



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

L'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours.
Etude auprès des patients de la communauté de communes du sud avesnois.

Présentée et soutenue publiquement le 21 mai 2019 à 16 heures au pôle recherche
Par Damien CARNOT

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Damien SUBTIL

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Pierre DESREUMAUX

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Yves DUBUISSEZ

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations :

ACS Aide au paiement d'une Complémentaire Santé

ALD Affection Longue Durée

AME Aide Médicale d'Etat

APL Accessibilité Potentielle Localisée

CCSA Communauté de Communes du Sud Avesnois

CHU Centre Hospitalier Universitaire

CMU- C Couverture Mutuelle Universelle Complémentaire

CMU Couverture Mutuelle Universelle

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

GHT Groupement Hospitalier de territoire

IA Intelligence artificielle

IRDES Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

IRM Imagerie par Raisonement Magnétique

MG Médecin Généraliste

MS Médecin Spécialiste

MSP Maison de Santé Pluridisciplinaire

MT Médecin Traitant

PUMA Protection Universelle Maladie

TDM Tomodensitométrie

Conformément à la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, la médecine générale est une spécialité à part entière et une discipline universitaire. Toutefois, par souci de simplicité du propos, les notions de spécialiste et de spécialité renverront dans les développements ci-après aux autres disciplines médicales.

Table des matières :

Résumé.....	1
Introduction.....	3
Matériels et méthodes.....	7
I. Type d'étude.....	7
II. Bibliographie.....	7
III. Objectif de l'étude.....	7
A. Objectif principal.....	7
B. Objectifs secondaires.....	8
IV. Population concernée.....	8
A- Critères d'inclusion.....	9
B- Critères d'exclusion.....	9
V. Modalité d'organisation de la recherche.....	9
A- Choix de la méthode.....	9
B- Plan expérimental.....	10
C- Modalités d'information des patients.....	11
D- Forme du questionnaire des patients.....	11
E- Mode de recueil.....	12
F- Nombre de participants.....	12
VI. L'Analyse statistique.....	13
VII. Aspects éthiques et légaux.....	13
Résultats.....	14
I. Effectifs.....	14
II. Caractéristiques sociodémographiques.....	14
A. Age des patients.....	14
B. Genre.....	15
C. Activité socioprofessionnelle.....	15
D. Villes.....	16
III. Mode d'assurance maladie.....	17
IV. Moyen de transport.....	19
V. Etat de santé des patients.....	19
VI. Médecin traitant.....	20
VII. Permanence des soins.....	24
VIII. Critère de jugement principal.....	25
IX. Critères de jugement secondaires.....	29
A. Besoin d'un spécialiste et consultation effective.....	29
B. Besoin d'un examen paraclinique.....	30
C. Fréquence de consultation des médecins spécialistes.....	31
D. Fréquence de réalisation des examens paracliniques.....	35
E. Type de consultation.....	36

F. Lieu d'exercice des spécialistes.....	39
G. Orientation par le médecin traitant.....	41
H. Orientation par le médecin traitant pour les examens paracliniques.....	42
I. Type d'exercice des différents spécialistes.....	43
J. Renoncement aux soins.....	46
K. Critères de choix des médecins spécialistes.....	48
L. Concernant les urgences.....	48
Discussion.....	59
I. Résultats.....	59
A- Critère de jugement principal.....	59
B- Critères de jugement secondaires.....	66
II. Forces et faiblesses du travail.....	75
A- Forces.....	75
B- Faiblesses.....	76
III. Perspectives et questions sans réponses.....	79
A- Préserver l'accès aux médecins généralistes.....	79
B- Préserver l'accès aux médecins spécialistes.....	82
C- Questions sans réponses.....	87
Conclusion.....	88
Annexes.....	90
Bibliographie.....	125

Résumé

Contexte : La proximité et la disponibilité des médecins spécialistes (MS) posent un problème majeur de santé publique. La démographie médicale des MS évolue et engendre des inégalités, notamment en milieu rural. L'accès aux MS dans la Communauté de Communes du Sud Avesnois (CCSA) en est un exemple. Nous avons ainsi voulu décrire les conditions d'accès spatial et temporel aux MS qui poseraient problème dans la CCSA.

Méthode : Etude transversale, descriptive, quantitative, proposée à l'ensemble de la patientèle des médecins généralistes (MG) de la CCSA sur une journée de consultation (soit environ 20 patients par cabinet et par jour) sous la forme d'un questionnaire. Recherche menée sur une période de deux mois, du 3/12/2018 au 28/01/2019.

Résultats : 368 patients ont été interrogés dans les 13 cabinets des MG de la CCSA. L'ophtalmologie (délai de consultation en moyenne de 177 jours (IC95% [161-193]) et la dermatologie (107 jours (IC 95% [83-132]) sont les deux spécialités les moins disponibles. La durée de trajet était, en moyenne, de plus de 45 minutes pour les quatre spécialistes les moins proches des patients de la CCSA, soit 47 minutes pour l'urologue (IC 95% [38-55]), 49 minutes pour le rhumatologue (IC95% [38.47-59.74]), 57 minutes pour le neurologue (IC 95% [43-66]), et 80 minutes pour l'oncologue (IC95% [64-94]). 30% des patients interrogés ont déjà renoncé à une consultation avec un MS du fait d'un délai de consultation trop long. 39% des patients ont déjà renoncé à une consultation chez un MS, à cause d'une durée de trajet trop longue. 86% des patients interrogés privilégient l'offre de soins en spécialistes locaux. Néanmoins 59% des patients ont du mal à obtenir un rendez-vous avec ces MS. Enfin, 77 % des patients ont peur de manquer de MS dans les années à venir.

Conclusion : L'accès aux MS est relativement préservé dans la CCSA, hormis certaines spécialités où la durée de trajet peut être source d'inégalités pour les patients de cette zone. Cela a pour conséquence des recours inappropriés aux urgences et un renoncement aux soins

« *Comme tous les sujets d'un même royaume sont tous chers aux yeux du souverain, pourquoi donc les vues bienfaisantes ne sont-elles pas remplies ? Pourquoi tant de cultivateurs sont-ils privés des secours de la médecine ? Secours si abondants dans les villes. Le but de notre bon roi est que cette portion qui n'est pas la moins chère à son cœur soit secourue dans les maladies* ». ***Cahiers de doléances des bailliages des généralités de Metz et Nancy pour les états généraux de 1789.***

Introduction :

La question de l'accessibilité aux soins paraît toujours très présente dans notre société(1)(2). De la Révolution à notre époque, l'accès aux soins est une des inégalités perçues comme les moins acceptables par la population(3). En effet, 10% des écrits des cahiers de doléances de 1789 concernaient des problèmes d'accessibilité aux médecins, chirurgiens et sages-femmes(4). De nos jours, pour les patients comme pour les médecins généralistes (MG), la proximité et la disponibilité des médecins spécialistes (MS) sont des problèmes majeurs(5).

Paradoxalement le système de santé français (cf. annexe 1) est souvent cité parmi les meilleurs au monde(6). En attestent :

- l'espérance de vie des Français (de 85.3 ans pour les femmes et de 79.5 ans pour les hommes en 2017) (7),
- l'espérance de vie après 60 ans en France qui est une des meilleures d'Europe (en moyenne plus de 27.5 années après 60 ans pour une femme et plus de 23,2 ans pour un homme)(8).

Ces statistiques évoquent une certaine efficacité de notre système de soins, en dépit des disparités dans son application.

Si on considère la mortalité prématurée (soit la mortalité avant 65 ans), par rapport aux autres pays européens(9) :

- La mortalité par cardiomyopathie ischémique est plutôt faible (1^{er} rang européen pour les femmes),
- Celle concernant les maladies cérébrovasculaires est modérée (10^{ème} rang),
- En revanche, la mortalité prématurée liée au cancer du sein est élevée (17^{ème} rang).

Il existe aussi une disparité dans l'accès aux soins sur le plan territorial(10) :

- Délai de consultation trop long,
- Pénurie de praticiens.

Le MG a un rôle primordial dans la prise en charge globale du patient. Premier maillon de la chaîne de soins, il a une fonction d'accueil, de diagnostic, de traitement des différents problèmes de santé de sa patientèle. Son rôle en soins primaires inclut aussi (et surtout) une fonction d'orientation vers ses confrères d'autres spécialités.

Ce praticien est confronté à plusieurs difficultés (cf. annexe 2) :

- D'une part, il fait face au vieillissement de la population. Ainsi l'augmentation de l'espérance de vie de ses patients (11) nécessite de nombreuses compétences médicales, soignantes et sociales. Mais il doit aussi faire face à l'augmentation de l'incidence de certaines pathologies(12) de plus en plus complexes (13) (14) (maladies inflammatoires chroniques des intestins, cancers avec thérapies ciblées...).
- D'autre part, il doit gérer l'accessibilité aux différents MS. Il est en effet responsable de la coordination du parcours de soins de ses patients(15) (16).

Parallèlement à cela on observe un vieillissement de la population des MG eux-mêmes(17), un moindre intérêt pour la médecine libérale et donc une diminution de leur nombre(18).

On observe également une augmentation du nombre de MS(19), avec cependant des inégalités importantes dans leur répartition sur les territoires ou selon la spécialité(20).

Ces inégalités de répartition entraînent d'ailleurs, pour certaines spécialités, des pénuries dans certaines régions. Enfin, la fermeture de services spécialisés au sein des hôpitaux de proximité est de plus en plus fréquente(21).

Chacun de ces phénomènes a des conséquences sur l'accès aux soins des MS.

En effet, l'inégale répartition territoriale des médecins peut imposer un important effort de mobilité pour les individus les plus éloignés de l'offre de soins.

La diminution de la démographie médicale (MG et certains MS) entraîne des délais de consultation élevés et un sentiment pour les patients d'une faible disponibilité du personnel médical(10). Ces éléments peuvent être des freins à la prise de rendez-vous.

C'est ainsi que deux Français sur trois disent avoir déjà renoncé aux soins au vu des délais de consultations des MS et des difficultés pour s'y rendre (10).

Cette diminution de l'accès aux soins (cf. annexe 3) est due à de multiples facteurs : démographiques (variables selon la région et la spécialité)(18), temporels (délai de consultation)(10), spatiaux (distance élevée)(22), économiques (couverture sociale, dépassements d'honoraires...)(23), sociaux et culturels.

Les difficultés sont différentes selon les pathologies, leur degré d'urgence, les spécialités, et les régions étudiées.

Cependant, les facteurs temporels et spatiaux sont les principales causes de renoncement aux soins(10). Tout ceci génère une certaine crainte de la population vis-à-vis des soins.

Des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) (cf. annexe 4) sont apparues comme une des solutions à la désertification médicale. C'est le cas notamment au sein de la Communauté de Commune du Sud Avesnois (CCSA) (cf. annexe 5), un territoire rural, avec la récente création des maisons de santé d'Anor, de Fourmies et de Trélon(24). Ces MSP, avec l'arrivée de consultations spécialisées, sous forme de vacations, ou de disponibilité d'actes de télémedecine permettraient alors un meilleur accès aux MS.

Aucune étude n'a décrit l'accès aux soins secondaires « de façon concrète » selon le point de vue des patients dans une zone comme la CCSA. Celle-ci présente des caractéristiques propres : isolement géographique, réseau urbain difficile, indicateurs sociaux et économiques défavorables, désertification médicale(25).

L'accès aux soins du MG et des autres MS doit être acceptable selon le délai et la distance. Il est primordial dans une démarche de prévention et de soins adéquats à l'état de santé de la population. Par ailleurs, la présence de MS à proximité est un des critères importants pour la décision d'installation des jeunes MG dans un territoire donné(26).

Ces constats ont donné lieu à deux travaux de thèse :

- L'une décrivant « l'accès réel, spatial et temporel », des patients du Sud Avesnois, aux soins médicaux ambulatoires de second recours.
- L'autre effectuant l'analyse du ressenti des MG du Sud Avesnois vis-à-vis de cette même problématique.

Ces deux travaux permettront d'observer s'il existe une différence de point de vue entre patients et MG de la CCSA.

Nous partons de l'hypothèse que l'accès aux MS de second recours dans la CCSA est limité.

Quelles sont, à l'heure actuelle pour les patients de la CCSA, les spécialités médicales de second recours touchées ?

L'objectif principal de cette étude est de décrire cet accès, dans sa dimension spatiale et temporelle, des consultations de soins médicaux ambulatoires de seconds recours dans la CCSA, selon le point de vue des patients.

Matériels et méthodes

I. Type d'étude

Cette étude a été quantitative, descriptive, multicentrique, transversale et rétrospective, réalisée dans des cabinets de MG de la Communauté de Communes du Sud Avesnois sur une période de 2 mois, du 3 décembre 2018 au 28 janvier 2019.

II. Bibliographie :

La recherche bibliographique s'est appuyée sur les mots clés suivants : accès aux soins, accessibilité aux soins, renoncement aux soins, démographie médicale, distance de consultation, délai de consultation, médecins spécialistes, soins de second recours.

Les sources utilisées ont été Google Scholar, PUBMED, EM-Consulte et la banque de données de la santé publique (BDSP) via le catalogue du service de documentation de la bibliothèque de l'université de Lille 2.

Les données démographiques (population, démographie médicale, délai, distance de consultation, accessibilité potentielle localisée (APL)...) ont été recherchées sur les sites d'agence de santé (ARS, HAS, OMS) et sur les sites gouvernementaux (InVS, INSEE, DRESS, URPS, Ministère de la santé).

La bibliographie a été élaborée avec le logiciel ZOTERO® (<https://www.zotero.org>).

III. Objectif de l'étude :

A. Objectif principal :

Le critère de jugement principal a été de décrire pour chaque patient de la CCSA, dans les cinq dernières années, hors urgences, lors de sa dernière consultation avec un MS de second

recours :

- La durée de trajet en minutes, du domicile du patient au cabinet des MS de second recours.
- Le délai d'obtention d'une consultation en jours, c'est-à-dire le délai entre la demande de rendez-vous du patient et la consultation effective.

B. Objectifs secondaires :

Les critères de jugement secondaires ont été d'évaluer :

- La fréquence de consultation des MS en ambulatoire.
- Décrire les critères de choix par les patients des MS.
- Décrire le parcours de soins des patients dans leur accès aux MS.
- Evaluer l'accès aux soins des examens paracliniques de base, tomodensitométrie (TDM) et imagerie par résonance magnétique (IRM).
- Les habitudes de fréquentation du service d'accueil des urgences.
- Etudier la durée de trajet et le délai de consultation des patients concernant leur MG.
- Décrire la fréquence de consultation du MG.

IV. Population concernée :

La population de l'étude était constituée de patients consultant dans les cabinets de MG de la CCSA. Une liste de 13 médecins a été établie en décembre 2018 d'après le site internet : www.ameli-direct.ameli.fr, en recherchant les MG installés dans chaque commune de la CCSA. Les médecins homéopathes exclusifs étaient exclus.

L'échantillon de cette étude était fait sur l'ensemble des patients répondant à notre enquête. Aucun calcul de taille d'échantillon n'a pu être effectué du fait de l'absence de données similaires dans la littérature. Un objectif de 208 questionnaires a été fixé arbitrairement.

A. Critères d'inclusion :

Ont été inclus les patients :

- Ayant accepté de répondre au questionnaire,
- Majeurs,
- Résidant dans la CCSA.

B. Critères d'exclusion :

Ont été exclus les patients :

- Ayant refusé de participer à l'étude,
- Consultant ponctuellement des spécialistes à des distances éloignées pour des raisons personnelles (vacances),
- Ayant déjà participé à l'étude.

Notons que les spécialités se référant aux soins tertiaires (neurochirurgie notamment) ainsi que les spécialités chirurgicales (orthopédie, chirurgie viscérale, chirurgie vasculaire) n'ont pas été incluses dans le questionnaire.

V. Modalités d'organisation de la recherche :**A. Choix de la méthode :**

Il a été décidé de réaliser l'évaluation sous forme de questionnaire, celui-ci étant un moyen fiable et reproductible (cf. annexe 6).

Ce questionnaire a été créé à partir d'éléments de la recherche bibliographique (étude IRDES/ Sécurité sociale/INSEE/Thèses) et de réflexions personnelles, notamment suite au projet de pôle santé récemment mis en œuvre dans la CCSA.

Le questionnaire ainsi que le protocole de cette étude (cf. annexe 7) ont été créés avec l'aide de la Direction de la Recherche et de l'Innovation (Promotion interne) du centre hospitalier universitaire (CHU) de LILLE.

B. Plan expérimental :

Ces questionnaires écrits ont été remplis par les patients, avec l'aide de l'examineur ou du MG du cabinet, dans les salles d'attente des différents cabinets sélectionnés.

La CCSA possède 13 MG libéraux en activité régulière. Ceux-ci ont été contactés par téléphone à partir du 3 décembre 2018. Lors de ce premier contact, l'étude et son déroulement ont été brièvement expliqués aux MG. Tous les cabinets de médecine générale ont été interrogés après avoir recueilli l'accord du MG.

Lors d'une journée de recueil et par cabinet, environ 20 patients étaient interrogés après avoir recueilli leur accord, en présence de l'examineur.

Le jour de semaine (en dehors du mercredi) était choisi après discussion entre l'investigateur et le médecin du cabinet donné. L'étude a été proposée à l'ensemble des patients de ce cabinet.

Concernant 4 cabinets, le médecin traitant (MT) a préféré interroger lui-même ses patients. Des questionnaires (une vingtaine) ont donc été laissés par l'investigateur à la disposition du médecin généraliste.

L'étude a été réalisée sur une période de deux mois, du 3 décembre 2018 au 28 janvier 2019, en dehors des vacances scolaires, tous les jours de la semaine hormis le mercredi.

C. Modalités d'information des participants :

Avant inclusion, le patient était informé de l'objectif de l'étude et du traitement des données le concernant recueillies au cours de cette recherche. Il était en droit de s'opposer ou de rectifier ses données dans le cadre de la recherche. Le questionnaire était totalement anonyme. Après vérification des critères d'inclusion/exclusion et recueil du consentement, les patients étaient inclus dans l'étude. Le consentement du patient était un accord oral.

D. Forme du questionnaire des patients :

Le questionnaire était divisé en cinq parties.

Une première partie portait sur les données épidémiologiques des patients : âge, sexe, activité socioprofessionnelle, sécurité sociale, moyen de transport.

Une deuxième partie décrivait l'offre en médecine générale et l'accès au MG dans la CCSA : âge du MT, lieu d'exercice, offre de soins, fréquence et délai de consultation.

Une troisième partie permettait de répondre à l'objectif principal de la recherche : délai de consultation (en jours) et durée de trajet (en minutes) lors de sa dernière demande de rendez-vous avec un MS de second recours. Cette partie permettait de répondre aussi à certains objectifs secondaires : fréquence de consultation des MS, respect du parcours de soins, première consultation ou suivi, consultation en milieu libéral ou hospitalier.

Une quatrième partie portait sur l'accès au Service d'Accueil des Urgences (SAU) : temps de trajet en minutes du SAU le plus proche, habitudes et causes de fréquentation du SAU.

Une cinquième partie montrait une présentation type échelle de Likert, reposant sur l'accès aux soins spécialisés ambulatoires et le ressenti des patients sur cette problématique.

La durée moyenne de saisie était de 9 minutes par questionnaire. Le questionnaire a été testé en amont de l'étude dans le cabinet de Trélon par 40 patients volontaires.

E. Mode de recueil :

L'investigateur était présent lors de chaque journée par cabinet.

Le recueil de données s'effectuait soit dans la salle d'attente, soit dans une salle voisine du cabinet de consultation (salle de soins ou salle de repos).

En cas de difficulté pour lire, les questions pouvaient être posées à l'oral par l'investigateur.

Les données ont été collectées à l'aide du questionnaire papier et ont ensuite été enregistrées dans un fichier de type tableur Excel. Le fichier était stocké et sécurisé à l'aide d'un mot de passe sur l'ordinateur de l'investigateur.

F. Nombre de Participants :

L'objectif principal de l'étude était de décrire le délai (en jours) et la durée de trajet des patients (en minutes) pour accéder aux consultations de soins médicaux ambulatoires de seconds recours dans la CCSA.

Nous ne disposons pas de données permettant de calculer un nombre de sujets basé sur des hypothèses statistiques.

La participation à l'étude a été proposée à tous les patients se rendant au cabinet le jour donné. 13 cabinets ont participé à l'étude. Nous avons estimé voir 20 patients par cabinet, soit 260 patients éligibles. En considérant un taux d'acceptation de 80%, le nombre de sujets était estimé à 208.

VI. L'analyse statistique :

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS (version 9.3 ou supérieure) et conduites à l'unité de méthodologie, biostatistiques et data management du CHU de Lille sous la responsabilité du Pr A. Duhamel.

Les variables qualitatives ont été décrites par les effectifs et les pourcentages.

Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et l'écart type en cas de distribution gaussienne, ou par la médiane et l'interquartile (i.e. 25^{ième} et 75^{ième} percentiles) dans le cas contraire.

La normalité des distributions a été testée par un test de Shapiro-Wilk et vérifiée graphiquement par des histogrammes.

VII. Aspects éthiques et légaux :

Une déclaration CNIL a été enregistrée sous le numéro n°2210985.

S'agissant d'une étude non interventionnelle et rétrospective, selon la loi Jardé 2017, l'avis d'un comité de protection des personnes n'était pas nécessaire (en accord avec le vice-président du CPP Nord-Ouest et de la Direction de la Recherche et de l'Innovation (Promotion interne) du CHU de LILLE).

Résultats

I. Effectifs :

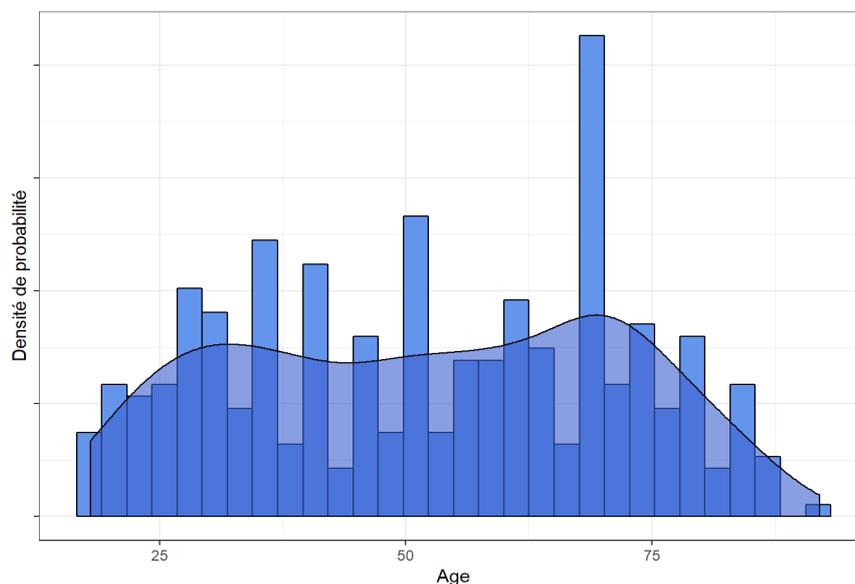
368 questionnaires ont été remplis (44 avec l'aide des MG dans leurs 4 cabinets respectifs, 324 avec l'aide de l'investigateur). 112 patients ont refusé de participer à l'étude. 21 patients ont été exclus. Le taux de participation était de 73%.

II. Caractéristiques sociodémographiques :

A. Age des patients

	Valeur (ans)
Moyenne	52.18
IC 95% moyenne	50.2-54.16
Minimum	18
Maximum	92

Valeurs manquantes : 0



L'âge moyen des patients était de 52 ans, avec un minimum de 18 ans et un maximum de 92 ans.

B. Genre

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Femme	202	55.0%	[50.0% ;60.0%]
Homme	166	45.0%	[40.0% ;50.0%]

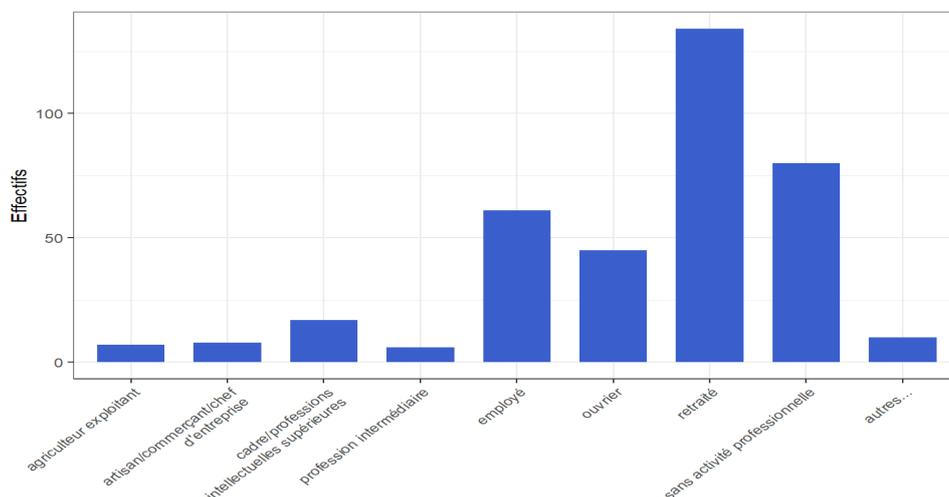
Valeurs manquantes : 0

Une majorité de femmes était présente dans l'échantillon.

C. Activité socioprofessionnelle

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Agriculteur exploitant	7	2.0%	[1.00% ; 4.00%]
Artisan/commerçant/chef d'entreprise	8	2.0%	[1.00% ; 4.00%]
Cadre/professions intellectuelles supérieures	17	5.0%	[3.00% ; 7.00%]
Profession intermédiaire	6	2.0%	[1.00% ; 4.00%]
Employé	61	17.0%	[13.00% ; 21.00%]
Ouvrier	45	12.0%	[9.00% ; 16.00%]
Retraité	134	36.0%	[31.0% ; 42.0%]
Sans activité professionnelle	80	22.0%	[18.00% ; 26.00%]
Autres...	10	3.0%	[1.00% ; 5.00%]

Valeurs manquantes : 0



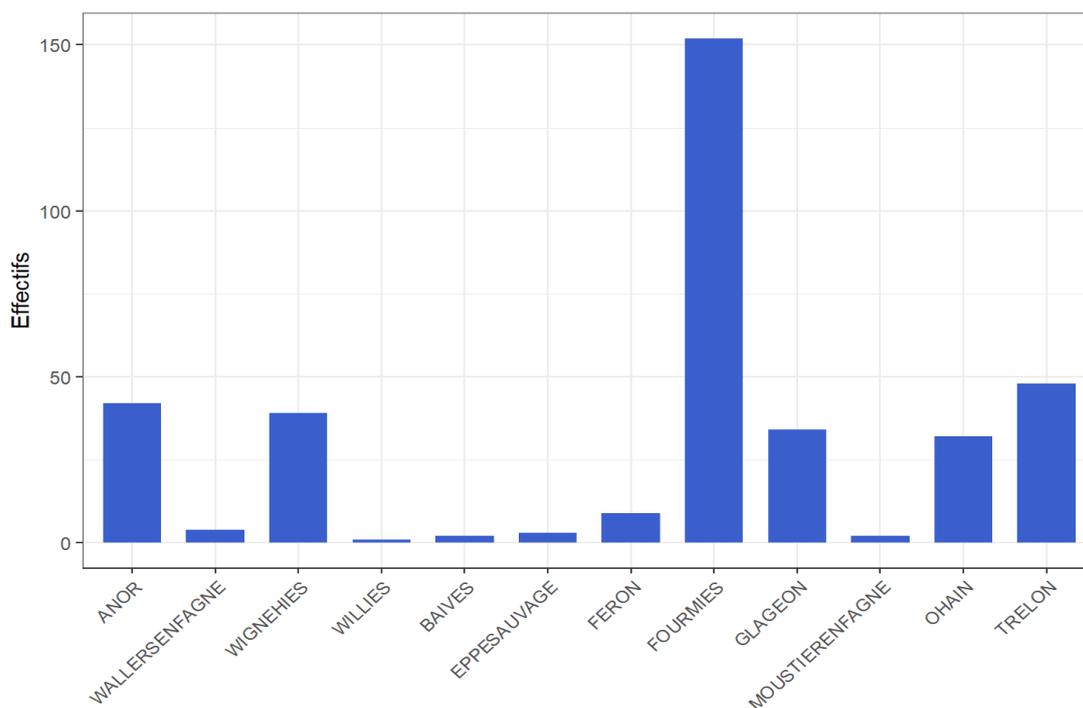
Toutes les catégories socioprofessionnelles étaient représentées. La population de notre étude semble homogène par rapport à celle de la CCSA (cf. annexe 5).

D. Villes

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
ANOR	42	11.0%	[8.00% ; 15.00%]
WALLERSENFAGNE	4	1.0%	[0.00% ; 3.00%]
WIGNEHIES	39	11.0%	[8.00% ; 14.00%]
WILLIES	1	0.0%	[0.00% ; 2.00%]
BAIVES	2	1.0%	[0.00% ; 2.00%]
EPPESAUVAGE	3	1.0%	[0.00% ; 2.00%]
FERON	9	2.0%	[1.00% ; 5.00%]
FOURMIES	152	41.0%	[36.0% ; 47.0%]
GLAGEON	34	9.0%	[6.00% ; 13.00%]
MOUSTIERENFAGNE	2	1.0%	[0.00% ; 2.00%]
OHAIN	32	9.0%	[6.00% ; 12.00%]
TRELON	48	13.0%	[10.00% ; 17.00%]

Valeurs manquantes : 0

Les patients inclus résidaient en grande majorité dans les régions urbaines de la CCSA (majoritairement à Fourmies puis Trélon, Wignehies, Glageon et Anor).



III. Mode d'assurance maladie :

	OUI	NON
Sécurité sociale (AMO)	99,00% IC [98,00% ;100,00%]	1,0% IC [0,00% ;2,00%]
Mutuelle (AMC)	78,0% IC [73,00% ;82,00%]	22,0% IC [18,00% ;27,00%]
CMU-C	14,0% IC [10,00% ;18,00%]	86,0% IC [82,00% ;90,00%]
Assurance privée frontalier	1,0% IC [0,00% ;2,00%]	99,0% IC [98,00% ;100,00%]
ALD	32,0% IC [28,00% ;37,00%]	68,0% IC [63,00% ;72,00%]

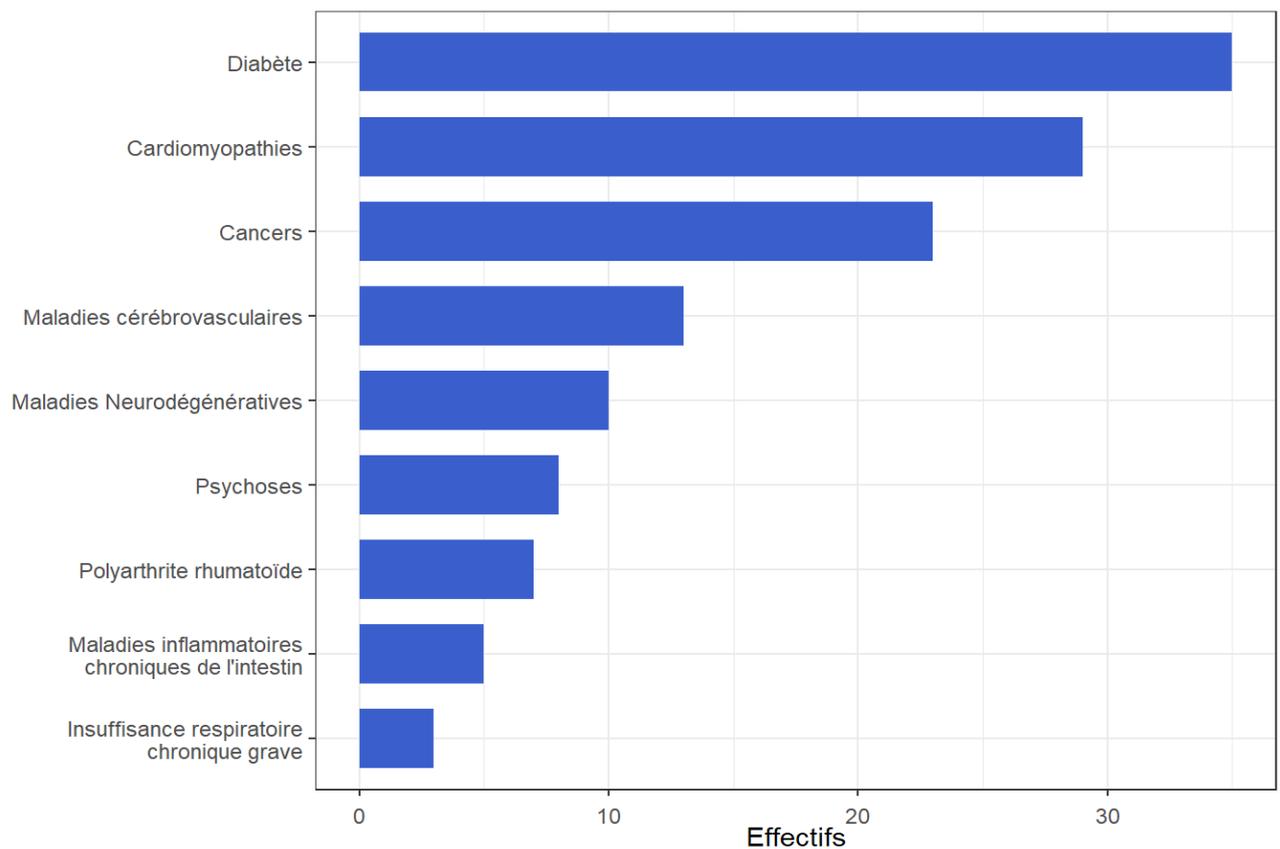
Presque tous des patients étaient couverts par la sécurité sociale soit 99%. 78% d'entre eux bénéficiaient également d'une mutuelle, 14% étaient couverts par la couverture mutuelle universelle complémentaire (CMU-C) et 1% possédaient une assurance privée.

Enfin 32% bénéficiaient d'une prise en charge pour affection de longue durée (ALD).

Types d'ALD :

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Diabète	35	29.0%	[21.0% ;38.0%]
Cardiomyopathies	29	24.0%	[17.0% ;33.0%]
Cancers	23	19.0%	[13.0% ;28.0%]
Maladies cérébrovasculaires	13	11.0%	[6.0% ;18.0%]
Maladies Neurodégénératives	10	8.0%	[4.0% ;15.0%]
Psychoses	8	7.0%	[3.0% ;13.0%]
Polyarthrite rhumatoïde	7	6.0%	[2.0% ;12.0%]
Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin	5	4.0%	[1.00% ;10.00%]
Insuffisance respiratoire chronique grave	3	3.0%	[1.00% ;7.00%]

Valeurs manquantes : 249



IV. Moyen de transport :

Présence d'un moyen de transport

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Oui	257	70.0%	[65.00% ;74.00%]
Non	111	30.0%	[26.00% ;35.00%]

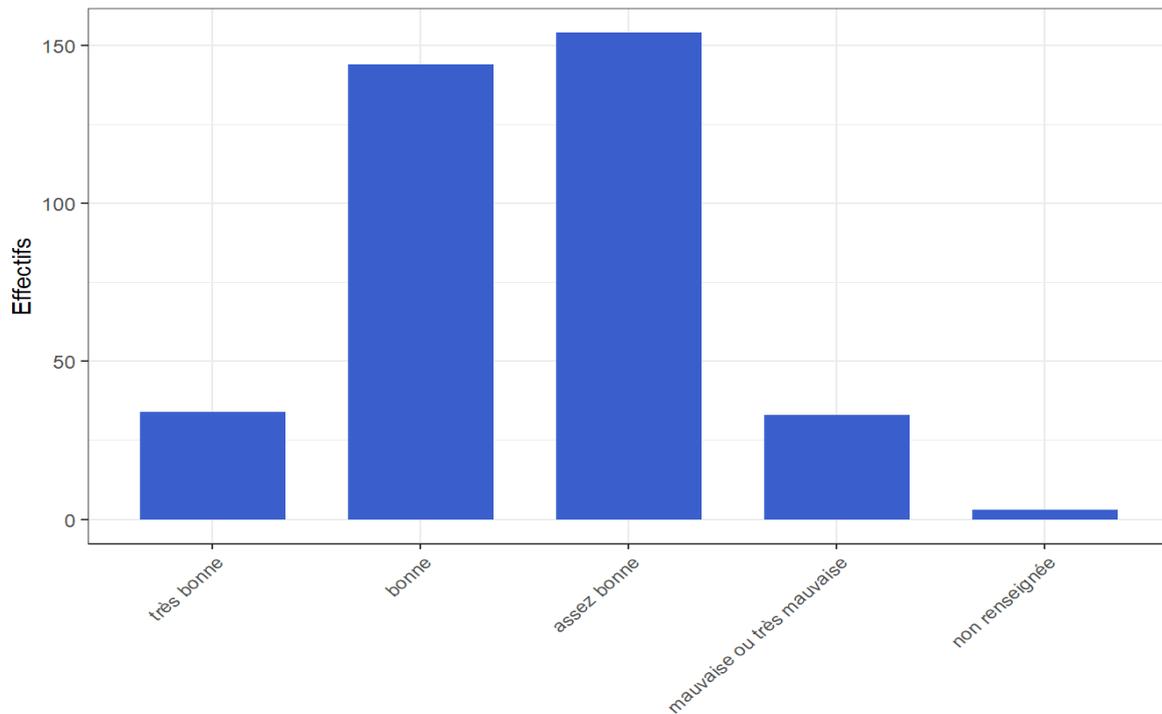
Valeurs manquantes : 0

70% de la population interrogée possédait un moyen de transport (l'automobile dans une grande majorité de cas, 2 patients disposaient d'une moto, 1 patient d'un tricycle avec remorque).

V. Etat de santé des patients :

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Très bonne	34	9.0%	[6.00% ;13.00%]
Bonne	144	39.0%	[34.0% ;44.0%]
Assez bonne	154	42.0%	[37.0% ;47.0%]
Mauvaise ou très mauvaise	33	9.0%	[6.00% ;12.00%]
Non renseignée	3	1.0%	[0.00% ;2.00%]

Valeurs manquantes : 0



42% des patients déclaraient être en assez bonne santé, et 39% en bonne santé.

VI. Médecin traitant :

Déclaration d'un médecin traitant

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Oui	354	96.0%	[94.00% ;98.00%]
Non	14	4.0%	[2.00% ;6.00%]

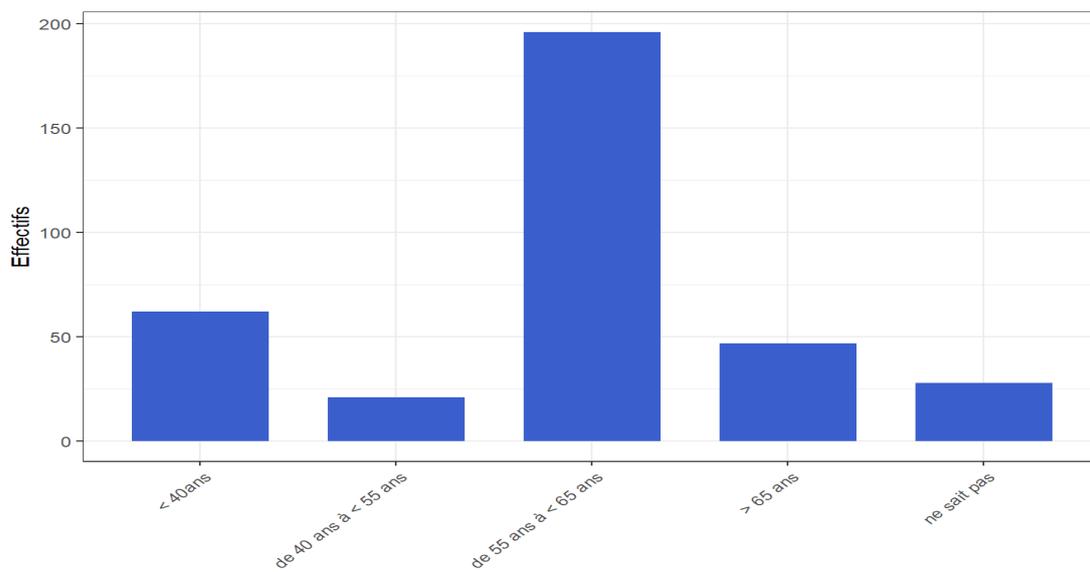
Valeurs manquantes : 0

Une majorité de patients, soit 96%, avait déclaré un MT.

Age du médecin traitant

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
< 40ans	62	18.0%	[14.00% ;22.00%]
De 40 ans à < 55 ans	21	6.0%	[4.00% ;9.00%]
De 55 ans à < 65 ans	196	55.0%	[50.0% ;61.0%]
65 ans	47	13.0%	[10.00% ;17.00%]
Ne sait pas	28	8.0%	[5.00% ;11.00%]

Valeurs manquantes : 14

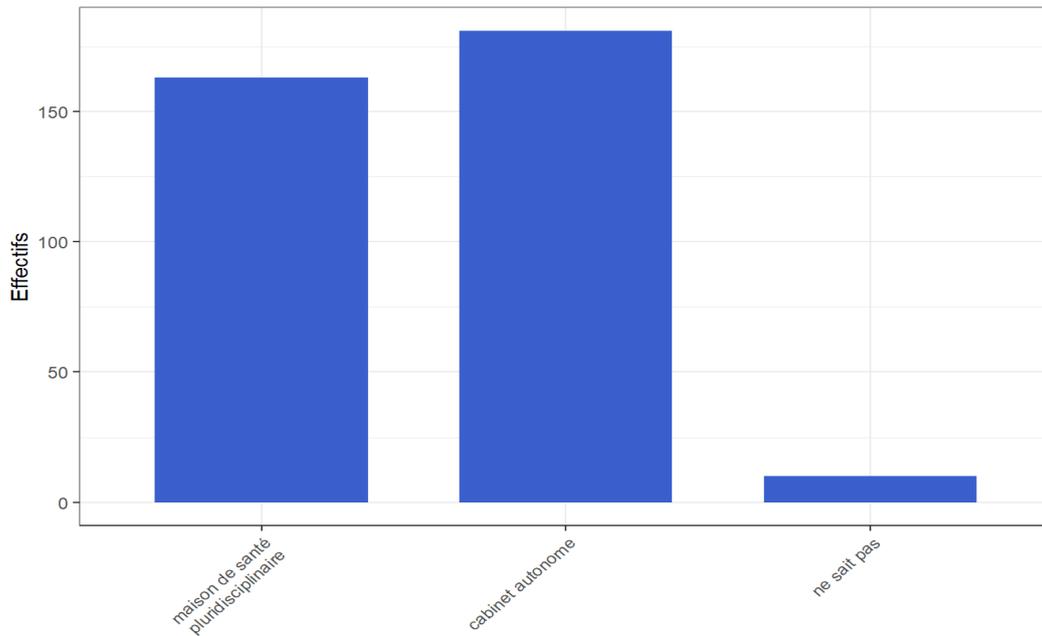


Selon les patients, la plupart de leur MT avaient un âge compris entre 55 et 65 ans.

Type d'exercice du médecin traitant

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Maison de santé pluridisciplinaire	163	46.0%	[41.0% ;51.0%]
Cabinet autonome	181	51.0%	[46.0% ;56.0%]
Ne sait pas	10	3.0%	[1.00% ;5.00%]

Valeurs manquantes : 14



En majorité, les MT exerçaient dans un cabinet autonome (51%).

Accessibilité au médecin traitant

	Délai (jours)	Durée de trajet (minutes)	Fréquence (par an)
Moyenne	2.42	8.02	6.55
Écart Type	3.63	5.62	4.68
IC 95% moyenne	2.04-2.8	7.43-8.6	6.06-7.04
Minimum	1	1	1
Maximum	30	45	36

Dans la CCSA, un patient met en moyenne 2.42 jours pour voir en consultation son MT.

En moyenne, il met 8.02 minutes en voiture pour se rendre chez son MT. Les patients de la CCSA consultent en moyenne 6.55 fois par an leur MT.

Lieu du cabinet du médecin traitant (villes)

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
ANOR	28	8.0%	[5.00% ;11.00%]
WIGNEHIES	72	20.0%	[16.00% ;25.00%]
BAVAY	1	0.0%	[0.00% ;2.00%]
ETROEUNGT	2	1.0%	[0.00% ;2.00%]
FELLERIES	1	0.0%	[0.00% ;2.00%]
HIRSON	1	0.0%	[0.00% ;2.00%]
SARSPOTERIES	1	0.0%	[0.00% ;2.00%]
FOURMIES	128	36.0%	[31.0% ;41.0%]
OHAIN	1	0.0%	[0.00% ;2.00%]
TRELON	119	34.0%	[29.0% ;39.0%]

Valeurs manquantes : 14

Lieu du Cabinet du médecin traitant (CCSA)

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Oui	348	98.0%	[96.00% ;99.00%]
Non	6	2.0%	[1.00% ;4.00%]

Valeurs manquantes : 14

Pratiquement l'ensemble des MT des patients interrogés exercent dans la CCSA, soit 98%, en majorité à Fourmies à 36.0% et Trélon à 34.0%.

VII. Permanence des soins :

A la question : « *Si vous n'avez pas de MT disponible qui consultez-vous en cas de problème de santé (hors urgence vitale) ?* »

- 45% des patients consultent aux urgences,
- 29% des patients se rendent à la MSP la plus proche,
- 28% des patients se rendent à la pharmacie la plus proche,
- 7% des patients demandent conseil à une IDE
- 2% des patients déclarent consulter en priorité internet en cas de problème de santé et médecin traitant indisponible.

Les patients restant dans l'expectative en cas de problème de santé représentent environ 40% des patients sondés.

Chez 11% des effectifs, un autre moyen pour solutionner l'absence du MT était cité : consultation du remplaçant ou consultation d'un ami exerçant une profession paramédicale.

VIII. Critère de jugement principal :

Délai de consultation des différents spécialistes (en jours)

Spécialité	Moyenne	Écart Type	IC 95% moyenne	Minimum	Maximum
Cardiologue	53.33	51.6	45-61.65	3	365
Gynécologue	54.81	39.38	47.19-62.43	4	180
Pédiatre	28.64	27.57	20.05-37.23	1	120
Ophthalmologue	177.29	114.6	161.31-193.27	6	548
Psychiatre	63.56	36.77	49.01-78.1	15	180
Oncologue	48.58	40.3	29.16-68	7	180
Gastro-entérologue	66	44.64	50.9-81.1	15	240
Endocrinologue- Diabétologue	79.68	51.67	56.77-102.59	17	180
Pneumologue	72	65.03	52.23-91.77	1	365
Neurologue	90.4	83.19	56.06-124.74	15	440
Dermatologue	107.5	82.27	83.07-131.93	7	365
Néphrologue	88.93	57.79	55.56-122.29	15	180
Urologue	60.78	36.4	45.04-76.52	15	180
ORL	65.23	44.34	53.36-77.11	7	180
Rhumatologue	69.5	68.62	42.89-96.11	15	365
Gériatre	60	0	NA	60	60

Entre l'appel du patient au secrétariat du spécialiste et la consultation avec celui-ci, hors urgence, en moyenne le délai de consultation était :

- Compris entre 1 et 30 jours pour : le pédiatre (29 jours).
- Compris entre 30 et 60 jours pour : l'oncologue (48 jours), le cardiologue (53 jours), le gynécologue (54 jours).
- Compris entre 60 et 90 jours pour : le gériatre (60 jours), l'urologue (61 jours), le psychiatre (63 jours), l'ORL (65 jours), le gastroentérologue (66 jours), le rhumatologue (69 jours), le pneumologue (72 jours), le neurologue (90 jours), l'endocrinologue-diabétologue (80 jours), le néphrologue (89 jours).
- Au-delà de 90 jours pour : le dermatologue (107 jours), l'ophtalmologue (177 jours).

Délai de consultation des examens paracliniques (TDM et IRM) (en jours)

	IRM	TDM
Moyenne	26.34	17.79
Écart Type	19.19	13.78
IC 95% moyenne	22.68-30	15.15-20.43
Minimum	4	2
Maximum	90	90

Entre l'appel du patient au secrétariat d'un cabinet d'imagerie et la consultation en elle-même (hors urgence), le délai de consultation était en moyenne de :

- 26 jours pour la réalisation d'une IRM,
- 18 jours pour la réalisation d'une TDM.

Durée de trajet vers les différents médecins spécialistes (en minutes)

Spécialité	Moyenne	Écart Type	IC 95% moyenne	Minimum	Maximum
Cardiologue	22.03	23.21	18.29-25.76	2	120
Gynécologue	20	18.9	16.36-23.64	2	120
Pédiatre	29.57	22.95	22.42-36.72	5	105
Ophtalmologue	26.77	28.35	22.81-30.72	3	240
Psychiatre	20.19	19.29	12.56-27.82	5	90
Oncologue	79.74	31.42	64.59-94.88	30	120
Gastro-entérologue	30.83	28.55	21.17-40.49	5	120
Endocrinologue-					
Diabétologue	42.09	38.05	25.22-58.96	1	130
Pneumologue	43.98	13.66	39.82-48.13	5	105
Neurologue	54.6	27.87	43.09-66.11	10	120
Dermatologue	34.89	28.16	26.53-43.25	5	120
Néphrologue	43.93	9.44	38.48-49.38	25	60
Urologue	46.96	19.05	38.72-55.2	10	115
ORL	23.84	20.74	18.29-29.39	5	120
Rhumatologue	49.11	27.42	38.47-59.74	10	140
Gériatre	26.67	5.77	12.32-41.01	20	30

Entre le domicile du patient et le lieu de consultation du spécialiste, en moyenne la durée de trajet était :

- Comprise entre 1 et 30 minutes pour : le gynécologue (20 minutes), le psychiatre (20 minutes), le cardiologue (22 minutes), l'ORL (24 minutes), l'ophtalmologue (26 minutes), le gériatre (27 minutes), le pédiatre (29 minutes).
- Comprise entre 30 et 45 minutes pour : le gastroentérologue (31 minutes), le dermatologue (35 minutes), l'endocrinologue-diabétologue (42 minutes), le pneumologue (44 minutes), le néphrologue (44 minutes),
- Supérieure à 45 minutes pour : l'urologue (47 minutes), le rhumatologue (49 minutes), le neurologue (55 minutes), l'oncologue (80 minutes).

Durée de trajet des examens paracliniques (en minutes)

	IRM	TDM
Moyenne	24.81	21.17
Écart Type	26.98	23.75
IC 95% moyenne	19.67-29.96	16.62-25.72
Minimum	5	5
Maximum	140	140

Entre le domicile du patient à la consultation d'un centre d'imagerie, en moyenne la durée de trajet (réalisée en automobile) était de :

- 24.81 minutes pour l'IRM,
- 21.17 minutes pour la TDM.

IX. Critères de jugement secondaires :

A. Besoin d'un spécialiste et consultation effective :

	Besoin du spécialiste			Consultation effective du spécialiste		
	Effectifs	Pourcentages	IC 95%	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Cardiologue	165	45%	[40.0%;50.0%]	150	91%	[85%;95%]
Gynécologue	119	32%	[28.00%;37.00%]	106	89%	[82%;94%]
Pédiatre	45	12%	[9.00%;16.00%]	42	93%	[82%;99%]
Ophthalmologue	220	60%	[55.0%;65.0%]	199	90%	[86%;94%]
Psychiatre	27	7%	[5.00%;10.00%]	26	96%	[81%;100%]
Oncologue	19	5%	[3.00%;8.00%]	19	95%	[75%;100%]
Gastro-entérologue	40	11%	[8.00%;15.00%]	36	90%	[76%;97%]
Diabéto-endocrinologue	25	7%	[4.00%;10.00%]	22	88%	[69%;97%]
Pneumologue	46	12%	[9.00%;16.00%]	44	96%	[85%;99%]
Neurologue	29	8%	[5.00%;11.00%]	25	86%	[68%;96%]
Dermatologue	49	13%	[10.00%;17.00%]	46	88%	[77%;96%]
Néphrologue	15	4%	[2.00%;7.00%]	14	93%	[68%;100%]
Urologue	25	7%	[4.00%;10.00%]	23	88%	[70%;98%]
ORL	63	17%	[13.00%;21.00%]	55	87%	[77.0%;94.0%]
Rhumatologue	29	8%	[5.00%;11.00%]	28	85%	[68.0%;95.0%]
Gériatre	4	1%	[0.00%;3.00%]	3	75%	[19.0%;99.0%]

Globalement les patients, dans les cinq dernières années, voient effectivement leurs MS quand ils en ont besoin dans une fourchette comprise entre 75% (gériatre) et 96% (psychiatre).

B. Besoin d'un examen paraclinique :

	Besoin			Consultation effective		
	Effectifs	Pourcentages	IC 95%	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
IRM	108	29%	[25%;34%]	108	99%	[95%;100%]
TDM	108	29%	[25%;34%]	107	98%	[94%;100%]

29% des patients ont eu besoin de réaliser un examen paraclinique (IRM ou TDM) dans les cinq ans. Une consultation effective était retrouvée dans 99% pour l'IRM, 98% pour la TDM.

C. Fréquence de consultation des médecins spécialistes :**Consultation annuelle**

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Cardiologue	54	36%	[28.0%;44.0%]
Gynécologue	18	17%	[10.0%;25.0%]
Pédiatre	3	7%	[1.0%;19.0%]
Ophthalmologue	71	36%	[29.0%;43.0%]
Psychiatre	4	15%	[4.0%;34.0%]
Oncologue	2	11%	[1.0%;33.0%]
Gastro-entérologue	4	11%	[3.0%;26.0%]
Diabéto-endocrinologue	6	27%	[11.0%;50.0%]
Pneumologue	17	39%	[24.0%;55.0%]
Neurologue	10	40%	[21.0%;61.0%]
Dermatologue	12	26%	[14.0%;41.0%]
Néphrologue	2	14%	[2.0%;43.0%]
Urologue	6	26%	[10.0%;48.0%]
ORL	5	9%	[3.0%;20.0%]
Rhumatologue	11	39%	[22.0%;59.0%]
Gériatre	1	33%	[1.0%;91.0%]

40% des patients qui consultent leur neurologue le font de manière annuelle, comme 39% leur pneumologue et leur rhumatologue et 36% des patients leur cardiologue et ophtalmologue.

Consultation trimestrielle

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Cardiologue	3	2%	[0.00%;6.00%]
Gynécologue	6	6%	[2.0%;12.0%]
Pédiatre	16	38%	[24.0%;54.0%]
Ophthalmologue	3	2%	[0.00%;4.00%]
Psychiatre	11	41%	[22.0%;61.0%]
Oncologue	8	42%	[20.0%;67.0%]
Gastro-entérologue	1	3%	[0.0%;15.0%]
Diabéto-endocrinologue	4	18%	[5.0%;40.0%]
Pneumologue	2	5%	[1.0%;15.0%]
Neurologue	1	4%	[0.0%;20.0%]
Dermatologue	1	2%	[0.0%;12.0%]
Néphrologue	1	7%	[0.0%;34.0%]
Urologue	3	13%	[3.0%;34.0%]
ORL	2	4%	[0.0%;12.0%]
Rhumatologue	1	4%	[0.0%;18.0%]
Gériatre	0	0%	0

42% des patients qui consultent leur oncologue le font de manière trimestrielle, 41% pour leur psychiatre, 39% leur pneumologue et leur rhumatologue, 18% le diabéto-endocrinologue.

Enfin 38% des patients qui consultent le pédiatre pour leur enfant le font de manière trimestrielle.

Consultation semestrielle

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Cardiologue	11	7%	[4.00%;13.00%]
Gynécologue	3	3%	[1.00%;8.00%]
Pédiatre	10	24%	[12.0%;39.0%]
Ophtalmologue	14	7%	[4.00%;12.00%]
Psychiatre	5	19%	[6.0%;38.0%]
Oncologue	4	21%	[6.0%;46.0%]
Gastro-entérologue	1	3%	[0.0%;15.0%]
Diabète-endocrinologue	11	50%	[28.0%;72.0%]
Pneumologue	4	9%	[3.0%;22.0%]
Neurologue	6	24%	[9.0%;45.0%]
Dermatologue	2	4%	[1.0%;15.0%]
Néphrologue	7	50%	[23.0%;77.0%]
Urologue	7	30%	[13.0%;53.0%]
ORL	4	7%	[2.0%;17.0%]
Rhumatologue	1	4%	[0.0%;18.0%]
Gériatre	1	33%	[1.0%;91.0%]

50% des patients qui consultent leur diabète-endocrinologue et néphrologue le font de manière semestrielle.

Environ un tiers des patients qui consultent leur urologue et gériatre le font de manière semestrielle.

Consultation ponctuelle

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Cardiologue	82	55%	[46.0%;63.0%]
Gynécologue	84	79%	[70.0%;86.0%]
Pédiatre	10	24%	[12.0%;39.0%]
Ophthalmologue	111	56%	[49.0%;63.0%]
Psychiatre	7	26%	[11.0%;46.0%]
Oncologue	3	16%	[3.0%;40.0%]
Gastro-entérologue	30	83%	[67.0%;94.0%]
Diabéto-endocrinologue	1	5%	[0.0%;23.0%]
Pneumologue	20	45%	[30.0%;61.0%]
Neurologue	7	28%	[12.0%;49.0%]
Dermatologue	30	65%	[50.0%;79.0%]
Néphrologue	2	14%	[2.0%;43.0%]
Urologue	7	30%	[13.0%;53.0%]
ORL	44	79%	[66.0%;88.0%]
Rhumatologue	15	54%	[34.0%;72.0%]
Gériatre	1	33%	[1.0%;91.0%]

Pour la majorité des patients de cette étude, la fréquence de consultation des spécialistes est ponctuelle ou supérieure à une fois par an (83% pour le gastroentérologue, 79% pour le gynécologue, 65% pour le dermatologue).

D. Fréquence de réalisation des examens paracliniques :**Examens réalisés ponctuellement**

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
IRM	84	78%	[69.0%;85.0%]
TDM	84	79%	[70.0%;86.0%]

Dans la majorité des cas les examens paracliniques (IRM et TDM) étaient réalisés ponctuellement le plus souvent (78% pour l'IRM, 79% pour la TDM).

E. Type de consultation :**Consultation de suivi**

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Cardiologue	96	64%	[55.0%;71.0%]
Gynécologue	97	92%	[84.0%;96.0%]
Pédiatre	41	98%	[87.0%;100.0%]
Ophthalmologue	169	84%	[79.0%;89.0%]
Psychiatre	20	74%	[54.0%;89.0%]
Oncologue	17	89%	[67.0%;99.0%]
Gastro-entérologue	19	53%	[35.0%;70.0%]
Diabéto-endocrinologue	20	91%	[71.0%;99.0%]
Pneumologue	30	68%	[52.0%;81.0%]
Neurologue	17	68%	[46.0%;85.0%]
Dermatologue	21	46%	[31.0%;61.0%]
Néphrologue	13	93%	[66.0%;100.0%]
Urologue	21	91%	[72.0%;99.0%]
ORL	18	32%	[20.0%;46.0%]
Rhumatologue	16	57%	[37.0%;76.0%]
Gériatre	2	67%	[9.0%;99.0%]

La plupart des spécialistes étudiés ont été consultés en consultation de suivi (92% pour le gynécologue, 98% pour le pédiatre).

Première consultation

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Cardiologue	55	36%	[29.0%;45.0%]
Gynécologue	9	8%	[4.0%;16.0%]
Pédiatre	1	2%	[0.0%;13.0%]
Ophtalmologue	31	16%	[11.0%;21.0%]
Psychiatre	6	22%	[9.0%;42.0%]
Oncologue	2	11%	[1.0%;33.0%]
Gastro-entérologue	17	47%	[30.0%;65.0%]
Diabéto-endocrinologue	2	9%	[1.0%;29.0%]
Pneumologue	14	32%	[19.0%;48.0%]
Neurologue	8	32%	[15.0%;54.0%]
Dermatologue	25	54%	[39.0%;69.0%]
Néphrologue	1	7%	[0.0%;34.0%]
Urologue	2	9%	[1.0%;28.0%]
ORL	38	68%	[54.0%;80.0%]
Rhumatologue	12	43%	[24.0%;63.0%]
Gériatre	1	33%	[1.0%;91.0%]

Seuls l'ORL, à 68% et le dermatologue à 54%, étaient vus en majorité lors d'une première consultation.

Première consultation (examens paracliniques)

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
IRM	62	57%	[48.0%;67.0%]
TDM	68	64%	[54.0%;73.0%]

Dans la majorité des cas, les examens paracliniques étaient réalisés pour une première consultation (57% IRM, 64% TDM).

F. Lieu d'exercice des spécialistes :**GHT Hainaut-Cambrésis**

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Cardiologue	142	94%	[89.00%;97.00%]
Gynécologue	101	95%	[89.00%;98.00%]
Pédiatre	31	76%	[60.0%;88.0%]
Ophthalmologue	152	76%	[69.0%;82.0%]
Psychiatre	25	93%	[76.0%;99.0%]
Oncologue	9	47%	[24.0%;71.0%]
Gastro-entérologue	33	92%	[78.0%;98.0%]
Diabéto-endocrinologue	16	73%	[50.0%;89.0%]
Pneumologue	44	100%	[92.00%;100.00%]
Neurologue	38	76%	[62.0%;87.0%]
Dermatologue	29	63%	[48.0%;77.0%]
Néphrologue	14	100%	[77.0%;100.0%]
Urologue	21	91%	[72.0%;99.0%]
ORL	52	93%	[83.0%;98.0%]
Rhumatologue	22	79%	[59.0%;92.0%]
Gériatre	3	100%	[29.0%;100.0%]

CCSA

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Cardiologue	121	80%	[73.0%;86.0%]
Gynécologue	81	76%	[67.0%;84.0%]
Pédiatre	18	44%	[28.0%;60.0%]
Ophthalmologue	136	68%	[61.0%;74.0%]
Psychiatre	19	70%	[50.0%;86.0%]
Oncologue	0	0%	0
Gastro-entérologue	23	64%	[46.0%;79.0%]
Diabéto-endocrinologue	6	27%	[11.0%;50.0%]
Pneumologue	4	9%	[3.0%;22.0%]
Neurologue	0	0%	0
Dermatologue	19	41%	[27.0%;57.0%]
Néphrologue	0	0%	0
Urologue	1	4%	[0.0%;22.0%]
ORL	43	77%	[64.0%;87.0%]
Rhumatologue	0	0%	0
Gériatre	0	0%	0

Les patients interrogés consultaient en règle générale les spécialistes de proximité présents dans la CCSA ou à défaut dans le GHT Hainaut Cambrésis, hormis pour l'oncologue.

G. Orientation par le médecin traitant :**Patient respectant le parcours de soins**

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Cardiologue	145	39%	[34.0%;45.0%]
Gynécologue	25	24%	[16.0%;33.0%]
Pédiatre	25	60%	[43.0%;74.0%]
Ophtalmologue	55	28%	[21.0%;34.0%]
Psychiatre	21	78%	[58.0%;91.0%]
Oncologue	16	84%	[60.0%;97.0%]
Gastro-entérologue	35	97%	[85.0%;100.0%]
Diabéto-endocrinologue	18	82%	[60.0%;95.0%]
Pneumologue	43	98%	[88.0%;100.0%]
Neurologue	23	92%	[74.0%;99.0%]
Dermatologue	30	67%	[51.0%;80.0%]
Néphrologue	13	93%	[66.0%;100.0%]
Urologue	21	91%	[72.0%;99.0%]
ORL	48	86%	[74.0%;94.0%]
Rhumatologue	27	96%	[82.0%;100.0%]
Gériatre	3	100%	[29.0%;100.0%]

Le parcours de soins est dans l'ensemble respecté, hormis pour le cardiologue et les spécialistes d'accès direct.

H. Orientation du médecin traitant pour les examens paracliniques :**Respect du parcours de soins des patients (orientés par le MT)**

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
IRM	104	96%	[91.00%;99.00%]
TDM	104	97%	[92.00%;99.00%]

Les patients effectuant des examens paracliniques comme l'IRM ou la TDM respectent le parcours de soins (96% des patients sont adressés par le MT pour réaliser une IRM, 97% pour la TDM).

I. Type d'exercice des différents spécialistes :**Libéral**

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Cardiologue	37	25%	[18.0%;32.0%]
Gynécologue	58	55%	[45.0%;64.0%]
Pédiatre	8	19%	[9.0%;34.0%]
Ophthalmologue	51	26%	[20.0%;32.0%]
Psychiatre	9	33%	[17.0%;54.0%]
Oncologue	0	0%	0
Gastro-entérologue	0	0%	0
Diabéto-endocrinologue	2	9%	[1.0%;29.0%]
Pneumologue	2	5%	[1.0%;15.0%]
Neurologue	0	0%	0
Dermatologue	37	80%	[66.0%;91.0%]
Néphrologue	0	0%	0
Urologue	3	13%	[3.0%;34.0%]
ORL	8	14%	[6.0%;26.0%]
Rhumatologue	22	79%	[59.0%;92.0%]
Gériatre	0	0%	0

On trouve plusieurs spécialités où l'exercice libéral est prédominant : 80% pour les dermatologues, 79% pour les rhumatologues. Légèrement supérieure à la moitié pour les gynécologues 55%.

Clinique

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Cardiologue	86	57%	[49.0%;65.0%]
Gynécologue	16	15%	[9.0%;23.0%]
Pédiatre	1	2%	[0.0%;13.0%]
Ophtalmologue	130	65%	[58.0%;72.0%]
Psychiatre	0	0%	0
Oncologue	8	42%	[20.0%;67.0%]
Gastro-entérologue	11	31%	[16.0%;48.0%]
Diabéto-endocrinologue	5	23%	[8.0%;45.0%]
Pneumologue	13	30%	[17.0%;45.0%]
Neurologue	2	8%	[1.0%;26.0%]
Dermatologue	0	0%	0
Néphrologue	4	29%	[8.0%;58.0%]
Urologue	17	74%	[52.0%;90.0%]
ORL	43	77%	[64.0%;87.0%]
Rhumatologue	2	7%	[1.0%;24.0%]
Gériatre	0	0%	0

L'exercice en clinique concerne surtout les spécialistes comme les cardiologues 57%, les ophtalmologues 65%, les urologues et ORL (respectivement 74% et 77%).

Hospitalier

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Cardiologue	28	19%	[13.0%;26.0%]
Gynécologue	32	30%	[22.0%;40.0%]
Pédiatre	33	79%	[63.0%;90.0%]
Ophthalmologue	19	10%	[6.00%;14.00%]
Psychiatre	18	67%	[46.0%;83.0%]
Oncologue	11	58%	[33.0%;80.0%]
Gastro-entérologue	25	69%	[52.0%;84.0%]
Diabéto-endocrinologue	15	68%	[45.0%;86.0%]
Pneumologue	29	66%	[50.0%;80.0%]
Neurologue	23	92%	[74.0%;99.0%]
Dermatologue	9	20%	[9.0%;34.0%]
Néphrologue	10	71%	[42.0%;92.0%]
Urologue	3	13%	[3.0%;34.0%]
ORL	5	9%	[3.0%;20.0%]
Rhumatologue	4	14%	[4.0%;33.0%]
Gériatre	3	100%	[29.0%;100.0%]

L'exercice en milieu hospitalier concerne essentiellement : les neurologues (92%) pédiatres (79%), psychiatres (67%), oncologues (58%), gastro-entérologues 69%, diabète-endocrinologues (68%), pneumologues 66%, néphrologues (71%) et gériatres (100%).

J. Renoncement aux soins :

- **Délai de consultation :**

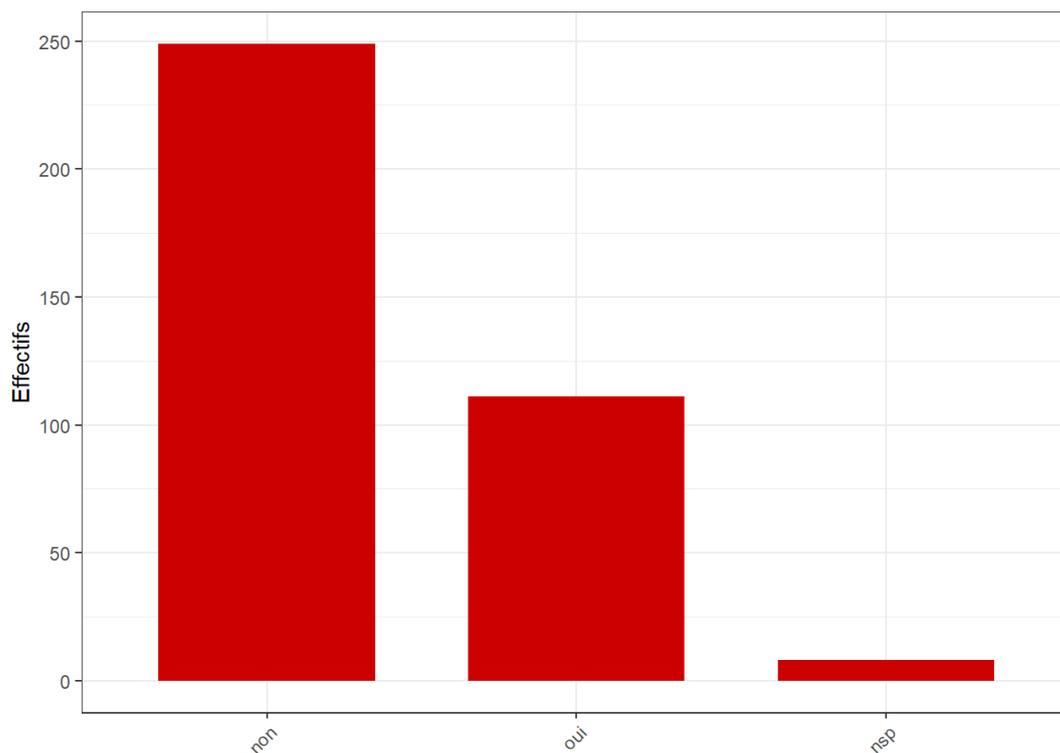
A la question : « Avez-vous déjà renoncé à une consultation avec un MS de second recours à cause d'un délai de consultation trop long : oui/non/ ne se prononce pas » : 30% des patients ont répondu par l'affirmative.

Perception des délais de consultation trop longs par les patients, toutes spécialités

confondues

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Non	249	68.0%	[63.00%;72.00%]
Oui	111	30.0%	[26.00%;35.00%]
nsp	8	2.0%	[1.00%;4.00%]

Valeurs manquantes : 0



- **Durée de trajet :**

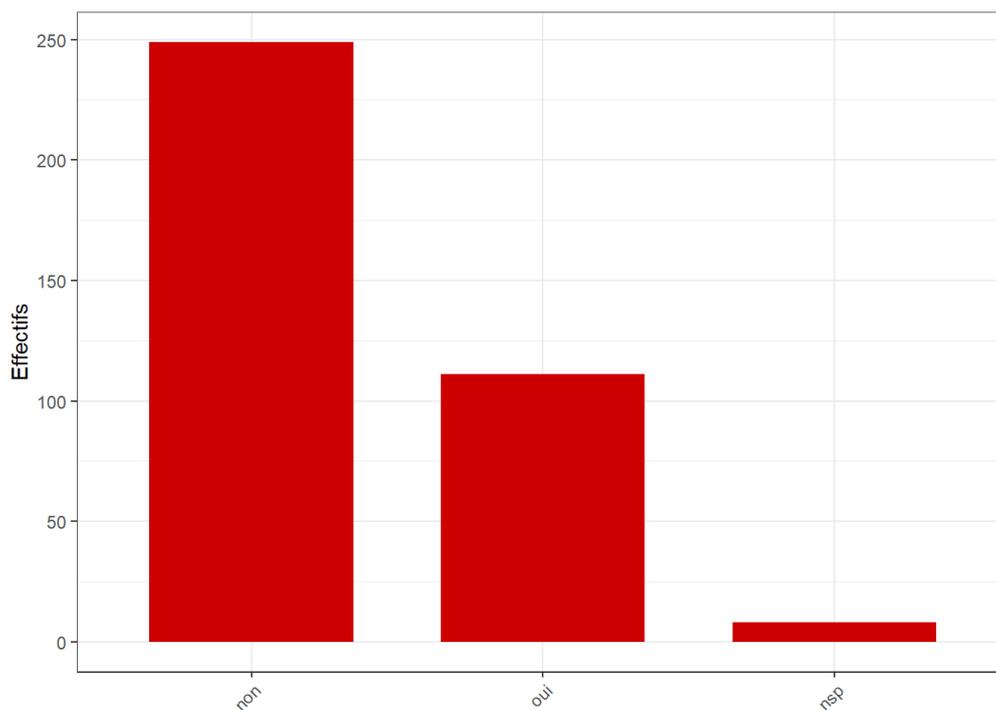
A la question : « Avez-vous déjà renoncé à une consultation avec un MS de second recours à cause d'une distance trop éloignée de votre domicile : oui/ non/ ne se prononce pas. » ?

39% des patients ont déjà renoncé à une consultation chez un MS, conséquence d'une durée de trajet trop longue.

Perception de durée de trajet trop longue, par les patients pour accéder à toutes spécialités confondues

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Non	218	59.0%	[54.0%;64.0%]
Oui	144	39.0%	[34.0%;44.0%]
nsp	6	2.0%	[1.00%;4.00%]

Valeurs manquantes : 0



K. Critères de choix des MS :

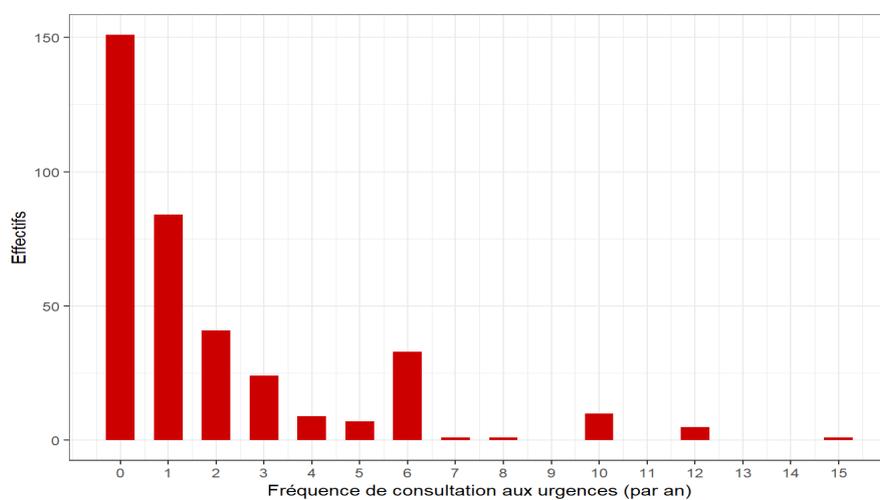
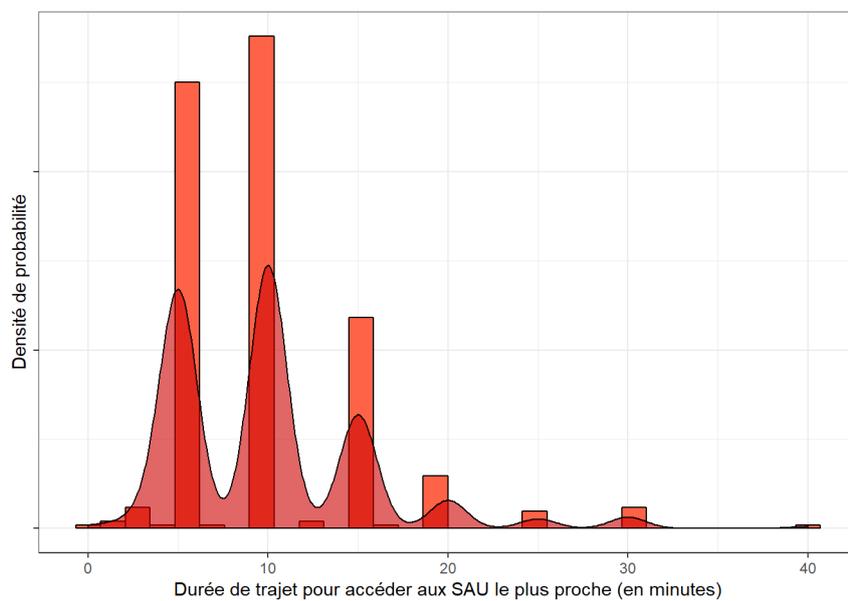
A la question à choix multiples : « Si votre état de santé justifie un recours à un MS, comment choisissez-vous ces spécialistes ? »

- 51% des patients interrogés choisissaient leurs MS selon la proximité géographique (le plus proche),
- 32% des personnes sondées évoquaient choisir leurs MS selon des critères personnels (conseil de l'entourage, réputation),
- 23% des patients suivaient les conseils du MT pour choisir le MS,
- 4% des patients choisissaient leurs MS selon leur lieu de travail,
- 16% des patients choisissaient leurs MS selon d'autres critères (principalement la compétence était retenue ou la maîtrise de la langue française).

L. Concernant les Urgences :

Accessibilité au service d'urgences

	Durée (min)	Fréquence (/an)
Moyenne	9.93	1.9
Écart Type	5.52	2.72
IC 95% moyenne	9.37-10.5	1.62-2.18
Minimum	0	0
Maximum	40	15



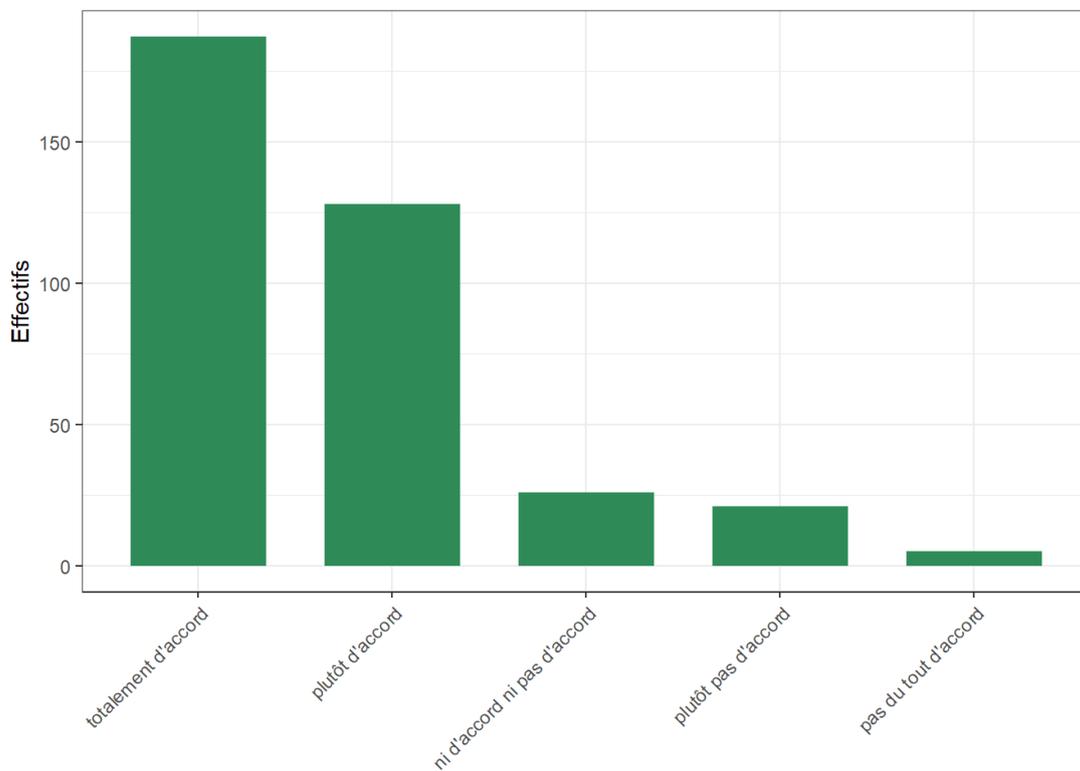
Parmi les patients consultant au SAU :

- 63% consultent au SAU le plus proche suite à un défaut d'accessibilité au MG.
- 31% consultent au SAU le plus proche suite à un défaut d'accessibilité d'un MS.

Je consulte les spécialistes de proximités où mon MT m'adresse

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Totalement d'accord	187	51.0%	[46.0%;56.0%]
Plutôt d'accord	128	35.0%	[30.0%;40.0%]
Ni d'accord ni pas d'accord	26	7.0%	[5.00%;10.00%]
Plutôt pas d'accord	21	6.0%	[4.00%;9.00%]
Pas du tout d'accord	5	1.0%	[0.00%;3.00%]

Valeurs manquantes : 1

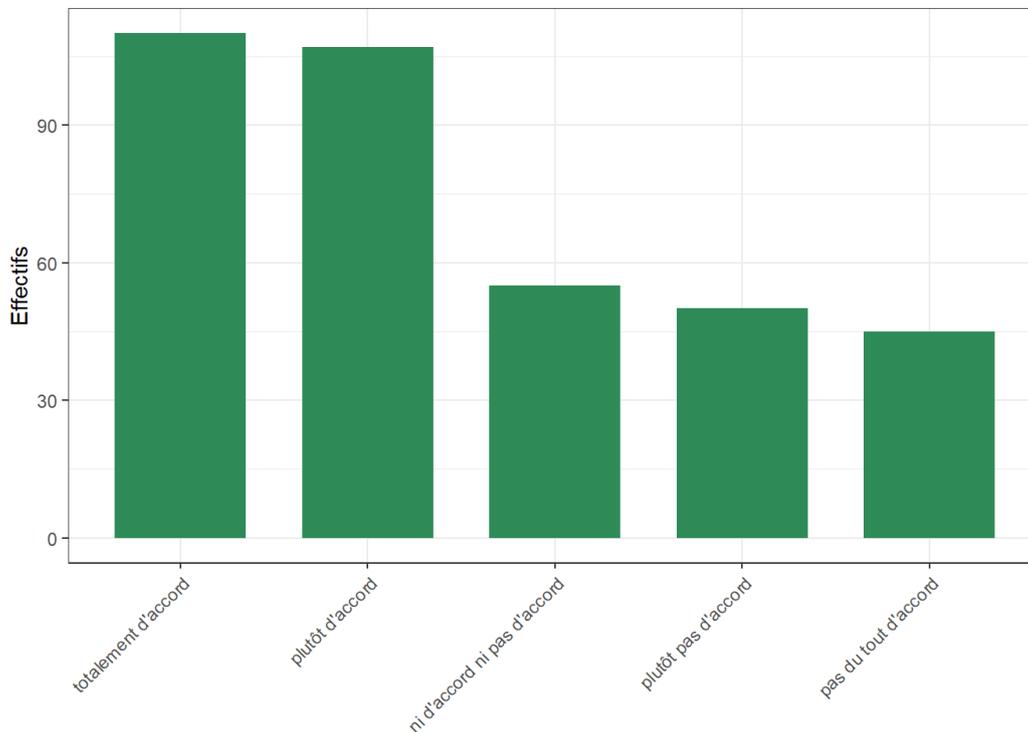


A la question « *je consulte les spécialistes de proximités où mon MT m'adresse* », une majorité de patients est totalement d'accord (51%) et 35% plutôt d'accord.

J'ai des difficultés à obtenir un rendez-vous avec les MS

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Totalement d'accord	110	30.0%	[25.0%;35.0%]
Plutôt d'accord	107	29.0%	[25.00%;34.00%]
Ni d'accord ni pas d'accord	55	15.0%	[11.00%;19.00%]
Plutôt pas d'accord	50	14.0%	[10.00%;18.00%]
Pas du tout d'accord	45	12.0%	[9.00%;16.00%]

Valeurs manquantes : 1

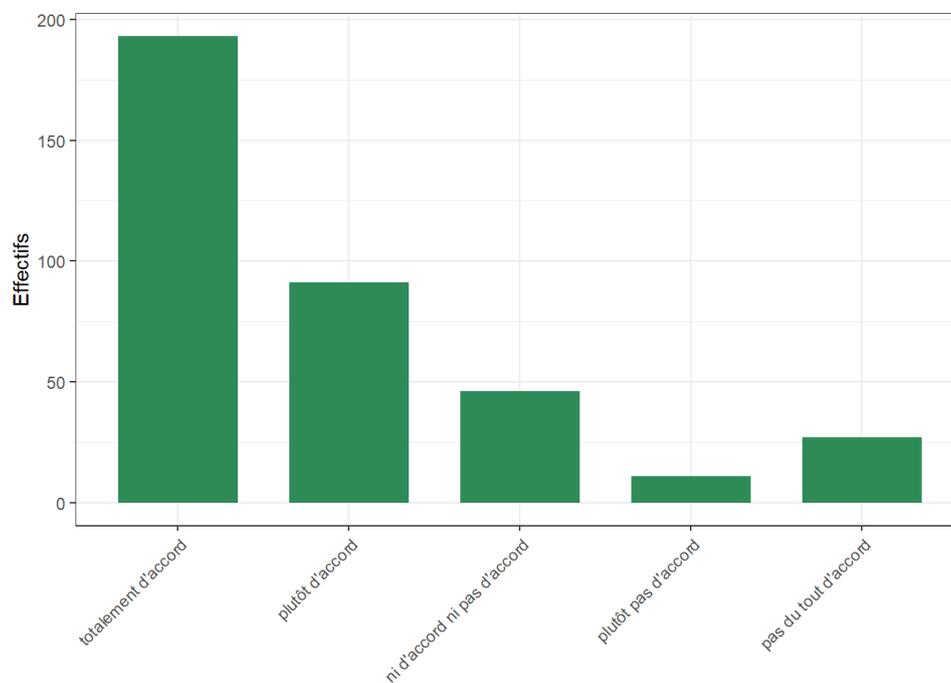


A la question : « *j'ai des difficultés à obtenir un rendez-vous avec les MS* », 30% et 29% des patients sont respectivement totalement d'accord et plutôt d'accord.

J'ai peur de manquer de MS dans les années à venir

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Totalement d'accord	193	52.0%	[47.0%;58.0%]
Plutôt d'accord	91	25.0%	[20.00%;29.00%]
Ni d'accord ni pas d'accord	46	12.0%	[9.00%;16.00%]
Plutôt pas d'accord	11	3.0%	[2.00%;5.00%]
Pas du tout d'accord	27	7.0%	[5.00%;10.00%]

Valeurs manquantes : 0

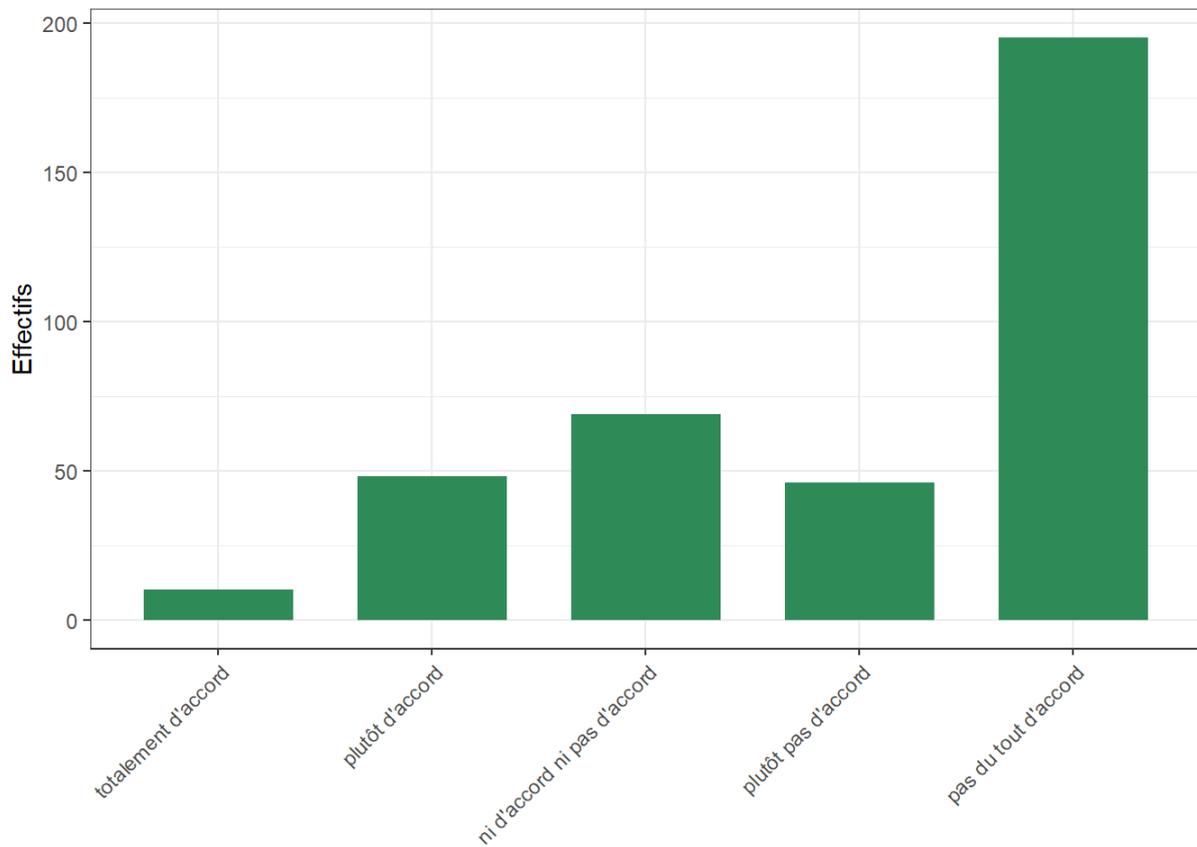


A la question : « *J'ai peur de manquer de MS dans les années à venir* », une majorité des patients, 52% et 25%, est respectivement totalement d'accord et plutôt d'accord.

Je ne consulte pas de MS pour des raisons économiques

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Totalement d'accord	10	3.0%	[1.00%;5.00%]
Plutôt d'accord	48	13.0%	[10.00%;17.00%]
Ni d'accord ni pas d'accord	69	19.0%	[15.00%;23.00%]
Plutôt pas d'accord	46	12.0%	[9.00%;16.00%]
Pas du tout d'accord	195	53.0%	[48.0%;58.0%]

Valeurs manquantes : 0

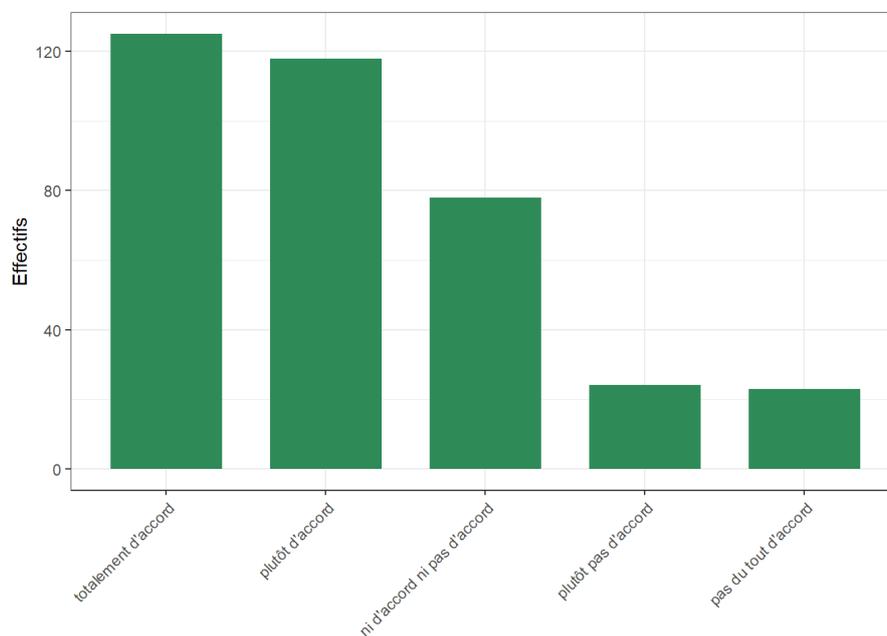


A la question : « *Je ne consulte pas de MS pour des raisons économiques* », une majorité des patients n'est pas du tout d'accord à 53%, et plutôt pas d'accord à 12%.

Le délai de consultation des MS dans la CCSA est trop long

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Totalement d'accord	125	34.0%	[29.0%;39.0%]
Plutôt d'accord	118	32.0%	[27.0%;37.0%]
Ni d'accord ni pas d'accord	78	21.0%	[17.00%;26.00%]
Plutôt pas d'accord	24	7.0%	[4.00%;10.00%]
Pas du tout d'accord	23	6.0%	[4.00%;9.00%]

Valeurs manquantes : 0

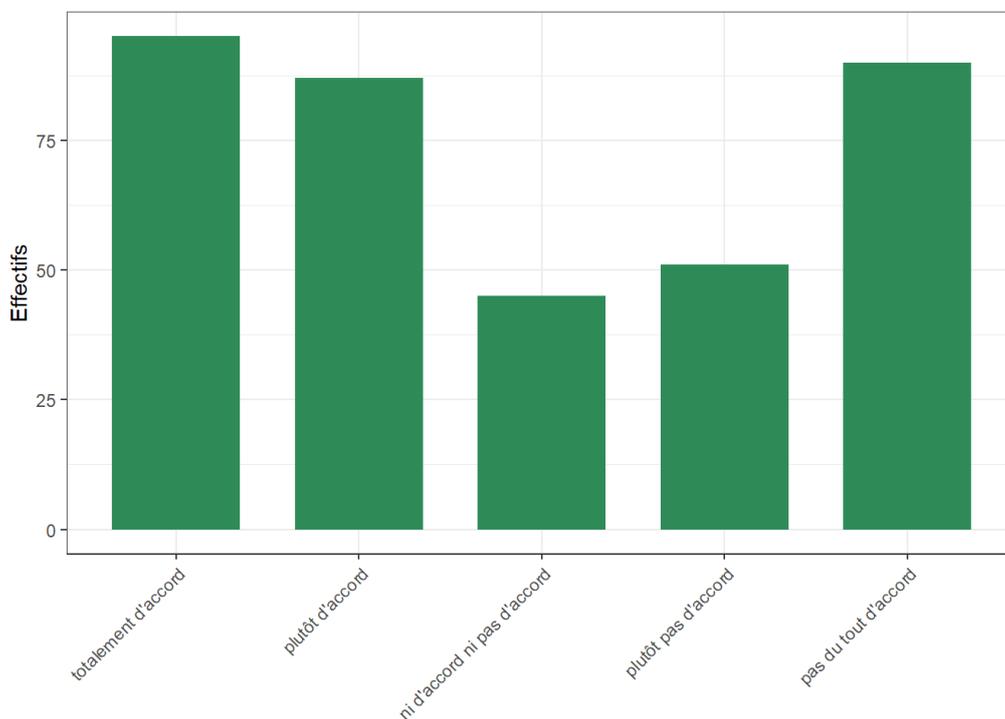


A la question : « *Le délai de consultation des MS dans la CCSA est trop long* », une majorité de patients est totalement d'accord et plutôt d'accord, respectivement 34% et 32%.

Je suis prêt à faire plus de 45 minutes de transports en commun/voiture pour me rendre chez un MS

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Totalement d'accord	95	26.0%	[21.0%;31.0%]
Plutôt d'accord	87	24.0%	[19.00%;28.00%]
Ni d'accord ni pas d'accord	45	12.0%	[9.00%;16.00%]
Plutôt pas d'accord	51	14.0%	[10.00%;18.00%]
Pas du tout d'accord	90	24.0%	[20.00%;29.00%]

Valeurs manquantes : 0

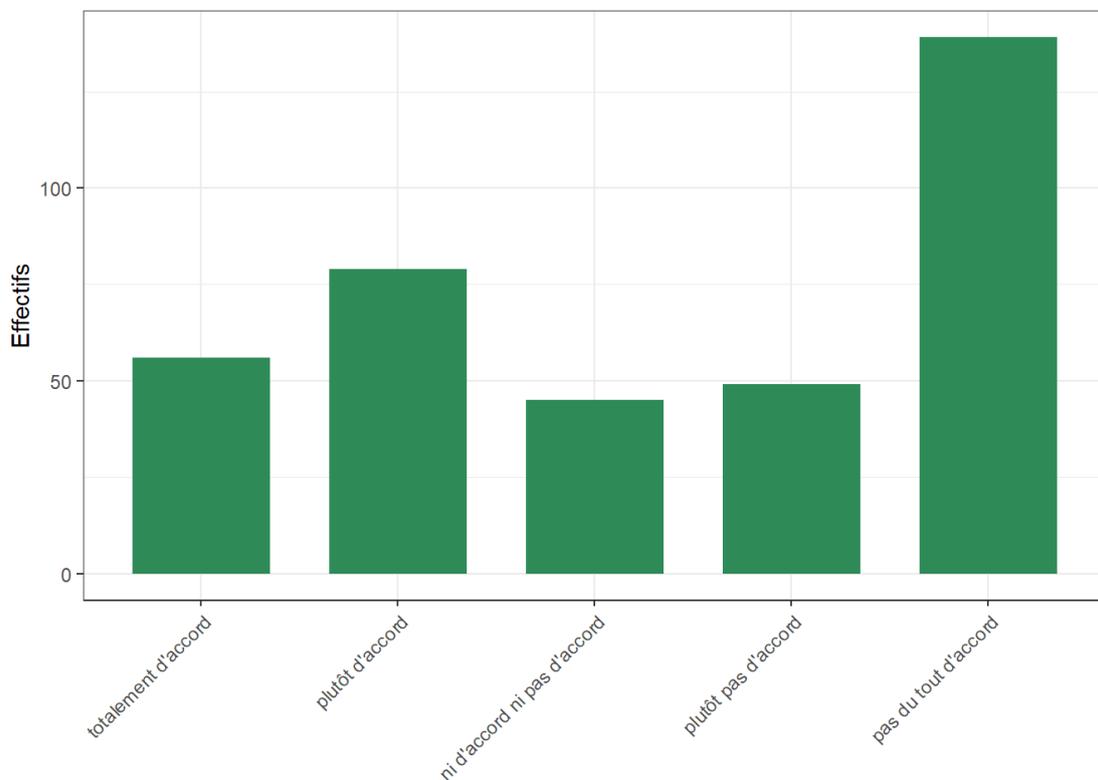


A la question : « *Je suis prêt à faire plus de 45 minutes de transports en commun/voiture pour me rendre chez un MS* », 26% et 24% des patients sont respectivement totalement d'accord et plutôt d'accord.

Je rencontre des problèmes de transport pour consulter les MS qui m'amènent à ne pas les consulter

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Totalement d'accord	56	15.0%	[12.00%;19.00%]
Plutôt d'accord	79	21.0%	[17.00%;26.00%]
Ni d'accord ni pas d'accord	45	12.0%	[9.00%;16.00%]
Plutôt pas d'accord	49	13.0%	[10.00%;17.00%]
Pas du tout d'accord	139	38.0%	[33.0%;43.0%]

Valeurs manquantes : 0

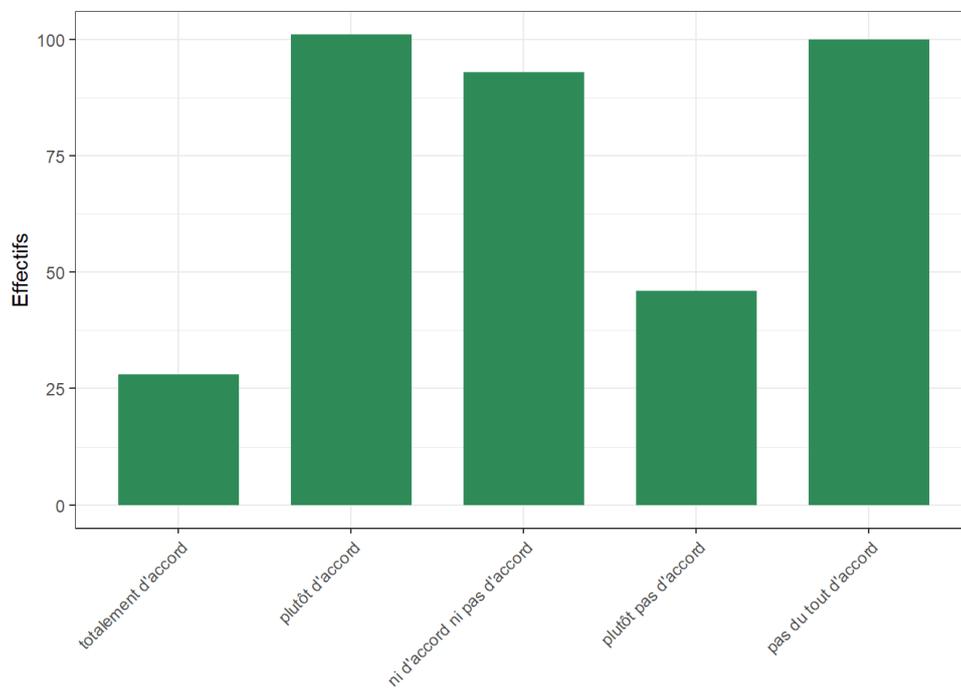


Une majorité des patients n'est plutôt pas d'accord 13% et 38% totalement pas d'accord sur le fait de rencontrer des problèmes de transport pour consulter les MS qui les amènent à ne pas en consulter.

**Je suis prêt à accepter des actes de télémédecine/ téléexpertise/ téléconsultation par
d'autres MS.**

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Totalement d'accord	28	8.0%	[5.00%;11.00%]
Plutôt d'accord	101	27.0%	[23.00%;32.00%]
Ni d'accord ni pas d'accord	93	25.0%	[21.00%;30.00%]
Plutôt pas d'accord	46	12.0%	[9.00%;16.00%]
Pas du tout d'accord	100	27.0%	[23.00%;32.00%]

Valeurs manquantes : 0

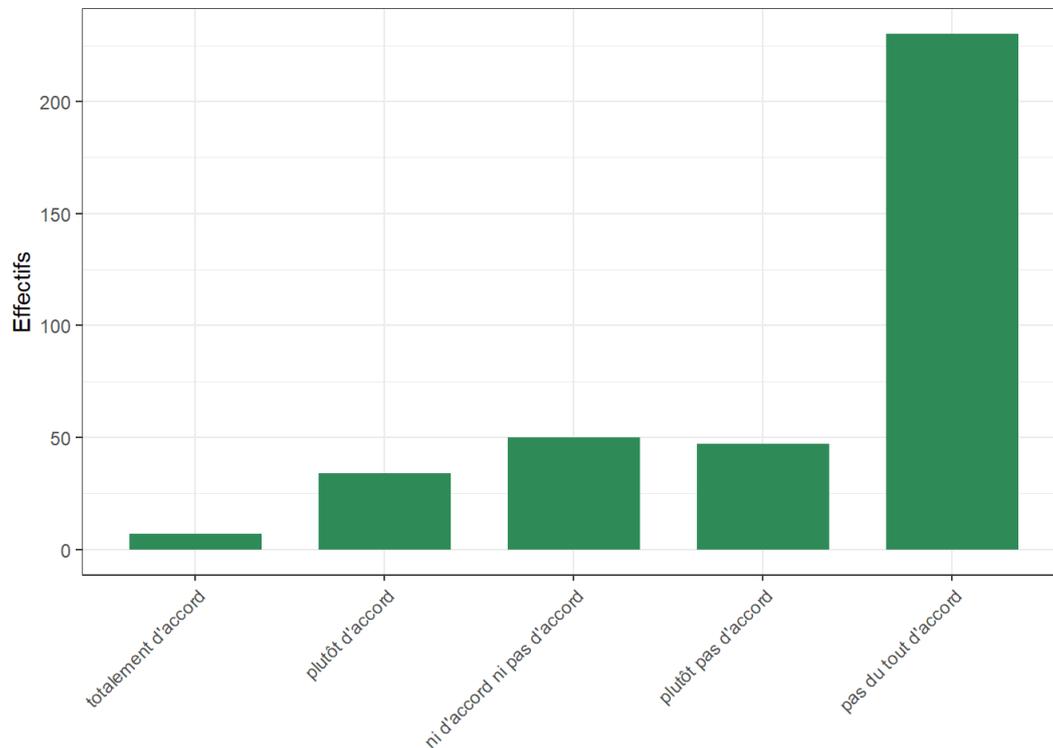


L'acceptation des patients pour des actes de télémédecine/téléexpertise/téléconsultation par d'autres MS est partagée.

L'offre de soins dans la région m'inciterait à déménager

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Totalement d'accord	7	2.0%	[1.00%;4.00%]
Plutôt d'accord	34	9.0%	[6.00%;13.00%]
Ni d'accord ni pas d'accord	50	14.0%	[10.00%;18.00%]
Plutôt pas d'accord	47	13.0%	[10.00%;17.00%]
Pas du tout d'accord	230	62.0%	[57.0%;67.0%]

Valeurs manquantes : 0



62% des patients ne sont pas du tout d'accord sur le fait que l'offre de soins dans la CCSA les inciterait à déménager.

Discussion

I. Résultats :

A. Critère de jugement principal :

L'accessibilité aux MS ne dépend pas uniquement de la proximité géographique, elle dépend également de la disponibilité de celui-ci(27).

Notre étude est descriptive, elle a pour objectif de faire un état des lieux des spécialités médicales qui posent un problème d'accès spatial et temporel.

Comparer les délais et durées de trajet à des normes nationales n'est pas notre objectif, car la CCSA a ses caractéristiques propres (géographiques, sociodémographiques, besoins de soins spécialisés propres). De plus une étude des délais de consultation et durées de trajet par rapport aux données nationales et internationales ne serait pas réalisable : les différentes méthodologies (méthodes de mesures trop disparates) et analyses statistiques utilisées des différentes études de références rendent toutes comparaisons avec ce travail impossible.

Néanmoins pour décrire l'accessibilité aux MS dans la CCSA, il nous a semblé pertinent d'utiliser les chiffres de l'observatoire de l'accès aux soins, de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) et de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) comme repères pour discuter des résultats du critère de jugement principal.

- **Délai de consultation des spécialistes :**

Selon l'observatoire de l'accès aux soins, sur le plan national et cela dans toutes les spécialités, les délais de consultation ont fortement augmenté depuis 3 ans. Le délai moyen de consultation était de 51 jours en 2014 et 44 jours en 2011.

Une comparaison longitudinale, des délais de consultations et durées de trajets des MS, était impossible dans la CCSA, aucune étude n'ayant été réalisée auparavant.

Concernant les MS à accès direct, les délais de consultation étaient :

- Pour l'ophtalmologue de 177 jours en moyenne dans la CCSA contre 111 jours en moyenne à l'échelle nationale en 2014(10).
- Concernant les gynécologues de 54 jours dans la CCSA contre 57 jours à l'échelle nationale(28).

Pour les autres spécialistes (parcours de soins) les délais de consultation étaient :

- Pour les cardiologues de 42 jours en moyenne dans la CCSA, et 50 jours à l'échelle nationale,
- Concernant les dermatologues de 107 jours en moyenne dans la CCSA, mais avec de grandes variabilités selon la localisation du cabinet de consultation (minimum 7 jours à Fourmies, 365 jours à Maubeuge), contre 50 jours pour l'observatoire de l'accès aux soins(10), 61 jours selon la DRESS(29),
- Concernant le rhumatologue de 69 jours en moyenne dans la CCSA, avec là encore une grande variabilité (minimum : 15 jours, maximum 365 jours), contre 37 jours pour l'observatoire de l'accès aux soins et 45 jours selon la DRESS,
- Pour consulter l'ORL de 65 jours dans la CCSA contre 36 jours selon l'observatoire de l'accès aux soins,
- Pour consulter un pédiatre de 29 jours dans la CCSA contre 22 jours en moyenne à l'échelle nationale.

On observe pour le Psychiatre, le Gastroentérologue et le Neurologue, un délai de consultation compris entre deux et trois mois. Nous ne bénéficions pas de référence nationale concernant ces MS.

Donc dans la CCSA, par rapport aux moyennes nationales de la littérature, les délais de consultation étaient relativement bons pour certains MS, notamment les :

- Cardiologues,
- Pédiatres,
- Gynécologues.

Par contre deux spécialités présentent des délais particulièrement longs :

- L'ophtalmologie,
- La dermatologie.

Néanmoins il est à noter qu'il existe, dans notre étude et dans les études à l'échelle nationale, une grande variabilité des délais de consultation entre chaque spécialité, mais également à l'intérieur de celles-ci.

Pour l'oncologie le délai était de 48 jours dans la CCSA, il n'est cependant pas possible de le comparer aux délais nationaux. En effet pour cette spécialité, ce délai peut être analysé selon divers aspects :

- Délai entre suspicion diagnostique et accès à l'imagerie et au diagnostic histologique (délai du diagnostic),
- Délai entre compte-rendu anatomopathologique (CR-ACP) et les propositions thérapeutiques envisagées en RCP,
- Délai entre suspicion diagnostic et premier traitement (Délai thérapeutique).

Or l'accessibilité temporelle ou spatiale est fondamentale en oncologie, afin d'éviter une perte de chance au patient et les conséquences psychologiques majeures liées à une attente longue (craintes du diagnostic, angoisses des différentes phases du traitement par le patient). C'est pourquoi des délais de prise en charge appropriés doivent être respectés(30).

Juger de l'accessibilité temporelle de l'oncologue est complexe, notamment pour les patients consultant leur médecin généraliste et oncologue avec un certain retard diagnostic(31).

Dans notre étude, un tiers des patients interrogés a déjà renoncé à une consultation avec un spécialiste à cause d'un délai de consultation trop long. 66% patients pensent que les délais de consultation dans la CCSA sont trop longs.

La disponibilité est un critère majeur du choix du spécialiste consulté. Une majorité de patients est d'accord avec le fait d'éprouver des difficultés à obtenir des rendez-vous avec les spécialistes.

Des délais de consultations trop longs pourraient impacter l'état de santé et la qualité de vie des patients (retard diagnostic, surcoûts liés aux patients en attente de soins spécifiques spécialisés, renoncement aux soins). Ces délais d'attente prolongés majorent l'anxiété et le stress des patients et exacerbent un sentiment d'inégalité dans l'accès aux soins.

Cependant, hors urgence définir des recommandations précises de délai de consultation est complexe d'un point de vue médical. La notion d'accessibilité temporelle est en effet relative selon les patients et les médecins(27).

Une étude américaine observe que de longs délais de consultation chez les personnes âgées souffrant de maladies chroniques (diabète, insuffisance cardiaque) dégradent les soins à long terme (hospitalisations évitables, mortalité)(31).

- **Délai de consultation des examens paracliniques :**

Les patients de la CCSA attendaient, entre l'appel du patient au secrétariat d'un cabinet d'imagerie et la consultation en elle-même (hors urgence), en moyenne :

- 26 jours pour la réalisation d'une IRM,
- 18 jours pour la réalisation d'une TDM.

À l'échelle nationale(31), le délai moyen était de :

- 27.4 jours pour bénéficier d'une IRM
- 14 jours pour la réalisation d'une TDM.

Comme pour les spécialités, les délais de consultation sont variables selon différents aspects : médicaux (apparition d'un symptôme ou suivi d'une pathologie, pathologie étudiée...), régionaux, types d'établissements concernés, réalisations d'examens (en hospitalisation ou en ambulatoire)(29).

- **Durée de trajet :**

Chez le MS à accès direct, dans la CCSA, la durée de trajet entre le domicile et le cabinet était de :

- 26 minutes pour l'ophtalmologue, pour une moyenne nationale(32) de 22 minutes,
- 20 minutes pour le gynécologue-obstétricien, 21 minutes au niveau national,
- 20 minutes pour consulter le psychiatre, superposable à la moyenne nationale.

Pour se rendre en voiture de son domicile à la consultation des autres MS, un patient réalise :

- 22 minutes de durée de trajet en voiture pour se rendre chez son cardiologue dans la CCSA, pour une moyenne nationale de 18 minutes,
- 24 minutes pour l'ORL, pour une moyenne nationale de 20.4 minutes,
- 35 minutes pour le dermatologue, pour une moyenne nationale de 18 minutes.

Les chiffres de notre étude sont en accord avec les études nationales, puisque selon celles-ci 95% de la population française a accès à un MG en moins de 15 minutes, à un MS en moins de 20 minutes en moyenne. Et 95% des Français résident à moins de 45 minutes d'un hôpital(33).

Ainsi, certains MS sont d'accès aisé dans la CCSA (à moins de 30min) :

Gynécologue, cardiologue, pédiatre, ophtalmologue, psychiatre, ORL, gériatre.

D'autres spécialités, en revanche, sont moins accessibles, mais présentent des délais acceptables (durée entre 30 et 45 minutes) :

Gastro-entérologue, diabéto-endocrinologue, pneumologue, dermatologue, néphrologue.

Enfin certains spécialistes semblent peu accessibles avec des durées de trajet de plus de 45 minutes pour le :

Rhumatologue, urologue, neurologue, oncologue.

Au regard des chiffres de l'IRDES, l'accessibilité spatiale à ces différents spécialistes est mauvaise dans la CCSA(34). En fait ces spécialités posent pour la plupart un problème

d'accessibilité temporelle, entraînant les patients à se déplacer plus loin pour accéder à des délais acceptables. Ils ne consultent ainsi pas le MS le plus proche, mais le MS avec une meilleure accessibilité temporelle.(35)

Ces spécialités posent donc de véritables problèmes d'accessibilité pour les patients qui ne sont pas véhiculés.

Les études nationales montrent également que plus un MS est proche et dispose d'une bonne accessibilité (Accessibilité potentielle localisée (APL) élevée), plus les patients y ont recours(36).

On peut s'interroger sur la durée de trajet des patients pour l'oncologue dans la CCSA (80 minutes). Celle-ci semble préoccupante pour la santé du malade (notamment pour suivre des séances de chimiothérapie)(30) (37). Une étude centrée sur le comportement des patients concernant l'accès aux soins en oncologie (dans un territoire comme la CCSA) serait judicieuse.

- **Durée de trajet des examens paracliniques :**

Pour réaliser des examens paracliniques, dans la CCSA, un patient réalise un trajet en moyenne de (33):

- 25 minutes pour l'IRM,
- 21 minutes pour la TDM.

Selon l'IRDES (2011), la plupart des équipements médicaux les plus courants (scanners et IRM) sont accessibles en moyenne à moins de 20 minutes en voiture(33).

Dans un territoire rural comme la CCSA l'accès aux examens d'imagerie de base (IRM, TDM) est en moyenne accessible en moins de 25 minutes. A l'échelle nationale, 25% de la population réside à plus de 45 minutes d'un appareil IRM (en majorité des zones rurales)(38).

L'accès à ces examens paracliniques dans la CCSA est ainsi plutôt bon.

- **Accessibilité spatiale des spécialistes et moyen de transport :**

Le fait de ne pas posséder de voiture peut constituer une barrière à la mobilité et à l'accès aux soins. De plus une partie non négligeable de patients (38%) n'est pas prête à réaliser plus de 45 minutes de trajet pour consulter un spécialiste.

81% de la population des Hauts de France possède un moyen de transport(39).

Dans notre étude 70% des patients interrogés étaient équipés d'un moyen de transport et 36% des patients interrogés déclarent avoir des problèmes de transport ayant pour conséquence un renoncement aux consultations vers les spécialistes.

Dans les milieux ruraux et peu urbanisés, une grande majorité des déplacements se fait en voiture. Contrairement aux grandes agglomérations, où une part plus importante des déplacements se fait en transports en commun ou à pied (40) (41).

Les capacités de mobilité des patients ne sont pas égales, certains patients (âgés, niveau socio-économique précaire) ne peuvent se déplacer. Cela pose la question de l'équité dans l'accès aux soins(42) (43).

Concernant les prescriptions de transport, certaines sont prises en charge à 100% dans le cadre du dispositif des ALD. Néanmoins la question de l'équité se pose dans l'accès aux soins hors ALD.

B. Critères de jugement secondaires :

- **Besoin en MS et consultation effective**

Selon la DRESS, quand un patient prend rendez-vous avec un MS, il consulte effectivement celui-ci dans 90% des cas. Dans la CCSA, la proportion de consultation effective concernant l'ensemble des MS est similaire. Cela témoigne d'une tendance des patients à consulter les MS quand ils en ont besoin, peu importe les barrières.

Par ailleurs il semble que les patients de la CCSA ont un besoin en MS relativement faible. En effet, hormis l'ophtalmologue et le cardiologue, moins d'un tiers de la population étudiée avait besoin d'un MS :

- 32% des patientes (pourcentage sur la population totale) ont eu besoin d'un gynécologue.
- 5% des patients ont eu besoin de consulter un oncologue sur les cinq dernières années. Sachant que 19% des patients sont en ALD pour un cancer (sur les 32% des patients qui sont en ALD dans la population totale).
- 7% des patients ont eu besoin de consulter un psychiatre (sachant que sur les 32% des patients en ALD, 7% le sont pour psychose).

- **Lieu de consultation des spécialistes :**

Les patients interrogés consultent, en règle générale, les spécialistes de proximité présents dans la CCSA ou à défaut dans le GHT Hainaut Cambrésis.

Cette tendance concerne, la cardiologie, la gynécologie, L'ORL, l'urologie et la psychiatrie où plus de 70% des consultations se font dans la CCSA et plus de 90% dans le GHT Hainaut Cambrésis.

Pour la néphrologie, la gériatrie, la pneumologie même si ce n'est pas toujours le MS le plus proche qui est consulté (notamment dans la CCSA), les consultations se font dans le GHT Hainaut Cambrésis pour l'ensemble des patients.

Néanmoins environ 25% des patients qui consultent un ophtalmologue, un pédiatre, un diabète-endocrinologue le font en dehors du GHT Hainaut Cambrésis.

Enfin dans les 79% des patients concernés par la rhumatologie, aucun ne consulte ces spécialistes dans la CCSA (en effet, la CCSA ne dispose pas de ces MS).

Ces chiffres témoigneraient d'un défaut d'accessibilité au spécialiste le plus proche, ce qui amènerait les patients à se déplacer de manière plus éloignée, parfois en dehors du GHT

Hainaut-Cambrésis. Ils se déplaceraient ainsi pour bénéficier notamment d'un délai de consultation plus court.

Là encore la question du critère du choix du spécialiste se pose. Les patients se déplacent-ils pour gagner en accessibilité temporelle (réduire les délais de consultation) ou pour d'autres critères ?

- **Critères de choix des médecins spécialistes :**

A la question à choix multiples : « *Si votre état de santé justifie un recours à un médecin spécialiste, comment choisissez-vous ces spécialistes ?* »

51% des patients interrogés choisissaient leurs médecins spécialistes selon la proximité géographique (le plus proche). Néanmoins pour certaines spécialités ce critère semble ne pas compter pour une majorité de patients (l'oncologie, l'ophtalmologie, la dermatologie).

Ensuite, les conseils du médecin traitant, au même niveau que les conseils de l'entourage, étaient cités dans respectivement un tiers et un quart des cas.

Dans 16% des cas la compétence et la maîtrise de la langue française ainsi que les délais de rendez-vous du MS étaient cités.

Les patients peuvent recourir à des spécialistes près de leur lieu de travail ou des lieux d'achats, néanmoins le lieu de travail était évoqué mais de manière marginale, dans 4% des cas.

- **Fréquence des consultations des spécialistes dans la CCSA :**

Dans cette étude la plupart des patients ont consulté un spécialiste dans le cadre d'un suivi (hormis l'ORL 32% et le dermatologue 46%). Le type de consultation peut influencer notamment sur les délais de consultation.

En effet selon la DRESS, en cas d'apparition de symptômes et de consultation avec un spécialiste les délais peuvent être réduits selon le degré de gravité ressenti par le médecin.

Ainsi les consultations vers les spécialistes étant en grande majorité des consultations de suivi, les délais de consultation ont pu être anticipés, prévus de longue date et donc artificiellement augmentés.

En cas d'urgence le spécialiste est accessible à l'hôpital dans le service d'urgence ou en ambulatoire après coordination avec le médecin traitant. Le patient est vu le plus souvent dans la semaine et ce qui réduit artificiellement le délai de consultation. Ainsi les cas d'urgences étaient éliminés du recueil de données.

Les fréquences de consultation des spécialistes varient selon la spécialité étudiée.

L'ORL est majoritairement visité en première consultation suite à l'apparition d'un symptôme et sans fréquence particulière la plupart du temps.

Le gastro-entérologue était majoritairement vu en consultation de suivi, mais avec des fréquences de consultation espacées (supérieures à un an, tous les 3 à 5 ans la plupart du temps).

Les spécialistes des disciplines comme : la pédiatrie, la néphrologie, la diabète-endocrinologie, la psychiatrie, l'oncologie, l'urologie et la gériatrie étaient consultés de manière régulière. Le suivi était le plus souvent trimestriel ou semestriel, manifestement en accord avec les recommandations de suivi en vigueur.

Concernant des spécialités comme la cardiologie, l'ophtalmologie, la neurologie, la rhumatologie, les spécialistes étaient consultés de manière annuelle.

A contrario les examens paracliniques ont été réalisés en très grande majorité lors de premières consultations.

- **Habitudes de fréquentation des médecins généralistes dans la CCSA :**

96% des patients interrogés ont déclaré un médecin traitant. Selon les patients, celui-ci avait en grande majorité entre 55 et 65 ans (55%) ou plus (13% des médecins traitants ont plus de 65 ans).

Les médecins généralistes exerçaient en cabinet autonome (51%) dans les communes de la CCSA (Fourmies à 36%, Trélon 34%). Pratiquement l'ensemble des médecins traitants des patients interrogés exerçaient dans la CCSA (98%).

Les patients sondés consultaient leur médecin traitant environ 7 fois par an.

Au cours de l'année 2015 (en France), la consommation moyenne des actes de médecine générale est de 4.6 actes par bénéficiaire(44).

On constate que les patients interrogés consultent très souvent leur médecin traitant.

Le délai de consultation concernant le médecin généraliste des patients interrogés était en moyenne de 2 jours. On constate que le délai de consultation est variable selon les patients (de 1 à 30 jours mais avec une médiane de 2 jours).

Selon la DRESS, en moyenne le délai de consultation chez un MG est de 6 jours à l'échelle nationale. Néanmoins celui-ci peut être raccourci en cas d'apparition d'un nouveau symptôme signalé par le patient (jugé inquiétant par le médecin traitant).

La durée moyenne de trajet (entre le domicile du patient et le cabinet du médecin traitant) était de 8 minutes. La durée de trajet vers le MG est variable selon les patients (de 1 à 45 minutes, néanmoins la médiane était de 5 minutes).

Utilisées dans le calcul des Accessibilités Potentielles Localisées (APL) (cf. annexe 3), les durées de trajet entre 0 et 10 minutes pour consulter son MG sont considérées comme n'ayant pas d'impact sur l'accessibilité du médecin généraliste (jusqu'à 20 minutes en voiture les cabinets de médecins sont considérés comme accessibles).

En matière d'accès aux MG, les inégalités de densité médicale n'ont pas augmenté depuis les années 1980. 98% de la population réside à moins de 10 minutes du médecin généraliste le plus proche en 2016. Seul 0,1 % de la population (57 000 personnes environ) doit faire 20 minutes ou plus pour accéder à un généraliste.

Les disparités ne sont pas régionales, des différences importantes sont marquées selon le type d'espace, notamment pour les communes rurales.

L'APL des médecins généralistes révèle des disparités limitées par rapport aux autres spécialités. Ces variations sont semblables à celles observées pour la pharmacie dont l'installation est pourtant régulée.

En France, concernant les MG, leur accessibilité (APL) est en moyenne de 4.11 consultations par an et par habitant en 2015. Sur le critère d'une APL inférieure à 2.5 consultations par an et par habitant, 8919 communes sont situées dans des zones dites sous dotées, soit une population de 5.2 millions de personnes (8.1% de la population française)(45).

Dans les zones rurales isolées comme la CCSA, la part de la population vivant en zone sous dense est la plus forte.

Wignehies, Anor, Fourmies, Glageon, Trélon et Ohain possèdent une APL entre 2.6 et 4.4 consultations par an et par habitant en 2017.

Les communes isolées de la CCSA ont une APL extrêmement limitée : Baives, Epe-Sauvage, Moustier en Fagnes, Wallers en Fagne, ont une APL entre 0.7 et 1.4 consultation par an et par habitant en 2017(46).

Certaines communes bénéficient d'un « effet frontière », elles sont proches d'une commune où l'APL (47) est élevée et profitent de cette situation. Féron et Willies sont dans cette situation avec une APL à 4.6 et 2.6 consultations par an et par habitant.

Ainsi c'est dans la couronne, en particulier à la frontière belge où l'APL est la plus faible. Cependant les patients de ces communes isolées peuvent avoir recours aux médecins

généralistes et aux différents spécialistes belges où l'accessibilité n'est pas quantifiée.

Selon un rapport de la DRESS, dans ces zones rurales comme la CCSA, la moyenne d'âge des médecins généralistes est la plus élevée. Cela laisse présager une difficulté de plus en plus forte concernant l'accessibilité au médecin traitant dans cette population notamment en périphérie pour les patients à faible pouvoir de mobilité.

- **Habitudes de fréquentation aux services d'urgences dans la CCSA :**

Selon un rapport de la Cour des comptes, en 2016, les services d'urgences des établissements de santé ont accueilli 21.2 millions de passages pour un coût de 3.1 milliards d'euros. Depuis plusieurs années on observe une augmentation continue des passages aux services d'urgences en France portant essentiellement sur des passages non suivis d'hospitalisation(48). Cette situation résultant en partie d'un défaut d'accessibilité aux soins de ville(49).

Dans notre étude, les patients de la CCSA consultent en moyenne 2 fois par an le service d'accueil des urgences le plus proche de leur domicile. Ils habitent en moyenne à 10 minutes du service d'urgences le plus proche.

En 2015, 6% de la population française réside à plus de 30 minutes du service d'urgences le plus proche. Les zones où l'accès aux soins urgents est le plus difficile sont les zones de montagnes et dans les environnements où les déplacements sont les plus difficiles comme en périphérie des villes de la CCSA(50).

Dans les Hauts de France, l'accès aux urgences est considéré comme particulièrement rapide (seul 1.9% de la population des Hauts de France vit à plus de 30 minutes d'un service d'urgences). L'accès aux urgences est relativement correct dans la CCSA.

▪ **Et accessibilité aux médecins généralistes :**

Notre étude montre que dans 63% des cas la consultation aux services d'accueil des urgences le plus proche est due à un défaut d'accessibilité au médecin traitant.

A la question : « *Si vous n'avez pas de Médecin traitant disponible qui consultez-vous en cas de problème de santé (hors urgence vitale) ?* », pratiquement la moitié des patients consultent aux urgences. Cela témoigne d'une habitude des patients de la CCSA à consulter en majorité aux urgences en cas de défaut d'accès aux soins primaires.

Un peu moins d'un tiers des patients consultent les MSP en cas de problèmes de santé et défaut d'accès aux médecins généralistes. Celles-ci ont pourtant vocation à travers les créneaux de consultations non programmées, à assurer une permanence des soins.

28% des patients se rendent à la pharmacie la plus proche garant d'un accès aux soins de premier recours. Néanmoins la fermeture de 3 pharmacies sur 6 en quinze mois à Fourmies, remet en cause cette accessibilité aux pharmaciens.

La méconnaissance des patients concernant le dispositif de permanence des soins notamment la nuit pose question.

▪ **Et accessibilité aux médecins spécialistes :**

Dans notre étude, 31% des cas de consultation aux services d'accueil des urgences le plus proche sont dus à un défaut d'accessibilité aux autres MS.

Selon une étude de la DRESS, la quasi-totalité des demandes de rendez-vous avec un professionnel de santé aboutit (dans 9 cas sur 10). Néanmoins, lorsque les demandes de rendez-vous n'aboutissent pas, la plupart des patients cherchent un autre médecin spécialiste ou renoncent à leur demande. Rares sont les patients qui se reportent vers les urgences à contrario des patients de la CCSA.

Notre étude montre une habitude des patients : consulter aux urgences les plus proches est envisagée dans une grande majorité des cas si le médecin traitant n'est pas disponible.

Un tiers des patients interrogés consultent aux services d'urgence le plus proche à cause d'un défaut d'accès aux médecins spécialistes.

- **L'importance de l'accès aux soins du médecin généraliste :**

L'accessibilité aux médecins spécialistes passe par un accès aux médecins généralistes acceptable selon le délai de consultation et la durée de trajet.

Pour les spécialistes consultables en accès direct, comme la gynécologie et l'ophtalmologie, on observe qu'en majorité les patients ne respectent que rarement le parcours de soins (24% des patientes sont adressées par leur MG à leur gynécologue, 28% leur ophtalmologue).

En règle générale pour le recours à des spécialistes, le parcours de soins coordonné par le médecin est respecté.

Les patients ne respectent pas le parcours de soins pour consulter leur cardiologue.

Pourtant dans la CCSA, l'accès aux médecins généralistes semble tout à fait correct. En attestent les moyennes de délais de consultation et de durée de trajet au regard des moyennes nationales.

Une large part des consultations chez le cardiologue sont des consultations de suivi. Cela expliquerait le fait, pour les patients, de ne pas être forcément réadressés par leur médecin traitant au spécialiste.

II. Forces et faiblesses du travail :

A. Forces :

- **Liées à la question :**

L'accessibilité aux soins médicaux spécialisés des patients de la CCSA est un sujet d'actualité qui a suscité dans l'ensemble un grand intérêt auprès des patients interrogés.

Par ailleurs, cette question a suscité l'intérêt des médecins généralistes de la CCSA. En effet tous ont accepté que leur patientèle soit interrogée. Certains praticiens ont même participé au recueil de données témoignant d'une adhésion au sujet.

- **Liées à la méthode :**

Le jour prévu, l'ensemble de la patientèle des médecins généralistes de la CCSA se voyait proposer l'étude. L'inclusion des patients au hasard a permis de limiter un biais de sélection.

Le taux de réponse des patients est élevé : 73%, témoin de la qualité du recueil et de l'information avant l'inclusion, mais aussi de l'enthousiasme de ces patients.

La participation des médecins généralistes de la CCSA au recueil de données a majoré le taux de participation et l'adhésion des patients à l'étude.

L'étude a été réalisée au cœur de l'hiver, pleine période d'activité des médecins généralistes. Ainsi l'objectif était d'avoir un taux de participation maximal et l'inclusion de patients ne possédant pas forcément de médecin traitant.

Par ailleurs, le questionnaire ainsi que le protocole de cette étude ont été créés avec l'aide de la Direction de la Recherche et de l'Innovation (Promotion interne) du Centre Hospitalier Universitaire de LILLE, augmentant la validité interne de cette étude.

L'offre de soins des secteurs privés (cliniques) et frontaliers (Belgique) a été prise en compte.

- **Liées aux effectifs :**

La participation à l'étude a été proposée à tous les patients vus au cabinet un jour donné. L'objectif était d'inclure pour chaque cabinet 20 patients, soit 260 patients éligibles. En considérant un taux d'acceptation de 80%, le nombre de sujets était de 208 patients.

368 patients ont été inclus, cela souligne l'intérêt des patients face à cette problématique d'accessibilité aux médecins spécialistes. Cet effectif témoigne, par ailleurs, d'une affluence, par généraliste, plus importante que prévue.

- **Liées aux résultats :**

Au regard des publications officielles (étude IRDES, observatoire national de l'accès aux soins), notamment pour ce qui concerne le critère de jugement principal (délai et distance de consultation) les résultats sont relativement similaires apportant de la validité externe à cette étude.

B. Faiblesses :

- **Liées à la question :**

La CCSA a ses caractéristiques propres (socio démographie, démographie médicale, pathologies, transports). Cette étude n'a pas objectif d'être extrapolable à l'échelle nationale.

L'accès aux MS est défini par ses limites, délai de consultation, durée de trajet, disposition d'un moyen de transport, étudiées dans ce travail.

Néanmoins celui-ci n'a peu ou pas étudié le renoncement aux soins spécialisés pour raison financière, culturelles, sociales, symboliques.

L'accessibilité aux chirurgiens n'a pas été étudiée pour des raisons de faisabilité. Le recueil de données aurait été trop lourd.

Enfin certaines spécialités chirurgicales ont besoin d'un plateau technique lourd

(notamment pour le post opératoire, service de réanimation) qui serait économiquement et médicalement impossible de posséder dans une zone rurale comme la CCSA.

- **Biais de sélection :**

Seuls les patients consultant un médecin généraliste de la CCSA étaient inclus. Le recrutement ne concernait pas la population générale, ainsi les personnes ne consultant pas ou peu un médecin généraliste n'étaient que peu ou pas représentées. Les patients consultant beaucoup leur généraliste étaient surreprésentés.

Le nombre de patients inclus par généraliste varie de 4 à 70 patients, cet écart était la conséquence de la ville étudiée, du jour de la semaine étudié, de l'activité du médecin généraliste étudié, de l'existence de consultations libres ou pas. L'investigateur était un des médecins remplaçants de plusieurs généralistes installés dans les cabinets étudiés, néanmoins cela a majoré le taux de participation.

Les patients vus en visite à domicile par les médecins généralistes n'ont pu être interrogés. Il est regrettable que cette partie de la patientèle fragile n'ait pas été étudiée, présentant des problématiques propres (difficultés de transport, polyopathologies...).

- **Biais de mémorisation :**

Certaines réponses ont pu comporter des erreurs dues à un effort de mémorisation important. Les questions portant sur les spécialistes (délais, durées de trajet, fréquences de consultation, regroupement, orientation par le médecin traitant), au cours des cinq dernières années, ont pu être sujettes à ce biais et donner des réponses erronées.

Néanmoins, dans un souci de recueil de données suffisant, une telle rétrospection était nécessaire en accord avec la Direction de la Recherche et de l'Innovation (Promotion interne) du Centre Hospitalier Universitaire de LILLE.

- **Biais de mesure :**

Les questions ont pu être mal comprises par les patients, engendrant des réponses erronées. Les patients n'ont pu bénéficier de l'aide de l'investigateur pour certaines questions (exemple : certains patients ont confondu les praticiens travaillant en clinique et en hôpital.).

Notamment pour ce qui concerne les délais de consultation. En effet celui-ci peut concerner le temps écoulé entre le besoin du patient et la consultation effective du spécialiste, le temps entre la rédaction du courrier lors d'une consultation chez le médecin traitant et la consultation effective, ou encore entre la prise de rendez-vous et la consultation effective.

Même si l'investigateur expliquait aux patients que le délai de consultation se situe entre la prise de rendez-vous et la consultation effective, celui-ci pouvait être mal compris des patients notamment ceux interrogés par leur médecin traitant.

Les patients ont pu confondre certaines spécialités (exemple : un chirurgien viscéral ayant une activité d'endoscopie a pu être régulièrement confondu avec un gastro-entérologue) et donner des réponses inexactes.

Quand l'investigateur a interrogé les patients, lorsque l'architecture le permettait, il a pu influencer la réponse des patients et engendrer de ce fait des réponses erronées.

Dans 4 cabinets l'investigateur n'était pas présent. En effet, les médecins généralistes des 4 cabinets respectifs ont préféré interroger eux-mêmes leur patientèle. Cette disposition a pu empêcher les patients par souci de loyauté envers leur praticien de masquer certaines problématiques et optimiser ou aggraver certaines données (critère de jugement principal notamment).

Une zone de confidentialité adéquate n'a pas pu toujours être totalement respectée (certains médecins ont laissé une salle à disposition, d'autres non).

Cela a pu avoir un impact dans la réponse des patients à des questions personnelles

gênantes (état de santé, type d'ALD, peur de manquer de spécialistes) même si dans ce cas l'investigateur laissait remplir le questionnaire par le patient et se tenait à ses côtés en cas de questions incomprises.

Tous les patients n'ont pas répondu à l'intégralité du questionnaire, il y a donc des données manquantes (ces questionnaires ont été exclus).

- **Biais de confusion :**

Nous avons décrit les durées de trajet et délais de consultation sans les analyser spécifiquement selon : l'âge, l'état de santé, la catégorie socioéconomique, l'ALD, la CMU-C, le genre, le type d'espace. Ce choix a pu générer un biais de confusion.

En effet, l'objectif de ce travail est de décrire les spécialités où semblent exister des problèmes d'accès spatiaux et temporels. Stratifier le critère de jugement principal avec les éléments sus cités n'a pas été prévu dans le protocole et il sera possible de l'analyser dans un futur travail.

III. Perspectives et questions sans réponses :

A. Préserver l'accès aux médecins généralistes :

L'accès aux médecins généralistes, rapide et à proximité immédiate du lieu de résidence du patient, est indispensable. Le médecin généraliste est le premier recours des patients lors d'un problème de santé dans le parcours de soins(51).

Cette étude décrit un accès spatial et temporel très correct dans la CCSA à l'heure actuelle. Néanmoins, l'accès au médecin généraliste est compliqué pour les patients qui n'ont pas de médecin traitant, car certains des MG de la CCSA ne prendraient pas en charge le suivi de nouveaux patients.

Nous l'avons observé dans cette étude, d'après les patients, l'âge des médecins

généralistes se situe aux alentours des 60 ans. Cela pose le problème des départs à la retraite dans les 5 ans à venir. Ceux-ci seront-ils compensés par l'arrivée de jeunes médecins et selon quel mode d'exercice ?

Les départs en retraite non compensés, la féminisation de la médecine, l'attrait des jeunes médecins pour le salariat, le regroupement des médecins en MSP sont des facteurs qui vont inéluctablement majorer les durées de trajets et délais de consultation des patients.

Plusieurs solutions ont été ou sont envisagées par les instances politiques et les professionnels de santé(52).

- **Les politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale :**

Différentes aides fiscales, contractuelles à l'installation sous forme de garanties de revenus, gérées par l'ARS(53).

Les collectivités territoriales mettent en place des dispositifs pour maintenir une offre de soins acceptable : aide à l'installation ou au maintien de professionnels de santé dans des zones où l'offre de soins est jugée comme insuffisante. Création et financement de centre de santé et de maison de santé, octroi d'indemnités de logement et de déplacement aux étudiants de médecine générale, indemnités d'étude et de projet professionnel à tout étudiant (titulaire de diplôme de médecine) exerçant en contrepartie 5 ans dans une zone déficitaire.

Aucune étude n'a évalué avec exhaustivité le recensement et l'impact de ces mesures. Celles-ci aboutissent par ailleurs à une certaine concurrence entre communes et intercommunalités.

Ces aides de provenance aussi hétéroclites soient-elles (communes, intercommunalités, régionales, nationales) peuvent également se superposer (cas des indemnités d'étude et le contrat d'engagement du service public (CESP)). Insuffisants et coûteux ces dispositifs ne font

pas, pour le moment, preuve de leur efficacité.

L'ARS développe des dispositifs (ASALEE)(54), généralise des contrats (médecin adjoint) permettant d'optimiser le temps médical. Elle développe la réalisation de stages ambulatoires des professionnels de santé en formation pour encourager l'installation de jeunes MG.

- **Le projet de loi santé : Ma santé 2022 :**

Le projet de loi santé : Ma santé 2022 compte sur 3 leviers pour solutionner le problème d'accessibilité aux médecins généralistes :

- Inciter les médecins à s'installer dans les déserts médicaux :
 - En développant les stages de médecine générale pour promouvoir cette spécialité.
 - Verser des bourses étudiantes en contrepartie d'installation et apporter des aides financières à l'installation de jeunes médecins.
 - Soutenir des maisons de santé qui offrent un meilleur confort d'exercice.
- Encourager de nouvelles formes d'exercice médical dans les déserts médicaux :
 - En assurant un renfort médical par d'autres médecins libéraux ou hospitaliers d'autres secteurs,
 - Encourager le cumul emploi retraite pour le maintien d'activité des médecins seniors,
 - Créer des postes de médecins partagés entre l'hôpital et la ville,
 - Déployer la télémédecine et le télé soin,
 - Dispenser les soins courants dans les hôpitaux de proximité

- Libérer du temps médical en s'appuyant sur d'autres professionnels de santé :
 - Développer les infirmiers de pratique avancée pour le suivi de certains patients chroniques,
 - Créer la fonction d'assistant médical pour la préconsultation et le suivi des patients,
 - Déléguer certaines tâches aux autres professionnels de santé pour diminuer les délais de consultation (exemple de la vaccination en pharmacie, l'orthoptiste pour la prescription de correction optique concernant l'ophtalmologue).

B. Préserver l'accès aux médecins spécialistes :

L'augmentation du nombre de médecins remplaçants et médecins salariés, dans toutes les spécialités, conduit à réduire le nombre de nouvelles implantations de cabinets et inexorablement à augmenter les durées de trajets vers ces spécialistes.

Mais le regroupement des médecins permet aussi de mutualiser les moyens (humains et matériels), acquérir et rentabiliser des équipements coûteux, dégager du temps pour la formation, mener à bien des projets d'éducation thérapeutique et augmenter la disponibilité des spécialistes au détriment de la proximité. (52)

Notre étude met en relief les spécialités en tension sur le plan de l'accès spatial et temporel. Différentes solutions peuvent être envisagées, au-delà des solutions envisagées ci-dessus pour préserver l'accès aux généralistes (également utilisées pour sauvegarder l'accès aux médecins spécialistes).

- **Accès aux médecins spécialistes et Télé médecine :**

Un prérequis fondamental à l'arrivée de la télé médecine dans la CCSA est l'installation d'une couverture numérique en très haut débit sur l'ensemble du territoire.

L'accueil de la télé médecine par les patients serait également un problème. 39% des patients interrogés ne sont pas favorables aux actes de télé médecine.

En 2016 dans la CCSA, un projet de télé expertise concernant la cicatrisation des plaies chroniques a été mis en place. Il s'agit du premier contrat de télé médecine en milieu rural dans la région des Hauts de France(55).

Signé entre l'ARS des Hauts de France, l'Association du Pôle de Santé Sud Avesnois (APSSA) et le Centre Hospitalier Sambre-Avesnois, cela permet aux patients de la CCSA de bénéficier d'un avis spécialisé pour les patients à mobilité difficile. Cela permet aussi d'être attractif pour les jeunes médecins dont l'accès facile aux médecins spécialistes est un facteur d'installation(56).

Concernant la télé médecine beaucoup de paramètres sont encore à définir clairement : ses indications, le choix des médecins experts, la rémunération des intervenants, le niveau de responsabilité de chaque professionnel intervenant, le rôle des professionnels non médicaux.

- **Développement des consultations avancées :**

Les consultations avancées permettent aux médecins spécialistes de réaliser des vacations dans un territoire où la densité médicale est faible. On peut ainsi imaginer un médecin dont la spécialité pose un problème d'accessibilité (ophtalmologue, dermatologue) faire une vacation régulière dans une MSP de la CCSA. En cas de besoin le spécialiste pourra organiser sa prise en charge dans l'hôpital où il travaille. Ce dispositif est présent dans plusieurs MSP à l'échelle nationale.

- **Délégation de tâches :**

L'exemple de l'ophtalmologie est probant concernant le partage de tâches dans une spécialité. Depuis 10 ans le Syndicat national des ophtalmologistes de France encourage le travail en équipe. A l'heure actuelle, 60% des ophtalmologues travaillent avec les orthoptistes et dans une moindre mesure opticiens et infirmiers. Grâce à ce système, 1.3 million de patients supplémentaires ont été examinés en ophtalmologie libérale(57).

L'orthoptiste et l'ophtalmologue travaillent de concert. Dans le cadre du partage des tâches, l'orthoptiste s'occupe de la première partie de consultation (accueil du patient, recueil des antécédents, prise de la mesure des verres et de la réfraction). L'orthoptiste peut également réaliser des actes délégués ou examens : OCT (tomographie par cohérence optique), photos du fond d'œil. L'ophtalmologue réalise ensuite l'interprétation de ces examens et expose une synthèse claire au patient(58).

- **Le recours aux médecins étrangers :**

Depuis 10 ans le nombre de médecins étrangers augmente. En 2017, on en dénombrait 22 619 (dont 45% issus de l'Union européenne), soit 11 % de l'activité régulière en France(59).

Néanmoins, le recours aux médecins n'est pas la solution à la désertification médicale en milieu rural (cela même s'ils sont en majorité des médecins spécialistes de second recours).

En effet selon une étude de l'ordre des médecins, les médecins étrangers choisissent plutôt l'exercice salarié (62%) et ne s'installent pas dans des zones définies comme déficitaires par l'ARS.

- **Préserver l'accessibilité aux spécialistes et mesures coercitives :**

Plusieurs projets de loi ont concerné la liberté d'installation des médecins pour imposer un conventionnement sélectif dans des régions sous dotées et contraindre les jeunes MG et

d'autres MS à s'installer dans les déserts médicaux.

Aucun projet n'a été adopté. On peut analyser les conséquences de mesures coercitives dans d'autres professions comme celle d'infirmier. En effet, l'encadrement de l'installation des infirmiers libéraux montre des effets dans les zones intermédiaires avec notamment des effets de bord (installation à la frontière des zones sous dotées).

Dans une méta analyse sur le sujet de l'IRDES, concernant certains pays où ces mesures coercitives sur l'installation des médecins sont adoptées (Allemagne, Danemark), il n'a pas été observé de rééquilibrage spatial dans la répartition des médecins (déconventionnement de certains médecins dans des zones surdotées)(60).

- **Préserver l'accessibilité aux spécialistes et intelligence artificielle :**

Souvent présentée comme l'avenir de l'homme, l'intelligence artificielle (IA) est un domaine en recherche permanente. Promise à un grand avenir, l'IA permettrait d'améliorer la qualité des soins. (61)

La chirurgie robot-assistée est devenue une pratique courante ces dernières années (exemple de l'urologie). On peut également suivre des patients à distance par télémétrie ou implanter des prothèses intelligentes (HeartMate, cœur Carmat). Les applications de l'intelligence artificielle à la médecine sont multiples.

L'IA peut être utilisée dans la prévention. Des ingénieurs américains de l'université de Stanford ont mis en place une IA ayant la capacité de différencier les nævi bénins des malins. Pour cela ils ont utilisé une IA ayant une approche numérique, capable d'analyser et de classer les images par catégories (s'appuyant sur 130 000 images issues du web). Des études diagnostiques comparatives avec des dermatologues ont été réalisées avec des résultats très prometteurs.

Des applications numériques comme StopBlues existent. Utilisée pour détecter le mal-

être psychique et ses conséquences (addiction, suicide...), cette application incite les personnes en détresse à consulter en leur permettant d'identifier ce mal-être elle-même par autoévaluation.

En cas de risque de passage à l'acte, l'application dispose d'un bouton urgence suggérant les ressources médicales à proximité du foyer en les géolocalisant.

Utiliser de tels outils, à l'heure de l'omniprésence des smartphones, semble judicieux. Néanmoins l'accessibilité à de tels outils pour certaines parties de population se pose (personnes âgées, chômeurs).

Concernant le diagnostic, le cas Watson est un exemple d'IA appliquée à la médecine. Initialement créé par IBM pour apprendre et comprendre le langage des humains, Watson est un outil informatique d'aide au diagnostic médical des cancers. Ce système utilise une immense base de données structurée que ses créateurs ont mise à sa disposition (l'historique de dossiers médicaux de patients, corpus de publications scientifiques) Watson est capable de comprendre des concepts, des entités et faire des liens entre eux pour donner une analyse et un diagnostic rapide. Watson peut être perçu comme une aide au diagnostic permettant au spécialiste d'optimiser sa démarche diagnostique (choix des examens complémentaires notamment) qui permettrait au médecin de se recentrer sur la pathologie du patient et sa relation avec lui (faire de la médecine sur mesure).

L'IA pourrait dans l'avenir révolutionner la relation médecin-patient, mais elle posera également différents problèmes (rémunérations, responsabilité en cas d'erreur diagnostique, protection des données). L'IA ne doit pas être un substitut du spécialiste, mais une aide dans l'accès au spécialiste.

C. Questions sans réponses :

Il serait intéressant de comparer certains paramètres pour comprendre les comportements d'accès aux soins des patients de la CCSA comme :

- Les durées de trajet des patients selon leur catégorie socioprofessionnelle,
- Les durées de trajet des patients selon le type d'assurés,
- Les durées de trajet et âges,
- Les durées de trajet et la déclaration de médecin traitant,
- Les délais de consultation et le lieu d'exercice du MS (hôpital, clinique libérale)

Conclusion

L'accès aux spécialistes est un sujet d'inquiétude chez les patients de la CCSA. On peut en effet constater que 77% des patients ont peur de manquer de MS dans les années à venir.

Cette inquiétude résulterait d'une part, d'une augmentation des besoins en soins spécialisés (vieillesse de la population, augmentation de l'incidence des pathologies chroniques complexes) et d'autre part, d'une diminution des effectifs de médecins généralistes et des autres spécialistes dans la CCSA (départ en retraite non compensé, délaissement de l'exercice libéral, manque d'attractivité du territoire, fermeture des services d'hôpitaux de proximité).

Des difficultés semblent déjà exister, puisque certains patients renoncent aux soins pour des raisons d'accès temporel et spatial. 11% d'entre eux songent même à déménager de la CCSA. Les services d'urgences hospitaliers en subissent d'ailleurs les conséquences et se détournent de leur mission de prise en charge des urgences médico-chirurgicales.

Le MG est la première étape du parcours de soins. Il est primordial que celui-ci soit accessible et à proximité de ses patients. Cet accès conditionne l'accès aux autres spécialistes.

Cependant, on peut constater que malgré les inquiétudes, l'accès spatial et temporel des patients aux MG et aux autres spécialistes est globalement satisfaisant dans la CCSA actuellement.

Néanmoins certaines spécialités comme l'ophtalmologie et la dermatologie posent problème en ce qui concerne le délai de consultation. Par ailleurs il faut souligner que pour l'urologue, le rhumatologue, le neurologue et plus spécifiquement l'oncologue, on constate des

difficultés d'accès aux soins de second recours de proximité, d'autant que chaque patient ne jouit pas de la même mobilité.

L'exemple de l'oncologie met en avant une autre tendance. Les patients ne consulteraient pas le spécialiste le plus proche comme l'indique la moyenne de durée de trajet.

Les patients sont-ils à la recherche d'une meilleure accessibilité temporelle, de compétences (thérapies ciblées, nouveaux protocoles ou essais cliniques), d'un plateau technique plus étoffé, de rapprochement entre les spécialistes ?

Ce phénomène peut être à l'origine d'inégalités, certaines catégories de la population n'ayant pas les mêmes ressources pour se déplacer.

La mise en place de réformes dans le système de santé, avec notamment la délégation de tâches, la création de nouvelles professions et l'arrivée de la télémédecine ou de l'IA, pourra certainement faciliter l'accès aux spécialistes. Néanmoins ces mesures n'ont pas vocation à les remplacer et le patient doit rester au centre de ces différentes pistes de réflexion(62).

Que le patient réside dans un milieu rural ou en ville, il doit avoir la possibilité de choisir son spécialiste et avoir accès à l'ensemble des spécialités médicales dans les meilleures conditions, au nom du principe d'égalité pour tous.

Du siècle des Lumières à nos jours, un accès correct et équitable reste donc un sujet d'inquiétude pour les patients et un défi à relever pour l'appareil gouvernemental.

« Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits ».

Déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 – article 1.

Annexes

Annexe 1 : Le système de santé en France.

Le système de santé français regroupe l'ensemble des moyens et des activités mis en œuvre pour la production de la santé (à visée curative, préventive et éducative) (63)(64).

Le système de santé en France s'appuie sur des structures variables : sanitaires (pour les soins hospitaliers), médico-sociales et sociales (pour des publics âgés ou handicapés par exemple), ambulatoires (pour les soins de villes).

Ce système est composé de plusieurs niveaux(65) :

- Un premier niveau, les soins primaires.
- Un second niveau, les spécialités médicales (hors MG) et chirurgicales.
- Un troisième niveau concernant, les prises en charge hautement spécialisées.

Notre système de santé respecte la volonté du patient. Celui-ci est libre de choisir son médecin traitant, un spécialiste en accès direct, son établissement de santé, sa structure d'hébergement. Ceci dans le secteur public ou privé(66).

Les pouvoirs publics ont mis en place depuis plusieurs années une « médecine de parcours », le but étant d'optimiser la prise en charge des patients sur tout le territoire et de décloisonner les secteurs (soins de ville/ soins hospitaliers/ soins médicaux sociaux).

Le parcours de soins :

Le parcours de soins coordonné a été mis en place par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie pour diminuer les abus et les dépenses de santé. Il fait l'objet de mesures spécifiques dans le cadre du droit conventionnel de l'assurance maladie(67). Il est renforcé par la loi HPST du 21 juillet 2009 (68) et la loi Touraine du 26 janvier 2016(69).

Il consiste à favoriser le passage par un médecin traitant (MT) pour le recours à des actes ou des consultations d'autres professionnels de santé. C'est le cas de l'accès aux consultations de MS dans le but de diminuer les consultations chez les spécialistes(70).

Le MT choisi par l'assuré peut être un MG, un autre spécialiste, un médecin hospitalier ou un médecin salarié d'un centre de santé(71).

Le MT centralise les informations de ses patients et assure la mise à jour du dossier médical. Il a également un rôle de prévention personnalisée. Dans le cadre du parcours de soins, et selon les besoins, le MT oriente son patient vers les différents professionnels, et en particulier les médecins dits « correspondants ».

L'accès à ces spécialistes hors adressage du médecin traitant a pour conséquence une moins bonne prise en charge des dépenses de l'assuré par l'Assurance maladie. Ainsi, l'accès à un spécialiste hors parcours de soins n'est ni interdit, ni impossible, il est simplement plus coûteux pour l'assuré (le taux de prise en charge par l'Assurance maladie passe de 70% à 60%).

Il existe un certain nombre d'exceptions à ce principe dans certaines situations précises, notamment l'urgence(72).

La consultation directe de certains médecins spécialistes (cas particuliers et ponctuels) n'est pas soumise à une moins bonne prise en charge (sous réserve d'avoir tout de même déclaré un médecin traitant) en ce qui concerne :

- Les Gynécologues,
- Les Ophtalmologues,
- Les Psychiatres ou neuropsychiatres (pour les patients âgés de moins de 26 ans),
- Les Stomatologues.

Le recours au spécialiste dans le cadre du parcours de soins a semble-t-il été adopté par les assurés et les professionnels. Selon la Cour des comptes, en 2011, 89,7% des assurés avaient désigné un médecin traitant, 95% des assurés avaient choisi comme médecin traitant un généraliste et 91% des consultations se déroulaient dans le cadre du parcours de soins.

Premier niveau, les soins primaires :

Le terme soins primaires est une adaptation du terme anglais « primary care »(73), apparu à la fin des années 1960(74). L'ensemble des services offerts par les soins primaires n'a pas de définition universelle.(75)

Selon l'article L. 1411-11 du code de santé publique : « *L'accès aux soins de premiers recours est défini dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps parcourus, de qualité et de sécurité. Organisés par l'ARS conformément au schéma régional de santé prévu par l'article L 1434-2 du code de santé publique.* »

Accessibles financièrement et géographiquement, ils comprennent les soins ambulatoires de proximité, ils sont organisés autour des professionnels de santé (MG, infirmiers, sages-femmes, pharmaciens, paramédicaux).(76) On y inclut fréquemment des actions de prévention, dépistage, diagnostic, traitement, suivi des patients, d'éducation pour la santé, d'information et de conseil(77).

La WONCA (World Organization of National Colleges and Academic Associations of General Practitioners /Family Physicians) définit la fonction des soins primaires *comme l'apport d'une réponse à une grande majorité de besoins individuels*. Le médecin de soins primaires est donc celui qui peut donner une réponse pour 90 % des patients, dans 90 % des situations(78).

Les médecins de santé primaire sont donc les premiers contacts des patients avec le système de santé. Ce sont les médiateurs entre les patients et les différents médecins des soins dits secondaires et tertiaires(79). Il en découle une organisation territoriale permettant aux patients un accès de proximité au premier niveau pour tous.

L'accès aux soins, notamment des MS de second recours, passe par un accès aux soins primaires de proximité efficient.

Deuxième niveau, les soins de second recours :

L'article du code de la santé publique L. 1411-12, aborde très brièvement les soins de deuxième recours : « *Les soins de deuxième recours, non couverts par l'offre de premier recours, sont organisés dans les mêmes conditions que celles prévues au premier alinéa de l'article L. 1411-11.* », article évoqué plus haut et qui définit les conditions d'organisation des soins de premier recours.

Le deuxième niveau correspond aux soins ambulatoires spécialisés ou hospitaliers infra régionaux. Les acteurs des soins de deuxième recours ne sont pas explicitement définis par le législateur.

L'article L 4130-2 du code de la santé publique précise donc désormais les missions du médecin spécialiste :

- Compléter la prise en charge du patient par la réalisation d'une analyse diagnostique et thérapeutique d'expertise, la mise en œuvre du traitement approprié ainsi que le suivi des patients, selon des modalités propres aux compétences de chaque discipline,
- Contribuer à la prévention et à l'éducation pour la santé,
- Participer à la mission de service public de permanence des soins,
- Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxièmes et troisièmes cycles d'études médicales.

Le MS de deuxième recours peut intervenir en tant que médecin correspondant, en lien avec le MT, pour le suivi conjoint du patient et l'élaboration du projet de soins.

Le MS de premier ou de deuxième recours intervient en coopération avec les établissements de santé et contribue à la prévention des hospitalisations inutiles ou évitables.

Les soins tertiaires :

Les soins tertiaires sont des services fortement spécialisés habituellement prodigués par des hôpitaux spécifiques. L'accès est souvent rendu possible par la référence de spécialistes en soins secondaires (par exemple le cardiologue dans l'indication de chirurgie cardiaque)(80). Ils comprennent des prises en charge nécessitant une haute technologie, hautement spécialisées symbolisé par les CHRU.(81)

Remboursement d'une consultation :

Les honoraires pratiqués par les médecins et le montant qui sert de base de remboursement à l'Assurance Maladie varient en fonction de la discipline du médecin (généraliste ou autres spécialités) et de son secteur d'activité (secteur 1 ou 2)(82). Le MT peut adresser son patient à un autre spécialiste, on parle alors de médecin correspondant.

Trois situations peuvent se présenter. Le MT oriente son patient :

- Pour un avis ponctuel auprès d'un autre confrère spécialiste,
- Pour des soins réguliers,
- Vers un médecin pour une prise en charge dans les 48h. Dans ce cas le médecin doit respecter les tarifs opposables (sans dépassement) même s'il est en secteur 2.

Pour un patient respectant le parcours de soins coordonnés, le remboursement par la sécurité sociale d'une consultation chez un médecin correspondant sera de 70% du tarif conventionnel.

- **La protection universelle maladie (PUMA) :**

Depuis le 1er janvier 2016, PUMA est entrée en application, la couverture médicale universelle (CMU) de base a été supprimée.(83)

La PUMA assure la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité, à titre personnel, tout au long de la vie.

La part obligatoire est remboursée par la PUMA, la part complémentaire est à la charge du patient ou prise en charge par une complémentaire santé. Un euro de participation forfaitaire restant à la charge du patient.

Les conditions d'accès sont :

- Résider en France de manière régulière, avoir la nationalité française ou être titulaire d'un titre de séjour ou avoir entamé des démarches pour obtenir un titre de séjour.

- Résider en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois.

- **CMU Complémentaire (CMU-C) :**

La CMU-C donne droit à une prise en charge gratuite de la part complémentaire des soins de santé. Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100% des tarifs de la sécurité sociale. En résumé la part obligatoire et complémentaire d'une consultation sont prises en charge en totalité et le patient est exonéré de la participation forfaitaire.

Pour bénéficier de la CMU-C il faut remplir trois conditions :

- Résider en France depuis plus de trois mois,
- Avoir la nationalité française ou un titre de séjour,
- Avoir des ressources inférieures à un plafond (variable selon le lieu de résidence et la composition du foyer).

- **Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) :**

L'ACS permet de bénéficier d'une réduction sur le coût d'une complémentaire santé.

Par analogie à la CMU-C, pour bénéficier de l'ACS, il faut remplir trois conditions :

- Résider en France depuis plus de trois mois
- Être en situation régulière
- Avoir des ressources ne dépassant pas un certain plafond

- **Aide médicale d'état (AME) (84):**

L'AME permet l'accès aux soins aux personnes en situation irrégulière, au regard de la loi française. Elle est appliquée sous conditions(85) :

- Une résidence depuis au moins trois mois en France
- Les ressources du demandeur ne dépassent pas un certain plafond

Les affections longues durées (ALD) :

Le dispositif des ALD permet, pour les patients ayant une maladie chronique (traitement prolongé et coûteux), une prise en charge à hauteur de 100%.

Une liste a été élaborée par décret ouvrant droit, pour les pathologies de cette liste, à une exonération du ticket modérateur pour les soins en rapport avec cette affection.

Mis en place dès la création de la sécurité sociale et modifié plusieurs fois par décrets et lois (2004, 2011, 2016, 2017), le dispositif peut se définir en trois catégories :

- ALD liste (critères spécifiques, durée d'exonération définie),
- ALD hors liste (maladie invalidante, durée supérieure à 6 mois, coût onéreux),
- ALD polyopathologies.

Pour tout patient éligible au dispositif, une demande est réalisée par le MT au service médical de l'assurance maladie, à travers un protocole de soins.

En 2014, à l'échelle nationale, près de 10 millions de personnes bénéficient du dispositif ALD. Environ 1.3 million de personnes ont bénéficié de l'ouverture d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une affection sur liste en 2014. La croissance des effectifs de bénéficiaires du dispositif des affections sur liste s'est ralentie à compter de 2011, elle est estimée à +4.9% par an entre 2005 et 2012, puis +2.7% par an entre 2012 et 2014. En 2016, suite à la procédure de simplification des ALD, de fortes évolutions en termes de nouvelles admissions ont été enregistrées au niveau de la plupart des ALD liste 2016 (+19.6%). En 2017, on observe un retour à un taux de croissance global beaucoup plus modéré 2%(86).

Annexe 2 : Démographie

Au 1^{er} janvier 2018, la France compte 67 187 000 habitants, dont 65 018 000 en métropole et 2 169 000 dans les départements d'Outre-Mer(87). La population française augmente, mais de façon plus modérée que précédemment (+0.5% par an entre 2008 et 2013, +0.4% par an entre 2014 et 2016, +0.3% sur l'année 2017).

Le nombre de naissance diminue, cette diminution ramène le nombre de naissance à son niveau de 1997.

Le nombre de décès augmente en France, conséquence des générations du baby-boom (551 000 décès en 2010 ; 602 000 décès en 2017). L'espérance de vie à la naissance augmente sensiblement. L'espérance de vie à partir de 60 ans est stable par rapport à celle de 2016.

La population française vieillit (88), au premier janvier 2018, les personnes de 65 ans ou plus représentent 19.6% de la population (19.2% en 2016). En 1998 elles ne représentaient que 15.5% de la population(89).

Si les tendances actuelles se confirment, à l'horizon 2060, la France métropolitaine comptera 73.6 millions d'habitants.

Le nombre de personnes de 60 ans et plus augmenterait à lui seul de 10.4 millions d'habitants entre 2007 et 2060. En 2060, 23.6 millions de personnes seraient ainsi âgées de 60 ans et plus. Le nombre de personnes de 75 ans et plus passerait de 5.2 millions en 2007 à 11.9 millions en 2060. Celui des 85 ans et plus de 1.3 à 5.4 millions.

Démographie de la population dans les Hauts de France :

La région des Hauts de France a été créée par la réforme territoriale de 2014. Elle s'étend sur une superficie de 31 813 km² et compte 6 006 156 habitants (troisième région la plus peuplée de France après l'Ile-de-France et la région Auvergne-Rhône-Alpes). (90)

C'est la 2^{ème} région la plus urbanisée de France (89% de la région vit dans une grande aire urbaine). La région est portée par une grande métropole à rayonnement européen (MEL) avec un maillage urbain dense (Valenciennes, Lens, Amiens, Arras...).

La région est en même temps rurale et agricole.

La région présente des caractéristiques encourageantes, une population jeune malgré une faible croissance depuis plusieurs années (progression annuelle moyenne de 0.21%, inférieure au rythme national de 0.51%). (91)

La croissance de la population des Hauts de France est expliquée par un excédent des naissances sur les décès (+0.45% par an, deuxième taux le plus élevé de France)(92). Cet excédent de naissance est expliqué par :

- La jeunesse de la population,
- Un taux de fécondité plus élevé dans la région.

Cependant la région des Hauts de France présente un déficit migratoire qui atténue la forte croissance des naissances (-0.25%, avant-dernière position en termes de déficit migratoire dans l'Hexagone).

Par ailleurs les indicateurs sociaux des Hauts de France témoignent d'une situation sociale dégradée en comparaison des autres régions (93). Les Hauts de France affichent le plus haut taux de chômage (11.3% contre 9.1 % de la population active au niveau national, au 1^{er} janvier 2019)(94).

Plus d'un foyer fiscal sur deux n'est pas imposé (52.8% contre 48.8% au niveau national en 2012). Le revenu déclaré médian avant impôt est le plus faible de France métropolitaine (18 200 euros contre 20 100 euros au niveau national).

Les Hauts de France sont également la région où l'insertion des jeunes est la plus difficile (28% des 18-25 ans ne sont ni en formation ni en emploi soit six points de plus qu'au niveau national).

Plus inquiétant, l'espérance de vie à la naissance des femmes (-1.9 année) et des hommes (-2.7 années) est plus faible dans les Hauts de France qu'au niveau national.

La région présente les indices de mortalité générale et prématurée (<65 ans) les plus mauvais de France : surmortalité de 21 % par rapport au niveau national pour toutes les causes de décès, une surmortalité prématurée (<65ans) de 30.3% par rapport au niveau national.

On constate que sur la période 2011-2013 avec une surmortalité par cancer de 18.2% au regard du niveau national, la région des Hauts de France se situe au dernier rang des régions métropolitaines.

La région affiche également une surmortalité par maladie de l'appareil cardiovasculaire de 20.2% par rapport au niveau national. Les Hauts de France sont d'ailleurs la région qui présente la plus forte surmortalité cardiovasculaire.

On constate pour la région une mortalité en progression pour les pathologies dans lesquelles la consommation d'alcool et de tabac est un facteur de risque, notamment chez les femmes (cancer des voies aérodigestives, surmortalité à +62.1% chez les hommes, +84.6% chez les femmes).

Démographie médicale toutes spécialités confondues :

A l'échelle nationale, on enregistre un nombre croissant de médecins, jamais vu jusqu'à présent(95).

On comptait 296 755 médecins (toutes spécialités confondues) au 1^{er} janvier 2018 en France (22958 médecins inscrits dans les Hauts de France). Parmi ceux-ci, le tableau de l'ordre recense 198 081 médecins inscrits en activité régulière (67% des inscrits au tableau de l'ordre).

Néanmoins, le nombre de médecins en activité régulière a chuté de 10% ces dix dernières années, tandis que la proportion des médecins retraités et retraités/ actifs a augmenté de 11%(96). Le nombre de médecins retraités / actifs a fortement augmenté en 10 ans. Le nombre de médecins ne cesse de croître, mais majoritairement au bénéfice des médecins retraités.

On trouve une densité médicale de 306.8 médecins pour 100 000 habitants des Hauts de France contre 330.7 médecins par habitant pour la densité médicale métropole et DOM toutes spécialités confondues.(97)

L'âge moyen des médecins est de 50.7 ans en France.

Avec 11 départements présentant une part de femmes prédominante dans le nombre de médecins inscrits en activité régulière, la féminisation de la profession se poursuit. En 2007 les femmes représentaient 37% de la profession, elles sont 42% en 2017. (98)

Les médecins âgés de moins de 40 ans représentent aujourd'hui 15 % de l'ensemble de la profession contre 13% en 2017. Cette évolution laisse présager un meilleur renouvellement de la profession que précédemment.

Une grande majorité des médecins exerçant une activité régulière travaillent en exercice libéral ou mixte. (98)

Dans les Hauts de France comme au niveau national, en 2017, au regard des premières inscriptions au tableau de l'ordre, les jeunes médecins exercent en priorité une activité salariée (64,2% à l'échelle nationale, 66,1% dans les Hauts de France).

Démographie de la médecine générale :

L'ordre recense 87 801 médecins généralistes en activité régulière (tous modes d'exercice confondus). On constate une diminution des effectifs de 7% depuis 2010 et 0.4% depuis 2017 (ceux-ci devraient baisser jusqu'à l'horizon 2025).

Aujourd'hui la France compte 131 médecins pour 100 000 habitants. Cette densité est très variable suivant les territoires, les inégalités ne se dessinent pas à l'échelle nationale, ni même à l'échelle régionale, mais à celle des bassins de vie.

La diminution du nombre de MG concerne tous les territoires de France hormis la région des Pays-de-la-Loire et les DOM.

Avec un index de renouvellement générationnel de 0.85 (rapport des médecins généralistes de moins de 40 ans sur les médecins généralistes de 60 ans ou plus), le renouvellement de la profession de généraliste semble insuffisant.

Au 1^{er} janvier 2018 parmi les MG en France, 59.46% exercent une activité libérale, 35.6% une activité salariée, 4.94% mixte. Depuis 2010 les MG ont tendance à défavoriser l'exercice libéral (-3.5%), au profit de l'exercice salarial (+4%) pouvant ainsi questionner la disponibilité des ressources en offre de soins de premier recours. (99)

La profession de médecine générale s'est fortement féminisée avec 64.1% de femmes chez les médecins de moins de 40 ans. Entre 2010 et 2018, leur part augmente de 39.2% à 48.2% soit une augmentation de 9 points en 8 ans.

L'âge moyen des généralistes n'évolue guère, il était de 50.3 ans en moyenne en 2010 contre 50.6 ans en 2018.

Entre 2005 et 2015, la consommation d'actes de médecine générale a diminué de 0.4%. Si l'on prend en compte le vieillissement de la population et l'augmentation des pathologies chroniques complexes, cette diminution interpelle à fortiori au regard de la diminution du nombre de MG en France au cours de ces dix dernières années.

Démographie des autres spécialités médicales :

Parmi les 198 081 médecins en activité régulière, 85 647 (43.2%) sont spécialistes médicaux. Le nombre de MS toutes spécialités confondues ne cesse d'augmenter depuis une décennie (82 947 MS en activité régulière en 2010 contre 85 647 en 2018, soit une augmentation de 3.1% en 8 ans).(100)

Depuis 2010 l'ensemble des régions enregistre une augmentation de la population de MS médicaux. Ces chiffres masquent de grandes disparités intrarégionales(101).

On observe, comme pour les MG, une répartition géographique des MS particulièrement inégale sur le territoire national.(102) L'exemple du rapport des densités départementales pour la dermatologie et la psychiatrie est révélateur.

Les spécialités se sont fortement féminisées : 63.1% des MS médicaux sont des femmes tous âges confondus, alors que chez les plus de 60 ans la proportion de femmes n'est que de 41%.

Les différentes spécialités médicales connaissent un renouvellement générationnel plus élevé que pour la médecine générale, évalué à 0.99 à l'heure actuelle.

On note une pyramide des âges inversée avec un vieillissement de la population des MS médicaux.

Concernant le mode d'exercice, plus de la moitié des MS en France choisissent l'exercice libéral ou mixte. On observe un net recul ces dernières années de l'exercice libéral au profit des médecins salariés(103). Variable selon la discipline, on trouve toujours certaines spécialités où l'exercice libéral est dominant (gynécologie médicale : libéral : 60.7%, mixte : 19,6%, salarié : 19.6% ; d'autres où l'exercice salarié progresse, comme la gastroentérologie : libéral 34.6%, mixte :21.1%, salarié : 44.5%)(104).

Depuis 10 ans la démographie médicale est soutenue par l'arrivée en France de médecins diplômés à l'étranger (ils étaient entre 500 et 1000 par an à s'installer en France dans les années 2000, depuis 2007 ils sont plus de 1500). Parmi les nouveaux médecins actifs, les médecins à diplôme étranger représentent 10% des effectifs. Environ 80% des médecins à diplôme étranger sont des spécialistes. Le nombre de spécialistes augmentera selon les projections d'environ 2.7% entre 2015 et 2023, sans l'afflux de médecins étrangers, ce nombre chuterait de 5% au cours de la même période. Ces arrivées permettront notamment de maintenir une offre de soins constante en ophtalmologie, radiodiagnostic et imagerie médicale. (105)

Annexe 3 : Accès et accessibilité aux soins :

A. Définitions :

L'accès et l'accessibilité aux soins possèdent des définitions multidimensionnelles et sont définis comme des droits, des caractéristiques propres à un territoire ou un système de santé. (106)

L'accès aux soins semble se définir comme la consommation réelle de soins dont peut bénéficier un patient en un lieu et un temps donné (une réalité mesurable par la fréquentation et l'usage du système de soin). Tandis que l'accessibilité aux soins définira plutôt le potentiel d'accès au service. C'est-à-dire la consommation potentielle des soins par une population, en regard d'une offre de soins présente en un temps et un lieu donné(33).

L'accès aux soins se définit par ses limites qui sont de différents types : spatiales, économiques, temporelles, organisationnelles, sociales, symboliques, culturelles.

Il n'existe pas de références externes permettant de caractériser un « bon » ou un « mauvais » accès aux soins : l'évaluation ne peut être que comparative, une situation sera jugée « bonne » car meilleure qu'une autre, voisine ou antérieure.

Les études réalisées sur l'accès aux soins concernent en majorité l'aspect mentionné ci-dessus : la dimension spatiale.

B. Les indicateurs d'accessibilité spatiale :

Les études géographiques d'accessibilité aux équipements et aux personnels médicaux font appel à deux notions complémentaires : la densité et la distance. A partir de ces deux notions, plusieurs indicateurs peuvent être utilisés.

- La densité médicale :

La densité médicale rapporte le nombre de médecins exerçant sur un territoire à la population du territoire. Des inconvénients apparaissent si la zone est trop petite ou trop grande ou encore si les patients habitent entre deux zones. Dans ces cas, la notion de densité disparaît. La disponibilité des médecins n'est pas prise en compte.

- La densité médicale répartie :

Mesuré pour juger l'accessibilité aux lits hospitaliers, cet indicateur est présenté à partir de la densité en lits hospitaliers et de la distance aux hôpitaux d'une région ou de l'ensemble du pays(107). Il pourrait être utilisé pour juger de l'accessibilité des personnels médicaux (généralistes et autres spécialistes médicaux).

La densité est exprimée en lits hospitaliers d'une zone donnée, nombre de lits disponibles pour 1000 habitants. La distance est exprimée en kilomètres que doivent parcourir les patients pour se rendre à l'hôpital le plus proche (au départ d'une commune, d'un quartier).

L'inconvénient de la mesure des densités est qu'elle ne prend pas en compte la disponibilité effective des lits hospitaliers. Par ailleurs deux hôpitaux à égales distances peuvent être de nature et de qualité différentes(108).

La densité médicale répartie tient compte dans la zone étudiée :

- De la taille des hôpitaux de la zone,
- Du nombre de personnes desservies,
- Des distances entre communes de résidences des patients et communes d'implantation des hôpitaux

- La distance d'accès aux soins :

La distance d'accès au professionnel de santé le plus proche s'affranchit, quant à elle, des frontières géographiques, mais ne prend en compte ni la quantité de médecins en un espace donné ni le nombre de patients qui devront se partager cette offre. Elle constitue, ainsi, un indicateur pauvre de la disponibilité de l'offre(109).

- L'accessibilité potentielle localisée :

L'accessibilité potentielle localisée (APL)(110) est un indicateur local de densité flottante disponible au niveau de chaque commune. Développé en 2010 par la DRESS et l'IRDES(111), il permet de mieux cerner les différences d'accessibilité des spécialistes libéraux au niveau local(112) (113).

En effet l'APL prend en compte les déséquilibres entre l'offre et la demande de soins.

L'APL se lit comme une densité en rapportant le nombre de professionnels accessibles, en équivalent temps plein, à la population (pour 100 000 habitants).(114)

Le calcul de l'APL repose sur plusieurs composantes :

- La distance : on considère que l'accessibilité au professionnel diminue avec la distance. Des seuils de distance ont été estimés à partir des taux de fréquentation des MG (et autres spécialistes) observés dans les bases de l'assurance maladie,
- L'activité des MG : convertie en équivalent temps plein (ETP), calculé en fonction du nombre d'actes (consultations et visites),
- La demande de soins selon l'âge de la population : d'après l'observation des consommations par tranches d'âges disponibles dans les bases de l'assurance maladie.

Annexe 4 : Les maisons de santé pluridisciplinaires.

Les MSP sont des regroupements de personnels médicaux, médicaux sociaux et/ou paramédicaux(115). Ce sont des équipes pluridisciplinaires dispensant des soins de santé primaire (ou soins de premier recours), continus, polyvalents et accessibles à toute la population.

Particulièrement valorisé dans le cadre de la loi HPST 2009, ce mode d'exercice favorise la mise en œuvre de nouvelles modalités de prise en charge des patients comme les coopérations entre professionnels de santé (article 51 de la loi HPST) ou la télé-médecine (article 78 de la loi HPST).(116) L'ensemble des membres de la MSP s'accorde sur un projet de santé conforme aux orientations du projet régional de santé(117).

Les MSP répondent à des objectifs variés :

- Garantir l'accès aux soins de proximité.
- Assurer à l'ensemble de la population d'un territoire une prise en charge globale et une continuité des soins.
- Améliorer l'offre de soins sur un territoire, en facilitant le maintien ou l'installation de professionnels de santé médicaux ou paramédicaux.
- Optimiser les conditions d'exercice des professionnels de santé en mutualisant les coûts (matériels, locaux, personnels).
- Former des jeunes professionnels de santé (terrain de stage pour les jeunes étudiants et formation spécifique au premier recours).

Annexe 5 : La Communauté de communes du sud avesnois (CCSA) :

La CCSA est née de la fusion de l'Intercommunalité Action Fourmies & Environs et Guide du pays de Trélon le 01/01/2014.

Située à environ 1h30mn de Lille en voiture et 1h55mn en train, la CCSA subit un enclavement routier considérable. Cet enclavement limite l'installation de nouvelles entreprises dans une région sinistrée avec d'importants niveaux de pauvreté.

Appartenant au Parc National de l'Avesnois, la CCSA est tournée au nord vers la Belgique (Chimay), au sud vers l'ancienne Picardie et au nord-ouest vers l'agglomération de Maubeuge puis de Valenciennes.

La collectivité regroupe 12 communes pour une population de 26675 habitants.

- Anor (population en 2015 : 3315 habitants, superficie : 22.2 km²)
- Baives (population en 2015 : 163 habitants, superficie : 8 km²)
- Eppe-Sauvage (population en 2015 : 271 habitants, superficie : 16.7 km²)
- Féron (population en 2015 : 572, superficie : 13.4 km²)
- Fourmies (population en 2015 : 12 364, superficie : 23km²)
- Glageon (population en 2015 1835 habitants, superficie : 11.8 km²)
- Moustier en Fagne (population en 2015 : 61 habitants, superficie : 7.1km²)
- Ohain (population en 2015 : 1217, superficie : 11.9km²)
- Trélon (population en 2015 : 2973, superficie : 39.2km²)
- Wallers en Fagne (population en 2015 : 290, superficie : 7.8km²)
- Wignehies (population en 2015 : 2966, superficie : 13.9km²)
- Willies (population en 2015 : 155, superficie : 4.1 km²)

A. Démographie de la CCSA :

En 2015, l'INSEE dénombrait 26182 habitants dans la CCSA pour une superficie de 179km² soit une densité de population de 146.3 habitants/km². (25)

La population a fortement diminué ces dernières années, en 1968 on comptait 30744 habitants pour une densité moyenne de 171.8 habitants par km². (118)

La répartition en âge de la population de la CCSA est relativement la même que celle de la France(118).

Répartition en âge de la population :

	CCSA		France	
	2015	%	2015	%
Ensemble	26 182	100	66 190 280	100
0 à 14 ans	5 391	20,6	12 147 702	18,4
15 à 29 ans	4 617	17,6	11 787 062	17,8
30 à 44 ans	4 398	16,8	12 680 336	19,2
45 à 59 ans	5 174	19,8	13 179 294	19,9
60 à 74 ans	4 215	16,1	10 283 702	15,5
75 ans ou plus	2 388	9,1	6 112 185	9,2

L'analyse des catégories socioprofessionnelles note une différence du taux de personnes sans activité professionnelle par rapport à la moyenne nationale(119). On observe une part d'ouvriers plus importante dans la CCSA et parallèlement moins de cadres.

Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle :

	CCSA		France	
	2015	%	2015	%
Ensemble	20 816	100,0	54 046 433	100
Agriculteurs exploitants	128	0,6	445 952	0,8
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	490	2,4	1 903 465	3,5
Cadres et professions intellectuelles supérieures	576	2,8	4 946 461	9,2
Professions intermédiaires	1 834	8,8	7 623 918	14,1
Employés	3 238	15,6	8 890 746	16,5
Ouvriers	3 740	18,0	6 793 286	12,6
Retraités	6 023	28,9	14 543 422	26,9
Autres personnes sans activité professionnelle	4 787	23,0	8 899 181	16,5

Le taux de chômage chez les personnes de 15 à 65 ans dans la CCSA est largement supérieur à la moyenne nationale 25.8% (contre 14.2% au niveau national).

Chômage au sens du recensement pour les 15-64 ans en 2015 :

	CCSA 2015	France 2015
Nombre de chômeurs	2 716	4 371 096
Taux de chômage en %	25,8	14,2
Taux de chômage des hommes en %	24,6	13,6
Taux de chômage des femmes en %	27,2	14,8
Part des femmes parmi les chômeurs en %	48,6	50,6

B. L'offre de soins dans la CCSA :

- L'hôpital de Fourmies :

L'offre hospitalière de la CCSA est constituée par l'hôpital de Fourmies qui comporte 281 lits d'hospitalisation. L'Hôpital de Fourmies a recensé 9750 entrées sur l'année 2015. (120)

L'hôpital de Fourmies accueille 24h/24 les urgences médicales et chirurgicales, 16248 urgences ont été enregistrées par le service d'accueil des urgences de l'hôpital pour l'année 2015.

Il propose des consultations externes dans les disciplines médicales suivantes : Gynécologie obstétrique, pédiatrie, ORL, urologie, gastroentérologie, diabétologie, néphrologie, psychiatrie, alcoologie, addictologie, pneumologie, endocrinologie.

- La polyclinique de la Thiérache :

La polyclinique de la Thiérache (121) a une capacité d'une soixantaine de lits et est composée notamment :

- D'un service de consultations externes : consultations chirurgiens viscéraux, vasculaires, ORL, stomatologues, cardiologues (annexe de la polyclinique), consultations anesthésiques, consultations traumatolo-orthopédiques.
- D'un service de radiologie pour les patients externes ou hospitalisés, radiologie générale ou vasculaire, sénologie diagnostic ou interventionnelle échographie angiographie échodoppler, ostéodensitométrie, tomodensitométrie(122).

- Les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) :

Des professionnels de santé libéraux de la CCSA, en concertation avec les élus, ont arrêté un schéma d'implantations de 3 maisons de santé (Anor, Fourmies, Trélon). Créant le Pôle de Santé Sud Avesnois. (123)

Les actions et projets de ce pôle de santé sont multiples avec notamment :

- Accueil d'internes de médecine générale de la faculté de Lille et de stagiaires professionnels de santé.
- Education thérapeutique des patients et actions de prévention.
- Amélioration de la communication ville-hôpital et télémédecine.

Les maisons de santé d'Anor, de Fourmies et de Trélon sont composées de 8 MG et d'une équipe de professionnels de santé composée de kinésithérapeutes, infirmiers, orthophoniste, chirurgien-dentiste, pharmacien ostéopathe, coordinatrice.

- Les MG libéraux :

La CCSA est un territoire où l'accès aux soins primaires est difficile.

En effet, dans la commune d'ANOR (3315 habitants) exercent 2 MG pour une APL à 4 consultations par an et par habitants.

La ville de FOURMIES et ses 12 364 habitants compte elle, au 1^{er} janvier 2018, 7 MG pour une APL évaluée à 3.8 consultations par an et par habitants.

Le village de TRELON, avec 2973 habitants, compte-lui, au 1^{er} janvier 2018, 4 MG et un APL évalué à 2.6 consultations par an et par habitant.

La commune de WIGNEHIES compte 2966 habitants, et 3 MG avec une APL à 4.4 consultations par an et par habitant.

Enfin les autres communes de la CCSA ne possèdent pas de MG.

- Les MS libéraux (hors MG) :

La CCSA bénéficie d'une offre en spécialistes médicaux variée.

Sur le plan ophtalmologique, 2 ophtalmologues exercent à la polyclinique de Wignehies et réalisent des consultations externes.

Sur le plan cardiologique, 2 cardiologues exercent dans la CCSA (une à Fourmies en activité mixte, l'autre à la polyclinique de Wignehies réalisant des consultations externes).

Sur le plan dermatologique, un dermatologue exerce une activité libérale seule à Fourmies.

Sur le plan ORL, un praticien exerce une activité libérale à la polyclinique de Wignehies réalisant des consultations externes.

Sur le plan gastroentérologique, un praticien exerce une activité libérale avec activité salariée à la polyclinique de Wignehies.

- **Cartographie de la CCSA(129)**



Annexe 6 : Questionnaire.

Questionnaire : « Description de l'accès aux soins médicaux spécialisés secondaires ambulatoires par les patients de la Communauté de Communes du Sud Avesnois ».

Bonjour, étant actuellement en fin de cursus de mes études de médecine générale, je vous remercie de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire, anonyme, sur l'accessibilité aux médecins spécialistes de second recours afin de m'aider dans mon travail de thèse.

Damien Carnot

Informations générales :

- Quel est votre âge ? _____ ans
- Quel est votre sexe ? Féminin / Masculin
- Quelle activité socioprofessionnelle exercez-vous ? *(Cocher la bonne réponse)*
 - Agriculteur exploitant
 - Artisan/ Commerçant/ Chef d'entreprise
 - Cadre/ professions intellectuelles supérieures
 - Profession intermédiaire
 - Employé
 - Ouvrier
 - Retraité
 - Sans activité professionnelle
 - Autres : _____
- Dans quelle ville/village habitez-vous ? _____
- Quel mode d'assurance maladie bénéficiez-vous *(plusieurs réponses possibles)* ? *(Cocher la bonne réponse)*
 - Sécurité sociale seule
 - Complémentaires (mutuelle, assurance, prévoyance)
 - Assurance privée frontalier
 - CMU-C
 - Bénéficiaire d'une prise en charge 100% par la sécurité sociale pour une maladie chronique (ALD 30)
 - Si oui quelle(s) affection(s) ? _____
- Possédez-vous un moyen de transport motorisé ? Oui/non, si oui lequel : _____
- Votre santé est perçue comme : *(entourer la bonne réponse)*
 - Très bonne/ Bonne/ Assez Bonne/ Mauvaise ou très mauvaise/ Non renseignée.

Concernant votre médecin généraliste :

(Entourer la bonne réponse)

- Avez-vous déclaré un médecin traitant ? Oui / Non / Ne se prononce pas
 - Si oui, quel âge a-t-il ? A < 40ans / 40 ans < A < 55 ans / 55 ans < A < 65 ans / A > 65 ans / ne sait pas
- Exerce-t'il en : Maison de Santé Pluridisciplinaire / Cabinet autonome/ ne sait pas
- Combien de fois par an, environ, consultez-vous votre médecin généraliste ? ___ par an.
- Quel est le temps de trajet entre votre domicile et le cabinet médical ? _____ minutes.
- Dans quelle ville/ village exerce votre médecin traitant ? _____
- Quel est le délai moyen en général pour consulter votre médecin traitant ? _____ jours
- Si vous n'avez pas de Médecin traitant disponible qui consultez-vous en cas de problème de santé *(plusieurs réponses possibles)* ? Urgences / maison de santé pluridisciplinaire/ pharmacie/ Infirmière/ internet/ J'attends/ autres : _____

Concernant les autres médecins spécialistes :

- Avez-vous eu besoin de consulter un cardiologue dans les cinq ans ? Oui / Non/ Ne prononce pas
 - Si oui, lors de votre dernière consultation :

Consultation effective (oui/non/nsp)	Libéral/clinique ou hospitalier	Ville d'exercice	Fréquence de consultation (Par an)	Délai de consultation (Jours, mois...)	Durée de trajet (Minutes)	Première consultation/ suivi	Adressé par médecin traitant

- Si vous êtes une femme, avez-vous eu besoin de consulter un gynécologue obstétricien dans les cinq ans ? Oui / Non/ Ne se prononce pas
 - Si oui, lors de votre dernière consultation :

Consultation effective (oui/non/nsp)	Libéral/clinique ou hospitalier	Ville d'exercice	Fréquence de consultation (Par an)	Délai de consultation (Jours, mois...)	Durée de trajet (Minutes)	Première consultation/ suivi	Adressé par médecin traitant

- Vos enfants ont-ils eu besoin de consulter un pédiatre dans les cinq ans ? Oui / Non/ Ne se prononce pas
 - Si oui, lors de votre dernière consultation :

Consultation effective (oui/non/nsp)	Libéral/clinique ou hospitalier	Ville d'exercice	Fréquence de consultation (Par an)	Délai de consultation (Jours, mois...)	Durée de trajet (Minutes)	Première consultation/ suivi	Adressé par médecin traitant

- Avez-vous déjà eu besoin de consulter ces différents spécialistes dans les cinq ans ? Oui / Non/ Ne se prononce pas
 - Si oui le(s)quel(s) avez-vous consulté dans les cinq ans, lors de votre dernière consultation ?

Spécialités	Consultation effective(oui/non/nsp)	Libéral/clinique ou hospitalier	Ville d'exercice	Fréquence de consultation (_/an)	Délai de consultation (Jours, mois...)	Durée de trajet (Minutes)	Première consultation/ suivi	Adressé par médecin traitant(oui/non/nsp)
Ophthalmologue								
Psychiatre								
Oncologue								
Gastro-entérologue								
Diabétologue/ endocrinologue								
Pneumologue								
Neurologue								
Dermatologue								
Urologue								
ORL								

Rhumatologue								
Gériatre								

- Avez-vous eu besoin de réaliser une IRM dans les cinq ans ? oui/ non/ ne se prononce pas

○ Si oui, lors de votre dernière consultation

Consultation (oui/non/nsp)	Libéral/clinique ou hospitalier	Ville d'exercice	Fréquence de consultation (_/An)	Délai de consultation (Jours, mois...)	Durée de trajet (Minutes)	Première consultation/ suivi	Adressé par médecin traitant (oui/non/nsp)

- Avez-vous eu besoin de réaliser une tomodensitométrie (scanner) dans les cinq ans ? oui/ non/ ne se prononce pas

○ Si oui, lors de votre dernière consultation :

Consultation effective(oui/non/nsp)	Libéral/clinique ou hospitalier	Ville d'exercice	Fréquence de consultation (_/ An)	Délai de consultation (Jours, mois...)	Durée de trajet (Minutes)	Première consultation/ suivi	Adressé par médecin traitant (oui/non/nsp)

- Avez-vous déjà renoncé à une consultation avec un médecin spécialiste de second recours à cause d'un délai de consultation trop long *entourer la bonne réponse* : oui/non/ ne se prononce pas.
- Avez-vous déjà renoncé à une consultation avec un médecin spécialiste de second recours à cause d'une distance trop éloignée de votre domicile *entourer la bonne réponse* : oui/ non/ ne se prononce pas.
- Si votre état de santé justifie un recours à un médecin spécialiste, avez-vous choisi ces spécialistes selon : *Plusieurs réponses possibles, cocher la/ les réponse(s)*
 - Proximité géographique
 - Critères personnels (médecin de famille, conseillé par l'entourage)
 - Adressé par le médecin traitant
 - Proximité du lieu de travail
 - Autre (s) : _____

Concernant les services d'urgences :

- Quel est le temps de trajet entre votre domicile et le service d'urgences le plus proche en voiture ? _____ minutes
- Quelle est votre fréquence annuelle de recours aux urgences ? _____ par an

Vous arrive-t-il de consulter au Service d'Accueil des Urgences à cause : (*Entourer la bonne réponse*)

- D'un défaut d'accessibilité de votre médecin traitant : oui/ non/ Ne se prononce pas.
- D'un défaut d'accès aux autres spécialités (délai/ distance) : oui/ non/ ne se prononce pas
- Autre (s) : _____

Répondre aux questions suivantes par :

1 = Pas du tout d'accord, **2** = Plutôt pas d'accord, **3** = Ni d'accord ni pas d'accord, **4** = Plutôt d'accord,

5 = Totalement d'accord

- D'une manière générale je consulte les spécialistes de proximités où mon médecin traitant m'adresse. ○
- J'ai des difficultés à obtenir un rendez-vous avec des médecins spécialistes (Gynécologue obstétricien, Ophtalmologue, Cardiologue...). ○
- J'ai peur de manquer de médecins spécialistes de second recours dans les années à venir. ○
- Je ne consulte pas de médecins spécialistes pour des raisons économiques. ○
- Le délai d'attente pour bénéficier d'une consultation avec un médecin spécialiste de second recours (toutes spécialités confondues) est trop long dans la communauté de commune du sud avesnois. ○
- Je suis prêt à faire plus de 45 mn de voiture/transports en commun pour consulter un spécialiste. ○
- Je rencontre des problèmes de transport pour consulter mon médecin généraliste ou les autres médecins d'autres spécialités qui m'amènent à ne pas les consulter. ○
- Je suis prêt à accepter des actes de télémédecine/téléconsultation/ télé expertise par d'autres médecins spécialistes de second recours (non connus) chez mon médecin traitant. ○
- L'offre de soins en spécialiste dans la région m'incitera à déménager. ○

Annexe 7 : Protocole.

Description de l'accès aux soins ambulatoires médicaux de second recours dans la Communauté de Commune Du Sud Avesnois

ASMASA

N° de code attribué par le promoteur 2018_11

N° ID-RCB

TRL

Recherche Impliquant la Personne Humaine (RIPH) Recherche de catégorie 3 : Recherche Non Interventionnelle

Responsable Scientifique de la recherche Investigateur Coordinateur **Dr Dubuissez, spécialiste en médecine générale, N° RPPS 10002206505**
 Adresse : 2 rue Victor Hugo 59132 Trélon
 Tel : 03.27.57.00.66 Fax :
 Mail : yves.dubuissez@wanadoo.fr

Responsable de traitement _ Promoteur **Centre Hospitalier Universitaire de Lille**
 Département à la Recherche et de l'innovation (DRI)
 6 rue Pr Laguesse
 59037 LILLE Cedex
 tél : 03 20 44 41 45

Méthodologiste

Economiste de la santé

Financeur(s) + N° de projet

N° Version en cours : 1.0

Date: 03.12.2018

HISTORIQUE DES MISES A JOUR DU PROTOCOLE

VERSION	DATE	RAISON(S) DE LA MODIFICATION
1.0	03.12.2018	DEPOT INITIAL

LISTE DES CENTRES PARTICIPANTS

N° CENTRE	SITE	INVESTIGATEUR PRINCIPAL
01	TRELON DR DUBUISSEZ	MR CARNOT DAMIEN
02	TRELON DR CATRY	MR CARNOT DAMIEN
03	TRELON DR DEUDON	MR CARNOT DAMIEN
04	WIGNEHIES DR ALLOI	MR CARNOT DAMIEN
05	WIGNEHIES DR CESAR	MR CARNOT DAMIEN
06	WIGNEHIES DR DUSSART	MR CARNOT DAMIEN
07	FOURMIES DR LEROY	MR CARNOT DAMIEN
08	FOURMIES DR COLLERY	MR CARNOT DAMIEN
09	FOURMIES DR MASTRINI	MR CARNOT DAMIEN
10	FOURMIES DR LEDIEU	MR CARNOT DAMIEN
11	FOURMIES DR WILHEM	MR CARNOT DAMIEN
12	FOURMIES DR PERROT	MR CARNOT DAMIEN
13	ANOR DR DESA	MR CARNOT DAMIEN

PAGE DE SIGNATURE DU PROTOCOLE**Code promoteur :** 2018_11**Titre long/court :** Accès aux soins ambulatoires médicaux spécialisés dans la CCSA**N° de version et date :** n°1.0 du 03/12/2018

Le coordonnateur et le promoteur s'engagent à réaliser cette étude selon le protocole, les règles et les recommandations des bonnes pratiques cliniques internationales et selon les dispositions législatives et réglementaires applicables à la recherche.

PROMOTEUR REPRESENTANT LEGAL	CHU de Lille Mr Frédéric BOIRON	DATE --/--/----	SIGNATURE
COORDONNATEUR	Dr YVES DUBUISSIEZ	DATE --/--/----	SIGNATURE

SIGNATURE DE L'INVESTIGATEUR PRINCIPAL

J'ai lu l'ensemble des pages de ce protocole dont le CHU de Lille est le promoteur, et je confirme qu'il contient toutes les informations nécessaires à la conduite de l'essai.

Je m'engage à réaliser l'essai en respectant le protocole et les termes et conditions qui y sont définis ainsi que ses éventuels amendements qui me seront transmis par le promoteur. Je m'engage à conduire ce protocole conformément aux Bonnes Pratiques Cliniques, à la Loi de Santé Publique du 9 août 2004 et du décret d'application du 16 novembre 2016 et notamment en délivrant l'information et en recueillant le consentement écrit des patients avant toute procédure de sélection du protocole.

Je m'engage à ce que les investigateurs et les autres membres qualifiés de mon équipe aient accès aux copies de ce protocole et des documents relatifs à la conduite de l'essai pour leur permettre de travailler dans le respect des dispositions figurant dans ces documents.

Je suis informé que mes données nominatives font l'objet d'un traitement automatisé ayant pour finalité la mise en place et le déroulement de la recherche. Ces informations peuvent éventuellement faire l'objet de transfert hors de l'Union Européenne. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je bénéficie auprès du promoteur d'un droit d'accès et de rectification de mes informations personnelles

INVESTIGATEUR PRINCIPAL ETABLISSEMENT	Dr Yves DUBUISSIEZ Ville, Hôpital, Service	DATE --/--/----	SIGNATURE
--	---	---------------------------	------------------

TABLE DES MATIERES

1. RATIONNEL SCIENTIFIQUE ET ETAT DE L'ART.....	116
2. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	118
2.1. Objectif principal	118
2.2. Objectifs secondaires	118
3. POPULATION CONCERNEE.....	119
3.1. Critères d'inclusion.....	119
3.2. Critères de non inclusion.....	119
4. METHODE D'OBSERVATION RETENUE.....	120
4.1. Plan experimental.....	120
4.2. Variables étudiées	119
5. DUREE PREVUE, CALENDRIER ET MODALITES D'ORGANISATION DE LA RECHERCHE	121
5.1. Calendrier prévisionnel de l'étude.....	121
5.2. Modalités d'organisation de la recherche.....	121
6. ORIGINE DES DONNEES ET LEUR MODE DE GESTION.....	122
6.1. Justification du recours aux données	122
Origine des données recueillies	121
Nature des données recueillies.....	121
Justification du recours aux données nominatives	121
6.2. Traitements des données recueillies.....	122
6.3. Mode de circulation des données.....	122
6.4. Droit d'accès aux données des sujets et documents sources	122
6.5. Conservation des documents et des données.....	122
7. METHODE D'ANALYSE STATISTIQUE DES DONNEES.....	123
7.1. Logiciel.....	123
7.2. Analyses statistiques	123
7.3. nombre de Participants.....	12
8. ASPECTS ETHIQUES ET LEGAUX.....	124
8.1. Qualification des intervenants	124
8.2. Traitement des données à caractère personnel	124
8.3. Transfert de données	124

LISTE DES ABBREVIATIONS

ABBREVIATION	DEFINITION
ARC	Attaché de recherche Clinique
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPP	Comité de Protection des Personnes
CRF/eCRF	Case Report Form/ electronic Case Report Form
EI	Evénement Indésirable
EIG	Evénement Indésirable Grave
IP	Investigateur principal
CCSA	Communauté de Commune du sud avesnois

SYNOPSIS COMPLET EN FRANÇAIS

Titre	<u>Description de l'accès aux soins médicaux ambulatoires de seconds recours dans la communauté de commune du sud avesnois</u>
Etat de la question et objectif de la recherche	Décrire l'accès aux soins médicaux ambulatoires de seconds recours dans la communauté de commune du sud avesnois, selon le délai (en jours) et la durée de trajet (en minutes).
Population concernée	La population cible de l'étude est constituée de patients consultants dans les cabinets de la CCSA (13 cabinets). Une liste de médecins généralistes a été établie en mars 2018 d'après le site internet www.ameli-direct.ameli.fr en recherchant les médecins généralistes installés dans chaque commune de la Communauté de Communes du Sud Avesnois (CCSA).
Méthode d'observation ou d'investigation retenue	Le recueil de données sera fait sous forme de questionnaires, administrés aux patients lors de consultations programmées, dans tous les cabinets de la CCSA après accord des praticiens. Ce questionnaire sera rempli par les patients en présence de l'examineur. Une journée par cabinet (total 13 cabinets, 20 patients par cabinet).
Origine et nature des données nominatives recueillies. Justification du recours à celles-ci	Aucune, le questionnaire est anonyme.
Mode de circulation des données	Les données seront codées dans le logiciel Excel, stockées dans l'ordinateur de l'investigateur. Les données sont anonymes.
Durée et modalités d'organisation de la recherche	La durée de l'étude sera d'un mois, 20 patients seront interrogés par journée et par cabinet, en consultation programmée dans l'ensemble des différents cabinets de la CCSA. Le questionnaire sera remis au praticien quand celui-ci partira en visite pour inclure les patients vus en visite programmée hors urgence.
Méthode d'analyse des données	Analyse descriptive (moyenne, médiane, écart type).
Justification du nombre de sujets ou analyse de puissance	Le nombre de sujet a été estimé à 208 patients. L'objectif principal de l'étude est de décrire le délai et la durée de trajet des patients pour accéder aux consultations de soins médicaux ambulatoires de seconds recours pour les différents spécialistes dans la communauté de commune du sud avesnois. Nous ne disposons pas de données permettant de calculer un nombre de sujets basé sur des hypothèses statistiques. Nous proposerons la participation à l'étude à tous les patients vus au cabinet un jour donné. 13 cabinets participeront à l'étude et nous estimons que chaque cabinet verra 20 patients, soit 260 patients éligibles. En considérant un taux d'acceptation de 80%, le nombre de sujets est estimé à 208.

1. RATIONNEL SCIENTIFIQUE ET ÉTAT DE L'ART

Le médecin généraliste a un rôle prépondérant dans la prise en charge globale du patient. Il est le premier maillon de la chaîne de soins. Il a une fonction d'accueil, de diagnostic, de traitement des problèmes de santé. Enfin une fonction d'orientation vers d'autres spécialités pour des pathologies complexes.

Le législateur a précisé sa mission. En effet, selon l'article 60 du code de déontologie médicale :

« Le médecin doit proposer la consultation d'un confrère dès que les circonstances l'exigent ou accepter celle qui est demandée par le malade ou son entourage. Il doit respecter le choix du malade et, sauf objection sérieuse, l'adresser ou faire appel à tout consultant en situation régulière d'exercice... »

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a relié coordination des soins et désignation par chaque assurée d'un médecin traitant. Le médecin traitant est donc devenu responsable de la rédaction de protocole de soins pour les Affections longue durée (ALD) et de la gestion du dossier médical personnel.

La loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) de 2009 donne au médecin traitant le devoir :

-d'orienter ses patients selon leurs besoins.

-de s'assurer de la coordination des soins.

-contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels et de s'assurer de la synthèse des informations.

Le médecin généraliste est confronté à différentes difficultés. D'une part il fait face au vieillissement de la population, à l'augmentation de l'incidence de certaines pathologies et de l'espérance de vie de ces patients (nécessitant de nombreuses compétences médicales, soignantes et sociales). D'autre part le médecin spécialiste généraliste doit gérer l'accessibilité des autres différents médecins spécialistes à travers la coordination du parcours de soins des patients.(124)

En 2014, à l'échelle nationale, près de 10 millions de personnes bénéficient du dispositif des affections longue durée ou ALD. Environ 1.3 million de personnes ont bénéficié de l'ouverture d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une affection sur liste en 2014. La croissance des effectifs de bénéficiaires du dispositif des affections sur liste s'est ralentie à compter de 2011, elle est estimée à +4.9% par an entre 2005 et 2012, puis +2.7% par an entre 2012 et 2014.(12) L'accès aux soins du généraliste et ceux de l'accès aux spécialistes, difficile dans certaines zones, se pose au regard de ces chiffres. Cette problématique d'accessibilité médicale est d'une importance capitale dans le parcours des soins du patient.(125)

Parallèlement à cela on observe un vieillissement de la population des médecins, la diminution du nombre de généralistes, une augmentation du nombre de spécialistes avec des inégalités importantes selon les territoires et les spécialités étudiées.(126) La région des hauts de France compte une densité médicale globale en constante augmentation depuis 2007 (augmentation de 10.3%). La médecine générale compte une densité en baisse depuis 10 ans (- 12.7%). Les autres spécialités médicales sont globalement en hausse (+10.9% toutes spécialités confondues depuis 10 ans).(18)

Au cours de l'année 2015 la consommation moyenne des actes de médecine générale en France était de 4.6 actes par bénéficiaires. Sur la période 2005/2015 on observe que la consommation moyenne de l'activité des médecins généralistes a diminué de 0.4%. Cette diminution est préoccupante dans un contexte d'accroissement démographique, de vieillissement de la population et de diminution du nombre de médecins généralistes. L'accès aux spécialistes passe par un accès aux généralistes acceptable (si le patient respecte le parcours de soins).

A noter que certains spécialistes de second recours peuvent être accessibles par les patients directement sans pénalités (ophtalmologue, stomatologue, psychiatre avant 25 ans, gynécologue).

Devant ces éléments, on constate que les indicateurs sanitaires dans les Hauts de France sont relativement inquiétants. Selon l'ARS sur la période 2006-2013, tous âges et tous genres confondus, les Hauts-de-France connaissent une mortalité supérieure à celle de la France d'un peu plus de 20%. A titre d'exemple entre 2006 et 2013, avec en moyenne annuelle 13 685 décès par maladies de l'appareil circulatoire, la région a le même différentiel de mortalité avec la France que pour la mortalité toutes causes (+21 %), l'accessibilité au cardiologue dans les Hauts de France participerait en partie à cette statistique.(7)

La région des Hauts de France présente des indicateurs démographiques positifs ; une population jeune (taux de natalité supérieure à la moyenne). Mais des indicateurs sociaux et de santé plus alarmants :

chômage 12.6%, espérance de vie plus faible de France (74 ans pour les hommes, 82 ans pour les femmes).

Les indicateurs sanitaires dans les hauts de France (différentiel de mortalité par maladies cardiovasculaires de plus de 20% par rapport à la moyenne nationale notamment) peuvent s'expliquer par différents facteurs : environnementaux, sociaux, économiques, comportementaux, désertification médicale, recours souvent trop tardif, mauvaise coordination des soins...

Néanmoins la dépense de soins (en 2011 dans le Nord-Pas-De-Calais) ambulatoire et hospitalière par an et par habitant d'un patient est en moyenne de 1911 euros contre 1846 euros pour la moyenne métropolitaine.(127) Ainsi ce n'est donc pas la consommation de soins insuffisante qui explique l'état de santé de la population. Mais plus vraisemblablement c'est l'état de santé qui explique une consommation plus importante de soins. L'accessibilité des spécialistes en amont des complications de pathologies chroniques complexes se pose.

Les difficultés d'accès aux soins de premier et second recours pourraient expliquer en partie l'état de santé relativement défavorable de la population des hauts de France.

Les difficultés d'accès aux soins sont multiples : économiques (couverture sociale, dépassements d'honoraires...), démographiques (démographie des médecins généralistes et d'autres spécialités), temporelles (délai de consultation), spatiales (distance de consultation). Celles-ci sont différentes selon les pathologies, le degré d'urgence des pathologies (aiguës/chroniques), les spécialistes, les régions étudiées.(124)

Les problématiques d'accès aux soins seraient également différentes en fonction du point de vue des patients ou celui des médecins généralistes.(128)

Ainsi pour remédier à cette situation des maisons de santé pluridisciplinaires représentent une des solutions à la désertification médicale, comme dans la Communauté de Commune du Sud Avesnois, les maisons de santé d'Anor, Fourmies, Glageon. Ces maisons de santé, par la création de consultations spécialisées (sous forme de vacations), d'actes de télé médecine/ télé consultations/ télé expertises permettraient un meilleur accès aux différents spécialistes de second recours et un parcours de soins plus efficace pour les patients.

Aucune étude n'a évalué l'accès aux soins secondaires « réel », selon le point de vue des patients dans une zone comme la Communauté de Commune du Sud Avesnois. Celle-ci présente des caractéristiques propres : isolement géographique, réseau urbain difficile, indicateurs sociaux et économiques défavorables, désertification médicale.

L'accès aux soins du généraliste et des autres spécialistes doit être acceptable selon le délai, la distance et le coût. Cet accès est primordial dans une démarche de prévention et de soins adéquats à l'état de santé de la population. **Cet accès doit être acceptable en termes de délai et de durée de trajet.**

L'objectif principal de l'étude est de décrire l'accessibilité, dans sa dimension spatiale et temporelle, aux consultations de soins médicaux ambulatoires de seconds recours dans la communauté de commune du sud avesnois.

La question financière de l'accès aux soins ne sera pas étudiée dans ce travail.

2. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

2.1. OBJECTIF PRINCIPAL ET CRITERE PRINCIPAL

Objectif principal : Décrire l'accès aux soins médicaux ambulatoires de seconds recours dans la communauté de commune du sud avesnois, selon le délai (en jours) et la durée de trajet (en minutes).

Le critère de jugement principal est de décrire pour chaque patient de la CCSA, lors de sa dernière demande de rendez-vous avec un médecin spécialiste de second recours, dans les cinq dernières années :

- la durée de trajet en minutes pour se rendre à une consultation, pour les différents spécialistes médicaux de second recours ou premier recours adressé par le médecin traitant de la CCSA (trajet du domicile du patient au cabinet du médecin spécialiste).

- le délai d'obtention d'une consultation en jour (délai entre la demande de rendez-vous du patient et la consultation effective), pour les différents spécialistes médicaux de second recours ou premier recours adressé par le médecin traitant de la CCSA.

2.2. Objectifs secondaires

Les critères de jugement secondaires sont d'évaluer :

- La fréquence de consultation des médecins spécialistes en ambulatoire.
- Les habitudes de fréquentation du service d'accueil des urgences par rapport à cette difficulté d'accès aux soins spécialisés ambulatoires des patients de la communauté de commune du sud avesnois.
- Décrire les critères de choix par les patients des spécialistes.
- Evaluer l'accès aux soins des examens paracliniques de base (tomodensitométrie, IRM) en termes de délai de rendez-vous et durée de trajet.
- Etudier la durée de trajet et le délai de consultation des patients à leur médecin traitant.

3. POPULATION CONCERNÉE

3.1. Critères d'inclusion

- Avoir accepté de répondre au questionnaire.
- Être majeur.
- Résider dans la CCSA

3.2. Critères de non-inclusion

- Les patients ayant du mal à s'exprimer et à comprendre ou lire le français.
- Les spécialités se référant aux soins tertiaires (neurochirurgie notamment) ne sont pas incluses dans le questionnaire.
- Les spécialités chirurgicales ne sont pas incluses dans le questionnaire.
- Les patients consultants ponctuellement des spécialistes à des distances éloignées pour des raisons personnelles (vacances) ne sont pas inclus.
- Être mineur
- Avoir refusé de participer à l'étude
- Avoir déjà participé à l'étude

4. METHODE D'OBSERVATION RETENUE

4.1. Plan expérimental

Il s'agit d'une étude descriptive, transversale, multicentrique.

L'évaluation se fera sous forme de questionnaires.

La CCSA est composée de 13 médecins, l'ensemble des cabinets médicaux de généralistes seront interrogés.

Lors d'une journée de recueil par cabinet, environ 20 patients seront interrogés par cabinet, en présence de l'examineur, après avoir recueilli l'accord du médecin généraliste et des patients.

Sur une période d'un mois en dehors des vacances scolaires, tous les jours de la semaine hormis le mercredi.

Tous les patients volontaires, majeurs, de la communauté de commune du sud avesnois, seront inclus.

5. DURÉE PRÉVUE, CALENDRIER ET MODALITÉS D'ORGANISATION DE LA RECHERCHE

5.1. Calendrier prévisionnel de l'étude

La période d'inclusion se déroulera sur une période d'un mois. L'ensemble des cabinets médicaux des médecins généralistes de la CCSA seront interrogés, soit 13 cabinets. L'interrogatoire des patients se déroulera sur une journée par cabinet, environ 20 patients seront interrogés par cabinets, dont l'accord sera recueilli préalablement.

5.2. Modalités d'organisation de la recherche

Modalités d'information des participants :

Le patient sera informé avant inclusion de l'objectif de l'étude et du traitement des données le concernant qui seront recueillies au cours de cette recherche. Le patient sera en droit de s'opposer ou rectifier ses données au cours de l'enquête.

Le questionnaire est totalement anonyme.

L'investigateur vérifiera les critères d'éligibilités, recueillera l'accord du patient pour l'inclure, un accord oral sera donné.

Le participant pourra, à tout moment, s'opposer à l'utilisation de ses données, dans le cadre de la recherche.

Modalités d'identification des participants

L'ensemble des cabinets médicaux des médecins généralistes de la CCSA participeront à l'étude. Le jour de semaine (en dehors du mercredi) choisi après discussion entre l'investigateur et le médecin d'un cabinet donné, l'étude sera proposée à tous les patients de ce cabinet. Après vérification des critères d'inclusion et d'exclusion et recueil du consentement, les patients seront inclus dans l'étude.

Modalités de suivi des participants

Cette étude est transversale, chaque patient sélectionné répondra au questionnaire après vérification de la non-opposition.

6. ORIGINE DES DONNEES ET LEUR MODE DE GESTION

6.1. Justification du recours aux données

Le recueil des données se fera sous forme de questionnaire. Les patients seront interrogés dans les différents cabinets de la CCSA.

Le questionnaire est divisé en cinq parties.

Une première partie avec toutes les caractéristiques du patient (Age, sexe, activité socioprofessionnelle, sécurité sociale, moyen de transport). 7 questions fermées.

Une deuxième partie sur l'accès au médecin généraliste, orientant l'accès aux soins des spécialistes (Age du médecin traitant, lieu d'exercice, fréquence et délai de consultation). 7 questions fermées.

Une troisième partie sur l'objectif principal de la recherche : lors de sa dernière demande de rendez-vous avec un médecin spécialiste de second recours, l'accès aux spécialistes (délai de consultation durée de trajet) et certains objectifs secondaires fréquence de consultation des spécialistes par les patients, parcours de soins respecté). 7 questions fermées.

Une quatrième partie sur l'accès aux Service d'Accueil des Urgences sur les habitudes de fréquentation des patients du service d'accueil des urgences par rapport à l'accessibilité aux soins spécialisés. 3 questions fermées.

Une cinquième partie avec une présentation type échelle de likert, reposant sur l'accès aux soins spécialisés ambulatoires et le ressenti des patients sur cette problématique.

6.2. Traitements des données recueillies

Les données seront collectées à l'aide du questionnaire papier et seront ensuite enregistrées dans un fichier électronique (base de données) de type tableur Excel sur un seul ordinateur portable professionnel.

Le fichier électronique sera stocké et sécurisé à l'aide d'un mot de passe sur l'ordinateur de l'investigateur.

6.3. Mode de circulation des données

Les données seront stockées dans un fichier informatisé sur un seul ordinateur (celui de l'investigateur).

6.4. Droit d'accès aux données des sujets et documents sources

6.5. Conservation des documents et des données

Les documents et données seront conservés pendant 25 ans après la fin de l'étude.

7. METHODE D'ANALYSE STATISTIQUE DES DONNEES

7.1. Logiciel

SAS version 9.3 ou supérieure

7.2. Analyses statistiques

Les analyses statistiques seront réalisées à l'aide du logiciel SAS (version 9.3 ou supérieure) et conduite à l'unité de méthodologie, biostatistiques et data management du CHU de Lille sous la responsabilité du Pr A. Duhamel. Les variables qualitatives seront décrites par les effectifs et les pourcentages. Les variables quantitatives seront décrites par la moyenne et l'écart type en cas de distribution gaussienne, ou par la médiane et l'interquartile (i.e. 25^{ième} et 75^{ième} percentiles) dans le cas contraire. La normalité des distributions sera testée par un test de Shapiro-Wilk et vérifiée graphiquement par des histogrammes.

7.3. Nombre de Participants

L'objectif principal de l'étude est de décrire le délai et la durée de trajet des patients pour accéder aux consultations de soins médicaux ambulatoires de seconds recours dans la communauté de commune du sud avesnois. Nous ne disposons pas de données permettant de calculer un nombre de sujets basé sur des hypothèses statistiques. Nous proposerons la participation à l'étude à tous les patients vus au cabinet un jour donné. 13 cabinets participeront à l'étude et nous estimons que chaque cabinet verra 20 patients, soit 260 patients éligibles. En considérant un taux d'acceptation de 80%, le nombre de sujets est estimé à 208.

8. ASPECTS ETHIQUES ET LEGAUX

8.1. Qualification des intervenants

Les recherches ne peuvent être effectuées que si elles sont réalisées dans les conditions suivantes :

- sous la direction et sous la surveillance d'un médecin justifiant d'une expérience appropriée ;
- dans des conditions matérielles et techniques adaptées à la recherche et compatibles avec les impératifs de rigueur scientifique et de sécurité des personnes qui se prêtent à ces recherches.

Dans les sciences du comportement humain, une personne qualifiée, conjointement avec l'investigateur, peut exercer la direction de la recherche.

Les recherches concernant le domaine de l'odontologie ne peuvent être effectuées que sous la direction et la surveillance d'un chirurgien-dentiste ou d'un médecin justifiant d'une expérience appropriée.

Les recherches impliquant la personne humaine concernant le domaine de la maïeutique et conformes aux dispositions du dernier alinéa de l'article L. 1121-5 ne peuvent être effectuées que sous la direction et la surveillance d'un médecin ou d'une sage-femme.

Les recherches mentionnées au 2° de l'article L. 1121-1 concernant le domaine des soins infirmiers ne peuvent être effectuées que sous la direction et la surveillance d'un infirmier ou d'un médecin.

Les recherches mentionnées au 2° de l'article L. 1121-1 et qui n'ont aucune influence sur la prise en charge médicale de la personne qui s'y prête, ainsi que les recherches non interventionnelles, peuvent être effectuées sous la direction et la surveillance d'une personne qualifiée. Le comité de protection des personnes s'assure de l'adéquation entre la qualification du ou des investigateurs et les caractéristiques de la recherche.

8.2. Traitement des données à caractère personnel

Le traitement des données sera réalisé dans les conditions de confidentialité définies par la délibération no 2016-262 du 21 juillet 2016 portant modification de la méthodologie de référence pour les traitements de données personnelles opérés dans le cadre des recherches impliquant la personne humaine (MR-003)

Les données concernant cette étude seront archivées pendant une durée minimum de quinze ans à compter de la fin de la recherche ou de son arrêt anticipé sans préjudice des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

8.3. Transfert de données

Dans le cadre de cette recherche, aucun transfert de données ne sera réalisé

Bibliographie

1. Grateau P. Chapitre VII. Les Français et la santé d'après les cahiers de doléances de 1789 [Internet]. Presses universitaires de Rennes; 2001 [cité 29 déc 2018]. Disponible sur: <http://books.openedition.org/pur/23383>
2. Accès aux soins en France – La fracture sanitaire s'aggrave ! [Internet]. [cité 18 déc 2017]. Disponible sur: <https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-acces-aux-soins-en-france-la-fracture-s-aggrave-n21799/>
3. Barometre_Drees_synthese2013.pdf [Internet]. [cité 31 déc 2018]. Disponible sur: https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Barometre_Drees_synthese2013.pdf
4. Grateau P. Les cahiers de doléances : Une relecture culturelle. Presses universitaires de Rennes; 2015. 590 p.
5. er_1035.pdf [Internet]. [cité 31 déc 2018]. Disponible sur : http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Drees/EtudesResultats/2017/1035/er_1035.pdf
6. whr00_press_release.pdf [Internet]. [cité 30 déc 2018]. Disponible sur : https://www.who.int/whr/2000/media_centre/en/whr00_press_release.pdf?ua=1
7. esp2017.pdf [Internet]. [Cité 12 juin 2018]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>
8. Espérance de vie - Mortalité – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 30 déc. 2018]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303354?sommaire=3353488>
9. ESP2017_Ouvrage_complet_vdef.pdf [Internet]. [Cité 10 janv 2019]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/etat_sante_2017/ESP2017_Ouvrage_complet_vdef.pdf
10. Observatoire-de-lacces-aux-soins_Edition-2014.pdf [Internet]. [Cité 9 janv 2018]. Disponible sur: http://www.jalma.com/wp-content/uploads/2014/01/Observatoire-de-lacces-aux-soins_Edition-2014.pdf
11. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 - Insee Première - 1089 [Internet]. [Cité 6 janv 2019]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826>
12. Maladies - Accidents – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [Cité 20 déc 2017]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2569380?sommaire=2587886&q=ALD>
13. Fumery M, Savoye G, Pariente B, Turck D, Gower-Rousseau C. Épidémiologie et histoire naturelle des maladies inflammatoires chroniques intestinales : 30 ans de registre EPIMAD. *Hépatogastro Oncol Dig*. 1 févr 2018;25(2):145-52.
14. Gower-Rousseau C, Fumery M, Savoye G, Sarter H, Pariente B, Turck D.

- Épidémiologie et histoire naturelle des maladies inflammatoires chroniques intestinales de l'enfant. *Hépatogastro Oncol Dig.* 1 nov 2018;25(9):895-902.
15. Sejourne E, Pare F, Moulevrier P, Tanguy M, Fanello S. Modalités de constitution du carnet d'adresses des médecins généralistes. *Prat Organ Soins.* 2010;Vol. 41(4):331-9.
 16. 4792_these_fatiha.pdf [Internet]. [cité 6 janv 2019]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4792_these_fatiha.pdf
 17. Lapeyre N, Feuvre NL. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. *Rev Fr Aff Soc.* 2005;(1):59-81.
 18. atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf [Internet]. [cité 28 nov 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf
 19. 10 000 médecins de plus depuis 2012 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 6 janv 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/10-000-medecins-de-plus-depuis-2012-11836>
 20. Démographie médicale 2017 | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 28 nov 2017]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2365>
 21. 30481_rac1_sans_ecart.pdf [Internet]. [cité 16 avr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/image/pdf/2016-07/30481_rac1_sans_ecart.pdf
 22. Com-Ruelle L. Recours aux soins ambulatoires et distances parcourues par les patients : des différences importantes selon l'accessibilité territoriale aux soins. 2016;8.
 23. MeP PRAPS-PRS 2018-2023 (DYNAMIQUE)-BAT .pdf [Internet]. [cité 28 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2018-07/MeP%20PRAPS-PRS%202018-2023%20%28DYNAMIQUE%29-BAT%20.pdf>
 24. 73efe436-4c42-494f-85a3-cd0ffe3858d2.pdf [Internet]. [cité 29 nov 2017]. Disponible sur: <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/73efe436-4c42-494f-85a3-cd0ffe3858d2>
 25. Dossier complet – Intercommunalité-Métropole de CC du Sud Avesnois (200043404) | Insee [Internet]. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=EPCI-200043404>
 26. aed2c576-d399-415c-a03e-3c7a8bedd0b1.pdf [Internet]. [cité 20 déc 2017]. Disponible sur: <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/aed2c576-d399-415c-a03e-3c7a8bedd0b1>
 27. actes_acces_soins-16oct2012.pdf [Internet]. [cité 2 avr 2019]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/actes_acces_soins-16oct2012.pdf
 28. er1085-2.pdf [Internet]. [cité 19 oct 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1085-2.pdf>

29. er1085-2.pdf [Internet]. [cité 7 avr 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1085-2.pdf>
30. Bonastre J. L'accès aux soins en cancérologie :évolution de l'offre et recours aux soins entre 2005 et 2012. 2005;8.
31. dt133-etudes_et_recherches.pdf [Internet]. [cité 20 févr 2018]. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt133-etudes_et_recherches.pdf
32. Qes164.pdf [Internet]. [cité 9 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes164.pdf>
33. dd17.pdf [Internet]. [cité 18 avr 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd17.pdf>
34. Com-Ruelle L. Recours aux soins ambulatoires et distances parcourues par les patients : des différences importantes selon l'accessibilité territoriale aux soins. 2016;8.
35. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France). Les distances d'accès aux soins en France métropolitaine au 1er janvier 2007. Paris: IRDES; 2011.
36. Com-Ruelle L. Recours aux soins ambulatoires et distances parcourues par les patients : des différences importantes selon l'accessibilité territoriale aux soins. 2016;8.
37. Recommandations-pour-le-3e-plan-cancer.pdf [Internet]. [cité 7 avr 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recommandations-pour-le-3e-plan-cancer.pdf>
38. er_970.pdf [Internet]. [cité 8 janv 2019]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_970.pdf
39. Équipement automobile des ménages en 2015 | Insee [Internet]. [cité 8 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012694#titre-bloc-3>
40. Enquête mobilité des personnes : une enquête sur les déplacements des personnes et leurs modes de transport | Insee [Internet]. [cité 8 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/3365007>
41. Les-solutions-de-mobilité-soutenable-et-milieu-rural-et-périurbain.pdf [Internet]. [cité 8 avr 2019]. Disponible sur: <https://reseauactionclimat.org/wp-content/uploads/2017/04/Les-solutions-de-mobilite%CC%81-soutenable-et-milieu-rural-et-pe%CC%81riurbain.pdf>
42. Pappalardo M, Armoogum J, Hubert J-P, Roux S, Paris-Est P, Jeannic TL, et al. La mobilité des Français Panorama issu de l'enquête nationale transports et déplacements 2008. 2010;228.
43. er866.pdf [Internet]. [cité 31 déc 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er866.pdf>
44. La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 1 avr 2019].

- Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-moitie-des-rendez-vous-sont-obtenus-en-2-jours-chez-le-generaliste-en-52-11887>
45. Accès aux soins : promouvoir l'innovation en santé dans les territoires [Internet]. [cité 31 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r16-686/r16-6865.html>
 46. BARLET M, COLLIN C, BIGARD M, LÉVY D. Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité. :4.
 47. Lucas-Gabrielli V, Nestrigue C, Coldefy M. Analyse de sensibilité de l'Accessibilité potentielle localisée (APL). 2016;48.
 48. Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 8 avr 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences-hospitalieres-juin-2013>
 49. 08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf [Internet]. [cité 8 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf>
 50. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé [Internet]. [cité 8 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6852.html>
 51. Médecine et soins de proximité. 2010;23.
 52. Brochure Accès aux soins Web 050218_0.pdf [Internet]. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2018-03/Brochure%20Acc%C3%A8s%20aux%20soins%20Web%20050218_0.pdf
 53. Vigier MP. Président M. ALEXANDRE FRESCHI. :237.
 54. Fournier C. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. :8.
 55. La télémédecine est enclenchée en Sud Avesnois ! [Internet]. [cité 10 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.femas-hdf.fr/la-telemedecine-est-enclenchee-en-sud-avesnois/>
 56. Rapport_final_Telemedecine.pdf [Internet]. [cité 2 avr 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_Telemedecine.pdf
 57. Pratique avancée : lentement mais sûrement | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 22 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2812>
 58. Grâce au travail aidé et à la délégation de tâches, les ophtalmos voient l'horizon s'éclaircir [Internet]. [cité 10 avr 2019]. Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2019/01/25/grace-au-travail-aide-et-la-delegation-de-taches-les-ophtalmos-voient-lhorizon-seclaircir_865299

59. La médecine spécialisée en France et à l'étranger. 2019;99.
60. Les politiques de lutte contre la désertification médicale. 2018;252.
61. Mirallès PK, Guay N, Picavet J. Les Nanotechnologies, Biotechnologies, l'Intelligence artificielle et les sciences Cognitives (NBIC) sont-elles l'avenir des soins de santé ? :23.
62. Commentaires_MG_FRANCE_Loi_sante_2019_Mars_2019_1.pdf [Internet]. [cité 10 avr 2019]. Disponible sur: https://cdn.mgfrance.org/images/MGCommunique/Commentaires_MG_FRANCE_Loi_sante_2019_Mars_2019_1.pdf
63. Admin S, Admin S. Système de santé, médico-social et social [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 28 févr 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/systeme-de-sante-et-medico-social/article/systeme-de-sante-medico-social-et-social>
64. Organisation_CSR_sept2009.pdf [Internet]. [cité 20 févr 2018]. Disponible sur: http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module1/module01/Organisation%20_CSR_sept2009.pdf
65. hcaam_seance_23_mars_2017_-_medecine_specialisee.pdf [Internet]. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_seance_23_mars_2017_-_medecine_specialisee.pdf
66. Sagnes-Raffy DC. ORGANISATION GÉNÉRALE DU SYSTÈME DE SANTÉ EN FRANCE. 2009;13.
67. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés [Internet]. [cité 13 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes>
68. Loi Hôpital Patients Santé et Territoires. 2018;45.
69. vademecum_loi_HPST.pdf [Internet]. [cité 9 janv 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum_loi_HPST.pdf
70. parcours_de_soins_coordonne_a_1_hopital-2.pdf [Internet]. [cité 13 févr 2018]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours_de_soins_coordonne_a_1_hopital-2.pdf
71. Soins de santé primaires : les pratiques professionnelles en France et à l'étranger. 2018;380.
72. quest-rep_parcours_de_soins.pdf [Internet]. [cité 11 avr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/quest-rep_parcours_de_soins.pdf
73. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. 2009;6.
74. Cartier et al. - Constats sur l'organisation des soins primaires en.pdf [Internet]. [cité 11

- juin 2018]. Disponible sur: http://www.lecmg.fr/livreblanc/docs/04-65-71_exercer101_cartier.pdf
75. OMS | Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires [Internet]. WHO. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/annexe_3_experiences_etrangeres.pdf [Internet]. [cité 8 août 2018]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/annexe_3_experiences_etrangeres.pdf
 76. annexe_3_experiences_etrangeres.pdf [Internet]. [cité 8 août 2018]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/annexe_3_experiences_etrangeres.pdf
 77. Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires : examen des articles [Internet]. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/108-380-1/108-380-17.html>
 78. Verga-Gérard A, Afonso M, Bénard A, Chapron A, Chau K, Doussiet E, et al. Les soins primaires : une définition du champ pour développer la recherche [Primary care: A definition of the field to develop research]. *Epidemiol Public Health Rev* *Epidémiologie Santé Publique*. mars 2018;66(2):157-62.
 79. médicales F des maisons. Partie 1 [Internet]. Fédération des maisons médicales. [cité 7 août 2018]. Disponible sur: <https://www.maisonmedicale.org/-Partie-1-.html>
 80. 3.1.1 Gradation des soins hospitaliers - ICARS [Internet]. [cité 7 août 2018]. Disponible sur: <http://www.icarsante-paca.fr/article.php?larub=302&titre=3-1-1-gradation-des-soins-hospitaliers>
 81. BDSP - Glossaire Européen en Santé Publique - Soins tertiaires [Internet]. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/Scripts/Show.bs?bqRef=343>
 82. En métropole [Internet]. [cité 9 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/consultations/metropole>
 83. Presentation de la protection maladie universelle [Internet]. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: https://www.cmu.fr/protection_universelle_maladie_puma.php
 84. En situation irrégulière - AME [Internet]. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/situations-particulieres/situation-irreguliere-ame>
 85. En situation irrégulière - AME | ameli.fr | Assuré [Internet]. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/droits-demarches/situations-particulieres/situation-irreguliere-ame>
 86. Haute Autorité de Santé - Affections de longue durée (ALD) - Questions-réponses [Internet]. [cité 11 juin 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_428814/fr/affections-de-longue-duree-ald-questions-reponses?id=c_428814&#c_428933
 87. Bilan démographique 2017 - Insee Première - 1683 [Internet]. [cité 9 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3305173>
 88. Projections de population à l'horizon 2060 - Insee Première - 1320 [Internet]. [cité 10

- janv 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151>
89. Évolution de la population – Bilan démographique 2017 | Insee [Internet]. [cité 10 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892117?sommaire=1912926>
 90. Géographie de la région Hauts-de-France | La préfecture et les services de l'État en région Hauts-de-France [Internet]. [cité 12 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.prefectures-regions.gouv.fr/hauts-de-france/Region-et-institutions/Portrait-de-la-region/Geographie/Geographie-de-la-region-Hauts-de-France>
 91. Les Hauts-de-France passent la barre des 6 millions d'habitants - Insee Analyses Hauts-de-France - 40 [Internet]. [cité 12 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2553773>
 92. Fragilité sociale dans les Hauts-de-France : la crise a renforcé les inégalités territoriales - Insee Analyses Hauts-de-France - 45 [Internet]. [cité 12 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2665368>
 93. atlas_st_actualisation_2016.pdf [Internet]. [cité 23 déc 2018]. Disponible sur: http://hauts-de-france.direccte.gouv.fr/sites/hauts-de-france.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/atlas_st_actualisation_2016.pdf
 94. Le taux de chômage est stable au troisième trimestre 2018 - Informations rapides - 300 | Insee [Internet]. [cité 12 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3648425>
 95. Francione R, Bissonnier C. Avec la participation de : :63.
 96. cnom_atlas_2018_0.pdf [Internet]. [cité 21 janv 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf
 97. cnom_atlas_2018_synthese_activite_reguliere_0.pdf [Internet]. [cité 21 janv 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_synthese_activite_reguliere_0.pdf
 98. er1011.pdf [Internet]. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/61776/1/er1011.pdf>
 99. er1061.pdf [Internet]. [cité 22 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/75537/1/er1061.pdf>
 100. Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie Séance du 15 décembre 2016 Formation et « fabrique » des spécialistes. :45.
 101. nord_pas_de_calais_2013.pdf [Internet]. [cité 22 janv 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/nord_pas_de_calais_2013.pdf
 102. SOLARD J. Les disparités territoriales d'accès aux soins hospitaliers : comparaison de deux spécialités. :6.

103. La médecine spécialisée libérale en France. 2017;108.
104. cns_2017.pdf [Internet]. [cité 20 févr 2018]. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns_2017.pdf
105. cnpexercicemedicalalhorizon2020.pdf [Internet]. [cité 11 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnpexercicemedicalalhorizon2020.pdf>
106. accessibilite_soins.pdf [Internet]. [cité 17 avr 2018]. Disponible sur: http://epe.cirad.fr/fr/doc/accessibilite_soins.pdf
107. 46_Densite_repartie.pdf [Internet]. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: http://argses.free.fr/textes/46_Densite_repartie.pdf
108. er764.pdf [Internet]. [cité 20 févr 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er764.pdf>
109. er_1035.pdf [Internet]. [cité 12 avr 2018]. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1035.pdf
110. Barlet M, Coldefy M, Collin C, Lucas-Gabrielli V. L 'Accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux. 2012;8.
111. BARLET M. N° 795 - L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux. :8.
112. L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 8 janv 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/l-indicateur-d-accessibilite-potentielle-localise-apl/article/l-indicateur-d-accessibilite-potentielle-localisee-apl>
113. La mesure de l'accessibilité aux médecins de premier recours en Île-de-France. :43.
114. N29.pdf [Internet]. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.ors-idf.org/dmddocuments/2015/cahier/N29.pdf>
115. fiche_exercice_regroupe_web.pdf [Internet]. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_exercice_regroupe_web.pdf
116. DREES L. 21 Accessibilité aux soins : les zones de vigilance. :4.
117. 20a_fmm_1_maisonmedicale.pdf [Internet]. [cité 8 nov 2018]. Disponible sur: http://www.prescrire.org/docu/postersangers/20a_fmm_1_maisonmedicale.pdf
118. Population selon le sexe et la catégorie socioprofessionnelle en 2017 | Insee [Internet]. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381478>

119. Dossier complet – Intercommunalité-Métropole de CC du Sud Avesnois (200043404) | Insee [Internet]. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=EPCI-200043404>
120. Quelques chiffres ... [Internet]. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.ch-fourmies.fr/page-10006.html>
121. livretdaccueil.pdf [Internet]. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: <http://polyclinique-thierache.fr/uploads/sites/PCT/doc/livretdaccueil.pdf>
122. POLYCLINIQUE THIERACHE [Internet]. [cité 8 nov 2018]. Disponible sur: <http://polyclinique-thierache.fr/index.php?page=40&id=1>
123. Le Pôle de Santé Sud Avesnois [Internet]. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.femas-hdf.fr/pole-de-sante-sud-avesnois/>
124. dd17.pdf [Internet]. [cité 19 déc 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd17.pdf>
125. Cash E, Cash R, Dupilet C, Pinilo M, Richard T. Enquête qualitative préalable à la mise en place d'un dispositif statistique sur la mesure des délais d'attente dans l'accès aux soins. :144.
126. Com-Ruelle L. Recours aux soins ambulatoires et distances parcourues par les patients : des différences importantes selon l'accessibilité territoriale aux soins. 2016;8.
127. ARS_NPDC_Rapport_Final_evaluation_PRS_1__3__01_0.pdf [Internet]. [cité 15 nov 2017]. Disponible sur: https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/ARS_NPDC_Rapport_Final_evaluation_PRS_1__3__01_0.pdf
128. Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitain. :8.
129. 211452_carte-sud-avesnois.png (893×956) [Internet]. [cité 20 avr 2019]. Disponible sur: https://www.fourmies.fr/upload/img/211452_carte-sud-avesnois.png

AUTEUR : Nom : CARNOT

Prénom : DAMIEN

Date de Soutenance : 21 mai 2019

Titre de la Thèse : L'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours. Etude auprès des patients de la communauté de communes du sud avesnois.

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : médecine générale

DES + spécialité : DES médecine générale

Mots-clés : accès aux soins, accessibilité aux soins, renoncement aux soins, démographie médicale, distance de consultation, délai de consultation, médecins spécialistes, soins de second recours.

Résumé :

Contexte : La proximité et la disponibilité des médecins spécialistes (MS) posent un problème majeur de santé publique. La démographie médicale des MS évolue et engendre des inégalités, notamment en milieu rural. L'accès aux MS dans la Communauté de Communes du Sud Avesnois (CCSA) en est un exemple. Nous avons ainsi voulu décrire les conditions d'accès spatial et temporel aux MS qui poseraient problème dans la CCSA.

Méthode : Etude transversale, descriptive, quantitative, proposée à l'ensemble de la patientèle des médecins généralistes (MG) de la CCSA sur une journée de consultation (soit environ 20 patients par cabinet et par jour) sous la forme d'un questionnaire. Recherche menée sur une période de deux mois, du 3/12/2018 au 28/01/2019.

Résultats : 368 patients ont été interrogés dans les 13 cabinets des MG de la CCSA. L'ophtalmologie (délai de consultation en moyenne de 177 jours (IC95% [161-193])) et la dermatologie (107 jours (IC 95% [83-132])) sont les deux spécialités les moins disponibles. La durée de trajet était, en moyenne, de plus de 45 minutes pour les quatre spécialistes les moins proches des patients de la CCSA, soit 47 minutes pour l'urologue (IC 95% [38-55]), 49 minutes pour le rhumatologue (IC95% [38.47-59.74]), 57 minutes pour le neurologue (IC 95% [43-66]), et 80 minutes pour l'oncologue (IC95% [64-94]). 30% des patients interrogés ont déjà renoncé à une consultation avec un MS du fait d'un délai de consultation trop long. 39% des patients ont déjà renoncé à une consultation chez un MS, à cause d'une durée de trajet trop longue. 86% des patients interrogés privilégient l'offre de soins en spécialistes locaux. Néanmoins 59% des patients ont du mal à obtenir un rendez-vous avec ces MS. Enfin, 77 % des patients ont peur de manquer de MS dans les années à venir.

Conclusion : L'accès aux MS est relativement préservé dans la CCSA, hormis certaines spécialités où la durée de trajet peut être source d'inégalités pour les patients de cette zone. Cela a pour conséquence des recours inappropriés aux urgences et un renoncement aux soins.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Damien SUBTIL

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Pierre DESREUMAUX
Monsieur le Professeur Jean Marc LEFEBVRE**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Yves DUBUISSEZ