléments sont importants :

- la création de lieux de rencontres au sein de la maison de santé (salle de repos, cafetière commune, partage de repas),
- des réunions de coordination autour des soins et de leur protocolisation pour renforcer la collaboration (sans « réunionites » usantes),
- une discussion autour d'une analyse des résultats économiques de chacun et des besoins de la patientèle.

Bien souvent, la coordination mono et pluriprofessionnelle s'effectue progressivement au fur et à mesure des rencontres. L'idéal est d'organiser des réunions régulièrement, toutes les six à huit semaines avec une durée minimale de 3 heures (Dépinoy, 2011).

La coordination mono et pluriprofessionnelle permet de développer l'esprit d'équipe. Les projets de santé et projets professionnels ne peuvent envisager tous les cas de figure, il est donc essentiel que les soignants d'une même profession s'accordent sur l'organisation du cabinet (secrétariat, dates de congés, remplacements, investissements, etc.) et sur le contenu de leur travail (système d'information, discours tenu aux patients, pratiques, dossiers difficiles, etc.) (De Hass, 2010). La coordination peut également se faire autour d'un thème (par exemple des protocoles de soins pour certaines pathologies) ou autour d'un dossier (un patient ayant une situation complexe).

Plus largement, l'analyse du territoire réalisée dans le projet de santé doit envisager une coordination des porteurs du projet de maison de santé avec les soignants isolés exerçant dans des communes proches afin de mieux gérer la continuité et la permanence des soins, mais aussi le partage de bases de données et la formation continue. Cela permet un dialogue entre professionnels de santé qui manquent souvent de temps pour évoquer les questions d'organisation des soins sur leur territoire, cela peut également anticiper un futur regroupement avec la maison de santé existante.

- *Transferts de tâches et nouveaux modes de rémunération*

Le développement des coopérations entre professionnels de santé permet une meilleure adaptation de la prise en charge des patients suivant la gravité de leurs pathologies. Cette restructuration de l'offre de soins nécessite de nouveaux modes de rémunération ainsi qu'une évolution des cultures, aussi bien de la part des professionnels de santé que des patients (Anger, Gimbert *et al.*, 2011). Face à l'allongement des délais de prise en charge des patients dans certaines spécialités (notamment en ophtalmologie, gynécologie et dermatologie), le pacte territoire santé du Ministère de la Santé (décembre, 2012), pour lutter contre les déserts

médicaux[65], promeut les transferts de compétences pour laisser plus de temps médical disponible et permettre aux médecins de se recentrer sur ce qui constitue leur cœur de métier et leur véritable valeur ajoutée.

L'article 131 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a donné une base légale à la mise en œuvre d'expérimentations de coopération entre professions de santé et aux possibilités de transfert de tâches entre professions médicales et autres professions de santé. A ce sujet, une évaluation rédigée en 2008 par l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) et la Haute Autorité de Santé (HAS) au sujet de seize expérimentations de transferts de compétences a montré le caractère positif de ce mode de travail[66]. Menée de 2003 à 2007, cette étude concernait des actes techniques (échographie, échocardiographie, explorations fonctionnelles digestives), des actes médico-techniques (suivi de patients recevant des chimiothérapies à domicile), ou des actes médicaux (consultation de prévention et de dépistage pour le suivi des maladies chroniques). L'évaluation montre que l'articulation des différentes interventions et compétences professionnelles autour du patient est un déterminant fondamental pour la qualité des soins. Par exemple, la réalisation d'actes médicaux par des paramédicaux préalablement formés (avec de la théorie et de la pratique), pouvait se réaliser dans des conditions de sécurité satisfaisantes pour les patients. Cette étude met en évidence la nécessité de construire des projets impliquant des prises de décision de professionnels paramédicaux dans un cadre organisationnel précisé au préalable (Hubert, 2010).

Mais ces nouvelles formes de coopération se heurtent à des contraintes financières, juridiques ou organisationnelles liées aux modalités de formation et au cadre d'exercice des professions de santé. A ce sujet, le rapport de l'ONDPS et de la HAS soutient que le transfert de tâches nécessite :

- une rénovation de l'offre de formation (rapprocher les formations médicales et paramédicales),
- une refonte du cadre juridique concernant la définition des professions (référentiel s'appuyant sur les missions et non plus uniquement les actes prédéterminés),
- une valorisation des coopérations (rémunération ou perspectives de carrière),
- une prise en compte de l'évolution du rôle des patients (éducation thérapeutique) et des soins de premier recours (rapprochement des secteurs social et médical),
- une mise en œuvre d'un dispositif d'accompagnement pour garantir l'intérêt et la qualité des nouvelles formes de coopération.

[65] Site Internet du Ministère de la Santé, consulté le 25 mai 2013 : http://www.sante.gouv.fr/le-pacte-territoire-sante.html

[66] Site Internet de la HAS, consulté le 25 mai 2013 : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reco_cooperation_vvd_16_avril_2008_04_16__12_23_31_188.pdf

Bien que les transferts de tâches soient souhaités par les pouvoirs publics, ils génèrent des perceptions négatives chez certains patients et médecins. Comme l'indique Anger *et al.* (2011), certains patients pourraient craindre une prise en charge de moindre qualité si des missions, jusque-là assurées par un médecin, sont réalisées par des professionnels paramédicaux. Concernant les médecins et les paramédicaux, les frontières entre chacune des professions sont relativement étanches et les coopérations ne sont pas aisées car elles remettent en cause les identités professionnelles. Actuellement, les paramédicaux ont un périmètre d'intervention défini par une liste limitative d'actes et leur profession est organisée autour du médecin. Les paramédicaux craignent que le regroupement engendre une perte de liberté vis-à-vis des médecins, or ils souhaitent partager des responsabilités pour des interventions liées aux pathologies chroniques ou à la prévention. De plus, la coopération demande de dépasser la logique de concurrence qui régit les acteurs libéraux et de créer un nouveau mode de rémunération puisque la Tarification Á l'Activité (T2A) implique que tout transfert de tâches engendre une perte de revenu pour l'acteur qui délègue la mission. Au cours des dix dernières années, de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé sont apparus pour un exercice coopératif. Par exemple, un forfait pour le médecin traitant a été créé avec une part de rémunération à la performance (susceptible de constituer jusqu'à 10% de leurs revenus). Le rôle de coordination auprès des patients a été reconnu et valorisé financièrement pour les infirmiers libéraux.

Plus récemment, l'article 45 de la loi de financement pour la sécurité sociale de 2013[67] prévoit de généraliser un financement pérenne des nouveaux modes de rémunération forfaitaire pour l'exercice de groupe en maisons et pôles de santé : « *Des contrats conformes à ces contrats types peuvent être conclus conjointement par l'agence régionale de santé et un organisme local d'assurance maladie avec des maisons, centres et professionnels de santé intéressés* ».

Selon le sénateur H. Maurey (2013), il y a actuellement un consensus sur la nécessité d'évoluer vers un système de rémunération mixte, avec une tarification à l'acte et au forfait pour le travail de coordination, de prévention, de formation et de santé publique. Par exemple, ce mode de rémunération serait particulièrement adapté pour les patients atteints de maladies chroniques, cela permettrait de valoriser l'éducation thérapeutique ainsi que les réunions de coordination, de partage d'informations et d'analyse des pratiques entre professionnels, en y associant les associations de patients mais aussi les fonctions à responsabilité (Penfornis, 2010). Une négociation conventionnelle interprofessionnelle concernant le montant du forfait pour l'équipe coordonnée pourra être attribuée à une maison ou un pôle de santé dont le cahier des charges sera conforme et qui pourra être labellisé. La conformité renvoie à de nombreux éléments d'organisation du regroupement : la coordination, la protocolisation, l'amplitude des horaires

[67] Site Internet de Légifrance, consulté le 25 mai 2013 : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026785322&dateTexte=&categorieLien=id#JORFARTI000026785699

d'ouverture, la possibilité de consultation sans rendez-vous par roulement, le système d'information commun, la capacité d'accueil pour les étudiants, la plateforme de télésanté, la relation avec l'hôpital, etc. L'exercice coordonné groupé pourrait alors constituer une condition nécessaire pour bénéficier d'aides déjà existantes, telles que l'exonération des charges sociales pour l'emploi d'un salarié.

8.2.4. Une structure juridique adaptée aux besoins des porteurs de projets et un soutien financier

- *Des aides financières innombrables mais peu lisibles et éphémères*

Plusieurs subventions et aides financières sont mobilisables pour créer une maison de santé (voir Figure 171, p. 291). Elles sont innombrables, disparates et proviennent de financeurs publics (essentiellement l'Assurance Maladie, l'Etat, les collectivités territoriales et l'Union Européenne) ou privés (professionnels de santé, organismes complémentaires, mutuelles et assurances, groupes hospitaliers privés). Ces aides sont mal connues des médecins qu'ils soient encore étudiants ou déjà installés (Maurey, 2013). La multiplicité des subventions s'expliquent par le fait que les maisons de santé représentent un fort enjeu économique, qu'il s'agisse du projet immobilier et entrepreneurial qu'elles créent ou de la dynamique de développement qu'elles génèrent (Juilhard *et al.*, 2010). Pourtant, selon l'ancienne Ministre de la Santé E. Hubert (2010), ces aides financières ne suffisent pas à contrebalancer la perception négative des médecins de certains territoires et ne répondent pas aux problématiques de baisse de la démographie médicale. Le complément de rémunération ne peut constituer une unique solution dans des territoires ruraux où les revenus des médecins sont potentiellement élevés. Par exemple, l'avenant numéro 20 de la convention médicale de 2007 de l'assurance maladie accordait une majoration de 20% des honoraires aux généralistes dans le cas d'un exercice groupé en zone déficitaire, mais l'impact sur l'amélioration de la densité médicale a été jugé faible par le Collectif Interassociatif sur la Santé (CISS)[68], la Fédération nationale des accidentés du travail et handicapés et l'Union nationale des associations familiales (Mousquès, 2011). De plus, si certains syndicats souhaitent l'accroissement des revenus des médecins libéraux, cela ne constitue pas une motivation essentielle pour la plupart des médecins libéraux, ce qui explique le faible engouement des médecins pour les dispositifs financiers d'incitation pour une installation dans certains territoires où l'offre de soins est déficitaire (Maurey, 2013). La problématique essentielle de l'offre de soins de premier recours est moins liée à un déficit du nombre de médecins qu'à un manque d'attractivité pour le métier de médecin spécialiste en médecine générale. Les solutions sont donc à rechercher dans le contenu même du métier et dans les conditions de son exercice (Hubert, 2010).

[68] Site Internet, consulté la 25 mai 2013 : http://www.unaf.fr/IMG/pdf/Actes-CISS-17.11.2010-version-definitive.pdf

Objet	Objet précis	Fonds ou organisme financeur
Études préalables	Études de faisabilité, d'opportunité, études territoriales, etc.	FIQCS (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins) Conseils généraux (certains) Communes ou communautés de communes
Investissement	Construction ou rénovation en rural	FEDER (Fonds européen de développement régional) FNADT (Fonds national pour l'aménagement et le développement du territoire) DDR (dotation de développement rural) Conseils régionaux (certains) Conseils généraux (certains)
	Construction ou rénovation en urbain	FEDER FNADT DDR Conseils régionaux (certains) Conseils généraux (certains) FSE (Fonds social européen – urbain) ANRU (Agence nationale de rénovation urbaine) ACSE (Agence pour la cohésion sociale et l'égalité des chances - en lien avec la préfecture en zone urbaine sensible)
	Matériel médical	FIQCS
	Système d'information	FIQCS FEDER
Fonctionnement	Frais de personnel	FIQCS (dans des cadres expérimentaux) ARS (via un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens)
	Maintenance informatique	FIQCS (dans des cadres expérimentaux) ARS (via un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens)
	Indemnisations des professionnels de santé pour la coordination	FIQCS (dans des cadres expérimentaux) ARS (via contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens)
	Projets de santé publique, éducation thérapeutique, coordination avec le social	FIQCS (dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunérations entre autres) ARS (via un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens) ACSE (via un atelier santé ville)

Source : P. De Hass (2010)

Figure 171 : Aides financières mobilisables pour un projet de santé.

Les montants de ces aides sont difficilement quantifiables et ne font pas la distinction entre maisons et pôles de santé. En 2010, le président de la République avait annoncé une aide pour la construction de 250 maisons de santé dans les espaces ruraux sur une période de trois ans. Le Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) prend en charge les études préalables à hauteur de 50 000€, certains conseils généraux, communes ou communautés de communes peuvent également intervenir. Concernant le soutien à l'investissement, le Fond Européen de développement Régional (FEDER) et le Fond National pour l'Aménagement et le Développement des Territoires (FNADT) disposent d'aides spécifiques mais, ce sont les collectivités territoriales, essentiellement les conseils régionaux et les collectivités locales

(communes et communautés de communes), qui ont un rôle majeur dans le financement des structures de premier recours. Selon les données de la Délégation Interministérielle à l'Aménagement et à la Compétitivité des Territoires (DIACT), il existe deux catégories d'aides financières :

- celle dédiée aux pôles d'excellence ruraux, dotée d'un montant total de près de 15 millions d'euros (10 millions provenant des collectivités territoriales et 5 millions de l'Etat),
- celle correspondant aux volets territoriaux des contrats de projets Etat-région (CPER) dotée d'environ 14 millions d'euros provenant des collectivités et de l'Etat.

Pour obtenir ces aides, il est nécessaire d'en faire la demande auprès des ARS ou des préfectures et d'être muni d'un projet de santé rédigé par l'ensemble des professionnels de santé concernés. Le dossier est suivi à la fois par le Ministère de la Santé et de l'Intérieur étant donné que le projet relève du domaine de la santé et de l'aménagement du territoire.

Ainsi, la multiplicité de ces aides, leur manque de lisibilité sur le long terme constitue un frein majeur au développement des maisons et pôles de santé puisque les professionnels craignent, à terme, de devoir assurer seuls les coûts de ces projets de regroupements (Hubert, 2010). Face à la multiplicité de ces aides et à leur manque de lisibilité, la loi HPST a confié aux ARS la mission de mettre en place des Plates-formes d'Appuis aux Professionnels de Santé (PAPS) reposant sur un partenariat entre les différents acteurs régionaux (ARS, Assurance Maladie, collectivités territoriales, ordres professionnels, unions régionales des professionnels de santé, universités, écoles de formations, etc.) afin de rendre lisible et cohérente l'offre de services à destination des professionnels de santé au niveau régional (Maurey, 2013). Le déploiement des PAPS a débuté le 1er juillet 2011 avec l'ouverture d'un site internet dédié pour chacune des ARS de France, avec quatre objectifs :

- informer les étudiants et les futurs professionnels de santé sur les formations initiales et les sensibiliser aux différents modes d'exercice ;
- aider le professionnel lors de l'installation (simplifier ses démarches, l'informer sur les modes d'exercice et les aides à l'installation) ;
- favoriser et accompagner les projets d'exercice coordonné ;
- suivre le développement des professionnels et leurs projets tout au long de leur carrière.

Les PAPS ont donc vocation à devenir le guichet unique pour l'information sur les aides financières à l'installation. De plus, en décembre 2012, le « *Pacte Territoire Santé* » propose, dans son quatrième engagement, de renforcer le dispositif des PAPS par la désignation, au sein de

chaque ARS, d'un « *référent-installation* », qui ira à la rencontre des étudiants et les accompagnera dans leurs démarches d'installation[69].

- *Le choix de la structure juridique*

Le choix de la structure juridique doit se faire après avoir consulté un conseiller juridique. Il convient de créer une Société Civile Immobilière d'attribution (SCI), lorsque les professionnels investissent et assurent la maîtrise d'œuvre de la construction. Une fois le bâtiment achevé, elle devient une SCI, une copropriété ou une autre forme de propriété (De Hass, 2010). En ce qui concerne l'entretien et les charges des parties collectives, il est possible de constituer une SCI globale, une copropriété de propriétaires ou une SCI mono ou pluridisciplinaire. Dans le cas d'une copropriété, le règlement avec l'administrateur de biens et le conseil juridique doit permettre d'éviter les conflits sur la répartition des dépenses.

Il est préférable de constituer une société pour la mise en commun de moyens concernant les loyers, les salaires du personnel, l'achat de matériels, les charges courantes, etc. Les acteurs peuvent alors créer une Société Civile de Moyens (SCM) pluridisciplinaire ou mono disciplinaire selon les charges partagées entre les professionnels. Généralement, la répartition des charges entre les médecins sont égales ou tiennent compte du chiffre d'affaire réalisé (ces deux modes de calcul pouvant être associés). Certains médecins choisissent de créer une Société Civile Professionnelle (SCP) : cette société perçoit les honoraires de l'activité, règle les dépenses puis partage les bénéfices entre les professionnels suivant la répartition définie au préalable.

Il existe également les Sociétés d'Exercice Libéral (SEL) et les Sociétés Á Responsabilité Limitée (SARL), leurs avantages et leurs inconvénients doivent être analysés suivant chaque cas avec des conseillers juridiques. La création d'une association loi 1901 permet aux professionnels de santé de percevoir des subventions pour mener des actions de santé publique mais cela ne concerne pas les dotations versées par l'Assurance Maladie (cela serait considéré comme un salaire imposable). Les promoteurs de maisons de santé s'orientent également vers les Groupements d'Intérêt Economique (GIE) ou vers les Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) de libéraux. En Juillet 2010, pour clarifier les outils juridiques de coopération, la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) a refondu le cadre juridique des GCS, l'outil privilégié des coopérations public/privé. On distingue à présent deux catégories selon leurs finalités : le GCS de moyens et le GCS pour les établissements de santé. Au 30 juin 2010, les ARS recensent au total 347 GCS répartis dans 26 régions, dont 19 sont en Languedoc-Roussillon[70].

[69] Site Internet du Ministère de la Santé, consulté le 23 mai 2013, http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/12_engagements_-_pacte_Territoire-Sante_DP_VDef.pdf

[70] Données disponibles sur le site du Ministère de la Santé, consulté le 23 mai 2013, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_recensement_GCS_au_30-06-10-2.pdf

Plus récemment, la loi dite « *Fourcade* », du 10 août 2011, qui a modifié la loi HPST, a permis d'améliorer le cadre juridique de ces coopérations en créant la Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA), inspirée des SCM (Maurey, 2013). La SISA vise quatre objectifs qu'aucune autre structure juridique ne permettait jusqu'alors d'atteindre simultanément :

- rassembler des professions distinctes,
- percevoir des financements publics provenant de l'État, de l'assurance maladie, des collectivités territoriales et qui puissent être répartis entre les membres de la SISA,
- facturer à l'assurance maladie certains des actes réalisés ;
- organiser un cadre fiscal et social sécurisé avec une souplesse pour les professionnels de santé qui souhaitent entrer ou sortir du regroupement.

- *La rédaction du contrat d'exercice en commun*

Au-delà du choix de la structure juridique du regroupement, la rédaction du contrat d'exercice en commun constitue un élément important. Le contrat d'exercice en commun définit les modalités d'exercice en commun, les temps de congés, les conditions de départ, ou encore les situations de maladies ou de décès des soignants, etc. Il est important qu'un accord soit trouvé entre tous les membres du projet, que ce contrat soit établit par profession ou bien pour l'ensemble des acteurs du regroupement. La discussion doit permettre de lever les craintes et de souder le groupe. La rédaction d'un règlement intérieur n'est pas obligatoire mais il permet de discuter des questions d'organisation et de trouver un accord commun. Il peut évoluer au fur et à mesure des changements : gérance des locaux, utilisation des ressources, etc. Les éléments à préciser collectivement doivent être formalisés dans le projet de santé, le projet professionnel, le contrat d'exercice commun ou encore dans le règlement intérieur. Le temps de réflexion consacré aux aspects juridiques permet de construire une organisation des bases solides (De Hass, 2010).

8.2.5. Les maisons de santé : un lieu pour de nouvelles pratiques qui vise l'amélioration de la qualité des soins de premier recours

Les maisons de santé constituent une nouvelle organisation des professionnels de santé qui ouvre la voie à de nouvelles pratiques afin d'améliorer la qualité des soins de premier recours. Ainsi, la création de protocoles de soins transversaux, la formation des professionnels de santé et des internes, le développement d'un système d'information mais aussi de l'éducation thérapeutique et de la médecine sont des éléments qui participent au succès de la structure, dans l'intérêt des patients.

- *Des protocoles transversaux pour les soins de premier recours*

Actuellement, il existe peu de protocoles concernant les soins de premier recours, pourtant cela permettrait d'améliorer la qualité des soins, qu'il s'agisse de protocoles établis au sein d'une même profession ou des protocoles transversaux à plusieurs professions. Si les médecins généralistes, les pharmaciens, les infirmiers, les kinésithérapeutes et les autres soignants s'accordent sur les conduites à tenir et les informations adressées aux patients pour des cas fréquents, cela évitera une confusion chez des patients qui auront entendu un discours contradictoire (De Hass, 2010). En novembre 2011, la HAS a rédigé un guide pratique pour l'élaboration des protocoles pluriprofessionnels des soins de premier recours[71] et défini ces protocoles comme l'expression d'un « *consensus local et documenté* » qui comporte des messages importants pour les professionnels de santé et des outils pour les patients et qui visent une décision partagée.

L'identification d'un problème local à résoudre, nécessitant la mutualisation des compétences, conduit à la création de protocoles pour actualiser et harmoniser les pratiques de prise en charge des patients à partir de documents valides. Ce problème peut être soulevé par les soignants (événements indésirables, volonté d'actualiser des pratiques, de répondre à des crises sanitaires, etc.), ou par les patients et il est alors partagé au cours des réunions de coordination pluriprofessionnelles. Etant donné que de nombreux thèmes peuvent être protocolés et que le travail de rédaction est fastidieux (lectures de revues scientifiques, analyses et synthèses), il serait souhaitable qu'une mise en commun de ces travaux soit effectuée pour l'ensemble des maisons de santé.

- *Une formation des professionnels nécessaire pour de nouvelles pratiques coopératives en soins primaires*

Nous l'avons vu précédemment, le développement des coopérations entre professionnels de santé permet une meilleure adaptation de la prise en charge des patients en fonction de la gravité de leurs pathologies. De ce fait, les délais d'attente peuvent diminuer et les échanges concernant les protocoles de soins participent à l'amélioration de la qualité des soins. Pour cela, la formation des professionnels est essentielle pour permettre une évolution des pratiques dans une logique de complémentarité entre soignants et non de substitution (Anger, Gimbert *et al.*, 2011).

Les maisons de santé constituent des lieux très intéressants pour effectuer des formations initiales (premières formations obtenues au terme d'un cycle d'études) et continues (formations pour les personnes qui sont entrées dans la vie active et qui ont donc quitté la formation initiale).

[71] Site Internet de la HAS, consulté le 26 mai 2013 : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/ppspr_guide_etapes_elaboration.pdf

La formation initiale permet aux professionnels de santé d'acquérir des connaissances théoriques concernant leurs champs d'intervention en soins primaires, mais aussi de mieux connaître l'exercice pluriprofessionnel et l'ensemble des coopérations réalisées entre les soignants. Cet enseignement pourrait être dispensé par un professionnel de santé exerçant en structure de soins pluriprofessionnelle, sous forme de tronc commun pour tous les étudiants en santé. Les universitaires doivent faciliter la réalisation de stages pour les étudiants en maisons de santé et notamment dans celles qui sont situées en zones vulnérables ou en territoires fragiles selon le dernier zonage de l'ARS. Comme le souligne J.-M. Juilhard *et al.*, (2010) : « *il faut imposer aux doyens des facultés de médecine l'application des textes réglementaires existants et notamment l'arrêté relatif au stage en médecine générale au cours du deuxième cycle* ». En effet, bien que ces stages de trois mois soient obligatoires depuis 1997, presque la totalité des étudiants valide leur deuxième cycle sans l'avoir effectué. Or, si des médecins exerçant en maisons de santé ont effectué la formation à la maîtrise de stage, la structure doit être un lieu de stages agréé, au même titre que les hôpitaux. Cet agrément présente de nombreux avantages. Tout d'abord, il permet une formation en soins de premier recours, ce qui peut susciter un nouvel attrait des étudiants pour la médecine générale mais aussi augmenter les chances du maître de stage de trouver un futur associé ou remplaçant. Cela permet aussi un désengorgement des hôpitaux, saturés par le nombre d'étudiants, et une formation de meilleure qualité pour les étudiants. De plus, ces lieux de stages sont très recherchés par les étudiants et même si les jeunes générations sont favorables à un exercice de groupe, ils doivent pouvoir effectuer des stages pouvant créer un désir de s'installer. Ils pourront ainsi mieux comprendre la nécessité des pratiques coopératives, identifier les compétences des autres professionnels de santé et leurs complémentarités, mais aussi se familiariser à l'exercice en milieu rural. De même, pour que les étudiants paramédicaux puissent pratiquer des actes et des activités lors de leurs stages, un réel statut de maître de stage doit être créé pour valoriser cet exercice. Etant donné que l'accueil d'étudiants issus de filières médicales ou paramédicales constitue un dynamisme pour les pôles et maisons de santé, il est donc utile de prévoir un logement à proximité de la structure pour les accueillir. Etant donné que ces stagiaires peuvent être amenés à s'installer définitivement, certaines collectivités territoriales soignent la qualité de l'accueil et adoptent une démarche chaleureuse d'intégration (Dépinoy, 2011).

Les maisons de santé sont également des lieux particulièrement adaptés pour les formations professionnelles continues puisque les soignants issus des filières médicales, pharmaceutiques ou paramédicales y trouvent un apprentissage concret à travers divers thèmes tels que l'éducation thérapeutique ou les pathologies chroniques (diabète, insuffisance respiratoire chronique, maladie d'Alzheimer, etc.). Ces formations contribuent également à valoriser les rôles de chaque soignant et offrent de nouvelles perspectives de carrière.

De même, étant donné leurs modes d'exercice coordonnés et le développement de leur système d'information, les maisons de santé peuvent constituer les lieux d'exercice des

universitaires de médecine générale mais aussi des enseignants des autres filières de santé (Juilhard *et al.*, 2010). La recherche en soins de premier recours est très peu développée en France par rapport à d'autres pays de l'Union européenne. Ce retard affecte le dynamisme et l'attractivité du secteur des soins de premier recours. Ainsi la création d'une filière de formation et de recherche permettrait d'approfondir les connaissances théoriques et pratiques de ce domaine afin de répondre aux besoins de qualité de prise en charge des patients en ambulatoire.

- *Un système d'information pour un meilleur partage des données de santé*

Le partage d'information concernant la santé des patients est peu présent dans les structures dédiées aux soins de premier recours en France bien qu'il constitue un élément indispensable à la coopération des professionnels de santé (Anger, Gimbert *et al.*, 2011). Le dossier du patient doit être informatisé et devenir unique et partagé avec tous les professionnels de santé de la structure tout en respectant les droits des patients. Cet outil permet aux soignants d'accéder aux prescriptions données aux patients, de rédiger les bilans des consultations destinés au médecin généraliste, de laisser des messages à l'attention d'autres professionnels de santé concernant un patient donné. Il a également d'autres fonctions indispensables, telles que le recueil d'indicateurs pour améliorer la qualité des soins ou effectuer une veille sanitaire, la possibilité de créer des alertes pour le suivi des maladies chroniques ou des examens de dépistage, ou encore une messagerie électronique pour l'ensemble des soignants (Dépinoy, 2011). Bien qu'il soit un outil indispensable pour assurer une coordination des soins entres tous les soignants intervenant autour d'un patient, sa mise en place rencontre de nombreux obstacles, notamment législatif et déontologique puisqu'il constitue un risque de déroger au secret professionnel si la sécurité des données n'est pas assurée suivant des niveaux d'accès pour chaque professionnel de santé (Juilhard *et al.*, 2010). En effet, jusqu'en 2011, il n'était pas possible pour une équipe de soins de premier recours de partager des données santé de sa patientèle, contrairement aux données recueillies par un professionnel de santé en établissement de santé. Mais la loi dite Fourcade[72] du 10 août 2011 a permis une évolution, dans son article 2 : « *Les informations concernant une personne prise en charge par un professionnel de santé au sein d'une maison ou d'un centre de santé sont réputées confiées par la personne aux autres professionnels de santé de la structure qui la prennent en charge, sous réserve :*

1° Du recueil de son consentement exprès, par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée. Ce consentement est valable tant qu'il n'a pas été retiré selon les mêmes formes ;

2° De l'adhésion des professionnels concernés au projet de santé mentionné aux articles L. 6323-1 et L. 6323-3.

La personne, dûment informée, peut refuser à tout moment que soient communiquées des informations la concernant à un ou plusieurs professionnels de santé. »

[72] Site LégiFrance, consulté le 30 mai 2013 : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024457033&dateTexte=&categorieLien=id

De plus, un temps de réflexion devra être accordé au patient et il devra être informé avec un document explicatif sur les avantages d'un partage (amélioration de la qualité des soins grâce à une meilleure coordination) et sur le risque de refuser cette coordination.

Sur le plan technique, il est préférable que le système d'information soit géré par une entreprise capable de s'engager sur sa fiabilité et d'agir à toute heure avec rapidité et sécurité. Cela permet aux soignants de se concentrer sur leur cœur de métier.

Au-delà du dossier patient partagé qui permet une meilleure coordination entre les professionnels et une meilleure qualité des soins, le système d'information peut être complété par de nombreux outils pour la télémédecine : téléconsultation, téléexpertises, télémonitoring des grossesses à risques, holter cardiaque ou tensionnel, électrocardiogramme, enregistrements des troubles du sommeil sont des exemples d'outils importants pour les soins de premier recours (Dépinoy, 2011). Dans son rapport remis au Ministère de la Santé, P. Lasbordes (2009), recommande que les outils de la télésanté soient intégrés dans le cahier des charges des maisons de santé, « *afin de mettre en réseau les professionnels de santé et sociaux exerçant dans ces structures avec les établissements de santé de référence et disposer de l'accès immédiat à des avis et consultations de spécialistes, télétransmettre des données, images, examens de biologie réalisés sur un automate connecté…* ». Il s'agit par exemple de réaliser des actes d'échographies abdominales et d'envoyer les clichés à des radiologues situés à plusieurs dizaines de kilomètres de la maison de santé. Les avantages sont nombreux : hormis l'amélioration de la qualité (diagnostic plus performant) et de la sécurité des soins (rapidité de l'expertise), cette téléexpertise permet une diminution des coûts pour l'Assurance Maladie en évitant le transport par ambulance ou taxi et une prise en charge aux urgences d'un établissement de soins. Cela permet également de renforcer les liens entre les médecins libéraux issus de différentes spécialités et de rendre la pratique de la médecine générale plus attractive dans des territoires plus isolés. En effet, la présence d'un plateau technique de soins de premier recours est un élément attractif pour les jeunes médecins. Ainsi, ces outils innovants participent à dynamiser l'organisation des maisons et pôles de santé, tout en assurant des soins de qualité aux patients à proximité de leur domicile. Ils peuvent également servir à assurer des formations transversales pour les professionnels de santé grâce à la visioconférence.

- *Evaluer la satisfaction des patients*

Afin de pouvoir évaluer la pertinence de l'organisation de la nouvelle structure de soins, des indicateurs de la qualité des soins de proximité peuvent être élaborés. De tels indicateurs doivent intégrer plusieurs dimensions telles que la satisfaction des patients, les procédures et les résultats objectifs des soins (De Hass, 2010). Le recueil des perceptions des patients ainsi que des professionnels de santé concernant l'organisation de la maison de santé, par l'intermédiaire des enquêtes, est une démarche visant la qualité des soins. Les résultats de ces perceptions permettent

d'encourager l'organisation existante ou bien de proposer des améliorations en adéquation avec les besoins des patients, des soignants et des autres membres du personnel (secrétariat, etc.).

Par exemple, dans une perspective de démarche qualité, T. Jeanmaire *et al.*, (2009) ont mené une enquête de satisfaction auprès de 360 patients de deux maisons de santé franc-comtoises, l'une rurale et l'autre urbaine. Les résultats montrent un taux de satisfaction particulièrement élevé au sujet des modalités d'accueil et des services proposés et certains points sont moins satisfaisants tels que les informations disponibles en salle d'attente, la réalisation d'actions de dépistage et de prévention, ainsi que le rapprochement avec des services sociaux. Les auteurs soulignent que ce travail crée une véritable démarche qualité pour les professionnels de santé, à travers la prise en compte des attentes de la patientèle et l'apport d'améliorations dans le mode de fonctionnement des structures concernées.

8.3. L'exemple de quatre maisons de santé en Languedoc-Roussillon

En Languedoc-Roussillon, il existe actuellement 8 maisons de santé ouvertes et 21 projets dont 3 vont ouvrir en 2013 et 18 en 2014 (voir Figure 172, p. 300). Nous allons à présent étudier plus précisément cinq maisons de santé construites récemment dans les cinq départements du Languedoc-Roussillon.

Source : ARS du Languedoc-Roussillon, Février 2013 (INSEE, Géofla 2003).

Figure 172 : Les maisons de santé ouvertes et en projet en Languedoc-Roussillon.

Les promoteurs à l'initiative des projets de maisons de santé expriment leur volonté de réagir face à la baisse du nombre de médecins observée dans leur secteur de patientèle et vivent la création de la maison de santé comme un véritable soulagement grâce à l'arrivée de jeunes professionnels de santé, assurant ainsi une offre de soins de proximité durable sur le territoire.

8.3.1. La maison de santé d'Axat (Aude)

Naissance du projet : 2007
Ouverture de la maison : Janvier 2013
Professionnels de santé :
2 médecins généralistes,
4 infirmières,
2 dentistes,
2 masseurs-kinésithérapeutes,
1 podologue,
2 opticiens,
1 pharmacie,
1 service transport en ambulance.

Le médecin généraliste Christian Valero est à l'origine du projet de la maison de santé pluriprofessionnelle d'Axat (Aude), qui compte actuellement 14 professionnels de santé. Son expérience est particulièrement intéressante puisque les raisons qui l'ont amené à réaliser un tel projet illustrent bien l'ensemble des difficultés que rencontrent les médecins exerçant dans certains territoires ruraux isolés : un sentiment d'isolement vis-à-vis des autres professionnels de santé, un rythme de travail trop soutenu, un délai d'attente en salle d'attente trop long, la volonté de changer de mode d'exercice et d'anticiper sa succession : « *Après 30 années d'installation solitaire j'avais envie de changer de mode d'exercice et surtout d'anticiper ma succession dans un cadre différent. La communication et les échanges entre professionnels me manquaient. Plus encore, il était devenu difficile de continuer à un tel rythme. Le délai d'attente dans mon cabinet avoisinait 2 à 3 heures du fait de l'accumulation de tâches très chronophages en particulier répondre au téléphone. Aujourd'hui, la présence d'un secrétariat, les gardes partagées et l'organisation collective me permettent de dégager du temps… et bientôt d'organiser ma succession* ».

Le médecin exprime également son désir de continuer à faire vivre les villages reculés de son territoire : « *Axat, bastion montagnard du Pays de la Haute Vallée de l'Aude, compte quelque 24 villages à la population souvent âgée. Il fallait leur permettre de continuer à habiter leurs villages* ».

Mais la création d'un tel projet ne se fait pas sans difficulté. Tout d'abord, le territoire du projet s'étend sur trois départements : l'Aude, les Pyrénées Orientales et l'Ariège (Région Midi-Pyrénées) où était situé l'associé du Dr Valero : « *Il a légitimement fallu convaincre certains élus que*

notre projet n'allait pas leur « voler » leur médecin ! Et au contraire garantir dans un bassin de population la proximité d'un ensemble de professionnels médicaux et paramédicaux ». Le Dr Valero évoque également la complexité juridique à laquelle les professionnels de santé ne sont pas préparés mais précise qu'il a bénéficié « *d'interlocuteurs compétents : Conseil Régional, cabinets d'expertise comptable, sans oublier l'URPS des médecins libéraux que j'ai très souvent contactée, notamment à chaque moment de doute. Je pense que la mise en place des MSP deviendra de plus en plus facile. Pour ce qui nous concerne, les difficultés nous auront permis de construire patiemment et collectivement notre projet, de franchir une par une les étapes*. »

Ainsi, le projet a mis quatre ans pour sortir de terre et son bâtiment moderne de 410m² permet d'accueillir les médecins stagiaires et d'effectuer de la télémédecine. La création d'un dossier patient unique partagé entre les divers professionnels de santé, sous réserve d'un accord préalable du patient, est prévu pour la prise en charge des patients et la mise en place des soins. Deux emplois de secrétaires ont pu être créés sur la commune d'Axat. Les subventions de l'État, de l'Europe, du Conseil Général de l'Aude et de la Région Languedoc-Roussillon ont financé à 80% les 860 000€ nécessaires pour le projet. Selon la Communauté de Communes du Canton d'Axat, la création d'une maison de santé est un élément très attractif pour inciter les jeunes médecins à s'installer dans un territoire qui s'étend sur 320 km², où les professionnels de santé parcourent 40 000 km par an en moyenne et où 50% de la population a plus de 60 ans.

8.3.2. La maison de santé de Sauve (Gard)

Naissance du projet : 2008
Ouverture de la maison : septembre 2012
Professionnels de santé :
3 médecins généralistes,
9 infirmières,
4 masseurs-kinésithérapeutes,
1 pharmacienne,
1 orthophoniste à l'extérieur de la maison de santé.

Pour Jean-Paul Kerjean, masseur-kinésithérapeute, Secrétaire de la Fédération Régionale des Maisons et Pôles de Santé et porteur du projet de maison de santé à Sauve dans le Gard, la volonté de créer une maison de santé est partie d'un constat simple, partagé par les professionnels de santé : « *Si nous ne faisons rien, notre village n'aura plus de professionnels de santé dans dix ans* ». Soutenu par le maire et accompagné par un bureau d'études, le projet des professionnels de santé a très vite démarré et des structures juridiques ont pu être choisies : « *Nous avons créé une SCI*

(Société Civile Immobilière) pour le bâtiment, l'Association Pôle de santé du Haut Vidourle pour engager des contacts avec les différents acteurs de santé et une SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires) pour administrer notre MSP. L'URPS des médecins libéraux nous a fait bénéficier de son expertise juridique et de son expérience, qui l'amène aujourd'hui à offrir un soutien méthodologique à tous les porteurs de projets ».

Le projet a permis à M. Kerjean de se mettre en contact avec de nombreux professionnels de santé issus du champs médical et social ainsi qu'avec plusieurs réseaux de santé, remplissant parfaitement la mission de coopération et de coordination des soins propres aux maisons et pôles de santé : « *Les contacts se sont ensuite rapidement établis avec les différents acteurs de santé, comme la clinique de Ganges : ses médecins spécialistes font aujourd'hui des consultations avancées dans notre Maison. Nous nous sommes rapprochés de la Jeunesse et des Sports et d'un grand nombre de réseaux de santé avec lesquels nous engageons des actions préventives et d'éducation thérapeutique du patient. Nous avons d'excellentes relations avec la pharmacie locale, dont la titulaire partage pleinement notre vision de la santé et s'est engagée dans le Projet de Santé, ainsi qu'avec les services sociaux tout proches* ».

Pour M. Kerjean, la question de la désertification médicale n'est plus la motivation essentielle, il défend une nouvelle vision de la santé de proximité dans laquelle « *les maisons de santé préparent le véritable avenir de la santé de proximité, qui prendra très largement en compte la prévention et l'éducation à la santé. La force d'une Maison, c'est que les professionnels tirent parti de leur complémentarité, osent s'exprimer et vont à la rencontre de tous les acteurs sur leur territoire* ». Par exemple, la maison de santé propose des réunions de patients par pathologie afin que chaque patient puisse partager son expérience et trouver des réponses à ses problèmes. Une salle de réunion pouvant accueillir 20 personnes a également beaucoup d'importance aux yeux de M. Kerjean, car elle constitue : « *le cœur du projet, c'est-à-dire de pouvoir partager ensemble nos savoir-faire, nos compétences, de mieux connaître les métiers des uns et des autres, de façon à ce que la prescription médicale soit la plus ajustée et l'intervention la plus pertinente auprès du patient* ». Le financement de ce projet a été assuré en majeure partie par des fonds privés et le Conseil Général du Gard a apporté son soutien concernant l'ingénierie et la maîtrise d'œuvre pour la conception et la réalisation du projet.

8.3.3. La maison de santé du Bousquet d'Orb (Hérault)

Naissance du projet : 2009
Ouverture de la maison : septembre 2011
Professionnels de santé :
3 médecins généralistes,
2 infirmières,
1 masseur-kinésithérapeute,
1 diététicienne,
1 orthophoniste,
1 pédicure-podologue,
1 dentiste,
1 association *Présence Verte*.

A l'inverse des deux maisons de santé d'Axat et de Sauve, le Dr Philippe Collas, médecin généraliste et coordinateur de la maison de santé du Bousquet d'Orb dans l'Hérault, explique que ce sont les élus locaux qui sont à l'initiative de la maison de santé. Heureusement, ce dynamisme a trouvé écho auprès de trois médecins et d'un pharmacien qui partageaient la même crainte de voir bientôt leur territoire, isolé, se trouver sans offre de soins : « *Nous ne manquions pas de médecins, mais notre âge imposait cette réflexion. Au début, les choses n'ont pas été simples. Il a été nécessaire de convaincre les autres professionnels de santé, notamment de les préparer à subir une incontestable hausse des frais professionnels. Tous ne s'y attendaient pas. Plus anecdotique : nous avons failli oublier de faire construire une salle d'attente !* ».

Selon le Dr Collas, le principal facteur de réussite est « *d'apprendre à travailler ensemble et donc de modifier certaines de nos habitudes. Et c'est là l'essentiel. Pour réussir, il est indispensable de faire mûrir collectivement, entre professionnels, un véritable projet de santé, autrement dit de partir tous ensemble dans une même direction. Les décisions collectives n'en seront que plus cohérentes. Idéalement d'ailleurs, je pense que le projet doit venir des professionnels de santé plutôt que des collectivités. Quant aux aides, elles ont été d'un grand soutien (merci à l'ARS), mais ce ne sont pas elles qui fondent le projet : elles ne sont pas éternelles !* ».

Une fois cette coopération réussie, la maison de santé présente de nombreux avantages par rapport à un mode d'exercice isolé : « *plus de confort, un accueil professionnel et fonctionnel, une véritable communication entre nous et, à l'échelle du territoire, une meilleure offre de soins. Le regroupement crée une unité, avec une présence médicale continue et la constitution d'un véritable pôle santé autour de notre MSP, ainsi qu'une pharmacie et un cabinet de masseurs-kinésithérapeutes voisins* ».

La Communauté de Commune des Monts d'Orb a décidé de soutenir le projet de création d'une maison de santé de 750 m² en acceptant de devenir maître d'ouvrage de l'opération estimée

à 759 760 € (hors taxes). L'engagement des partenaires publics a permis son financement avec l'aide de l'Europe (7%), de l'Etat (26%), du Conseil Général (26%) et du Conseil Régional (20%). Les 21% d'autofinancement restant sont partagés entre la Communauté de Communes des Monts d'Orb (6,58%), la Communauté de Communes Avène, Orb et Gravezon (5%) et la Mairie du Bousquet d'Orb (12%). Les subventions de la mairie ont permis l'aménagement paysagé extérieur ainsi que la création de deux logements à l'étage dont un est réservé aux médecins remplaçants.

8.3.4. La maison de santé de Langogne (Lozère)

Naissance du projet : 2008
Ouverture de la maison : mars 2013
Professionnels de santé :
4 médecins généralistes,
3 masseurs-kinésithérapeutes,
1 sage-femme,
1 diététicienne,
2 orthophonistes,
1 pédicure-podologue,
1 psychologue,
1 ostéopathe.

Le médecin généraliste Pierre Merle, coordinateur de la maison de santé explique que son projet est parti du désir de travailler avec les autres professionnels de santé : « *nous avons eu le déclic en créant en 2003, avec un confrère, un centre médical dans le but de gérer les urgences. Ensemble, nous avons pris conscience de l'intérêt de travailler ensemble* ». Puis ce confrère est décédé et d'autres médecins ont pris leur retraite et l'envie de créer cette maison s'est imposée. Le Dr Merle a pu trouver du soutien auprès des collectivités pour le financement et de l'ARS et de l'URPS des médecins libéraux qui l'ont « *très utilement conseillé* ».

Ce projet a été perçu par le Dr Merle comme un nouveau départ, un nouveau dynamisme après des années d'exercice solitaire avec une charge très importante de travail. De plus, la maison de santé favorise l'arrivée de jeunes médecins attirés par l'exercice groupé, ce qui soulage le ou les médecins du territoire : « *L'exercice solitaire, nos jeunes confrères n'en veulent plus. C'est bien parce qu'existait notre projet de Maison de Santé que deux jeunes médecins, dont l'une n'est pas originaire de Lozère, ont choisi de s'installer ici. Pour moi-même ce fut un nouveau départ. Après 27 ans d'exercice, je me sentais au bord du burn out. Travailler en association, et tout particulièrement à travers un exercice pluriprofessionnel, m'a ressourcé ! Les plus jeunes nous sortent de l'isolement, apportent leurs*

connaissances très actuelles, tandis qu'en retour notre expérience nous conduit à savoir les conseiller. A plusieurs, on s'organise… et on peut même envisager de prendre parfois du repos ! ».

Le projet a rencontré des difficultés liées au montage juridique et à la lenteur administrative. Le dialogue avec les acteurs est indispensable pour mieux comprendre les besoins et les attentes de chacun : « *En phase de création, tout ne va évidemment pas de soi. Le montage juridique me laisse le souvenir d'une grande complexité. La lenteur des phases administratives est parfois décourageante. Il faut aussi se faire comprendre des élus locaux, qui méconnaissent le fonctionnement d'un cabinet médical et jugent parfois, à tort, nos demandes exorbitantes* ».

Malgré ces difficultés, la maison de santé a permis l'arrivée de jeunes médecins qui ont soulagé le Dr Merle et les patients sont rassurés par l'implantation d'une offre de soins de proximité durable sur leur territoire : « *Si j'avais un conseil à donner aux porteurs de projet, ce serait celui de rester attentif à leur qualité de vie familiale, donc à savoir se préserver. Mais pas question de regretter cette création ! Ses bienfaits se confirment de jour en jour et 90% de nos patients sont rassurés : il restera une présence médicale forte à Langogne* ».

Ainsi, cette maison de 337m² a mis cinq ans pour sortir de terre avec un coût total de 610 000 € dont 238 000€ proviennent de l'Etat, 150 000€ de la Région Languedoc-Roussillon, 122 000€ de la Communauté de Communes du Haut Allier et 100 000€ de l'Europe (FEADER) et les mairies ont également apporté leur soutien. Preuve du succès du projet, récemment, de nouveaux professionnels de santé ont adhéré au projet et la surface totale du bâtiment est passée à 710 m² pour un coût total de 1 380 000€ (hors taxes). Des possibilités de logement pour l'accueil de médecins remplaçants et stagiaires ont également été prévues, ces éléments sont nécessaires pour créer les conditions attractives et assurer une offre de soins durable en milieu rural.

8.4. Une enquête approfondie sur la maison de santé de Saint-Paul-de-Fenouillet (Pyrénées-Orientales)

Naissance du projet : 2006
Ouverture de la maison : septembre 2012
Professionnels de santé :
4 médecins généralistes,
4 cardiologues
1 gynécologue
1 gastro-entérologue
2 pédopsychiatres
2 dentistes,
7 infirmières,
1 diététicienne,
1 orthophoniste,
1 pédicure-podologue,
2 psychologues,
1 psychomotricienne
1 audioprothésiste.

Le Dr Vedrenne est médecin généraliste, Secrétaire Général adjoint de l'URPS des médecins libéraux du Languedoc-Roussillon, Président de la Fédération Régionale des Maisons et Pôles de Santé du Languedoc-Roussillon et coordinateur de la maison de santé de Saint-Paul-de-Fenouillet dans les Pyrénées-Orientales. Première maison de santé du département des Pyrénées-Orientales, cette structure accueille 18 professionnels de santé sur 525 m² et un appartement de fonction de 38 m² a été prévu pour les remplaçants ou stagiaires. Son expérience est très intéressante puisque le Dr Vedrenne a effectué un diagnostic de l'offre de soins et observant que le nombre de médecins sur son canton a été divisé par deux en 2006, il n'a pas attendu d'être surmené par la demande de soins et s'est très vite organisé avec l'ensemble de ses confrères pour maintenir une présence médicale et paramédicale suffisante sur ce territoire. Ses réponses à nos questions ont été précieuses puisqu'elles constituent des informations issues d'une expérience concrète et récente, que nous pouvons confronter aux propos mentionnés dans les différents ouvrages évoquant les processus de création des maisons de santé. Plus important encore, le recueil des perceptions de ce coordinateur, acteur majeur de l'offre de soins, permet une lecture critique de chaque phase de l'élaboration du projet en interaction avec de nombreux acteurs qui proposent de nouvelles perceptives et des conseils pour la réussite de la maison de santé.

8.4.1. La maison de santé : un projet des médecins pour anticiper la diminution de l'offre de soins

- *Le choix de la concertation*

L'exemple de la maison de Saint-Paul-de-Fenouillet est particulièrement intéressant à étudier puisqu'en 2006, le canton est passé de six médecins généralistes à seulement trois. De plus, les trois médecins qui ont cessé leur activité exerçaient tous dans la même commune, Saint-Paul-de-Fenouillet, le chef-lieu du canton qui compte environ 1300 habitants. Etant donné que le nombre d'habitants est relativement stable sur ce territoire, le Dr Christian Vedrenne a décidé de rencontrer son confrère qui exerce depuis des années dans la même commune que lui et qui pourtant, tous deux avaient tendance à s'éviter. Face à ce constat, le Dr Vedrenne a effectué des consultations dans un cabinet secondaire avec le second médecin de Maury, mais cette solution n'a pas suffi et très vite l'idée de créer une maison de santé s'est imposée. Il a fallu le soutien de nombreux acteurs, pouvoirs publics et autres professionnels de santé, ce qui demande du temps puisque le projet a mis six ans pour sortir de terre : « *La maison de santé a reçu le soutien immédiat des différentes autorités, tandis que les autres professionnels de santé - pharmacien, masseurs-kinésithérapeutes, infirmières et dentiste notamment - prenaient bien conscience que sans présence médicale, le système de santé allait dysfonctionner. De là à accepter le regroupement, il a fallu du temps et de l'organisation. Nous étions en situation de précurseurs* ». L'objectif était d'anticiper les grandes difficultés d'accès aux soins que la population allait rencontrer. Certains médecins sentaient qu'ils approchaient de la retraite et qu'ils allaient avoir des difficultés pour trouver des successeurs et seraient obligés de continuer à travailler durant de nombreuses années. Les médecins les plus jeunes, comme le Dr Vedrenne[73], craignaient de se retrouver seuls sur ce canton rural. Ils ont alors décidé de se concerter pour anticiper l'avenir. Ainsi, l'expérience du Dr Vedrenne confirme l'idée qu'une maison de santé ne peut être qu'à l'initiative des professionnels de santé libéraux : leur adhésion et leur mobilisation, soutenues par les collectivités territoriales, permet la réussite du projet, en évitant l'échec d'une « coquille vide ».

- *Des réticences vite levées chez les médecins*

Le Dr Vedrenne explique que, malgré certaines réticences de la part des médecins les plus âgés, tous ont adhéré au projet : « *Au début, les relations avec mes confrères, qui sont plus âgés que moi, ont été assez délicates car ils ont une pratique très individualiste et exercent seuls depuis plus de 30 ans. Il a été difficile de les convaincre mais mon argumentation portant sur leur départ à la retraite avec la possibilité de céder leur clientèle à un autre médecin les a motivés. Nous nous sommes réunis également grâce à la volonté du maire de Saint-Paul qui a senti qu'il fallait agir concernant l'offre de soins dans son village* ».

[73] Le Dr Vedrenne a 53 ans.

- *Des paramédicaux très motivés*

De même, les paramédicaux ont été très vite intégrés au projet : « *Les paramédicaux sont arrivés de suite dans la négociation car je ne tenais absolument pas à les laisser de côté, je ne voulais absolument pas qu'ils croient qu'il s'agissait d'une seule volonté médicale de se concerter* ». Ainsi, le projet a permis de réunir l'ensemble des professionnels de santé de Saint-Paul (dentistes, infirmiers, kinés) mais aussi la pharmacienne de Caudiès-de-Fenouillèdes[74] et les quatre infirmières et le pharmacien de Maury[75]. Mais le Dr Vedrenne précise qu'il y a eu beaucoup de réticence de la part des infirmiers libéraux pour exercer en maison de santé. Leurs motifs rejoignent ceux évoqués par E. Hubert (2010) : étant donné que les infirmiers libéraux effectuent de nombreux actes au domicile des patients (patients âgés, pathologies chroniques) et qu'ils ont une meilleure valorisation des visites par rapport aux consultations en cabinet, ils ne souhaitent donc pas assumer les coûts de fonctionnement d'une structure de groupe. De plus, habitués à un exercice individuel, les infirmiers craignent un lien de subordination avec les médecins.

- *Au-delà des clivages politiques, l'ensemble des acteurs publics ont soutenu le projet*

Les pouvoirs publics ont constitué une condition importante de la réussite du projet qu'il s'agisse de l'attribution de subventions ou d'un terrain ou encore d'aider la population isolée géographiquement à obtenir des soins de premier recours : « *Les collectivités ont été d'un appui précieux. La mairie nous a cédé le terrain. La Communauté de communes, le Conseil Général et le Conseil Régional, la Préfecture aussi, nous ont appuyé et accordé des subventions, ce qui nous a permis d'aider au financement d'une structure capable de mutualiser des services comme le* secrétariat ». Le Dr Vedrenne précise qu'il a obtenu un soutien constant quel que soit le bord politique de l'élu : « *Nous avons été soutenus par le président de la communauté de communes, le président du Conseil Général (à l'époque Christian Bourquin du parti socialiste) et par la députée des Fenouillèdes qui est politiquement à droite. Je dois les remercier, et notamment Georges Frêche qui a beaucoup participé à l'élaboration de la maison de santé : tous sont allés dans le même sens et nous n'avons pas eu de difficultés politiques comme nous le voyons actuellement dans d'autres projets* ».

Concernant les financements de la construction de la maison de santé qui s'élèvent à un million d'euros TTC, le projet a reçu une aide équivalente (15%) de la part de l'Etat, de l'Europe, de la Région et du département. La communauté de communes a effectué l'emprunt et a participé à hauteur de 20% au projet. Le financement de l'ARS concerne le fonctionnement de la maison de santé et non sa structure, il s'agit de l'acquisition de matériels médicaux, de la formation à l'éducation thérapeutique, de la création d'une salle d'urgence ayant du matériel très

[74] La commune de Caudiès-de-Fenouillèdes se situe à 12 minutes et 11 kilomètres de la commune de Saint-Paul-de-Fenouillet.

[75] La commune de Maury se situe à 9 minutes et 8 kilomètres de la commune de Saint-Paul-de-Fenouillet.

compétitif mais aussi pour du montage juridique auprès d'un cabinet d'experts-comptables. Au début du projet, l'ARS devait verser 100 000 euros d'aides aux maisons de santé pour leur fonctionnement mais en 2010 l'Etat a brutalement diminué de moitié cette somme et les coordinateurs ont dû faire preuve d'ingéniosité pour pallier ce manque.

Enfin concernant la Mairie, le Dr Vedrenne considère que son aide a été très précieuse : « *La commune a fait quelque chose d'extraordinaire dont on ne parle pas souvent : c'est donner un terrain pour un euro symbolique. Ce terrain est très bien placé car il est face à un foyer rural qui a un parking de 50 places minimum et car il est à côté de l'école et de la PMI*[76]*, donc on ne peut pas être mieux placé* ».

Ainsi, l'ensemble des pouvoirs publics ont soutenu avec force ce projet sans imposer de contraintes, qu'il s'agissse du lieu d'implantation de la maison de santé, des modes de gestion ou des choix architecturaux qui ont été faits par le coordinateur avec l'aide d'un architecte. De plus, le conseil de l'Ordre des Médecins des Pyrénées-Orientales a accepté que les médecins généralistes conservent leur cabinet qui devient secondaire, tout en effectuant une activité principale au sein de la maison de santé. Les médecins ont fait ce choix pour ne pas abandonner les personnes âgées du village dans lequel ils ont exercé durant des dizaines d'années : « *il est quand même logique que l'on n'abandonne pas des patients qui nous ont fait vivre pendant plus de vingt ans, en leur disant que maintenant il faut se faire soigner à Saint-Paul. On a donc chacun des cabinets respectifs à Maury et à Caudiès, j'y passe deux heures chaque jour* ».

8.4.2. Le rôle majeur du coordinateur

- *Une infirmière coordinatrice salariée serait l'idéal*

Bien que le Dr Vedrenne soit médecin généraliste, ce n'est pas pour cette raison qu'il est le coordinateur mais parce qu'il a été sollicité dès la phase de démarrage du projet : « *Il y a eu un consensus mais ce n'est pas parce que je suis médecin généraliste mais parce que personne n'a souhaité le faire : on m'a donc confié le rôle de leader, de porteur du projet. Cela s'est fait naturellement puisque j'avais demandé à chaque professionnel de santé de rédiger son projet de santé* ».

Pour le Dr Vedrenne, le coordinateur d'une maison de santé qui est en projet n'a pas du tout le même rôle que le coordinateur d'une maison de santé en fonctionnement : « *Lorsque la maison de santé est en projet, le coordinateur doit rencontrer les autres professionnels de santé pour les motiver, les encourager, leur permettre d'avancer dans leurs projets, il doit aussi rencontrer les politiques et les financeurs : c'est tout le travail de la coordination de soins. Mais lorsque la maison de santé de Saint-*

[76] Protection Maternelle et Infantile

Paul a ouvert, les professionnels de santé ont souhaité que je sois le gérant mais nous avons changé de coordinateur de soins et nous avons choisi une psychologue. Son rôle est différent de celui que j'effectuais lors de la création du projet ». Il précise que le seul problème est que cette activité de coordination n'est pas rémunérée et qu'il s'agit actuellement de bénévolat. L'idéal, pour les membres de la maison de santé de Saint-Paul serait que la mission de coordination soit assurée par une infirmière salariée : « *Mais mon désir, qui est partagé par l'ensemble des membres de la maison de santé (à part peut-être les infirmiers libéraux) est que nous ayons une infirmière salariée. Je sais que dans certaines structures, un administratif assure la coordination des soins mais l'aspect médical est important puisque le coordinateur des soins effectue des activités de prévention et d'éducation thérapeutique : des compétences médicales sont alors nécessaires. Pour moi, l'infirmière salariée représente le meilleur modèle pour la coordination des soins et pour la concertation pluriprofessionnelle. Je crois que pour réunir des professionnels de santé entre eux pour parler d'un patient, d'une pathologie ou pour faire une formation, il faut que cette personne soit dans le domaine médical* ». Cette information est importante à prendre en compte pour certains coordinateurs de projets libéraux qui se sentent épuisés par leur fonction de coordinateur et qui souhaitent augmenter le temps médical dédié à leurs patients. Notons que les réticences des infirmiers libéraux pour qu'un infirmier salarié exerce le rôle de coordinateur des soins proviennent de la peur que le salarié effectue des actes réalisés auparavant par les libéraux.

Le Dr Vedrenne ajoute également que la connaissance médicale du coordinateur permet d'améliorer la qualité de l'offre de soins pour les patients : *Un autre élément que je n'avais pas prévu au départ, est qu'une coordinatrice des soins peut être intégrée pour améliorer le dossier médical partagé des patients et faire en sorte qu'il soit le plus complet possible pour obtenir une offre de soins supérieure. Par exemple, des compétences médicales sont nécessaires pour avoir une meilleure classification des pathologies du patient ce qui permet d'améliorer les recherches que l'on peut faire sur les dossiers médicaux. Les MSP sont un terrain privilégié pour faire des études statistiques* ».

A cet égard, le souhait du Dr Vedrenne correspond aux objectifs de l'association ASALEE (Action de Santé Libérale En Equipe) qui met à disposition des cabinets de médecins libéraux ou des maisons de santé, une infirmière de santé publique ayant des missions de prévention et d'éducation thérapeutique. Créée en 2004 dans les Deux-Sèvres, l'association rassemble 25 infirmières essentiellement salariées qui travaillent auprès de 120 médecins[77]. Tout comme le souhaiterait le Dr Vedrenne, ces infirmières assurent le suivi des dossiers informatisés des patients (mise à jour, rappel d'examens, etc.) et des consultations d'éducation thérapeutique (individuelles ou collectives), pour le diabète ou l'hypertension artérielle. Le suivi du patient est donc amélioré, les médecins assurent un rôle majeur dans la coordination et gagnent du temps médical.

[77] Site internet Infirmiers.com consulté le 16 juin 2013 : http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/cooperations-interprofessionnelles/protocole-action-de-sante-liberale-en-equipe-est-parti.html

- *Un « noyau dur » pour la coordination du projet entre un représentant des professionnels de santé et un représentant des collectivités territoriales*

Selon l'expression de P. De Hass (2010), un « *noyau dur* » s'est mis en place pour assurer le bon fonctionnement de la création de la maison de santé : le Dr Vedrenne, qui portait le projet de santé des professionnels s'entretenait fréquemment avec le Président de la communauté de communes concernant les aspects financiers du projet et ceux liés à la construction du bâtiment. Cette entente a permis de surmonter des difficultés techniques liées au montage financier et de faire avancer le projet pour qu'il aboutisse. Tous deux ont utilisés tous les arguments possibles pour convaincre les professionnels de santé d'adhérer au projet, « *ce qui n'a pas été évident, surtout lorsque nous avons commencé à parler de loyers, de financements, de charges : dès qu'il s'agit d'argent, les conflits arrivent* ».

- *Le rôle de coordinateur : beaucoup de temps et de multiples compétences*

Le rôle de coordinateur prend beaucoup de temps et le Dr Vedrenne a consacré toutes ses vacances et tous ses weekends à la rédaction du projet de santé. Il a également assisté à de nombreuses réunions. Le rôle de coordinateur n'est pas rémunéré puisqu'il ne s'agit pas de temps médical passé auprès des patients, il a simplement perçu des aides financières de l'ARS lorsqu'il participait à des réunions d'organisation du projet avec des acteurs extérieurs à la maison de santé (une centaine d'euros). Le projet est de plus en plus chronophage au fur et à mesure de son développement, notamment concernant les éléments administratifs et le montage de la société. Au fil du temps, le coordinateur de soins devient incontournable.

Lorsque le projet a débuté en 2006, il y avait seulement deux maisons de santé ouvertes en Languedoc-Roussillon, contre une trentaine actuellement. En cinq ans de nombreux guides méthodologiques et de conseils ont été rédigés pour faciliter l'élaboration des maisons de santé, ils apportent une aide précieuse aux coordinateurs. Par exemple, l'URPS des médecins libéraux dispose d'une juriste à temps plein qui aide les promoteurs des projets de regroupements à assurer le montage juridique de la structure.

Le Dr Vedrenne précise que pour assurer sa mission de coordinateur, il n'a pas eu le temps de se former. Il s'est appuyé sur le peu de textes existants à cette époque et les compétences juridiques et financières ont été apportées par le cabinet d'experts-comptables : « *J'ai été novice, j'ai appris au fur et à mesure. Rétrospectivement, en connaissant mieux les choses, je pense que ça s'est passé correctement* ». Ainsi le découragement ressenti à certains moments de la conception du projet ne venait pas de la quantité de travail mais des personnes : « *On peut être à bout de souffle lorsque l'on voit l'inertie de certains. Il y a des gens qui ne réfléchissent pas du tout et qui ne voient pas l'intérêt de pouvoir s'allier à un projet pour les faire avancer* ».

Ainsi, l'expérience du Dr Vedrenne rejoint les propos de P. De Hass (2010) et montre que le rôle de coordinateur est essentiel pour la création d'un tel projet : il organise chaque phase de l'élaboration et il encourage chacun des membres de la structure. De même, le coordinateur qui est le plus souvent un médecin généraliste, consacre beaucoup de temps et d'énergie au projet. Mais deux éléments nouveaux, particulièrement intéressants apparaissent dans l'entretien : tout d'abord le rôle de coordinateur n'est pas du tout le même s'il s'agit d'une maison de santé en cours d'élaboration ou en fonctionnement. Dans le premier cas, tout professionnel de santé peut exercer ces fonctions, mais à l'ouverture de la structure, l'idéal est qu'un infirmier salarié assure la coordination d'une maison de santé car il aurait les compétences médicales nécessaires pour effectuer des activités de prévention et d'éducation thérapeutique.

8.4.3. Ne jamais oublier un acteur lors de la création du projet de santé et du projet professionnel

- *La participation de tous les professionnels de santé d'un territoire*

Qu'il s'agisse du projet de santé ou du projet professionnel, les propos du Dr Vedrenne nous apportent, une nouvelle fois, un élément fort intéressant pour la réussite du projet d'autant qu'il est peu mentionné dans la littérature. En effet, selon lui, il est extrêmement important afin d'anticiper tout conflit : « *d'intégrer tout le monde dans le projet et de ne laisser personne sur le bord de la route* ». Personne ne doit se sentir exclu, il ne faut pas imposer le projet : « *même si ça parait farfelu, il faut laisser s'exprimer les gens, il ne faut pas qu'il y ait de hiérarchisation : les médecins ne sont pas au-dessus des infirmières et des kinés, l'exercice pluriprofessionnel est transversal, il faut que tout le monde soit au même niveau* ». Certains professionnels de santé ne pouvant être dans les murs de la maison de santé doivent également être intégrés au projet. Par exemple, il est interdit aux pharmacies d'être à l'intérieur des maisons de santé étant donné qu'elles ont des bénéfices commerciaux. Les masseurs-kinésithérapeutes venaient d'acquérir des locaux neufs d'une grande superficie et ils imposaient comme condition à leur venue, la création d'un étage à la maison de santé et donc d'un ascenseur, ce qui n'est pas possible financièrement. Mais ces acteurs sont « *cooptés* », c'est-à-dire qu'ils font partie de la charte de la maison de santé. La charte est un document très court, qui est signé dès le début du projet : la signature du professionnel de santé permet de reconnaître qu'il a été informé de ce projet et l'engage à participer aux formations et actions de la maison de santé. Le Dr Vedrenne a donc souhaité que l'ensemble des professionnels de santé soient intégrés au projet et tous les acteurs ont accepté. Il a même veillé à intégrer les acteurs du secteur médico-social tels que les services d'aide à domicile et les soins infirmiers à domicile : « *s'il y avait eu une assistante sociale, nous l'aurions également cooptée* ». La future maison de retraite de Saint-Paul-de-Fenouillet sera également intégrée à cette dynamique. Chaque mail d'information concernant le projet est envoyé aux membres de la maison de santé et aux

professionnels « *cooptés* » sur le territoire des Fenouillèdes : « *ils peuvent ainsi constater qu'il n'y a pas de secret et que rien n'est fait à leur insu* ». Ainsi, les quatre infirmières exerçant dans le village de Maury peuvent venir faire de l'éducation thérapeutique dans la maison de santé, tout comme les deux pharmaciens des villages limitrophes (Ces acteurs « *cooptés* » ne font pas partie de la Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA), voir partie 8.4.6. *Le fonctionnement juridique et financier*, page 320). De même, Dr Vedrenne a tenu absolument à ce que chaque membre de la maison de santé rédige son projet de santé pour éviter les conflits liés à la fonction de chacun. Il s'est ensuite chargé de rédiger un projet commun pour le remettre aux financeurs. Il a également tenu à ce que trois collèges soient créés au sein de la maison de santé pour les médecins, les dentistes et les infirmiers et chacun de ces collèges a le même pouvoir. Ceci afin d'éviter que le pouvoir des professionnels de santé soit proportionnel au montant de leurs charges (en ce sens, les médecins auraient eu un pouvoir supérieur aux autres professionnels de santé) .

Le projet de santé vise l'amélioration de l'offre de soins : « *les patients doivent être mieux soignés, mieux coordonnés et avoir le maximum de chance de bénéficier du bon traitement* », chaque acteur est libre d'y intégrer les sujets qui lui tiennent à cœur mais certains éléments tels que des projets pour l'éducation thérapeutique sont demandés par l'ARS. Le projet de santé doit également permettre de réduire le temps d'attente en cabinet ou encore qu'il y ait un médecin disponible pour effectuer une visite chez un patient qui habite à plus de 20 kilomètres. De même, la coordination de soins et la prévention (vaccination, dépistage des cancers, etc.) constituent des sujets importants qui sont détaillés dans le projet de santé.

- *Le règlement intérieur : un document essentiel qui formalise l'engagement de chacun à la structure*

Peu abordé dans la littérature, le règlement intérieur est pourtant, selon le Dr Vedrenne, un document essentiel pour la cohésion des membres de la maison de santé qui le rédige et le signe. En effet, ayant exercé durant 23 ans seul, le Dr Vedrenne a souhaité une cohésion forte de l'équipe autour du soin, de la formation, dans la relation et dans les différentes activités médicales et paramédicales. Il a souhaité intégrer ces éléments dans le règlement intérieur de maison de santé : « *Le règlement intérieur est quelque chose de très important, c'est la base du fonctionnement d'une maison de santé et j'ai souhaité que ce règlement intérieur permette de vivre bien ensemble et sans avoir trop de contraintes* ». Selon lui, ce règlement est un document très complet qui est rédigé lorsque la maison de santé est prête à fonctionner : chaque point doit y être détaillé (les emplois du temps, l'organisation des congés, la clé de répartition des charges, les horaires d'ouverture, l'entrée ou le départ d'un professionnel de santé pour cause de maladie, d'invalidité ou de décès, etc.). Le projet professionnel contient également des informations liées au fonctionnement (horaires d'ouverture du secrétariat) mais il est destiné aux financeurs tandis que le règlement intérieur ne concerne et n'engage que les membres exerçant dans la maison de santé.

8.4.4. Une coopération interprofessionnelle mais pas de délégation de tâches

- *Des médecins et des professionnels de santé peu favorables à la délégation de tâches*

Le Dr Vedrenne est favorable à la coopération interprofessionnelle mais pas à la délégation de tâches : « *Je crois qu'il ne faut pas tout déléguer car on risque de ne plus rien avoir. Nous avons une profession qui est riche, avec beaucoup de choses à faire et beaucoup de responsabilité mais il faut arrêter de vouloir tout donner aux autres* ». Il précise que bien que la coopération interprofessionnelle soit très intéressante en maison de santé, certains médecins et paramédicaux sont réticents. Cet élément est fort instructif puisque nous avons vu (partie 8.1.2 page 270), que dans de nombreux pays occidentaux, les infirmiers constituent le principal point d'entrée dans le système de soins et assurent le suivi du patient : activités de conseils, d'accompagnement, d'éducation thérapeutique, d'analyse des examens de contrôle et de réajustement de la thérapeutique (Anger, Gimbert *et al.*, 2011). En France, une telle organisation ne semble pas souhaitée par les acteurs. Par exemple, lorsqu'un médecin propose à un infirmier de prendre la tension à un patient et de l'interroger pour préparer une consultation, les infirmiers libéraux ne sont pas du tout d'accord. Le Dr Vedrenne cite deux exemples : les infirmières ont la possibilité de faire des ordonnances pour les pansements et pourtant elles ne le font pas pour plusieurs raisons, notamment par habitude et parce qu'elles ne se sentent pas : elles préfèrent que le médecin prenne cette responsabilité. De même, les sages-femmes peuvent prescrire des moyens contraceptifs mais elles ne le font pas. Dans leur fonctionnement, les professionnels de santé de la maison de Saint-Paul n'ont pas eu besoin de déléguer des tâches.

- *La coopération : un fort clivage entre la jeune et l'ancienne génération de médecins*

Le témoignage du Dr Vedrenne souligne un point particulièrement intéressant et qui est peu abordé dans la littérature, il s'agit du clivage entre la jeune et l'ancienne génération de médecins. Lorsqu'un médecin a exercé seul son métier pendant vingt ou trente ans, la coopération interprofessionnelle se fait progressivement, il n'est donc pas facile de commencer un dialogue pour partager des informations, des impressions, des expériences de soins sur les patients. Il est donc plus facile de travailler avec la jeune génération. Contrairement aux médecins proches de la retraite, les plus jeunes médecins sont très intéressés par l'éducation thérapeutique et les projets en groupe. Le Dr Vedrenne attend donc avec impatience l'arrivée de jeunes médecins : « *J'espère que dans l'avenir on pourra avoir des jeunes qui veulent un exercice coordonné, qui veulent exercer dans une maison de santé, qui veulent avoir un dialogue avec les autres professionnels, qui veulent être sécurisés par les séniors : je les attends !* ». Il observe le même clivage chez les paramédicaux, notamment les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes qui ont davantage de relations avec les jeunes qu'avec les plus âgés dans le cadre d'un partenariat ou d'un exercice pluriprofessionnel.

Dans son ouvrage, P. De Hass (2010) évoque les peurs et les appréhensions que peut générer le travail en équipe : certains professionnels de santé craignent de perdre leur autonomie dans l'organisation de leur travail, d'avoir des conflits avec les autres professionnels (divergences dans les conceptions du travail, etc.) et d'être jugés par leurs pairs ou que leur travail soit remis en cause. Le Dr Vedrenne partage tout à fait ce constat, notamment en ce qui concerne les médecins les plus âgés qui sont très individualistes : « *ces médecins n'acceptent pas que l'on sache ce qu'ils prescrivent parce que si jamais il devait y avoir une discussion sur la prescription, ils ne le supporteraient pas. Ils sont maîtres de leur prescription, entendent le rester et ne tolèreraient en aucun cas, d'avoir des commentaires* ». Il y a donc une forte différence de perceptions et de comportements entre les médecins de la jeune génération et ceux d'une génération plus âgée : « *Les médecins de la génération qui suit sont prêts à revoir leurs prescriptions, les montrer à tout le monde, dire ce qu'ils ont fait pour tel patient ou telle pathologie sans que cela pose de problèmes particuliers et sans avoir l'impression d'être jugé. Donc c'est encore un problème de génération* ». Ainsi, le Dr Vedrenne nous éclaire sur un élément important de cette nouvelle organisation de l'offre de soins que représente le regroupement en maisons de santé : la plupart des médecins de plus de 60 ans n'ont pas un état d'esprit propice au travail coopératif. « *Ils ne veulent surtout pas dévoiler ce qu'ils font de peur d'être jugé et éventuellement critiqué. C'est un frein énorme à tout le travail d'une MSP puisqu'il repose sur le partage de l'information médicale* ». Qu'il s'agisse des professionnels médicaux ou paramédicaux, selon le Dr Vedrenne, ces craintes sont davantage intraprofessionnelles qui interprofessionnelles.

- *La salle de réunion : le cœur de la maison de santé*

La salle de réunion est le lieu des séances d'éducation thérapeutique, de la prévention, des réunions médicales : « *C'est le cœur de la maison de santé, c'est là où ça bat. Il faut donc que ça soit convivial, il faut qu'il y ait un frigo avec le champagne au frais au cas où, il faut qu'il y ait une cafetière. On l'utilise pour les réunions et pour passer un bon moment. C'est un lieu très important, c'est un lieu de rencontre* ». P. De Hass (2010) évoquait également l'importance des lieux de rencontre au sein de la maison de santé comme la salle de repos afin de renforcer l'esprit d'équipe en dialoguant régulièrement avec le coordinateur de la structure.

Les membres de la maison de santé ne se sont réunis qu'une fois depuis septembre 2012, or le Dr Vedrenne aimerait organiser une réunion par mois mais les professionnels de santé manquent de temps et se concentrent sur la mise en place de l'éducation thérapeutique. Il est également difficile de réunir les 18 membres de la maison de santé, sans compter l'ensemble des professionnels extérieurs exerçant dans les Fenouillèdes. Pourtant, comme l'indique le Dr Vedrenne, ces réunions permettraient aux soignants de discuter de la pathologie d'un patient ou bien de se coordonner autour d'un patient dont le cas est compliqué et qui nécessite une prise en charge commune.

8.4.5. Le développement de nouveaux services qui améliorent l'accès et la qualité des soins

- *Des patients fascinés par l'arrivée de huit médecins spécialistes dans leur canton rural*

L'ouverture d'une maison de santé offre de nouveaux services à la population. Le service qui a le plus impressionné la population du canton concerne les consultations avancées des médecins spécialistes : « *Les gens n'auraient jamais pu imaginer avoir un cardiologue sur Saint-Paul et nous en avons quatre, c'est quand même extraordinaire !* ». Le Dr Vedrenne et son confrère ont proposé à leur cardiologue référent d'effectuer des consultations dans la maison de santé et tous deux ont accepté. Par ailleurs, deux autres cardiologues se sont proposés spontanément. Ces quatre cardiologues effectuent en moyenne une demi-journée de consultations par semaine. Il y a également une gynécologue qui vient une fois par mois mais elle est très sollicitée et le Dr Vedrenne souhaiterait qu'elle intervienne chaque semaine car sans cela certaines patientes ne seraient pas suivies : « *Le fait qu'il y ait un gynécologue sur place n'est pas un choix anodin car les patientes ne font pas la démarche d'aller sur Perpignan pour faire un frotti, c'est important en termes de santé publique et de prévention. C'est la même chose pour les cardiologues, il y a des gens qui ne font pas le déplacement à Perpignan mais là ils viennent à la maison de santé. Nous avons aussi des audioprothésistes, c'est la même chose : il y a des gens qui ne se feraient pas appareiller car ils ne veulent pas aller trois fois à Perpignan et faire 80 kilomètres pour essayer l'appareil, d'autant que ce sont souvent des personnes âgées sans moyen de locomotion* ». L'audioprothésiste est présent une demi-journée par semaine dans les locaux. Un gastro-entérologue exercera également une demi-journée par mois. Chaque semaine deux pédopsychiatres viennent de l'hôpital de Thuir pour effectuer des consultations sur une demi-journée. Une convention a été établie entre la maison de santé libérale et l'établissement public. Le Conseil Général assure le paiement du loyer lié à la location des deux cabinets médicaux. Cette coopération est réussie selon le Dr Vedrenne.

Ces consultations avancées permettent de diminuer les coûts de transport notamment pour les patients en ALD qui doivent effectuer 80 kilomètres en Véhicule Sanitaire Léger (VSL) ou en taxi pour un suivi en cardiologie ou pour une autre maladie chronique.

Lorsque l'on interroge le Dr Vedrenne sur ce qui motive ces huit médecins spécialistes à venir exercer dans la maison de santé, il répond sans détour : « *La nouveauté. Ils ont envie de tenter l'expérience. Le cardiologue et sa femme, qui est gynécologue viennent travailler à la maison de santé le mercredi car c'est leur jour de congés, ils viennent pour le plaisir. La motivation n'est pas du tout financière, ils perdent plus d'argent qu'ils n'en gagnent puisque leur temps de trajet n'est pas rémunéré. Il serait bien que l'ARS prévoit un forfait kilométrique pour indemniser le trajet en comptant par exemple une visite pour le premier patient* ».

- *Un service de téléexpertise en échographies abdominales*

Le Dr Vedrenne a également développé un service particulièrement innovant : il s'agit de réaliser des échographies abdominales pour les patients âgés et de transmettre les clichés aux radiologues de la Clinique Saint-Pierre à Perpignan. Cette activité est un service précieux pour la population car il participe à l'amélioration de la qualité (diagnostic plus performant) et de la sécurité des soins (rapidité de l'expertise) en évitant aux patients de parcourir de longues distances vers des cabinets de radiologie exerçant essentiellement en milieu urbain. Elle permet ainsi une diminution des coûts pour l'Assurance Maladie en évitant le transport des patients et une prise en charge aux urgences. Cette activité de téléexpertise dans les Fenouillèdes est présentée dans le Chapitre 9 consacré à la télémédecine en partie 0, page 352.

- *Un bus pour faciliter l'accès aux soins*

Le Conseil Général a permis le développement d'un service à la population particulièrement intéressant puisqu'il permet aux patients résidant dans des petits villages de se rendre en navette à Saint-Paul-de-Fenouillet. Ce bus permet, notamment aux personnes âgées, isolées, n'ayant pas de moyen de locomotion, de faire leurs courses au supermarché mais aussi de se rendre à la maison de santé qui concentre un ensemble de soins médicaux et paramédicaux. Le Dr Vedrenne se réjouit de la pérennisation de cette action qui concerne de nombreux petits villages puisque l'habitat rural est dispersé : « *cette action est intéressante pour le développement durable : nous gagnons du temps médical et nous faisons économiser du gazole* ». En effet, les médecins peuvent effectuer davantage de consultations s'ils évitent des visites médicales au domicile des patients résidant dans des villages éloignés. La population apprécie beaucoup ce service, il est donc du ressort des pouvoirs publics de développer l'accès aux services pour la population en vue d'un aménagement plus équitable des territoires.

- *Le dossier patient partagé : un outil précieux*

La création de la maison de santé a également permis la mise en place d'un dossier patient partagé. Le Dr Vedrenne partage l'avis de nombreux auteurs tels que D. Dépinoy (2011) et pense que cet outil améliore la qualité des soins. Selon lui, il est essentiel que tous les médecins aient le même niveau en informatique et qu'ils remplissent le dossier informatique du patient. Il y a là également un problème de génération : « *une scission entre les médecins de ma génération et ceux qui sont plus âgés car certains médecins ne remplissent pas les antécédents, certains ne rédigent pas les ordonnances, donc nous avons des dossiers médicaux qui ne sont pas encore parfaitement bien remplis* ». Etant donné, que les informations de santé des patients n'ont pas le droit d'être partagées sans le consentement des patients, le Dr Vedrenne demande à ses patients de signer un papier spécifique. Notons que ce dossier patient informatique est partagé entre les médecins, l'ensemble des

paramédicaux et le secrétariat médical qui est tenu au secret professionnel. Les patients ne sont pas opposés à ce dossier puisque sur 1 000 patients, un seul a refusé de signer le papier de consentement : « *A la campagne, les médecins traitants sont considérés comme des gens fiables, sur lesquels on peut compter. Il n'y a pas de suspicion à notre égard concernant la diffusion de cette information ou sa vente à un laboratoire pharmaceutique* ».

- *Une forte volonté d'accueillir des étudiants*

La maison de santé dispose d'un studio meublé confortable pour accueillir des étudiants issus des filières médicales et paramédicales : les internes de médecine générale, les étudiants infirmiers mais aussi les remplaçants des médecins, etc. La maison de santé n'a pas encore pu accueillir d'étudiants car aucun médecin n'avait la qualification de « *maître de stage* » mais depuis peu le Dr Vedrenne a effectué la formation nécessaire et il s'organise avec les autres maisons de santé du secteur pour se répartir les étudiants qui souhaitent effectuer leur externat durant l'été.

- *D'autres services qui se développent progressivement*

La mise en place de nouvelles activités, grâce à une offre de soins groupée, dépend des priorités des professionnels de santé. Par exemple, les protocoles de soins, bien qu'abondamment évoqués dans la littérature, ne sont pas encore développés dans la nouvelle structure. En revanche, le Dr Vedrenne précise que la priorité est de bien vivre ensemble, de gérer les répartitions financières et la Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA). Progressivement de nouveaux services vont se développer, tels que les protocoles de soins pour les AVC et pour les maladies d'Alzheimer mais il est difficile de demander aux professionnels de santé qui assurent l'éducation thérapeutique de s'occuper également de ces protocoles. Une solution serait de rémunérer une autre personne pour cette fonction comme par exemple un coordinateur salarié pour lancer ces projets. La maison de santé doit également développer l'organisation de formations professionnelles continues puisqu'elles disposent des conditions matérielles (salles de réunion) et humaines (nombreux professionnels de santé) nécessaires. La maison de Saint-Paul a organisé une formation pour un projet d'éducation thérapeutique mutualisé avec plusieurs maisons de santé et une formation pluriprofessionnelle concernant les plaies chroniques. Ces formations ont eu beaucoup de succès auprès des professionnels de santé.

Il est également important de préciser que tous les médecins généralistes du secteur sont des « *Médecins Correspondants SAMU* » (MCS), c'est-à-dire qu'ils ont obtenu une formation leur permettant d'avoir les compétences nécessaires à la gestion de situations d'urgence, en attendant l'arrivée du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR). Cette activité valorise la maison de santé puisque les médecins peuvent placer leurs patients dans la salle dédiée aux soins d'urgence en attendant le SAMU. Le Dr Vedrenne souhaite développer ce service unique en

France en donnant les clés de la maison de santé aux confrères qui sont de garde le weekend afin de l'utiliser auprès des patients en situation d'urgence.

8.4.6. Le fonctionnement juridique et financier

- *Une SISA pour percevoir des fonds publics pour la coordination des soins*

Les membres de la maison de santé ont choisi pour structure juridique, une Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA), car c'est la seule qui permet de recevoir des financements publics. Or, de Nouveaux Modes de Rémunération (NMR) sont mis en place par l'Assurance Maladie auprès de 150 maisons de santé pilotes en France et concernent la rémunération de la coordination des soins. Ces NMR doivent être reconduits à la fin de l'année 2013 à l'issue de négociations conventionnelles. Le Dr Vedrenne précise qu'il s'agit d'un forfait de coordination qui permet d'embaucher ou de mutualiser un coordinateur de soins dans une maison de santé qui assurerait des missions de prévention. Ce forfait apporterait aussi une rémunération par patient pour l'éducation thérapeutique : cette enveloppe serait d'environ 300 euros par patient pour deux séances d'éducation thérapeutique à répartir entre chaque professionnel intervenant auprès du patient.

- *Des charges élevées pour un exercice groupé*

Concernant les charges liées au fonctionnement de la maison de santé, l'analyse du Dr Vedrenne rejoint celle de P. De Hass (2010) : « *en se mutualisant on a l'impression que les charges seront plus faibles pour chaque professionnel de santé, or ce n'est pas le cas* ». Le Dr Vedrenne précise que bien souvent, ce sont les femmes des médecins qui assurent le secrétariat en étant pas ou peu rémunérées, ce qui coûte beaucoup moins cher. Les charges liées à l'emploi d'une secrétaire sont très importantes, « *elles plombent le système car le loyer nu avec les charges restent acceptables* ».

Ces charges peuvent constituer un frein important pour les infirmiers libéraux qui paient habituellement un loyer d'environ 300 euros par mois pour un petit local. En maison de santé, leur cabinet est spacieux (environ 50m²) avec une grande salle d'attente : le loyer mensuel est alors quatre fois plus cher. Pour chaque professionnel de santé, le loyer est calculé au prorata du nombre de mètres carrés utilisés (cette somme varie suivant le temps passé dans le cabinet, la présence d'une connexion Internet, etc.). Concernant les médecins, étant donné qu'ils ont souhaité garder leur cabinet secondaire, ils ont dû racheter l'ensemble du matériel médical et du mobilier, ce qui a représenté un frein pour certains médecins au début du projet. La mutualisation de l'achat de matériel médical, de fournitures, de gestion des déchets représente des économies intéressantes pour les professionnels de santé mais qui ne compensent pas les charges

liées au fonctionnement de la maison de santé. Par exemple, le Dr Vedrenne verse un loyer mensuel d'environ 1 100 euros qu'il ne payait pas lorsqu'il exerçait seul, dans son cabinet dont il était le propriétaire (hormis l'électricité, l'eau et le chauffage). Lors du premier paiement des charges chaque ligne budgétaire est fortement contestée indique le Dr Vedrenne, mais avec le temps ces questions ne posent plus de problèmes.

8.4.7. Créer une maison de santé, une expérience « fabuleuse »

Pour le Dr Vedrenne, l'un des principaux avantages de la création d'une maison de santé est qu'elle consolide le parcours de soins des patients, et cela grâce à la possibilité de rencontrer, en un même lieu, des professionnels médicaux et paramédicaux : « *Il leur est si facile de consulter les autres professionnels de santé que les patients n'en suivent que plus fidèlement nos recommandations. La maison de santé leur évite également de se rendre à Perpignan à plus de 40 km pour consulter des médecins spécialistes et des paramédicaux, car certains viennent consulter une fois par mois, voire davantage, dans notre Maison. Non seulement ces consultations sont utiles aux patients, mais elles s'inscrivent aussi dans une logique de développement durable* ».

Lorsque l'on interroge le Dr Vedrenne sur son ressenti concernant sa pratique de la médecine dans cette structure pluriprofessionnelle, il évoque immédiatement « *la perte de l'isolement et la satisfaction d'être entouré par les autres* » et il ajoute « *le fait de voir mon associée tous les soirs quand je termine ma consultation et de discuter de ce qui se passe ou de ce qu'elle a vu dans la journée, je trouve que c'est d'un grand confort. De même, l'infirmière qui passe devant mon bureau et qui en profite pour me montrer un dossier, c'est important* ». Le Dr Vedrenne précise que même si les activités liées au regroupement sont également très importantes, depuis l'ouverture de la maison de santé il se réjouit de ces petits moments. Il voit également un autre avantage à exercer dans cette structure : celui d'avoir plus de temps grâce aux tâches effectuées par le secrétariat (scanner tous les courriers, trier les patients suivant leur degré d'urgence pour la prise en charge). En revanche, « *l'inconvénient majeur est l'investissement financier et le paiement du loyer mais étant donné que les médecins sont en fin de carrière ils peuvent se permettre de se faire plaisir, d'autant plus que nous sommes dans des locaux de rêve quand même : nous ne sommes plus, comme avant dans des locaux de 10m²* ». Le Dr Vedrenne ajoute qu'actuellement il préférerait exercer uniquement en maison de santé mais il garde son cabinet secondaire pour faciliter l'accès aux soins de sa patientèle âgée.

Concernant les retours d'expérience des patients, le Dr Vedrenne souhaite attendre une année avant de réaliser une enquête de satisfaction : cette démarche lui semble importante. Malgré tout, les premiers retours sont très positifs et les patients sont très satisfaits du regroupement des services de soins dans une même structure, de la présence des médecins

spécialistes, de la présence d'une personne à la maison de santé pouvant accueillir les patients à tout moment.

Ainsi les médecins des Fenouillèdes ne se sont pas trouvés en situation de *burn out* comme plusieurs confrères qui ont vu l'offre médicale fortement décroître en quelques années. Le Dr Vedrenne a su agir vite, s'organiser en coopérant avec l'ensemble des professionnels de santé de son territoire et l'ensemble des pouvoirs publics. Sa démarche est donc particulièrement pertinente puisqu'il a su créer une nouvelle dynamique sur le territoire avec tous les acteurs de santé au profit des patients qui ont accès à une offre de soins de premier recours durable et de qualité. En effet, l'offre de soins a toutes les chances d'être maintenue puisque la maison de santé accueille des étudiants et que ces structures pluriprofessionnelles intéressent les jeunes générations de médecins qui souhaitent exercer dans le territoire où ils ont effectué leur stage. Cette dynamique a également permis l'arrivée de nouvelles spécialités médicales (huit spécialistes) et paramédicales ainsi qu'un service de téléexpertise. Par ailleurs, en créant de nombreux services de soins, cette nouvelle structure est un élément majeur de l'aménagement de ce territoire qui génèrera, on peut l'espérer, une croissance démographique et économique de ce territoire. Un projet d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) est d'ailleurs en cours d'élaboration à Saint-Paul-de-Fenouillet : « *Nous dialoguons actuellement avec ses promoteurs afin d'exercer des activités communes, ce qui renforcera encore la cohérence de l'offre de soins dans notre territoire* ».

Dans l'avenir, le Dr Vedrenne souhaite un regroupement de l'ensemble des maisons de santé des Corbières en pôle de santé : Axat, Saint-Paul-de-Fenouillet, Latour-de-France, Tuchan, Durban, Saint-Laurent-de-la-Cabrerisse et Espéraza. Ce regroupement permettrait d'une part, que les professionnels de santé d'un même territoire se connaissent mieux et d'autre part, qu'ils aient une mutualisation du secrétariat, de la coordination des soins et de l'éducation thérapeutique. Pour le Dr Vedrenne, ce pôle de santé serait très intéressant car ces nombreux professionnels pourraient se répartir des tâches, notamment dans l'éducation thérapeutique et donc faire moins de répétitions.

Lorsque l'on demande quels conseils il pourrait donner aux coordinateurs de soins, le Dr Vedrenne préconise à ceux qui élaborent une maison de santé de se faire aider par l'ARS et par l'URPS des médecins libéraux et à ceux dont la maison de santé est en fonctionnement, d'accepter cette fonction seulement si elle est rémunérée, « *sinon ils n'y arriveront pas* ». Les coordinateurs ne doivent pas non plus avoir une activité libérale car elle est trop chronophage : le salariat est plus adapté. A cet égard, les infirmiers ont actuellement la possibilité d'effectuer un Master II de coordination de maison de santé et d'éducation thérapeutique.

Le Dr Vedrenne conclu l'entretien ainsi : « *Je pense que c'est une aventure fabuleuse que je referai volontiers même si ça m'a pris beaucoup de temps* ».

8.5. Conclusion

Ainsi, le regroupement des professionnels de santé constitue l'organisation des soins de proximité de demain. Dans de nombreux pays occidentaux, le développement des coopérations est présenté comme une solution pour pallier la pénurie de médecins, améliorer la qualité et la continuité des soins, maîtriser la croissance des dépenses de santé, etc. Tout comme la Belgique, l'Allemagne ou l'Italie, la France est un pays où le regroupement est moins répandu, mais depuis peu l'exercice médical groupé est devenu majoritaire : la part des médecins généralistes libéraux (en secteur 1) travaillant en groupe était de 54% en 2009. L'étude des regroupements de professionnels de santé dans plusieurs pays a montré que la création d'une collaboration forte entre les médecins et les infirmiers a permis d'améliorer l'accès aux soins de premier recours. Pour réduire les délais d'attente des patients et dégager du temps médical aux médecins, les infirmiers assurent les soins courants et prennent en charge les patients atteints de maladies chroniques (renouvellement d'ordonnance, soins quotidiens, etc.). Ils constituent également un appui technique au médecin en effectuant des activités de prévention et en traitant des problèmes de santé courants (petites plaies, traumatismes légers, vaccinations, etc.). Mais actuellement en France, une telle évolution ne s'observe pas car les infirmiers sont réticents à intégrer les maisons de santé : ils craignent un lien de subordination avec les médecins, ils ne souhaitent pas assumer les coûts de fonctionnement de la structure de groupe et les visites au domicile des patients sont davantage valorisées financièrement.

Bien que soutenus par les collectivités territoriales, les professionnels de santé coordinateurs de projets de maisons de santé doivent franchir de nombreux obstacles et démarches administratives pour réaliser leur projet : rédiger un projet de santé et un projet professionnel détaillés, création d'une structure juridique adaptée, développement d'une stratégie économique viable, management d'une équipe, création d'une dynamique en tenant compte des craintes et des attentes de chaque membre de la maison, etc. Ces éléments demandent de multiples compétences qui ne sont pas enseignées aux professionnels de santé lors de leur cursus universitaire. Malgré ces difficultés, les projets de maisons de santé se multiplient en France, car patients, médecins et pouvoirs publics s'accordent à reconnaître que ces regroupements offrent à la population un service de soins de proximité durable et de qualité.

Ainsi, notre étude sur les maisons de santé pluriprofessionnelles montre qu'elles constituent une organisation de l'offre de soins durable à l'initiative des acteurs locaux (Figure 173, p. 326). Le souhait de créer une telle structure émane des besoins des acteurs locaux : médecins, patients et pouvoirs publics désirent tous maintenir une offre de soins de premier recours sur leur territoire. Un porteur de projet assure la concertation et la coordination des professionnels de santé autour d'un objectif et ensemble, ils rédigent le projet de santé et le projet professionnel. Ces documents constituent une base pour définir des objectifs communs liés à la coopération entre professionnels

de santé et à l'accès à de (nouveaux) services de soins de qualité. La qualité des soins est assurée grâce à la coordination et la coopération entre les professionnels de santé à travers de nombreux éléments : partage d'expériences, complémentarité des approches, formation continue, accueil de stagiaire, dossier patient partagé, mise en place de protocoles de soins pour la prise en charge des pathologies chroniques et l'éducation thérapeutique, etc. De même, la maison de santé propose de nouveaux services à la population, tels que le suivi coordonné pour les maladies chroniques, les activités de prévention et d'éducation thérapeutique, mais aussi parfois des consultations avancées de spécialistes et des activités de télémédecine.

Ainsi, l'ensemble des acteurs contribuant à la création du projet atteignent leurs objectifs. Les patients bénéficient d'une offre de soins de qualité, durablement installée sur leur territoire grâce aux médecins qui ont su s'organiser pour faire face à la baisse de la démographie médicale et aux pouvoirs publics qui les ont soutenus. Comme le souligne O. Aynaud et D. Picard (2011), les médecins ont un impact sur l'aménagement du territoire au même titre que d'autres entreprises de professions libérales, telles que les agents d'assurances ou les notaires. L'accessibilité aux services de soins influence l'attractivité des territoires et la santé devient alors un enjeu politique d'aménagement en lien avec la démographie (vieillissement), les évolutions des modes de vie et les mutations économiques. Soutenues par les acteurs locaux, les maisons de santé pluriprofessionnelles sont ainsi créées pour attirer les jeunes médecins dans des régions rurales, à faible densité de population ou en déficit de soins. La construction de telles structures est donc un enjeu de l'aménagement des territoires qui contribue à leur attractivité et à leur développement équilibré et qui créé les conditions d'un dynamisme démographique et économique (création d'emplois).

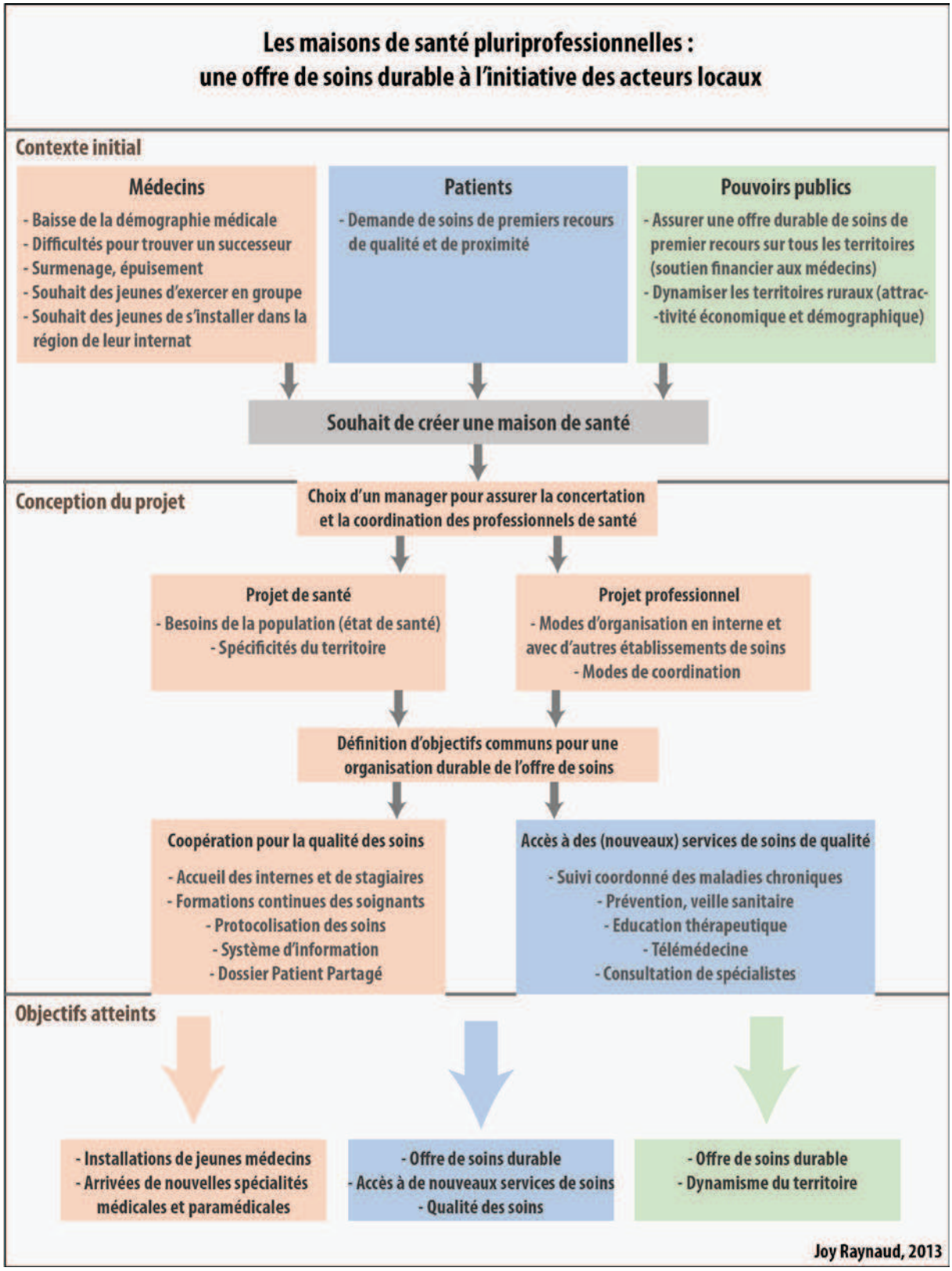


Figure 173 : Les maisons de santé pluriprofessionnelles : une offre de soins durable à l'initiative des acteurs locaux

Chapitre 9. La télémédecine : un accès aux soins adapté aux besoins des patients en tout point du territoire

De nouvelles organisations des soins et de prise en charge des patients doivent être créées afin de faire face aux besoins de la population dans un contexte de vieillissement, d'augmentation des pathologies chroniques et des maladies graves, d'inégales répartitions des professionnels de santé sur le territoire et de contraintes budgétaires (ANAP, 2012a). A cet égard, les maisons de santé et la télémédecine constituent de nouvelles organisations permises par la loi HPST. Elles visent à promouvoir les coopérations entre les professionnels de santé du premier et du second recours, à coordonner le parcours de soins des patients et à développer les liens entre les secteurs médical, médicosocial et social. Ainsi, nous allons voir comment la télémédecine est une organisation qui permet l'accès à une offre de soins de qualité (services spécialisés, CHU) et comment elle constitue une réponse adaptée aux besoins des patients qu'il s'agisse de soins courants effectués au domicile du patient ou de soins tertiaires réalisés dans des centres hospitaliers de pointe.

9.1. L'essor d'une nouvelle organisation de l'offre de soins

9.1.1. Un déploiement timide

En France, l'utilisation des TIC dans le domaine de la santé n'est pas récente. Les premières expériences régionales de transmissions de pouls, d'électrocardiogrammes et de mouvements respiratoires sont effectuées en 1966. En 1988, un réseau de cardiologues s'organise à l'échelle nationale pour recueillir et interpréter l'ensemble des tracés électrocardiographiques effectués par les patients eux-mêmes, à leur domicile (Teboul, 1995). L'Institut européen de télémédecine est créé en 1989 à Toulouse et l'Institut européen de téléchirurgie, en 1994 à Strasbourg. Les projets nationaux concernent la formation chirurgicale aux nouvelles techniques, la périnatalité, l'urgence, le développement de réseaux interrégionaux multidisciplinaires mais aussi la médecine en milieu carcéral (Massé *et al.*, 2006). En 1999, la Loi d'Orientation pour l'Aménagement et le Développement Durable du Territoire (LOADDT) favorise l'usage des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) dans les structures hospitalières de façon à permettre le développement de la télémédecine et à assurer un égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire.

Dans leur rapport, P. Simon et D. Acker (2008) rappellent que la télémédecine a été définie par l'OMS en 1997 comme « *la partie de la médecine qui utilise la transmission par*

télécommunication d'informations médicales (images, comptes-rendus, enregistrements, etc.), en vue d'obtenir à distance un diagnostic, un avis spécialisé, une surveillance continue d'un malade, une décision thérapeutique ». Les TIC appliquées à la santé offrent de nouvelles possibilités pour l'accès aux soins, l'organisation des soins, les pratiques professionnelles et la formation des professionnels de santé. La nécessaire distinction entre télésanté et télémédecine est soulignée en décembre 1998 par le Directeur Général de l'OMS, qui demande que soit réservée l'appellation « télémédecine » aux seules actions cliniques et curatives de la médecine utilisant les TIC. En effet, la télésanté ou e-santé sont des termes définissant l'ensemble des actes et services de santé assurés à distance grâce aux TIC. Cela comprend les échanges et le partage d'information de santé entre professionnels pour une meilleure continuité et coordination des soins. La télémédecine est une déclinaison du vaste champ de la télésanté, elle est la réalisation d'un acte médical à distance utilisant les TIC par des professionnels de santé, avec la présence d'au moins un médecin. Elle relève du champ exclusivement médical de la télésanté et contrairement à la télésanté, qui correspond à l'ensemble des pratiques médicales et médico-sociales utilisant les TIC, seule la télémédecine dispose d'un cadre légal et réglementaire (ANAP, 2012a).

Depuis la première opération mondiale de téléchirurgie réalisée par le professeur Jacques Marescaux en septembre 2001 depuis New York pour une ablation de la vésicule biliaire sur une patiente se trouvant au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Strasbourg, la télémédecine peine à se développer. Depuis les années 2000, grâce aux évolutions des technologies numériques, l'utilisation des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) dans le domaine de la santé ne cesse de se développer et fait l'objet de nombreux travaux académiques et institutionnels (Reynaudi, Sauneron, 2011).

En juillet 2009, la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) a marqué un tournant en créant une définition légale de la télémédecine et un cadre juridique à ces nouvelles pratiques : « *La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication.[…] Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.* »[78]. L'enjeu est désormais le passage d'une télémédecine encore expérimentale à une généralisation des nouvelles pratiques de soins et de prévention grâce à la généralisation de la couverture Internet et aux récents progrès techniques (Holué, 2010). A cet égard, si la médecine française rayonne dans le monde, une abondante littérature française et internationale atteste que la France est également un acteur majeur du développement rapide de la télémédecine (Massé *et al.*, 2006).

[78] Article 78 de la loi Hôpital Patients Santé Territoires consultée le 2 juin 2013 sur : www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id

Le décret d'application du 19 octobre 2010 de la loi française HPST de 2009 a permis de préciser les cinq actes de la télémédecine et les conditions de leur mise en œuvre. En publiant la loi et son décret d'application avant 2011, la France a suivi les recommandations de la Commission européenne de 2008 : « *D'ici à la fin 2011, les États membres devraient avoir examiné et adapté leurs réglementations nationales de manière à ce qu'elles permettent un accès plus large aux services de télémédecine* » [79].

Les cinq actes de la télémédecine sont :

- la téléconsultation : un médecin donne une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé ou un psychologue peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le médecin au cours de cet acte ;

- la téléexpertise : un médecin sollicite à distance l'avis d'un ou de plusieurs de ses confrères en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations liées à la prise en charge d'un patient ;

- la télésurveillance médicale : un médecin interprète à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, prend des décisions relatives à sa prise en charge. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même, ou par un professionnel de santé ;

- la télé-assistance médicale : un médecin assiste à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte ;

- la réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation médicale des urgences ou de la permanence des soins.

9.1.2. Le soutien du Ministère de la Santé à la télémédecine

Au même titre que les maisons de santé pluriprofessionnelles, la télémédecine est une nouvelle organisation de l'offre de soins qui vise de nombreux objectifs : améliorer l'accès à des soins de qualité en tout point du territoire, optimiser l'utilisation du temps des ressources médicales rares (experts ou spécialistes), améliorer la collaboration entre professionnels de santé pour la réalisation d'actes de télémédecine (en pratique ambulatoire et en établissements sanitaires ou médicosociaux) mais aussi de rendre les parcours de soins des patients plus cohérents en optimisant le parcours de soins gradués, leur suivi et le recours aux expertises (ANAP, 2012a).

[79] Site Internet du parlement européen, consulté le 8 juin 2013 : http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52008DC0689:FR:NOT

Selon le Ministère de la santé, les enjeux de la télémédecine sont :

- « *de réduire au maximum certaines inégalités d'accès aux soins, notamment pour les usagers en situation d'isolement, qu'il s'agisse de territoires isolés (zones rurales, montagneuses, insulaires…) ou de personnes détenues)* » ;
- « *donner une réponse organisationnelle et technique aux nombreux défis épidémiologiques (augmentation du nombre de patients souffrant de maladies chroniques et/ou de poly-pathologies liées au vieillissement de la population), de démographie des professionnels de santé (inégale répartition des professionnels sur le territoire national) et économiques (contrainte budgétaire) auxquels fait face le système de santé aujourd'hui* »[80].

9.1.3. La télémédecine : un service reliant des acteurs, des territoires grâce aux réseaux

Actuellement, tout comme pour les maisons de santé, la volonté de promouvoir la télémédecine, en tant que nouveau mode d'organisation, est assurée par de nombreux acteurs (institutionnels, collectivités territoriales, professionnels de santé, industriels, scientifiques et patients) dont l'implication ne cessent de croître (ANAP, 2012a). La télémédecine est un ensemble de services de soins dont l'organisation spatiale correspond au modèle de W. Christaller (voir la partie 3.2. « La théorie des lieux centraux : une approche rationnelle de localisation des services reposant sur la distance », page 76) puisque la localisation des services est fonction de leur rareté : du domicile du patient aux centres de pointe situés dans les grandes villes françaises ou à l'étranger (voir Figure 174, p. 331). On distingue ainsi quatre niveaux organisationnels et géographiques de l'offre de soins : le domicile du patient, le premier recours (cabinet du médecin ou MSP), le second recours (hôpitaux ou cliniques de proximité) et le troisième recours (CHU, centres de pointe). S'appuyant sur la mise en complémentarité des compétences, la télésanté vise une meilleure coordination des professionnels de santé pour une offre de soins adaptée aux besoins des patients au sein de ces quatre niveaux organisationnels et géographiques (Salgues, Raynaud, 2013). Rappelons que dans l'article 36 de la loi HPST[81], les soins de premier recours sont définis comme des soins comprenant :

- la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- l'éducation pour la santé.

[80] Site du Ministère de la Santé, consulté le 5 juin 2013 : http://www.sante.gouv.fr/la-tele-medecine-les-enjeux.html
[81] Site Internet Légifrance, consulté le 7 juin 2013 : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id

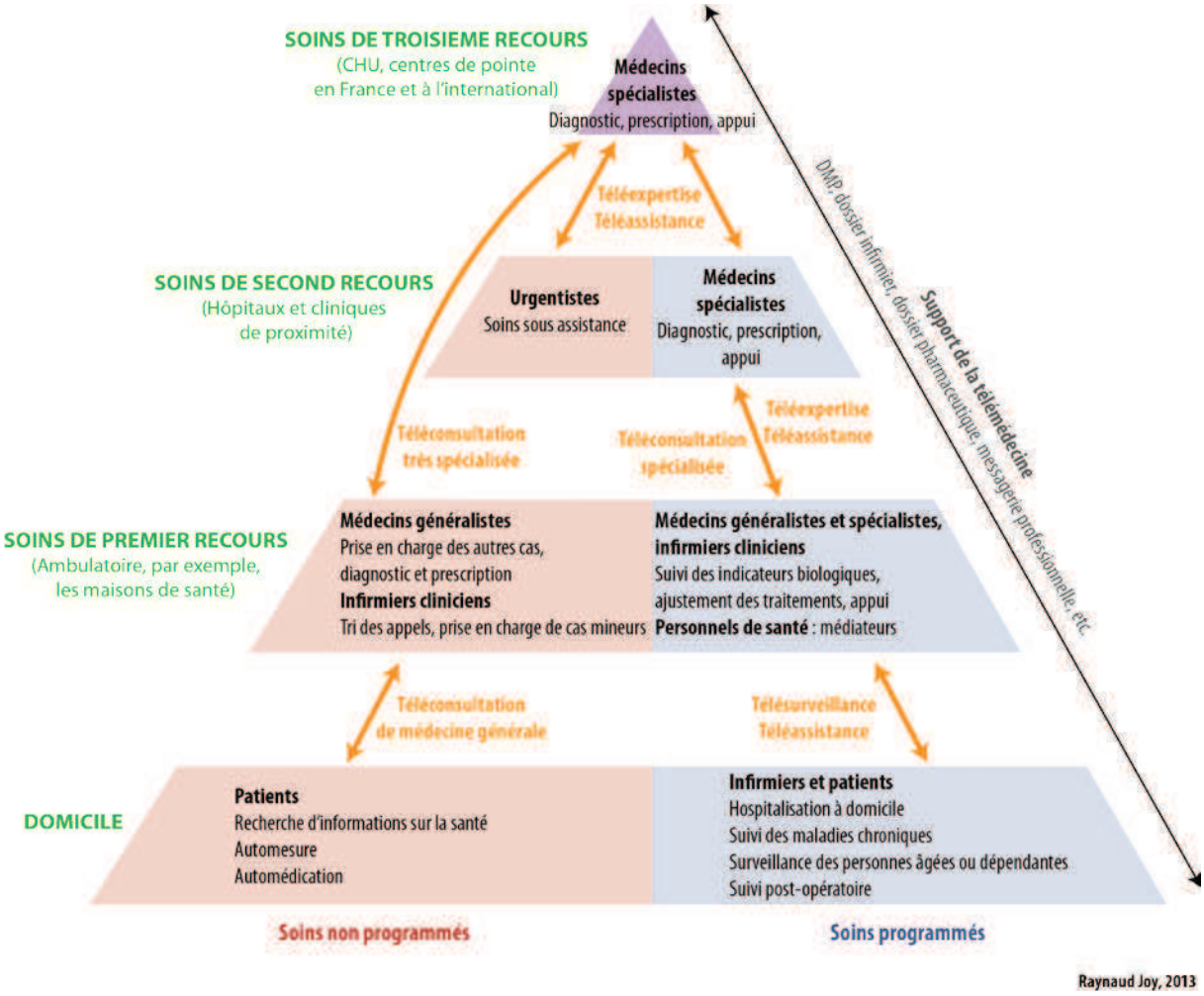


Figure 174 : La télémédecine : une réponse adaptée aux besoins du patient, du domicile au centre hospitalier de pointe (à partir de Reynaudi, Sauneron, 2011)

De même, selon cet article de loi, les soins de second recours correspondent à ceux qui sont non couverts par l'offre de premier recours. En revanche, la loi ne définit pas les soins tertiaires qui sont communément admis comme des soins très spécialisés en termes de diagnostics et de thérapeutiques, effectués généralement dans les établissements équipés d'importants plateaux techniques tels que des cliniques de pointe ou des centres hospitaliers universitaires.

Dans le cadre des soins non-programmés, certains soins peuvent être assurés au domicile des patients grâce à des actes de télésurveillance ou de téléassistance pratiqués par des infirmiers ou les patients eux-mêmes, à condition qu'ils aient été formés à l'éducation thérapeutique. Ces actes concernent le suivi des maladies chroniques, la surveillance des personnes âgées ou dépendantes, le suivi post-opératoire ou encore l'hospitalisation à domicile. Des médecins, des infirmiers ou des personnels de santé (médiateurs) exerçant dans des structures de soins ambulatoires sont reliés au domicile du patient via un réseau technologique. Dans le cadre de soins non programmés, les patients peuvent effectuer des recherches sur Internet afin d'obtenir des informations et/ou de

s'automédicamenter ou encore consulter un médecin généraliste via des outils de télécommunication.

Concernant l'offre de soins de premier recours dispensée par exemple en maisons de santé, des actes de téléexpertise, de téléassistance et des téléconsultations spécialisées peuvent être effectués par des médecins généralistes et des infirmiers cliniciens en liens avec des médecins spécialistes exerçant dans des hôpitaux et cliniques de proximité. Ces actes concernent par exemple le suivi des indicateurs biologiques et des traitements, les prescriptions et les diagnostics pour les médecins ainsi que le tri des appels et la prise en charge des cas mineurs pour les infirmiers.

Assurée par les médecins spécialistes des hôpitaux et cliniques de proximité, l'offre de soins de second recours peut être constituée d'actes de téléexpertise et de téléassistance pour obtenir un appui concernant un diagnostic ou des prescriptions auprès de médecins spécialistes exerçant dans des CHU ou des centres de pointe. Les médecins urgentistes peuvent recourir aux mêmes pratiques pour effectuer des soins sous assistance.

Ainsi, nous observons une fois de plus les dynamiques entre les acteurs (patients et professionnels de santé), les réseaux (télémédecine via les outils technologiques de l'information et de la communication) et les territoires (du domicile du patient au centre de point). Ainsi, la télésanté crée une coopération et une coordination entre de nombreux acteurs de santé sur des territoires allant de l'échelle locale à une échelle internationale.

9.1.4. Des patients plus actifs dans la prise en charge de leur santé

L'utilisation des TIC contribuent à rendre le patient actif dans la gestion de sa santé. Le patient, usager du système de santé, consommateur de soins, cotisant, est, sous ses diverses figures, au cœur des évolutions du système de santé (Tabuteau, 2011). Dans le cadre de la télésurveillance, les patients peuvent contrôler à tout moment leur état de santé et échanger leurs données de santé avec une équipe médicale à distance. Nous verrons par exemple le cas des patients souffrant d'insuffisance cardiaque chronique pris en charge par le CHU de Bordeaux (voir partie 9.4.5 p. 347). Le suivi des patients est permis grâce à l'installation d'un terminal au domicile des patients qui leur permet d'entrer tous les jours des paramètres physiologiques (poids, tension, fréquence cardiaque, etc.) et de répondre à des questionnaires sur l'activité physique, la qualité du sommeil, la présence d'essoufflements, etc. Transmises au centre de télésurveillance, ces informations sont susceptibles de générer des alertes reçues par les professionnels du centre de télésurveillance. Ainsi, associées à l'éducation thérapeutique, ces nouvelles pratiques responsabilisent le patient dans la prise en charge de sa santé. Les nombreuses informations

accessibles aux patients participent également à l'autonomie du patient vis-à-vis de sa santé, tant au niveau préventif, que curatif (Reynaudi, Sauneron, 2011). Sur Internet, plus de 3 000 sites français sont consacrés à la santé et le site *Doctissimo.fr* (Groupe Lagardère Active), qui est également un forum, est le troisième site le plus consulté en France avec 35 200 020 visites en octobre 2012[82]. Ainsi, les usagers recherchent des informations sur Internet mais souhaitent aussi partager leur expérience : c'est l'émergence de la « *santé 2.0* ». Cette santé, interactive et participative, contribue à diminuer l'asymétrie d'informations entre les patients et les professionnels de santé (voir partie 1.2.3, p. 34). De même, avec les TIC, les patients peuvent choisir un médecin ou un établissement de santé en fonction des divers palmarès existants et de l'évaluation de la satisfaction des patients.

[82] Site Internet Médiamétrie, consulté le 8 juin 2013 : http://www.mediametrie.fr/internet/

9.2. Les TIC, des outils pour améliorer l'accès à des soins de qualité

9.2.1. Les systèmes d'information : des outils pour la qualité des soins

Etant donné que les systèmes de santé permettent une centralisation et un partage efficace des informations concernant la santé des patients, ils contribuent à l'amélioration de la qualité des soins notamment pour les personnes âgées et les patients atteints de maladies chroniques qui sont souvent suivis par plusieurs professionnels de santé dans divers établissements. En effet, l'une des causes d'inefficacité des systèmes de soins est le morcellement du processus de délivrance des soins et l'insuffisance du transfert d'informations. Les TIC contribuent également à améliorer la coordination entre professionnels de santé ainsi que la sécurité des soins grâce à la disponibilité de l'information médicale individuelle, à l'accès électronique aux recommandations cliniques ou aux bases de données pharmaceutiques, au suivi des effets de la maladie et des traitements sur le patient dans le temps, à la détection et prévention des erreurs de médication qui peuvent être nuisibles aux patients. Par exemple, aux Pays-Bas, les patients peuvent accéder à leur dossier médical électronique abrégé (issu du dossier médical intégral) favorisant ainsi une prestation efficace et sûre de soins primaires en dehors des heures normales de travail du médecin (OCDE, 2010). Ainsi, le déploiement du Dossier Médical Personnel (DMP) et celui de la télémédecine semblent fortement liés puisque la loi HPST exprime la volonté de garantir « *l'accès des professionnels de santé aux données médicales du patient nécessaires à la réalisation de l'acte* »[83]. Créé par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie, le DMP est un dossier médical informatisé, accessible via Internet. Il permet aux professionnels de santé qui prennent en charge le patient de partager les informations de santé utiles à la coordination des soins du patient. Le DMP peut être créé lors d'une consultation médicale ou lors d'une admission dans une structure de soins[84].

9.2.2. Les TIC des outils pour l'aménagement du territoire et l'accès aux soins en milieu rural

La télémédecine favorise le maintien d'une présence médicale sur des territoires isolés et contribue au maintien de ces populations (Aublet-Cuvelier, 2002). Associés aux systèmes d'archivage et de transmission d'images, les TIC offrent un accès aux soins sur des territoires peu pourvus d'offres médicales et paramédicales (Salgues, Paquel, 2013). Par exemple, en Espagne, les autorités sanitaires des Baléares ont créé en 2006 un programme de « *télé-AVC* » qui dispense des

[83] Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine, consulté le 5 juin 2013 : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022932449&dateTexte=&categorieLien=id
[84] Ministère de la Santé, consulté de 8 juin 2013 : http://www.dmp.gouv.fr/

soins spécialisés et des traitements afin de sauver des vies dans les zones reculées de l'archipel. Du point de vue de l'efficacité et de la sécurité, le programme télé-AVC est comparable aux soins fournis en face-à-face (OCDE, 2010). De même, le département de la Lozère a créé un Pôle d'Excellence Rurale (PER) en 2007 pour améliorer l'accès et la qualité des soins en zone rurale de montagne (l'altitude moyenne des villages est la plus haute de France, soit 1 000 mètres). Le Conseil Général a financé un réseau de visioconférences dans les établissements de santé ainsi qu'un système de partage des informations entre les médecins généralistes urgentistes et le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) de Lozère. Ce dispositif, qui fonctionne sans couverture mobile, équipe aujourd'hui 35 médecins lozériens. Dans un contexte de nomadisme médical, avec une patientèle très dispersée, occasionnant de nombreux déplacements, la télémédecine permet l'amélioration de la qualité des soins, de l'efficacité de l'offre de santé locale ainsi que le renforcement des liens entre établissements hospitaliers du département. En effet, les TIC constituent des outils favorisant les liens entre les professionnels de santé et les patients autour de certaines pathologies ou de certaines thématiques (femmes enceintes, vaccination, etc.), ces échanges d'information bénéficient aux patients et rompent l'isolement vécu par certains professionnels de santé libéraux. La télémédecine est donc un acteur de l'aménagement du territoire en apportant un service de soins de qualité à des populations isolées, en abolissant les distances, elle rapproche les patients de la présence médicale (CNOM, 2009).

9.3. Les projets de télémédecine et de maisons de santé pluriprofessionnelles : les mêmes conditions de réussite pour leur déploiement

9.3.1. Les conditions de réussites

Dans son rapport, l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP, 2012a) a identifié cinq facteurs de réussite pour la création d'un projet de télésanté suite à l'analyse de 25 expériences de télésanté dans des situations très diverses. Ces facteurs sont très proches de ceux présentés précédemment, sous réserve que toutes les conditions techniques soient réunies pour rendre l'utilisation des TIC facile et accessible à tout moment.

Tout d'abord, le projet médical doit répondre à un besoin des patients et des professionnels de santé en tenant compte des spécificités de l'offre de soins dans un territoire donné. Dès la phase de conception du projet, les ambitions médicales pour les patients définissent les aspects organisationnels, juridiques, ressources humaines, financiers et technologiques.

Tout comme les maisons de santé, un projet de télémédecine nécessite la présence d'un médecin coordonnateur qui assure le management pour mettre en place une nouvelle organisation des soins en réalisant des actes médicaux à distance. Là encore, les qualités du coordonnateur doivent être nombreuses afin de maintenir un dialogue, un dynamisme et une cohésion dans l'équipe. Il doit notamment organiser le projet, informer les patients, coordonner les professionnels de santé, assurer la logistique et veiller à ce que les objectifs initiaux du projet soient respectés : enjeux de santé publique, amélioration de l'accès aux soins et usages des professionnels médicaux.

Etant donné qu'un projet de télémédecine amène une nouvelle organisation des soins et de nouvelles pratiques professionnelles, la création d'une protocolisation et une évaluation des soins permettent de vérifier que le service médical rendu aux patients ne soit pas inférieur au service médical rendu par une organisation sans télémédecine. A cet égard, il revient à la recherche clinique médicale d'étudier les applications de la télémédecine afin que celles-ci assurent aux patients qui en bénéficient un réel service médical, qui soit au moins équivalent, sinon supérieur, à celui de la pratique médicale usuelle (Simon 2012b). A cela s'ajoute, la définition précise des rôles et des responsabilités de chaque professionnel de santé (conventions, fiches de poste, protocoles, conduites à tenir, arbres décisionnels, etc.) et la prise en compte des retours d'expériences pour améliorer les définitions de ces rôles.

La télémédecine est une nouvelle organisation de l'offre de soins qui génère de nouvelles activités de coordination et d'organisation mais aussi des délégations de tâches effectuées entre les professionnels de santé médicaux et paramédicaux. Ainsi, l'évaluation des compétences constitue

un facteur clé de réussite du projet de télésanté qui doit veiller à définir précisément les responsabilités de chaque acteur et être conforme aux textes de lois en vigueur (notamment, l'article 51 de la loi HPST qui permet le recours à des protocoles de coopérations professionnelles).

Dès la phase initiale de la conception du projet, un modèle économique doit être construit pour assurer la pérennité du projet concernant son investissement et son fonctionnement (activités médicales et organisationnelles). Les financements peuvent être multiples et dépendent des actes réalisés (téléconsultation, télésurveillance, téléexpertise, etc.) et du parcours de soins (forfaitisation). Là encore l'évaluation est une étape importante pour identifier les bénéfices cliniques et médico-économiques de cette nouvelle organisation (Bashshur *et al.*, 2005).

De même, R. L. Bashshur *et al.* (2000) identifient d'autres éléments qui sont essentiels au bon fonctionnement d'un système de soins en télémédecine : la séparation géographique entre le fournisseur et le destinataire de l'information, l'utilisation des technologies de l'information comme un substitut à un face-à-face, un personnel ayant des compétences nécessaires en télémédecine, une structure organisationnelle appropriée pour le développement du réseau et sa mise en application, des protocoles cliniques pour le traitement et le tri des patients et des critères normatifs concernant le comportement des professionnels de santé et de l'administration afin de préserver la qualité des soins, la confidentialité, etc.

9.3.2. Un cadre juridique et économique à clarifier

La télémédecine est reconnue comme une pratique médicale en France depuis 2004, mais malgré ses atouts, son développement est faible pour l'ensemble des pays de l'OCDE, bien que certains pays, comme la Finlande et la Norvège, aient généralisé l'adoption des systèmes d'ordonnances électroniques, un portail national d'information sur la santé en ligne et un dossier patient numérisé (OCDE, 2010). En France, plusieurs facteurs limitent le développement de la télémédecine. Au-delà des problèmes techniques encore insuffisamment maîtrisés dans certaines régions ne disposant pas du haut-débit, le déploiement de la télémédecine est limité par des aspects juridiques et économiques qui doivent être clarifiés.

- *Un cadrage juridique pour la protection des données, la responsabilité et l'interopérabilité*

Sur le plan juridique, malgré le décret d'application relatif à la télémédecine de la loi HPST du 19 octobre 2010, certaines difficultés demeurent concernant la protection des données, la responsabilité et l'interopérabilité. Tout d'abord, les craintes se portent sur l'utilisation indue des données de santé et les associations de patients mettent ainsi régulièrement en garde contre les

abus que pourrait entraîner l'existence d'une grande base de données populationnelle notamment dans les secteurs privés de la dépendance et de l'accompagnement (Reynaudi, Sauneron, 2011). Pour assurer la confidentialité et la transparence dans chacun des actes de télémédecine, l'Etat doit veiller à établir des règles précisent pour l'ensemble des acteurs concernés. Avec l'utilisation des TIC, les professionnels de santé doivent également respecter les règles déontologiques et recueillir le consentement du patient pour l'ensemble des actes de télémédecine ainsi que le transfert des données (comme pour la création d'un DMP). Afin de garantir la transparence du processus et d'éviter tout conflit d'intérêt, la procédure d'agrément des hébergeurs de données doit également être clarifiée tout comme la traçabilité de chaque acteur et de leurs interventions.

Un deuxième enjeu juridique est essentiel : celui de la responsabilité. Les projets de télémédecine s'appuient sur des contrats entre ARS, établissements et professionnels libéraux qui précisent le partage des responsabilités de chaque acteur intervenant dans le projet tels que les entreprises assurant les aspects technologiques, les professionnels de santé salariés et libéraux, les établissements publics et privés (Simon, 2012a). Le Ministère de la Santé a élaboré plusieurs guides[85] pour rassembler des protocoles afin de faciliter le travail des ARS et conforter les professionnels dans leur pratique : le guide d'aide à l'élaboration des programmes régionaux de télémédecine, le guide méthodologique pour l'élaboration des contrats et des conventions en télémédecine, les recommandations pour le déploiement technique d'un projet de télémédecine ainsi qu'un document relatif à la responsabilité des acteurs impliqués dans la réalisation d'un acte de télémédecine. Ce document préconise la rédaction de conventions entre les différents intervenants à l'acte de télémédecine ce qui permet une délimitation précise des engagements respectifs et les contours de leur responsabilité. Ainsi, les responsabilités juridiques des professionnels de santé changent peu avec la télémédecine et le juge tiendra compte des obligations de chacun concernant la détermination des responsabilités à l'égard du patient (DGOS, 2012).

Enfin, plusieurs organisations de télémédecine rencontrent des freins liés aux problèmes de l'interopérabilité qui créés des « *îlots informatiques* », c'est-à-dire des réseaux informatiques non compatibles (ANAP, 2012b). L'Agence des Systèmes Informatiques Partagés de santé (ASIP), créée en 2009 dans le but d'apporter une cohérence au déploiement des TIC dans la santé, joue un rôle crucial en établissant un référentiel de normes.

- *Une politique tarifaire et un mode de financement pérennes*

Comme le mentionne M. Reynaudi et S. Sauneron (2011) dans leur rapport, la politique tarifaire des actes de télémédecine n'est toujours pas clairement définie et le mode de financement

[85] Site du Ministère de la Santé, consulté le 8 juin 2013 : http://www.sante.gouv.fr/la-telemedecine-strategie-nationale-de-deploiement-de-la-telemedecine.html

des équipements limite l'investissement des industriels en recherche et développement. Les professionnels de santé ont également un manque de visibilité concernant leur mode de rémunération puisque l'exercice de la télémédecine ne fait pas encore l'objet d'une reconnaissance particulière dans le cadre de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et qu'aucun mode de tarification n'a été fixé par l'assurance maladie qui craint une augmentation de son déficit suite au déploiement coûteux de la télésanté.

Cependant, la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) de 2010 a levé certains freins en autorisant le partage d'honoraires et en mettant fin à l'obligation de la présence physique du médecin auprès du patient pour obtenir la prise en charge d'une consultation. De même, le décret de la loi HPST prévoit que les actes de télémédecine soient rémunérés et remboursés conformément au code de la sécurité sociale et devront être inscrits à la classification commune des actes médicaux.

Pour M. Reynaudi et S. Sauneron (2011), les dépenses publiques pour la télémédecine peuvent être limitées en distinguant le mode de rémunération pour deux types d'actes. Il s'agit de proposer une tarification à l'acte pour la téléconsultation et la téléexpertise en médecine spécialisée qui sont des actes ponctuels relevant d'une protocolisation et d'un traçage des pratiques. En revanche, une tarification au forfait peut être mise en place (modulée en fonction de la pathologie du patient) pour la télésurveillance et la téléconsultation en médecine générale qui nécessitent une implication régulière du médecin.

Par ailleurs, le financement des équipements et des services associés (matériel, entretien, formation) est conséquent et limite le déploiement de la télémédecine. En France, certains estiment le coût du déploiement de la télésanté à 6,5 milliards d'euros sur quatre ans (Lasbordes, 2009). Les professionnels et établissements de santé ne peuvent assumer l'intégralité de ces coûts, d'autant que la télésanté ne sera pas nécessairement source de revenus supplémentaires pour tous. Comme pour les maisons de santé pluriprofessionnelles, les pouvoirs publics proposent des aides financières ponctuelles pour le déploiement de ces projets reconnus pour leurs bénéfices en matière d'accès et de qualité des soins. Il s'agit par exemple d'une enveloppe de 26 millions d'euros attribuée en 2011 aux ARS dans le cadre du Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (FMESPP). Cependant, le contexte actuel de crise économique ainsi que la difficulté d'évaluer le retour sur investissement de la télésanté, constituent des éléments dissuasifs pour un engagement de l'Etat sur le long terme. En effet, de nombreuses études montrent que les activités de télémédecine n'entrainent pas une réduction des dépenses (Reynaudi, Sauneron, 2011).

9.4. L'analyse de cinq réseaux de télémédecine pour un accès à des soins de qualité

9.4.1. Cinq chantiers prioritaires pour le Ministère de la Santé

En mars 2011, le comité de pilotage national de la télémédecine a identifié, cinq « *chantiers prioritaires* » pour faciliter le déploiement de la télémédecine en France. Selon le Ministère, ces domaines d'application « *visent tous à améliorer l'accès aux soins et leur qualité, de même que la qualité de vie des malades ou la réponse à un problème de santé publique* ». Ce ciblage constitue « *une étape fondamentale pour passer d'une phase de pionniers à un déploiement effectif de la télémédecine* ».

Ces cinq domaines sont :

- la permanence des soins en imagerie médicale,
- la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC),
- la santé des personnes détenues,
- la prise en charge d'une maladie chronique : insuffisance rénale chronique, insuffisance cardiaque, diabète…,
- les soins en structure médico-sociale ou en hospitalisation à domicile (HAD).

Une analyse synthétique de chacune de ces priorités gouvernementales à travers un exemple concret nous permettra de mieux saisir les avancées technologiques de la télémédecine en France ainsi que les bénéfices pour les patients mais aussi les freins à son développement (voir : 9.3. L'analyse de cinq réseaux de télémédecine pour un accès à des soins de qualité, page 336). Cette analyse s'appuie essentiellement sur les deux rapports de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), réalisés en 2012, intitulés : « *La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe* ».

9.4.2. La permanence des soins en imagerie médicale

La France est dans un contexte où la demande en imagerie de coupe (scanner, IRM) augmente de plus de 10% par an depuis 2005, tandis que la DREES prévoit une forte diminution du nombre de radiologues dans les vingt prochaines années. En 2011, on comptait 9 235 radiologues libéraux et hospitaliers en France métropolitaine et 467 en Languedoc-Roussillon (données Adeli, Ecosanté).

Dans ce contexte, la télémédecine doit permettre de mettre en place une organisation régionale qui permette la lecture des images et l'interprétation à distance, de manière à garantir l'accès aux soins de qualité en cas d'urgence, en particulier dans les territoires où l'offre est

insuffisante. Il s'agit de mettre en place la garde d'imagerie avec l'appui de la télé-imagerie pour un établissement ou entre établissements sur une région. Les téléradiologues doivent effectuer des téléexpertises en imagerie en urgence. Dans ce contexte, il s'agit de soins non-programmés situés dans l'offre de soins entre le second et le troisième recours (voir Figure 174, p. 331). Dans le cadre de la permanence des soins, l'activité la plus fréquente est celle du télédiagnostic ou de la téléconsultation permettant à un praticien de proximité non-radiologue d'obtenir un examen d'imagerie d'un téléradiologue : par exemple un urgentiste (appelé « *demandeur* ») s'adresse à un téléradiologue (appelé « *effecteur* ») situé sur un autre territoire. Plus rarement une téléexpertise consiste en un échange d'avis entre radiologues pour obtenir un conseil concernant l'examen le plus adapté à la situation clinique du patient, pour une seconde lecture des images ou pour conseiller le patient vis-à-vis de sa pathologie. Ces échanges sont rédigés au sein d'un rapport argumenté (ANAP, 2012a).

Les aspects financiers intègrent d'une part, le coût de l'acte technique ou de la pratique : les moyens humains paramédicaux, les frais d'investissement, les frais de fonctionnement et de maintenance, les équipements d'imagerie nécessaires pour le traitement de l'image, les moyens de communication pour la télétransmission, les moyens de communication entre le demandeur et le médecin sollicité ; et d'autre part, le travail d'interprétation médical avec le temps médical (mise en place et suivi des protocoles, réunions régulières, formations) et le compte rendu à distance (interprétation et compte rendu). A cela s'ajoute un travail de coordination assuré par les professionnels des sites impliqués ou par des tiers (opérateurs ou autres métiers).

Par exemple, en région Nord-Pas-de-Calais, le réseau TELURGE permet à chaque Centre Hospitalier Général d'obtenir immédiatement, dans des situations d'urgence neurologique et neurochirurgicale, un avis consultatif à distance et en interactivité avec les médecins seniors du CHRU de Lille (voir Figure 175, p. 342). Chaque hôpital du réseau a été équipé d'une station d'acquisition et de transmission d'images en mode vidéo.

Ce dispositif favorise la qualité de la prise en charge des patients qui bénéficient rapidement d'une consultation avec un neurochirurgien. Il permet également une diminution des transferts inutiles des patients cliniquement fragiles, un gain de temps et de confort concernant l'exercice des médecins spécialistes du CHRU de Lille ainsi qu'un gain de confort d'exercice pour les médecins des établissements de santé requérants. Cependant, deux freins ont été constatés par l'ANAP (2012b) :

- la performance des éléments techniques concernant le réseau et la solution de partage des informations médicales qui assure pourtant la pérennité du projet,
- le scepticisme de certains médecins vis-à-vis de ce nouvel outil.

Créé en 1996, ce réseau comprend 17 neurochirurgiens et 219 urgentistes qui soignent 213 patients par mois répartis sur 20 établissements publics.

1	Le médecin urgentiste accueille le patient présentant une pathologie cérébrale ou médullaire
2	Le médecin urgentiste prend en charge le patient et réalise un examen clinique
3	Le médecin urgentiste souhaite demander un avis pour transfert en neurochirurgie et renseigne la fiche partagée pour la télémédecine
4	Le manipulateur réalise le scanner et transfère les images au neurochirurgien
5	Le médecin urgentiste contacte le neurochirurgien par téléphone pour présenter le cas clinique
6	Le neurochirurgien lit les images et informe le médecin urgentiste sur sa décision de transfert du patient
7	Le neurochirurgien renseigne la fiche partagée en réponse à la demande d'expertise au médecin urgentiste

Figure 175 : Schéma organisationnel de Télurge dans le Nord-Pas-de-Calais entre le médecin urgentiste situé dans un centre hospitalier du Nord-Pas-de-Calais et le neurochirurgien situé dans le centre hospitalier régional universitaire de Lille (réalisé à partir du dossier de l'ANAP, 2012b).

9.4.3. La prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC)

En France, l'accident vasculaire cérébral atteint 130 000 personnes par an, soit un AVC toute les quatre minutes. L'âge moyen des personnes faisant un AVC est de 73 ans et dans un contexte de vieillissement de la population, le nombre de cas va augmenter[86]. Plus de 15 000 personnes de moins de 45 ans sont touchées. L'AVC est la première cause de handicap chez l'adulte et près d'un quart des personnes meurent des complications à court terme. Un diagnostic précoce ainsi qu'une prise en charge rapide avec la réalisation d'une thrombolyse permettent de diminuer de 30% la mortalité suite à un AVC, avec des récupérations intégrales des patients. Mais si le neurologue préconise la réalisation d'une thrombolyse dans une unité neurovasculaire (UNV), le temps de transport du patient vers ces unités spécialisées peut être trop long.

Ainsi, dans le cas où un patient est pris en charge par un service d'urgence qui ne dispose pas d'unités spécialisées ou de neurologues, la télémédecine permet d'effectuer rapidement une thrombolyse avant le transfert du patient vers une structure spécialisée. L'enjeu est alors un

[86] Données du Ministère de la Santé sur le site Internet : http://www.sante.gouv.fr/les-chiffres-cles-de-l-avc.html, consulté le 5 mai 2013.

dépistage et un diagnostic précoce (accès à l'IRM, ou au moins au scanner), une prise en charge spécialisée la plus rapide possible et la mise en œuvre des thérapies adéquates, c'est-à-dire une thrombolyse en moins de 4h30. Selon le diagnostic et le stade de prise en charge du patient, trois actes de télémédecine peuvent être réalisés (voir Figure 176, p. 343) :

- la téléconsultation qui est réalisée en première phase en présence du patient pour obtenir un diagnostic du neurologue et établir un score du handicap ;
- la téléexpertise qui est effectuée dans un second temps, entre l'urgentiste et le neurologue expert de garde concernant la conduite à tenir auprès du patient en fonction de ses données médicales et de l'imagerie cérébrale (la présence du patient n'est pas requise) ;
- la téléassistance médicale qui permet ensuite la réalisation de la thrombolyse sous la surveillance du neurologue vasculaire qui contrôle en temps réel le processus.

1	Le médecin urgentiste prend en charge le patient en cas de problème neurologique (évalué par score de gravité) et informe la famille
2	Le médecin urgentiste effectue une demande d'avis spécialisé et contacte un neurologue par téléphone
3	Le médecin urgentiste prescrit un examen d'imagerie (scanner ou IRM) et rédige la prescription médicale et le formulaire de demande d'avis au neurologue avec des indications cliniques et la procédure de thrombolyse dans le dossier électronique partagé
4	Le manipulateur réalise l'acte d'imagerie et transfère les images sur le serveur accessible au neurologue via le dossier électronique partagé
5	Le neurologue prend connaissance du cas clinique, lit les images et fait le choix du protocole de prise en charge du patient
6	Le neurologue envoie son protocole au médecin urgentiste
7	Le médecin urgentiste réalise l'acte de thrombolyse ou le transfert du patient vers le CHU en urgence ou le transfère après l'avoir stabilisé
8	Le médecin urgentiste rédige une synthèse dans le dossier électronique partagé

Figure 176 : Schéma organisationnel du réseau d'urgences neurologiques en Franche Comté (RUN-FC) entre les urgentistes et les neurologues du CHU de Besançon (réalisé à partir du dossier de l'ANAP, 2012b).

La téléconsultation correspond à une offre de soins programmée située à l'interface entre des soins de premier et second recours tandis que la téléexpertise et la téléassistance sont des soins non programmés situés entre le second et le troisième recours (voir Figure 174, p. 331).

Ainsi, le rapport de l'ANAP (2012b) montre que pour l'accident vasculaire cérébral, la télémédecine favorise le diagnostic et la prise en charge thérapeutique et permet de traiter avec

efficacité la phase aiguë de l'AVC. Et au-delà du service médical rendu au patient, le dispositif permet également de diminuer par deux le taux de transfert : cela a représenté une économie de 3,5 millions d'euros entre 2001 et 2005 en Franche-Comté. Créé en 2000, le réseau d'urgences neurologiques en Franche Comté réalise plus de 2000 actes sur 12 établissements publics.

Cet exemple illustre bien l'importance du dossier électronique partagé du patient pour un travail collaboratif assurant la qualité et la sécurité des soins entre professionnels de santé exerçant dans divers établissements.

9.4.4. La télémédecine au service des personnes en détention

La prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues dans les établissements pénitentiaires a beaucoup évolué depuis la loi du 18 janvier 1994 qui vise, pour les détenus, une qualité et une continuité des soins équivalente à celles dont dispose l'ensemble de la population. La prise en charge sanitaire des détenus a également été transférée au service public hospitalier, au sein d'Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA).

Pour de nombreuses raisons, l'utilisation de la télémédecine en milieu pénitentiaire semble particulièrement pertinente, ce fut d'ailleurs, la première utilisation de la télémédecine aux Etats-Unis au début des années 1990. Tout d'abord, la population carcérale est jeune et à risques avec la présence de nombreuses pathologies : VIH, VHC, tuberculose, maladies chroniques, addictions, troubles psychiatriques, etc. Les détenus ont un état de santé dégradé car ils sont fréquemment issus des catégories sociales les plus défavorisées. Elles ont un faible recours au système de santé avant leur incarcération ce qui provoque souvent l'apparition, l'aggravation ou la réactivation de certaines affections. En France, au 1er septembre 2012, près de 264 843 personnes étaient détenues dans 191 établissements pénitentiaires[87]. Cette population carcérale, qui a des besoins médicaux importants, a tendance à augmenter mais aussi à vieillir ce qui accroît également leurs besoins de santé.

Par ailleurs, les contraintes de sécurité sont très fortes dans ces établissements ce qui engendrent des coûts élevés pour assurer les extractions et les escortes. Selon l'article D291 du code de la procédure pénale, « *L'extraction est l'opération par laquelle un détenu est conduit sous surveillance en dehors de l'établissement de détention, lorsqu'il doit comparaître en justice, ou lorsqu'il doit recevoir des soins qu'il n'est pas possible de lui donner dans l'établissement pénitentiaire, ou plus généralement lorsque l'accomplissement d'un acte ne pouvant être effectué dans un établissement pénitentiaire a été reconnu absolument nécessaire et compatible avec la situation de l'intéressé* ». A cela

[87] Données du Ministère de la Justice, consulté le 5 juin 2012 sur : http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/

s'ajoute les difficultés liées à l'éloignement de certains d'établissements pénitentiaires par rapport aux hôpitaux ainsi que la possibilité de consulter certains médecins spécialistes et des plateaux techniques de pointe.

Pour toutes ces raisons la télémédecine est un outil qui permet d'améliorer la qualité et la continuité des soins en établissements pénitentiaires à travers les activités de téléexpertise et de téléconsultation et l'utilisation du dossier patient informatisé de l'établissement pour le suivi de la prise en charge hospitalière. Elle rompt également l'isolement des praticiens exerçant au sein des UCSA et permet de réaliser des économies en évitant les extractions non justifiées liées à une consultation externe et qui représente une charge financière lourde pour l'administration pénitentiaire (700 euros en moyenne et davantage dans les centres pénitentiaires les plus sécurisés en raison de l'importance des ressources mobilisées). Notons que ces économies réalisées par une baisse des extractions concernent essentiellement l'administration pénitentiaire alors que les coûts de mise en œuvre de la télémédecine relèvent de l'administration hospitalière.

Ainsi, les actes de télémédecine en UCSA sont les téléconsultations entre le patient dans l'UCSA et un médecin spécialiste : dermatologues, anesthésistes, spécialistes des maladies infectieuses, psychiatrie, etc. Des téléexpertises sont également effectuées entre les médecins de l'UCSA et les experts à distance, à l'aide de divers supports concernant la pathologie du patient (photos en dermatologie, imagerie médicale, etc.). Enfin, la téléassistance médicale permet une aide à distance pour la réalisation de certains actes (voir Figure 177, p. 345).

1	**Le médecin de l'UCSA prend en charge le patient, l'informe et recueille son consentement**
2	**La secrétaire de l'UCSA demande un rendez-vous par e-mail auprès de la secrétaire du médecin spécialiste et lui transmet les informations cliniques et les éventuels examens du patient (biologie, radiologie, etc.)**
3	**La secrétaire du médecin spécialiste valide le rendez-vous par e-mail auprès de la secrétaire de l'UCSA**
4	**La téléconsultation est réalisée entre le patient, assisté du médecin de l'UCSA et le médecin spécialiste**
5	**Un compte-rendu est réalisé et signé par le médecin spécialiste dans le dossier médical du patient, il peut être consulté par le médecin de l'UCSA**

Figure 177 : Schéma organisationnel entre les médecins de l'UCSA de Bois d'Arcy et les médecins spécialistes des centres hospitaliers de la région Ile-de-France (réalisé à partir du dossier de l'ANAP, 2012b).

Le développement de la télémédecine en milieu carcéral demande à tenir compte de plusieurs spécificités. Tout d'abord, les médecins doivent avoir un lien fort avec l'administration pénitentiaire pour mettre en place une organisation adaptée. Les UCSA sont des unités faiblement équipées en technologies de l'information et de la communication : en France, seulement 12% des UCSA disposaient d'un dossier patient informatisé en 2010, cet élément est pourtant essentiel pour le déploiement de la télémédecine. Enfin de nombreux professionnels de santé connaissent mal la télémédecine : des formations et des explications peuvent ainsi convaincre les médecins retissant à la télémédecine.

Ainsi, toute la pertinence de la télémédecine en milieu carcéral est illustrée à travers l'exemple de l'UCSA de la maison d'arrêt de Bois d'Arcy en Ile-de-France qui vise une amélioration de la santé des détenus grâce à l'accès à une expertise de spécialité médicale, tout en évitant les extractions. Le projet a été créé en 1996 au sein de trois établissement et plus d'une centaine d'actes pour an sont réalisés. Dans cette maison d'arrêt, l'offre de soins est large (prestations relevant de la médecine générale, soins dentaires, consultations spécialisées, permanence de soins, mais aussi actions de prévention et d'éducation pour la santé), ce qui sollicite beaucoup les équipes hospitalières et notamment les infirmiers pénitentiaires. Cette expertise est facilitée par la télémédecine qui permet la formation des professionnels de santé (visioconférences en orthopédie, en dermatologie, etc.) et les consultations de suivi, dans lesquelles plus de 90% des patients sont vus dans la journée grâce à un infirmier qui passe quotidiennement dans la prison et reçoit 120 patients par jour.

Cette expérience de télémédecine montre des bénéfices concernant la qualité de la prise en charge des détenus (accès simplifié aux spécialistes, moins de désagréments liés aux contraintes des visites réalisées lors d'extractions, qualité de suivi augmentée) ainsi que la formation, l'échange et le partage entre les professionnels de santé de l'UCSA (augmentation des compétences acquises lors des échanges en téléconsultations, plus grande facilité d'accès aux spécialistes, élargissement des compétences et des activités réalisées). En effet, la maison d'arrêt a réalisé 2 500 téléexpertises par an en radiologie depuis 2009 (dont 40 en urgence), 20 à 30 téléexpertises par an en cardiologie depuis 1997, 30 à 40 actes par an de téléconsultation d'orthopédie par visioconférence de 2007 à 2010, 16 téléexpertises par mois en dermatologie depuis février 2012, 24 actes par an en moyenne depuis 2008 de téléexpertise en ophtalmologie, mais cette activité est sous-évaluée en raison de l'indisponibilité du matériel à plusieurs reprises sur plusieurs mois ces deux dernières années. Néanmoins, plusieurs facteurs de risques ont été identifiés : il s'agit tout d'abord de la performance des éléments techniques liée au service informatique de l'établissement de référence : le projet repose sur le caractère opérationnel de l'infrastructure réseau et des solutions matérielles et logicielles de télémédecine mises en place. Par ailleurs, il faut être conscient de la dépendance au médecin porteur du projet qui assure un rôle clé puisqu'il conçoit et met en œuvre le projet

médical et technique en lien avec les professionnels de santé du service et des établissements de santé partenaires, mais aussi les directions des établissements concernés.

9.4.5. La prise en charge d'une maladie chronique

Le nombre croissant de personnes atteintes de maladies chroniques constitue un défi majeur pour les systèmes de santé en termes de morbidité, de mortalité, de qualité de la prise en charge et d'impact financier puisque ces patients représentent environ 80% des dépenses de santé (Brunn, Chevreul, 2013). Actuellement en France, le nombre de patients atteints de maladies chroniques est estimé à 17 millions et il sera de 20 millions en 2020. Leur prise en charge constitue ainsi un enjeu majeur de santé publique. Dans un système de santé construit en 1945 sur la prise en charge des patients atteints de maladies aiguës, de nouvelles organisations de l'offre de soins doivent être créées pour répondre aux demandes de soins. Il s'agit par exemple, d'assurer la continuité des soins entre l'hôpital et le domicile du patient, de prévenir les complications et donc d'éviter les hospitalisations, les déplacements aux urgences ou pour des consultations évitables. Il est également important de développer l'éducation thérapeutique pour sensibiliser les patients à leur propre surveillance mais aussi de favoriser la coopération entre professionnels de santé pour une prise en charge des patients dans la globalité de leur santé et ainsi soulager les médecins des suivis médicaux qui peuvent être assurés par d'autres professionnels de santé. En accompagnant ces nouvelles organisations, la télémédecine permet une surveillance des patients à distance ainsi qu'un partage des données médicales à travers le Dossier Médical Partagé (DMP) ou la messagerie sécurisée : ces outils sont au service d'une prise en charge collaborative et de qualité (Savoldelli, Lareng, 2010). Les maladies les plus souvent concernées par la télémédecine sont l'insuffisance cardiaque chronique, l'insuffisance rénale chronique, le diabète, le dépistage des rétinopathies par rétinographie non mydriatique ainsi que le suivi des plaies chroniques, de l'hypertension artérielle, de l'apnée du sommeil et de l'insuffisance respiratoire chronique.

La télésurveillance médicale pour les patients atteints de maladies chroniques est particulièrement adaptée aux besoins de ces patients. En complément des consultations en face à face, la télésurveillance permet des ajustements thérapeutiques à distance dans le but de prévenir la détérioration de l'état du patient grâce au suivi régulier des indicateurs de la pathologie du patient qui peuvent être enregistrés automatiquement (défibrillateurs, ventilateurs, générateurs de dialyse…) ou bien avec la participation du patient (poids, température, glycémie…). La mise en place de systèmes d'alerte et de seuils personnalisés dans les outils de surveillance permet de cibler les actions thérapeutiques nécessaires pour prévenir l'aggravation de l'état de santé du patient. Dans ce cas, la télésurveillance est un soin programmé, situé à l'interface entre des soins de premier et de second recours (voir Figure 174, p. 331).

Ainsi, dans le cas des patients atteints de maladies chroniques dont la demande de soins explose dans l'ensemble des pays développés, la télémédecine constitue également un outil pour faciliter l'accès aux soins, améliorer la qualité des soins grâce à la coopération entre médecins et paramédicaux, favoriser le maintien à domicile pour le confort du patient, rendre le patient acteur de sa santé en l'incluant dans sa surveillance, diminuer les coûts de prise en charge, notamment hospitaliers.

Prenons l'exemple de l'insuffisance cardiaque chronique qui touche près d'un million de français et qui est en augmentation, comme la plupart des maladies chroniques. Le suivi des patients est permis grâce à l'installation d'un terminal au domicile des patients qui leur permet d'entrer tous les jours des paramètres physiologiques (poids, tension, fréquence cardiaque, etc.) et de répondre à des questionnaires sur l'activité physique, la qualité du sommeil, la présence d'essoufflements, etc. Transmises au centre de télésurveillance, ces informations sont susceptibles de générer des alertes qui sont analysées par les professionnels du centre de télésurveillance et qui engendrent, le cas échéant, des actions en fonction des protocoles mis en place. Il s'agit d'anticiper les décompensations de la maladie, de prévenir les hospitalisations ou de réduire la durée, ainsi que les passages aux urgences et les consultations usuelles et d'améliorer la qualité de vie du patient. C'est dans cet objectif qu'un réseau de télésurveillance médicale a été développé en 2001 en Aquitaine pour le suivi à distance des alertes et des évènements des patients porteurs d'un stimulateur cardiaque, d'un défibrillateur cardiaque implantable ou d'un holter rythmique longue durée (voir Figure 178, p. 349). En France, 60 000 stimulateurs cardiaques et 8 000 défibrillateurs sont implantés chez les patients. En 2001, plus de 700 patients ont bénéficié du service de télésurveillance mis en place au CHU de Bordeaux.

Les études réalisées pour vérifier la pertinence de ce projet vis-à-vis de l'ensemble des acteurs concernés montrent des résultats très encourageants. Pour les patients, une amélioration du suivi du traitement et de la qualité des soins est constatée avec un diagnostic plus précoce des problèmes et une prévention de complications. Ils effectuent moins de déplacements avec un gain de temps et une amélioration de la qualité de vie (moins de chocs inappropriés). Ils ont également un plus faible recours aux consultations en face à face et aux hospitalisations dont la durée de séjour est également plus courte. De plus, les patients appareillés éloignés d'un centre d'implantation (patients âgés, transports difficiles et coûteux) ressentent moins leur isolement grâce à la télésurveillance. Pour le cardiologue, la télésurveillance permet d'optimiser son temps en effectuant des consultations efficaces avec une qualité de suivi et une sécurité des soins améliorées.

Néanmoins les études ont également montré certains éléments à améliorer pour la pérennité du projet. Il s'agit de l'absence de modèle financier de la télécardiologie puisque le montant remboursé par l'assurance maladie correspond donc à la prise en charge du dispositif et n'intègre pas l'acte de télésurveillance pour lequel le cadre de rémunération n'est pas encore défini. Il

manque également une interface utilisateur unique et harmonisée de consultation des données de télésurveillance et de gestion des alertes. Enfin, il est important de lever les obstacles culturels, par la communication et la formation, tant auprès des professionnels de santé (cardiologues) que des patients pour les faire adhérer au projet. Pour les cardiologues libéraux, il s'agit par exemple d'accepter la répartition des tâches entre le CHU pour le suivi de la machine de télésurveillance et le cardiologue traitant pour le suivi des pacemakers de base. Pour les patients, l'obstacle culturel concerne l'absence de face-à-face avec le cardiologue mais cette réticence est peu significative puisque le taux de refus de prise en charge au CHU de Bordeaux est inférieur à 1%.

1	Le cardiologue du CHU implante le patient, lui propose de la télésurveillance et recueille son consentement
2	Le cardiologue du CHU consulte le patient hospitalisé en présence d'un Attaché de Recherche Clinique (ARC) qui effectue l'éducation thérapeutique et met en place la télésurveillance
3	L'ARC effectue un suivi à distance avec une gestion quotidienne des alertes avec des notifications par e-mail : - Alerte niveau « vert » : aucune action - Alerte niveau « orange » : demande d'avis au cardiologue par téléphone - Alerte niveau « rouge » : alerte au cardiologue dans les 24h et intervention d'un urgentiste selon les cas.
4	L'ARC assure la traçabilité et la documentation de l'acte dans le dossier du patient depuis une interface utilisateur
5	La secrétaire envoie un compte-rendu tous les trois mois au patient, à son médecin traitant et au cardiologue traitant
6	La secrétaire planifie avec le patient une consultation annuelle en face-à-face avec le cardiologue du CHU

Figure 178 : Schéma organisationnel du réseau de télésurveillance médicale du CHU de Bordeaux pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique (réalisé à partir du dossier de l'ANAP, 2012b).

9.4.6. Les soins en structure médico-sociale ou en hospitalisation à domicile (HAD)

Selon l'INSEE, en 2015, le nombre de personnes âgées dépendantes sera de plus de 2 millions et le nombre moyen d'aidants potentiels par personne âgée dépendante aura tendance à diminuer étant donné le vieillissement de la population.

Dans ce contexte, la télémédecine peut constituer un outil pour assurer une meilleure prise en charge de ces patients dans leur lieu de vie, à tout moment, en limitant les risques liés à leur âge et à leur(s) pathologie(s). Le service médical rendu est ainsi amélioré, le nombre d'hospitalisations réduit, tout comme les risques liés aux déplacements des patients. La relation avec l'équipe de santé qui prend en charge ces patients est de meilleure qualité car plus sereine, ce qui génère de meilleures perceptions du soin chez les patients.

Pour les professionnels de santé, la télémédecine au service des personnes dépendantes permet d'économiser le temps médical ou soignant en évitant les déplacements notamment en territoires isolés tout en maintenant une offre de soins de proximité. Le médecin gagne en confort d'exercice en évitant des déplacements souvent longs et coûteux dans les territoires isolés. Pour les paramédicaux, la réalisation de téléconsultations permet d'accroître leurs compétences grâce aux échanges réguliers avec le médecin à travers des actes techniques tels que l'utilisation d'une sonde échographique. L'assurance et le soutien, apportés par le médecin aux paramédicaux, favorisent une amélioration de la qualité de travail notamment en situation de crise. Néanmoins, le temps de téléconsultation est plus long qu'en face-à-face et il exige un niveau de concentration plus important pour le médecin. Ces téléconsultations sont donc des soins programmés, situés à l'interface entre des soins de premier et de second recours (voir Figure 174, p. 331).

C'est dans ce contexte que le réseau de télémédecine Télégéria© a été créé en 2004 afin d'améliorer la prise en charge des personnes hospitalisées dans l'hôpital gériatrique Vaugirard Gabriel-Pallez en permettant un accès plus aisé aux spécialistes de l'Hôpital européen Georges Pompidou (voir Figure 179, p. 351). Les coordinateurs du projet ont souhaité développer des téléconsultations pour éviter que des personnes âgées, ayant des déficits cognitifs (voire une démence sévère), se déplacent d'un hôpital à l'autre afin de consulter un spécialiste. Tandis que seulement trois kilomètres séparent les deux établissements, le déplacement aller-retour des patients nécessite plusieurs heures (préparation à la sortie, retards de l'ambulance, attente avant la consultation, temps de la consultation, attente de l'ambulance, etc.), ce qui génère du stress et de la fatigue pour les personnes âgées. L. Esterle *et al.* (2011) ont étudié précisément le fonctionnement de ce réseau de télémédecine et ils montrent que l'activité de téléconsultation nécessite une délégation de tâches du professionnel de santé accompagnant le patient vers un médecin spécialiste de l'hôpital européen Georges Pompidou. Cette délégation modifie en profondeur les relations entre professionnels de santé puisque des soignants effectuent des actes de diagnostic clinique qui ne leurs sont habituellement pas confiés. Cette coopération interprofessionnelle modifie alors les perceptions de responsabilité, de confiance et de jugement entre les acteurs. Les auteurs soulignent également l'importance du rôle d'un médecin coordinateur du projet et de ses acteurs. Tout comme pour les projets de maisons de santé, le coordinateur doit avoir de nombreuses qualités. Il doit avoir des compétences techniques en télémédecine lui permettant d'interagir avec l'ensemble des acteurs (industriels ou

institutionnels), dans le domaine de l'information et de la communication. Il doit également être capable de faire appliquer les règles juridiques et éthiques concernant la pratique de la télémédecine tout en veillant au respect de la confidentialité et de la sécurité des données. Ces normes sont indispensables pour que le médecin coordinateur puisse déléguer une partie de ses tâches à une assistante en télémédecine qui assure les tâches quotidiennes techniques et organisationnelles. Enfin, le coordinateur doit avoir des qualités d'écoute afin de recueillir les besoins de tous les acteurs du projet et de proposer une amélioration du dispositif.

1	L'infirmière de l'hôpital ou de l'EHPAD prend en charge le patient, l'informe et recueille son consentement
2	L'infirmière sollicite un rendez-vous auprès de l'assistante de télémédecine qui assure la coordination des acteurs et prépare le dossier (informations cliniques, examens biologiques, imagerie, etc.)
3	L'infirmière valide le rendez-vous auprès de l'assistante de télémédecine
4	Le médecin ou le professionnel de santé de l'hôpital (ou de l'EHPAD) effectue une téléconsultation ou une téléexpertise auprès du patient assistée par un médecin spécialiste de l'hôpital européen Georges-Pompidou
5	Le médecin spécialiste de l'hôpital européen Georges-Pompidou réalise un compte-rendu sous forme vidéo et écrit qui est reste accessible par les professionnels de santé de l'hôpital (ou de l'EHPAD)

Figure 179 : Schéma organisationnel du réseau Télégéria© de télémédecine en gériatrie à l'hôpital européen Georges-Pompidou (réalisé à partir du dossier de l'ANAP, 2012b).

Ainsi, pour les patients dépendants résidants en Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), l'enjeu majeur est d'éviter les déplacements des patients qui sont souvent affaiblis et perturbés par une visite à l'hôpital. Cela permet également une diminution des dépenses de santé. La télémédecine permet l'accès à de nombreuses consultations de médecins spécialistes qui assurent un diagnostic de qualité au cœur des lieux de vie des patients. Depuis, sa création, le réseau Télégéria a effectué 1 350 sessions dans près de 20 spécialités.

9.5. La télémédecine au sein d'une maison de santé : analyse détaillée de la téléexpertise dans les Fenouillèdes

Le projet de téléexpertise au sein de la maison de santé permet à des patients âgés de bénéficier d'échographies interprétées par leur médecin généraliste et validées par un radiologue de la Clinique de Perpignan. Cette expérimentation est analysée à travers un entretien avec le Dr Vedrenne (voir partie 8.4, page 307), responsable du projet.

9.5.1. Une prise en charge de qualité et sans risque pour les patients souffrant de symptômes abdominaux aigus

La naissance de cette expérimentation est née d'un constat simple explique le Dr Vedrenne : de nombreuses personnes âgées souffrent de symptômes abdominaux douloureux. Par sécurité, les médecins généralistes de Saint-Paul-de-Fenouillet les évacuent rapidement vers des centres de radiologie à Perpignan situés à quarante minutes, or « *souvent il s'agissait de problèmes bénins de constipation ou de transit lent et ces personnes atterrissaient dans des services d'urgences et restaient souvent sur des brancards pendant toute une nuit parce que les services étaient saturés. Ils attrapaient des infections nosocomiales et revenaient souvent en mauvais état* ». Le Dr Vedrenne s'est alors demandé si ces patients ne pouvaient pas bénéficier d'un contrôle à domicile ou dans la maison de santé pour permettre d'éliminer toute pathologie urgente, ce qui permet une surveillance des patients à leur domicile. Dans cet objectif, le Dr Vedrenne a souhaité que l'échographe soit un appareil portable permettant d'effectuer des clichés dans la maison de santé et au domicile du patient ce qui constitue un élément important puisque les patients sont des personnes âgées de plus de 70 ans ayant des syndromes abdominaux aigus. Depuis peu, le Dr Vedrenne a souhaité également intégrer dans ce dispositif les personnes ayant entre 60 et 70 ans, car elles aussi, rencontrent fréquemment cette pathologie.

9.5.2. La téléexpertise : une coopération en temps réel entre le médecin généraliste et le radiologue

Le médecin généraliste effectue des clichés qui sont réceptionnés dans la mémoire de l'échographe, puis l'appareil est ramené à la maison de santé. Les images sont ensuite transmises en temps réel, par l'intermédiaire d'une ligne internet spécifique, à un radiologue à la clinique Saint-Pierre à Perpignan. Notons qu'il est obligatoire d'obtenir le consentement du patient pour la transmission des clichés au radiologue. « *Au départ, nous pensions que nous nous contenterions de faire comme les manipulateurs en radiologie, en faisant quatre ou cinq prises pour le radiologue, mais nous avons été intéressés par l'échographie en médecine générale et nous avons décidé de faire une*

formation ». Ainsi, le radiologue interprète les clichés, indique aux médecins généralistes si son diagnostic est similaire aux leurs, il rédige et signe un compte-rendu qui est transmis par mail aux médecins généralistes de la maison médicale. Selon l'avis du radiologue, le patient est alors hospitalisé (cholécystites) ou bien surveillé à son domicile (constipations) : cela permet d'éviter le transport du malade. Seuls l'échographe et l'image sont transportés (voir Figure 180, p. 353).

1	**Le médecin généraliste prend en charge le patient, l'informe et recueille son consentement pour transmettre ses clichés au radiologue**
2	**Le médecin généraliste effectue des clichés à l'aide d'un échographe portable à la maison de santé ou bien au domicile des patients**
3	**Depuis la maison de santé, le médecin généraliste propose un diagnostic et envoie les clichés enregistrés dans l'échographe vers le radiologue de Perpignan**
4	**Le radiologue interprète les clichés, rédige et signe un compte-rendu qui valide ou non le diagnostic du médecin généraliste.**
5	**Le médecin généraliste décide d'une hospitalisation du patient ou de sa surveillance à domicile**

Figure 180 : Schéma organisationnel de la téléexpertise réalisée par les médecins généralistes de la maison de santé pluriprofessionnelle de Saint-Paul-de-Fenouillet (Pyérénées-Orientales) et les radiologues de la Clinique Saint-Pierre à Perpignan.

Cette activité s'effectue seulement durant les heures d'ouverture du cabinet médical, le Dr Vedrenne précise qu'il n'est pas question de le faire dans le cadre de la permanence des soins et de l'urgence. Le processus de lecture par le radiologue n'a pas encore été testé étant donné que cette expérimentation est en cours de validation par l'ARS. Dès la validation du certificat d'échographie, la téléexpertise pourra débuter. Le besoin est tel que le Dr Vedrenne et son associé prévoient d'effectuer entre cinq et dix échographies par jour pour un flux moyen de cinquante patients par jour. Notons également que, contrairement aux cinq réseaux de télémédecine que nous avons étudiés précédemment, les paramédicaux ne sont pas associés à cette expérimentation puisque, selon le Dr Vedrenne, la téléexpertise est un acte strictement médical : le médecin peut donc effectuer seul l'acte d'échographie et partager son interprétation avec le radiologue.

9.5.3. Un enthousiasme partagé par l'ensemble des acteurs mais aucune aide pour le financement de cette expérimentation

Le projet a suscité l'enthousiasme de tous les acteurs : « *les patients sont très contents de nous voir arriver avec l'échographe* ». Mais le Dr Vedrenne regrette que l'ARS ne l'ait pas soutenu dans sa démarche : « *Les membres de l'ARS ont été loin de ma problématique, ils pensaient que l'arrivée d'un échographe dans une maison de santé ou dans les mains d'un généraliste pouvait être générateur d'un coup supplémentaire pour l'Assurance Maladie, ils pensaient que notre but était uniquement de coter des actes d'échographie. Or, ce n'est pas du tout le but car pour les coter nous devons passer un examen mais moi je ne l'ai pas fait pour ça, mais uniquement pour améliorer l'offre de soins* ». L'ARS n'a donc pas souhaité soutenir financièrement cette expérimentation.

Les seules aides dont a pu bénéficier le Dr Vedrenne pour ce projet, sont celles de l'URPS des médecins libéraux qui a financé la formation pour cet expertise médicale et les réunions pour la mise en place du projet. Le Dr Vedrenne et son associé assument seuls la location de l'échographe (560 euros par mois) et le paiement de la ligne Internet permettant la transmission des clichés (500 euros par an).

9.5.4. L'importance d'une formation pour effectuer des échographies

Tout médecin généraliste peut effectuer, sans formation spécifique, des actes de radiologie, d'échographie ou les électrocardiogrammes, mais le Dr Vedrenne précise qu'il est préférable d'effectuer cette formation, qui est validée par un examen. Le médecin généraliste qui effectue ces examens, rédige et signe le compte-rendu médical, donc il engage sa responsabilité. En cas d'erreur médicale, le patient (ou la famille) peut reprocher au médecin de ne pas avoir la formation spécifique. Il n'y a pas de rémunération pour un acte de téléexpertise. Mais cette formation permet aux médecins généralistes de coter l'acte d'échographie. Or, le Dr Vedrenne explique que cette cotation impose aux médecins de vérifier chacun des organes du patient[88], ce qui demande beaucoup de temps et qui n'intéresse pas forcément les médecins qui ciblent une pathologie : « *Je ne fais pas des échographies dans le but de coter ces actes. Pour moi, l'échographe doit aider le médecin généraliste dans son diagnostic, mais nous ne sommes pas radiologues, loin de là* ». A cet égard, il est important de remarquer que deux médecins ne peuvent pas être rémunérés pour le même acte, les médecins généralistes laisseront donc aux radiologues la rémunération liée à l'interprétation des clichés.

Ainsi, l'expérience du Dr Vedrenne montre que la télémédecine est tout à fait adaptée aux structures interprofessionnelles que sont les maisons de santé. Elle constitue un service précieux

[88] Les radiologues qui cotent des actes d'échographies sont obligés de vérifier l'ensemble des organes des patients.

pour une population rurale éloignée des médecins spécialistes. Dans notre étude, la téléexpertise permet aux populations âgées qui souffrent de symptômes abdominaux aigus d'obtenir un diagnostic rapide de leur pathologie par un médecin généraliste formé et validé par un radiologue. Etant donné que le médecin généraliste ayant une formation en échographie peut rédiger lui-même un compte-rendu médical et en assumer les responsabilités, il s'agit d'avantage d'appui pour le diagnostic en lien avec le radiologue (voir Figure 174, p. 331). La téléexpertise permet l'accès à un service de soins spécialisé pour lequel les personnes âgées obtiennent le diagnostic d'un radiologue tout en évitant des déplacements et des hospitalisations inutiles. Elle développe donc également des liens entre les médecins généralistes ruraux et les médecins spécialistes exerçant en milieu urbain.

9.6. Conclusion

Dans les pays occidentaux, l'allongement de la durée de vie, la progression constante de la prévalence des maladies chroniques liées au vieillissement génèrent une demande croissante de soins, tandis que le nombre de médecins ne va cesser de diminuer jusqu'en 2020, en raison de nombreux départs à la retraite (Attal-Toubert, Vanderschelden, 2009). Le système de santé est donc dans une situation difficile, propice à l'émergence de nouvelles organisations. Les maisons de santé pluriprofessionnelles constituent une réponse pertinente au même titre que la télémédecine qui, comme l'indique P. Simon (2010), Président de l'Association Nationale de Télémédecine (ANTEL) : « *est un levier, parfois incontournable, pour restructurer l'offre de soins, qu'elle soit libérale ou publique, ambulatoire ou hospitalière, afin d'améliorer l'accès aux soins et réduire la perte de chances. Elle permet ainsi de nouvelles pratiques médicales et paramédicales ainsi que de nouvelles organisations de soins* ». Ce levier est particulièrement intéressant pour permettre l'accès à des soins spécialisés aux populations résidant dans des territoires ruraux ou isolés. En revanche, 82% des Français ne sont pas favorables à consulter un médecin généraliste à distance par Internet avec une webcam[89].

La télémédecine constitue également un outil intéressant pour le décloisonnement des secteurs sanitaire et médico-social, hospitalier et ambulatoire, médical et paramédical à travers des pratiques coopératives. Favorisée par des systèmes d'information performants tels que le DMP, cette coopération augmente la qualité des soins en permettant par exemple de réduire le nombre d'examens médicaux redondants ou la fréquence des interactions médicamenteuses responsables de milliers de décès selon le Ministère de la Santé. Mais une incertitude demeure quant à sa capacité à réduire les coûts : si elle laisse espérer plus d'efficacité économique, elle pourrait aussi offrir de nouveaux services, entraînant des dépenses supplémentaires. L'enjeu du déploiement de la télémédecine est donc moins économique que qualitatif (Reynaudi, Sauneron, 2011).

La loi HPST a officialisé les notions de premier et second recours. La télémédecine contribue à l'amélioration de l'accès aux soins grâce à une offre organisée selon des degrés de spécialisation : ce continuum de soins contribue à une orientation ciblée du patient dans un système intégrant le domicile, les soins programmés et non programmés de premier, second et troisième recours et le secteur le médico-social (voir Figure 174, p. 331). Ainsi, les maisons de santé peuvent également être reliées à un réseau de télémédecine pour assurer la télésurveillance médicale des maladies chroniques au domicile des patients mais aussi pour obtenir des avis de médecins spécialistes dans

[89] Enquête du Groupe Europ Assistance et le Cercle Santé Société à partir d'une enquête téléphonique menée par l'institut CSA auprès d'un échantillon de 5500 répartis sur dix pays (Allemagne, France, Grande-Bretagne, Italie, Suède, Pologne, Etats-Unis, Autriche, Espagne et République Tchèque) entre mai et juin 2011. http://www.csa.eu/multimedia/data/etudes/etudes/etu20110600-les-soins-de-sante-en-europe-et-aux-etats-unis.pdf

le cadre de cette télésurveillance médicale et de la coordination des soins qu'ils ont mission d'assurer (Chanliau, Simon, 2010).

L'étude des dispositifs existants de télémédecine montre la nécessité d'un médecin coordinateur dans chaque projet qui assure le développement de la télémédecine (Esterle *et al.*, 2011). L'apprentissage des nouvelles pratiques de télémédecine et des nouveaux métiers, tels que le médecin coordinateur ou l'assistant de télémédecine, doit s'accompagner d'un enseignement universitaire pluridisciplinaire pour les professionnels de santé (Simon et Acker, 2008 ; Lasbordes, 2009).

Enfin, l'expérience du Dr Vedrenne montre que la télémédecine est tout à fait adaptée aux maisons de santé. Cette nouvelle organisation de soins est un service précieux pour une population rurale éloignée des médecins spécialistes. Ainsi, en milieu rural, la télémédecine et les maisons de santé constituent des outils d'aménagement du territoire puisqu'ils favorisent un accès durable à des soins de professionnels paramédicaux, de médecins généralistes ou spécialistes. La concertation et la coordination des professionnels de santé sont au cœur de ces services et permettent de produire des soins de qualité.

Conclusion et perspectives

- *L'accès aux soins : un enjeu géographique majeur*

L'étude des attentes et des enjeux des principaux acteurs de santé concernant le système de santé montre que l'accès à des soins de qualité est une préoccupation majeure des pouvoirs publics, des patients et des médecins (Figure 15, p. 44). Les pouvoirs publics ont la volonté de garantir l'accès aux soins de premier recours, quelles que soient les conditions sociales des individus, sur l'ensemble du territoire (territoires enclavés ou zones urbaines sensibles). Bien que notre système de santé soit l'un des plus performants pour organiser et délivrer des soins, la mortalité évitable ainsi que les inégalités socioéconomiques et géographiques sont élevées.

Dans un contexte de transition démographique (vieillissement de la population) et de transition épidémiologique (augmentation des pathologies graves et chroniques), la santé est également une priorité majeure des Français. La qualité des soins reçus, la rapidité d'accès aux examens et soins médicaux, l'égalité d'accès aux soins grâce au principe d'universalité du système de protection sociale constituent les attentes prioritaires de la population. Par ailleurs, les patients s'émancipent dans la prise en charge de leur santé, l'accès à de nombreuses sources d'information change leurs relations avec leur médecin : ils ont alors un rôle actif dans le processus de décision concernant leur traitement.

Le corps médical veille également au maintien d'un accès aux soins pour tous sur les territoires. La forte baisse du numerus clausus pour l'entrée en faculté de médecine dans les années 1990, les nombreux départs à la retraite liés au vieillissement de la population médicale, le faible attrait pour l'exercice libéral, sont autant de difficultés démographiques auxquels les médecins doivent faire face. Ainsi, les médecins ont des difficultés pour trouver des successeurs, l'offre de soins de premier recours est difficilement maintenue en milieu rural et de plus en plus de médecins sont en situation d'épuisement professionnel (*burn out*). Face à cette situation, certains médecins souhaitent s'adapter aux aspirations de la jeune génération en développant des modes d'exercice groupés avec des coopérations pluriprofessionnelles soutenues par les pouvoirs publics. L'installation de jeunes médecins nécessite une attractivité et un dynamisme démographique et économique des territoires avec la présence de services de proximité et de santé.

Ainsi, l'accès aux soins est un sujet géographique : les concepts et méthodes de cette discipline offrent un cadre théorique pour construire une définition et des mesures pertinentes. Le territoire est le produit d'un système dans lequel les acteurs ont des perceptions qui influencent leurs actions d'aménagement et de développement des territoires. Les perceptions des acteurs constituent un élément essentiel de la définition de l'accès aux soins et de ses obstacles. La

distance et les réseaux sur des territoires hétérogènes ainsi que la recherche d'équité spatiale à travers la notion de proximité sont des outils majeurs des acteurs de santé pour aménager l'accès aux services de soins en France.

- *Le concept d'accès aux soins et sa mesure en sciences sociales*

L'analyse des différentes définitions du concept d'accès aux soins relève de la construction des concepts en sciences sociales. L'accès aux soins correspond à l'accès à un service de soins dont l'adéquation entre l'offre et la demande ainsi que l'échange d'information entre le prestataire et le consommateur sont au cœur des logiques d'organisation. S'appuyant sur des hypothèses d'un espace isotrope avec des acteurs économiques rationnels, W. Christaller (1933) a proposé un modèle qui place la distance au cœur des logiques d'organisation et de localisation de l'offre de services. Puis les théories reposant sur un espace isotrope et sur la distance laissent place à des approches plus riches qui intègrent des facteurs humains et sociaux liés au bien-être, aux comportements et aux perceptions. La conceptualisation de l'accès à un service, notamment de soins, doit prendre en compte la diversité des comportements des acteurs dans un espace fortement hétérogène, selon une approche multidimensionnelle relevant des sciences sociales.

L. A. Aday et R. M. Andersen (1974) ont ainsi développé un cadre conceptuel de l'accès aux soins à travers la mesure des caractéristiques de la population, celles du système de santé, de l'utilisation des services de soins ainsi que les retours d'expériences après l'obtention des soins (voir Figure 28, p. 94). Cependant, l'interprétation des résultats de ce modèle n'est pas aisée pour l'identification de la nature des difficultés d'accès aux soins. R. Penchansky et J. W. Thomas (1981) ont ainsi précisé les dimensions qui constituent le concept d'accès afin de mieux identifier la nature des obstacles associés. Ils proposent un score correspondant à la satisfaction des patients qui est une mesure opérationnelle pour chaque dimension. J. Frenk (1992) considère un obstacle comme un indicateur de résistance concernant la nature des difficultés que peuvent rencontrer les patients durant leur parcours, depuis leurs besoins ressentis jusqu'à l'obtention des soins.

Ces travaux permettent d'identifier les difficultés des patients mais sans en préciser leurs causes. Afin de pouvoir réaliser un diagnostic qui détermine les causes de ces difficultés, il est nécessaire de préciser le cadre conceptuel de l'accès aux soins. L'analyse géographique apporte un autre regard, dans lequel le rôle des perceptions et des interactions des acteurs sont au cœur de la dynamique des territoires. Or, les précédentes conceptualisations de l'accès aux soins ne considéraient que les patients à travers leurs besoins, leurs difficultés, leurs utilisations des services de soins, l'amélioration de leur état de santé, leurs perceptions et en retour, leurs appropriations et leurs adaptations au système de santé. Pourtant, les professionnels de santé sont également des acteurs majeurs créant l'offre de soins qu'ils développent et organisent sur les territoires. La prise

en compte des perceptions des patients et des médecins est donc indispensable pour identifier les causes des difficultés d'accès aux soins. Nous définissons ainsi l'accès aux soins comme étant à l'interface entre d'une part, les caractéristiques sociodémographiques et les besoins de santé des patients et d'autre part, un système de santé composé de services permettant la délivrance de soins (voir Figure 32, p. 108). Cette démarche a l'avantage d'analyser les relations entre les caractéristiques des patients et les caractéristiques des territoires comme l'ont proposé L. A. Aday et R. M. Andersen (1995). Elle intègre également l'analyse des difficultés d'accès aux soins en attachant une grande importance au rôle des perceptions et de la satisfaction des patients selon R. Penchansky et J. W. Thomas (1981). L'accès aux soins ne peut être analysé qu'en considérant le rôle de l'ensemble des acteurs de santé, en particulier les pouvoirs publics et les professionnels de santé dont les caractéristiques sociodémographiques imposent de fortes contraintes sur l'organisation de l'offre de soins (nombres de médecins, charges de travail, difficultés pour trouver un successeur, etc.).

Les indicateurs quantitatifs relatifs à l'accès aux soins constituent une demande des décideurs publics et privés qui souhaitent avoir une représentation cartographique synthétique des inégalités d'accès aux soins sur un territoire. L'utilisation des indicateurs pour une représentation cartographique de l'accès est particulièrement intéressante s'il s'agit d'une dimension très précise, comme, par exemple, la proximité en distance-temps par rapport à un service d'urgence. Cependant, le calcul d'une unique valeur d'une variable par unité spatiale ne correspond pas à une mesure du concept de l'accès qui est intrinsèquement multidimensionnel. Ainsi, l'élaboration d'un indicateur demande une grande rigueur : il résulte d'un compromis entre la disponibilité des données nécessaires au calcul, la facilité de l'interprétation des valeurs et sa relation vis-à-vis du concept d'accès.

- *Deux enquêtes pour comprendre les difficultés des patients et leurs causes*

Nous avons mené une enquête pour d'obtenir des données de référence pour un ensemble représentatif de la population du Languedoc-Roussillon. Les données liées à la satisfaction et aux difficultés des patients pour consulter un médecin généraliste et spécialiste ainsi que leurs comportements en matière de renoncement constituent des éléments essentiels pour établir un diagnostic de l'accès aux soins.

Les résultats montrent que trois personnes sur dix expriment des difficultés pour consulter un médecin généraliste et près d'une sur dix renonce à consulter. L'attente en cabinet est la principale difficulté pour 15% des patients. Les perceptions des difficultés dépendent de l'âge des patients, de leurs catégories socioprofessionnelles et de leur adhésion à une complémentaire santé. Contrairement aux autres études qui s'intéressent essentiellement aux obstacles financiers et

géographiques pour se rendre au cabinet, l'enquête montre l'importance de l'adaptation de l'organisation du cabinet aux contraintes des patients : par exemple, la possibilité d'obtenir une consultation sur rendez-vous diminue l'attente en cabinet. Ainsi, les difficultés des patients se situent à l'interface entre leurs modes de vie et l'organisation de l'offre de soins (attente en cabinet, possibilité de prendre des rendez-vous, etc.).

Par ailleurs, malgré la forte hétérogénéité démographique de la région Languedoc-Roussillon, la nature et l'intensité des difficultés pour consulter un généraliste ne dépendent pas du département dans lequel résident les patients et les écarts sont faibles entre les types d'espaces selon le zonage en aires urbaines de l'INSEE. Les difficultés liées au trajet n'étant pas un obstacle majeur quel que soit le territoire considéré, les indicateurs reposant sur la distance à l'offre de soins ne semblent pas pertinents. Il s'agit d'un résultat majeur de la thèse qui remet en cause les hypothèses concernant une analyse seulement financière ou géographique de l'accès aux soins.

Une majorité de patients interrogés (68%) rencontre des difficultés pour consulter un médecin spécialiste en Languedoc-Roussillon. Le manque de disponibilité du médecin pour obtenir un rendez-vous est la principale difficulté et 23% des personnes ont renoncé pour ce motif. Une relation de dépendance est observée entre la présence de cette difficulté et le mode de vie des patients : elle concerne davantage les personnes âgées entre 35 et 64 ans, ayant un niveau de diplôme élevé (Master et plus), des revenus du foyer relativement élevés (supérieurs à 3 000€) et qui sont plus souvent des cadres supérieurs. Les habitants des communes rurales multipolarisées ou isolées ont également plus de difficultés liées au trajet pour se rendre au cabinet du spécialiste.

L'enquête montre également que les personnes interrogées résidant en zones urbaines sensibles n'ont pas de différences significatives de comportement par rapport aux habitants des grands pôles urbains concernant leur satisfaction, leurs difficultés ou le renoncement aux consultations des généralistes et des spécialistes.

Afin d'identifier les causes d'une inadéquation entre l'offre et la demande de soins, il est important de tenir compte des perceptions des professionnels de santé dont les caractéristiques sociodémographiques impliquent des contraintes sur l'organisation de l'offre de soins (nombre de médecins, quantité de travail, difficultés pour trouver un successeur, etc.). Cette démarche est innovante puisqu'elle confronte les perceptions des patients et des médecins concernant des obstacles multidimensionnels de l'accès.

L'enquête auprès des médecins généralistes montre qu'ils partagent les mêmes perceptions que les patients concernant leur principale difficulté pour consulter un médecin : le temps d'attente en cabinet médical. Mais les médecins évoquent cette difficulté en seconde position,

après les difficultés financières liées au montant des soins prescrits restant à la charge des patients. De même, les médecins spécialistes ont conscience que le manque de disponibilité du médecin pour obtenir un rendez-vous est une difficulté pour leurs patients mais ils ne la mentionnent qu'après les difficultés financières et celles liées au trajet pour se rendre au cabinet médical. En revanche, les patients, les généralistes et les spécialistes partagent un même constat concernant les trois premières spécialités pour lesquelles les patients ont le plus de difficultés pour être pris en charge : l'ophtalmologie, la dermatologie et la gynécologie.

L'étude révèle également qu'en Languedoc-Roussillon, région où la densité médicale est pourtant l'une des plus élevées de France, les généralistes et spécialistes ressentent un déséquilibre entre l'offre et la demande : ils ont le sentiment qu'il manque des médecins actuellement (44%), qu'il en manquera dans cinq ans (78% pour les généralistes et 71% pour les spécialistes) et qu'ils travaillent trop (63% et 43%). Ces constats sont présents sur l'ensemble des territoires et plus particulièrement dans les communes rurales isolées. Ainsi, pour réduire les délais de prise en charge des patients, les médecins sont favorables à plusieurs changements majeurs dans l'organisation de leur profession : se regrouper avec d'autres confrères de la même spécialité pour la continuité et la permanence des soins, travailler avec un associé ou un collaborateur et dans une moindre mesure, déléguer une partie des tâches effectuées à un collaborateur paramédical libéral ou salarié. De plus, 22% des généralistes et 27% des spécialistes sont prêts à effectuer des consultations avancées dans certains territoires ruraux isolés dans lesquels il est difficile de consulter un médecin.

Cette enquête auprès des médecins permet ainsi d'identifier les adaptations nécessaires pour améliorer l'accès aux consultations, qu'il s'agisse du système de soins (augmentation du *numerus clausus*, diminution de la charge administrative, etc.) ou des acteurs (organisation des médecins pour diminuer les délais de prise en charge des patients, organisation des patients pour disposer de temps pour consulter un médecin, etc.). La prise en compte des perceptions des médecins permet donc d'identifier les causes des difficultés des patients mais aussi les solutions envisagées concernant le développement et l'organisation de l'offre de soins sur les territoires auxquels ils participent.

- *Les maisons de santé pluriprofessionnelles et la télémédecine : des solutions durables pour un accès à des soins de qualité*

Le regroupement, principale solution envisagée par les médecins pour diminuer les délais de prise en charge des patients, constitue l'organisation des soins de proximité de demain. Dans de nombreux pays occidentaux, le développement des coopérations est présenté comme une solution pour pallier la pénurie de médecins, améliorer la qualité et la continuité des soins et maîtriser la

croissance des dépenses de santé. En France, l'exercice médical groupé est moins répandu mais il est devenu depuis peu, majoritaire. A l'étranger, ces regroupements favorisent la création d'une collaboration forte entre les médecins et les infirmiers : l'accès aux soins de premier recours est alors amélioré grâce à la réduction des délais de prise en charge des patients. Les infirmiers assurent les soins courants et prennent en charge les patients atteints de maladies chroniques permettant ainsi de renforcer le temps médical des médecins. Cette évolution ne s'observe pas en France : les infirmiers sont réticents à intégrer les maisons de santé. Ils craignent un lien de subordination avec les médecins et ne souhaitent pas assumer les coûts de fonctionnement de la structure de groupe tandis que les visites au domicile des patients sont davantage valorisées financièrement.

Les professionnels de santé coordinateurs de projets de maisons de santé doivent franchir de nombreux obstacles et démarches administratives pour réaliser leur projet : rédiger un projet de santé et un projet professionnel détaillés, créer une structure juridique adaptée, développer une stratégie économique viable, savoir manager une équipe, créer une dynamique en tenant compte des craintes et des attentes de chaque membre de la maison, etc. Malgré ces difficultés, les projets de maisons de santé se multiplient en France, car les patients, les médecins et les pouvoirs publics reconnaissent que ces regroupements offrent à la population un service de soins de proximité durable et de qualité.

Notre analyse des maisons de santé pluriprofessionnelles ainsi que le retour d'expérience d'un coordinateur de maison de santé à travers un entretien semi-directif montre également que le regroupement constitue une organisation de l'offre de soins durable à l'initiative des acteurs locaux (Figure 173, p. 326). Le souhait de créer une telle structure émane des besoins des acteurs locaux (médecins, patients et pouvoirs publics) qui désirent tous maintenir une offre de soins de premier recours sur leur territoire. Plusieurs éléments contribuent à la qualité du service de soins : la coordination et la coopération entre les professionnels de santé à travers le partage d'expériences et la complémentarité des approches, la formation continue, l'accueil de stagiaire, le dossier patient partagé, la mise en place de protocoles de soins pour la prise en charge des pathologies chroniques et l'éducation thérapeutique, etc. Les maisons de santé sont également des lieux pour promouvoir de nouveaux services à la population, tels que le suivi coordonné pour les maladies chroniques, les activités de prévention et d'éducation thérapeutique mais aussi les consultations avancées de spécialistes et les activités de télémédecine.

Ainsi, en créant une maison de santé pluriprofessionnelle, chacun des acteurs atteint son objectif en matière d'accès aux soins. Les patients bénéficient d'une offre de soins de qualité, durablement installée sur leur territoire grâce aux médecins qui ont su s'organiser en tenant compte des nouvelles aspirations de la jeune génération pour lutter contre la baisse de la

démographie médicale et grâce aux pouvoirs publics qui les ont soutenus. La construction de ces structures groupées est donc un enjeu d'aménagement qui contribue à l'attractivité et au développement équilibré des territoires et qui créée les conditions d'un dynamisme démographique et économique.

Par ailleurs, dans un contexte de transitions démographiques et épidémiologiques, la télémédecine constitue également une nouvelle organisation pour favoriser l'accès à des soins de qualité. En effet, la télémédecine est organisée selon des degrés de spécialisation : ce continuum de soins contribue à une orientation ciblée du patient dans un système intégrant le domicile, les soins programmés et non programmés de premier, second et troisième recours et le secteur médico-social (voir Figure 174, p. 331). La concertation et la coopération des professionnels médicaux et paramédicaux sont au cœur de ces services et permettent de produire des soins de qualité par exemple, en réduisant les examens médicaux redondants ou la fréquence des interactions médicamenteuses, grâce notamment au recueil des données des patients dans un DMP.

L'analyse de cinq réseaux de télémédecine en France ainsi que l'expérience du Dr Vedrenne montrent que ce service de soins constitue un outil d'aménagement du territoire en favorisant un accès durable à des soins délivrés par des généralistes, des spécialistes ou des paramédicaux, en particulier, dans des territoires ruraux ou isolés.

- *Les perspectives concernant une définition opérationnelle de l'accès aux soins*

Pour compléter la définition du concept d'accès aux soins, une mesure opérationnelle doit être précisée à l'aide d'indicateurs et de données. Nous avons pu observer l'importance des enquêtes pour connaître les perceptions des acteurs concernant leurs principales difficultés, sans lesquelles l'interprétation d'indicateurs d'accès potentiel n'est pas pertinente. Ainsi, une perspective de ce travail serait de constituer un questionnaire simplifié auprès des patients et des médecins comprenant les variables les plus déterminantes pour identifier la nature des difficultés des acteurs. Ces études permettront également d'explorer un zonage différent de celui des aires urbaines et d'identifier les caractéristiques sociodémographiques reliées aux difficultés des patients et des médecins (nombre d'habitants, âge, répartition des catégories socioprofessionnelles, la fréquentation des cabinets médicaux).

L'élaboration d'un indicateur synthétique permettant d'obtenir une représentation cartographique du niveau de difficultés d'accès aux soins des patients, correspond à une forte demande des pouvoirs publics et des acteurs impliqués dans l'organisation et le développement de l'offre de soins. Cependant, un indicateur ne peut pas représenter directement le concept d'accès

aux soins, il doit donc être interprété avec prudence. Dans ce contexte, les enquêtes concernant les perceptions d'accès aux soins selon les patients et les médecins, constituent un ensemble de données de référence pour analyser et comparer la validité des indicateurs d'accès potentiel.

Ainsi, il serait intéressant de réaliser une étude statistique afin d'analyser les relations entre les valeurs calculées des indicateurs d'accès potentiel pour chaque commune (tels que le *two-step floating catchment area* et l'accessibilité potentielle localisée) et la satisfaction, les difficultés et le renoncement des patients, à l'aide de régressions logistiques ou d'une analyse de variance. Les résultats permettront de sélectionner les combinaisons de variables les plus pertinentes en adéquation avec la réalité des patients suivant le territoire considéré. Cette approche pourra également être appliquée aux données de l'enquête auprès des médecins libéraux. L'objectif sera alors d'associer les caractéristiques sociodémographiques de la population, la démographie médicale ainsi que des variables indicatrices des difficultés (par exemple le temps de trajet), pour exploiter au mieux les informations relevant de l'accès potentiel et pour révéler les limites de l'interprétation.

Références citées dans le texte

ADAY L. A., ANDERSEN R. M. (1974), "A framework for the study of access to medical care", *Health Services Research*, Vol. 9, p. 208-220.

ANAES - Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (2002), *Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé : Principes généraux*, Paris, 39 p.

ANAP - Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (2012a), *La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe. Un éclairage pour le déploiement national. Tome 1 : les grands enseignements*, 78 p.

ANAP - Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (2012b), *La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe. Un éclairage pour le déploiement national. Tome 2 : monographies*, 253 p.

ANDERSEN R. M. (1995), "Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 36, n°1, p. 1-10.

ANGER E., GIMBERT V. *et al.* (2011), « Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? (volet 1), Les coopérations entre professionnels de santé », *La note d'analyse*, Centre d'analyse stratégique, n°254, 12 p.

ARCURY T. A. *et al.* (2005), ''The Effects of Geography and Spatial Behavior on Health Care Utilization among the Residents of a Rural Region.'' *Health Services Research*, n° 40, p. 135-155.

ARDILLY, P. (2006), *Les techniques de sondage*, Editions Technip, Paris, 675 p.

ATTAL-TOUBERT K., VANDERSCHELDEN M. (2009), « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », *Etudes et Résultats*, DREES, n°679.

AUBLET-CUVELIER B. (2002), « Télémédecine : la fin des territoires ? », in VIGNERON E. (dir.), *Santé et territoires, une nouvelle donne,* Paris, Aube-DATAR, p. 145-170.

AURAY J.-P. *et al.* (1996), *Dictionnaire commenté d'économie de la santé*, Masson, Paris, 304 p.

AUTÈS M., DUFAY M.-G. (2009), « Maisons de santé et aménagement du territoire : une dynamique à partager », *Santé publique,* n°21, p. 17-25.

AYNAUD O., PICARD D. (2011), « Le statut de médecin par rapport aux autres professions libérales », *Revue française des affaires sociales*, n°2-3, p. 311-321.

BABBIE E. R. (2011), *The Basics of Social Research*, Cengage Learning, 577 p.

BAILLY A. S., PERIAT M. (2003), « Activités de santé et développement régional : une approche médicométrique », *Géocarrefour*, Vol. 78, n° 3, p. 235-238.

BAILLY A. S., MAILLAT D. (1988), *Le secteur tertiaire en question : activités de service, développement économique et spatial*, Editions Régionales Européennes, Economica, Paris, 142 p.

BAILLY A. S., PERIAT M. (1984), *Médicométrie régionale*, Anthropos, Paris, 184 p.

BAKIS H. (2007), « Le « Géocyberespace » revisité : usages et perspective », *Networks and Communication Studies, NETCOM*, Vol. 21, n°3-4, p. 285-296.

BAKIS H. (2001), « Understanding the geocyberspace: a major task for geographers and planners in the next decade », *Networks and Communication Studies, NETCOM*, Vol. 15, p. 9-16.

BAKIS H. (1998), « Conclusion », *Networks and Communication Studies, NETCOM*, Vol. 12, n°1-2-3, p. 333-342.

BAKIS H. (1997), « Approche spatiale des technologies de l'information », *Revue Géographique de l'Est*, n°4, p. 255-262.

BAKIS H. (1990), *Communications et territoires*, Collection de l'IDATE, La Documentation française, Paris, 404 p.

BARBAT-BUSSIERE S. (2009), *L'offre de soins en milieu rural : l'exemple d'une recherche appliquée en Auvergne*, Clermont-Ferrand, Presses Universitaires Blaise Pascal, Collection CERAMAC, 488 p.

BARBOT J., DODIER N. (2000), « L'émergence d'un tiers public dans le rapport médecin-malade. L'exemple de l'épidémie à VIH », *Sciences sociales et Santé*, Vol. 18, n°1, p. 75-117.

BASHSHUR R. L. *et al.* (2005), "Telemedicine evaluation", *Telemedicine and e-health*, Vol. 11, n°3, p. 296-316.

BASHSHUR R. L. *et al.* (2000), "Telemedicine: A New Health Care Delivery System", *Annual Review of Public Health*, Vol. 21, p. 613-637.

BASLE M. *et al.* (2003), *Évaluation, action publique territoriale et collective*, *Tome 2*, Logiques Politiques, L'Harmattan, Paris, 322 p.

BATIFOULIER P. (2012), « Le marché de la santé et la reconstruction de l'interaction patient-médecin », *Revue Française de Socio-Économie*, Vol. 2 n°10, p. 155-174.

BATIFOULIER P. *et al.* (2008), « Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française », *Revue Française de Socio-Économie*, n°1, p. 27-46.

BAUDIER F. (2009), « Les maisons de santé : une aventure humaine à partager », *Santé publique*, n°21, p. 5.

BAUDIER F., CLEMENT M.-C. (2009), « Recommandations : concevoir et faire vivre une maison de santé », *Santé publique*, n°21, p. 103-108.

BAUDRILLARD J. (1978), *Le système des objets*, Gallimard, Paris, 288 p.

BAVOUX J.-J. *et al.* (2005), *Géographie des transports*, Armand Colin, Collection U, Paris, 232 p.

BEHAR D., ESTEBE P. (2011), « Aménagement du territoire, une mise en perspective », in LAU E. (dir.), *L'état de la France*, édition 2011-2012, La Découverte, Paris, p. 288-297.

BELLAMY V. (2011), « Les honoraires des professionnels de santé libéraux entre 2008 et 2010 », *Etudes et résultats*, DREES, n°786, 8 p.

BENKO G. (2008), « La géographie économique : un siècle d'histoire », *Annales de géographie*, n°664, p. 23-49.

BLOY G., SCHWEYER F-X. (dir.) (2010), *Singuliers Généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Paris, Presses de l'EHESP, 424 p.

BONGIOVANI I., NOGUES M. (2002), « Réseaux de santé et aménagement du territoire », in VIGNERON E. (dir.), *Santé et territoires, une nouvelle donne*, Paris, Aube-DATAR, p. 145-170.

BOULARD J.-C. (1999). « Rapport d'information sur la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle », Les Documents d'information de l'Assemblée nationale, 50 p.

BOURDILLON F. (2005), « Les territoires de la santé, maillon clé de l'organisation sanitaire », *Revue française d'administration publique*, Vol. 1, n°113, p. 139-145.

BOURGUEIL Y. *et al.* (2009), « Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande », *Questions d'économie de la Santé*, IRDES, n°141, 6 p.

BOURGUEIL Y. *et al.* (2007a), *Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives*, IRDES, Biblio n°1675, 180 p.

BOURGUEIL Y. *et al.* (2007b), Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France ?, *Questions d'économie de la Santé*, IRDES, n°127, 8 p.

BOVIER P.-A. (2008), « Explosion du tourisme médical, des voyageurs d'une autre type ? », *Revue médicale Suisse*, n°4, p. 1196-1201.

BRAS P.-L. (2011), « Peut-on réformer l'organisation des soins de premier recours ? », *Les Tribunes de la santé*, Vol. 1, n°30, p. 11.

BRAS P.-L. (2008), « Organisation des soins et régulation des dépenses ambulatoires : le rôle des syndicats médicaux », *Les Tribunes de la santé*, Vol.1, n°18, p. 47-56.

BRODIN M. (2000), *Rapport 2000*, Conférence Nationale de Santé, 70 p.

BRUNET R. (2001), *Le déchiffrement du monde. Théorie et pratique de la géographie*, Belin, Paris, 401 p.

BRUNET R. (2000), « Des modèles en géographie ? Sens d'une recherche », *Bulletin de la Société de Géographie de Liège*, n°2, p. 21-30.

BRUNN M., CHEVREUL K. (2013), « Prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Concepts, évaluations et enseignements internationaux », *Santé Publique*, Vol. 25, p. 87-94.

BUCHAN J. (2008), *Comment maîtriser les migrations des professionnels de santé de façon à réduire leurs effets néfastes sur l'offre de services ?*, Synthèse pour la Conférence ministérielle européenne de l'OMS à Tallinn, Copenhague, OMS Europe, 37 p.

BUI DANG HA D. *et al.* (2009), « Les médecins libéraux en France : opinions à propos de leur exercice professionnel », *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, n°1, 99 p.

BUI DANG HA D., LEVY D. (2006), « Les médecins libéraux en France », *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, n°1.

CAMPBELL S. M., ROLAND M. O., BUETOW S. A. (2000), « Defining quality of care », *Social Science & Medicine*, Elsevier, Vol. 51, n°11, p. 1611-1625.

CASES C., BAUBEAU D. (2004), « Peut-on quantifier les besoins de santé ? », *Solidarité et Santé*, DREES, n°1, p. 17-22.

CAREL D. *et al.* (2002), *Santé et milieu rural – une démarche exploratoire menée par trois URCAM, URCAM Franche-Comté, URCAM Aquitaine, URCAM Languedoc-Roussillon*, CREDES, 92 p.

CHAMBARETAUD S., HARTMANN L. (2004), « Economie de la santé : avancées théoriques et opérationnelles », *Revue de l'OFCE*, n°91, p. 237-268.

CHAMBARETAUD S. *et al.* (2001), « Couverture maladie et organisation des soins aux États-Unis », *Etudes et Résultats*, DRESS, n°119, 12 p.

CHANLIAU J., SIMON P. (2010), « Apports de la télémédecine dans la gradation des soins », *Revue Hospitalière de France*, n°532, p. 25-28.

CHAPELON L. (2006), *Politiques de transport et accessibilité : contribution à la conception de réseaux et de services de transport*, Habilitation à Diriger les Recherches, Université Paul Valéry – Montpellier 3, 268 p.

CHAPELON L. (2004), « Réseau », *Hypergéo* : http://www.hypergeo.eu/spip.php?article80, consulté le 10 mai 2013.

CLAVAL P. (2008), « Les espaces de l'économie », *Annales de géographie*, n°664, p. 3-22.

CLÉMENT J.-M. (2009), *La nouvelle loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires : Analyse, critique et perspectives*, Les Etudes Hospitalières, Bordeaux, 134 p.

CLÉMENT M.-C. *et al.* (2009), « Les maisons de santé : un nouvel équilibre entre accessibilité, continuité des soins et organisation des médecins libéraux : Premiers résultats de l'évaluation exploratoire des Maisons de santé de Franche-Comté et de Bourgogne », *Santé publique*, n°21, p. 79-90.

CNOM - Conseil National de l'Ordre des Médecins (2012a), *Les médecins à diplômes européens et extra-européens exerçant en France, situation au 1er janvier 2012*, 111 p.

CNOM - Conseil National de l'Ordre des Médecins (2012b), *Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2012 – Tome 1*, 167 p.

CNOM - Conseil National de l'Ordre des Médecins (2011), *La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Languedoc-Roussillon, Situation au 1er juin 2011*, 68 p.

CNOM - Conseil National de l'Ordre des Médecins (2009), *Télémédecine : les préconisations du Conseil National de l'Ordre des Médecins*, 22 p.

CNOM - Conseil National de l'Ordre des Médecins (2005a), *Démographie médicale française, situation au 1er janvier 2005*, Étude, n°38, 36 p.

CNOM - Conseil National de l'Ordre des Médecins (2005b), *Tact et mesure dans la fixation des honoraires : ce qu'il faut savoir*, 4 p.

COHU S., LEQUET-SLAMA D. (2007), « Le système d'assurance santé aux États-Unis : Un système fragmenté et concurrentiel », *Etudes et Résultats*, DRESS, n°600, 8 p.

COLIN M.-P., ACKER D. (2009), « Les centres de santé : une histoire, un avenir », *Santé publique*, n°21, p. 57-65.

CONTANDRIOPOULOS A.-P. (2008), « La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance », *Santé publique*, Vol. 2, n°20, p. 191-199.

CREDES - Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé (2003), *Territoires et accès aux soins : rapport du groupe de travail*, Paris, La documentation française, 89 p.

DARES - Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques (2011), *L'évolution des métiers en France depuis vingt-cinq ans*, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, n°66, 20 p.

DAVID O. *et al.* (2012) « La proximité revendiquée et désirée : les apports d'une enquête lancée par des élus locaux », *Géographie, économie, société*, Vol. 14, p. 5-29.

DE HASS P. (2010), *Monter et faire vivre une maison de santé*, Éditions le Coudrier, Partage d'expériences, Brignais, 173 p.

DÉPINOY D. (2011), *Maisons de santé, une urgence citoyenne*, Editions de santé, Balises, Paris, 116 p.

DESPRÉS C. (2012), *Le renoncement aux soins pour raisons financières : analyse socio-anthropologique*, DREES, n°119, 187 p.

DESPRÉS C. *et al.* (2011), « Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique », *Question d'Economie de Santé*, IRDES, n°169, 7 p.

DGOS – Direction Générale de l'Offre de Soins (2012), *Télémédecine et responsabilités juridiques engagées*, Sous-direction des ressources humaines du système de santé Bureau RH 2 « exercice, déontologie, développement professionnel continu », 12 p.

DI MÉO G. (2001), *Géographie sociale et territoires*, Nathan Université, Fac. Géographie, Paris, 317 p.

DORMONT B., SAMSON A.-L. (2008), « Démographie médicale et carrières des médecins généralistes : les inégalités entre générations », *Economie et statistique*, n°414, p. 3-30.

DOURGNON P. *et al.* (2012), *Payer peut nuire à votre santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé*, IRDES, Document de travail n°47, 36 p.

DOURGNON P. *et al.* (2011), « Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique », *Question d'Economie de Santé*, IRDES, n°170, 6 p.

DRASS - Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales du Languedoc-Roussillon (2003), *Démographie médicale de la région Languedoc-Roussillon : projections 2001 - 2020. Etude comparée en Languedoc-Roussillon*, France métropolitaine et DOM, 138 p.

DREES - Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (2013), *Suivi barométrique de l'opinion des français sur la santé, la protection sociale, la précarité, la famille et la solidarité*, Synthèse des principaux enseignements de l'étude, 58 p.

DREES - Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (2012a), *Comptes Nationaux de la Santé 2011*, Collection études et statistiques, 238 p.

DREES - Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (2012b), *Les médecins au 1er janvier 2012*, Études et Résultats, n°796, 8 p.

DREES - Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (2011a), *L'état de santé de la population en France : Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique Rapport 2011*, Collection études et statistiques, 342 p.

DREES - Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (2011b), *Le Renoncement aux soins : actes du colloque du 22 novembre 2011 à Paris*, 150 p.

DREES - Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (2010), *Les comptes nationaux de la santé 2009*, Série Statistiques, n°149, 248 p.

DURAND-DASTES F. (2001), « Les concepts de la modélisation en analyse spatiale » in Sanders L. *et al.*, *Modèles en analyse spatiale*, Paris, Hermès, p. 31-59.

DUSMESNIL H. *et al.*, (2009), « Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants », *Santé Publique*, n°4, Vol. 21, p. 355-364.

ESTELLAT C., LEBRUN L. (2004), *Revue des méthodes d'évaluation* des *besoins de santé*, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), 25 p.

ESTERLE L. *et al.* (2011), « L'impact des consultations à distance sur les pratiques médicales. Vers un nouveau métier de médecin ? », *Revue française des affaires sociales*, n°2-3, p. 63-79.

ÉVRARD I. *et al.* (2010), « La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009 », *Question d'Economie de la Santé*, IRDES, n°157, 6 p.

EZECHIEL MVONE-NDONG S.-P. (2011), *Réflexions sur la philosophie du médicament et du soin : La rationalité des remèdes traditionnels*, L'Harmattan, Paris, 151 p.

FLEURET S. (2012), « L'évolution des savoirs en santé et la place de la médecine dans la société, dans les territoires et dans la ville », *ESO*, n°33, p. 43-55.

FLORI F. (2002), « Démographie médicale en France à l'horizon 2020 », *Médecine/Sciences*, Faits et Chiffres, Repères, n°18, p. 623-624.

FOUCAULD J.-B. *et al.* (1992), *Transports 2010*, Paris, Commissariat Général du Plan, Paris, La Documentation Française, 516 p.

FRENK J. (1992), "The concept and measurement of accessibility", in WHITE K.L., *Health Services Research: an Anthology*, Scientific Publication n°534, Washington D.C., Pan American Health Organization, p. 842-855.

FUJITA M., KRUGMAN P. (2004), "The new economic geography: Past, present and the future", *Papers in Regional Science*, n°83, p. 139-164.

GADREY J. (2005), « Un demi-siècle de montée des services : la révolution permanente », *Le Mouvement Social*, n°211, p. 21-36.

GADREY J. (2003), *Socio-économie des services*, La découverte, Paris, 128 p.

GALAM E. (2007), « *Burn out* des médecins libéraux 1ère partie : une pathologie de la relation d'aide », *Médecine*, Vol. 3, n°9, p. 419-421.

GARROS B. (2009), « Maison de santé, chaînon manquant de l'organisation ambulatoire ? », *Santé publique*, n°21, p. 7-16.

GÉNEAU DE LAMARLIÈRE I., STASZAK J.-F. (2005), *Principes de géographie économique*, Bréal, DL 2000, Rosny, Collection Grand Amphi, 448 p.

GENTILE S., SAMBUC R. *et al.* (2005), « Les maisons médicales de garde en France », *Santé Publique*, Vol. 17, n°2, p. 233-240.

GENTILE S., SAMBUC R. *et al.* (2004), « Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie », *Santé Publique*, Vol. 16, n°1, p. 63-74.

GOERTZ G. (2005), *Social Science Concepts: A User's Guide*, Princeton University Press, 288 p.

GROSJEAN S., BONNEVILLE L. (2007), « Logiques d'implantation des TIC dans le secteur de la santé », *Revue française de gestion*, n°172, p. 145-157.

GUAGLIARDO M.-F. (2004), "Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges", *International Journal of Health Geographics*, Vol. 3, n°3, p. 1-13.

GUIGOU J.-L. *et al.* (2001), *Aménagement du territoire*, Les Rapports du Conseil d'analyse économique, n°31, Paris, La Documentation française, 256 p.

GUMUCHIAN H. *et al.* (2003), *Les acteurs, ces oubliés du territoire*, Anthropos Economica, Paris, 186 p.

HCSP - Haut Comité de la Santé Publique (2002), *La santé en France 2002*, Troisième rapport triennal du Haut Comité de la Santé Publique, Paris, La Documentation française, 412 p.

HIGGS G. (2005), "A literature review of the use of GIS-Based measures of access to health care services", *Health Services & Outcomes Research Methodology*, n°5, p. 119-139.

HOLUÉ C. (2010), « Télémédecine : coup d'envoi de la généralisation », *Les Tribunes de la santé*, Vol. 4, n°29, p. 23-31.

INSEE - Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (2008), *Tableaux de l'économie du Languedoc-Roussillon*, p. 83-97

ISARD W. (1956), *Location and Space Economy*, Cambridge, MA, MIT Press, New-York, 369 p.

JEANMAIRE T. *et al.* (2009), « Aide à la démarche qualité dans les maisons de santé : apport d'une enquête de satisfaction auprès des patients », *Santé publique*, n°21, p. 91-101.

JOSEPH A. E., BANTOCK P. R. (1982), "Measuring potential physical accessibility to general practitioners in rural areas: a method and a case study", *Social Science & Medicine*, Vol. 16, p. 85-90.

JUILHARD J.-M. *et al.* (2010), *Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement*, Tome 1, Rapport pour le Ministère de la Santé et des Sports, La Documentation Française, Paris, 52 p.

JUILHARD J.-M. (2007), *Rapport d'information fait au nom de la commission des Affaires sociales sur la démographie médicale*, Sénat session ordinaire de 2007-2008, annexe au procès-verbal de la séance du 3 octobre 2007, n°14, 86 p.

KRUCIEN N. *et al.* (2011), « Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ? », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n°163.

KRUGMAN P. (1998), "What's new about the new economic geography?", *Oxford review of economic policy*, Vol. 14, n°2, p. 7-17.

LACOSTE O., SALOMEZ J-L. (1999), « Peut-on déterminer les besoins locaux de santé ? » in CORVEZ A., VIGNERON E. (dir.), *Santé publique et aménagement du territoire*, Revue trimestrielle du Haut Comité de la santé publique : Actualité et dossier en santé publique, La Documentation Française, n°29, 90 p.

LANGLOIS P., REGUER D. (2005), « La place du modèle et de la modélisation en Sciences Humaines et Sociales », in GUERMOND Y. (dir.), *Modélisations en géographie : déterminismes et complexités*, Paris, Hermès France, Lavoisier, 390 p.

LASBORDES P. (2009), *La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être. Un plan quinquennal éco-responsable pour le déploiement de la télésanté en France*, 247 p.

LE BERRE M. (1992), « Territoires », in *Encyclopédie de la géographie*, Bailly A., Ferras R., Pumain D., Economica, Paris, p. 601-622.

LE BORGNE C. (2007), « Le tourisme médical : une nouvelle façon de se soigner », *Les Tribunes de la santé*, Vol. 2, n°15, p. 47-53.

LÉVY D. (2011), « Le métier de médecin aujourd'hui », *Revue française des affaires sociales*, n°2-3, p. 297-309.

LÉVY J., LUSSAULT M. (dir.) (2003), *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés*, Paris, Belin, 1034 p.

LIÉNARD G. *et al.* (2001), *L'insertion: défi pour l'analyse, enjeu pour l'action*, Mardaga, Psycho Sc Humai, 287 p.

LUCAS-GABRIELLI V. *et al.* (2003), « Une revue de méthodes et d'expériences d'analyse et de construction de territoires », in CREDES (2003), *Territoires et accès aux soins : rapport du groupe de travail*, Paris, La Documentation Française, 89 p.

LUCAS-GABRIELLI V. *et al.* (2001a), « Les soins de proximité : une exception française ? », *Bulletin d'Information en Economie de la Santé*, n°39, p. 1-4.

LUCAS-GABRIELLI V. *et al.* (2001b), *Les soins de proximité : une exception française ?*, Paris, CREDES, 92 p.

LUCAS-GABRIELLI V., TONNELLIER F. (1995), *Distance d'accès aux soins en 1990*, Paris, CREDES, n°1098, 74 p.

LUO W., QI Y. (2009), "An enhanced two-step floating catchment area (E2SFCA) method for measuring spatial accessibility to primary care physicians", *Health and Place*, Elsevier, Vol. 15, n°4, p. 1100-1107.

MASSÉ G. *et al.* (2006), « Plaidoyer pour la naissance d'une télépsychiatrie française », *Revue de l'Information Psychiatrique*, Vol. 82, n°10, p. 801-810.

MATHIEU N. (2005), « Le goût de la mesure du modèle », in GUERMOND Y. (dir.), *Modélisations en géographie : déterminismes et complexités*, Paris, Hermès France, Lavoisier, 390 p.

MAUREY H. (2013), *Déserts médicaux : agir vraiment*, Rapport d'information du Sénat, Session ordinaire 2012-2013, déposé le 5 février 2013, n°335, 133 p.

McGRAIL M. R., HUMPHREYS J. S. (2009), "Measuring spatial accessibility to primary care in rural areas: Improving the effectiveness of the two-step floating catchment area method", *Applied Geography,* Vol. 29, p. 533-541.

MENVIEILLE L. (2012), « Tourisme médical : quelle place pour les pays en développement ? », *Mondes en développement*, Vol. 1, n°157, p. 81-96.

MÉRENNE-SCHOUMAKER B. (2008), *Géographie des services et des commerces*, Presses Universitaires de Rennes, 240 p.

MÉRENNE-SCHOUMAKER B., MOYART L. (2006), « Chapitre 3. Les dynamiques de localisation des services aux entreprises », in GALLOUJ C. *et al.*, *Services aux entreprises et développement régional*, De Boeck Supérieur : Économie, Société, Région, Bruxelles, p. 65-108.

MICHEAU J., MOLIERE E. (2010), « L'emploi du temps des médecins libéraux : Diversité objective et écarts de perception des temps de travail », *Dossier Solidarité et Santé*, DREES, n°15, 15 p.

MIZRAHI A., MIZRAHI A. (1993), *Evolution de la consommation buccodentaire et renoncement aux soins*, Rapport IRDES, n°1005, 17 p.

MIZRAHI A., MIZRAHI A. (1992), « Les champs d'action des équipements médicaux : distances et consommations médicales », *Espace, Populations, Sociétés*, n°3, p. 333-343.

MOINE A. (2006), « Le territoire comme un système complexe : un concept opératoire pour l'aménagement et la géographie », *L'Espace géographique*, Vol. 35, n°2, p. 115-132.

MORICONI-EBRARD F. (2003), « Modèle », in LEVY J., LUSSAULT M. (dir.), *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés*, Paris, Belin, 1034 p.

MOUSQUÈS J. (2011), « Le regroupement des professionnels de santé de premiers recours : quelles perspectives économiques en termes de performance ? », *Revue française des affaires sociales*, n° 2-3, p. 253-275.

MUSSO P. *et al.* (2001), « Réseaux et territoires : la construction d'une problématique », in *Territoires 2020*, Revue d'étude et de prospective, n°3, Paris, Datar, La Documentation Française, p. 101-114.

NYS J.-F. (2010), « Les nouveaux flux de migrations médicales », *Revue internationale et stratégique*, Vol. 1, n°77, p. 24-35.

OCDE - Organisation de Coopération et de Développement Economiques (2011), *Panorama de la santé 2011 : les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, 200 p.

OCDE - Organisation de Coopération et de Développement Economiques (2010), *Améliorer l'efficacité du secteur de la santé : Le rôle des technologies de l'information et des communications*, Éditions OCDE, 173 p.

OMS - Organisation mondiale de la Santé (2008), *Rapport sur la santé dans le monde, 2008 : les soins de santé primaires - maintenant plus que jamais*, Genève, 149 p.

OMS - Organisation mondiale de la Santé (2007), *Travailler ensemble pour la santé. Rapport sur la santé dans le monde en 2006*, Genève, 243 p.

OMS (2000) - Organisation mondiale de la Santé, *Rapport sur la Santé dans le Monde, 2000 - Pour un système de santé plus performant*, Genève, 248 p.

ONZUS - Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles (2012), *Rapport 2012*, Les Editions du CIV, 292 p.

PENCHANSKY R., THOMAS J. W. (1984), "Relating Satisfaction with Access to Utilization of Services", *Medical Care*, Vol. 19, n°2, p. 553-568.

PENCHANSKY R., THOMAS J. W. (1981), "The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction", *Medical Care*, Vol. 22, n°6, p. 127-140.

PENFORNIS A. (2010), « La coopération des professions de santé : une triple nécessité et une triple exigence », *Haut Conseil de la santé publique (ADSP)*, n°41, p. 70.

PICARD M. (2004), *Aménagement du territoire et établissement de santé*, République Française, Avis et rapports du Conseil Economique et Social, 246 p.

PICHERAL H. (2004a), « La géographie de la santé », in BAILLY S. A. *et al.*, *Les concepts de la géographie humaine*, Armand Colin, Collection U, Paris, 334 p.

PICHERAL H. *et al.* (2004b), *Santé, économie et territoire : Etude exploratoire, Rapport à la DATAR*, 137 p.

PICHERAL H. (2001), *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé*, Montpellier, GEOS, Université de Montpellier III – Paul Valéry, 308 p.

PICHERAL H., VIGNERON E. (1996), « La mobilité des médecins en France : du lieu de formation au lieu d'exercice », *Espace, Populations, Sociétés*, n°1, p. 45-54.

PICHERAL H. (1995), « Le lieu, l'espace et la santé », *Espace, Populations, Sociétés*, n°1, p. 19-24.

PINCHEMEL P., PINCHEMEL G. (1997), *La face de la Terre : Eléments de géographie*, Paris, Armand Colin, Collection U, 5ème édition, 517 p.

PINEAULT R., DAVELUY C. (1995), *La planification de la santé. Concepts, méthodes, stratégies*, Montréal (Québec), Ed. Nouvelles, 480 p.

PUMAIN D. (2004), « Lieux centraux », *Hypergéo* : http://www.hypergeo.eu/spip.php?article13, consulté le 18 juin 2013.

RAFFESTIN C. (1980), *Pour une géographie du pouvoir*, Librairies techniques, Paris, 249 p.

RALLET A., TORRE A. *et al.* (2007), *La proximité à l'épreuve des technologies de communication*, L'Harmattan, Paris, Coll. Géographies en Liberté, 238 p.

RALLET A., TORRE A. (2004), « Proximité et localisation », *Économie rurale*, n°280, p. 25-41.

RAYNAUD J. (2013), « Les obstacles de l'accès aux soins en Languedoc-Roussillon », in SALGUES B. (dir.) (2013), *Télésanté, espoir du monde rural ? Des objectifs à la construction des usages*, Michel Houdiard Editeur, Paris, p. 35-39.

RAYNAUD J. (2012), *Les obstacles de l'accès aux soins : Concepts, modèles et indicateurs*, Presses Académiques Francophones, 154 p.

RAYNAUD J. (2011a), « Nouveaux territoires et nouvelles identités culturelles : revue des études sur la diaspora chinoise à l'ère d'Internet », *Networks and Communication Studies, NETCOM*, Vol. 25, n°1-2, p. 47-62.

RAYNAUD J. (2011b), « Les TIC sont-ils les nouveaux territoires de la diaspora chinoise ? », *Networks and Communication Studies, NETCOM*, Vol. 25, n°1-2, p. 63-82.

RAYNAUD J. (2009), *De nouvelles interactions entre acteurs, territoires et réseaux. Le cas de la communauté étudiante chinoise à Montpellier à l'ère des TIC*, Mémoire de Géographie, Université de Montpellier III, 229 p.

RAYNAUD J. (2008), « La géographie au secours des nouvelles relations commerciales », *Networks and Communication Studies, NETCOM*, Vol. 22, n°3-4, p. 345-346, compte-rendu de lecture de l'ouvrage : RALLET A., TORRE A. (Dir.), (2007), *La proximité à l'épreuve des technologies de communication*, Éditions L'Harmattan, Paris, Coll. Géographies en Liberté, 238 p.

REYNAUDI M., SAUNERON S. (2011), « Quelles opportunités pour l'offre de soin de demain ? (volet 2), La télésanté », *La note d'analyse*, Centre d'analyse stratégique, n°255, 12 p.

RICKETTS T. C., GOLDSMITH L. J. (2005), "Access in health services research: The battle of the frameworks", *Nursing Outlook*, Vol. 53, n°6, p. 274-280.

SAHLINS M. D. (1976), *Âge de pierre, âge d'abondance : l'économie des sociétés primitives*, Gallimard, Paris, 409 p.

SAKOYAN J. *et al.* (2011), « Quand la santé et les médecines circulent », *Anthropologie et santé*, n°3, consulté le 11 mai 2013 : http://anthropologiesante.revues.org/819.

SALGUES B., PAQUEL N. (2013), *Télésanté, espoir du monde rural ? Des objectifs à la construction des usages*, Michel Houdiard Editeur, Paris, p. 160.

SALGUES B., RAYNAUD J. (2013), « Une évolution des organisations et donc des offres de soins », in SALGUES B. (dir.) (2013), *Télésanté, espoir du monde rural ? Des objectifs à la construction des usages*, Michel Houdiard Editeur, Paris, p. 46-47.

SALOMEZ J.-L., LACOSTE O. (1999), « Du besoin en santé au besoin de soins. La prise en compte des *besoins* en planification sanitaire », *Hérodote*, n°92, p. 101-120.

SAVOLDELLI M., LARENG L. (2010), « Télémédecine et pratique médicale collaborative : enjeux et préalables », *Revue Hospitalière de France*, n°532, 6 p.

SCHWEYER F.-X. (2004), « Les territoires de santé et la médecine libérale. Les enjeux d'une convergence », *Lien social et Politiques*, n°52, p. 35-46.

SERIN M. (2009), « Maison de santé et service à la population : pour une autre organisation de notre système de santé ? », *Santé publique*, n°21, p. 67-71.

SIBBALD B. (2010), « Transferts de tâches entre professionnels de santé dans les soins primaires au Royaume-Uni et enseignements de la littérature internationale », *Revue française des affaires sociales*, n°3, p. 35-47.

SIMON H. A. (1983), *Administration et processus de décision*, Economica, Paris, 321 p.

SIMON P. (2012a), « Le décret français de télémédecine : une garantie pour les médecins », *La Recherche Européenne en Télémédecine*, n°1, p. 70-75.

SIMON P. (2012b), « La recherche clinique en télémédecine : évaluer le service médical rendu aux patients », *La Recherche Européenne en Télémédecine*, n°1, p. 1-5.

SIMON P. (2010), « De nouvelles organisations et pratiques de soins par télémédecine », *Médecine des maladies métaboliques*, Vol. 4, n°3, p. 251-256.

SIMON P., ACKER D. (2008), *La place de la télémédecine dans l'organisation des soins*, Rapport du Ministère de la Santé et des Sports, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, 160 p.

SLIMAN G. (2009), « Une décennie de santé (2000-2010) : Les Français et la santé évolution des perceptions de l'opinion », *Les tribunes de la santé*, n°25, p. 69-78.

STASZAK J-F. (2003), *New Geography*, in LEVY J., LUSSAULT M. (dir.), *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés*, Paris, Belin, 1034 p.

STOCK M., VIOLIER P. (2003), « Services », in LEVY J., LUSSAULT M. (dir.), *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés*, Paris, Belin, 1034 p.

TABUTEAU D. (2011), *Les nouveaux patients : rôles et responsabilités des usagers du système de santé en 2025 : rapport 2011*, Office de prospective en santé, Éditions de Santé, Les Presses de Sciences Po, Paris, 128 p.

TABUTEAU D. (2010), « Pouvoirs publics et professions de santé », *Les Tribunes de la santé*, Vol. 1, n°26, p. 103-121.

TEBOUL (1995), « La télémédecine », *Networks and Communication Studies, NETCOM*, Vol. 9, n°2, p. 457-464.

The Commonwealth Fund Commission on a High Performance Health System (2008), *Why Not the Best? Results from the National Scorecard on U.S. Health System Performance*, The Commonwealth Fund, Vol. 97, p. 64, http://www.commonwealthfund.org/Publications/Fund-Reports/2008/Jul/Why-Not-the-Best--Results-from-the-National-Scorecard-on-U-S--Health-System-Performance--2008.aspx

THISSE J.-F. (1994), « L'équité spatiale », in Auray J.P. *et al.*, *Encyclopédie d'économie spatiale : Concepts, comportements, organisations*, Bibliothèque de Science Régionale, Économica, Paris, p. 225-231.

TONNELLIER F. (1984), *Implantation des médecins libéraux : le rôle des facultés de médecine*, Paris, CREDOC, 165 p.

TROTTA M. (2009), « Évolution (1979-2008) des services d'hospitalisation en Belgique. Quels liens avec la hiérarchie urbaine ? », *Bulletin de la Société Géographique de Liège*, n°53, p. 35-45.

VAGUET A. (2005), « Un modèle peut en cacher un autre : les modèles des géographies de la santé », in GUERMOND Y. *et al.*, *Modélisations en géographie : déterminismes et complexités*, Paris, Hermès France, Lavoisier, 390 p.

VAYSSETTE P. (2012), « Contrat d'engagement de service public : des aménagements nécessaires », *Réseaux, Santé et Territoire*, n°42, p.32-34.

VIGNERON E. (2013), « Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français », *Les Tribunes de la santé*, n°38, p. 41-53.

VIGNERON E. (2011), *Les inégalités de santé sur les territoires Français : Etat des lieux et voies de progrès*, Elsevier Masson, Paris, 224 p.

VIGNERON E., CORVEZ A., SAMBUC R. (2001), « *Santé et territoires : les enjeux du futur à l'horizon 2020* » in *Territoires 2020,* DATAR, n°3, p. 87-99.

VIGNERON E. (2001), *Distance et Santé : la question de la proximité des soins*, Paris, Presses Universitaires de France, Médecine et Société, 128 p.

VIGNERON E. (1999), « Les bassins de santé : concept et construction », in CORVEZ A., VIGNERON E. (dir.), *Santé publique et aménagement du territoire*, Revue trimestrielle du Haut Comité de la santé publique : Actualité et Dossier en Santé Publique, La Documentation Française, n°29, 90 p.

VILAIN A., NIEL X (1999), « Les inégalités régionales de densité médicale : le rôle de la mobilité des jeunes médecins », *Etudes et Résultats*, DREES, n°30, 8 p.

WALLACH D. (2011), *Numerus clausus : Pourquoi la France va manquer de médecins*, Springer Verlag France, 289 p.

WANG F., LUO W. (2005), "Assessing spatial and nonspatial factors for healthcare access: towards an integrated approach to defining health professional shortage areas", *Health and Place*, Vol. 11, n°2, p. 131-146.

WATSON J. B. (1913), "Psychology as the behaviorist views it", *Psychological Review*, n°20, p. 158-177.

WILSON K., ROSENBERG M. W. (2004), "Accessibility and the Canadian health care system: squaring perceptions and realities", *Health Policy*, Vol. 67, n°2, p. 137-148.

Table des illustrations

Figure 1 : Ecart des densités des médecins généralistes libéraux vis-à-vis de la densité moyenne en France métropolitaine en 2008. 13

Figure 2 : Ecart des densités des infirmiers libéraux vis-à-vis de la densité moyenne en France métropolitaine en 2008. 14

Figure 3 : Ecart des densités des pharmaciens vis-à-vis de la densité moyenne en France métropolitaine en 2008. 15

Figure 4 : Ecart des densités des masseurs-kinésithérapeutes libéraux vis-à-vis de la densité moyenne en France métropolitaine en 2008. 16

Figure 5 : Ecart des densités des chirurgiens-dentistes libéraux vis-à-vis de la densité moyenne en France métropolitaine en 2008. 16

Figure 6 : Démographie des médecins omnipraticiens et spécialistes en 2011 en Languedoc-Roussillon. 17

Figure 7 : Espérance de vie à 65 ans en 2009 et années de vie gagnées depuis 1960. 26

Figure 8 : Années de vie en bonne santé en 2009 dans les pays européens de l'OCDE. 27

Figure 9 : Evolution de l'emploi par secteur professionnel en France entre 1982 et 2009 (DARES, 2011). 29

Figure 10 : Les attentes prioritaires des européens en matière d'actions publiques en 2012 31

Figure 11 : Les inégalités les plus répandues et les moins acceptables en France en 2012. 34

Figure 12 : Evolution du nombre de médecins actifs en France métropolitaine selon les prévisions de la DREES. 36

Figure 13 : Nombre et densité de médecins actifs par région en 2006 et 2030 38

Figure 14 : Part des médecins ayant des difficultés avec les exigences des patients, l'assurance maladie, les hôpitaux, les cliniques ou les confrères. 42

Figure 15 : Enjeux et aspirations des acteurs de santé : pouvoirs publics, patients et médecins. 44

Figure 16 : Le territoire : une portion de l'espace terrestre approprié par les acteurs. 49

Figure 17 : Le temps d'accès à un service d'urgence ou d'arrivée du SAMU/SMUR en 2012. 55

Figure 18 : Une proximité modulable : la variation des distances moyennes souhaitées selon les services. 57

Figure 19 : Dessin de Plantu : « Déserts médicaux », paru dans Le Monde du 8 février 2013. Dessin publié avec l'aimable autorisation de Plantu. © Plantu, 2013. Tous droits réservés. 59

Figure 20 : Le concept de géocyberespace (d'après le concept de H. Bakis, 2001) 60

Figure 21 : La balance planificatrice. 61

Figure 22 : Pays connaissant une pénurie aiguë de personnels de santé dans le monde (médecins, infirmiers, sages-femmes) 65

Figure 23 : Théorie de lieux centraux de W. Christaller (1933) 77

Figure 24 : Le modèle de réseaux en étoile (d'après Mérenne-Schoumaker, Moyart, 2006) 79

Figure 25 : Les logiques multidimensionnelles d'organisation et de localisation d'un service (à partir de Géneau de Lamarlière, Staszac, 2005) 82

Figure 26 : La construction d'un concept en sciences sociales 86

Figure 27 : La construction du concept d'accès aux soins selon le modèle comportemental d'utilisation des services de soins d'Andersen 92

Figure 28 : Le concept d'accès aux soins selon le modèle d'Andersen intégrant les perceptions des patients après l'obtention des soins. 94

Figure 29 : Le modèle comportemental d'utilisation des services de soins d'Andersen intégrant les retours d'expérience des patients. 95

Figure 30 : La construction du concept d'accès aux soins selon R. Penchansky et J. W. Thomas (1981) 99

Figure 31 : L'accès, la disponibilité et l'accessibilité : les domaines de l'accès selon J. Frenk (1992) 105

Figure 32 : L'importance des professionnels de santé et des pouvoirs publics pour l'accès aux soins des patients sur les territoires 108

Figure 33 : La classification des études de l'accès aux soins en fonction des dimensions et des étapes. 110

Figure 34 : Les besoins de santé : l'écart entre un état de santé constaté et souhaité 113

Figure 35 : Une démarche globale pour la détermination des besoins locaux de santé. 116

Figure 36 : Les bassins de santé en Languedoc-Roussillon. 118

Figure 37 : L'accessibilité des médecins omnipraticiens libéraux en 1999 dans la région Franche-Comté. 119

Figure 38 : La densité des médecins généralistes par canton en Ile-de-France en 1997. 120

Figure 39 : L'accessibilité spatiale aux médecins généralistes dans l'Aude à 20 minutes en 2008. 124

Figure 40 : L'accessibilité spatiale aux ophtalmologues dans l'Aude à 30 minutes en 2008. 125

Figure 41 : L'accessibilité spatiale aux ophtalmologues dans l'Aude à 60 minutes en 2008. 126

Figure 42 : Méthodologie d'élaboration et d'interprétation d'un indicateur de l'accès : Exemple de la représentation de l'accès aux consultations de médecine générale 128

Figure 43 : Une population interrogée selon le lieu de résidence, parmi quatre types de communes du zonage en aires urbaines de l'INSEE de 2010. 135

Figure 44 : Variables sociodémographiques caractérisant les individus de l'enquête auprès des patients 136

Figure 45 : Questionnaire de l'enquête auprès de la population concernant l'accès aux soins. 140

Figure 46 : Les principales difficultés des patients pour consulter un médecin généraliste en Languedoc-Roussillon. 143

Figure 47 : L'ensemble des difficultés des patients pour consulter un médecin généraliste. 145

Figure 48 : La principale difficulté des patients pour consulter un médecin généraliste selon les départements. 146

Figure 49 : La principale difficulté pour consulter un médecin généraliste selon les territoires. . 147

Figure 50 : La principale difficulté des patients pour consulter un médecin généraliste selon l'âge. 148

Figure 51 : La principale difficulté des patients pour consulter un médecin généraliste selon la catégorie socioprofessionnelle. 149

Figure 52 : La principale difficulté des patients pour consulter un médecin généraliste selon les revenus mensuels nets du foyer. 150

Figure 53 : La principale difficulté des patients pour consulter un généraliste suivant la CMU. 151

Figure 54 : La principale difficulté des patients pour consulter un médecin généraliste suivant la complémentaire santé. 151

Figure 55 : La satisfaction des patients liée à l'attente en salle d'attente et aux horaires d'ouverture du cabinet pour consulter leur médecin généraliste. 152

Figure 56 : La possibilité des patients de consulter leur médecin généraliste sur rendez-vous. ... 153

Figure 57 : La satisfaction des patients concernant le temps d'attente en cabinet selon la possibilité d'obtenir une consultation sur rendez-vous. 153

Figure 58 : Les patients ayant des difficultés liées aux horaires de consultation ou à l'attente en cabinet suivant la possibilité de prendre des rendez-vous. 154

Figure 59 : La satisfaction des patients liée à la disponibilité de leur médecin généraliste. 155

Figure 60 : Les patients non satisfaits par le système de garde selon leur lieu de résidence. 155

Figure 61 : Fréquence à laquelle le médecin généraliste se déplace au domicile du patient pour une visite. 156

Figure 62 : Mode de transport utilisé pour se rendre chez le médecin généraliste. 157

Figure 63 : Les modes de transport utilisés pour se rendre chez le médecin généraliste suivant le lieu de résidence des patients. 158

Figure 64 : Les difficultés des patients liées au trajet pour se rendre au cabinet du généraliste. .. 158

Figure 65 : Histogrammes du temps de trajet effectué et du temps de trajet maximum accepté pour se rendre chez le médecin généraliste. 159

Figure 66 : Histogrammes des temps de trajet effectués pour se rendre chez le médecin généraliste suivant le lieu de résidence des patients. 160

Figure 67 : Histogrammes des temps de trajet maximum accepté pour se rendre chez le médecin généraliste suivant le lieu de résidence des patients. 161

Figure 68 : Les temps médians concernant le trajet effectué et le trajet maximum accepté pour se rendre chez le médecin généraliste suivant le lieu de résidence des patients. 161

Figure 69 : Les patients non satisfaits par le temps de trajet effectué pour se rendre chez leur généraliste suivant leur lieu de résidence. 162

Figure 70 : Les difficultés financières des patients pour consulter un médecin généraliste.....162

Figure 71 : Les patients ayant des difficultés financières pour consulter le médecin généraliste selon l'âge. 163

Figure 72 : Les patients ayant des difficultés financières pour consulter le médecin généraliste selon la catégorie socioprofessionnelle. 164

Figure 73 : Les patients ayant des difficultés financières pour consulter le médecin généraliste selon les revenus mensuels nets du foyer. 165

Figure 74 : Les patients ayant des difficultés financières pour consulter le médecin généraliste selon l'adhésion à une complémentaire santé. 165

Figure 75 : Les patients ayant des difficultés pour payer les soins prescrits restant à la charge du patient selon l'âge.....166

Figure 76 : Les patients ayant des difficultés pour payer les soins prescrits restant à la charge du patient selon la catégorie socioprofessionnelle. 167

Figure 77 : Les patients ayant des difficultés pour payer les soins prescrits restant à la charge du patient selon les revenus mensuels nets du foyer.....167

Figure 78 : Les personnes ayant des difficultés pour payer les soins prescrits restant à leur charge selon le lieu de résidence.....168

Figure 79 : Les personnes ayant des difficultés pour payer les soins prescrits restant à leur charge selon l'adhésion à la CMU.....169

Figure 80 : Les personnes ayant des difficultés pour payer les soins prescrits restant à leur charge selon l'adhésion à une complémentaire santé. 169

Figure 81 : La satisfaction liée au confort et à l'environnement du cabinet médical.....170

Figure 82 : La satisfaction des patients dont la principale difficulté pour consulter un généraliste concerne « *des horaires de consultation inadéquats ou d'une attente trop longue en cabinet* »..171

Figure 83 : La satisfaction des patients dont la principale difficulté pour consulter un médecin généraliste concerne « le manque de disponibilité du médecin pour obtenir un rendez-vous ». 172

Figure 84 : Les difficultés et satisfaction des patients dont le premier obstacle pour consulter un médecin généraliste concerne « le trajet pour se rendre au cabinet »..... 173

Figure 85 : Les difficultés des patients dont le premier obstacle pour consulter un médecin généraliste concerne « les difficultés financières »..... 174

Figure 86 : La fréquence de renoncement des patients pour consulter un médecin généraliste..175

Figure 87 : Les patients ayant renoncé à consulter un médecin généraliste selon leur principale difficulté..... 176

Figure 88 : La probabilité de renoncer à consulter un médecin généraliste suivant la première difficulté citée par les patients. 178

Figure 89 : Les patients ayant une difficulté les conduisant à renoncer à consulter un médecin généraliste selon leur âge..... 179

Figure 90 : Les patients ayant une difficulté les conduisant à renoncer à consulter un médecin généraliste selon leur catégorie socioprofessionnelle. 179

Figure 91 : Les patients ayant une difficulté les conduisant à renoncer à consulter un médecin généraliste selon leur adhésion à une complémentaire santé. 180

Figure 92 : Représentation des deux axes principaux de l'analyse des correspondances multiples pour l'accès aux médecins généralistes. 183

Figure 93 : La principale difficulté des patients pour consulter un médecin spécialiste. 184

Figure 94 : L'ensemble des difficultés des patients pour consulter un médecin spécialiste. 185

Figure 95 : La principale difficulté des patients pour consulter un médecin spécialiste selon les départements. 186

Figure 96 : La principale difficulté pour consulter un médecin spécialiste selon le lieu de résidence 187

Figure 97 : La principale difficulté des patients pour consulter un médecin spécialiste selon l'âge. 188

Figure 98 : La principale difficulté des patients pour consulter un médecin spécialiste selon la catégorie socioprofessionnelle 189

Figure 99 : La principale difficulté des patients pour consulter un médecin spécialiste selon les revenus mensuels nets du foyer. 190

Figure 100 : La principale difficulté des patients pour consulter un médecin spécialiste selon le niveau de diplôme. 191

Figure 101 : La fréquence de renoncement des patients pour consulter un médecin spécialiste. 192

Figure 102 : Les patients ayant renoncé à consulter un médecin spécialiste selon leur principale difficulté. 193

Figure 103 : La probabilité de renoncer à consulter un médecin spécialiste suivant la première difficulté citée par les patients. 194

Figure 104 : Les patients ayant une difficulté les conduisant à renoncer à consulter un médecin spécialiste selon leur âge 195

Figure 105 : Les patients ayant une difficulté les conduisant à renoncer à consulter un médecin spécialiste selon leur catégorie socioprofessionnelle 196

Figure 106 : Les patients ayant une difficulté les conduisant à renoncer à consulter un médecin spécialiste selon leur adhésion à une complémentaire santé. 196

Figure 107 : Les spécialités citées par les patients ayant renoncé à consulter un médecin spécialiste 197

Figure 108 : Délais d'attente et tarifs moyens pour une consultation en ophtalmologie, gynécologie et radiologie dentaire dans sept villes en Languedoc-Roussillon. 198

Figure 109 : Représentation des deux axes principaux de l'analyse des correspondances multiples pour l'accès aux médecins spécialistes. 201

Figure 110 : La principale difficulté pour consulter un médecin généraliste pour les habitants des grands pôles et des zones urbaines sensibles. 202

Figure 111 : La principale difficulté pour consulter un médecin spécialiste pour les habitants des grands pôles et des zones urbaines sensibles. 203

Figure 112 : Le renoncement pour consulter un médecin généraliste pour les habitants des grands pôles et des ZUS. 204

Figure 113 : Le renoncement pour consulter un médecin généraliste pour les habitants des grands pôles et des ZUS. 204

Figure 114 : La difficulté pour payer les soins restant à charge pour les habitants des grands pôles et des ZUS. 205

Figure 115 : L'effectif des généralistes interrogés suivant le département de leur lieu d'exercice. 210

Figure 116 : L'effectif des médecins généralistes libéraux interrogés suivant leur lieu d'exercice (zonage en aires urbaines). 210

Figure 117 : L'effectif des médecins spécialistes libéraux interrogés suivant le département de leur lieu d'exercice. 211

Figure 118 : L'effectif des médecins spécialistes interrogés suivant leur lieu d'exercice (zonage en aires urbaines). 211

Figure 119 : Questionnaire de l'enquête auprès des médecins concernant l'accès aux soins. 215

Figure 120 : Les difficultés des patients pour l'obtention des soins selon les médecins généralistes. 217

Figure 121 : Les difficultés des patients concernant le montant des soins prescrits restant à leur charge selon les médecins généralistes et leur lieu d'exercice. 218

Figure 122 : Les difficultés des patients concernant le temps d'attente en cabinet selon les médecins généralistes et leur lieu d'exercice. 218

Figure 123 : Les difficultés des patients concernant leur incapacité physique pour se rendre au cabinet médical selon les médecins généralistes et leur lieu d'exercice. 219

Figure 124 : Les spécialités médicales avec lesquelles les médecins généralistes sont le plus fréquemment en interaction. 220

Figure 125 : Les spécialités médicales pour lesquelles les patients ont le plus de difficultés pour être pris en charge selon les médecins généralistes. 220

Figure 126 : Les spécialités médicales pour lesquelles les patients ont le plus de difficultés pour être pris en charge selon les médecins généralistes et leur lieu d'exercice. 221

Figure 127 : Le temps de travail total hebdomadaire des médecins généralistes selon leur estimation. 222

Figure 128 : Le temps de travail total hebdomadaire des médecins généralistes selon leur âge. 223

Figure 129 : Le temps de travail total hebdomadaire des médecins généralistes selon leur sexe. 224

Figure 130 : Le temps de travail total hebdomadaire des généralistes selon le lieu de résidence. 224

Figure 131 : Les perceptions du temps de travail selon les médecins généralistes. 225

Figure 132 : Les médecins généralistes estimant que leur temps de travail est trop important selon leur lieu d'exercice. 225

Figure 133 : Les généralistes estimant que leur temps de travail est trop important selon l'âge..226

Figure 134 : Les facteurs qui augmentent le temps de travail selon les médecins généralistes. ...227

Figure 135 : Les médecins généralistes pensant qu'il manque des médecins de leur spécialité dans leur secteur de patientèle, actuellement et dans cinq ans. 228

Figure 136 : Les médecins généralistes pensant qu'il manque des médecins de leur spécialité dans leur secteur de patientèle, actuellement et dans cinq ans selon leur lieu d'exercice. 229

Figure 137 : La possibilité de prendre des rendez-vous pour consulter le médecin généraliste...230

Figure 138 : Le temps médian d'attente selon la possibilité de consulter le médecin généraliste sur rendez-vous. 231

Figure 139 : Les médecins généralistes pensant que la présence d'un secrétariat ne permet pas de diminuer le temps d'attente en cabinet. 232

Figure 140 : Les solutions des médecins généralistes pour réduite les délais d'attente pour une prise en charge des patients. 233

Figure 141 : Les solutions des médecins généralistes pour réduire les délais d'attente pour une prise en charge des patients selon leur lieu d'exercice. 234

Figure 142 : Les solutions des médecins généralistes pour réduite les délais d'attente pour une prise en charge des patients selon leur âge. 235

Figure 143 : Les médecins généralistes qui sont prêts à faire des consultations avancées. 236

Figure 144 : Les médecins généralistes qui sont prêts à faire des consultations avancées selon leur lieu d'exercice. 237

Figure 145 : Les généralistes qui sont prêts à faire des consultations avancées selon leur âge. 237

Figure 146 : Une analyse des correspondances multiples concernant les médecins généralistes. 240

Figure 147 : Les difficultés des patients pour l'obtention des soins selon les médecins spécialistes.242

Figure 148 : Les spécialités médicales avec lesquelles les médecins spécialistes sont le plus fréquemment en interaction. 243

Figure 149 : Les spécialités médicales avec lesquelles les patients ont le plus de difficultés pour être pris en charge selon les médecins spécialistes. 243

Figure 150 : Le temps de travail total hebdomadaire des médecins spécialistes selon leur estimation. 244

Figure 151 : Le temps de travail total hebdomadaire des médecins spécialistes selon leur âge....245

Figure 152 : Le temps de travail total hebdomadaire des médecins spécialistes selon le sexe.....245

Figure 153 : Les perceptions du temps de travail selon les médecins spécialistes.....246

Figure 154 : Les médecins spécialistes estimant que leur temps total de travail est trop important selon leur âge. 246

Figure 155 : Les facteurs qui augmentent le temps de travail selon les médecins spécialistes. 247

Figure 156 : Les médecins spécialistes pensant qu'il manque des médecins de leur spécialité dans leur secteur de patientèle, actuellement et dans cinq ans. 248

Figure 157 : La possibilité de prendre des rendez-vous pour consulter le médecin spécialiste. ... 249

Figure 158 : Les solutions envisagées par les médecins spécialistes pour réduire les délais de prise en charge des patients. 251

Figure 159 : Les solutions envisagées par les médecins spécialistes pour réduire les délais de prise en charge des patients selon leur âge. 252

Figure 160 : Les médecins spécialistes qui sont prêts à faire des consultations avancées. 253

Figure 161 : Les médecins spécialistes qui sont prêts à faire des consultations avancées selon leur âge. 253

Figure 162 : Une analyse des correspondances multiples concernant les médecins spécialistes. . 256

Figure 163 : Maisons et pôles de santé en France en fonctionnement au 31 janvier 2013 (284 structures) 265

Figure 164 : Projets de maisons et pôles de santé en France avec ouverture prévue en 2013 ou en 2014 (288 projets). Estimation au 31 janvier 2013. 265

Figure 165 : Définitions des regroupements de professionnels de santé en France 267

Figure 166 : Les pays où l'exercice médical de groupe est majoritaire. Source : Bougueil *et al.*, 2007b 270

Figure 167 : Les pays où l'exercice médical de groupe est minoritaire. Source : Bougueil *et al.*, 2007b 271

Figure 168 : Composition type des équipes des cabinets de médecine générale au Royaume-Uni. 272

Figure 169 : Taux de regroupement des médecins généralistes libéraux de secteur 1 en France entre 1998 et 2009 273

Figure 170 : Honoraires totaux des professionnels de santé en euros entre 2008 et 2010. 277

Figure 171 : Aides financières mobilisables pour un projet de santé. 291

Figure 172 : Les maisons de santé ouvertes et en projet en Languedoc-Roussillon. 300

Figure 173 : Les maisons de santé pluriprofessionnelles : une offre de soins durable à l'initiative des acteurs locaux 326

Figure 174 : La télémédecine : une réponse adaptée aux besoins du patient, du domicile au centre hospitalier de pointe (à partir de Reynaudi, Sauneron, 2011) 331

Figure 175 : Schéma organisationnel de Télurge dans le Nord-Pas-de-Calais entre le médecin urgentiste situé dans un centre hospitalier du Nord-Pas-de-Calais et le neurochirurgien situé dans le centre hospitalier régional universitaire de Lille (réalisé à partir du dossier de l'ANAP, 2012b) 342

Figure 176 : Schéma organisationnel du réseau d'urgences neurologiques en Franche Comté (RUN-FC) entre les urgentistes et les neurologues du CHU de Besançon (réalisé à partir du dossier de l'ANAP, 2012b). 343

Figure 177 : Schéma organisationnel entre les médecins de l'UCSA de Bois d'Arcy et les médecins spécialistes des centres hospitaliers de la région Ile-de-France (réalisé à partir du dossier de l'ANAP, 2012b)..... 345

Figure 178 : Schéma organisationnel du réseau de télésurveillance médicale du CHU de Bordeaux pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique (réalisé à partir du dossier de l'ANAP, 2012b)..... 349

Figure 179 : Schéma organisationnel du réseau Télégéria© de télémédecine en gériatrie à l'hôpital européen Georges-Pompidou (réalisé à partir du dossier de l'ANAP, 2012b)..... 351

Figure 180 : Schéma organisationnel de la téléexpertise réalisée par les médecins généralistes de la maison de santé pluriprofessionnelle de Saint-Paul-de-Fenouillet (Pyérénées-Orientales) et les radiologues de la Clinique Saint-Pierre à Perpignan..... 353

Figure 181 : Zonage en Aires Urbaines de l'INSEE. 403

Figure 182 : Table des tests Khi-carré de Pearson 406

Figure 183 : Les contributions des modalités des variables pour l'analyse des correspondances multiples pour l'accès aux médecins généralistes..... 407

Figure 184 : Les contributions des modalités des variables pour l'analyse des correspondances multiples pour l'accès aux médecins spécialistes. 407

Figure 185 : La Une du journal Le Dauphiné Libéré du 22 octobre 2011 : « Trop d'attente chez le médecin : une étude pointe des délais extrêmement longs »..... 408

Figure 186 : L'article du journal Le Dauphiné Libéré du 22 octobre 2011 : « Trop d'attente chez le médecin : une étude pointe des délais extrêmement longs »..... 409

Figure 187 : Article du Quotidien du Médecin n°9031, le 24 octobre 2011 : « Les raisons du renoncement aux soins : une enquête met en cause les trop longs délais d'attente »..... 410

Figure 188 : Table des tests Khi-carré de Pearson des médecins généralistes 411

Figure 189 : Table des tests Khi-carré de Pearson des médecins spécialistes 412

Figure 190 : Les contributions des modalités des variables pour l'analyse des correspondances multiples concernant les médecins généralistes..... 413

Figure 191 : Les contributions des modalités des variables pour l'analyse des correspondances multiples concernant les médecins spécialistes..... 414

Figure 192 : Article du journal Le Midi Libre paru le 16 novembre 2012 : « *Difficultés d'accès aux soins : les médecins libéraux livrent leurs solutions pour la région* ». 415

Figure 193 : La Une et l'article du journal le Quotidien du Médecin n°9190, paru le 15 novembre 2012 : « *Freins à l'accès aux soins : perceptions et solutions. La profession prête à son aggiornamento* 416

Index analytique

A

Accès · 5, 9, 11, 12, 18, 19, 20, 23, 25, 26, 27, 28, 30, 32, 33, 40, 43, 44, 45, 47, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 60, 61, 62, 63, 64, 73, 75, 83, 85, 87, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 109, 110, 111, 112, 114, 118, 119, 122, 127, 128, 131, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 156, 169, 171, 174, 175, 177, 178, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187,189, 190, 194, 195, 199, 200, 201, 202, 203, 206, 207, 208, 209, 213, 214, 215, 216, 220, 221, 222, 230, 231, 233, 237, 239, 241, 243, 244, 250, 252, 253, 257, 258, 261, 263, 264, 267, 268, 269, 273, 274, 279, 281, 283, 284, 285, 297, 298, 308, 317, 318, 321, 322, 324, 325, 327, 328, 329, 330, 334, 335, 336, 339, 340, 343, 346, 348, 350, 351, 355, 356, 357, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 371, 375, 378, 407, 415, 416, 421, 422
Acteur · 9, 19, 20, 25, 30, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 53, 55, 56, 60, 61, 62, 68, 73, 75, 78, 80, 81, 82, 83, 100, 101, 104, 105, 106, 107, 109, 114, 115, 116, 133, 156, 209, 257, 258, 263, 272, 273, 276, 282, 283, 289, 292, 293, 294, 303, 306, 307, 308, 309, 312, 313, 314, 315, 322, 324, 325, 326, 330, 332, 338, 348, 350, 351, 354, 359, 360, 361, 363, 364, 365,374, 378, 418, 422
Aménagement · 5, 11, 21, 28, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 56, 75, 77, 78, 90, 106, 109, 114, 268, 277, 279, 292, 305, 318, 322, 325, 334, 335, 357, 359, 365, 367, 369, 375, 376, 380

B

Besoin · 9, 28, 29, 30, 36, 47, 51, 52, 56, 58, 62, 63, 65, 80, 82, 83, 90, 91, 97, 104, 105, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 144, 190, 212, 263, 274, 279, 284, 285, 287, 290, 297, 299, 306, 324, 327, 330, 331, 344, 347, 351, 360, 361, 364, 370, 373, 375, 379

C

Concept · 9, 11, 19, 47, 51, 75, 85, 87, 91, 97, 103, 104, 109, 359, 360, 374, 377, 422
Coopération · 40, 45, 270, 273, 274, 278, 287, 288, 289, 293, 294, 295, 296, 324, 327, 337, 359, 363, 367, 418, 422

D

Demande · 12, 18, 30, 58, 61, 62, 63, 68, 76, 81, 82, 83, 97, 105, 112, 114, 117, 119, 121, 122, 123, 127, 141, 143, 209, 213, 215, 222, 226, 228, 229, 235, 236, 238, 242, 244, 248, 250, 252, 254, 257, 258, 264, 268, 285, 286, 289, 292, 307, 308, 318, 322, 328, 340, 342, 343, 345, 346, 348, 349, 354, 356, 360, 361,362, 363, 365
Déserts médicaux · 143, 287
Disponibilité · 5, 27, 37, 97, 104, 105, 109, 110, 121, 122, 123, 127, 136, 139, 140, 141, 145, 146, 154, 155, 156, 171, 172, 174, 176, 178, 181, 182, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 192, 194, 197, 199, 200, 207, 208, 212, 214, 220, 227, 241, 244, 248, 250, 257, 283, 334, 361, 362,363, 407
Distance · 9, 19, 28, 35, 47, 48, 51, 53, 54, 56, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 68, 75, 76, 77, 78, 81, 82, 83, 89, 90, 96, 97, 100, 103, 110, 117, 118, 119, 121, 122, 123, 127, 141, 177, 206, 207, 236, 328, 329, 332, 336, 340, 341, 345, 347, 348, 349, 356, 360, 361, 362, 373, 422
Durable · 363

I

Indicateur · 19, 27, 85, 87, 88, 91, 92, 98, 103, 104, 105, 107, 109, 110, 111, 112, 114, 117, 119, 120, 121, 122, 123, 127, 206, 297, 298, 332, 347, 361, 362, 365, 366, 367, 377, 378

L

Loi HPST · 7, 28, 63, 100, 264, 267, 268, 279, 292, 293, 294, 327, 328, 329, 330, 334, 337, 339, 356

M

Maisons de santé pluriprofessionnelles · 20, 21, 38, 45, 80, 106, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 275, 276, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 298, 299, 300, 301, 303, 304, 307, 310, 311, 312, 313, 316, 319, 320, 322, 324, 325, 326, 327, 329, 330, 332, 336, 339,350, 354, 356, 357, 363, 364, 368, 371, 374, 419, 420, 422
Multidimensionnelle · 19, 73, 79, 81, 83, 85, 257, 360, 422

O

Offre de soins · 9, 12, 13, 17, 18, 19, 20, 21, 25, 27, 28, 32, 39, 40, 45, 50, 58, 61, 62, 63, 89, 90, 105, 106, 107, 110, 114, 116, 118, 121, 123, 133, 141, 143, 144, 206, 207, 209, 220, 228, 229, 236, 238, 239, 250, 251, 252, 254, 255, 257, 263, 264, 267, 268, 270, 279, 281, 282, 284, 285, 286, 287, 290, 301, 304, 306, 307, 308, 311, 314, 316, 319, 322,324, 325, 326, 327, 329, 330, 332, 336, 341, 343, 346, 347, 350, 354, 356, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 367, 368, 374, 422

P

Perception · 9, 12, 19, 20, 25, 31, 33, 45, 47, 48, 50, 53, 55, 60, 75, 80, 81, 82, 83, 92, 93, 94, 100, 105, 106, 133, 137, 141, 142, 171, 175, 209, 212, 213, 216, 220, 222, 225, 228, 233, 238, 241, 243, 244, 246, 254, 257, 289, 298, 307, 316, 350, 359, 360, 361, 362, 363, 365, 366, 379, 411, 412, 416, 422
Proximité · 9, 15, 19, 28, 37, 39, 40, 45, 47, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 75, 78, 90, 97, 101, 103, 110, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 127, 207, 263, 267, 286, 296, 298, 301, 302, 303, 306, 324, 330, 332, 341, 350, 359, 360, 361, 363, 364, 371, 375, 378, 380

R

Regroupement · 20, 115, 266, 267, 270, 273, 275, 280, 292, 312, 324, 364
Renoncement · 20, 133, 134, 136, 137, 142, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 192, 193, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 213, 361, 362, 366, 372, 376, 405, 407, 410, 422
Réseaux · 18, 19, 23, 25, 45, 47, 48, 51, 53, 55, 59, 60, 61, 77, 78, 79, 81, 106, 115, 267, 268, 280, 284, 303, 327, 330, 332, 340, 353, 360, 365, 370, 378

S

Satisfaction · 20, 27, 32, 47, 58, 79, 80, 93, 97, 98, 104, 105, 106, 112, 127, 133, 134, 136, 137, 140, 141, 142, 147, 152, 153, 154, 155, 162, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 205, 206, 208, 212, 213, 231, 274, 282, 298, 299, 321, 333, 360, 361, 362, 366, 374, 404, 405, 420

T

Télémédecine · 6, 20, 21, 45, 60, 61, 80, 106, 261, 298, 302, 318, 325, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 350, 351, 352, 353, 354, 356, 357, 363, 364, 365, 367, 370, 379, 421, 422
Temps d'attente · 27, 50, 67, 68, 93, 97, 101, 102, 104, 106, 110, 139, 140, 141, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 152, 153, 154, 170, 171, 174, 176, 177, 178, 181, 182, 184, 185, 187, 189, 190, 192, 193, 194, 198, 199, 203, 206, 207, 212, 213, 214, 215, 216, 218, 219, 221, 227, 230, 231, 232, 233,234, 235, 241, 244, 247, 249, 250, 257, 274, 295, 299, 301, 304, 314, 320, 324, 350, 361, 362, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 422

Z

Zonage en aires urbaines · 7, 159, 160, 180, 195, 401, 402, 403, 404, 405, 411
Zone urbaine sensible · 45, 136, 202, 203, 208, 359, 362, 405

Table des matières

Remerciements 5
Répertoire des signes utilisés 7
Avant-Propos 9

Introduction 11

Partie I Acteurs, territoires et réseaux : le contexte de l'accès aux soins 23

Chapitre 1. Les acteurs de santé et leurs perceptions 25
1.1. La santé, un secteur stratégique pour les pouvoirs publics 25
1.1.1. La performance du système de santé français 25
1.1.2. Les inégalités de répartition de l'offre de soins 27
1.1.3. Un secteur stratégique en économie 28
1.2. Les attentes des patients 31
1.2.1. La santé : une priorité majeure des français 31
1.2.2. Attentes et critiques des Français vis-à-vis de leur système de santé 33
1.2.3. Le nouveau rôle actif des patients : le pouvoir de l'information 34
1.3. Aspirations et difficultés des médecins 36
1.3.1. Un nouveau contexte sociodémographique 36
1.3.2. Les aspirations des internes en médecine générale et la répartition géographique de l'offre de soins 39
1.3.3. Les médecins et les pouvoirs publics 41
1.4. L'accès à des soins de qualité : un enjeu majeur pour les pouvoirs publics, les patients et les médecins 44

Chapitre 2. Le territoire et les réseaux : l'espace géographique façonné par les acteurs 47
2.1. Le territoire : un système dynamique résultant des interactions entre les acteurs et l'espace géographique 47
2.2. Les caractéristiques des territoires : milieu, hétérogénéité et opacité 51
2.3. La géographie des réseaux : le rôle de la distance pour l'accès aux services 53
2.3.1. Réseaux et distance : la recherche d'équité spatiale en aménagement 53
2.3.2. L'enjeu de la proximité 55
2.3.3. Au-delà de la recherche de proximité : l'accroissement des flux des patients et des médecins à l'échelle mondiale 64
2.4. La géographie de la santé : une approche multidimensionnelle 69

Partie II Analyse du concept d'accès aux soins : vers une approche multidimensionnelle centrée sur les acteurs 73

Chapitre 3. Les logiques de localisation et d'organisation des services : les limites de la distance 75
3.1. Qu'est-ce qu'un service ? 75

3.2. La théorie des lieux centraux : une approche rationnelle de localisation des services reposant sur la distance 76
3.3. Vers une approche multidimensionnelle des logiques d'organisation spatiale des services 79
3.3.1. Les contestations du modèle normatif de l'homo œconomicus et l'apport des sciences sociales 79
3.3.2. Les logiques de localisation des services : la recherche d'une adéquation entre l'offre et la demande sur le territoire et ses réseaux 81
3.4. Conclusion 83

Chapitre 4. Une analyse des différentes conceptualisations de l'accès aux soins 85
4.1. Concepts et modèles en sciences sociales 85
4.1.1. La construction des concepts en sciences sociales 85
4.1.2. Du concept au modèle : un langage pour décrire le monde 87
4.2. L'accès selon L. A. Aday et R. M. Andersen : un modèle comportemental de l'utilisation des services de santé 91
4.2.1. Définir les conditions d'un accès équitable 91
4.2.2. Vers une évolution du modèle intégrant les perceptions des patients 92
4.3. L'accès selon R. Penchansky et J. W. Thomas : l'adéquation entre les services de santé et les attentes des patients 97
4.3.1. Une définition liée à la satisfaction des consommateurs 97
4.3.2. Les principales perceptions des difficultés d'accès aux soins suivant les pays..... 100
4.4. Une proposition du concept d'accès aux soins : à l'interface entre l'ensemble des acteurs et les territoires 104
4.4.1. Synthèse de l'état de l'art 104
4.4.2. L'intégration des principaux acteurs de santé dans le concept d'accès aux soins sur les territoires 105

Chapitre 5. Indicateurs et cartographie de l'accès aux soins : une synthèse critique109
5.1. Des indicateurs pour cartographier des informations partielles sur l'accès aux soins 109
5.1.1. Une mesure du concept d'accès ou un outil de représentation cartographique de l'accès ? 109
5.1.2. Classification et interprétation des indicateurs 110
5.2. Description des principaux indicateurs utilisés dans le contexte de l'accès aux soins 112
5.2.1. Des indicateurs pour l'évaluation des besoins de santé 112
5.2.2. Les indicateurs reposant sur la proximité 117
5.2.3. Les indicateurs reposant sur le rapport du nombre de professionnels de santé par unité de population 120
5.2.4. Les indicateurs reposant sur des modèles de gravité 121
5.2.5. Les indicateurs de type 2SFCA (two-step floating catchment area) 122
5.3. Conclusion 127
5.3.1. Un outil complémentaire des mesures du concept d'accès 127
5.3.2. Une validation nécessaire pour explorer la représentation cartographique du concept d'accès 127

Partie III Etude des perceptions des patients et des médecins concernant l'accès aux soins en Languedoc-Roussillon 131

Chapitre 6. Difficultés et renoncements des patients pour consulter un médecin 133
6.1. Objectifs et méthodologie de l'enquête 133
6.1.1. Objectifs 133
6.1.2. Présentation de la méthodologie de l'enquête 134
6.2. Résultats et discussion concernant l'accès aux médecins généralistes 143
6.2.1. Quelles sont les principales difficultés des patients pour consulter un médecin généraliste ? 143
6.2.1. Existe-t-il une relation entre la principale difficulté des patients pour consulter un médecin généraliste et leur degré de satisfaction ? 170
6.2.2. Le renoncement aux consultations des médecins généralistes 174
6.2.3. Une analyse des correspondances multiples pour l'accès aux médecins généralistes 181
6.3. Résultats et discussion concernant l'accès aux médecins spécialistes 184
6.3.1. Quelles sont les principales difficultés des patients pour consulter un médecin spécialiste ? 184
6.3.2. Le renoncement aux consultations des médecins spécialistes 192
6.3.3. Une analyse des correspondances multiples pour l'accès aux médecins spécialistes 199
6.4. L'accès aux soins est-il plus difficile pour les populations résidant en zones urbaines sensibles ? 202
6.5. Conclusion 206
6.5.1. Difficultés et renoncement pour consulter un médecin généraliste 206
6.5.2. Difficultés et renoncement pour consulter un médecin spécialiste 207
6.5.3. Difficultés et renoncement des habitants résidant en zones urbaines sensibles .. 208

Chapitre 7. Les difficultés et les solutions envisagées des médecins concernant l'accès aux soins 209
7.1. Objectifs et méthodologie de l'enquête 209
7.1.1. Objectifs 209
7.1.2. Présentation de la méthodologie de l'enquête 209
7.1.3. Présentation du questionnaire 212
7.2. Résultats et discussion concernant les médecins généralistes 216
7.2.1. Les médecins généralistes partagent-ils les mêmes perceptions des difficultés d'accès aux soins que leurs patients ? 216
7.2.2. Les perceptions des médecins généralistes concernant leurs conditions d'exercice 222
7.2.3. Les solutions des médecins généralistes pour réduire les délais de prise en charge des patients 233
7.2.4. Une analyse des correspondances multiples concernant les médecins généralistes 238
7.3. Résultats et discussion concernant les médecins spécialistes 241
7.3.1. Les médecins spécialistes partagent-ils les mêmes perceptions des difficultés d'accès aux soins que leurs patients ? 241
7.3.2. Les perceptions des médecins spécialistes concernant leurs conditions d'exercice 244
7.3.3. Les solutions des médecins spécialistes pour réduire les délais de prise en charge des patients 250
7.3.4. Une analyse des correspondances multiples concernant les médecins spécialistes 254
7.4. Conclusion 257

Partie IV Regroupement des professionnels de santé et télémédecine : des nouvelles organisations pour l'accès aux soins durable ? 261

Chapitre 8. Le regroupement des professionnels de santé : l'organisation de proximité de demain 263

8.1. L'exercice médical groupé : une organisation plébiscitée par les acteurs de santé 263

8.1.1. Les maisons de santé : une organisation récente au succès rapide 263

8.1.2. Les regroupements de professionnels de santé à l'étranger : des expériences instructives 270

8.1.3. Le consensus des maisons de santé et les différentes attentes des acteurs 276

8.2. Enjeux et conditions de réussite pour la création de maisons de santé pluriprofessionnelles 282

8.2.1. La mobilisation des professionnels de santé : l'importance d'une pratique coopérative 282

8.2.2. Projet de santé et projet professionnel : des outils essentiels pour l'accès à des soins de qualité 283

8.2.3. Une coopération interprofessionnelle à définir avec de nouveaux modes de rémunération 286

8.2.4. Une structure juridique adaptée aux besoins des porteurs de projets et un soutien financier 290

8.2.5. Les maisons de santé : un lieu pour de nouvelles pratiques qui vise l'amélioration de la qualité des soins de premier recours 294

8.3. L'exemple de quatre maisons de santé en Languedoc-Roussillon 300

8.3.1. La maison de santé d'Axat (Aude) 301

8.3.2. La maison de santé de Sauve (Gard) 302

8.3.3. La maison de santé du Bousquet d'Orb (Hérault) 304

8.3.4. La maison de santé de Langogne (Lozère) 305

8.4. Une enquête approfondie sur la maison de santé de Saint-Paul-de-Fenouillet (Pyrénées-Orientales) 307

8.4.1. La maison de santé : un projet des médecins pour anticiper la diminution de l'offre de soins 308

8.4.2. Le rôle majeur du coordinateur 310

8.4.3. Ne jamais oublier un acteur lors de la création du projet de santé et du projet professionnel 313

8.4.4. Une coopération interprofessionnelle mais pas de délégation de tâches 315

8.4.5. Le développement de nouveaux services qui améliorent l'accès et la qualité des soins 317

8.4.6. Le fonctionnement juridique et financier 320

8.4.7. Créer une maison de santé, une expérience « fabuleuse » 321

8.5. Conclusion 324

Chapitre 9. La télémédecine : un accès aux soins adapté aux besoins des patients en tout point du territoire 327

9.1. L'essor d'une nouvelle organisation de l'offre de soins 327

9.1.1. Un déploiement timide 327

9.1.2. Le soutien du Ministère de la Santé à la télémédecine 329

9.1.3. La télémédecine : un service reliant des acteurs, des territoires grâce aux réseaux 330

9.1.4. Des patients plus actifs dans la prise en charge de leur santé 332

9.2. Les TIC, des outils pour améliorer l'accès à des soins de qualité 334

9.2.1. Les systèmes d'information : des outils pour la qualité des soins 334
9.2.2. Les TIC des outils pour l'aménagement du territoire et l'accès aux soins en milieu rural 334
9.3. Les projets de télémédecine et de maisons de santé pluriprofessionnelles : les mêmes conditions de réussite pour leur déploiement 336
9.3.1. Les conditions de réussites 336
9.3.2. Un cadre juridique et économique à clarifier 337
9.4. L'analyse de cinq réseaux de télémédecine pour un accès à des soins de qualité 340
9.4.1. Cinq chantiers prioritaires pour le Ministère de la Santé 340
9.4.2. La permanence des soins en imagerie médicale 340
9.4.3. La prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) 342
9.4.4. La télémédecine au service des personnes en détention 344
9.4.5. La prise en charge d'une maladie chronique 347
9.4.6. Les soins en structure médico-sociale ou en hospitalisation à domicile (HAD) 349
9.5. La télémédecine au sein d'une maison de santé : analyse détaillée de la téléexpertise dans les Fenouillèdes 352
9.5.1. Une prise en charge de qualité et sans risque pour les patients souffrant de symptômes abdominaux aigus 352
9.5.2. La téléexpertise : une coopération en temps réel entre le médecin généraliste et le radiologue 352
9.5.3. Un enthousiasme partagé par l'ensemble des acteurs mais aucune aide pour le financement de cette expérimentation 354
9.5.4. L'importance d'une formation pour effectuer des échographies 354
9.6. Conclusion 356

Conclusion et perspectives 359

Références citées dans le texte 367
Table des illustrations 383
Table des matières 395
Annexes 401
A. L'enquête auprès des patients 401
B. L'enquête auprès des médecins 411
C. Entretien avec le Dr Vedrenne concernant la création de la maison de santé pluriprofessionnelle de Saint-Paul-de-Fenouillet 417
D. Entretien avec le Dr Vedrenne concernant son projet de téléexpertise entre la maison de santé pluriprofessionnelle de Saint-Paul-de-Fenouillet et la Clinique 421

Annexes

A. L'enquête auprès des patients

- *Le recueil des données par téléphone*

Etant donné qu'en France 87% des foyers sont équipés en téléphonie, les français sont familiarisés avec ce mode de communication. Selon l'institut de sondage CSA, le recueil des données par téléphone présente l'avantage d'assurer une plus grande garantie d'anonymat pour les interviews et donc d'obtenir une plus grande sincérité des réponses.

Les interviews sont administrées par téléphone, au domicile des personnes interrogées, en semaine de 16 heures à 21 heures et le samedi de 10 heures à 17 heures. Les prises de contact sont faites à partir des numéros de téléphone tirés aléatoirement dans un fichier de France Telecom acheté par CSA. La centralisation des interviews sur un plateau technique permet d'homogénéiser la passation des questionnaires et de contrôler le travail des enquêteurs en temps réel.

Afin de disposer d'un échantillon représentatif et de ne pas toucher uniquement les personnes les plus disponibles, les enquêtes sont planifiées sur au moins deux jours consécutifs. Lorsqu'un numéro de téléphone est occupé, il est rappelé automatiquement quinze minutes plus tard, puis une heure plus tard et le jour suivant une heure après le dernier appel. En cas de numéro sonnant dans le vide, la même procédure est suivie.

En tenant compte des foyers sur liste rouge et de ceux inscrits sur la liste anti prospection (environ 20% selon l'ARCEP), c'est moins de la moitié de la population qui peut désormais être contactée via les fichiers extraits des pages blanches. Pour tenir compte de ces défis méthodologiques et épistémologiques, CSA a mis en place des procédures de génération aléatoire de numéros de téléphonie fixe.

- *Le Zonage en Aires Urbaines de l'INSEE*

Le Zonage en Aires Urbaines (ZAU), créé en 2010, succède au Zonage en Aires Urbaines et aires d'emploi de l'Espace Rural (ZAUER) de 1999 (voir Figure 181, p. 403). Le ZAU inclut désormais les degrés d'influence des villes sur leur environnement, il ne s'agit plus d'une

dichotomie urbain/rural. Il tient compte de l'évolution de l'étalement urbain et il identifie aussi les pôles secondaires au sein des aires urbaines les plus importantes[90].

La notion d'urbain désigne désormais l'espace des grandes aires urbaines composées de trois types de communes :

- les grands pôles urbains,
- les couronnes des grands pôles urbains,
- les communes multipolarisées des grandes aires urbaines.

Hors des grandes aires urbaines, quatre types d'espace ont été définis :

- l'espace des autres aires comprenant les aires moyennes avec des pôles moyens et des couronnes des pôles moyens,
- les petites aires avec des petits pôles des couronnes des petits pôles,
- les autres communes multipolarisées,
- l'ensemble des autres communes (communes isolées, hors influence des pôles).

Plus précisément, selon l'INSEE, une aire urbaine est un ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle urbain (unité urbaine) de plus de 10 000 emplois, et par des communes rurales ou unités urbaines (couronne périurbaine) dont au moins 40% de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci[91]. Les moyennes aires sont un ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle (unité urbaine) de 5 000 à 10 000 emplois, et par des communes rurales ou unités urbaines dont au moins 40% de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci. Les petites aires sont ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle (unité urbaine) de 1 500 à 5 000 emplois, et par des communes rurales ou unités urbaines dont au moins 40% de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci.

Dans le cadre de notre enquête auprès des patients, la population interrogée a notamment été choisie suivant le lieu de résidence. Etant donné, que le ZAU n'était pas encore finalisé par l'INSEE, la répartition des habitants interrogés selon leur lieu de résidence a été effectué à partir du ZAUER selon la méthode des quotas. Dès la parution, du ZAU le 18 octobre 2011, les résultats de l'enquête ont été actualisés selon le nouveau zonage.

[90] Site Internet de l'INSEE, consulté le 22 juin 2013 : http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=zonages/processus_actualisation_au.htm#zau2010

[91] Les données sont issues du recensement de la population en 2008.

Ainsi, à partir des neuf types d'espace définis par le ZAU, nous avons créé quatre classes pour une lecture plus aisée des résultats :

- les grands pôles urbains,
- les couronnes des grands pôles et les communes multipolarisées des grandes aires urbaines,
- les moyens et petits pôles et leurs couronnes,
- les autres communes multipolarisées ou isolées.

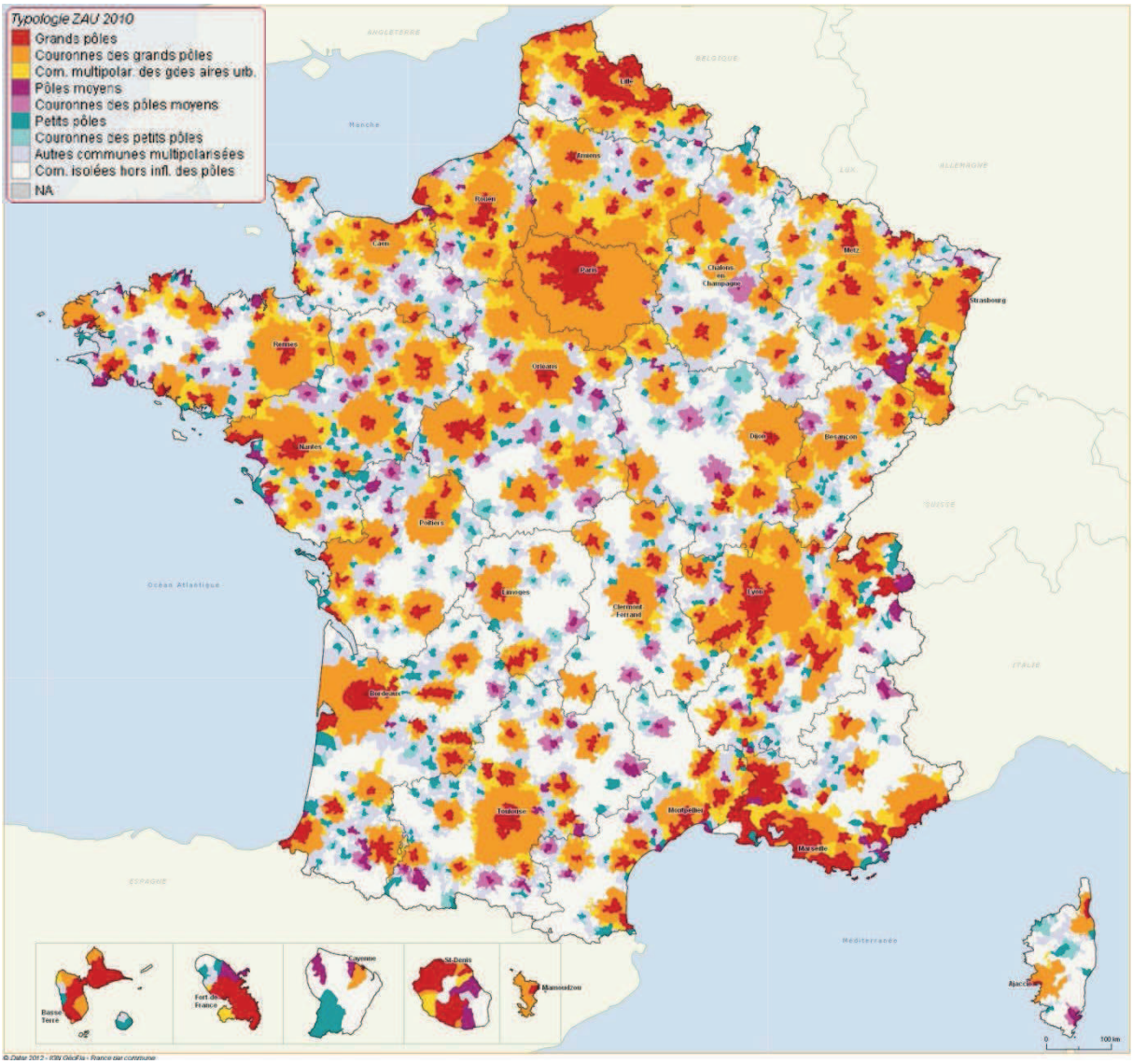


Figure 181 : Zonage en Aires Urbaines de l'INSEE.

- *Tables des tests Khi-carré de Pearson*

*	0,01 < p-value ≤ 0,05
**	0,001 < p-value ≤ 0,01
***	p-value ≤ 0,001

Variables croisées avec les difficultés pour consulter un médecin généraliste (question 14 A)	p-value	Significativité
Sexe	0.3654	
Département	0.1455	
Lieu de résidence (ZAU)	0.0075	**
Age	0.000	***
Revenus mensuels nets du foyer	0.0034	**
Catégorie socio-professionnelle du répondant	0.000	***
Niveau de diplôme	0.5607	
CMU	0.1261	
Complémentaire santé	0.000	***
Variables croisées avec la satisfaction liée à l'attente en salle d'attente (question 8 B)	**p-value**	
Lieu de résidence (ZAU)	0.7823	
Possibilité de consulter sur rendez-vous	0.0020	**
Variables croisées avec la satisfaction liée au système de garde (question 12)	**p-value**	
Lieu de résidence (ZAU)	0.0678	
Variables croisées avec le mode de transport (question 2)	**p-value**	
Lieu de résidence (ZAU)	0.0018	**
Variables croisées avec la difficulté de trajet liée à la condition physique du patient (question 1 C)	**p-value**	
Age	0.0000	***
Variables croisées avec la difficulté de trajet liée au stationnement (question 1 B)	**p-value**	
Lieu de résidence (ZAU)	0.3253	
Variables croisées avec la difficulté de trajet liée aux conditions de circulation (question 1 A)	**p-value**	
Lieu de résidence (ZAU)	0.1096	
Variables croisées avec la satisfaction liée au temps de trajet (question 4)	**p-value**	
Lieu de résidence (ZAU)	0.1295	
Variables croisées avec la difficulté pour payer la consultation (question 13 A)	**p-value**	
Age	0.0290	*
Catégorie socio-professionnelle du répondant	0.0020	**
Revenus mensuels nets du foyer	0.0000	***
Lieu de résidence (ZAU)	0.2078	
CMU	0.1597	
Complémentaire santé	0,0000	***
Variables croisées avec la difficulté pour payer les soins restant à la charge du patient (question 13 B)	**p-value**	
Age	0.0020	**
Catégorie socio-professionnelle du répondant	0.0205	*
Revenus mensuels nets du foyer	0.0000	***

Lieu de résidence (ZAU)	0.0262	*
CMU	0.0305	*
Complémentaire santé	0.0000	***
Variables croisées avec la satisfaction liée au confort de la salle d'attente (question 11 A)	**p-value**	
Age	0.0210	*
Variables croisées avec la satisfaction liée au lieu dans lequel est situé le cabinet (question 11 B)	**p-value**	
Age	0.0377	*
Variables croisées avec la satisfaction liée aux conditions d'attente avec les autres patients (question 11 C)	**p-value**	
Age	0.2771	
Variables croisées avec les difficultés pour consulter un médecin spécialiste (question 14 B)	**p-value**	
Sexe	0.0934	
Département	0.0142	*
Lieu de résidence (ZAU)	0.0009	***
Age	0,0000	***
Catégorie socio-professionnelle du répondant	0.0007	***
Revenus mensuels nets du foyer	0.0018	**
Niveau de diplôme	0,0000	***
CMU	0.2608	
Complémentaire santé	0.43	
Variables croisées avec le renoncement au médecin généraliste (question 15 A)	**p-value**	
Sexe	0.1304	
Département	0.8173	
Lieu de résidence (ZAU)	0.4017	
Age	0,0000	***
Catégorie socio-professionnelle du répondant	0,0003	***
Revenus mensuels nets du foyer	0.0882	
Niveau de diplôme	0.1119	
CMU	0.5915	
Complémentaire santé	0.0111	*
Variables croisées avec le renoncement au médecin spécialiste (question 15 B)	**p-value**	
Sexe	0.6874	
Département	0.2913	
Lieu de résidence (ZAU)	0.0471	*
Age	0,0000	***
Catégorie socio-professionnelle du répondant	0.0006	***
Revenus mensuels nets du foyer	0.1542	
Niveau de diplôme	0.2608	
CMU	0.4676	
Complémentaire santé	0.0008	***
Variables croisées avec les zones urbaines sensibles (en tant que sous-ensemble des habitants des grands-pôles)	**p-value**	
Principale difficulté pour consulter un généraliste	0.0881	
Principale difficulté pour consulter un spécialiste	0.0330	*
Renoncement pour consulter un généraliste	0.9805	
Renoncement pour consulter un spécialiste	0.2601	

Difficultés liées à la circulation	0.2209	
Difficultés liées au stationnement	0.9398	
Difficultés de trajet liées à la condition physique du patient	0.1179	
Type de transport utilisé	0.4482	
Satisfaction liée au temps de trajet	0.7880	
Fréquence des visites à domicile	0.1563	
Possibilité de prendre des rendez-vous	0.0944	
Satisfaction liée aux horaires d'ouverture du cabinet	0.4447	
Satisfaction liée au temps d'attente en cabinet	0.0996	
Satisfaction liée à la possibilité de contacter le médecin par téléphone	0.7873	
Satisfaction liée aux délais détente pour obtenir une consultation dans le cas d'une situation urgente	0.5501	
Satisfaction liée aux délais détente pour obtenir une consultation dans le cas d'une situation non urgente	0.4823	
Satisfaction liée au confort de la salle d'attente	0.7334	
Satisfaction liée à l'environnement du cabinet médicale	0.0774	
Satisfaction concernant les conditions d'attente avec les autres patients	0.9422	
Satisfaction concernant le système de garde	0.8181	
Difficultés pour payer le médecin généraliste	0.0814	
Difficultés pour payer les soins restant à la charge du patient	0.0168	*
Adhésion à la CMU	0.4268	
Adhésion à une complémentaire santé	0.6371	

Figure 182 : Table des tests Khi-carré de Pearson

- *Les contributions des modalités des variables pour l'analyse des correspondances multiples pour l'accès aux médecins généralistes et spécialistes*

	Abréviation	Axe 1 (18,07%)	Axe 2 (16,25%)
Manque de disponibilité du médecin pour obtenir un rendez-vous	DispoRDV	25.2533	0.271
Difficultés financières	Financier	0.5129	24.0894
Horaires de consultation inadéquats ou temps d'attente trop longs	HoraireAttente	14.5447	0.0004
Difficultés liées au trajet pour se rendre au cabinet	Trajet	0.0959	33.7684
Aucun renoncement	RenonceMG_Non	8.1035	9.513
Renoncement	RenonceMG_Oui	10.169	11.9378
Grands pôles urbains	GrandPole	19.4005	2.3471
Couronnes des grands pôles	MultiPole	6.7487	1.6554
Moyens et petits pôles et leurs couronnes	PetitPole	9.9452	0.991
Autres communes multipolarisées ou isolées	AutreCommune	5.2264	15.4267

Figure 183 : Les contributions des modalités des variables pour l'analyse des correspondances multiples pour l'accès aux médecins généralistes.

	Abréviation	Axe 1 (17,77%)	Axe 2 (16,42%)
Manque de disponibilité du médecin pour obtenir un rendez-vous	DispoRDV	0.1851	9.8001
Difficultés financières	Financier	15.5177	14.9918
Horaires de consultation inadéquats ou temps d'attente trop longs	HoraireAttente	2.7732	1.9449
Difficultés liées au trajet pour se rendre au cabinet	Trajet	13.0283	24.3837
Aucun renoncement	RenonceSpe_Non	12.3633	1.997
Renoncement	RenonceSpe_Oui	22.3142	3.6043
Grands pôles urbains	GrandPole	8.8492	7.689
Couronnes des grands pôles	MultiPole	0.0941	1.2506
Moyens et petits pôles et leurs couronnes	PetitPole	22.2331	2.05
Autres communes multipolarisées ou isolées	AutreCommune	2.6418	32.2886

Figure 184 : Les contributions des modalités des variables pour l'analyse des correspondances multiples pour l'accès aux médecins spécialistes.

- *Exemples d'articles de presse présentant l'enquête auprès des patients*

le dauphiné LIBERE

ledauphine.com

Samedi 22 octobre 2011 Hautes-Alpes & Alpes de Haute-Provence 0,90€

UNE ÉTUDE POINTE DES DÉLAIS EXTRÊMEMENT LONGS

Trop d'attente chez le médecin

Surcharge administrative et pénurie de médecins sont les causes de ces délais beaucoup trop longs. Photo PHOVOIR

Le temps d'attente dans les cabinets médicaux ainsi que les délais de plusieurs mois pour obtenir un rendez-vous sont de moins en moins acceptés. Au point que des patients finissent par renoncer à consulter. Et c'est encore pire quand on a affaire à des spécialistes. P. 28

Figure 185 : La Une du journal Le Dauphiné Libéré du 22 octobre 2011 : « Trop d'attente chez le médecin : une étude pointe des délais extrêmement longs ».

SANTÉ Une enquête révèle que des Français renoncent à se soigner à cause des délais

Les patients attendent trop chez le médecin

C'est une enquête[1] qui donne la parole aux patients. Réalisée par le CSA et l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) du Languedoc-Roussillon, elle concerne cette région mais révèle sans doute une réalité nationale méconnue. Le fait qu'un certain nombre de Français renonce à se soigner à cause de délais d'attente trop élevés.

Plus de 11 % des personnes interrogées lors de cette enquête ont déjà renoncé à consulter un médecin généraliste. Elles sont 23,7 % pour les médecins spécialistes. Photo DL/Archives

Chez les généralistes, trop de retard en cabinet

Le premier enseignement de cette enquête, c'est que l'accès à un médecin généraliste n'est finalement pas si catastrophique, puisque 71 % des personnes sondées ne rencontrent pas de difficultés. Sur les 29 % qui restent, 15 % se plaignent d'attendre trop longtemps dans le cabinet avant d'être reçus par leur médecin. Le coût et le trajet ne sont en revanche cités que par 3 % des personnes interrogés.

À cause de ces différentes contraintes, 11,8 % des sondés indiquent avoir déjà renoncé à consulter un généraliste. "Et la proportion est particulièrement élevée chez les jeunes de 25 à 34 ans" précise le docteur Jean-Paul Ortiz, président de l'URPS.

Chez les spécialistes, un délai trop long pour avoir un rendez-vous

Du côté des médecins spécialistes, les résultats sont encore plus probants. Car ici, la majorité des personnes interrogées dit rencontrer des difficultés. La principale raison ? Le manque de disponibilité des professionnels et le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous (43 % des sondés). Plusieurs mois, parfois un an voire plus pour consulter un ophtalmologiste, un gynécologue ou un dermatologue. Les difficultés liées au trajet sont citées par 9 % des personnes, l'attente en cabinet par 8 %. Le coût trop élevé ne concerne en revanche "que" 6 % des sondés.

Conclusion, 23,7 % ont déjà renoncé à consulter un spécialiste. Et là encore, les jeunes sont les plus concernés.

Des explications et des solutions ?

Le docteur Jean-Paul Ortiz est catégorique : "Il faut que les pouvoirs publics donnent les moyens aux médecins de se regrouper et d'embaucher des secrétaires qui les déchargeraient des tâches administratives. Avec des consultations à 23 €, les praticiens n'ont pas les moyens d'embaucher. Aujourd'hui, le médecin aidé par sa femme qui répond au téléphone et s'occupe des factures, ça n'existe plus. Pour les spécialistes, la désertification reste un vrai problème, et là encore, on la résoudra avec des regroupements. On ne peut pas mettre un médecin dans chaque village, mais il faut qu'il y en ait plusieurs dans les gros bourgs".

Clémence LENA

1- Enquête réalisée en juin 2011 par la géographe de la santé Joy Raynaud pour l'URPS en collaboration avec le CSA par téléphone auprès de 1 006 personnes de la région Languedoc-Roussillon. Méthode des quotas.

LE CHIFFRE

68 % C'est le pourcentage de personnes sondées par l'URPS Languedoc-Roussillon et le CSA qui disent rencontrer des difficultés pour pouvoir consulter un spécialiste.

"On perd du temps dans des tâches non médicales"

Olivier Roux est le président de l'ordre des médecins de l'Isère. Il réagit à l'étude publiée jeudi.

Le docteur Olivier Roux est le président de l'ordre des médecins de l'Isère. Photo DL

▶ Que pensez-vous des conclusions de l'enquête ?

-Cela me paraît un peu surprenant, ce n'est pas le ressenti que j'ai en tant que médecin en Rhône-Alpes. Mais cela reflète peut-être le changement de mentalité et le consumérisme. Je crois que pour quelqu'un qui a un problème de santé réel, on a un système qui lui répond et lui permet d'être soigné.

▶ Malgré tout, l'attente est, semble-t-il, un problème pour les patients. Qu'en pensez-vous ?

-Les délais d'attente sont la conséquence du problème de la pénurie de médecins qui sont de moins en moins nombreux, notamment dans les zones rurales. Pour ce qui est de l'attente en cabinet, elle résulte de la surcharge administrative des généralistes. Ils perdent du temps médical pour des tâches qui ne sont pas médicales. C'est une question qui a été abordée avec le ministre. On a parlé de simplifier les tâches et de les réduire mais dans les faits, ça ne change pas. Une autre solution consiste à déléguer certaines pratiques, par exemple entre les ophtalmo et les orthoptistes, mais c'est un sujet sensible...

▶ Selon vous, est-ce plutôt le coût des soins qui pose des difficultés ?

-Cela pose problème pour les dents et les lunettes, surtout aux populations qui sont juste au-dessus des seuils de la couverture maladie universelle (CMU). Ils n'ont pas les moyens d'adhérer à une mutuelle. Les étudiants sont également concernés.

Propos recueillis par C.Le.

À Annecy, 14 mois pour un rendez-vous chez un ophtalmo

"Quatorze mois... Vous vous rendez compte." Sébastien, jeune cadre annécien de 38 ans, n'en revient toujours pas. Quatorze mois ont été nécessaires pour obtenir un rendez-vous chez un ophtalmologiste, simplement pour aller faire vérifier sa vue. Il est myope. Il avait rencontré quelques années auparavant le même problème, mais l'avait résolu à sa façon. Devant ce temps d'attente qu'il estime "infiniment trop long", il avait pris rendez-vous à Marseille. Il avait alors obtenu son rendez-vous en quelques semaines.

Mais, ajoute-t-il, dépité et un brin honteux, "parce que ce médecin était un ami de la famille". Comme quoi la cooptation a encore de beaux jours devant elle, notamment en matière de santé. ❑

L'ophtalmologie représente 43 % des cas de renoncement à une consultation chez un spécialiste selon l'enquête. Photo DL/Archives

Figure 186 : L'article du journal Le Dauphiné Libéré du 22 octobre 2011 : « Trop d'attente chez le médecin : une étude pointe des délais extrêmement longs ».

Les raisons du renoncement aux soins

Une enquête met en cause les trop longs délais d'attente

Une enquête CSA réalisée pour l'union régionale des professionnels de santé (URPS) du Languedoc-Roussillon révèle que les délais d'attente trop longs (au cabinet ou pour obtenir un rendez-vous) sont le principal frein à l'accès aux soins, davantage que le coût. À rebours de certains discours.

RSIP

Le Dr Ortiz a commandé cette étude surprenante

« LE PATIENT est devenu impatient. » Ce constat, tiré de l'enquête* de la géographe Joy Raynaud sur les obstacles à l'accès aux soins dans la région Languedoc-Roussillon, remet en cause certains diagnostics classiques sur le système de santé. *« Le problème du renoncement aux consultations n'est pas financier comme on pourrait s'y attendre »*, avance le Dr Jean-Paul Ortiz, président (CSMF) de l'URPS du Languedoc-Roussillon, qui a commandé cette étude.

Quinze pour cent des sondés éprouvent des difficultés à consulter un généraliste. Ils invoquent en priorité les horaires de consultation inadéquats et surtout le temps d'attente trop long au cabinet. Le manque de disponibilité du médecin pour un rendez-vous est cité par 6 % des patients. Les contraintes liées au trajet ou au coût des consultations sont… marginales (3 % dans les deux cas). Logiquement, ce sont les actifs, en particulier les employés et les artisans, qui déplorent le plus ces délais d'attente excessifs. Les 18-39 ans sont 60 % à s'en plaindre. Un vrai motif de dissuasion : 19 % des 25-34 ans ont plusieurs fois abandonné leurs démarches.

Selon l'enquête de l'union languedocienne, le temps de trajet n'est donc pas une cause significative du renoncement aux soins : 75 % des patients accèdent en moins de 10 minutes au cabinet. Et les trois-quarts seraient prêts à supporter des déplacements de 20 minutes. Paradoxalement, les campagnes ne sont pas les plus mal loties : 78 % des habitants de pôles ruraux consultent facilement un médecin contre seulement 67 % en zones urbaines sensibles. *« La tendance à la désertification ne se manifeste pas là où on s'y attend, mais dans les quartiers difficiles, où les libéraux ne sont plus en sécurité »* commente Jean-Paul Ortiz.

Spécialistes dans la tourmente. Le tableau est plus sombre chez les spécialistes. Il confirme la carence de l'offre de soins en ophtalmologie, en dermatologie et en gynécologie. Alors que 71 % des personnes interrogées disent n'avoir aucune difficulté à voir un généraliste, ils ne sont que 32 % pour les spécialistes. Mais là encore, le coût des soins n'est invoqué que dans 6 % des cas (deux fois plus tout de même qu'en médecine générale en raison des dépassements). C'est la difficulté pour obtenir un rendez-vous (disponibilité) qui est la première cause du renoncement. Dans certains départements comme la Lozère, ou dans les zones urbaines sensibles, la longueur des trajets pose aussi problème. Ces contraintes conduisent 24 % des Languedociens à renoncer à une consultation.

Si cette enquête nuance les constats alarmistes sur le coût des soins, *« elle reflète la paupérisation du médecin généraliste »*, analyse le Dr Ortiz. De fait, l'attente dans les cabinets de médecine générale s'explique. *« Le professionnel n'a souvent pas les moyens de rémunérer une secrétaire, le temps du médecin balzacien avec sa femme à l'accueil est révolu »* affirme le Dr Ortiz. À la lumière de cette étude, il demande aux pouvoirs publics d'encourager l'exercice regroupé des généralistes comme des spécialistes, permettant de mutualiser les moyens et de regagner du temps médical. *« Il faut libérer le professionnel des contraintes administratives »*, résume le Dr Ortiz.

> COLINE GARRÉ

** Enquête CSA réalisée par téléphone auprès de 1 006 personnes de la région.*

Une résolution parlementaire contre les déserts

Une centaine de députés de la majorité ont déposé à l'Assemblée nationale une proposition de résolution pour faire de la *« lutte contre la désertification médicale »* une *« priorité nationale »*. Véronique Besse, députée de Vendée, est à l'initiative de ce texte signé par une centaine de parlementaires issus de plusieurs tendances de l'UMP. Dans cette résolution, les élus souhaitent que *« la question de la fracture médicale soit un enjeu du débat public, notamment au cours de l'année 2012 »*. Ils demandent *« que la lutte contre la désertification médicale et pour l'accès de tous à des soins de qualité soit une priorité nationale »*.

Les députés signataires suggèrent de lancer une campagne d'information auprès des étudiants en médecine, de rendre effectif le stage de trois mois prévu par la loi en milieu rural et d'encourager les remplacements de médecins de campagne en congés. Ils appellent l'État à soutenir l'installation de jeunes médecins *« à travers par exemple l'achat d'équipements des médecins ruraux ou encore en réservant des prêts préférentiels pour l'installation en zones défavorisées »*. Certains députés de la majorité sont critiques. *« Cette résolution enfonce des portes ouvertes »*, ironise le député UMP Jean-Pierre Door, non signataire.

Une résolution n'est pas contraignante contrairement à une loi ou à un décret. Elle est utilisée par les parlementaires pour formuler un vœu et ouvrir un débat.

Figure 187 : Article du Quotidien du Médecin n°9031, le 24 octobre 2011 : « Les raisons du renoncement aux soins : une enquête met en cause les trop longs délais d'attente ».

B. L'enquête auprès des médecins

- *Tables des tests Khi-carré de Pearson concernant les médecins généralistes*

*	0,01 < p-value ≤ 0,05
**	0,001 < p-value ≤ 0,01
***	p-value ≤ 0,001

Les perceptions du temps total de travail (question 8)	p-value	Significativité
Département	0.7905	
Lieu d'exercice (ZAU)	0.4788	
Age des généralistes	0.1762	
Le manque de médecins généralistes actuellement (question 7A)	**p-value**	**Significativité**
Lieu d'exercice (ZAU)	0.0528	*
Le manque de médecins généralistes dans cinq ans (question 7b)	**p-value**	**Significativité**
Lieu d'exercice (ZAU)	0.4797	
Les médecins généralistes qui ont un secrétariat médical (question 14)	**p-value**	**Significativité**
Lieu d'exercice (ZAU)	0.3451	
Possibilité de prendre des rendez-vous pour consulter un généraliste (question 12)	**p-value**	**Significativité**
Lieu d'exercice (ZAU)	0.4905	
Prendre un associé (question 4A)	**p-value**	**Significativité**
Lieu d'exercice (ZAU)	0.2125	
Age des généralistes	0.0692	
Se regrouper avec des confrères de la même spécialité pour mieux gérer la continuité des soins (question 4Ba)	**p-value**	**Significativité**
Lieu d'exercice (ZAU)	0.97	
Age des généralistes	0.0729	
Se regrouper avec des confrères de la même spécialité pour mieux gérer la permanence des soins (question 4Bb)	**p-value**	**Significativité**
Lieu d'exercice (ZAU)	0.6166	
Age des généralistes	0.4161	
Déléguer une partie des tâches effectuées à un paramédical sous forme de salariat (question 4Ca)	**p-value**	**Significativité**
Lieu d'exercice (ZAU)	0.1458	
Age des généralistes	0.0935	
Déléguer une partie des tâches effectuées à un paramédical sous forme de collaboration libérale (question 4Cb)	**p-value**	**Significativité**
Lieu d'exercice (ZAU)	0.3446	
Age des généralistes	0.1351	
Faire des consultations avancées (question 17)	**p-value**	**Significativité**
Lieu d'exercice (ZAU)	0.0023	**
Age des généralistes	0.0546	

Figure 188 : Table des tests Khi-carré de Pearson des médecins généralistes

- *Tables des tests Khi-carré de Pearson concernant les médecins spécialistes*

*	0,01 < p-value ≤ 0,05
**	0,001 < p-value ≤ 0,01
***	p-value ≤ 0,001

Les perceptions du temps total de travail (question 8)	p-value	Significativité
Age des spécialistes	0.0247	*
Prendre un associé (question 4A)	**p-value**	**Significativité**
Age des spécialistes	0.6553	
Se regrouper avec des confrères de la même spécialité pour mieux gérer la continuité des soins (question 4Ba)	**p-value**	**Significativité**
Age des spécialistes	0.1416	
Se regrouper avec des confrères de la même spécialité pour mieux gérer la permanence des soins (question 4Bb)	**p-value**	**Significativité**
Age des spécialistes	0.0658	
Déléguer une partie des tâches effectuées à un paramédical sous forme de salariat (question 4Ca)	**p-value**	**Significativité**
Age des spécialistes	0.0779	
Déléguer une partie des tâches effectuées à un paramédical sous forme de collaboration libérale (question 4Cb)	**p-value**	**Significativité**
Age des spécialistes	0.8978	
Faire des consultations avancées (question 17)	**p-value**	**Significativité**
Age des spécialistes	0.3289	

Figure 189 : Table des tests Khi-carré de Pearson des médecins spécialistes

- *Les contributions des modalités des variables pour l'analyse des correspondances multiples concernant les médecins généralistes et spécialistes*

	Abréviation	Axe 1 (16%)	Axe 2 (12%)
Possibilité de prendre des rendez-vous à des créneaux horaires précis	RDVCreneau	2.1491	0.003
Possibilité de prendre des rendez-vous à tout moment de la semaine	RDVToutTps	0.0157	3.5769
Consultations sans rendez-vous	SansRDV	4.5584	4.443
Absence de secrétariat	Secretariat_Non	1.6974	5.5782
Présence de secrétariat	Secretariat_Oui	4.3871	14.4175
Cabinet de groupe	Groupe	7.5238	13.3666
Cabinet isolé	Isole	3.5016	6.2209
Médecins pensant qu'actuellement, il ne manque pas de médecins	ManqueActu_Non	13.9373	1.3072
Médecins pensant qu'actuellement, il manque des médecins	ManqueActu_Oui	16.9902	1.5936
Médecins pensant qu'il ne manquera pas de médecins dans cinq ans	Manque5ans_Non	21.8461	1.6154
Médecins pensant qu'il manquera des médecins dans cinq ans	Manque5ans_Oui	5.8177	0.4302
Médecins pensant que leur temps de travail total est convenable	Convenable	6.0709	0.2856
Médecins pensant que leur temps de travail total est trop important	Trop	3.6844	0.1733
Médecins pas prêts à effectuer des consultations avancées	ConsultAvance_Non	0.2288	2.4157
Médecins prêts à effectuer des consultations avancées	ConsultAvance_Oui	0.7769	8.2041
Grands pôles urbains	GrandPole	2.0927	0.6549
Couronnes des grands pôles urbains	MultiPole	1.3474	6.3935
Moyens et petits pôles et leurs couronnes	PetitPole	0.0565	0.1486
Autres communes multipolarisées ou isolées	AutreCommune	3.3181	29.1718

Figure 190 : Les contributions des modalités des variables pour l'analyse des correspondances multiples concernant les médecins généralistes.

	Abréviation	Axe 1 (25%)	Axe 2 (21%)
Possibilité de prendre des rendez-vous à des créneaux horaires précis	RDVCreneau	2.9702	2.8959
Possibilité de prendre des rendez-vous à tout moment de la semaine	RDVToutTps	3.0927	3.0153
Absence de secrétariat	Secretariat_Non	0.4603	21.4691
Présence de secrétariat	Secretariat_Oui	0.3254	15.1764
Cabinet de groupe	Groupe	1.2802	22.265
Cabinet isolé	Isole	0.7476	13.0027
Médecins pensant qu'actuellement, il ne manque pas de médecins	ManqueActu_Non	13.9634	1.9869
Médecins pensant qu'actuellement, il manque des médecins	ManqueActu_Oui	19.3468	2.753
Médecins pensant qu'il ne manquera pas de médecins dans cinq ans	Manque5ans_Non	25.5501	2.5102
Médecins pensant qu'il manquera des médecins dans cinq ans	Manque5ans_Oui	10.845	1.0655
Médecins pensant que leur temps de travail total est convenable	Convenable	2.5758	3.1004
Médecins pensant que leur temps de travail total est trop important	Trop	3.1547	3.7971
Médecins pas prêts à effectuer des consultations avancées	ConsultAvance_Non	3.8824	1.7231
Médecins prêts à effectuer des consultations avancées	ConsultAvance_Oui	11.8055	5.2395

Figure 191 : Les contributions des modalités des variables pour l'analyse des correspondances multiples concernant les médecins spécialistes.

- *Exemples d'articles de presse présentant l'enquête auprès des médecins*

Languedoc-Roussillon Difficultés d'accès aux soins : les médecins libéraux livrent leurs solutions pour la région

SOPHIE GUIRAUD
16/11/2012, 08 h 59 | Mis à jour le 16/11/2012, 15 h 58

D. Jeulin Flamme et J-P. Ortiz de l'URPS avec la géographe J. Raynaud.(C. F.)

Après les patients, les médecins : un an après avoir sondé la population du Languedoc-Roussillon sur ses difficultés d'accès aux soins, l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) a interrogé les médecins avec le concours de l'institut CSA. Les résultats sont analysés par Joy Raynaud, géographe de la santé.

1. L'état des lieux

Un médecin sur deux s'inquiète du montant du reste à charge pour les patients lors d'une consultation, 43 % évoquent le temps passé en salle d'attente, 38 % "l'incapacité physique du patient à se rendre au cabinet". Il y a un an, la première préoccupation des patients était l'attente au cabinet du généraliste et le délai de rendez-vous chez un spécialiste (43 %). Médecins et patients se rejoignent sur ce point, trois spécialités sont sous tension : ophtalmologie, dermatologie et gynécologie.

2. Situation de plus en plus tendue

Ils croulent sous la "paperasse" (8 généralistes sur 10, 6 spécialistes sur 10) et "l'augmentation des problèmes dans une même consultation" (pour 77 % des généralistes). 61 % des généralistes ont le sentiment de trop travailler (53 h par semaine, 63 h en milieu rural), 41 % des spécialistes : 48 h en ville, 52 h à la campagne. Les plus de 50 ans travaillent le plus. "Les mentalités changent avec les jeunes générations", constate Jean-Paul Ortiz, président de l'URPS. Et la profession se féminise : deux-tiers des étudiants sont des étudiantes.

3. Ils plébiscitent les regroupements

76 % des généralistes et 67 % des spécialistes préconisent des regroupements, un quart des médecins se disent prêts à faire des consultations avancées à plus de 50 km. À l'avenir, il faudra surtout se réorganiser. "Le ratio du nombre de médecins rapporté à la population n'est pas très pertinent", souligne Joy Raynaud. Même si les chiffres parlent : "Près d'un médecin sur deux pense qu'il manque des médecins actuellement". Et ça ne va pas s'arranger : "En 2030, la densité médicale va chuter de 30 % alors que la population gagnera 30 %", rapporte Jean-Paul Ortiz. Pour lui, "on ne peut pas demander aux médecins de résoudre seuls les problèmes d'aménagement du territoire".

Un sondage met en évidence les obstacles liés au temps d'attente

Le temps d'attente en cabinet : un obstacle selon 58 % des généralistes exerçants en communes rurales.

Dans le Gard, 54 % des généralistes pensent que le temps d'attente est " de temps en temps" à "souvent" un obstacle pour leurs patients. Dans les Pyrénées-Orientales ils sont 49 % alors qu'ils ne sont que 29 % dans l'Aude. Dans le département de l'Hérault ils sont 39 % à le penser et 43 % en Lozère

Figure 192 : Article du journal Le Midi Libre paru le 16 novembre 2012 : « *Difficultés d'accès aux soins : les médecins libéraux livrent leurs solutions pour la région* ».

Quels sont les obstacles à l'accès aux soins ?

En Languedoc-Roussillon, *le regard d'une profession prête à son aggiornamento*

PAGE 3

Freins à l'accès aux soins : perception et solutions

La profession prête à son aggiornamento

L'URPS médecins libéraux du Languedoc-Roussillon a confronté deux enquêtes (auprès des patients en 2011, auprès des généralistes et spécialistes en 2012) pour mesurer la perception des obstacles à l'accès aux soins. Les patients mettent en avant le temps d'attente au cabinet ou les délais de rendez-vous quand les médecins se disent préoccupés par le montant des soins prescrits. Mais surtout, la profession appelle de ses vœux des solutions innovantes de réorganisation de l'offre elle-même comme les regroupements, la collaboration et dans une moindre mesure les délégations de tâches et les consultations avancées.

DEUX ÉTUDES (1) réalisées à l'initiative de l'URPS médecins du Languedoc-Roussillon rebattent quelque peu les cartes sur la perception – par les patients d'une part, les praticiens libéraux d'autre part – des freins *« réels »* à l'accès aux soins. Trois enseignements majeurs : le constat de la gravité de la situation est partagé entre praticiens et assurés, mais leur regard sur les obstacles est différent et la profession semble de plus en plus ouverte à des solutions novatrices d'organisation.

Démographie : perspectives régionales préoccupantes

Dans cette région, historiquement plébiscitée par le corps médical (héliotropisme notamment), les projections font état d'une chute de 30 % de la densité moyenne des médecins libéraux par habitant d'ici à 2030. Le nombre de praticiens baissera de 8 % alors que la population bondira de 30 %... Le terrain d'étude *est d'autant plus intéressant* que le Languedoc-Roussillon associe des grands pôles urbains, des communes isolées et des zones rurales où l'accès géographique est souvent très difficile.

S. TOURON/« LE QUOTIDIEN »

Un médecin sur deux jugerait utile de prendre un associé ou un collaborateur pour répondre à la demande

Obstacles aux soins : des perceptions différentes médecins/patients

Dans un contexte national qui met l'accent sur les dépassements d'honoraires, les dérives tarifaires et les renoncements aux soins pour des raisons financières, cette double étude remet les choses en perspective.

Côté patients d'abord, c'est le temps d'attente trop long au cabinet et les horaires de consultation inadaptés qui avaient été cités, l'an passé, au tout premier rang des freins à l'accès au généraliste. Pour consulter un spécialiste, c'était de très loin (43 % des réponses) le manque de disponibilité pour obtenir un rendez-vous qui était évoqué. Dans les deux cas, les difficultés strictement financières et les difficultés géographiques (éloignement, trajet) étaient relevées mais de façon très minoritaire, loin derrière les premiers items.

Côté médecins cette fois, l'étude 2012 apporte un autre éclairage, là aussi surprenant. Pour les généralistes comme pour les spécialistes, notamment dans les communes isolées, les principaux freins seraient le montant des soins prescrits à la charge du patient (devant le temps d'attente ou la difficulté du trajet selon la spécialité). *« Cette prise de conscience aiguë du contexte économique et des frais induits par les prescriptions est très nouvelle »*, assure le Dr Jean-Paul Ortiz, président de l'URPS médecins qui a piloté cette enquête. En revanche, patients, généralistes et spécialistes se rejoignent sur les quatre spécialités où la prise en charge est la plus difficile (taux de renoncement) : l'ophtalmologie, la dermatologie, la gynécologie et la psychiatrie.

Assumer la demande, mission impossible ?

L'étude a identifié les causes des difficultés. La première est d'ordre démographique. Environ 50 % des médecins (généralistes comme spécialistes) estiment qu'actuellement il manque déjà en moyenne trois médecins de leur propre spécialité dans leur secteur de patientèle pour relever le défi de la demande. Pire, à l'horizon de cinq ans, plus de sept médecins sur dix toutes disciplines confondues sont convaincus que la situation va s'aggraver. En 2017, il manquera au moins... cinq praticiens de leur spécialité dans leur secteur, selon les intéressés.

Deuxième constat qui conduit au déséquilibre entre l'offre et la demande : la charge de travail et la conviction de « travailler trop » (61 % des généralistes – surtout les ruraux et les plus de 50 ans – et 41 % des spécialistes). Les généralistes libéraux interrogés évaluent (en moyenne) leur semaine de travail à 53 heures, volume qui grimpe à 63 heures en secteur rural et à 75 heures en Lozère... Les spécialistes, eux, travaillent près de 50 heures (52 en milieu rural).

Parmi les facteurs qui augmentent *« souvent »* le temps de travail, les généralistes comme les spécialistes citent d'abord l'augmentation de la charge administrative ou de la paperasse, la fréquence accrue des consultations à plusieurs motifs, la prise en charge des pathologies graves et le vieillissement de la patientèle.

Quels remèdes ? La réorganisation de l'offre...

La profession semble désormais appeler de ses vœux une réorganisation (plus marquée chez les jeunes) de son exercice et de ses pratiques. Pour répondre dans des délais convenables à une demande croissante, il convient de se donner les moyens de renforcer le temps médical, surtout si la situation empire. Comment ? Chez les généralistes comme les spécialistes, le regroupement avec d'autres confrères est souhaité à 70 % (pour gérer la PDS et la continuité des soins) et carrément plébiscité par les jeunes généralistes et ceux exerçant en milieu rural. La fin de l'exercice isolé ?

Un praticien sur deux jugerait également utile de prendre un associé ou un collaborateur pour mieux répondre à la demande. Dans une proportion un peu moindre, la profession souligne l'intérêt de déléguer des tâches à un professionnel paramédical sous une forme libérale ou salariée (environ quatre généralistes sur dix et trois spécialistes sur dix). En revanche, la présence d'un secrétariat médical n'est pas jugée suffisante en soi pour réduire le temps d'attente.

Enfin, un quart des médecins (22 % des généralistes, 26 % des spécialistes) seraient prêts à faire des consultations avancées dans des secteurs ruraux (à plus de 50 km) pour une durée médiane de deux jours par mois. *« Un réservoir d'organisation non négligeable »*, commente le Dr Ortiz.

> CYRILLE DUPUIS

(1) Enquête « médecins » effectuée par l'institut CSA en avril 2012 auprès de 498 médecins libéraux exerçant en Languedoc-Roussillon (253 généralistes, 245 spécialistes). Enquête « patients » effectuée par l'institut CSA en juin 2011 auprès de 1006 personnes.
Dans les deux cas, les travaux ont été réalisés par Joy Raynaud, géographe de la santé, pour l'URPS LR.

Figure 193 : La Une et l'article du journal le Quotidien du Médecin n°9190, paru le 15 novembre 2012 : « *Freins à l'accès aux soins : perceptions et solutions. La profession prête à son aggiornamento*

C. Entretien avec le Dr Vedrenne concernant la création de la maison de santé pluriprofessionnelle de Saint-Paul-de-Fenouillet

Le Dr Christian Vedrenne est médecin généraliste, Secrétaire Général adjoint de l'URPS, Président de la Fédération Régionale des Maisons et Pôles de Santé du Languedoc-Roussillon et coordinateur de la maison de santé de Saint-Paul-de-Fenouillet.

LA CREATION DE LA MAISON DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLE DE SAINT-PAUL-DE-FENOUILLET

LE CONTEXTE

1. Qu'est-ce qui vous a motivé pour créer une maison de santé pluriprofessionnelle ?

2. Qu'elles ont été les réactions de vos confrères ?

3. Qu'elles ont été les réactions des paramédicaux ?

4. Qu'elles ont été les réactions des pouvoirs publics ?

LA COORDINATION

5. Selon vous le coordinateur doit-il nécessairement être un médecin ou bien peut-il être un paramédical, un membre de l'ARS, un manager d'une société privé, etc. ?

6. Comment êtes-vous devenu le coordinateur de ce projet ?

7. Pierre De Hass conseille de créer un « noyau dur » pour la coordination du projet entre un représentant des professionnels de santé et un représentant des collectivités territoriales pour faciliter le dialogue, qu'en pensez-vous ?

8. En moyenne combien de temps par semaine consacrez-vous à la fonction de coordination lors de la phase de création du projet et actuellement ?

9. Quelles aides auriez-vous souhaité obtenir des pouvoirs publics pour faciliter votre rôle de coordinateur de projet ?

10. Etant donné que la formation universitaire en médecine ne prépare pas l'ensemble des domaines rencontrés par les coordinateurs (droit, finance, management, etc.), vous a-t-il été difficile de coordonner un tel projet ?

11. Avez-vous été obligé de vous former dans certains domaines ?

12. Est-ce que cela aurez pu vous décourager pour le projet ?

LE ROLE DES ACTEURS PUBLICS

13. Quels acteurs publics vous ont aidé et sous quelle forme (Europe, Etat, ARS, région, département, communauté de communes, communes) ?

14. Les pouvoirs publics vous ont-ils imposé des contraintes concernant le lieu d'implantation de la maison de santé, les choix architecturaux, la vente ou la location, la répartition des coûts, les modes de gestion du projet, etc. ?

15. Avez-vous eu de bons rapports avec ces acteurs publics ?

LE PROJET DE SANTE ET PROJET PROFESSIONNEL

16. Selon vous, quels sont les éléments essentiels du projet de santé et du projet professionnel ?

17. Selon vous, quels sont les principaux écueils à éviter pour la réalisation d'un tel projet ?

LA COOPERATION INTERPROFESSIONNELLE

18. Les jeunes médecins souhaitent exercer la médecine dans des cabinets de groupe avec des coopérations interprofessionnelles. La coopération vous semble-t-elle indispensable aujourd'hui ?

19. Pratiquez-vous une délégation de certaines tâches vers les infirmiers ou d'autres professions de santé ?

20. Au sein de la maison de santé, la coopération entre professionnel de santé s'est-elle faite rapidement ou bien des obstacles ont dû progressivement être levés ?

21. La maison de santé dispose d'une salle de réunion ou de repos, quel est son rôle ?

22. L'ensemble des professionnels de santé de la maison se réunit à quelle fréquence ?

DE NOUVEAUX SERVICES POUR LES PATIENTS

23. Quels nouveaux services sont proposés à la population (éducation thérapeutique, consultations de médecins spécialistes, transport en commun, etc.) ?

24. Qu'est-ce qui motivent les médecins spécialistes à effectuer des consultations avancées ?

25. La maison de santé est-elle un lieu pour la formation des professionnels de santé ?

26. Avez-vous établit des protocoles de soins pour certaines pathologies, qu'en pensez-vous ?

27. La maison de santé dispose d'un dossier patient partagé, qu'en pensez-vous ?

28. Avez-vous rencontré des réticences de la part des patients ?

29. La maison de Saint Paul dispose d'un studio confortable pour accueillir des étudiants issus des filières médicales et paramédicales lors de leur stage : avez-vous reçu d'étudiants ?

30. La maison de santé, participe-t-elle à la permanence des soins ?

LE FONCTIONNEMENT JURIDIQUE ET FINANCIER

31. Quelle structure juridique avez-vous choisi, vous convient-elle ?

32. Le mode de rémunération des professionnels de santé de la maison de santé vous convient-il ?

33. En exerçant dans la maison de santé, les professionnels de santé ont-ils un surcoût lié aux charges communes ?
a. Si oui, de combien ?
b. Est-ce un frein pour l'installation des médecins et des paramédicaux ?

A L'EXTERIEUR DE LA MAISON DE SANTE

34. Certains soignants éloignés de la maison de santé, exerçant dans des territoires isolés sont-ils associés au projet ?

35. A terme, souhaitez-vous un regroupement des maisons de santé de votre région ? Quels seraient les avantages d'une telle union ?

36. La maison de santé a-t-elle des liens avec les professionnels issus des domaines médico-social et social ?

RESSENTIS

37. Le travail en équipe génère des peurs et des appréhensions, par exemple, P. De Hass, parle de la crainte des professionnels de santé de perdre leur autonomie dans l'organisation de leur travail, ils craignent également les conflits avec les autres professionnels (divergences dans les conceptions du travail, etc.) et ils ont parfois peur d'être jugé par leurs pairs ou que leur travail soit remis en cause. Avez-vous ressenti ces peurs ou bien les avez-vous observées chez vos confrères ?

38. La maison de santé a ouvert depuis septembre 2012. Au quotidien, quels avantages et inconvénients avez-vous à exercer dans cette structure vis-à-vis de l'exercice individuel ?

39. Actuellement, avez-vous une préférence entre ces deux modes d'exercice ?

40. Quels sont les retours de vos patients concernant cette nouvelle organisation des soins ? Avez-vous réalisé des questionnaires de satisfaction ?

AVENIR

41. Est-ce que la maison de santé a déjà attiré des étudiants qui souhaitent exercer dans la structure ?

42. Avez-vous un conseil à donner aux futurs coordinateurs des maisons de santé ?

D. Entretien avec le Dr Vedrenne concernant son projet de téléexpertise entre la maison de santé pluriprofessionnelle de Saint-Paul-de-Fenouillet et la Clinique

Le Dr Christian Vedrenne est médecin généraliste, Secrétaire Général adjoint de l'URPS, Président de la Fédération Régionale des Maisons et Pôles de Santé du Languedoc-Roussillon et coordinateur de la maison de santé de Saint-Paul-de-Fenouillet.

LA TELEEXPERTISE DANS LA MAISON DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLE DE SAINT-PAUL-DE-FENOUILLET

1. Vous avez créé un service de télémédecine, quelles ont été vos motivations ?

2. Quelles aides avez-vous obtenues pour ce projet ?

3. Avez-vous rencontré des difficultés au cours du montage de ce projet ?

4. Comment est-ce que le projet fonction sur le plan technique (téléphone, accès internet, visioconférence, etc.) ? Avez-vous rencontré des difficultés ?

5. Une formation spécifique pour ces actes est-elle obligatoire ?

6. Les paramédicaux interviennent-ils dans cette téléexpertise ? Pourquoi ?

7. Quel volume d'actes pensez-vous réaliser par an ?

8. Avez-vous des problèmes liés à la responsabilité ou à la confidentialité des données ?

9. Avez-vous une rémunération spécifique pour cet acte ?

10. Quels ont été les retours des patients concernant ce nouveau service ?

L'accès aux soins : des perceptions du territoire aux initiatives des acteurs. Concepts, mesures et enquêtes pour une analyse géographique de l'organisation et du développement d'une offre de soins durable.

Résumé - L'accès aux soins est une préoccupation des pouvoirs publics, des patients et des médecins. Après avoir identifié le rôle et les différentes aspirations de ces acteurs de santé, une synthèse reposant sur la construction des concepts en sciences sociales est proposée afin de comparer les différentes approches de l'analyse et de la mesure de l'accès aux soins. En France, ce concept est principalement étudié à travers les difficultés financières ou la distance géographique, pourtant sa nature est multidimensionnelle. A partir de cette analyse, deux enquêtes ont été menées pour recueillir les perceptions de mille patients et cinq cents médecins libéraux afin de déterminer précisément la nature et la fréquence des difficultés d'accès aux soins. Les résultats montrent que les principaux obstacles sont le temps d'attente en cabinet chez les généralistes et le délai d'obtention d'un rendez-vous chez les spécialistes. Ces éléments sont également des facteurs de renoncement aux soins. L'enquête réalisée auprès des médecins identifie leurs perceptions concernant les difficultés d'accès aux consultations de leurs patients, leurs conditions de travail et les solutions privilégiées pour diminuer les délais de prise en charge des patients. Un vif intérêt pour le regroupement avec d'autres confrères est exprimé, en particulier pour les jeunes médecins. Ainsi, les deux principaux modes d'organisation émergents de l'offre de soins, les maisons de santé pluriprofessionnelles et la télémédecine, sont analysés et discutés à la suite de retours d'expériences et d'entretiens semi-directifs. A l'initiative des acteurs locaux, ces coopérations entre professionnels de santé favorisent la qualité et la durabilité des services de soins sur les territoires.

Mots clés : Géographie de la santé, Accès aux soins, Perceptions des acteurs, Concepts en sciences sociales, Indicateurs, Renoncement aux soins, Déserts médicaux, Maisons de santé pluriprofessionnelles, Télémédecine.

Access to health care: from territorial perceptions to the initiatives of stakeholders. Concepts, measures and surveys for a geographical analysis of the organization and the development of a sustainable supply of care.

Abstract: Access to health care is a concern for governments, patients and physicians. This study identifies the role and aspirations of health stakeholders and, based on the construction of social science concepts, it compares the previous conceptual frameworks analyzing and measuring access to health care. Access to health care is a multidimensional concept; however it was mainly analyzed through financial difficulties or geographical distance in France. Two surveys were conducted to collect the perceptions of one thousand patients and five hundred liberal doctors to determine the origin and frequency of problems of access to health care. The results show that the main barriers are the waiting time in the office of general practitioner and the waiting period to get an appointment with specialists. These previous factors lead also to health care renunciation. Concerning the physicians, the survey identifies their perceptions of patient's difficulties, their working conditions and their preferred solutions against the waiting period before patients care receiving. It appears that young doctors are particularly interested in group medical practices. Thus, the two main emerging organizations offering health care *i.e.*, multidisciplinary health house and telemedicine are analyzed and discussed as a result of feedbacks and semi-structured interviews. At the initiative of local actors, cooperation between health professionals promotes the quality and sustainability of health care services in the territories.

Keywords: Health geography, Access to health care, Stakeholder perceptions, Social sciences concepts, Indicators, Health care renunciation, Multidisciplinary Health Houses, Telemedicine.

IRD - UMR GRED
Parc Scientifique Agropolis 2, bât. 4
2196 Boulevard de la Lironde
34980 Montferrier-sur-Lez (France)