



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 médecins généralistes de la Communauté de Communes du
Sud-Avesnois.

Présentée et soutenue publiquement le 21 avril 2019 à 16 heures au pôle recherche
Par Vincent DUFILHO

JURY

Président : Monsieur le Professeur Damien Subtil

Assesseurs : Monsieur le Professeur Pierre Desreumaux

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Dubuissez Yves

Avertissement

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

Liste des abréviations

SMASR : Soins médicaux ambulatoires de second recours

MS : Médecin spécialiste

CCSA : Communauté de Communes du Sud-Avesnois

MG : Médecin généraliste

MSP : Maison de santé pluridisciplinaire

RIAP : Relevé individuel d'activité professionnelle

CMU : Couverture maladie universelle

ALD : Affection longue durée

ARS : Agence régionale de santé

IRM : Imagerie à résonance magnétique

TDM : Tomodensitométrie

CHU : Centre hospitalier universitaire

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

FHF : Fédération hospitalière de France

URPS : Union régionale des professionnels de santé

Table des matières

Résumé.....	p.10
I) Introduction.....	p.14
II) Matériel et méthode.....	p.19
III) Résultats.....	p.23
A) Caractéristiques des médecins interrogés.....	p.23
B) Caractéristiques de la patientèle des médecins interrogés.....	p.24
C) Analyse des caractéristiques des MG et de leur patientèle.....	p.27
D) Les SMASR pour lesquelles il semble exister des difficultés d'accès.....	p.28
E) Les SMASR pour lesquelles il ne semble pas exister de difficulté d'accès.....	p.34
F) Les SMASR pour lesquelles il risque d'exister des difficultés des difficultés d'accès dans 5 ans.....	p.39
G) Les points forts de la CCSA.....	p.41
H) Les causes des difficultés d'accès.....	p.48
I) Les conséquences des difficultés d'accès aux SMASR.....	p.60
J) Le ressenti sur la pérennité de l'offre de soin dans la CCSA.....	p.67
K) Les idées envisageables pour favoriser l'accès aux SMASR.....	p.71
IV) Discussion de la validité de l'étude.....	p.86
V) Discussion des résultats.....	p.89
A) Le ressenti global du système de santé.....	p.89
B) Les causes des difficultés d'accès aux SMASR.....	p.95
C) Les conséquences des difficultés d'accès aux SMASR.....	p.101
D) Le ressenti sur la pérennité de l'offre de soin dans la CCSA.....	p.104
E) Les idées envisageables pour favoriser l'accès aux SMASR.....	p.105
VI) Conclusion.....	p.117
Annexe 1 : Le système de santé en France.....	p.119
Annexe 2 : Démographie.....	p.123
Annexe 3 : Accès et accessibilité aux soins.....	p.126
Annexe 4 : Les maisons de santé pluridisciplinaires.....	p.128
Annexe 5 : La CCSA.....	p.129
Annexe 6 : La grille d'entretien.....	p.133
Annexe 7 : Les verbatims.....	p.135

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 soins médicaux ambulatoires de second recours (SMASR) dans la Communauté de Communes du Sud-Avesnois (CCSA) en est un exemple. Nous avons ainsi voulu décrire l'accès spatial et temporel aux MS qui semblent poser des difficultés dans la CCSA.

Méthode : Cette étude est une enquête qualitative, par questionnaires semi-directifs, auprès de 12 des 13 médecins généralistes en activité au sein de la CCSA, de novembre 2018 à février 2019.

Résultats : Les spécialités les plus concernées par les difficultés d'accès pour les patients de la CCSA semblent être l'ophtalmologie et la psychiatrie, ainsi que la dermatologie et l'ORL dans une moindre mesure. L'inquiétude est grande concernant l'évolution dans 5 ans de cet accès aux SMASR : la cardiologie, l'ORL, la pneumologie et la dermatologie étaient les spécialités pour lesquelles l'inquiétude était la plus vive. Le manque de spécialistes de proximité était décrit comme la cause principale de ces difficultés d'accès, avec d'un côté un défaut d'attractivité du territoire, et de l'autre une difficulté pour les patients d'accéder aux moyens de transport nécessaires pour aller à la rencontre de ces spécialistes. La précarité sociale semblait être le dénominateur commun à ces deux problématiques majeures.

Conclusion : L'accès aux SMASR semble pour l'instant très inégal d'une spécialité à l'autre, mais l'inquiétude est grande quant à la dégradation de l'accès aux soins concernant l'ensemble des spécialités médicales dans un avenir proche. Peu d'idées réellement novatrices ont été exprimées au cours de ces entretiens, mais l'importance du réseau interprofessionnel et

de la qualité des échanges à l'intérieur de ce réseau semble être un point essentiel pour envisager le maintien d'un système de santé efficace pour les années futures.

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 spécialités autres que médecine générale.

« 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.**(1)

I) Introduction :

La question de l'accessibilité aux soins paraît toujours très présente dans notre société.(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 compétents.(4) De nos jours, pour les patients comme pour les médecins généralistes (MG), la proximité et la disponibilité des MS est un problème majeur. (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 23,2 ans pour un homme). (8)

Ces statistiques évoquent une certaine efficacité de notre système de soins.

Toutefois, ces chiffres cachent des réalités beaucoup moins flatteuses. La mortalité prématurée (soit la mortalité avant 65 ans) varie par rapport à celle des autres pays européens(9):

- Faible s'agissant de mortalité par cardiomyopathie ischémique (1^{er} rang européen pour les femmes),
- Modérée pour les maladies cérébrovasculaires (10^{ème} rang),

- Elevée pour le cancer du sein (17^{ème} rang).

Ainsi que des inégalités d'accès aux soins sur le plan territorial :

- 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. Il a aussi 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(10) nécessite de nombreuses compétences médicales, soignantes et sociales. Mais il doit aussi faire face à l'augmentation de l'incidence de certaines pathologies(11) de plus en plus complexes (12) (13)(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.(14) (15)

Parallèlement à cela on observe un vieillissement de la population des médecins eux-mêmes(16), un délaissement de la médecine libérale, une diminution du nombre de MG. (17) On observe également une augmentation du nombre de MS(18), avec cependant des inégalités importantes dans leur répartition sur les territoires ou selon la spécialité étudiée(19). 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(20).

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 MS) entraîne des délais de consultation élevés et un sentiment pour les patients d'une faible disponibilité du personnel médical(21). Cela semble être dissuasif pour de consulter un médecin. C'est ainsi que deux Français sur trois disent avoir déjà renoncé aux soins au vu des délais de consultations aux médecins spécialistes et des difficultés pour s'y rendre(21).

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

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

Cependant, avec les facteurs temporels et spatiaux sont les principales causes de renoncement aux soins.(21)

Tout ceci génère une certaine crainte de la population vis-à-vis des soins.

Des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) sont apparues comme une des solutions à la désertification médicale (cf. annexe 4). C'est le cas notamment au sein de la CCSA (cf.

annexe 5), un territoire rural, avec la récente création des maisons de santé d'Anor, de Fourmies, et de Trélon.

Ces MSP, avec l'arrivée de consultations spécialisées, sous forme de vacations, d'actes de télémédecine permettraient alors un meilleur accès aux MS.

Aucune étude n'a analysé l'accès aux soins secondaires selon le point de vue du médecin généraliste comme reflet de celui de sa patientèle. De même, aucune étude ne s'attache à analyser une zone géographique aussi restreinte que le bassin de vie de la CCSA, qui présente des caractéristiques qui lui sont propres : isolement géographique, réseau urbain difficile, indicateurs sociaux et économiques défavorables, désertification médicale.

L'accès aux soins du MG et des autres MS doit être acceptable selon le délai, 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 d'un jeune MG dans un territoire donné.

Ces constats ont donné lieu à deux travaux de thèse :

- L'une décrivant « l'accessibilité réelle, spatiale et temporelle », des patients de la CCSA, aux médecins spécialistes médicaux.
- L'autre effectuant l'analyse du ressenti des médecins généralistes de la CCSA 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 médecins généralistes de la CCSA.

L'hypothèse principale de cette étude est que l'accessibilité aux SMASR est limitée pour les patients de la CCSA.

En partant de cette hypothèse, nous nous poserons la question suivante :

Quelles sont les spécialités concernées par les difficultés d'accès pour les patients de la CCSA, selon le point de vue des médecins généralistes ?

L'objectif principal de cette étude est d'analyser les problématiques d'accès aux SMASR pour les patients de la CCSA.

II) Matériel et méthode :

- Le type d'étude :

Cette étude est une enquête qualitative, utilisant une approche par théorisation ancrée. Elle a été réalisée dans la CCSA.

- Les objectifs de l'étude :

L'objectif principal de cette étude est d'analyser les problématiques d'accès aux SMASR pour les patients de la CCSA.

Les objectifs secondaires sont de connaître les causes et les conséquences des difficultés d'accès aux SMASR pour les patients de la CCSA, et de recueillir des idées pour favoriser cet accès.

- Les entretiens :

Les entretiens ont été réalisés auprès de 12 des 13 médecins généralistes en activité au sein de la CCSA, de manière individuelle et semi-directive. Le chercheur a rappelé à chacun des interviewés que l'anonymat serait respecté.

Ces entretiens ont été réalisés de novembre 2018 à février 2019.

- Le recrutement des interviewés :

Ont été inclus dans l'étude tous les médecins généralistes thésés en activité dans la CCSA. Un des critères d'exclusion a été de faire partie de ce travail de thèse, ce qui a exclu le Dr Yves Dubuissez, directeur de cette thèse. L'autre critère d'exclusion était d'avoir le statut de médecin homéopathe exclusif, car ne faisant pas partie du parcours de soin traditionnel.

Le chercheur a pris contact par téléphone avec chacun des médecins généralistes thésés en activité installés au sein de la CCSA, pour prévoir des rendez-vous de durée adaptée à un entretien pour la réalisation d'un questionnaire qualitatif.

Les 12 entretiens réalisés ont permis d'arriver à saturation des données.

- La méthode de recueil des données :

Les entretiens sont semi-directifs individuels. Ils ont tous été réalisés par le chercheur, en face à face avec les médecins. 10 entretiens ont été réalisés dans le cabinet du médecin, 2 ont été réalisés au domicile du médecin.

La durée des entretiens a varié de 16 à 57 minutes, avec une durée moyenne de 32 minutes.

Le questionnaire réalisé contient 18 questions, divisées en trois parties : (cf. annexe 6)

- La première partie contient 4 questions et vise à caractériser le médecin interviewé et son mode d'installation, de façon succincte et vague afin de respecter l'anonymat.
- La deuxième partie contient 6 questions et cherche à définir la patientèle de la CCSA, en s'intéressant principalement aux critères qui peuvent avoir un impact sur les difficultés d'accès aux soins. Ces données ont été recherchées par chaque médecin

dans son relevé individuel d'activité professionnelle (RIAP) de l'année 2017 (le RIAP de l'année 2018 n'ayant pas encore été reçu par les médecins au moment des entretiens) et transmises soit au cours de l'entretien, soit par mail pour les médecins qui n'avaient pas eu le temps de trouver le document à temps pour l'entretien. À noter que, l'objectif de cette deuxième partie étant de caractériser l'ensemble de la patientèle de la CCSA, l'analyse de ces données tient compte de la patientèle du Dr Yves Dubuissez, même si celui-ci est exclu du questionnaire qualitatif.

- La troisième partie constitue la grille d'entretien semi-dirigée, qui contient 8 questions ouvertes : les trois premières recherchent les spécialités qui sont / ne sont pas / seront concernées par les difficultés d'accès pour la patientèle, les questions 4 et 5 recherchent les causes et les conséquences de ces difficultés d'accès, la sixième recherche les points forts de la CCSA, la septième cherche des solutions à envisager, la dernière question cherche à connaître le ressenti de chaque médecin sur l'avenir du système de santé dans la CCSA. À noter que nous avons fait le choix dans de pas ouvrir l'analyse aux spécialités exclusivement chirurgicales, d'une part dans le but de restreindre le champ d'étude par souci de concision et de précision, et d'autre part par le fait que la majeure partie de leur activité nécessite un plateau technique important, les situant en partie dans les soins tertiaires.

Les entretiens ont été intégralement enregistrés sur dictaphone puis retranscrits mot à mot sur Word®.

- L'analyse :

Les entretiens ont été analysés un à un à l'aide du logiciel Nvivo®, avec un codage selon la méthode dite de la « table longue ». L'analyse a permis de déterminer les codes ouverts, puis dans un second temps les codes thématiques.

Tous les entretiens ont été codés par le chercheur seul, avec une relecture de l'encodage par le directeur de thèse afin de renforcer la validité interne de l'étude.

- Aspects éthiques et légaux :

Une déclaration CNIL a été effectuée n°2213228.

III) Résultats :

A) Caractéristiques des médecins interrogés :

À noter que l'on appelle « unité urbaine » une commune ou un ensemble de communes présentant une zone de bâti continu (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) et qui compte au moins 2 000 habitants. Sont considérées comme « rurales » les communes qui ne rentrent pas dans la constitution d'une unité urbaine : les communes sans zone de bâti continu de 2000 habitants, et celles dont moins de la moitié de la population municipale est dans une zone de bâti continu.

	Tranche d'âge	Mode d'exercice	Situation géographique	Depuis 1^{ère} installation
Médecin 1	< 40 ans	MSP	Urbain	< 10 ans
Médecin 2	> 65 ans	Cabinet isolé	Urbain	> 30 ans
Médecin 3	55 – 65 ans	Cabinet isolé	Urbain	10 – 30 ans
Médecin 4	55 – 65 ans	MSP	Urbain	10 – 30 ans
Médecin 5	< 40 ans	MSP	Urbain	< 10 ans
Médecin 6	40 – 55 ans	MSP	Urbain	10 – 30 ans
Médecin 7	55 – 65 ans	MSP	Urbain	> 30 ans
Médecin 8	55 – 65 ans	Cabinet isolé	Urbain	> 30 ans
Médecin 9	40 – 55 ans	Cabinet isolé	Urbain	10 – 30 ans
Médecin 10	55 – 65 ans	Cabinet de groupe	Urbain	10 – 30 ans
Médecin 11	55 – 65 ans	Cabinet isolé	Urbain	> 30 ans
Médecin 12	55 – 65 ans	Cabinet de groupe	Urbain	10 – 30 ans

- Tranche d'âges :
 - 2 médecins ont moins de 40 ans
 - 2 médecins ont entre 40 et 55 ans
 - 7 médecins ont entre 55 et 65 ans
 - 1 médecin a plus de 65 ans

- Mode d'exercice :
 - 5 médecins travaillent au sein d'une MSP
 - 5 médecins travaillent en exercice isolé
 - 2 médecins travaillent en cabinet de groupe

- La situation géographique :

Les MG sont présents exclusivement dans les communes urbaines de la CCSA.

- Durée depuis la première installation :
 - Pour 2 médecins : moins de 10 ans
 - Pour 6 médecins : entre 10 et 30 ans
 - Pour 4 médecins : plus de 30 ans

B) Caractéristiques de la patientèle des médecins interrogés :

À noter dans ce tableau que les informations de la patientèle du Dr Dubuissez, directeur de cette thèse, ont été recueillies, afin d'être exhaustif dans l'analyse de la patientèle des MG de la CCSA. L'ordre des médecins dans ce tableau a donc été modifié pour respecter l'anonymat des résultats.

	CMU (%)	Exonérés (%)	≥ 70 ans (%)	Nbre cs 2017	Nbre VAD 2017	Nbre d'actes / patient en 2017
Médecin A	29,52	54,43	14,62	2181	302	3,58
Médecin B	35,82	60,32	10,87	9823	958	3,68
Médecin C	21,68	51,04	24,30	3654	2086	1,9
Médecin D	26,99	50,39	19,81	2362	1785	2,12
Médecin E	20,16	41,29	13,28	4681	859	3,06
Médecin F	25,66	43,97	11,6	6858	2832	3,77
Médecin G	17,49	35,72	9,01	10852	365	4,32
Médecin H	20,19	46,87	14,02	7100	734	3,19
Médecin I	13	35	16	4146	445	2,70
Médecin J	16,22	41,30	15,28	7211	1276	3,22
Médecin K	28,44	52,51	12,61	7342	1008	3,76
Médecin L	17,04	37,70	13,49	5340	485	3,07
Médecin M	14,67	43,11	23,55	2972	679	2,18

- Pourcentage de patientèle CMU :

À noter que les données régionales présentées ci-dessous sont renseignées dans le RIAP reçu par les médecins.

- La moyenne régionale de l'année 2017 est de 13,70%.
- La moyenne des MG de la CCSA est de 22%
- Pour 12 médecins : pourcentage supérieur à la moyenne régionale
- Pour 1 médecin : pourcentage inférieur à la moyenne régionale

- Pourcentage patientèle exonérée :
 - La moyenne régionale de l'année 2017 est de 32,52%
 - La moyenne des MG de la CCSA est de 45,67%
 - Pour 13 médecins : pourcentage supérieur à la moyenne régionale

- Pourcentage patientèle âgée de 70 ans et plus :
 - La moyenne régionale de l'année 2017 est de 11,19%
 - La moyenne des MG de la CCSA est de 15,27%
 - Pour 11 médecins : pourcentage supérieur à la moyenne régionale
 - Pour 2 médecins : pourcentage inférieur à la moyenne régionale

- Nombre de consultation annuelle :
 - La moyenne régionale de l'année 2017 est de 5138
 - La moyenne des MG de la CCSA est de 5732
 - Pour 7 médecins : chiffre supérieur à la moyenne régionale
 - Pour 6 médecins : chiffre inférieur à la moyenne régionale

- Nombre de visites au domicile :
 - La moyenne régionale de l'année 2017 est de 564
 - La moyenne des MG de la CCSA est de 1063
 - Pour 9 médecins : chiffre supérieur à la moyenne régionale
 - Pour 4 médecins : chiffre inférieur à la moyenne régionale

- Nombre d'actes/patient :
- La régionale de l'année 2017 est de 3,46
- La moyenne des MG de la CCSA est de 3,12
- Pour 5 médecins : chiffre supérieur à la moyenne régionale
- Pour 8 médecins : chiffre inférieur à la moyenne régionale

C) Analyse des caractéristiques des MG et de leur patientèle :

- Concernant les caractéristiques propres aux MG :

On remarque que la population des MG de la CCSA est globalement d'un âge avancé, puisque seulement deux d'entre eux ont moins de 40 ans et se sont installés pour la première fois il y a moins de 10 ans. 8 MG ont plus de 55 ans, dont un de plus de 65 ans, et 4 d'entre eux ont réalisé leur première installation il y a plus de 30 ans.

Les modes d'exercices sont divers, ce qui traduit le fait que malgré une population de MG d'un âge avancé, on ne constate pas de blocage à faire évoluer les modes d'exercice.

Tous les MG sont localisés dans les 4 seules communes urbaines de la CCSA, ce qui témoigne le fait que les 8 autres communes de la CCSA sont dépourvues de MG.

- Concernant l'activité des MG de la CCSA :

Les chiffres présentés traduisent chez cette patientèle :

- Un bas niveau socio-économique, par le taux élevé de patients couverts par la CMU
- Un taux élevé de pathologies chroniques, par le taux élevé de patients exonérés pour des affections de longue durée

- Une patientèle âgée, avec un taux élevé de patients d'au moins 70 ans
- Une patientèle qui présente des difficultés de mobilité, avec un nombre élevé de visites au domicile par les MG

- Concernant l'activité des MG :

La moyenne du nombre annuel de consultations est modérément plus élevée chez les MG de la CCSA par rapport au niveau national, et la moyenne du nombre d'actes par patient est moindre dans la CCSA par rapport au niveau régional. Ces deux données peuvent être liées l'une à l'autre, mais ces moyennes sont difficilement interprétables aux vues des grandes variations constatées d'un médecin à l'autre.

D) Les SMASR pour lesquelles il semble exister des difficultés d'accès :

- L'ophtalmologie :

L'ophtalmologie est l'une des deux SMASR pour lesquelles il n'y a pas de désaccord entre tous les médecins interrogés, et a été pour la plupart des médecins la première SMASR citée comme concernée par les problèmes d'accès pour les patients : « *Ophtalmologie en premier* » (Entretien 4)

Les deux problématiques sont représentées pour cette spécialité, puisque même pour les patients qui peuvent se permettre de faire de la distance, les délais pour obtenir un rendez-vous sont très longs, parfois même impossibles à obtenir : « *l'ophtalmo les délais c'est hors norme, parce que là un an de délai... Après c'est pareil, les autres ophtalmologistes ne peuvent pas parer non plus à ce pool de patients, donc ils refusent des patients, que ce soit à ... [ville à une heure de route], même à ... [ville de l'Aisne à 1h15 de route], à ... [ville à 40 minutes de*

route]. » (Entretien 6) ; « *avec les ophtalmos un gros souci puisqu'on n'arrive même plus à obtenir de rendez-vous* » (Entretien 4)

La situation actuelle concernant l'ophtalmologie ne paraît pas compatible avec une prise en charge correcte : « *quand un patient a une correction optique et qu'il vient nous voir en disant qu'elle n'est plus efficace et qu'on n'a aucun moyen pour pouvoir l'orienter vers un confrère ophtalmo plus tôt et qu'on est obligé d'attendre un an pour pouvoir évaluer sa correction euh, je trouve qu'en France en 2019 ce n'est pas acceptable.* » (Entretien 5)

Une des difficultés concernant l'ophtalmologie réside également dans le fait que des consultations successives sont parfois nécessaires, ce qui renforce la problématique de la distance : « *ils vont se faire opérer de la cataracte, donc il faut qu'ils y aillent une fois, la consultation préanesthésie, l'intervention, le retour, la consultation post-chirurgie, donc ça fait 3 trajets, s'ils n'ont personne pour les conduire, ça va être compliqué.* » (Entretien 6)

- La psychiatrie :

La psychiatrie est la deuxième SMASR pour laquelle il n'existe pas de désaccord entre tous les médecins interrogés, même si celle-ci a moins souvent été citée. « *d'une manière générale la psychiatrie est quasiment inabordable, de la part du patient.* » (Entretien 3) ;

Un des médecins interrogés expose le fait qu'il est très compliqué d'évaluer l'accès à la psychiatrie pour sa patientèle étant donné le peu d'échanges avec ces spécialistes : « *malheureusement on n'a pas beaucoup de retour des confrères psychiatres quant aux consultations, quant à l'évolution et quant aux reconvoications des patients éventuels (...) c'est le patient lui-même qui nous explique plus que les courriers.* » (Entretien 5)

Un des médecins interrogés évoque le système de sectorisation propre à la psychiatrie, qui selon lui empêche au patient la solution de réduire les délais en cherchant des consultations plus à distance, ce qui se fait pour les autres SMASR : « *comme c'est sectorisé en plus, on est obligé de travailler sur place* » (Entretien 9)

- La dermatologie :

Si la dermatologie n'a pas été citée de façon unanime comme concernée par les problèmes d'accès pour les patients, elle a néanmoins été citée de nombreuses fois : « *la dermato, (...) on a au minimum 40 kilomètres à faire je pense pour orienter un patient, et les délais de consultation, en moyenne ils sont à un an, sauf urgence, à peu près.* » (Entretien 5)

Il existe des désaccords concernant les délais de rendez-vous pour la dermatologie : « *dermato parce qu'ils ont des délais de rendez-vous à 6 mois pratiquement.* » (Entretien 2) ; « *les dermatos (...) il y a minimum deux, trois mois de délai* » (Entretien 7) ;

Selon un des médecins interrogés, la dermatologie est concernée par les difficultés d'accès pour la patientèle depuis de nombreuses années : « *Dermato ça a toujours été compliqué ici, dans le secteur, moi depuis que je suis ici, même quand j'étais interne.* » (Entretien 1)

À l'inverse, deux des médecins interrogés ne relèvent pas de souci d'accès pour cette spécialité. Une incohérence avec les autres avis réside principalement dans la distance, puisqu'un dermatologue dans la CCSA est cité par ces deux médecins, qui semble ne pas exister pour les autres médecins interrogés : « *dermatologie bah je travaille avec celui de ... [ville à 10 minutes de route] pour ce qui est du basique, et quand les gens ils mettent une forme de réticence à aller là pour x raisons, et bin je travaille tantôt avec Dr ... à ... [ville de l'Aisne à 20 minutes de route], ou avec les dermatos de ... [ville à 40 minutes de route] ou même avec*

les spécialités de dermatologie sur ... [ville à une heure et demi de route] ou ... [ville à 55 minutes de route] » (Entretien 8) ; Dans cette dernière citation on pourra déduire que les « *réticences à aller là pour x raisons* » constituent la cause de ces désaccords entre les différents médecins interrogés.

- L'ORL :

L'ORL fait également partie des SMASR qui ont été citées par la quasi-totalité des médecins interrogés comme concernées par des difficultés d'accès pour les patients de la CCSA, et ce de façon très récente, car départ en retraite pendant la rédaction de cette thèse de l'ORL présent dans la polyclinique de la CCSA. « *L'ORL (rire tendu) ça va devenir très compliqué aussi parce qu'on a un praticien qui part en retraite dans quelques semaines, donc géographiquement pareil c'est 40 kilomètres aussi, et les délais de rendez-vous on doit être à plusieurs mois hein je pense qu'on n'est pas avant 3 mois non plus, donc c'est super compliqué.* » (Entretien 5)

Un des médecins interrogés cependant juge que l'ORL ne pose pas de difficulté d'accès grâce aux disponibilités plus à distance : « *ORL ça va encore assez vite si on va sur ... [ville à 40 minutes de route]* » (Entretien 10)

- La neurologie :

La neurologie a été citée par 5 médecins comme posant des difficultés d'accès, et ce même à distance : « *La neuro, c'est pas évident non plus, dans le centre hospitalier le plus proche de ... [hôpital de proximité] il n'y en a pas, donc c'est ... [centre hospitalier à 40 minutes de route] également au plus proche, (...) et en délai de rendez-vous moi j'ai un patient qui a appelé la semaine dernière, il était à 6 mois* » (Entretien 5)

Au contraire 3 médecins ne considéraient pas la neurologie comme posant un problème d'accès, tout en précisant que cet accès n'était pas difficile si le patient n'avait pas de difficulté pour faire de la distance : « *si vous considérez qu'aller sur ... [ville à une heure de route] c'est pas un problème, je dis que ça n'est pas un problème, pour avoir un rendez-vous de neurologie* » (Entretien 10)

- La cardiologie :

La cardiologie est la dernière SMASR à avoir été citée le plus souvent comme concernée par les difficultés d'accès pour les patients de la CCSA. En effet 4 médecins évoquent la difficulté pour le seul cardiologue à proximité de gérer toute la demande : « *La cardiologie c'est compliqué au niveau délai de rendez-vous, on a un praticien qui exerce encore qui n'est pas très loin, mais au niveau délai de rendez-vous on est à 2 mois, 2 mois et demi aussi* » (Entretien 5) ; « *la cardiologie, parce que notre pauvre confrère cardiologue est tout seul.* » (Entretien 6)

À l'inverse, deux des médecins interrogés jugent que l'accès à la cardiologie est encore correct : « *Cardio euh tant qu'on a Dr ... ça va, (...) les délais se sont un peu allongés depuis quelque temps mais ça reste correct quoi... on arrive à faire patienter les gens.* » (Entretien 2)

- Gastro-entérologie :

Concernant la gastro-entérologie, nous avons recueilli dans cette étude une égalité entre les avis selon lesquelles cette spécialité ne pose pas de problème d'accès et ceux selon lesquels cette spécialité pose des difficultés d'accès, notamment par le départ récent d'un gastro-entérologue à proximité : « *Donc là ça va devenir un peu compliqué pour tout ce qui est suivi hépatite et compagnie, surtout qu'avec Dr ... [gastro-entérologue], les compétences étaient*

assez pointues dans ce domaine-là. Donc ouais là les délais d'attente commencent à se faire un peu longs. » (Entretien 9)

Avis contraire selon lequel il n'y a pas de difficulté d'accès à la gastro-entérologie :
« Disons que si j'ai besoin d'une consultation à l'hôpital de ... [hôpital de proximité], ça a été possible assez rapidement, et puis à la clinique de ... [ville à 40 minutes de route] aussi où il y a trois gastro, j'ai pas à me plaindre, pour des examens, je parle pas de l'urgence, où on va adresser à l'hôpital ou ailleurs hein, mais... non, je n'ai pas à me plaindre du tout. Il y a quand même trois gastro qui sont venus, il y a eu un moment de délai, il y a eu un flottement, mais il y a quand même trois gastro qui viennent travailler à l'hôpital de ... [hôpital de proximité], certains qui ne consultent pas, mais qui font les examens, les colos, les fibros, à la clinique [clinique présente dans la CCSA] il y a toujours le Dr ... [chirurgien général] qui fait les colos aussi, bon, il n'y a pas de soucis de ce côté-là, il continue à faire ses surveillances, programmées, et en cas de nouvel examen, pas de soucis non plus, dans des délais raisonnables. »

- L'hématologie :

Même si cette spécialité n'avait pas été listée dans notre étude comme faisant partie des soins médicaux ambulatoires de second recours, il est ressorti dans l'un des entretiens que l'hématologie posait des difficultés d'accès pour les patients de la CCSA.

E) Les SMASR pour lesquelles il ne semble pas exister de difficulté d'accès :

- L'endocrino-diabétologie :

L'endocrino-diabétologie fait partie des 5 SMASR pour lesquelles il n'est pas relevé de désaccord, avec 6 médecins évoquant cette spécialité comme ne posant pas de difficulté d'accès pour leurs patients : « *L'endocrino-diabétologie c'est pareil avec le centre hospitalier de ... [hôpital de proximité] ça se passe pas trop mal* » (Entretien 5)

Un de ces médecins travaille plutôt avec des spécialistes plus à distance concernant l'endocrino-diabétologie : « *L'endocrino, c'est des gens qui font endocrino-diabéto je travaille beaucoup avec les néphrologues de ... [ville à 40 minutes de route] dans ce domaine-là, Dr ..., qui est vraiment, qui répond de façon très pragmatique à nos demandes* » (Entretien 8)

- L'urologie :

De même pour l'urologie, avec 5 médecins évoquant cette spécialité comme ne posant pas de difficulté d'accès pour leurs patients : « *Urologie pour le coup ça ne pose pas de souci, parce qu'ils sont quand même quelques-uns, pour l'instant.* » (Entretien 9)

- L'oncologie :

De même pour l'oncologie, avec 4 médecins citant cette spécialité comme n'étant pas concernée par les difficultés d'accès pour la patientèle de la CCSA : « *L'oncologie c'est... voilà, avec le centre hospitalier de ... [à 40 minutes de route] et la clinique de ... [village de la CCSA à 15 minutes de route] ça se gère relativement rapidement aussi, et heureusement, parce que c'est une spécialité pour laquelle il ne faut pas forcément trainer.* » (Entretien 5)

Les médecins interrogés sont d'accord également sur le fait que concernant l'oncologie, le parcours de soin traditionnel n'est pas envisageable, c'est le médecin traitant qui prend lui-même le rendez-vous pour le patient : « *L'oncologie c'est plus nous qui appelons, je pense que ça c'est moins l'aspect du patient.* » ; « *c'est-à-dire qu'on ne va pas laisser une lésion cancéreuse potentielle 3 mois ou 4 mois, ce qui serait irraisonnable.* » (Entretien 3)

- La pédiatrie :

La pédiatrie a été décrite également par 4 médecins comme ne posant pas de problème d'accès pour les patients de la CCSA. On notera qu'un système de vacations est en place pour la pédiatrie dans l'hôpital de proximité : « *la pédiatrie c'est pas trop compliqué non plus, entre le centre hospitalier de ... [à 20 minutes de route], le centre hospitalier de ... [hôpital de proximité] et les consultations libérales aussi, je pense qu'on est dans des délais de rendez-vous de quelques semaines, donc c'est gérable.* » (Entretien 5) ; « *Pédiatrie on arrive à... il y a 2 pédiatres qui viennent à l'hôpital de ... [hôpital de proximité], mais il y a un pédiatre qui ne fait que de l'échographie cardiaque, et il y a une autre pédiatre mais c'est pareil elle vient faire des vacations.* » (Entretien 6)

- La gériatrie :

La gériatrie est la dernière des cinq spécialités à avoir été citées uniquement comme n'étant pas concernées par les difficultés d'accès : « *on a des jeunes gériatres à ... [ville à 20 minutes de route] donc pour l'instant je dirais ça va* »

- La radiologie :

La majorité des médecins interviewés était d'accord sur le fait que la radiologie, représentée dans notre étude par les examens TDM et IRM, ne semble pas concernée par les difficultés d'accès pour les patients de la CCSA : « *la radio, c'est vrai qu'on a un accès très facile pour les patients...* » (Entretien 1) ; « *IRM TDM aussi hein, le scanner, IRM, c'est deux à trois semaines d'attente et si c'est moi qui téléphone c'est une à deux. On n'a pas à se plaindre !* » (Entretien 7)

Est évoqué par plusieurs médecins le fait que cette spécialité semble plus facilement accessible dans le territoire de la CCSA que dans certaines grandes villes : « *par rapport aux grandes villes on arrive à avoir une IRM beaucoup plus rapidement* » (Entretien 2)

À noter que la radiologie standard présente également un accès facile pour les patients de la CCSA : « *radio standard il n'y a pas de souci* » (Entretien 9)

Cependant un des médecins nuance par le fait que le délai qui peut paraître acceptable pour le médecin peut paraître trop long pour le patient : « *Si on prend l'exemple, moi j'ai un exemple là, d'un kyste ovarien suspect. On ne peut pas dire, même si le délai d'IRM est à 3 semaines, c'est angoissant, pour le patient. Donc euh, par rapport à d'autres endroits où c'est beaucoup plus long, on n'a pas à se plaindre, mais pour le patient il trouve que c'est long.* » (Entretien 3)

Un autre médecin explique le fait que de n'avoir qu'une seule machine à IRM expose au problème de l'accès à cet examen en cas de panne de cette machine : « *C'était juste après la petite panne tout ça, ils n'ont pas réussi à récupérer donc on avait deux semaines supplémentaires donc je pense que parfois il faut compter un mois, voire plus... Moi j'avais besoin d'une IRMN en urgence, je l'ai eu au bout de quinze jours* »

- La pneumologie :

Concernant la pneumologie, la majorité des médecins interviewés étaient également d'accord sur le fait que son accès ne posait pas de difficulté pour les patients, en orientant les patients vers des spécialistes situés à 40 minutes de route : « *La pneumologie ça va aussi, on travaille avec une clinique aussi sur ... [40 minutes de route] et les délais de rendez-vous on doit être à 4 à 6 semaines* » (Entretien 5).

Cependant certains évoquaient le fait que la situation est sur le point de se dégrader avec le départ en retraite d'un des spécialistes au cours de la rédaction de cette thèse : « *la pneumologie parce que comme Dr ... arrête si tu veux, il n'y a plus que Dr ... qui reste, et il ne veut pas assumer évidemment le cumul des deux patientèles* » (Entretien 8)

- La néphrologie :

La néphrologie semble ne pas poser de difficulté d'accès : « *néphro en privé ça marche bien, on a des rendez-vous quand même assez vite* » (Entretien 7)

Un seul médecin exprimait une difficulté d'accès à la néphrologie, mais dans une moindre mesure (Entretien 3)

- La rhumatologie :

Concernant la rhumatologie, même si l'on recueille dans cette étude une majorité d'avis qui décrivent cette spécialité comme ne posant pas de difficulté d'accès – « *Rhumato pour l'instant on arrive assez* » (Entretien 9) – on retrouve tout de même plusieurs avis qui contredisent ce point de vue : « *la rhumatologie c'est pas beaucoup plus simple, au niveau*

géographique, parce que c'est loin, je pense que l'on doit être à une trentaine ou une quarantaine de kilomètres je pense aussi au plus proche, pour nos patients. Les délais de rendez-vous, sachant qu'ils sont 3 maintenant, on doit être sur à peu près un trimestre peut-être, 3 mois environ. » (Entretien 5)

- La gynécologie :

Concernant la gynécologie-obstétrique, l'avis est majoritairement l'absence de difficulté d'accès : « *La gynécologie-obstétrique, parce qu'on a une maternité pas très loin, que je pense qu'en praticiens le nombre suffit, entre les libéraux et les hospitaliers, en nombre et en distance c'est relativement simple d'avoir un rendez-vous en fonction du degré d'urgence dans des délais raisonnables, donc la gynéco-obstétrique je dirais que ça va. » (Entretien 5)*

Cependant pour certains médecins, cet accès est aujourd'hui moins facile : « *ça pose plus de problèmes que ça ne posait, quand on avait Dr ... avant qu'il s'en aille, c'était mieux quoi. » (Entretien 2), et l'une des difficultés décrites est celle de ne pas avoir de choix dans les spécialistes disponibles pour les patients : « faut passer par la maternité donc si on veut pas forcément les gynécos de la maternité on est très vite coincés en ce moment. » (Entretien 1)*

- La médecine interne :

Même si la médecine interne ne faisait pas partie de la liste des SMASR que nous avons retenues, il fut exprimé par l'un des médecins interrogés que cette spécialité ne posait pas de difficulté d'accès pour les patients de la CCSA : « *La médecine interne aussi, avec Dr ... à ... [ville à 30 minutes de route] bon ça, ça pose pas trop de problèmes. » (Entretien 2)*

F) Les SMASR pour lequel il risque d'exister des difficultés d'accès dans 5 ans pour les patients de la CCSA :

- La cardiologie :

La cardiologie est la spécialité qui a été le plus souvent citée comme à risque de poser des soucis d'accès dans 5 ans, par 7 médecins : « *La cardiologie, sûr et certain parce que le praticien avec lequel on travaille actuellement, qui fait ce qu'il peut mais pour lequel c'est compliqué va probablement prendre sa retraite et je ne sais pas où on va envoyer nos patients !* (rire tendu) *Ça va être forcément ... [à 40 minutes de route] donc ça va être plus loin, et étant donné la patientèle de cardiologie qui est souvent polypathologique, âgée, qui a du mal à se déplacer ça va être d'autant plus difficile. Et les praticiens qui sont sur ... [au même endroit à 40 minutes de route] sont malheureusement dans un âge proche de la retraite aussi et donc ouais effectivement d'ici 5 ans je ne sais pas où on va adresser je pense que ce sera ... [à une heure de route] donc ce sera à 80 kilomètres et avec des délais de rendez-vous à mon avis qui passeront les 6 mois donc la cardiologie c'est sûr que dans 5 ans ça va être très compliqué. »*

(Entretien 5)

- L'ORL :

L'ORL a autant été citée que la cardiologie comme à risque de poser des difficultés d'accès dans 5 ans : « *ORL aussi parce que nos confrères de ... [à 40 minutes de route] (...) c'est encore une fois le même problème, même catégorie d'âge et départ en retraite qui n'est pas remplacé et on n'a plus de spécialistes libéraux ou même hospitaliers dans le coin qui sont prêts à prendre le relai et donc ça va vraiment être un problème effectivement. Dans plus de 5 ans ça va être un problème parce que, hôpital ou libéraux on n'aura plus d'ORL géographiquement proche »* (Entretien 5)

- La pneumologie :

La pneumologie a été citée par 5 médecins comme étant à risque de poser des difficultés d'accès dans 5 ans.

- La dermatologie :

La dermatologie a été citée également 5 fois comme étant à risque de poser des difficultés d'accès dans 5 ans : « *Et la dermato en revanche c'est compliqué aussi, parce que la seule consœur avec qui on travaille sur le centre hospitalier de ... [à 40 minutes de route] je pense est à quelques années de la retraite aussi et c'est pareil quand elle, elle va partir je ne sais pas où on va adresser nos patients, on n'a personne dans un rayon de moins de 60 à 70 kilomètres à part elle qui peut recevoir nos patients, donc c'est compliqué.* »

- Les autres spécialités à avoir été citées moins fréquemment comme à risque de poser des difficultés d'accès dans 5 ans :

L'ophtalmologie a été citée par 3 médecins

La rhumatologie a été citée par 3 médecins

La gynéco-obstétrique a également été citée par 3 médecins : « *gynéco-obstétrique puisque la maternité on parle de fermer. S'il y a plus de chir ils ferment* » (Entretien 9)

La radiologie a été citée par 2 médecins : « *sans doute la radiologie, parce qu'on sent qu'il y a quand même un début d'allongement des délais pour avoir accès à la radiologie.* » (Entretien 6)

L'urologie a également été citée par 2 médecins

La neurologie a également été citée par 2 médecins

La néphrologie a été citée par 1 médecin

La gastro-entérologie a également été citée par 1 médecin

G) Les points forts de la CCSA :

- Les points forts de la CCSA concernant l'accès aux SMASR :

Il a semblé difficile pour la plupart des médecins interrogés de trouver des points forts de ce territoire concernant l'accès aux SMASR : « *Les points forts de la CCSA ?... (long silence) Euh... Pour être honnête euh... Je n'en vois pas beaucoup non, je n'en vois même pas.* » (Entretien 4)

Plusieurs médecins interrogés ont décrit un soutien de la part de la politique de la Communauté de Communes, « *ça c'est le point fort c'est-à-dire qu'il y a une écoute, une écoute politique, bienveillante, et facilitatrice* » (Entretien 3), « *la Communauté de Communes fait ce qu'elle peut (...), la santé c'est un des points importants et qui est pris en compte et qui est pris en charge je pense.* » (Entretien 5)

Ce soutien politique, cette écoute, a permis notamment la création de locaux pour permettre d'envisager la venue de spécialistes en vacances, : « *ça c'est un point fort, c'est-à-dire qu'il y a l'outil, pour pouvoir éventuellement avoir des bases de fixation de certains spécialistes dans des vacances. S'il n'y avait pas les locaux, par le travail des politiques je pense que ça ne pourrait pas se faire ça ne pourrait être que dans le cadre hospitalier.* » (Entretien 3)

Cette écoute politique permet un dynamisme nécessaire pour garder l'espoir de voir une amélioration de la situation dans ce bassin de vie : *« S'il n'y avait pas cette écoute politique, je pense que ce serait le train-train habituel (...), dans le sens où le professionnel se débrouille tout seul. La bonne volonté de chacun de dire « je m'installe là, je m'installe là, je m'installe là », mais sans avoir une idée directrice. D'où l'intérêt du pôle de santé parce que ça permet de fédérer et d'avoir cette écoute et ce dynamisme. C'est ça qui est positif. »* (Entretien 3) ; *« prise de conscience des politiques et des médicaux et des paramédicaux qu'il faut faire bouger les choses pour amener des spécialistes des médecins, d'organiser le réseau de soin pour avoir un accès au spécialiste plus facile aussi. »* (Entretien 3)

Certains médecins décrivent l'existence d'un relationnel de qualité entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes de la région.

Ce relationnel de qualité est tout d'abord facilitateur pour la prise en charge des patients, notamment en ce qui concerne les situations urgentes : *« Quand t'as des bons confrères tu leur téléphones, et ils te prennent des gens en plus. Dr ... [cardio] tout de suite il est à un mois, un mois et demi pour un rendez-vous mais si tu l'appelles il te prend le lendemain. »* (Entretien 2) ; *« en ophtalmo euh, Dr ... elle prend plus de rendez-vous mais si tu l'appelles elle va te prendre une urgence. »* (Entretien 2) ; *« Par rapport à mes collègues qui travaillent en ville, j'ai parfois l'impression que mes patients par rapport aux leurs ont un accès aux soins beaucoup plus facilité, alors peut-être que d'eux-mêmes spontanément pour avoir un rendez-vous les délais sont plus longs mais dès que moi je prends mon téléphone en tout cas j'ai toujours une solution là où ils ne la trouvent pas forcément, autrement qu'en passant par l'hôpital »* (Entretien 1)

Ce relationnel est également une source d'attractivité pour les médecins spécialistes qui

cherchent leur zone d'installation : « *sur le plan professionnel il peut s'épanouir parce qu'au niveau du réseau de soin c'est pas un problème, au niveau des confrères hospitaliers ou au niveau des confrères généralistes il y a une super ambiance, et on a un réseau de soin qu'on essaie de faire marcher au mieux.* » (Entretien 5)

Malheureusement ce réseau de proximité semble se déliter progressivement : « *c'est vrai que c'est vraiment ce côté finalement, ce réseau qui existait localement qui m'a rassuré et conforté, mais dans la pérennité de l'accès aux soins c'est certainement ce réseau que je vois en train de... fourcher (rire tendu) parce que les départs sont non remplacés et que... il commence à ne plus y avoir grand monde.* » (Entretien 1)

La présence d'un hôpital belge avec un plateau technique de qualité et varié à proximité est décrite comme un des points forts de la CCSA :

Notamment concernant la neurologie : « *neurologie si on se contente de ... c'est une catastrophe, mais en fait à ... [ville belge à 30 minutes de route] on a des délais très rapides* » (Entretien 1) ; « *Alors ici la chance c'est qu'on a quand même, moi je travaille de plus en plus avec eux c'est à ... [ville belge à 30 minutes de route], à l'hôpital de ... il y a des bons spécialistes et qui prennent très rapidement. Moi j'ai découvert ça depuis 2 ou 3 ans et j'avoue que... il y a un apport de ce côté-là, et c'est pas très loin.* » (Entretien 2)

La création des 3 MSP de la CCSA représente un point fort :

Un point fort pour l'attractivité du territoire : « *les maisons de santé peuvent aussi attirer des médecins vacataires, peuvent attirer des médecins généralistes également, donc ça c'est un plus, dans notre région c'est un plus.* » (Entretien 6)

Un point fort également en favorisant le dynamisme du système de santé local : « *la seule bouffée d'air frais si je puis dire au niveau santé ces dernières années.* » (Entretien 5) ; « *on peut mettre en place des projets de santé. Des projets de santé qui peuvent aller loin parce que maintenant on parle de CPTS donc de création de communautés professionnelles de territoire de santé, donc qui peuvent regrouper plusieurs MSP, qui peuvent regrouper des professionnels. Le but c'est de travailler en groupe. Donc c'est ça qui nous aidera, c'est de travailler en groupe.* » (Entretien 6)

La présence d'un plateau technique local est décrite comme un point fort, qu'il faudrait certes développer, mais qui permet déjà de pratiquer une médecine de qualité :

« *Je crois qu'il y a des plateaux techniques qui restent quand même présents, radiologie et autres, il y a un hôpital dans lequel il manque d'hommes, manque de compétences médicales, mais qui est somme toute un plateau technique qui est suffisant quoi, pour la région, et pour gérer nos besoins* » (Entretien 8) ; « *Pour l'instant on a un plateau varié quand même. On n'a pas besoin de faire des longues distances, on a quand même tout sur place. Et ça c'est quand même une qualité* » (Entretien 9) ; « *on a quand même ce qu'il faut, au niveau, justement on parlait de l'IRMN et du scanner mais ça on n'avait pas du tout auparavant, donc c'est quand même des arguments... on peut faire de la bonne médecine ici !* » (Entretien 9)

Concernant la prise en charge des urgences : « *il y a un SMUR, qu'il n'y avait pas dans les années auparavant.* » (Entretien 9)

La polyclinique chirurgicale présente dans la CCSA est un point fort :

« *pour les points forts c'est qu'on a une clinique médico-chirurgicale à ... [village de la CCSA à 15 minutes de route] qui nous permet d'avoir quand même un plateau d'accès à des*

spécialistes qui sont facilement joignables abordables accessibles et qui reste local, c'est surtout ça le point fort pour moi. » (Entretien 1)

L'accès facile aux examens paracliniques (radiographie type IRM/TDM ou standard, biologie) constitue un point fort notable :

« Par rapport aux grandes villes on arrive à avoir une IRM beaucoup plus rapidement quoi. Au niveau des examens paracliniques, t'as un laboratoire tu peux avoir des... Au niveau de tout ce qui est paraclinique oui. » (Entretien 2)

« Je pense que le seul avantage c'est tout ce qui est radiologie, IRM, scanner, paraclinique. D'après ce que j'entends, les rendez-vous sont quand même plus rapides que dans les grandes villes quoi. » (Entretien 2)

Il existe un relationnel de qualité entre les médecins spécialistes et la patientèle :

« ils ont aussi une médecine plus personnalisée c'est-à-dire plus humaine, plus à l'échelle humaine, quoi. Et le relationnel c'est important. Au niveau de la patientèle c'est important aussi qu'ils se sentent en sécurité avec leur médecin quoi. » (Entretien 2)

« ils connaissent tout le monde, ce qu'il y a pas dans les grandes villes bon tu vas voir un spécialiste tu ne le connais pas, ici l'intérêt c'est que les gens nous connaissent tous à peu près, donc ils savent à quoi s'attendre, ça c'est un confort je pense. » (Entretien 2)

La présence d'une équipe jeune et accessible de gériatres à proximité :

Après avoir rangé mes affaires et avant de sortir du cabinet, le médecin interviewé (entretien 9) me dit qu'il a oublié un point concernant les points forts de la CCSA concernant

l'accès aux SMASR : la présence d'une équipe de gériatres jeune, compétente et facilement disponible dans un hôpital de la Communauté de Communes du Cœur de l'Avesnois à 20 minutes de route.

Existence d'une organisation dans l'Avesnois qui prend en charge les transports médicaux des personnes qui n'ont pas de moyen de transport et qui n'ont pas les moyens financiers nécessaires pour payer un trajet en taxi.

« j'ai entendu parlé qu'il y a une histoire de taxi social qui est plus ou moins mis en place mais moi le premier j'arrive pas à obtenir clairement le numéro pour le joindre, quelques patients arrivent à y avoir recours pour pouvoir aller facilement, et c'est mis en place par la communauté de commune, mais c'est vrai qu'il y a pas forcément de communication claire dessus, et je sais juste que des patients en ont déjà eu recours » (Entretien 1)

Ce « taxi social » semble donc être un atout majeur pour l'accès aux soins concernant les patients isolés, démunis et sans moyen de transport, cependant un seul des médecins interrogés m'a évoqué cette organisation, sans être certain de son fonctionnement. Si ceci est en place, une communication adaptée semble nécessaire, cependant, *« je pense que si ça se savait plus, ils vont vite peut-être être débordés, (rire) c'est ça le problème » (Entretien 1).*

Le fonctionnement du système de vacations de médecins spécialistes au sein de l'hôpital de proximité représente un point fort :

« Les points forts c'est qu'on a quand même un hôpital de proximité, qui essaie, comme nous de recruter des spécialistes, et de permettre donc à des spécialistes de faire des vacations. » (Entretien 6)

- Les points forts de la CCSA de façon globale :

La qualité de vie propre à ce territoire a été évoquée de nombreuses fois par les médecins interrogés, notamment concernant la beauté des paysages : « *plein de beaux endroits à visiter* » (Entretien 5), « *cette région qui est pourtant si belle, sinon je ne l'aurais pas choisie, il y a 37 ans* » (Entretien 7)

Également concernant les avantages de la campagne par rapport à la ville : « *on n'a pas des embouteillages ni matin ni soir* » (Entretien 8) ; « *moi je quitte mon boulot, j'enfile des godasses et je vais faire un tour en forêt, soit faire une rando, soit faire du vélo, soit aller me promener avec ma femme, bon, c'est quand même des choses que je n'ai pas dans la banlieue de Lille ou même celle de Valenciennes quoi* » (Entretien 8) ; « *on a un beau territoire, on a une belle patientèle, on a un beau cadre de vie, on a une qualité de vie.* » (Entretien 6)

Un relationnel qui est décrit comme facile avec la patientèle :

« *je crois qu'il y a un réel confort aussi à travailler ici, avec des gens aussi moins compliqués qu'en intra-urbain, avec moins de problématiques sur les relations que l'on peut avoir avec les patients* » (Entretien 8)

Du travail assuré pour n'importe quelle spécialité et n'importe quel mode d'installation :

« *je pense que n'importe quel confrère spécialiste qui viendrait dans le coin que ce soit en libéral ou en hospitalier il aura du travail, c'est pas un problème, il aura largement du travail* » (Entretien 5) ; « *on peut dire aussi qu'on gagne bien notre vie dans la région et que ça fait partie aussi du bien-être de notre profession.* » (Entretien 8)

Concernant le logement, présence de belles maisons accessibles au niveau du prix :

« on est dans une région où on a des maisons magnifiques pas chères contrairement aux métropoles » (Entretien 5) ; *« un immobilier qui nous a permis quand même aux uns et aux autres d'acquérir des maisons très confortables »* (Entretien 8)

Présence dans la CCSA des structures nécessaires pour l'éducation, les loisirs culturels et sportifs :

« il y a aussi des écoles, il y a au niveau scolaire, au niveau sportif, au niveau culturel, il y a quand même des choses, sur notre territoire. » (Entretien 6)

H) Les causes des difficultés d'accès :

- Le problème de démographie médicale :

À la question « selon vous, quelles sont les causes des difficultés d'accès au SMASR pour votre patientèle ? » la première réponse pour la plupart des médecins interrogés était *« Avant tout un problème de démographie au niveau des spécialistes médicaux »* (Entretien 4).

Cela semble en effet correspondre à la base du problème pour les patients de ce territoire : *« à partir du moment où il y a plus de spécialistes c'est plus facile d'obtenir un rendez-vous ! »* (Entretien 7) ; *« par exemple un ORL qui prend sa retraite qui n'est pas remplacé, bah euh, l'accès aux soins devient très compliqué quoi, on n'a plus que ... [ville belge à 30 minutes de route] ou ... [ville à 30 minutes de route], avec des délais très longs, et si c'est pas nous qui appelons il y a 3 mois de délai, au moins, déjà là actuellement, donc après je sais pas comment ça va être (rire tendu). Donc c'est ça, c'est que si y avait une installation*

un remplacement d'un départ en retraite c'est sûr que l'accès aux soins serait au moins maintenu et voire même amélioré. » (Entretien 1)

Un des médecins rapporte une concordance entre l'évolution de la problématique d'accès aux soins et la diminution du nombre de spécialistes dans la région : *« à l'heure actuelle ça leur pose plus de problèmes qu'il y a 10 ans hein c'est sûr qu'il y a quand même une diminution des spécialistes » (Entretien 2).*

Ce déficit en médecins spécialistes correspond donc à la base du problème, qui amène au point suivant.

- Les nombreux départs en retraite non remplacés :

De multiples exemples de départs en retraite récents ou prévus dans peu de temps ont été rapportés dans nos entretiens, ce qui correspond globalement à la même problématique que celle de la carence en médecins spécialistes, mais avec une notion de temporalité qui se surajoute : la gravité réside dans le fait que cette carence en médecins spécialistes est apparue en peu de temps, et semble empirer de façon très rapide. *« y a encore quelques mois je dirais que ça allait jusqu'à ce que je prenne conscience qu'en fait il y a d'un coup beaucoup de départs en retraite qui sont en train de s'enchaîner » (Entretien 1) ; « tous les confrères actuels ils sont dans une tranche d'âges où dans quelques années ils sont sur le départ à la retraite » (Entretien 5) ; « là on est quand même dans une population dans la région, assez âgée hein je pense que la population médicale on est plus de 60 ans, largement, aussi bien spé que médecine libérale. » (Entretien 9)*

- Les délais trop longs pour obtenir un rendez-vous :

Dans le chapitre suivant nous analyserons les conséquences de cette problématique des délais pour obtenir le rendez-vous, mais ce qui est largement ressorti dans cet entretien, c'est qu'un patient qui peut faire de la distance préférera une longue distance jusqu'au spécialiste qu'un long délai pour obtenir le rendez-vous : « *on a quelques patients c'est vrai que si c'est pas rapide et tout de suite, ils vont pas y aller* » (Entretien 1) ; « *Parce que les délais sont longs, comme partout, donc ils ont tendance à aller un peu plus loin. Dont certains vont même à ... [ville à une heure et demie de route], en ophtalmo, puisque les délais à priori sont plus rapides, beaucoup plus rapides. D'autres vont à ... [ville à une heure de route].* » (Entretien 3)

- Le problème d'attractivité du territoire :
 - Un défaut d'attractivité plutôt sur le plan personnel et familial :

Il semble que les raisons de ce manque d'attractivité se situent plutôt sur le plan personnel et familial que sur le plan professionnel : « *au niveau professionnel je pense que c'est pas un souci, je pense que c'est simplement au niveau d'abord personnel parce qu'il faut pouvoir s'intégrer dans une zone qu'on ne connaît pas, il faut que le conjoint il puisse s'intégrer aussi il faut que les enfants puissent s'intégrer aussi* » (Entretien 5).

En effet, confirmation devant le refus d'une offre attractive sur le plan professionnel : « *Je discutais avec notre confrère ORL qui part en retraite dans quelques semaines, il a déjà essayé de lui-même hein, (...), de parler à des jeunes chefs de clinique qui sortaient en disant qu'il laissait son cabinet gratuitement et sa patientèle gratuitement et qu'il était dispo pour le former plusieurs mois si il fallait et pour le présenter au réseau de soin, il a fait ça il y a plusieurs mois hein, et pour le moment il n'a aucune réponse, et donc je ne comprends pas pourquoi, parce que... attractif il l'a été* » (Entretien 5). De même, les médecins ne sont pas les

seuls à ne plus s'installer sur ce territoire : « *elle fait fuir aussi bien les femmes d'ingénieurs, les femmes de médecins, les femmes de notaires, que sais-je* ». (Entretien 7)

Constat est fait que mêmes les personnes qui peuvent avoir une attache avec ce territoire ne reviennent pas s'y installer : « *même ceux du cru ils ne reviennent pas. Moi j'ai... mes fils ils ont des copains qui sont en médecine, ils n'ont pas envie de revenir ici, pourtant ils sont d'ici.* » (Entretien 4)

- L'éloignement par rapport aux grands centres urbains :

À la base de ce problème d'attractivité, on retrouve l'éloignement du territoire par rapport aux grands centres urbains : « *Parce qu'on est loin, je pense que c'est le fin fond du Nord et que l'on est dans une zone très reculée, géographiquement* » (Entretien 5), avec plusieurs éléments liés à ça, d'abord pour le jeune médecin qui est allé faire ses études dans une grande ville : « *je suis forcé de constater que... ça n'intéresse pas les jeunes, que les jeunes qui ont goûté aussi à certains plaisirs des grandes villes, ne serait-ce que nos enfants, qui ont fait leurs études là-bas, le disent : « autant j'aime revenir, autant je n'y resterais pas. »* » (Entretien 7).

La problématique de la distance aux grandes villes semble liée à la problématique des réseaux de transports, puisque les réseaux de transports de qualité permettent de s'affranchir des distances. Sur ce point les avis convergent : « *c'est une galère pour aller à Lille, c'est une galère pour aller à Paris, c'est une galère pour aller sur la côte, voilà, ça aussi ! Le réseau routier je l'ai vu exploser dans la région lilloise, sur dix années, entre 70 et 80 ça a explosé, ici, il y a eu quoi ? Une route qui s'arrête à Beaufort, et c'est tout ! C'est tout... Pendant tout ce temps ! Bon, beaucoup de déception, et les gens qui sont venus dans la région, bin quand ils ont vu ça bah, « très bien, bon on va réfléchir » et puis ils ne reviendront pas !* » (Entretien 7) ;

« la Nationale 2 qui fait débat politiquement actuellement, un gros gros gros problème quand c'est des jours de semaine et des horaires de bureau c'est pas gérable. Et le train n'aide pas non plus, ça c'est évident. » (Entretien 5)

- La féminisation de la profession :

La féminisation de la profession a d'ailleurs été évoquée comme pouvant avoir un impact sur le manque d'attractivité d'un territoire éloigné des grandes villes : *« une femme veut pouvoir s'occuper de ses enfants, en même temps que d'exercer son métier, donc il vaut mieux y avoir toutes les facilités d'une grande ville à disposition que de venir se perdre dans notre ville » (Entretien 10).*

- L'évolution des attentes des jeunes médecins :

De même, un cercle vicieux apparaît par le fait que la carence en médecins dans la région entraîne une augmentation de la demande, et donc de la masse de travail pour un spécialiste qui souhaiterait s'installer en libéral, ce qui influe sur la vie familiale : *« je pense qu'on est sur des amplitudes horaires qui sont peu compatibles avec des vies familiales donc je pense que ça, ça fait aussi partie des difficultés » (Entretien 4).*

On pourra également évoquer dans le même thème l'évolution des attentes des jeunes médecins comparées à celle des générations précédentes : *« je pense que les spécialistes travaillent moins aujourd'hui, comme les généralistes, les jeunes généralistes ne cherchent plus à faire autant d'actes que les anciens. J'en suis persuadé. Ils essaient d'avoir un minimum de bien-être, de vie privée » (Entretien 7)*

- La précarité sociale :

Une cause majeure de faible attractivité dans le territoire de la CCSA, majeure notamment par sa gravité, est la misère sociale qui s'est installée et qui continue à augmenter sur ce territoire : *« on se rend bien compte que la population s'appauvrit terriblement ! Donc ça fait fuir ! Nos yeux ne les voient plus, mais les yeux de l'extérieur ne voient que cela ! Quand les gens viennent de Reims, de Paris, du sud, que sais-je d'Orléans, il n'y a pas très longtemps j'avais de la famille qui est venue de la région d'Orléans, ils disent « c'est quoi ? » »* (Entretien 7) ; *« Et ça, ça plaît pas, il y a plein de femmes qui sont venues, d'ingénieurs, qui n'ont pas voulu rester, parce qu'elles ont été confrontées à cette vision d'une paupérisation, qui vraiment commence à poser de gros problèmes. Il y en a, de la paupérisation dans toute la France, elle est particulièrement marquée chez nous »* (Entretien 7).

La précarité sociale en elle-même représente donc un frein à l'installation de nouveaux foyers dans le secteur, mais c'est également le manque d'offres professionnelles dans le territoire qui diminue l'attractivité : *« c'est compliqué pour le conjoint surtout de venir travailler ici par rapport à la métropole lilloise ou le Valenciennois »* (Entretien 5) ; *« Les jeunes fuient notre région, pour ceux qui ont envie de trouver du travail, pour pouvoir vivre ! Pouvoir survivre ! Ils ont compris que ici, il n'y a pas d'avenir ! »* (Entretien 7)

Sur le même thème, un médecin met en exergue le fait que l'impossibilité de réaliser des investissements immobiliers intéressants ne participe pas à l'attractivité du territoire : *« Mais il n'y a aucun avenir à investir dans une belle maison ici, qu'on vendra une misère, quinze ans plus tard si ça continue à se dégrader. »* (Entretien 7)

- Le manque d'attractivité de l'hôpital de proximité :

Une cause de défaut d'attractivité sur le plan professionnel a été relevée, concernant le manque d'attractivité pour un jeune spécialiste de venir s'installer dans un hôpital de proximité dans lequel les compétences ne sont pas au niveau de celles des grands centres régionaux :

« On voit dans les hôpitaux périphériques ou même moins périphériques que le manque de personnel se fait ressentir, tant au niveau paramédicaux que médecins et que bah, j'imagine qu'au centre hospitalier de ... [de proximité] notamment (...), c'est de pire en pire, que la prise en charge elle est moins bien et que c'est vrai que les confrères qui sont de Lille et qui ont des retours ils n'ont peut-être pas non plus envie de venir travailler ici » (Entretien 5)

- Le problème d'attractivité de l'exercice libéral :

De plus en plus de jeunes médecins, spécialistes de premier ou de second recours, s'orientent vers un exercice hospitalier : *« je pense qu'on a habitué depuis quelques années les spécialistes à rester intra-hospitaliers et ne plus faire de libéral. » (Entretien 3)*

Si les jeunes médecins s'orientent de plus en plus vers une pratique hospitalière de la médecine, c'est probablement à cause de l'évolution des attentes, avec une volonté de privilégier la vie personnelle et familiale : *« je pense qu'il y a aussi une évolution des souhaits des jeunes médecins, je pense qu'on est sur des amplitudes horaires qui sont peu compatibles avec des vies familiales donc je pense que ça, ça fait aussi partie des difficultés » (Entretien 4)*

La pratique de la médecine de second recours en libéral semble donc être en train de disparaître, *« je pense que dans une dizaine d'années les spécialistes libéraux auront quasiment tous disparu dans toutes les spécialités médicales qui sont là. Les spécialistes sont intra-hospitaliers ou intra-cliniques. » (Entretien 3)* Et cette orientation quasi exclusive du médecin

spécialiste vers les structures hospitalières, même sans constituer la cause principale du problème, en tout cas ne participe pas à favoriser l'accès aux SMASR pour les patients : « *en faisant disparaître les spécialistes de proximité on met une distance même si ce n'est pas forcément le frein principal, mais l'accès est beaucoup plus compliqué. Parce que le spécialiste reste intra-muros, donc psychologiquement plus inaccessible.* » (Entretien 3)

- La difficulté des transports pour les patients :

Dans les causes des difficultés d'accès, nous ne parlerons donc pas en soit d'un problème de distance jusqu'aux spécialistes, mais du problème du transport pour pouvoir accéder à ces spécialistes. « *Pour moi le trajet ne pose pas problème, le patient il préfère le trajet pour voir le spécialiste, donc si c'est dans une distance raisonnable, on va dire 30, 40 kilomètres ça posera pas de problème.* » (Entretien 3) ; « *à partir du moment où ils sont pris en charge, que ce soit à 10 kilomètres où 100 kilomètres, ça ne change pas grand-chose* » (Entretien 10) ; « *Si la distance n'est pas un problème alors il n'y a pas de problème d'accès aux spécialités.* » (Entretien 10)

On nuancera tout de même le propos, car toutes les distances ne paraissent pas acceptables : « *Si on a une demi-heure, quarante-cinq minutes de route ça pose pas de problème. À une heure c'est déjà plus compliqué.* » (Entretien 3)

Même pour les patients qui n'ont pas de difficulté de transport, la distance représentera un frein pour les pathologies qui nécessitent un suivi régulier : « *Ophtalmo ils ont besoin parfois de contrôles réguliers, donc leur demander de se déplacer loin de façon régulière... ça pose peut-être plus un problème.* » (Entretien 10)

La problématique des transports pour les patients renvoie à deux aspects :

Tout d'abord celui de la précarité sociale, qui, en plus d'être un frein à l'attractivité du territoire, est un frein à la mobilité des patients, puisqu'une partie de la population du territoire n'est pas motorisée : « *c'est une population qui n'a pas forcément les moyens de se déplacer comme ils veulent (...), moi j'ai déjà des patients qui m'ont répondu qu'ils ne pouvaient pas y aller parce que c'était trop loin parce qu'ils n'avaient pas de voiture* » (Entretien 5) ; « *ici nous avons quand même une population en précarité, qui n'a pas de moyen de locomotion, et qui a la double peine, elle n'a pas de spécialiste, et elle n'a pas de moyen d'accéder aux spécialistes un petit peu plus loin* » (Entretien 4) ;

Cette problématique est facilement résolue pour les patients pour lesquels une ALD est en place, mais pas pour les autres : « *c'est aussi compliqué pour nos patients parce qu'il faut forcément un moyen de locomotion et que si c'est pas une pathologie qui est prise en charge à 100 % on ne peut pas faire une demande d'ALD hors liste pour un transport* » (Entretien 5)

Ensuite le problème des transports renvoie à celui du manque de développement des réseaux de transports, que nous avons vu plus haut comme un frein à l'attractivité, et qui provoque de plus grandes durées de trajets pour une même distance : « *les transports, par route ou par voie ferroviaire, sont compliqués.* » (Entretien 6) ; « *le fait que même au niveau SNCF il n'y a pas de liaison très fréquente, ça pose problème.* » (Entretien 2) ; « *la Nationale 2 qui fait débat politiquement actuellement, un gros gros gros problème quand c'est des jours de semaine et des horaires de bureau c'est pas gérable. Et le train n'aide pas non plus, ça c'est évident.* » (Entretien 5)

- La demande de soins spécialisés de plus en plus grande :

Les chiffres exposés dans l'annexe n°5 de cette thèse parlent d'eux-mêmes concernant la polypathologie de la patientèle de la CCSA, qui sont en accord avec l'avis des médecins

interrogés : « *Et surtout l'augmentation des pathologies diabétiques, dépressives, globales quoi, et puis les démences. Moi je pense qu'il y a plus de patients polymédicalisés qui posent de plus en plus de nécessité de soins c'est surtout ça ! Besoin de plus de soins, des soins plus lourds, en maisons de retraite les soins sont beaucoup plus lourds enfin... On a l'impression qu'on a de plus en plus de soins plus lourds et qu'on est moins nombreux* » (Entretien 9)

De même concernant la prévention : « *C'est aussi le paradoxe on nous demande de faire de la prévention, mais avec de moins en moins de moyens et avec de moins en moins de spécialistes donc euh... Il faut soigner, prévenir, sans moyen humain.* » (Entretien 4)

- Le manque d'investissement dans la communication entre l'hôpital et les médecins de premier recours :

Tout d'abord, concernant la transmission des données du dossier médical : « *Là on est dans la problématique où on a les moyens modernes, on a Apycript, tout ça, on a l'impression qu'ils ne s'autorisent pas à utiliser des technologies pour la bio, qu'on puisse avoir la bio qui est faite en milieu hospitalier ce serait quand même assez intéressant (...) les petits CH ici ils ont peut-être pas les personnes compétentes mais... il faudrait quand même qu'on nous allège ça, qu'il y ait au moins une communication !* » (Entretien 9)

Toujours concernant les liens entre médecins spécialistes de premier et de second recours, il est relevé dans cette étude une dégradation progressive de la qualité des échanges entre médecins généralistes et spécialistes de second recours : « *petit à petit nos interlocuteurs prennent leur retraite, et ils ne sont pas remplacés, ou après on a des interlocuteurs avec lesquels on n'arrive pas à établir de liens de confiance* » (Entretien 4) ; « *nous de notre temps on allait se présenter aux médecins qui étaient en place, eux ils sont là, tu sais même pas*

comment ils s'appellent, tu vois les noms ils changent tout le temps... Ça va pas dans le bon sens. » (Entretien 2)

Cette dégradation influe évidemment sur les bénéfices qu'apporte une relation de qualité entre médecins : *« de moins en moins de réelle orientation... et de conseils, ça c'est un gros problème. » (Entretien 4) ; « c'est un gros problème parce qu'on doit tous travailler ensemble » (Entretien 9).*

Exemple de problème d'échange avec les spécialistes intra-hospitaliers de l'hôpital de proximité, qui entraîne une difficulté pour hospitaliser un patient sans le faire passer par les urgences : *« moi j'appellerai pas parce que je sais que derrière il va y avoir barrage » (Entretien 9) ; « il y a un problème sur le relationnel, je pense on est tous dans la même situation un petit peu de suractivité, mais dans ce cas il faut entendre que quand un professionnel t'appelle pour dire « bah oui il faut le prendre en charge » c'est qu'il faut le prendre en charge » (Entretien 9)*

Un des médecins interrogés apporte à ce sujet une précision : *« Ça c'est un truc qu'on ne rencontre pas dans le privé hein, bon les intérêts sont pas les mêmes bien sûr mais... dans le privé tu connais tous les gars qui sont installés ils sont au moins venus se présenter, ou ont téléphoné » (Entretien 2)*

Enfin, concernant les structures privées et hospitalières de la CCSA, un des médecins interrogés exprimait le fait que leur situation ne reflétait pas une image rassurante, ne donnait pas une impression de stabilité, qui serait nécessaire pour le soutien des professionnels de santé du territoire : *« on voit que nos structures ont des difficultés, la clinique est gérée de façon différente ça a causé des soucis dernièrement, l'hôpital aussi, ils vont certainement changer de direction... Plus nous on est défaillants et plus eux ils ont intérêt d'être supérieurs dans la*

possibilité de prendre en charge les soins... Là ça n'a pas été le cas ces dernières années donc là le ressenti global est pas positif pour l'instant. » (Entretien 9)

- Manque de moyen dans la gestion du secrétariat, pour gérer la demande :

« on a eu aussi parfois des secrétariats qui sont difficiles d'accès (sourire), comme à la clinique parfois t'avais des secrétaires ça répondait pas (...). C'est sûr que c'est une problématique parce que si on n'a pas un secrétariat qui arrive à prendre en charge... l'accès au soin va être limité. Donc c'est peut-être plutôt un manque de moyens. » (Entretien 9)

- Mauvaise répartition des médecins spécialistes par mauvaise évaluation des besoins :

Un des médecins rapporte le fait qu'il a déjà constaté plusieurs fois des chiffres erronés concernant la démographie médicale, présentés par des représentants des autorités de santé, et ce à cause d'un retard dans la prise en compte des modifications démographiques comme des départs en retraite de médecins de premiers ou de second recours.

« On se dit c'est pas grave mais parfois on garde en actif des confrères comme Dr ... qui avait une grosse activité mais qui ne fait plus du tout maintenant (...) il était considéré comme actif en faisant des demi-journées quoi. Alors ça c'est un problème parce qu'ils sont toujours comptés comme médecins actifs, et peut-être ça minimise la problématique je pense. Bon ça il faudrait peut-être l'avoir comme facteur d'orientation pour les confrères qui veulent s'installer, dire « bah si, ce serait plus intéressant de s'installer plus dans ce bassin-là, comme il y a une demande importante » » (Entretien 9) ; « je vois là dans nos réunions avec l'ARS (Agence Régionale de Santé), eux ils ont des chiffres qui ne sont pas adaptés quoi, et donc ils

viennent avec des données qui sont pas tellement bonnes, (...) comme tout est géré comme ça par stats tout ça il faudrait que ce soit un peu plus adapté » (Entretien 9)

I) Les conséquences des difficultés d'accès aux SMASR pour les patients de la CCSA :

- Moins bonne prise en charge médicale, de façon globale :

La plupart des médecins interrogés étaient d'accord sur le fait que les difficultés croissantes d'accès aux SMASR n'étaient pas sans conséquence concernant la santé de leur patientèle : *« Ils sont et ils seront moins bien soignés parce qu'ils habitent dans le Sud-Avesnois et qu'ils n'ont pas possibilité de voir un médecin spécialiste dans des délais raisonnables. »*

(Entretien 5)

- La moindre qualité de la prévention :

On évoque notamment la baisse de la qualité concernant la médecine préventive : *« Les gens maintenant au lieu de voir l'ophtalmo une fois par an quand ils sont diabétiques ils le verront peut-être que tous les deux ans. Et puis si Dr ... [ophtalmo dans la clinique de proximité] demain n'était plus là, il faudra qu'ils courent à ... [ville à 40 minutes de route] et il y en aura qui n'iront plus ! »* (Entretien 7) ; *« une médecine préventive qui sera de moins bonne qualité, puisqu'elle va... elle ne pourra plus être faite dans des délais raisonnables. »* (Entretien 7)

- Les retards au diagnostic et à la prise en charge :

De même, est évoqué à plusieurs reprises l'augmentation du risque de retard au diagnostic, notamment à propos de pathologies dont la gravité augmente avec le délai de prise en charge : *« Pour la dermato c'est pareil il y a peut-être des lésions cutanées pour lesquelles*

nous on passe à côté parce qu'on minimise peut-être la gravité de la chose (...) et quand il voit le dermatologue finalement un an après on se rend compte que c'est plus grave que ça le voulait. »

(Entretien 5)

De ce fait, les pathologies à prendre en charge deviendraient de plus en plus complexes, car plus évoluées : *« Et on va devoir traiter de plus en plus des cas d'urgence. »* (Entretien 9)

Un des médecins évoque également le retard de prise en charge, qui est finalement la suite logique et inéluctable du retard diagnostic.

- Le renoncement aux soins :

Un des médecins interrogés évoque la démotivation de la part de certains patients dont la ou les pathologies nécessitent un suivi au long cours : *« le patient comme il sait qu'il va avoir un long délai de rendez-vous, je pense qu'il ne se projette plus dans une prise en charge (...) comme il y a un délai de rendez-vous ils ne mesurent pas non plus l'importance »* (Entretien 4)

Le renoncement aux soins est une des conséquences évoquées qui fait aisément comprendre le problème de ces difficultés croissantes d'accès aux SMASR pour la population de la CCSA : *« la première des conséquences, la plus dramatique, je dirais, c'est que le patient refuse les soins. Donc il ne peut pas y aller donc il n'y va pas. Donc il n'y a pas de possibilité de prise en charge. »* (Entretien 6)

Un des médecins interrogés évoque en effet ce problème des patients qui renoncent aux investigations devant les délais d'attente et la distance à réaliser pour consulter un spécialiste : *« le mois qui vient de passer j'en ai eu trois, trois cancers pulmonaires déjà... trop tard. »* (Entretien 9)

- Les inégalités d'accès à la santé :

Une autre problématique apparaît à cause de cette difficulté croissante d'accès aux SMASR pour les patients de la CCSA, qui est celle des inégalités d'accès à la santé, qui est de plusieurs ordres :

- Inégalité entre les patients qui peuvent se déplacer et les autres : « *une inégalité de soin parce que... il y en a qui du coup vont se déplacer hors du territoire de la CCSA (...) et puis d'autres forcément qui sont figés au territoire et de ce fait-là sont contraints à attendre.* » (Entretien 4)

Cette inégalité de mobilité décrit plus largement une inégalité d'accès aux soins d'ordre social, et plus précisément d'ordre financier.

- Inégalité des soins selon le tempérament du patient : « *quand c'est des patients qui sont respectueux des rendez-vous ils savent encore l'honorer, mais on a quelques patients c'est vrai que si c'est pas rapide et tout de suite, ils vont pas y aller* » (Entretien 1)
- Inégalité concernant l'accès à l'hôpital belge à proximité, qui permet de raccourcir à la fois les délais d'attente et la distance pour le patient : cet hôpital ne se trouvant pas sur le territoire français, il ne prend pas en charge la gratuité pour les patients couverts par la CMU, c'est donc une inégalité purement financière d'accès aux soins qui est ici décrite. « *Etant donné que cet hôpital se trouve en Belgique, les CMU ou autres exonérations ne peuvent pas être prise en compte, donc tous les patients n'ont pas accès à ces soins* » (Entretien 1)

- Problème de qualité des soins proposés par l'hôpital de proximité :

Plusieurs médecins ont évoqué le fait que le suivi de leurs patients par les médecins spécialistes de l'hôpital de proximité s'avérait compliqué, « *je n'arrive pas du tout moi à*

travailler avec eux parce que on sait pas où on va, et on n'avance pas, c'est-à-dire qu'ils vont au plus près parce qu'ils veulent pas aller à ... [ville à 30 minutes de route], mais en attendant au bout de 3 mois on est toujours au même point on a toujours pas de diagnostic » (Entretien 1) ; « Donc pour nous c'est pas confortable, c'est même des fois un peu stressant. Parce que t'as des gens qui, partis aux urgences, ils sont récupérés, et puis après tu sais pas avec qui ils tombent, là-dedans il y a quand même des... sacrés... des gars dangereux hein. » (Entretien 2)

La problématique principale, par rapport à ce défaut de compétence, semble relever du recrutement de « mercenaires » : *« des gars qui viennent 2 jours, ils viennent 3 jours et puis après ils s'en vont, y a pas de suivi y a rien quoi. » (Entretien 2) ; « là t'y va les mecs ils ne connaissent même pas tes malades parce qu'ils sont là pour trois jours et puis ils ne voient que 15 malades sur l'étage où t'en a 30, donc c'est... ils sont incapables de te donner une réponse sans taper sur leur ordinateur et puis te lire un truc » (Entretien 2)*

Une des causes évoquées de ces recrutements éphémères est la solution du recrutement de médecins étrangers qui a été décidé pour pallier au déficit national en médecins spécialistes : *« ici il y a un turn over important au niveau de l'hôpital, et ça c'est très dérangent au niveau de l'accès aux soins pour les patients, donc ça je pense que c'est quelque chose qui va s'améliorer à partir du moment où on aura vraiment des jeunes diplômés français, alors je ne fais pas du tout d'ostracisme là-dedans mais j'y vois quand même si tu veux une stabilité vis-à-vis de l'installation. Qu'on ait moins de mercenaires, parce que c'est le cas dans la situation actuelle quoi, qu'on ait moins de mercenaires et qu'on ait plus de gens qui s'investissent sur la région, de façon pérenne. » (Entretien 8) ; « Y a pas de sous... C'est tout ! Y a pas d'argent, on va laisser venir les étrangers ! Les étrangers ils viennent ils restent pas. » (Entretien 7)*

- Impact sur l'activité des médecins généralistes :

Une autre conséquence de ces difficultés d'accès aux SMASR est le fait que ces difficultés ont un impact sur la pratique des médecins généralistes de ce territoire.

Une sensation d'inconfort a été décrite à plusieurs reprises lors des entretiens auprès des médecins généralistes de la CCSA : « *Moi j'éprouve plus de difficultés qu'il y a vingt ans, tu te sens moins soutenu quoi* » (Entretien 2) ; « *J'estime qu'on est beaucoup moins sécurisés dans notre activité professionnelle. On prend beaucoup plus de risques maintenant.* » (Entretien 11)

Une augmentation de la charge de travail a également été décrite, du fait de la complexité qu'un accès restreint aux SMASR entraîne : « *nous on a peut-être aussi double charge de travail dans le sens où forcément le patient il s'oriente sur du soin primaire (...), et par manque nous de soutien au niveau des confrères et par manque de confrères et bin... on fait ce qu'on peut mais c'est... c'est pas évident.* » (Entretien 5)

En effet, certains médecins ont décrit le ressenti de devoir faire par eux-mêmes des gestes ou prendre des décisions qui devraient être du ressort du spécialiste : « *parfois, on en plaisante avec mes patients mais au bout d'un moment va falloir que j'envisage de faire tout, ce que je n'arriverai pas !* » (Entretien 1) ; « *j'aimerais bien avoir un avis, puis après j'me dis tant pis j'vais me démerder tout seul.* » (Entretien 2) ; « *On prend des risques !* » (Entretien 7)

- L'éloignement du parcours de soins traditionnel par le patient :

D'autres conséquences découlent du fait que le patient « *va peut-être chercher par un autre moyen à trouver un autre rendez-vous ailleurs. En dehors du circuit habituel, du parcours de soins du médecin.* » (Entretien 3) :

Une des problématiques résultant des difficultés d'accès aux SMASR est l'augmentation du nombre de recours injustifiés aux services d'urgences, pour deux raisons, l'une que nous avons déjà abordée, qui est le ressenti du patient que les délais sont trop longs, et la deuxième est le manque de disponibilité de plages d'urgence dans les plannings des spécialistes de second recours, par leur surcharge de travail : « *On n'a pas assez de plages de disponibilité en cas d'urgence.* » (Entretien 3) ; « *ils n'ont pas le temps non plus, ça va vite, on sent que ça va vite, ils ont du boulot les spé* » (Entretien 12) ; « *Si demain y a plus de toubib, qu'est-ce que je fais ? Quand je serai très malade j'irai à l'hôpital, si y a personne pour me recevoir j'essaierais d'aller dans un autre hôpital, et puis... et puis les gens appelleront le 15, de plus en plus souvent, donc on a intérêt d'avoir un 15 efficace et bien garni.* » (Entretien 7)

De même, ce sont les hospitalisations qui risquent de devenir de plus en plus fréquentes, pour des motifs qui n'imposeraient pas cette solution si les SMASR étaient plus accessibles : « *Beaucoup plus d'hospitalisations, d'entrées directes via les urgences.* » (Entretien 11) ; « *Il va falloir court-circuiter, de toute façon quand j'ai pas de réponse c'est ce que je fais, quand j'ai pas de possibilité, j'hospitalise et puis je délègue le problème (...) mais ça va être un surcoût je pense.* » (Entretien 9).

Dans ce même sens, un des médecins évoquait le fait que les difficultés d'accès aux soins de second recours risquaient d'entraîner un problème d'accès aux soins tertiaires : « *pour un soin tertiaire aussi parce que (...) nos délais de rendez-vous sont tellement longs que nos patients s'orientent aussi, ceux qui peuvent, sur les CHU (centres hospitaliers universitaires) et leurs délais de rendez-vous augmentent forcément* » (Entretien 5)

- L'automédication :

Une autre conséquence des difficultés d'accès aux SMASR relevée dans ces entretiens (notamment par le fait que ces difficultés entraînent une surcharge des soins de premier recours) est l'augmentation de l'automédication par les patients, et les risques que cette automédication entraîne : « *beaucoup plus d'automédication, avec plus de risques derrière.* » (Entretien 9)

- Le développement de médecines parallèles :

De même, sans doute de façon plus anecdotique pour l'instant, l'apparition de médecines parallèles telles que du maraboutisme, avec comme première conséquence l'augmentation du retard au diagnostic : « *j'ai été surpris que ça arrive dans notre ville mais... des petits marabouts, tout ça, des marabouts africains, et donc oui, le danger c'est d'aller sur des médecines parallèles, qui ne sont peut-être pas sans conséquence, avec pour le coup encore plus de retard diagnostic.* » (Entretien 9)

- L'aggravation de la misère sociale :

Enfin, pour clore ce chapitre sur les conséquences des difficultés d'accès aux SMASR pour les patients de la CCSA, un des médecins évoque le risque « *d'aggraver la misère sociale* » (Entretien 9), et donc d'engendrer un cercle vicieux entre les difficultés sociales et d'accès à la santé pour ces patients.

J) Le ressenti sur la pérennité de l'offre de soin dans la CCSA

- L'incertitude :

Les réponses à cette question allaient pour la plupart dans le même sens. En effet, à la lecture des trois chapitres précédents, il semble peu concevable que l'avis général soit à l'optimisme concernant les années à venir. On note une grande incertitude concernant l'avenir du système de santé sur le territoire : « *Pour moi j'avoue que c'est un grand point d'interrogation l'avenir.* » (Entretien 2) ; « *Mon ressenti c'est que nous entrons dans une phase de flou sur les 5 à 10 ans à venir* » (Entretien 3).

- L'inquiétude :

Il est donc à noter qu'à cette question, les avis ne divergeaient pas beaucoup, et que même les médecins les plus optimistes exprimaient une inquiétude concernant la pérennité de l'offre de soin dans la CCSA : « *Même si je suis de nature optimiste je pense qu'on est quand même sur une phase de déclin, faut le reconnaître.* » (Entretien 9) ; « *on se demande quel est l'avenir de la clinique [de proximité] et puis effectivement on se dit que si ça disparaît bah ça peut poser problème* » (Entretien 8) ; « *je sais pas comment on va faire* » (Entretien 1) ; « *Quand je vois ce que ça va donner la médecine générale dans cinq ans ici, si ça continue à s'installer comme on s'installe dans la région depuis 10 ou même 15 ans, je me dis que dans 10 ans il n'y aura plus de médecine générale du tout !* » (Entretien 7) ; « *s'il n'y a aucune solution de trouvée, je plains nos patients dans quelques années* » (Entretien 5).

Même si l'incertitude règne, l'avis est parfois tranché sur cette question : « *Pérenne elle ne l'est pas, ça c'est sûr.* » (Entretien 5) ; « *je pense que ça va vraiment poser d'énormes problèmes sur le plan médical* » (Entretien 7) ; « *je crois que c'est fichu, c'est fichu pour un bon moment, pour bien longtemps ! Alors, je salue vraiment tous ceux qui font ce qu'ils peuvent,*

pour que ça puisse s'améliorer, je leur tire mon chapeau vraiment, mais je crains que... pour les décennies à venir, il n'y ait pas d'issue favorable. » (Entretien 7)

De façon plus précise, les médecins interrogés ne ressentent pas la possibilité d'un maintien d'une médecine de proximité : *« les gens vont devoir s'adapter à ne plus avoir une médecine de proximité. » (Entretien 2) ; « Je vois difficilement des jeunes spécialistes s'installer de façon pérenne sur le territoire. » (Entretien 4) ; « J'ai même peur que (...) l'hôpital de ... [hôpital de proximité] et peut-être même la clinique pourraient ne plus exister dans 10 ou 15 ans. » (Entretien 7)*

- Inquiétude également de la part des patients :

Un des médecins soulevait le fait que l'inquiétude était notable chez les patients, qui seront les premières victimes des carences en médecins spécialistes autour du territoire : *« Pour le patient je suis conscient que c'est très difficile, c'est compliqué, et que l'incertitude de savoir quel est le réseau de soin dans 3 ans dans 5 ans dans 10 ans, c'est encore autre chose et les patients sont inquiets par rapport à ça. » (Entretien 3)*

- Le fatalisme :

Il existe dans la CCSA un certain fatalisme, notamment sur le fait que les plateaux techniques du territoire ne pourront probablement jamais se développer comme ceux des grands centres : *« Il faudrait développer les plateaux techniques, mais on ne va pas vers ça, on n'aura jamais les mêmes plateaux techniques que dans les grands centres. » (Entretien 11)*

Ce fatalisme peut être élargi d'un point de vue géographique, avec l'idée que la CCSA ne serait pas un cas isolé dans l'Hexagone, mais que ce serait l'avenir de l'ensemble des petites

et moyennes villes de France qui serait sombre : « *De toute façon, bon, il y a beau y avoir du mouvement, l'avenir des petites villes, c'est très sombre hein, faut pas se faire d'illusion. Et on fera pas marche arrière !* » (Entretien 10) ; « *Ça va se dégrader. Mais ce n'est pas spécifique au Sud-Avesnois, vous ne redynamiserez pas les villes moyennes en France ! Vous pouvez faire ce que vous voulez vous n'y arriverez pas. C'est mort.* » (Entretien 10)

- Doute exprimé sur l'envie de rester travailler dans ce territoire :

Un des médecins exprimait même un doute sur sa volonté à rester travailler dans la région : « *ma grande hantise c'est le jour où notre cardiologue Dr ... prendra sa retraite, je pense que je change de région s'il est pas remplacé* » (Entretien 1) ou dans le même sens un autre exprime le regret de s'être installé dans cette région : « *si il y a 2 ans quand j'ai fait le choix de m'installer, si je m'étais rendu compte que 6 ou 7 ans après la région elle serait comme ça euh... Je me serais peut-être abstenue.* » (Entretien 5)

Heureusement pour les patients de la CCSA, l'intérêt du patient passe encore en premier : « *Mais c'est tout, on reste là pour nos patients, c'est eux qui priment.* » (Entretien 5)

- Détérioration de la qualité du relationnel entre les médecins et les patients :

Dans le premier chapitre, un des points forts de la CCSA qui avait été évoqué était la qualité du relationnel entre les patients et les médecins spécialistes des alentours. C'est précisément la disparition de ce point fort que l'on peut redouter dans les prochaines années : « *En fait ils connaissent tout le monde, ce qu'il y a pas dans les grandes villes (...), ça c'est un confort je pense. Est-ce que ça va le rester, ça reste à discuter... C'est inquiétant. On voit pas grand monde arriver.* » (Entretien 2)

- Doutes sur la capacité de la classe politique à prendre les bonnes décisions :

Il paraît logique de dire que la pérennité de l'offre de soin sur le territoire de la CCSA dépend des « *mesures gouvernementales* » (Entretien 7) qui vont être décidées, et à ce sujet, de l'inquiétude ressort de ces entretiens, sur la capacité de la classe politique à prendre les bonnes décisions concernant cette problématique : « *Est-ce qu'on va vraiment avoir les bons comportements au niveau politique pour la santé, là ça c'est encore un vaste débat.* » (Entretien 9)

Sur ce point, c'est évidemment la question des investissements à réaliser dans ce domaine qui inquiète (le sujet qui était abordé dans la phrase suivante était le développement de la télémédecine) : « *tout ça, ça va coûter, mais est-ce que ça va suivre, on en revient toujours à la même question, ça va encore être une histoire politique tout ça ! Parce que... pour pouvoir faire tout ça il faut de l'argent... je crois qu'il y en a de moins en moins...* » (Entretien 12)

- Mutation ressentie vers une médecine à deux vitesses :

Un des médecins interrogés dit ressentir la mutation progressive vers une médecine à deux vitesses, dans laquelle la qualité de prise en charge du patient dépendra de ses capacités financières. Dans cette description de l'avenir du système de santé, les MSP se mutent en « dispensaires » : « *je pense sincèrement que l'on va vers une médecine à deux vitesses. Ils vont faire comme dans les autres pays européens, on va être obligés de faire une demi-journée dans un dispensaire moyennant quoi on pourra faire une demi-journée chez nous, et les gens paieront avec leurs assurances complémentaires, et dans les dispensaires ce sera gratos.* » (Entretien 2)

- Un optimisme peu précis :

Ces visions fatalistes et sombres de l'avenir du système de santé dans la CCSA sont tout de même à nuancer : certaines phrases optimistes ont été prononcées, cependant, ces visions optimistes de l'avenir n'ont pas réellement été développées ni expliquées. « *Je pense très sincèrement que l'on connaît un creux de vague actuellement, c'est-à-dire que... y a une démographie médicale qui explique la situation actuelle, mais j'ai confiance en l'avenir* » (Entretien 8) ; « *Je pense que... dans cinq ans ça ira mieux, il va peut-être y avoir une inversion de la démographie médicale...* » (Entretien 12)

Pour rester sur le versant optimiste de la question, un des médecins a décrit comme une source d'optimisme l'arrivée récente des deux jeunes médecins généralistes dans la CCSA, même si cet afflux ne paraît pas encore suffisant : « *Il y a des espoirs, avec deux jeunes qui viennent d'arriver sur ... et ... [villages à 10 et 15 minutes de route]* » (Entretien 9) ; « *donc il y a des changements positifs sur les autres secteurs où c'était la grande crise où il n'y avait plus personne, il y a quand même quelqu'un qui est arrivé, mais... Donc ça donne l'espoir quand même mais... Au pro rata ils étaient trois, il n'y en a qu'un, donc c'est quand même... Bon il a les reins solides mais il ne faut pas qu'il y ait de soucis.* » (Entretien 9)

K) Les idées envisageables pour favoriser l'accès aux SMASR pour les patients de la CCSA :

Une fois étudiées les causes des difficultés d'accès aux SMASR par les patients de la CCSA, puis leurs conséquences, nous avons cherché à recueillir auprès des médecins interrogés un maximum d'idées de solutions à envisager pour favoriser l'accès aux SMASR pour les patients de la CCSA.

- Difficultés exprimées à trouver des solutions :

Malgré le fait que trouver des solutions envisageables à cette problématique semble pour le moins compliqué, « *les solutions... je ne sais pas.* » (Entretien 1) ; « *J'ai aucune idée d'une solution, je ne vois pas de solution.* » (Entretien 10), nous avons quand même recueilli de multiples pistes, dont la plupart présente un intérêt certain.

- Les prérequis :

Premièrement, deux « prérequis » peuvent être extrapolés, deux principes qui semblent indispensables pour espérer trouver des solutions à la problématique étudiée, qui sont tout d'abord la nécessité pour les professionnels de santé de travailler ensemble, avec le maintien d'un relationnel de qualité : « *on peut tous travailler ensemble pour prendre des solutions.* » (Entretien 6) ; « *c'est ça qui nous aidera, c'est de travailler en groupe.* » (Entretien 6) ; « *Je pense qu'il faut continuer à privilégier le réseau relationnel, parce que quand on se connaît, on est plus apte à dire « bin viens ! », (...) Dr ... l'urologue, il fait des vacances à la maison de santé de ... [village de l'Aisne à 15 minutes de route] parce qu'il connaît d'autres professionnels qui l'ont sollicité. Donc je pense qu'il faut ouvrir notre réseau relationnel, il faut communiquer entre nous.* » (Entretien 6)

Le deuxième prérequis, malgré son aspect idéaliste et peu factuel, reste néanmoins très important. C'est celui de garder l'espoir : « *On peut se dire qu'il y a toujours des solutions. Garder l'espoir !* » (Entretien 6) En effet, même si l'optimisme est difficile à conserver au regard des entretiens réalisés pour cette thèse, la première erreur à ne pas commettre serait de considérer qu'il n'y a pas de solution envisageable, car elle conduirait inéluctablement dans une impasse, sans se donner les moyens d'en sortir.

- Les objectifs à atteindre :

- L'augmentation ou au minimum la stagnation du nombre de médecins spécialistes disponibles à proximité de la CCSA :

« s'il y avait une installation, un remplacement d'un départ en retraite, c'est sûr que l'accès aux soins serait au moins maintenu et voire même amélioré. » (Entretien 1) ; « je pense qu'il faut quand même qu'il y ait plus de professionnels, ça c'est sûr, parce que s'il n'y a pas plus de radiologues, pas plus de cardiologues, ça sera difficilement gérable. » (Entretien 9)

- Faire revenir les spécialistes vers le libéral :

« je pense que le spécialiste doit sortir de son établissement hospitalier, qu'il soit public ou privé. » (Entretien 3)

- Le maintien des structures médicales en place :

« Pour les patients je pense que c'est ça qui va être le plus important, que les structures en place restent en place » (Entretien 9) ; « il faut quand même garder les services d'urgence et tout ça, pour dépatouiller un petit peu les problèmes, ça c'est quand même important, il faut le garder. Parce que bon, même si ce n'est pas des services de pointe, ça rend quand même service, on est bien content de les avoir... » (Entretien 12)

- Si la Polyclinique en place dans la CCSA devait s'arrêter de fonctionner, nécessité de conserver un regroupement de spécialistes de ce type :

« ce qu'on espère c'est que même s'il y a sur la clinique une orientation différente qui doit être prise, qu'on conserve au moins une concentration de pôles spécialistes. (...) Le maintien effectivement d'un cabinet de groupe comme il y a un peu là actuellement, ophtalmo, chir, ORL, cardio, etcetera tout ça, ça reste une attraction globale quoi. » (Entretien 8)

- Si la médecine de proximité devait ne plus exister dans la CCSA, alors nécessité d'augmenter la capacité d'accueil et de prise en charge des structures hospitalières plus à distance :

« dans ce cas-là que dans la structure en question, ils puissent augmenter leur capacité » (Entretien 9)

- Favoriser l'attractivité du territoire :

- Le développement du réseau de transports publics :

« ce qu'il faudrait ce serait une volonté politique aussi au niveau routier, puisqu'on est enclavé au niveau routier. Et au niveau ferroviaire aussi, si on était à une demi-heure de Lille en train ça changerait tout. Donc il y a un besoin de mettre les choses en place de manière politique. Parce que ça fait des années que l'on parle de la RN2, la RN2 elle est toujours la RN2. Il n'y a pas de deux fois deux voies qui a été créée, alors qu'on en parle depuis longtemps. Donc ça désenclaverait aussi notre région » (Entretien 6) ; « la proximité, d'une grande ville, parce que effectivement dès que les enfants sont en études, dès que on a besoin de choses un peu plus pointues bah effectivement on est à deux heures ou à une heure et demie de route de la ville quoi hein, donc ça ça manque, c'est clair quoi » (Entretien 8)

- Un dynamisme industriel à retrouver :

« redynamiser la région, parce que c'est pas en laissant cette région s'appauvrir comme on l'a fait depuis tant d'années qu'on va attirer du monde hein ! » (Entretien 7) ; « Si le travail il est relancé, automatiquement les gens ils vont s'élever » (Entretien 12)

- La mise en place d'organisations nouvelles et attractives dans une région où la charge de travail peut être un frein à l'installation isolée :

« Moi je pense que c'est aux spécialistes à travailler ensemble, à faire un peu comme les infirmières font ici, par exemple « le lundi matin c'est moi, mais lundi après-midi je ne bosse pas, je suis relayé par toi... » C'est la seule façon, il y a moyen de gagner sa vie, tout en prenant du temps. » (Entretien 11) ; « Il y a des patients, donc il y aurait moyen de gagner sa vie, tout en divisant ses journées en deux. C'est une optimisation du temps de travail. » (Entretien 11) ; « on fait des grosses journées ici, on fait 12 heures donc euh... en 3 jours vous avez déjà fait 36 heures, donc moi je le vois aussi sur un système où il y a... bin euh... 2 personnes là où il n'y en avait qu'une. (...) ça me semble gérable, la personne arrive le lundi elle repart le mercredi soir, et inverse l'autre arrive le mercredi dans la matinée pour pouvoir faire le point par rapport à ce qu'elle a géré la semaine d'avant et puis faire les transmissions. » (Entretien 4)

Une organisation de ce type et déjà en place depuis peu à proximité et semble fonctionner correctement : *« là sur les 3 cardio qui sont partis sur ... [ville à 40 minutes de route] on est maintenant sur un groupement « intercard », donc je pense que c'est aussi une attente des jeunes médecins de probablement travailler de façon différente puisqu'il n'y a plus de cardiologue attiré ils ont un système de rotation » (Entretien 4) ; « des systèmes un petit peu comme ont mis en place « intercard », peut-être des groupements de spécialités qui font que les personnes viendront maintenir une activité par spécialités mais avec des interlocuteurs différents, ce qui se passe à ... [ville à 40 minutes de route]. » (Entretien 4)*

- Mettre en place un équivalent à la maîtrise de stage des internes de médecine générale, pour les internes des autres spécialités médicales :

« Moi je parle dans mon cas personnel, si la maîtrise de stage a permis l'installation dans une zone fragile, est-ce que ça ne pourrait pas s'organiser ? (...) Que des médecins libéraux, dans les zones sous-dotées comme ça, puissent permettre d'accueillir pour des consultations ou même pour des interventions ou des gestes hein, est-ce que ce serait pas... Parce que... après tout je ne vois pas pourquoi il n'y aurait que les médecins généralistes qui pourraient travailler en ambulatoire ! Est-ce que ce ne serait pas une solution ? Pour faire connaître le territoire aux internes de spécialité, et leur faire connaître autre chose que le monde hospitalier aussi. » (Entretien 5)

- Une visibilité médiatique pour favoriser l'attractivité du territoire :

« au niveau médiatique essayer d'en parler d'autant plus, de faire remonter par la télé, par les journaux » (Entretien 5)

- La salarisation :

La solution de la salarisation de la profession a été abordée, encore une fois dans une région où la charge de travail peut être un frein à l'installation :

« je pense qu'il y a ce problème-là, ils ne veulent plus travailler aussi... Alors est-ce qu'il ne faut pas aller sur la salarisation de la profession (sourire), mais avec des salaires dignes de ce nom, la question peut se poser hein, il y a des maires qui ont fait ça. » (Entretien 9).

Cette solution de salarisation pour augmenter le confort de vie a été évoquée par un autre médecin interrogé, mais pour lui cette solution ne semble pas être propice à une médecine de qualité :

« J'ai connu la médecine des mines, pour habiter près du Pas-de-Calais. Je sais ce que c'est que d'être obligé d'aller consulter un médecin qui n'en a rien à cirer, qui ne pense qu'à regarder sa montre, parce que « y a encore du monde dans la salle d'attente, j'aimerais bien être tranquille à six heures ! » (Entretien 7) ; « je plains quand même les gens, quand il n'y aura qu'une médecine « d'état ». » (Entretien 7)

- Le système de vacances :

Le développement du système de vacances des médecins spécialistes au sein des structures de la CCSA est une solution pour favoriser l'accès aux SMASR pour les patients de la CCSA :

« des spécialistes qui eux seulement sont accessibles qu'à ... [ville à 40 minutes de route] ou avec un peu de distance, et qu'ils puissent faire des vacances ici. Ce qui forcément apporte l'accès aux soins à proximité du patient, ce qui faciliterait » (Entretien 1) ; « parce que c'est toujours mieux, même s'il n'y a qu'une vacation, les patients ils vont y aller, puisque c'est tout près. Ils auront la capacité d'y aller. » (Entretien 6)

À noter qu'un système de vacation est déjà en place dans l'hôpital de proximité :

« il y a quand même un pneumologue par exemple à l'hôpital qui vient faire des vacances, qui vient une fois par semaine, tous les jeudis par exemple, donc lui il vient de ... [ville à une heure de route] » (Entretien 6)

L'apport du système de vacation est à relativiser, car même s'il favorise la proximité, il ne semble pas forcément raccourcir les délais d'obtention des rendez-vous, et pourrait peut-être même les rallonger :

« maintenant au niveau des délais je pense que ça resterait compliqué. » (Entretien 1) ;
« Donc si ils viennent, ils viennent en plus de leur temps de travail ailleurs, donc si c'est une fois par semaine, vous voyez le délai des rendez-vous après ils s'allongent. » (Entretien 6)

Ce système de vacances, même s'il s'agit d'une piste non négligeable pour favoriser l'accès aux SMASR pour les patients de la CCSA, ne semble pas être la solution à toutes les problématiques :

« C'est facilitateur parce qu'on peut avoir un accès plus facile à un spécialiste, mais pas pour forcément tous les patients. Je veux dire ça peut aider certains mais ça ne résout pas tout. » (Entretien 3)

- La télémédecine :

Le développement de la télémédecine semble également être nécessaire pour favoriser l'accès aux SMASR pour les patients de la CCSA, et a été évoqué de nombreuses fois :

« Moi je pense que la pérennité passera par des équipements comme la télémédecine, (...), je vois pas comment on pourra s'en sortir autrement. » (Entretien 4) ; « la télémédecine, l'ordinateur, envoyer une photo à une dermato pour pas attendre deux mois pour un rendez-vous, (...) avec les portables maintenant on peut faire des choses intéressantes. » (Entretien 7)

La télémédecine qui permet notamment d'éviter l'encombrement inutile en hospitalisation dans les grands centres :

« ça permet de ne pas transférer systématiquement, concernant des pathologies en neurochir, tout ça par exemple, c'est quand même pratique, ça prend pas des places inutiles dans des grands centres, tu peux résoudre déjà le problème si on juge que ça peut attendre. » (Entretien 12)

Encore une fois, la télémédecine ne peut pas pallier à tous les problèmes, notamment ne peut pas concerner toutes les spécialités médicales :

« la télémédecine ça peut se faire dans certaines spécialités mais pas dans d'autres, dans certaines spécialités où il faut un examen clinique complet d'un confrère, on ne peut pas pallier à tout. » (Entretien 5)

Un problème de complexité des démarches pour la mise en place d'un système de télémédecine a été rapporté par un des médecins interrogés :

« nous dans le cadre de notre MSP on a déjà eu des projets de télémédecine dans le cadre des plaies chroniques et de la dermatologie, malheureusement au niveau administratif de par l'ARS etcetera au final on a eu plus de bâtons dans les roues que d'aides, qu'elles soient financières, humaines ou autres. » (Entretien 5)

De même un frein à l'efficacité de ce système de télémédecine est décrit par ce même médecin :

« malheureusement à l'heure actuelle l'ARS elle nous impose les confrères vers qui on pourrait se tourner dans le cadre de la télémédecine, et dans le cadre politique de favoriser et de faire travailler les hôpitaux plus proches, sauf que le problème actuellement, on en a parlé c'est que la compétence, (...) elle est parfois limite, et que actuellement si on veut faire un projet de télémédecine avec le centre hospitalier de ... [ville à une heure et demie de route], puisqu'ils ont le plateau technique et puisqu'ils ont le personnel à disposition qui pourrait être disponible, et bin c'est pas possible. » (Entretien 5) ; « ça ne nous a pas beaucoup aidés dans la prise en charge » (Entretien 5)

Il semblerait donc préférable que les démarches soient facilitées, et que les exigences soient assouplies pour gagner en efficacité et en attractivité concernant cette solution de

télé médecine : « *Donc la télé médecine sous couvert qu'elle soit facilitée et qu'on puisse avoir des interlocuteurs fiables en face.* » (Entretien 5)

- Les MSP :

Les MSP ont été citées plusieurs fois, comme faisant partie des solutions, à plusieurs égards :

L'attractivité pour l'installation des médecins généralistes, et des médecins spécialistes en vacation :

« *dans le but d'attirer des confrères généralistes, puisque c'est quand même leur lieu de travail. Elle a été faite aussi dans le but d'attirer des confrères spécialistes parce qu'il y a des cabinets de vacation qui existent, et que si des confrères hospitaliers sur Valenciennes ou Lille notamment sont intéressés c'est possible.* » (Entretien 5)

L'attractivité notamment par les projets qui peuvent se mettre en place, et par les bénéfices du travail en groupe :

« *on peut mettre en place des projets de santé. Des projets de santé qui peuvent aller loin parce que maintenant on parle de CPTS donc de création de communautés professionnelles de territoire de santé, donc qui peuvent regrouper plusieurs MSP, qui peuvent regrouper des professionnels. Le but c'est de travailler en groupe. Donc c'est ça qui nous aidera, c'est de travailler en groupe.* » (Entretien 6)

À noter qu'un système de vacation est en place dans une MSP à proximité de la CCSA, dans un village de l'Aisne : « *les urologues qui vont à la maison de santé de ... [petite ville de l'autre côté de la frontière avec l'Aisne], pour faire les consultations.* » (Entretien 3)

Malheureusement, on note également que pour l'instant, les 3 MSP qui ont été créées dans la CCSA ne fonctionnent pas aussi bien que l'on pouvait l'espérer :

« Tu as vu les 3 maisons médicales ? Elles sont quand même chouettes hein... Ça donne envie à personne » (Entretien 2) ; *« Dr ... [médecin généraliste de la CCSA] il a perdu énormément de temps pour faire sa maison de santé il a fait un boulot considérable, il est déçu, pas du résultat mais déçu de voir comment ça tourne »* (Entretien 2) ; *« Malheureusement au niveau des confrères spécialistes sans vraiment de retour jusque maintenant. »* (Entretien 1)

- La régulation géographique des installations :

Une solution qui fait débat a été citée plusieurs fois, celle d'imposer le secteur d'installation aux jeunes médecins. Les avis convergent presque tous sur ce sujet :

« Forcer les gens à s'installer ici... à mon avis c'est pas une solution. » (Entretien 2) ; *« imposer à un professionnel de s'installer à un endroit, c'est-à-dire ne pas s'intéresser à sa vie personnelle, c'est difficile. »* (Entretien 3) ; *« il faut qu'on ait tous la liberté d'installation, je pense aussi, (...) si on veut attirer dans la profession il faudra qu'il y ait pas trop de contraintes non plus. »* (Entretien 9)

Cependant, il est probable que l'on soit contraint un jour à mettre en place cette solution :

« Vaste discussion politique, faut-il imposer l'installation un certain nombre d'années ? On sera peut-être obligés d'y venir un jour » (Entretien 3)

Pour un des médecins interrogés, cette solution semble même inéluctable et nécessaire :

« si on ne crée pas de façon obligatoire des postes, je crois que ça va continuer à se dégrader » (Entretien 7) ; « si le gouvernement oblige de jeunes médecins à venir dans la région s'installer pendant trois ans, cinq ans, certains peut-être auront... je dis pas un coup de foudre mais, auront peut-être envie d'y rester, pour différentes raisons ! » (Entretien 7)

- Les aides financières :

Plutôt que d'imposer le secteur d'installation, certains médecins évoquent la solution de l'aide financière pour inciter l'installation dans les zones sous-dotées : « des généralistes aussi bien que des spécialistes comme des hospitaliers pour les maintenir sur place. Je pense qu'il devrait y avoir, plutôt que de forcer les gens à s'installer il faudrait plutôt avoir je pense plus une prime dans les zones en sous-effectif. » (Entretien 9) ; « je m'aperçois qu'il y a certaines communes qui font ça, qui prennent en charge les frais, à condition que les jeunes s'installent au moins pendant 10 ans, une fois que t'es installé 10 ans ici tu t'en vas plus hein... » (Entretien 2)

- La régulation du nombre d'étudiants en fonction de la région d'origine :

Un des médecins a évoqué l'idée, au lieu d'imposer le secteur d'installation ou d'inciter par des facilités financières, d'ouvrir un certain nombre de places pour chaque bassin de vie pour le passage en deuxième année de médecine, en fonction des besoins de chaque bassin de vie, avec dans l'idée que les étudiants qui ont le plus de probabilité de s'installer dans la région sont ceux qui ont un attachement, familial notamment :

« afficher les postes réservés à des étudiants qui commencent leurs études de médecine qui sont d'un territoire donné, alors, accorder par exemple pour la région de Fourmies, la

région aversnoise, la région de Maubeuge, dire, au numerus clausus il y aura forcément, même si c'est pas les meilleurs au départ, parce que ces gens-là reviennent après dans leur territoire, dans la famille une fois qu'ils sont médecins. (...) Comme on a fait avec les permanences de soins où on a fait des tranches, on a découpé le département en morceaux, et dire « bah pour l'Avesnois il y aura, par tant d'habitants, il faudra tant de généralistes, ou tant de spécialistes » et dire « on accorde au numerus clausus tant de places pour cette région-là, dans les inscrits ». » (Entretien 11)

Dans le même esprit, mais concernant la fin des études médicales, un autre médecin propose de moduler le nombre de postes par spécialité médicale en fonction des nécessités dans chaque région :

« revoir le nombre de postes offerts pour certaines spécialités et pousser ce nombre de postes dans certaines régions, vraiment revoir le nombre de postes dans certaines régions »
(Entretien 6)

- Trouver des solutions pour faciliter le déplacement des patients vers les médecins spécialistes :

Après ces idées pour rapprocher les médecins spécialistes vers la CCSA, nous recueillons des idées pour faciliter le déplacement des patients vers les spécialistes à distance, et notamment pour les patients qui n'ont pas de moyen de transport, pas de moyens financiers, et pas de pathologie justifiant une prise en charge financière des transports :

« une prise en charge de transport pour les personnes sans ALD, grabataires tout ça, ça me semble euh... Voilà, s'il n'y a plus de structure de soin de proximité il faut bien quand même que derrière il y ait une prise en charge. » (Entretien 9) ; *« il peut y avoir aussi des*

associations qui peuvent prendre en charge les trajets, évoquer comme ça des solutions. Ça ce serait une idée. Des navettes... Il y a des choses qu'on pourrait mettre en place, pour aider les gens qui sont non véhiculés. Donc là ce serait dans le sens « aider les patients à aller vers le spécialiste » » (Entretien 6)

- Solutions pour dégager du temps aux médecins :

Enfin, certaines idées ont été proposées avec pour objectif de diminuer la charge de travail des médecins, spécialistes, généralistes, libéraux ou hospitaliers, afin de pouvoir accorder plus de temps à la prise en charge médicale des patients :

Réaliser plus d'information et de prévention dans les médias pour que le patient connaisse mieux les pathologies bénignes et banales, qui ne nécessitent pas forcément de consultation médicale :

« On ne fait aucune, aucune information à la télévision. Aucune. Jamais on ne va voir vers le 20 heures « attention, qu'est-ce que c'est qu'une rhino, qu'est-ce que ceci, ceci, cela, arrêtez de consulter, commencez par mettre du sérum phy, donner du Doliprane etcetera, enfin du paracétamol » voilà, y a des choses à faire en premier lieu, et... non, il y a un manque d'éducation et j'ai vraiment l'impression depuis 37 ans que la population n'a absolument pas changé, globalement, sa façon de voir les choses banales, la pathologie la plus banale qu'on puisse observer au cabinet du médecin généraliste. Alors qu'il y a tant de choses à faire préventives à ce niveau-là. Préventive. » (Entretien 7)

Idée de création d'un nouveau statut professionnel pour assister le médecin généraliste dans la réalisation des actes administratifs :

« il faudrait créer de nouveaux postes, qui dégagent complètement le médecin de l'administratif, que ça ne relève plus de notre sort, les arrêts de travail, toute cette pression administrative, qu'on fasse que du médical, examen, traitement, envoyer aux spécialistes certes, mais qu'on ne gère pas les arrêts, qu'on ne gère plus tout ça. Qu'on ne gère plus les MDPH, on passe un temps fou. Là il y aurait quatre heures de travail en moins de libres, et là peut-être que les gens ils seront bien... dans leur travail. S'il y a un manque de médecins on va être obligé d'y arriver » (Entretien 11) ; « se libérer du temps pour pouvoir avoir beaucoup plus de correspondance avec les spécialistes de deuxième recours » (Entretien 11)

Une autre idée a été évoquée dans cette optique de délégation des tâches et des compétences, avec les « infirmières de pratique avancée » cependant, cette idée avait été abordée plutôt comme une évolution probable du système de santé dans la CCSA, le médecin n'avait en effet pas exprimé son avis là-dessus et n'avait pas non plus donné plus de précisions sur le sujet :

« moi je pense qu'à un moment il ne va quasi rester que des infirmières sur le territoire, et il n'y aura plus de généraliste. Et moi je pense plutôt aux infirmières de pratique avancée » (Entretien 4)

IV) Discussion de la validité de l'étude :

- Choix de l'échantillon :

Afin de réfléchir de la façon la plus complète possible à la question de l'accès aux SMASR pour les patients de la CCSA, il nous a semblé judicieux de n'interroger que les MG de ce territoire, et ce pour plusieurs raisons :

- Les MG peuvent avoir une vision globale des problématiques exprimées par leurs patients, ce qui est moins le cas des médecins spécialistes, qui prennent en charge généralement les patients pour des problématiques de santé précises.
- La plupart des médecins SMASR consultés par les patients de la CCSA se situent en dehors de la CCSA, leur patientèle n'est donc qu'en partie constituée de patients de la CCSA.

- Choix du type d'étude :

Le sujet d'étude de ce travail abordait une réalité d'actualité, mais complexe, une étude qualitative apparaissait donc pertinente pour tenter de répondre à cette question, d'autant plus que ce travail de thèse était réalisé en parallèle d'une autre étude, portant sur l'accès aux SMASR pour les patients de la CCSA, mais qui était construite autour d'un questionnaire quantitatif destiné à un échantillon de patients de la CCSA. Grâce à la confrontation des résultats de ces deux études, l'une descriptive, l'autre analytique, une vision complète de la problématique est rendue possible concernant ce territoire.

Les entretiens individuels ont été préférés, notamment par raison organisationnelle, dans un territoire où les médecins généralistes ont un agenda très rempli, il a même été parfois compliqué d'organiser ces rendez-vous individuels. Ce type d'entretien a aussi été retenu pour

favoriser la liberté de parole des médecins, sans ressentir de blocage du fait de la présence des autres MG du territoire.

Une recherche bibliographique a été réalisée pour la constitution du canevas d'entretien, qui a été validé par le DMG de Lille. Ce canevas d'entretien n'a pas dû être modifié au cours de l'étude, au vu de la diversité et de la pertinence des idées recueillies lors des interviews.

La saturation des données a été obtenue au onzième entretien. Le douzième entretien a tout de même été réalisé, afin que tous les MG du territoire puissent s'exprimer.

- Validité de l'étude :
- Biais de sélection :

Il n'y a pas eu de biais de sélection possible dans cette étude, puisque tous les MG du territoire concernés ont participé à l'étude, à l'exception du directeur de cette thèse, dont la participation aurait limité la validité interne de l'étude. La durée des entretiens, ainsi que la richesse des idées développées témoignent d'un intérêt certain pour le sujet de la part des interviewés, qui renforce la validité de l'étude.

- Biais internes :

Le chercheur et l'intervieweur étaient une seule et même personne.

Un des biais à cette étude était le fait que le chercheur est le fils d'un chirurgien de la clinique présente dans la CCSA.

Un autre biais, lié au précédent, était le fait que le chercheur connaissait personnellement 3 des 12 MG interviewés. Afin de diminuer l'impact de ce biais, l'ordre de passage des MG a

été tiré au sort, pour être le fruit du hasard, et non de la convenance du chercheur. Le chercheur a donc essayé, dans la mesure du possible, d'avoir une attitude neutre à l'égard des différents interviewés, afin de ne pas influencer leurs réponses.

Le chercheur a essayé, dans la mesure du possible, d'avoir une attitude ouverte et bienveillante à l'égard des différents interviewés. Il s'est appliqué à les laisser parler librement en réponse à la grille d'entretien préétablie, en posant des questions de relance afin d'enrichir le débat, et de réorienter les médecins interrogés qui parfois s'écartaient du sujet de l'étude.

Les entretiens ont tous été réalisés de manière individuelle, en face à face avec les MG.

- Biais d'interprétation :

La triangulation des données n'a pu être effectuée, car aucun co-chercheur n'a pu se rendre disponible, faute de temps.

Une relecture de l'encodage a été réalisée par le directeur de thèse, afin de diminuer la force de ce biais.

- Validité externe :

La comparaison des résultats obtenus avec ceux de la bibliographie réalisée, et avec ceux de la thèse quantitative réalisée en parallèle par Damien Carnot sur l'accès aux SMASR avec un questionnaire pour les patients de la CCSA, permet de retrouver une cohérence dans les données, et renforce donc la validité externe de cette étude qualitative.

V) Discussion des résultats :

A) Le ressenti global du système de santé :

- Un réseau convenable actuellement concernant les SMASR :

Le réseau de spécialistes médicaux ambulatoires de seconds recours, pour les médecins généralistes de la CCSA, est décrit par l'un des médecins interrogés : « *C'est soit locaux, soit la Belgique, ... [ville belge à 25 minutes de route], soit ... [ville à 40 minutes de route], soit ... [ville à une heure de route], soit éventuellement ... [ville de l'Aisne à 65 minutes de routes], ... [ville de l'Aisne à 30 minutes de route], ... [ville de l'Aisne à 20 minutes de route].* » (Entretien 3). Un autre médecin interrogé précise, « on a à peu près tout ce qu'il faut sur ... [ville à 40 minutes de route] ». (Entretien 10)

Par cette description et par l'analyse des entretiens, on constate que, pour le moment, ce réseau est assez étendu, mais quand même encore dense, et qu'il englobe encore pour l'instant la CCSA, puisque plusieurs spécialistes sont retrouvés dans la CCSA. Ce réseau semble être de densité maximale dans une ville située à 40 minutes de la CCSA.

- Mais un ressenti de l'accès aux SMASR globalement mauvais pour les MG :

Le ressenti global du réseau de spécialistes de second recours à l'heure actuelle est assez partagé. Aux deux antipodes, un des médecins considérait que toutes les spécialités posaient déjà des problèmes d'accès pour les patients, « *si on le veut dans le mois, là... pour toute spécialité on est (...) en crise si le délai doit être plus court.* » (Entretien 9), alors que pour un autre médecin interrogé, l'ophtalmologie était la seule des spécialités à poser un souci d'accès à l'heure actuelle, et celui-ci répondait « *toutes les autres* » (Entretien 8) à la question « *quelles spécialités ne posent pas de soucis d'accès aux soins ?* », et précisait « *si tu cibles bien les*

demandes des patients, t'arrives à avoir un accès mesuré » (Entretien 8). Cependant il est à noter qu'après l'interview ce médecin plus optimiste que les autres me confiait avoir orienté son discours car considérait qu'il était important de rester optimiste et qu'il était délétère de se plaindre de la situation actuelle. Celui-ci considérait également que dans 5 ans, l'ORL serait la seule des spécialités à poser des difficultés d'accès aux soins pour les patients : « *Alors, ORL, puisqu'il nous quitte. Je ne vois que ça...* » (Entretien 8).

- Un réseau qui risque de s'affaiblir dans 5 ans :

Ce réseau qui jusqu'à maintenant semblait donc cohérent par sa densité et son étendue inquiète cependant à la lecture des réponses à la question « *quelles spécialités poseront des difficultés d'accès dans 5 ans ?* » Pour l'un des médecins interrogés, c'est l'ensemble du réseau de spécialistes qui est à risque de s'affaiblir : « *De toute façon, au vu de l'âge de nos interlocuteurs je pense que dans 5 ans, toutes les spécialités poseront problème.* » (Entretien 4). Plus en détail, c'est la cardiologie qui semble la plus menacée et qui provoque le plus d'inquiétude pour les années à venir.

- Existence d'un décalage entre le ressenti des patients et la réalité médicale...

Plusieurs médecins étaient quand même d'accord sur le fait qu'il existait parfois un décalage entre le ressenti du médecin et celui du patient quant au délai acceptable concernant la prise en charge d'un problème de santé « *les gens ils veulent tout, tout de suite, dans des temps courts* » (Entretien 8) ; « *je pense qu'on a peut-être un désir de soins dans l'immédiat, comme l'accès aux médias c'est rapide, internet tout ça, on voudrait qu'on puisse faire des soins en une heure, que tout soit fait, de la tête aux pieds...* » (Entretien 9)

- ... Ce qui représente un des rôles primordiaux du MG :

C'est devant ce décalage entre la réalité médicale et l'avis du patient que le rôle du médecin généraliste est primordial : *« il faut qu'on arrive à faire comprendre au patient qu'il y a des choses qui peuvent patienter, il y a des choses urgentes et des choses qui ne sont pas urgentes. »* (Entretien 3) ; *« d'où l'importance de pouvoir garder une médecine libérale, je pense que c'est important de pouvoir avoir un tri. Pour ne pas encombrer... Le problème il est un petit peu là je pense, comme on sera moins nombreux il y aura moins de tri (...) on va aller sur plus d'hospitalisations »* (Entretien 9)

- Le problème de la démographie de MG :

En parallèle de ces difficultés constatées et à prévoir d'accès aux SMASR, ressort dans cette étude une forte inquiétude quant à la démographie médicale de premier recours dans la CCSA : *« les gens se plaignent de plus en plus de pas pouvoir avoir rapidement leur médecin. On a été 16 ici, on est plus que 6. »* (Entretien 2) ; *« la pérennité des généralistes elle est pas là non plus, dans le sens où, c'est pareil hein, dans 5 ans je pense que si on fait une moyenne on va être 40 % de médecins généralistes en moins, au moins ! »* (Entretien 5)

Devant les difficultés engendrées par le réseau de soin, actuelles et à prévoir, deux des médecins interrogés ont des réactions différentes, puisque l'un compte prendre sa retraite le plus tôt possible (*« Moi c'est d'ailleurs pour ça que je vais fuir ! »* Entretien 7) alors qu'à l'opposée un autre compte retarder le plus possible l'heure de la retraite : *« C'est pour ça que je ne m'arrête pas, en partie, aussi parce que ça me plait bien, mais je ne me vois pas laisser mes patients comme ça. C'est un peu inquiétant et angoissant, pour la population. »* (Entretien 2)

Un des médecins évoquait même un doute sur sa volonté de rester dans la CCSA si la situation continuait à se dégrader : « *ma grande hantise c'est le jour où notre cardiologue Dr ... prendra sa retraite, je pense que je change de région s'il est pas remplacé* » (Entretien 1)

Le problème de démographie médicale de premier recours pose évidemment des problématiques propres à cette spécialité. Ce qui ressort en premier est la surcharge de travail, avec la sensation de ne plus pouvoir proposer des soins de qualité : « *j'estime ne plus faire une médecine de bonne qualité comme je la faisais autrefois, (...)* » (Entretien 7) ; « *on a trop de patients différents maintenant à soigner, trop de courriers, on travaillait avec 1500 personnes auparavant maintenant on a une clientèle de 3000, si on compte les enfants et tout ça donc c'est... Un énorme courrier à lire, trop de choses à gérer* » (Entretien 7).

- Les problèmes de démographies de premier et de second recours sont liés :

Il est impossible de dissocier la problématique de l'accès aux spécialistes de second recours de celle de l'accès aux spécialistes de premier recours, car le médecin référent constitue la « porte d'entrée » de la prise en charge médicale : « *Mais là je vois des nouveaux arrivants, effectivement leur plainte, leur cri est beaucoup plus douloureux, pour l'accès aux soins, parce que... ils n'ont pas déjà le médecin référent* » (Entretien 9).

Le médecin généraliste joue un rôle majeur dans l'accès aux soins de second recours, en plus de l'orientation, qui est l'évaluation du degré d'urgence du problème de santé pour lequel l'avis spécialisé est demandé. C'est grâce à cette évaluation que le médecin de premier recours décidera de laisser prendre ou non le rendez-vous par le patient lui-même. « *Si le patient appelle lui-même, c'est difficile que lui argumente. Si c'est le médecin qui appelle c'est beaucoup plus simple.* » (Entretien 3) ; « *tout en sachant que si on appelle, c'est pas non plus pour mettre la pression sur notre confrère spécialiste et qu'il faut que ce soit adapté à la*

situation. Voilà. Il ne faut pas gaspiller les munitions en disant « est-ce qu'on peut prendre rapidement ? » pour une bêtise. » (Entretien 3).

Il est donc évident que la surcharge de travail imposée par le problème de démographie médicale de premier recours a des répercussions sur ce rôle du médecin généraliste, et sur l'aide qu'il peut fournir au patient en prenant lui-même le rendez-vous si nécessité : *« notre charge de travail en tant que médecin généraliste fait qu'on n'a pas forcément... on ne prend pas et on n'a pas forcément le temps de prendre notre téléphone à chaque fois pour essayer d'avoir un rendez-vous plus tôt. » (Entretien 5)*

Un cercle vicieux risque de s'enclencher entre les deux problématiques de densité de premier et de second recours : *« je me dis que dans 10 ans il n'y aura plus de médecine générale du tout ! S'il n'y a plus de médecine générale, il n'y aura plus de spécialiste non plus ! » (Entretien 7) ; « c'est tout un tissu à la base, le spécialiste il a un réseau de généralistes autour de lui, à partir du moment où le réseau de généralistes va se raréfier, je pense que pour le spécialiste c'est difficile aussi d'arriver à constituer son réseau d'interlocuteurs. » (Entretien 4) ; « le problème aussi de ne pas avoir d'offre de second recours fait qu'on aura de moins en moins de facilité à installer une offre de premier recours. Parce que si vous n'avez pas d'interlocuteur à offrir ça ne peut pas aller. » (Entretien 4)*

Il est donc primordial de ne pas considérer ces deux problématiques comme dissociées, au contraire il faut garder en mémoire que ce qui influera sur l'une influera également sur l'autre.

- La méfiance des MG vis-à-vis des ARS :

Les ARS ont été citées plusieurs fois dans nos entretiens, par des médecins différents, mais avec un point de vue pratiquement identique de l'un à l'autre. L'idée globale qui se dégage quand le sujet des ARS est abordé par les médecins interrogés est l'absence de prise en compte de l'avis des médecins dans la gestion du système de santé. « *La problématique actuellement c'est qu'il n'y pas de retours et que les personnes concernées, c'est surtout ça, que les personnes concernées ne sont pas interrogées.* » (Entretien 9) ; « *Tu vois maintenant l'ARS qui nous impose des secteurs de garde, ils veulent nous faire aller jusqu'à ... [village de la CCSA à 30 minutes de route], quand t'es de garde ici, enfin nous faire aller... surtout faire aller les patients ! Et quand tu leur dis « il faut faire attention » ils disent « de toute façon nous on a décidé que c'était comme ça » ce qui veut dire qu'on n'a plus rien à dire nous.* » (Entretien 2)

Deux choses découlent de ce manque de communication apparent entre l'autorité régionale et les acteurs de santé :

- Des décisions prises qui ne semblent pas être bénéfiques pour la santé des patients, comme le sujet des secteurs de gardes abordé à plusieurs reprises, avec l'idée que, pour les territoires qui n'avaient pas besoin de la fusion de plusieurs secteurs, cette mesure rend l'accès aux soins plus compliqué pour les patients, car plus de distance jusqu'au médecin, et moins de médecins qui acceptent de faire des gardes sur de si grands secteurs : « *maintenant puisqu'ils ont doublé à un endroit, maintenant il faut fusionner 2 secteurs partout dans les Hauts-de-France... absurdité quoi... ça marchait très bien comme ça, alors du coup déjà, il y avait une grosse perte de motivation, en plus on laisse comprendre à tous que c'est sur la base du volontariat, pour moi c'est... soit les gardes sont obligatoires soit... mais pas le volontariat, c'est pas normal que nous on fasse les gardes et ... voilà Dr ... il arrête les gardes, Dr ... aussi, Dr ... aussi... Alors*

là c'est fini, quoi, je veux dire, il faut arrêter quoi, on va pas être trois, quatre pelés à faire des gardes hein. Moi c'est hors de question de toute façon. Donc voilà, on va plus faire de garde, donc l'accès aux soins sera un peu plus compliqué ! » (Entretien 9)

- Une méfiance croissante envers les autorités de santé, avec le ressenti que l'opacité de ces agences servirait à masquer une volonté de modifier progressivement le système de santé en écartant les médecins libéraux, pour aller vers une médecine moins coûteuse, et plus inégalitaire. *« De toute façon c'est inéluctable, ils ont manigancé ces secteurs de garde au mois de mai, et ils ont averti les médecins en août, de façon à ce qu'on n'ait pas le temps de réagir. Donc voilà (soupir), je pense que petit à petit on va se faire bouffer quoi. » (Entretien 2) ; « on nous emmène tout doucement vers une autre médecine. Et on peut pas faire brutalement parce que l'on ne peut pas retirer brutalement les choses aux gens, mais c'est fait par petits trucs c'est vachement bien fait hein, par petits trucs, tous les ans on t'enlève un truc quoi. » (Entretien 2) ; « je pense sincèrement que l'on va vers une médecine à deux vitesses. Ils vont faire comme dans les autres pays européens, (...) on va être obligés de faire une demi-journée dans un dispensaire moyennant quoi on pourra faire une demi-journée chez nous, et les gens paieront avec leurs assurances complémentaires, et dans les dispensaires ce sera gratos. » (Entretien 2)*

B) Les causes des difficultés d'accès aux SMASR pour les patients de la CCSA :

- Problème de démographie des SMASR :

La cause première évoquée par l'ensemble des médecins interrogées est la trop faible démographie de médecins spécialistes de second recours. Pour première explication de cette

trop faible démographie revient de façon systématique la problématique des départs en retraites récents qui se succèdent très rapidement et qui ne sont pas suivis de nouvelles installations.

Concernant le pool de médecins qui partent tous en retraite au même moment, il est aisé de comprendre que ceux-ci correspondent aux derniers médecins qui sont entrés dans les études médicales avant la mise en place du *numerus clausus* en 1971. Un simple calcul permet de retrouver une concordance entre le début de la restriction du nombre de médecins au niveau national, et le début des problématiques d'accès aux soins pour les patients 48 ans plus tard. « *je pense que je ne me trompe pas en disant que les gouvernements, les uns après les autres, ont tout fait pour qu'il n'y ait pas beaucoup de médecins en deuxième année !* » (Entretien 7) ; « *Pourquoi ? Les études ça coûte cher, il faut former les étudiants, il faudrait trois facs au lieu d'une, il faudrait trois fois plus de profs, ça coûte cher à payer un prof ! Y a pas de sous... C'est tout !* » (Entretien 7)

Cependant, en dehors de cette question démographique pure, il nous faut nous intéresser aux autres problématiques qui ont conduit à la situation inquiétante à laquelle nous allons devoir faire face.

La première question que l'on se pose : existe-t-il un problème d'attractivité propre au territoire ?

- Le problème d'attractivité du territoire :

Tous les médecins interrogés étaient d'accord sur le fait que le manque d'attractivité du territoire était une réalité, qui représentait une cause de l'absence d'installation de médecins, spécialistes comme généralistes. « *La première des causes c'est qu'il n'y a aucun des confrères spécialistes qui veut venir s'installer dans le Sud-Avesnois* » (Entretien 5).

En effet la baisse de la démographie médicale au niveau national ne semble pas être l'unique problème, puisque d'autres territoires semblent être moins touchés par cette problématique de densité médicale : « *Il était seul le médecin de mon village (en périphérie de Lille), j'aurais pu être le deuxième, ils sont trois ! Le village d'à côté ils étaient deux (...), ils sont cinq ! Donc il ne manque pas de médecin, là-bas ça florit ! (...) Donc, là-bas il n'y a pas de soucis, ici il y a des soucis, pourquoi ?* » (Entretien 8)

- L'isolement géographique :

Comme cause de ce manque d'attractivité, nous retrouvons donc en premier l'éloignement du territoire par rapport aux grands centres d'intérêts de la région, qui semble au moins en partie liée à un problème de réseaux de transports routiers et ferroviaires rapporté à de multiples reprises.

- La féminisation de la profession médicale :

Il ressortait que les freins à l'installation dans la CCSA semblaient plus se trouver sur le plan personnel et familial que sur le plan professionnel. La féminisation de la profession avait été citée comme un des facteurs de baisse d'attractivité d'un territoire reculé comme la CCSA, ce qui est en accord avec certaines études, même si l'impact de ce facteur sur ce sujet reste modéré. (24)

- L'évolution des attentes des jeunes médecins :

En effet, plus encore que la féminisation de la profession, il semble que c'est l'évolution globale des attentes de la jeune génération de médecins qui n'est pas en accord avec l'installation dans ce bassin de vie, notamment par la crainte d'avoir une charge de travail n'autorisant pas un épanouissement familial et extra-professionnel(25), et d'autre part par le fait que dans les facteurs influençant le territoire d'installation des jeunes médecins, nous retrouvons dans les premiers choix « les possibilités d'emplois du conjoint offertes sur ce territoire »(26), et c'est principalement sur ce point que la CCSA ne semble pas correspondre aux attentes des jeunes médecins, par la précarité sociale que nous décrivons de façon chiffrée dans l'annexe n°5 de ce travail, et qui est décrite à de multiples reprises par les médecins interrogés.

- La précarité sociale de la population :

Cette précarité sociale est une cause certaine de la baisse de l'attractivité du territoire, par le manque de possibilités d'emploi du conjoint comme cité ci-dessus, mais également par le fait que la misère sociale représente en soit un facteur d'aversion pour des personnes qui ont réalisé leurs études dans de grands centres urbains qui présentent des populations nettement plus favorisées.

- Le manque d'attractivité de l'hôpital de proximité :

Une cause de défaut d'attractivité sur le plan professionnel a été relevée, concernant le manque d'attractivité pour un jeune spécialiste de venir s'installer dans un hôpital de proximité dans lequel les compétences ne sont pas au niveau de celles des grands centres régionaux. Il y

a donc encore à ce niveau un cercle vicieux qui se crée, par le manque de compétences médicales, qui n'attire pas les compétences médicales.

- Toutes les zones géographiques éloignées des grands centres d'intérêts semblent concernées :

Enfin, il semble que tous les aspects relevés dans cette sous-partie du manque d'attractivité du territoire ne soient pas exclusifs à la CCSA, mais soient retrouvés dans tous les territoires de France localisés à distance des grands centres : « *Tout ce qui est éloigné des grands centres, c'est pas attractif, mais quel que soit l'endroit de France c'est partout pareil !* » (Entretien 10)

D'où l'utilité de l'évaluation des problématiques propres à chaque bassin de vie en difficulté, afin de pouvoir prendre aux niveaux national et régional les décisions qui pourront faciliter l'accès aux soins dans chacune de ces zones géographiques.

- Le problème d'attractivité de l'exercice libéral :

Comme il était rapporté au cours de ces entretiens, le libéral ne semble plus être un choix majoritaire dans la population des jeunes médecins, concernant les spécialités autres que la médecine générale, mais également la médecine générale. D'après la DREES, les effectifs de médecins libéraux devraient en effet diminuer jusqu'en 2027.⁽²⁷⁾ À cette date, les libéraux exclusifs seraient 24 % de moins qu'en 2012 et les libéraux ou mixtes 8 % de moins. En parallèle, les effectifs de médecins salariés devraient poursuivre leur croissance dans les prochaines années.

- La difficulté des transports pour les patients :

On notera qu'un certain fatalisme est relevé, selon lequel une médecine de proximité ne semble plus envisageable à court ou moyen terme, ce qui provoquera inévitablement une augmentation des distances à réaliser par les patients, et donc rendra indispensable la recherche de solutions concernant les deux points que les médecins avaient abordé : le faible réseau routier et ferroviaire, et les faibles moyens financiers d'une population qui est en grande partie en précarité sociale, ce qui leur diminue l'accès aux transports.

- La demande de soins spécialisés de plus en plus grande :

Notamment du fait du vieillissement de la population. Encore une fois un engrenage prend forme sur ce sujet, car les pathologies sont rendues plus complexes à prendre en charge par la difficulté d'accès aux spécialistes, ce qui augmente leur gravité, et donc leur complexité.

- Le manque de communication entre l'hôpital et la médecine de ville :

Dans son Rapport 2018 « Renforcer le lien ville-hôpital », la Fédération Hospitalière de France allait dans le même sens que les médecins interrogés dans ce travail, en exprimant le fait que les professionnels de la ville faisaient état de grandes difficultés dans leur communication avec les médecins hospitaliers, ce qui était néfaste pour la coordination du parcours de santé. Il leur était difficile de joindre leurs confrères hospitaliers en raison de leur *turn over* et de leur indisponibilité. Il semblait donc fréquent qu'ils privilégient l'adressage de leurs patients aux urgences plutôt qu'à l'admission directe en service hospitalier.(28) Ce rapport exprimait l'idée que le cloisonnement actuel entre ville et hôpital était incompatible avec la définition de parcours de santé cohérents.

- La mauvaise répartition des spécialistes par mauvaise évaluation des besoins :

En effet, s'il y a minimisation d'une problématique de démographie médicale dans une zone géographique donnée, on peut en déduire qu'il y aura une moindre prise en charge du problème par les autorités médicales, notamment concernant les financements et les recrutements hospitaliers.

C) Les conséquences des difficultés d'accès aux SMASR pour les patients de la CCSA :

- Les conséquences évoquées par les médecins interrogés étaient multiples :
 - baisse de qualité de la médecine préventive ;
 - retard au diagnostic ;
 - retard de prise en charge, entraînant une majoration de la gravité et de la complexité des pathologies rencontrées ;
 - la démotivation des patients et le renoncement aux soins étaient également évoqués ;
 - plusieurs types d'inégalités à l'accès aux soins étaient également décrits.

- L'impact sur l'attractivité du territoire pour les MG :

Un impact était également relevé sur l'activité du MG, avec une nouvelle fois une spirale entre déficit en soins secondaires et déficit en soins primaires : cet inconfort généré pour les MG peut en effet rendre plus difficile la décision de s'installer en tant que jeune médecin généraliste sur ce territoire : *« Moi je peux comprendre qu'on ne veuille pas s'installer ici, si on n'a pas la sécurité par le biais de la spécialisation, qu'elle soit en libéral externe ou en hospitalier. »* (Entretien 11)

Cette idée est capitale, car c'est la base de la réflexion nous ayant conduit à réaliser cette étude. En effet, la présence de spécialistes dans un territoire donné constitue un des facteurs motivant l'installation des jeunes médecins généralistes(29), il semble donc important, si l'on souhaite trouver des solutions à la problématique des déserts médicaux, d'analyser les causes des difficultés d'accès aux SMASR et les solutions envisageables pour diminuer ces difficultés.

- L'augmentation des recours aux hospitalisations et au service des urgences :

Dans les conséquences évoquées, nous retrouvons également l'augmentation des recours aux hospitalisations et au service des urgences, cependant, même si cette idée est raccord avec le résultat du Rapport 2018 de la Fédération Hospitalière de France cité plus haut, il est plutôt la conséquence des problèmes de communication entre l'hôpital et la médecine de ville. En effet, l'étude IRDES de 2017 sur l'analyse des déterminants territoriaux du recours aux urgences non suivis d'une hospitalisation, ne retrouvait pas de lien direct entre le recours aux services d'urgence et le manque d'accès aux SMASR, mais retrouvait un lien réel avec le manque de disponibilité des médecins généralistes.(30)

Cependant, étant donné le lien évident que nous avons expliqué entre les problèmes de démographie de premier et de second recours, nous pouvons considérer que cette conséquence est potentiellement à envisager, avec un surcoût, pour le patient comme pour les caisses de remboursement, un encombrement des services d'urgences et d'hospitalisation, et donc un moindre accès pour les patients qui présentent une réelle indication à l'hospitalisation et une baisse potentielle d'efficacité des services d'urgences surchargés.

- Le défaut de qualité apparent des prises en charge dans l'hôpital de proximité :

Un défaut de qualité des prises en charge est exprimé par plusieurs médecins interrogés, qui a été mis en lien avec le recrutement de médecins intérimaires, surnommés « mercenaires » par certains médecins. En effet un rapport de député de 2013 allait dans ce sens, en expliquant que la qualité et la sécurité des soins posaient régulièrement question dans ce genre d'établissement qui devaient avoir recours à des médecins intérimaires avec un *turn-over* important, le plus souvent par le fait que les missions temporaires ne favorisaient pas l'implication dans le projet médical d'établissement, ni la connaissance des procédures, la maîtrise des logiciels informatiques, ou le suivi au long cours des malades. (31) Dans ce rapport, Olivier VERAN ajoutait que la seule condition à remplir pour un médecin souhaitant effectuer des missions temporaires via une société d'intérim était d'être inscrit au tableau de l'ordre des médecins, sans aucune obligation de formation continue, aucune évaluation, y compris dans le cas de médecins ayant arrêté toute activité professionnelle pendant une période parfois de plusieurs années.

- L'augmentation des recours à l'automédication :

L'automédication est une autre conséquence, confirmée par l'article de 2016 « Pharmacovigilance : risques et effets indésirables de l'automédication » de la revue *Thérapie*, dans lequel la difficulté d'obtenir un rendez-vous chez le médecin est retrouvée comme faisant partie des facteurs de risque de recours à l'automédication. (32)

L'automédication est associée aux risques de retards de prise en charge, aux surdosages, aux interactions médicamenteuses, aux effets indésirables médicamenteux pouvant être graves, et aux conduites d'abus et d'addictions.

- Le développement des médecines parallèles :

Le développement de certaines médecines parallèles est décrit comme une conséquence aux difficultés d'accès aux SMASR(33), comme du maraboutisme qui a été constaté par l'un des médecins interrogés, qui peut ne pas être sans conséquence pour la santé des patients de la CCSA.

- L'aggravation de la misère sociale de la population de la CCSA :

Enfin, est exprimé le risque que ces difficultés d'accès aux soins ne renforcent la misère sociale de la région, ce qui correspondrait encore une fois à un engrenage, car la misère sociale était décrite comme une des causes du défaut d'attractivité du territoire.

D) Le ressenti sur la pérennité de l'offre de soin dans la CCSA :

L'inquiétude était au premier plan dans tous les entretiens qui ont été réalisés, avec parfois même un fatalisme avec l'idée que l'on ne pourrait pas espérer une amélioration de la situation, et que l'accès aux SMASR était voué à se dégrader de façon inéluctable.

La situation dépend donc des mesures politiques qui seront mises en place, et des investissements qui seront réalisés pour le développement et la mise en place des nouveaux outils technologiques.

L'une des peurs exprimées a été celle d'une évolution vers une médecine à deux vitesses, dont la qualité dépendrait des moyens financiers du patient.

Le seul fait optimiste exprimé au cours de nos entretiens a été l'installation récente de 2 jeunes médecins généralistes dans la CCSA, tout en relativisant sur le fait que c'était encore loin d'être suffisant.

E) Les idées envisageables pour favoriser l'accès aux SMASR pour les patients de la CCSA :

- Les objectifs à atteindre pour le système de soin dans la CCSA sont clairs pour les médecins interrogés :
 - Au moins stabiliser, voire augmenter la densité en médecins généralistes et spécialistes dans la CCSA et à proximité ; assurer la survie des structures en place
 - Faire revenir les spécialistes vers l'exercice libéral
 - Si ces objectifs n'étaient pas atteints, alors nécessité de favoriser l'accès aux structures de soin plus à distance.

- Favoriser le travail en réseau :

Tout d'abord, a été exprimée la nécessité de maintenir un travail en réseau entre professionnels de santé. Dans ce sens, la Fédération Hospitalière de France avait appuyé dans son Rapport 2018 sur le fait que le cloisonnement actuel entre ville et hôpital était incompatible avec la définition de parcours de santé cohérents (28), et avait émis la proposition de rendre obligatoire la communication des résultats médicaux (compte-rendu d'hospitalisation, imagerie, biologie, etc.) aux médecins généralistes, et réciproquement, la transmission des éléments aux centres hospitaliers avant une admission. Dans ce rapport, la plateforme ZEPRA (zéro échange papier en Rhône-Alpes) était citée, qui semblerait être un outil efficace pour la

transmission sécurisée des données médicales, compatible avec de multiples systèmes de messagerie sécurisée préexistants.

Ce Rapport 2018 émettait également l'idée, toujours dans cette volonté d'amplifier la relation entre l'hôpital et la médecine de ville, de simplifier les échanges avec l'hôpital pour les libéraux, notamment avec l'identification d'un interlocuteur clairement identifié, d'un « guichet unique » pour les professionnels de ville. Il proposait également la constitution, à l'échelle des territoires d'attractivité des hôpitaux, des commissions territoriales de santé composées de représentants des communes, des CH et des cliniques, de représentants des professionnels de la ville, ainsi que des usagers.

- Désenclaver géographiquement la CCSA par le développement des réseaux de transport, et favoriser la reprise d'un dynamisme industriel :

Concernant le besoin de développement des réseaux de transports dans et autour de la CCSA, et concernant la nécessité de dynamisme industriel, on peut espérer un avenir positif à la lecture du « Pacte pour la réussite de la Sambre-Avesnois » de novembre 2018, signé par le gouvernement, qui permet entre autres (34) :

- L'obtention d'une enveloppe de 60 millions d'euros pour le désenclavement du territoire : contournements d'Avesnes-sur-Helpe et du nord de Maubeuge, 2 x 2 voies entre Avesnes-sur-Helpe et Laon, lancement des études et des acquisitions foncières pour la section Avesnes-sur-Helpe / Maubeuge.
- Le soutien à la création et au développement des entreprises.

- Appuyer sur les avantages des MSP, et favoriser le développement d'organisations souples et novatrices pour rendre le territoire attractif :

Concernant les MSP, le « Rapport d'information au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur les mesures incitatives au développement de l'offre de soins primaires dans les zones sous-dotées, par Jean-Noël CARDOUX et Yves DAUDIGNY, Sénateurs » exposait le fait que ces structures contribuaient au rééquilibrage de l'offre de soins, que leur mise en place avait permis d'observer une évolution favorable dans les espaces ruraux, notamment par le fait que ces MSP étaient structurées autour d'un projet de santé, en prenant en compte les besoins de suivi des patients. (35) Cependant, ce rapport exposait également la complexité et les lourdeurs administratives pour monter une telle structure, et le fait que les cahiers des charges étaient très – voire trop – exigeants, et les ARS parfois peu aidantes. Ce rapport considérait qu'il fallait savoir faire preuve de souplesse pour avancer, et évoquait la nécessité d'aider au développement de nouvelles organisations pour augmenter l'attractivité du territoire et de l'exercice libéral.

Le groupement Intercard cité par l'un des médecins interrogés est un exemple d'organisation souple et novatrice facilitant la présence de cardiologues dans le territoire du Sambre-Avesnois.

Le contrat de médecin adjoint en est un autre exemple : ce contrat permet à des internes d'exercer en zones à fort afflux touristique ou en cas d'épidémie, en renfort temporaire d'un médecin déjà installé. Demain, cette possibilité sera étendue à l'ensemble des zones sous-denses. (36)

- Favoriser le système des vacations de médecins spécialistes au sein de la CCSA :

Il existe des aides pour les systèmes de vacations dans les MSP, afin de rendre ce concept plus effectif : la MSP de Fruges, dans le Pas-de-Calais, propose par exemple, chaque

mois, des plages de consultations sur différentes spécialités (addictologie, gériatrie, gynéco- obstétrique, gastro-entérologie...) en coopération avec des centres hospitaliers et des professionnels de santé libéraux. Le développement de ces consultations est encouragé par les « contrats de solidarité territoriale médecin » signés entre l'ARS, le professionnel et la CPAM. (37)

- Favoriser l'attractivité de l'exercice libéral, tout en favorisant le lien entre la ville et l'hôpital :

Dans son Rapport 2018, la Fédération Hospitalière de France (FHF) expliquait la nécessité de favoriser concernant les médecins généralistes l'exercice mixte entre ville et hôpital, qui est un gage de lien entre ces deux secteurs et peut initier des démarches d'amélioration des pratiques. (28)

- Les stages en cabinets libéraux pour les internes de toutes les spécialités médicales :

Comme l'a exprimé un des médecins interrogés, la réalisation de stages en cabinets libéraux par des internes d'autres spécialités que médecine générale semble être une solution envisageable pour favoriser l'attractivité d'une part du territoire, mais également de l'exercice en libéral. Il se trouve que la possibilité de faire un stage formateur et validant dans le secteur libéral est possible grâce à la loi HPST (Hôpital, patients, santé, territoire) du 21 juillet 2009 : le stage en ambulatoire auprès d'un praticien spécialiste, qu'il soit radiologue, cardiologue, dermatologue ou encore pédiatre vise à découvrir et aborder les principes de l'activité libérale dans leurs spécialités respectives.

Il semble malheureusement que cette ouverture de l'internat hors médecine générale vers les cabinets libéraux soit encore trop restreinte. Le collège des spécialistes de l'URPS (union régionale de professionnels de santé) Médecins libéraux de Bretagne a dû lui-même

entreprendre un travail visant à promouvoir les pratiques de ces stages d'internats chez les praticiens spécialistes libéraux, qui commence seulement à porter ses fruits.(38) Il semblerait qu'une promotion similaire de ces stages en libéral soit nécessaire dans les Hauts-de-France.

- L'utilisation des médias pour communiquer sur les attraits du territoire :

Dans son « Etude pour la caractérisation des territoires en tension pour l'installation des jeunes médecins » de novembre 2015, le Commissariat général à l'égalité des territoires évoquait également l'intérêt d'une promotion des territoires auprès du grand public par des dispositifs de communication divers (plaquettes argumentées, livret de présentation, organisation de journées découverte, participation à des salons, conférences et congrès...).(26)

Par exemple :

- Communiquer sur la qualité de vie d'un territoire rural ou périphérie semi-rurale d'une ville moyenne
- Communiquer sur l'accessibilité, les infrastructures et les équipements d'une périphérie de grande ville
- Communiquer sur la diversité et les particularités de l'exercice en milieu rural
Communiquer sur le sentiment d'utilité sociale, les avantages fiscaux et les aides financières disponibles.

- L'adaptation du mode de rémunération pour favoriser l'attractivité du territoire :

Plusieurs médecins avaient évoqué l'idée de la salarisation de la pratique de la médecine générale pour augmenter l'attractivité des jeunes médecins dans le territoire. En effet, les

chiffres de la DREES confirment que l'exercice libéral en médecine recule, alors que l'exercice mixte et salarié ne cesse de croître.(27)

Le mode de rémunération des MG varie d'un pays à l'autre, combinant en général des caractéristiques issues de quatre mécanismes principaux (39) :

- la capitation
- la rémunération à l'acte
- le paiement à la performance (P4P)
- le salariat

Chaque mode de rémunération comporte des avantages et des inconvénients pour le financeur comme pour les médecins et les patients. Ce thème n'ayant été abordé que très brièvement, on ne peut conclure dans cette étude sur ce sujet, mais il semblerait intéressant d'aller plus loin dans une autre thèse centrée sur l'opinion des médecins concernant les différents types de rémunérations.

- Le développement de la télémédecine :

Concernant la télémédecine, on note à la lecture de ces entretiens que cette solution n'a été citée que de façon très succincte, uniquement concernant les plaies chroniques et les pathologies neurochirurgicales aiguës. On peut se poser la question de savoir si cette absence de détail traduit l'ignorance des médecins interrogés concernant ce vaste sujet, ou bien s'ils considéraient qu'il ne fallait pas trop entrer dans le détail, ce thème n'étant pas le sujet principal de notre thèse.

Quoi qu'il en soit, l'idée principale était le fait que la télémédecine représentait une source d'évolution positive concernant l'accès aux SMASR. Nous ne reviendrons pas ici sur la description détaillée et sur les multiples applications envisageables regroupées sous le terme de « télémédecine ». Ce qui ressort nettement des recherches à ce sujet est la lenteur du

déploiement des solutions de télémédecine, bridé notamment par leur cadre expérimental, et par l'absence de mode de financement pérenne. (35) En effet l'un des seuls médecins interrogés qui avait évoqué la médecine de façon précise décrivait la complexité de sa mise en service (dans le cadre de plaies chroniques pour ce médecin), et les freins à son efficacité à cause de la rigidité imposée par l'ARS, notamment dans le choix des interlocuteurs spécialistes.

Toujours concernant la télémédecine, et malgré le fait que les médecins interrogés ont exprimé à plusieurs reprises le fait qu'ils ressentaient la difficulté d'obtenir un avis spécialisé rapide, n'a pas été évoquée la téléexpertise que représente la Hop' Line, qui permet d'obtenir sans délai un avis téléphonique auprès d'un spécialiste du CHRU de Lille, en passant par un guichet dédié aux médecins généralistes.

- La régulation géographique des installations :

Concernant la solution contestée de la régulation géographique des installations, en débat actuellement au niveau politique, nos recherches nous amènent à penser que cette solution ne serait probablement pas bénéfique, et ce pour plusieurs raisons : (40) (29)

Tout d'abord, comme nous l'avons retrouvé dans notre étude, la majorité des médecins est hostile à l'idée de supprimer la liberté d'installation, et surtout les jeunes médecins et les étudiants en médecine. Ce désaccord global conduirait donc à plusieurs résultats contre-productifs pour l'accès aux soins, qui ont été retrouvés en Allemagne, pays dans lequel le « Bedarfsplan » est actuellement en vigueur, dont le principe est de ne pas autoriser d'installation supplémentaire de médecins dans une zone dès lors que le nombre de médecins par habitant dépasse 110 % de la cible (41) :

- Les médecins peuvent choisir de ne plus s'installer, de pratiquer une activité de médecin remplaçant exclusive.

- Les médecins peuvent choisir de s'installer dans les zones autorisées, à la lisière des zones non autorisées (non autorisées car non sous-dotées, donc attractives), ce qui n'apporterait pas de bénéfice pour les zones sous-dotées.
- Si le désaccord est trop important avec le corps médical, une absence de conventionnement pourrait avoir lieu, qui pourrait conduire à l'absence de remboursement de certains patients par la sécurité sociale, favorisant l'instauration d'une médecine à deux vitesses.

Le constat concernant le Bedarfsplan est que ce dispositif « ne parvient pas à résoudre, d'une part, le manque de spécialistes et de généralistes dans les Länder de l'Est dont la population a baissé, et, d'autre part, l'excédent d'offres dans les Länder plus dynamiques de l'Ouest. En effet, si le conventionnement sélectif permet d'empêcher l'implantation de nouveaux médecins dans les zones surdenses, il ne parvient pas à l'imposer dans les zones sous-denses. » (41)

- Les mesures incitatives :

En ce qui concerne les mesures incitatives, la principale correspond au contrat de praticien territorial de médecin générale (PTMG), qui peut être conclu en cas de primo-installation ou si l'installation en cabinet libéral date de moins d'un an. (35) Il permet de bénéficier, pendant la durée du contrat - soit deux ans maximum - d'une double protection : une garantie de revenu minimum ainsi qu'une protection sociale améliorée.

En contrepartie, le bénéficiaire s'engage :

- à exercer, pendant la durée du contrat, la médecine générale dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, en tant que médecin installé en cabinet libéral ou médecin collaborateur libéral ;
- à pratiquer des tarifs opposables ;
- à effectuer un minimum d'actes par mois.

Au total, l'évolution des installations des médecins en zone fragile ou non fragile a évolué dans un sens favorable, mais de façon peu significative.

Les ambitions de ces mesures incitatives financières et fiscales sont louables, mais se heurtent à des limites inhérentes : (29) (35)

- le levier financier n'est pas un déterminant principal des choix d'installation des jeunes médecins : dans leur choix de lieu d'exercice, les professionnels semblent privilégier, de plus en plus, la recherche d'une certaine qualité de vie, en termes à la fois d'organisation du travail, mais aussi d'environnement social, économique et culturel pour eux et leur famille, plutôt qu'une rémunération plus élevée, une fois un certain niveau de revenu atteint.
- dans les zones en tension, le volume d'activité supérieur au minimum garanti est atteint assez rapidement : ce n'est pas tant le manque d'activité qui pose question, mais parfois son trop-plein.

Pour autant, la légitimité des aides financières, contractuelles ou fiscales, n'est pas contestée : elles compensent légitimement l'effort fourni par les professionnels de santé décidant de s'installer dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante.

Sans apparaître comme un levier déterminant des choix d'installation, elles peuvent aider certains jeunes praticiens à franchir le cap de l'installation en exercice libéral, en sécurisant le début de carrière en cabinet.

- La régulation des entrées dans le cursus médical et des choix de spécialité en fonction de la région :

Ni les variations ciblées du numerus clausus ni la répartition faite au niveau des épreuves classantes nationales ne semblent être une réponse directe aux inégalités territoriales. (35) Le choix des postes d'internat à l'issue des ECN entraîne une mobilité géographique importante (de l'ordre de 50 %), ce qui relativise les effets du relèvement ciblé par région du numerus clausus. De fait, si le lieu de formation peut déterminer le lieu d'exercice ultérieur des jeunes praticiens – selon le rapport 2014-2015 de l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé (ONDPS), 63 % des primo-inscrits à l'ordre des médecins s'installent dans la région de leur diplôme –, « la fidélité des médecins à leur lieu de formation n'est évidemment pas totale et varie surtout beaucoup d'une région à l'autre »(42).

- La prise en charge financière des transports de patients :

Concernant les transports de patients sans ressource financière dont la pathologie concernée ne fait pas partie des ALD, un des médecins avait parlé d'une organisation appelée « taxi social », qui permettrait de financer à la place du patient le transport jusqu'au spécialiste.

En contactant l'association « Vital Services » de Fourmies, nous avons appris que ce service avait été restreint depuis janvier 2019 aux déplacements des habitants de la CCSA pour

les trajets entre leur domicile et leur lieu de travail, et que les déplacements pour raisons médicales ont été arrêtés, du fait du budget excessif que cela représentait, à cause du « succès » qu'avait ce service.

Il semblerait donc que la création d'une nouvelle source de financement des transports de patients soit nécessaire, pour pallier les difficultés d'accès aux SMASR pour les patients de la CCSA, et aux conséquences de ces difficultés d'accès.

- Permettre au MG de se dégager du temps :

Concernant les idées pour permettre au médecin généraliste de se dégager du temps afin notamment de pouvoir aider son patient dans l'obtention d'un rendez-vous dans des délais corrects, mais également d'augmenter l'attractivité de la profession et du territoire :

Les délégations d'acte, coopérations ou pratiques avancées permettent d'optimiser le temps médical, de réduire les délais d'attente pour l'accès à certaines spécialités ou encore de prendre en charge de façon plus efficace, voire moins coûteuse pour l'assurance maladie, les besoins des patients. (35) Cependant, le cadre juridique contraignant et la question du financement sont encore une source de blocage. Pourtant, l'exemple de la coopération entre ophtalmologistes et orthoptistes, qui permet une délégation de certains actes, illustre l'intérêt de ces pratiques pour réduire les délais d'accès à certaines spécialités médicales « en tension », en l'occurrence supérieurs à six mois dans certaines régions. A noter que la stratégie nationale de santé 2018-2022 expose comme un de ses objectifs « d'augmenter le temps des professionnels disponible pour les patients en les aidant à se décharger des tâches administratives et à se recentrer sur leurs activités cliniques directes et de prévention, en s'appuyant par exemple sur des services numériques mutualisés. » (43)

Concernant les multiples axes de la prévention médicale, la stratégie nationale de santé 2018-2022 prévoit d'appuyer sur de nombreux points son action préventive.

VI) Conclusion :

Des entretiens réalisés auprès des MG de la CCSA, on peut conclure que l'accès aux SMASR pose déjà à l'heure actuelle des difficultés pour les patients de la CCSA, mais il ressort tout de même que ces difficultés varient entre les différentes spécialités. Les spécialités les plus concernées par les difficultés d'accès semblaient être l'ophtalmologie et la psychiatrie, ainsi que la dermatologie et l'ORL dans une moindre mesure. En revanche, d'autres spécialités comme la pédiatrie, l'oncologie, l'endocrino-diabétologie, l'urologie et la gériatrie avaient toutes été uniquement citées comme ne posant pas de difficulté d'accès pour les patients de la CCSA.

L'inquiétude concernant l'évolution de cet accès aux SMASR dans les 5 ans à venir ressortait de ces entretiens. La cardiologie, l'ORL, la pneumologie et la dermatologie étaient les spécialités pour lesquelles l'inquiétude était la plus vive.

En ce qui concerne les causes de ces difficultés d'accès, c'est le manque de spécialistes de proximité qui avait été décrit, avec d'un côté un défaut d'attractivité du territoire, et de l'autre une difficulté pour les patients d'accéder aux moyens de transport nécessaires pour aller à la rencontre de ces spécialistes. La précarité sociale semblait être le dénominateur commun à ces deux problématiques majeures.

Entre les causes et les conséquences des difficultés d'accès aux SMASR, de multiples cercles vicieux semblent prendre forme, qui renforcent les craintes des MG concernant la pérennité de l'offre de soin dans ce bassin de vie.

Certaines idées qui avaient été évoquées pour favoriser l'accès aux SMASR sont déjà actuellement en place et n'ont pas apporté pour l'instant l'efficacité recherchée, à l'instar des aides financières à l'installation. D'autres idées comme le développement des MSP et des

systèmes de vacances sont déjà en place, mais restent à développer, de façon plus souple et facilitatrice, pour pouvoir être porteuses d'optimisme. Le développement des télémedecines était également cité comme source d'espoir pour pallier la disparition des médecins spécialistes de proximité, mais semblait encore être loin de la réalité quotidienne des médecins généralistes interrogés.

Dans cette thèse nous avons choisi de nous orienter principalement sur les causes et les conséquences des difficultés d'accès aux SMASR pour les patients de la CCSA, en écoutant l'avis d'un des acteurs principaux du système de santé : le médecin généraliste. Deux choses semblent nécessaires à l'avenir pour aller plus loin concernant la recherche de solutions pour favoriser la pérennité de l'offre de soin dans ce bassin de vie :

- Réaliser des études centrées sur chaque solution envisageable pour cette problématique d'accès aux soins : la télémedecine, les MSP, le système de vacances, la délégation de tâches, le mode de rémunération, la régulation géographique des installations.
- Réévaluer ces difficultés d'accès dans 5 à 10 ans, pour mesurer leur évolution.

Enfin, il semble qu'une idée importante ressortait de ce travail, qui était que la pérennité du système de santé, dans la CCSA comme au niveau national, ne pourra se faire sans une volonté de maintenir effectifs le réseau et la communication entre les différents professionnels de santé.

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) (44)(45).

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(46) :

- 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(47).

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(48). Il est renforcé par la loi HPST du 21 juillet 2009 (49) et la loi Touraine du 26 janvier 2016(50).

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(51).

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(52).

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(53).

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 »(54), apparu à la fin des années 1960(55). L'ensemble des services offerts par les soins primaires n'a pas de définition universelle.(56)

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).(57) On y inclut fréquemment des actions de prévention, dépistage, diagnostic, traitement, suivi des patients, d'éducation pour la santé, d'information et de conseil(58).

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(59).

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(60). 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)(61). Ils comprennent des prises en charge nécessitant une haute technologie, hautement spécialisées symbolisé par les CHRU.(62)

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).(63)

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.(64)

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) (65):

L'AME permet l'accès aux soins aux personnes en situation irrégulière, au regard de la loi française. Elle est appliquée sous conditions(66) :

- 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% (67).

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(68). 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 nombreuses 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 (69), 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(70).

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'Île-de-France et la région Auvergne-Rhône-Alpes). (71)

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%). (72)

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)(73). 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 de France(74). 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)(75).

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 de France 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 de médecins croissant, jamais vu jusqu'à présent(76).

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%(77). Le nombre de médecins retraités / actifs a été multiplié 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.(78)

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. (79)

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. (79)

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 salariat (+4%) pouvant ainsi questionner la disponibilité des ressources en offre de soins de premier recours. (80)

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).(81)

Depuis 2010 l'ensemble des régions enregistre une augmentation de leur population de MS médicaux. Ces chiffres masquent de grandes disparités intrarégionales.(82)

On observe, comme pour les MG, une répartition géographique des MS particulièrement inégale sur le territoire national.(83) 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(84). 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%)(85).

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. (86)

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. (87)

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(88).

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(89). 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(90).

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(91).

- L'accessibilité potentielle localisée :

L'accessibilité potentielle localisée (APL)(92) est un indicateur local de densité flottante disponible au niveau de chaque commune. Développé en 2010 par la DRESS et l'IRDES(93), il permet de mieux cerner les différences d'accessibilité des spécialistes libéraux au niveau local(94) (95).

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).(96)

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(97). Ceux sont des équipes pluridisciplinaires dispensant des soins de santé primaire (ou soins de premier recours), continus, polyvalents et accessibles à toute la population.

Particulièrement valorisées 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 télémédecine (article 78 de la loi HPST).(98) L'ensemble des membres de la MSP s'accorde sur un projet de santé conforme aux orientations du projet régional de santé(99).

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).
- Formation des jeunes professionnels de santé (terrain de stage pour les jeunes étudiants et formation spécifique au premier recours).

Annexe 5 : La CCSA

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

Situé 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 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)
- Epe-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. (100)

La population a fortement diminué ces dernières années, en 1968 on comptait 30744 habitants pour une densité moyenne de 171.8 habitants par km². (101)

La répartition en âge de la population de la CCSA est relativement la même que celle de la France(101).

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	6112185	9,2

L'analyse des catégories socioprofessionnelles note une différence du taux de personnes sans activité professionnelle par rapport à la moyenne nationale(102). 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	
	2010	%	2015	%
Ensemble	52 650 120	100	54 046 433	100
Agriculteurs exploitants	493 288	0,9	445 952	0,8
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	1 763 211	3,3	1 903 465	3,5
Cadres et professions intellectuelles supérieures	4 587 411	8,7	4 946 461	9,2
Professions intermédiaires	7 311 485	13,9	7 623 918	14,1
Employés	8 763 992	16,6	8 890 746	16,5
Ouvriers	7 041 640	13,4	6 793 286	12,6
Retraités	13 787 874	26,2	14 543 422	26,9
Autres personnes sans activité professionnelle	8 901 219	16,9	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	France
	2015	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.(103)

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 de Fourmies pour l'année 2015.

L'Hôpital de Fourmies 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 (104) 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, tomodynamométrie(105).

- Les 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. (106)

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 habitant.

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(107)



Annexe 6 : La grille d'entretien

1) Objet de recherche : *(ce chapitre était lu au médecin interviewé avant de débiter le questionnaire)*

L'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours (SMASR) pour les patients de la Communauté de Commune du Sud-Avesnois (CCSA), en dehors de tout contexte d'urgence, et concernant le parcours de soin traditionnel : consultation auprès d'un médecin généraliste débouchant sur la rédaction d'un courrier pour consultation auprès d'un médecin spécialiste hors médecine générale, et prise de rendez-vous par le patient lui-même.

L'accès aux SMASR sera défini dans cette étude par le délai d'attente jusqu'aux rendez-vous et la durée de trajet pour se rendre aux rendez-vous (ces deux données constituent pour la spécialité « cardiologie » le critère de jugement principal composite de la thèse en cours de réalisation par Damien Carnot : description de l'accès aux SMASR par questionnaires quantitatifs auprès des patients de la CCSA. Nos deux thèses seront réalisées en parallèle, et présentées conjointement).

Définition des soins médicaux ambulatoires de second recours : consultations de médecins spécialistes hors médecine générale, hors spécialités chirurgicales. Ces consultations concernent les spécialistes en cabinet isolé ou en hôpital. Les soins secondaires sont à différencier des soins tertiaires, qui nécessitent un plateau technique, qui ne se pratiquent que dans les CHU.

2) Le questionnaire :

I) Caractérisation des médecins interviewés :

Remarque lue : la catégorisation est volontairement succincte et par tranches d'âges larges, pour garantir l'anonymat des médecins interviewés, qui ne sont que 13.

1.1 Tranche d'âge : < 40 ans / 40 – 55 / 55 – 65 / > 65 ans

1.2 Mode d'exercice : Cabinet isolé / Cabinet de groupe / MSP

1.3 Situation géographique : Rural / Semi-rural / Urbain

1.4 Quelle durée depuis la première installation ?

< 10 ans / 10 – 30 / > 30 ans

II) Caractérisation de l'activité : (RIAP 2017)

2.1 Proportion de patientèle CMU :

2.2 Proportion de patientèle exonérée :

2.3 Proportion de patientèle ayant 70 ans ou plus :

2.4 Nombre de consultations :

2.5 Nombre de visites au domicile :

2.6 Nombre d'actes par patient :

NB : ces données sont disponibles par le médecin généraliste sur son RIAP (relevé d'information d'activité professionnelle). Il aura été demandé au médecin au préalable de prévoir l'accès à ces données durant l'interview.

III) Analyse de l'accès aux SMASR par les médecins généralistes de la CCSA :

Remarque lue : tous les noms de médecins et de villes évoqués par les médecins interviewés seront masqués par souci de respect confraternel, afin de favoriser la liberté d'expression.

- 3.1 À l'heure actuelle, quelles sont les spécialités médicales hors médecine générale qui posent des difficultés d'accès à votre patientèle ?
- 3.2 À l'heure actuelle, quelles sont les spécialités médicales hors médecine générale qui ne posent pas de difficulté d'accès à votre patientèle ?
- 3.3 Selon vous, quelles seront les spécialités médicales hors médecine générale qui poseront des difficultés d'accès dans 5 ans ?
- 3.4 Selon vous, quelles sont les causes des difficultés d'accès aux SMASR pour votre patientèle ?
- 3.5 Selon vous, quelles sont les conséquences des difficultés d'accès aux SMASR pour votre patientèle ?
- 3.6 Selon vous, quels sont les points forts de la CCSA concernant l'accès aux SMASR pour votre patientèle ?
- 3.7 Selon vous, quelles solutions seraient envisageables pour améliorer l'accès aux SMASR pour votre patientèle ?
- 3.8 De façon globale, quel est votre ressenti concernant la pérennité de l'offre de soins dans la CCSA ?

À titre indicatif, était fournie au médecin interrogé la liste de toutes les spécialités médicales concernées :

Remarque : l'accès aux imageries « tomodensitométrie » et « imagerie à résonance magnétique nucléaire » est inclus à cette liste, car constitue l'accès à la spécialité « radiologie ».

- Cardiologie
- Pédiatrie
- Gynéco-obstétrique
- Ophtalmologie
- Psychiatrie
- Oncologie
- Gastro-entérologie
- Endocrino-diabétologie
- Pneumologie
- Neurologie
- Urologie
- ORL
- Rhumatologie
- Gériatrie
- Dermatologie
- Néphrologie
- TDM ; IRM

Annexe 7 : Les verbatims

Entretien 1 :

3.1 À l'heure actuelle, quelles sont les spécialités médicales hors médecine générale qui posent des difficultés d'accès à votre patientèle ?

Dr : *Là actuellement, ophtalmo, en premier j'aurais dit. Parce que... Y a eu pas mal de départs en retraite, donc euh, il ne reste plus grand monde. Euh... Il faut en dire plusieurs ?*

Moi : *Toutes celles finalement qui posent problème, selon vous, à l'heure actuelle.*

Dr : *Et c'est que le patient prend lui-même ses rendez-vous c'est pas nous qui lui prenons ?*

Moi : *Oui.*

Dr : *Bah donc dermato. ORL, ça devient compliqué aussi. Gastro-entérologie... (on frappe à la porte du cabinet, son assistante discute avec lui quelques minutes, puis l'entretien reprend)*

Moi : *Il y avait quelque chose que je n'avais pas précisé, tous les noms des médecins et des villes qui seront évoqués seront masqués. Comme ça bon, le but c'est quand même de parler le plus librement possible.*

Dr : *D'accord. Donc en gros les spécialités qui posent problème moi j'mettrais en premier l'ophtalmo, parce qu'il ne reste plus que Dr ... avec qui on arrive à travailler (rire tendu) euh... donc ça devient compliqué pour les patients, de prendre rendez-vous. Dermato ça a toujours été compliqué ici, dans le secteur, moi depuis que je suis ici, même quand j'étais interne. Euh... ORL ça devient compliqué parce que notre seul ORL Dr ... qui est sur le secteur prend sa retraite, donc euh... il a eu quelques soucis de santé donc forcément, c'est devenu compliqué. Gastro-entérologie oui et non parce qu'on arrive à pallier avec ... [ville à 40 minutes de route], donc euh, on avait un gastro ici qui a arrêté son activité, mais on arrive à pallier sur... [ville à 40 minutes de route], donc les patients ils y arrivent encore. Donc ça serait surtout ophtalmo, ORL, et dermato.*

Moi : *D'accord. Deuxième question.*

3.2 À l'heure actuelle, quelles sont les spécialités médicales hors médecine générale qui ne posent pas de difficulté d'accès à votre patientèle ?

Dr : *À mes patients, bah cardio, (quelques secondes de réflexion), d'ailleurs dans les difficultés à venir y aura pneumo parce qu'il y aura Dr ... qui va prendre sa retraite aussi... fin de l'année. Euh, qui posent pas de problème cardio, oui euh je rajoute j'ai le droit de revenir en arrière ? Parce que gynéco... Ils posent tous problèmes à la fin (humour). Euh gynéco-obstétrique elle pose problème, si ce n'est que... faut passer par la maternité donc euh si on veut pas forcément les gynécos de la maternité on est très vite euh... coincés en ce moment. Et donc là qui pose euh ouais, la radio, c'est vrai qu'on a un accès très facile pour les patients...*

Moi : *Donc la radio, scanner comme IRM.*

Dr : *Oui. (Quelques secondes de réflexion sur la liste des spé concernées) Urologie ça va aussi, et j'dirais pour l'instant pneumo ça va.*

Moi : *D'accord.*

Dr : *Après on s'entend quand on dit ça, ça va ça dépend du délai euh, qu'on considère que ça va mais euh, (sourire) moi j'ai pas de soucis euh, après le tout c'est que quand on a une urgence c'est nous qui appelons et qui prenons le rendez-vous donc euh... voilà.*

Moi : *D'accord, donc, troisième question.*

3.3 Selon vous quelles seront les spécialités médicales hors médecine générale qui poseront des difficultés d'accès dans 5 ans ?

Dr : Ah, (rire tendu), toutes (rire). Euh, bah j'l'ai dit, donc ORL, pneumo, sûr, euh... (quelques secondes de réflexion sur la liste des spé concernées) Bah gynéco-obstétrique, (quelques secondes de réflexion sur la liste), pour l'instant c'est tout, après j'ai du mal à me projeter euh, sur le reste mais euh (sourire)...

Moi : Alors donc, quatrième question.

3.4 Selon vous, quelles sont les causes des difficultés d'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours pour votre patientèle ?

Dr : Bah la première difficulté c'est la distance, c'est qu'on a quand même quelques spécialités qu'on a qu'à ... [ville à 40 minutes de route], au plus près. Alors nous ici on a l'avantage d'avoir ... [ville belge à 30 minutes de route] pas loin (NB : me dira après avoir coupé le dictaphone à la fin de l'entretien qu'un soucis par rapport à ça c'est qu'étant donné que cet hôpital se trouve en Belgique, les CMU ou autres exonérations ne peuvent pas être pris en compte, donc tous les patients n'ont pas accès à ces soins.), et qu'on a euh, par exemple neurologie si on se contente de ... c'est une catastrophe, mais en fait à ... [ville belge à 30 minutes de route] on a des délais très rapides, et donc moi ici ils vont tous à ... [ville belge à 30 minutes de route], donc euh, donc c'est pas une difficulté la neurologie, euh... C'est plus la distance c'est que quand il faut partir de la communauté de communes pour certains patients ça devient compliqué. Euh l'autre difficulté euh c'est certainement ces départs en retraite non remplacés là qui sont en train de s'enchaîner. (Silence de quelques secondes). C'est quoi la question ?

Moi : Les causes des difficultés d'accès. Pour la patientèle.

Dr : (Quelques secondes de réflexion) Après peut être les délais, c'est que en moyenne on est tous dans le meilleur des cas à un bon mois de délai, donc après ça dépend des patients quand c'est des patients qui sont respectueux des rendez-vous ils savent encore l'honorer, mais on a quelques patients c'est vrai que si c'est pas rapide et tout de suite, ils vont pas y aller (rire tendu).

Moi : Très bien. (Quelques secondes pour laisser parler si besoin) Alors question suivante.

3.5 Selon vous quelles sont les conséquences des difficultés d'accès aux soins médicaux ambulatoires pour votre patientèle ?

Dr : (Rire tendu) Compliqué ! (Rire) Bah du coup ils vont pas forcément voir le spécialiste quand on a besoin d'un avis, ce qui fait qu'on tourne en rond parce que on manque peut-être de précision, de diagnostic et que on a forcément une prise en charge qui en est impactée, et qui euh... après on... dit pas les noms (rire) et qui euh en tout cas pour moi euh vont parfois recourir à d'autres spécialistes avec qui je travaille pas, notamment ici à l'hôpital de ... [hôpital de proximité] où les prises en charges sont pas du tout, enfin je n'arrive pas du tout moi à travailler avec eux parce que on sait pas où on va, et on avance pas, c'est-à-dire qu'ils vont au plus près parce qu'ils veulent pas aller à ... [ville à 30 minutes de route], mais en attendant au bout de 3 mois on est toujours au même point on a toujours pas de diagnostic, donc euh... en étant vu tous les mois... (rire tendu) Donc euh c'est surtout ça c'est la prise en charge qui en pâtit.

Moi : D'accord. Autre chose ?

Dr : Au niveau de... des conséquences ? (Quelques secondes de réflexion) Bah... Non.

Moi : Alors question suivante.

3.6 Selon vous, quels sont les points forts de la communauté de commune du Sud-Avesnois concernant l'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours pour votre patientèle ?

Dr : Les points fort de la communauté de commune ? C'est-à-dire ?

Moi : Les avantages.

Dr : Mais ici, c'est-à-dire, que les spécialistes du secteur ici ? Donc pas Maubeuge pas le reste ?

Moi : Non, pour les patients de la communauté de communes.

Dr : Ah, pour les patients. Bah, pour les points forts c'est qu'on a une clinique médico-chirurgicale à ... [village de la CCSA à 15 minutes de route] qui nous permet d'avoir quand même un plateau d'accès euh... à des spécialistes qui sont euh... facilement joignables abordables accessibles et euh... qui reste local, c'est surtout ça le point fort pour moi. Et... les points forts de l'accès aux soins ? Dans la communauté de commune. (Quelques

secondes de réflexion). *C'est tout ! (rire) C'est tout, après je sais... j'ai entendu parlé qu'il y a une histoire de taxi social qui est plus ou moins mis en place mais euh, moi le premier j'arrive pas à obtenir euh clairement le numéro pour le joindre, quelques patients arrivent à y avoir recours pour pouvoir aller facilement euh, et c'est mis en place par la communauté de commune, mais c'est vrai qu'il y a pas forcément de communication claire dessus, et je sais juste que des patients en ont déjà eu recours, je suis en train de me dire qu'il faudra que j'appelle la mairie pour savoir comment ça marche, je pense que si ça se savait plus, euh ils vont vite peut-être être débordés, (rire) c'est ça le problème, mais... ça pourrait être un des points forts c'est qu'il y a quand une volonté politique en tout cas d'essayer de... trouver une solution, ce qui est quand même un point fort je pense de la communauté de communes. Parce qu'ils sont conscients des difficultés médicales du secteurs et qu'ils essaient quand même de... de travailler avec nous.*

Moi : *D'accord, très bien. Euh, alors, question suivante, avant dernière question.*

3.7 Selon vous, quelles solutions seraient envisageables pour améliorer l'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours pour votre patientèle ?

Dr : *(Rire) Quelles solutions bah premièrement qu'on arrive à faire tourner ces cabinets de vacation ici dans notre maison de santé donc que on ait peut-être des spécialistes qui eux seulement sont accessibles qu'à ... [ville à 40 minutes de route] ou avec un peu de distance, et qu'ils puissent faire des vacations ici. Ce qui forcément apporte euh... l'accès aux soins à proximité du patient, ce qui faciliterait maintenant au niveau des délais je pense que ça resterait compliqué. Après euh, qu'est-ce qui selon nous, pourrait ? (rire) J'ai du mal à...*

Moi : *Serait envisageable, quelles solutions seraient envisageables ?*

Dr : *Bah la solution c'est aussi l'attractivité du secteur c'est que on a quand même pas mal de départs en retraite non remplacés, donc euh bah... rendre la région plus attractive mais, c'est toujours ce problème de désertification médicale dans notre secteur c'est un peu compliqué, euh... Donc c'est sûr que si on arrivait à attirer en tout cas des installations euh, je pense qu'on aurait un accès aux soins un peu plus facilité.*

Moi : *Des installations ? Qu'est-ce que vous entendez par « installations » ?*

Dr : *Bah par exemple un ORL qui prend sa retraite qui n'est pas remplacé, bah euh, l'accès aux soins devient très compliqué quoi, on n'a plus que ... [ville belge à 30 minutes de route] ou ... [ville à 30 minutes de route], avec des délais euh, très longs, et si c'est pas nous qui appelons il y a 3 mois de délai, au moins, déjà là actuellement, donc après je sais pas comment ça va être (rire tendu). Euh, donc c'est ça c'est que si y avait une installation un remplacement d'un départ en retraite c'est sûr que l'accès aux soins serait au moins maintenu et voire même amélioré. Euh... quelles solutions autres ? Bin... Bin peut-être euh, mais j'sais pas si ça se dit (rire) diplomatiquement, un hôpital de proximité qui fasse son job correctement, parce que actuellement on a beaucoup de spécialises qui y sont mais dont, moi en tout cas j'ai beaucoup de mal à travailler avec eux parce que c'est pas clair, ils voient les patients régulièrement parfois même trop régulièrement, on a des courriers ça n'a ni queue ni tête, au bout de trois mois on est toujours au même point on sait pas trop où on va on a toujours pas de diagnostic, on a pas de prise en charge claire, par contre ils y vont régulièrement ! (rire tendu) Donc euh, c'est sûr que l'accès aux soins serait peut-être plus facilité avec un hôpital de proximité compétent, c'est pas très bien de le dire (rire), faudra pas dire que c'est moi ! (rire) Euh... quelle autre solution ?... Bah c'est déjà pas mal j'espère que si on apportait, si on faisait tourner nos cabinets ici et qu'on remplaçait, qu'on attirait des jeunes et qu'on avait un hôpital de proximité compétent à côté euh, y aurait plus de problème ! (rire tendu)*

Moi : *Très bien. Donc dernière question.*

3.8 De façon globale, quel est votre ressenti concernant la pérennité de l'offre de soins dans la CCSA ?

Dr : *(rire tendu) Bah euh y a encore quelques mois je dirais que ça allait jusqu'à ce que je prenne conscience qu'en fait euh, bah y a d'un coup beaucoup de départs en retraite qui sont en train de s'enchaîner, entre le départ de notre gastro-entérologue, de l'ORL qui a prolongé un peu mais qui prend sa retraite, des ophtalmos qui ont pris leur retraite, euh... d'un pneumologue qui va prendre sa retraite, et ils sont tous non remplacés. Je suis pas très serein (rire tendu) et d'ailleurs en plaisantant mais je dis quand même parfois, on en plaisante avec mes patients mais que au bout d'un moment va falloir que j'envisage de faire tout, c'que j'n'arriverai pas ! (rire) Mais ... je sais pas comment on va faire. Et d'ailleurs euh, c'est là le problème c'est que j'ai un peu l'impression qu'on scinde c'est qu'il y a des patients qui ne bougeront pas d'ici et qui... dont la prise en charge se retrouve peut-être euh... enfin pour lesquels il y a peut-être bien un préjudice le fait qu'ils ne bougent pas d'ici, et d'autres qui vont bouger qui vont jusque ... [ville à une heure de route] maintenant... c'est quand même une heure de route ! (rire tendu) Donc euh... je ... ouais non j'suis pas très péreïn (rire tendu). Et ma grande*

hantise c'est le jour où notre cardiologue Dr ... prendra sa retraite, je pense que je change de région si il est pas remplacé (rire tendu).

Après la fin de l'entretien, je redémarre le magnétophone car le Dr ... continue à me dire des choses intéressantes sur le sujet de la thèse :

Dr : Par rapport à mes collègues qui travaillent en ville, j'ai parfois l'impression que mes patients par rapport aux leurs ont un accès au soins beaucoup plus facilité, alors peut-être que d'eux-mêmes spontanément pour avoir un rendez-vous les délais sont plus longs mais dès que moi je prends mon téléphone en tout cas j'ai toujours une solution là où ils l'a trouvent pas forcément, autrement qu'en passant par l'hôpital, et c'est vrai que c'est vraiment ce côté finalement, ce réseau qui existait localement qui m'a rassuré et conforté, mais dans la pérennité de l'accès aux soins euh c'est certainement ce réseau que je vois en train de... fourcher (rire tendu) parce que les départs sont non remplacés et que... il commence à... plus y avoir grand monde.

Moi : Oui, d'accord. Donc ça c'était finalement un avantage de la communauté de communes, mais...

Dr : Ba disons qu'en quelques mois, enfin en une année on a quand même eu pas mal de mouvements là... Donc euh d'un coup c'est vrai que cette pérennité que j'avais pas forcément envisagé euh, pouvoir flancher, je la sens euh... enfin je deviens euh... ça me stresse un peu. (rire tendu). Et là les solutions... je ne sais pas.

Entretien 2 :

3.1 À l'heure actuelle, quelles sont les spécialités médicales hors médecine générale qui posent des difficultés d'accès à votre patientèle ?

Dr : Oui, euh... l'ophtalmo, bientôt l'ORL j pense aussi, après euh gastro, on a perdu un gastro. Le reste après ça va sur ... [ville à 40 minutes de route] je pense... Et puis oui les dermato, dermato parce qu'ils ont des délais de rendez-vous à 6 mois pratiquement. Sinon le reste c'est... bon ça va on se débrouille hein. Cardio euh tant qu'on a Dr ... ça va, avec Dr ... [cardiologue] ça va, les délais se sont un peu allongés depuis quelques temps mais ça reste correct quoi... on arrive à faire patienter les gens. Non le reste c'est... C'est ces spécialités-là qui sont les plus dures, qui posent le plus de problèmes aux gens. Bon en même temps y a pas souvent des urgences là-dedans hein.

3.2 À l'heure actuelle, quelles sont les spécialités médicales hors médecine générale qui ne posent pas de difficulté d'accès à votre patientèle ?

Dr : Qui ne posent pas de ... ? Bah à l'heure actuelle ça leur pose plus de problème qu'il y a 10 ans hein c'est sûr que il y a quand même une diminution des spécialistes donc euh en même temps euh comme on est en bonne intelligence avec les spécialistes euh cardio tout ça on arrive à avoir, gynéco aussi, bon. Voilà cardio ça pose pas trop de problème, puis après tout ce qui reste sûr la pneumo, pneumo rhumato ça va, sur ... [ville à 30 minutes de route] c'est bon, la néphro aussi bon... La médecine interne aussi, avec Dr ... à ... [ville à 30 minutes de route] bon ça, ça pose pas trop de problème.

Moi : Et gynéco vous disiez, ça ne pose pas de problème c'est ça ?

Dr : Bah on a Dr ... donc euh, après euh, l'hôpital... ça pose plus de problème que ça ne posait, quand on avait Dr ... avant qu'il s'en aille, c'était mieux quoi. Mais, ce qui est sûr c'est que par rapport à il y a 20 ans moi je ne fais plus de gynéco pratiquement hein. Avant on posait les stérilets, on faisait les frottis et tout ça maintenant si je fais un frottis par mois c'est tout l'bout.

Moi : Et pourquoi ?

Dr : Bah parce que les gens vont chez le gynéco ils ont leur gynéco.

Moi : D'accord.

Dr : Donc à partir de là on fait moins. On fait moins de chose qu'on faisait, ça c'est sûr. Y a 30 ans on faisait des plâtres on faisait des sutures, maintenant y a les urgences. On fait moins de choses comme ça...

Moi : D'accord, OK.

Dr : *Mais ça reste euh... De toute façon on se débrouille tout le temps hein... Quand t'as des bons confrères tu leur téléphones, et ils te prennent des gens en plus. Dr ... [cardio] tout de suite il est à un mois, un mois et demi pour un rendez-vous mais si tu l'appelles il te prend le lendemain. Donc... après c'est un problème de contact hein... Il faut avoir ses antennes. Autre chose en ophtalmo euh, Dr ... elle prend plus de rendez-vous mais si tu l'appelles elle va te prendre une urgence. Donc euh, il faut euh, ouais. Parce que tout à l'heure tu disais, dans ton truc c'est les patients qui prennent rendez-vous.*

Moi : *Oui, c'est ça.*

Dr : *Donc ça dans 95 % des cas c'est le cas, mais quand je veux que ça aille plus vite je téléphone moi-même. Et par ce biais là on y arrive. On se débrouille. Mais c'est vrai que moi je suis pas très spécialiste en fait, je fais d'abord tous mes trucs et après quand je trouve pas je demande au spécialiste donc j'suis pas trop embêté avec ça moi.*

Moi : *D'accord. Alors, question suivante.*

3.3 Selon vous quelles seront les spécialités médicales hors médecine générale qui poseront des difficultés d'accès dans 5 ans ?

Dr : (rire) *Toutes ! Toutes. Si y a pas de renouvellement... Je vois Dr ... [cardio], apparemment il dit qu'il ne s'arrêtera pas, mais bon dans 5 ans il aura arrêté je pense, en ORL Dr ... qui arrête... Je pense que toutes les spécialités dans 5 ans vont poser des problèmes, et surtout vont obliger les gens à aller plus loin, c'est-à-dire jusqu'à ... [ville à une heure de route]. Ils y sont près les gens, parce que déjà en ophtalmo ils vont à ... [autre ville à une heure de route].*

Moi : *Est-ce que vous pensez au fait qu'ils déménageraient, pour aller plus loin ou bien qu'ils resteraient quand même dans la région ?*

Dr : *Les gens vont pas déménager pour ça non, non non, après c'est le problème des transports mais... Je pense que les gens non, ne vont pas déménager. Surtout ici hein c'est une clientèle euh, même pour travailler ils ne veulent pas déménager alors... Non non le problème c'est que voilà ils vont devoir faire plus de kilomètres euh pour trouver... Alors ici la chance c'est qu'on a quand même, moi je travaille de plus en plus avec eux c'est à ... [ville belge à 30 minutes de route], à l'hôpital de ... il y a des bons spécialistes et qui prennent très rapidement. Moi j'ai découvert ça depuis 2 ou 3 ans et j'avoue que... il y a un apport de ce côté-là, et c'est pas très loin.*

Moi : *D'accord. Question suivante.*

3.4 Selon vous, quelles sont les causes des difficultés d'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours pour votre patientèle ?

Dr : (Soupir) *Bah... ça dépend quelle partie de la patientèle, moi j'ai une patientèle assez aisée en fait, donc ils ont une voiture, ils se déplacent. Les gens sont près à faire euh... y a pas de... la difficulté c'est qu'ils vont devoir faire des kilomètres ! Mais... je pense que petit à petit les gens se préparent à ça, ils savent que dans quelques temps au lieu d'avoir l'ORL ici ils vont devoir aller à ... [ville à 40 minutes de route] ou à ... [ville à une heure de route]. Donc c'est surtout les gens qui n'ont pas de mobilité, qui n'ont pas de voiture, qui n'ont pas de moyen de se véhiculer, eux ils vont avoir des problèmes hein...*

Moi : *Oui, et finalement... À quoi peut être due cette difficulté d'accès ? Quels sont les problèmes qui engendrent la difficulté d'accès ?*

Dr : *Bah le fait qu'ils ne soient pas motorisés déjà. Et le fait que même au niveau SNCF il n'y a pas de liaison très fréquente, donc ça pose problème. Si tu veux aller à ... [ville à 30 minutes de route], c'est problématique, à ... [ville à une heure de route] c'est plus facile, mais bon... Je pense que c'est surtout, oui c'est ça, c'est la mobilité des gens... Donc il y en a qui sont près y en a qui râlent, mais ils vont bien devoir le faire quand même hein... Après faut voir si les hôpitaux se renforcent avec euh... avec des fonctionnaires spécialistes quoi, plutôt qu'avec euh... des mercenaires.*

Moi : *Des « mercenaires » par rapport à quoi alors finalement ?*

Dr : *Des gars qui viennent 2 jours et puis... C'est ça qu'on a ici hein, des gars qui viennent 2 jours, ils viennent 3 jours et puis après ils s'en vont, y a pas de suivi y a rien quoi.*

Moi : D'accord.

Dr : *La plupart des médecins qui travaillent à l'hôpital sont des agences d'intérim hein. Ça laisse la porte ouverte un peu à n'importe qui ! C'est ça le problème.*

Moi : D'accord.

Dr : *On verra, on verra.*

Moi : *Vous, vous travaillez avec l'hôpital de proximité ?*

Dr : *Pfff... Le moins possible. Quand j'ai un problème, quand je suis obligé de mettre, ça m'est arrivé deux fois cette semaine, des gens aux urgences je les appelle, bon y a quand même deux ou trois confrères qui tiennent la route, quand on tombe sur eux ça va on est sauvé, mais après dans les étages bah depuis que Dr ... [gastro] n'est plus là, Dr ... [cardio] n'est plus là, bon Dr ... elle est gentille mais... elle est là elle est pas là, sinon c'est une bonne spécialiste mais on n'a plus des... avant moi j'allais à l'hôpital tous les jours voir mes malades et tout ça parce que je rencontrais les médecins qui s'en occupaient on pouvait discuter, échanger, là t'y va les mecs ils ne connaissent même pas tes malades parce qu'ils sont là pour trois jours et puis ils ne voient que 15 malades sur l'étage où t'en a 30, donc c'est... ils sont incapables de te donner une réponse sans taper sur leur ordinateur et puis te lire un truc euh voilà... Donc je n'y vais plus. Je ne vais plus à l'hôpital. C'est ça c'est un vrai problème là je vois on a été relancé pour euh... la dame qui s'occupe des relations publiques pour faire de nouveau des rencontres médecine de ville médecine hospitalière, le problème c'est que moi je lui ai répondu, je veux bien y aller mais il faut d'abord que les mecs ils viennent se présenter quoi, nous de notre temps on allait se présenter aux médecins qui étaient en place, eux ils sont là, tu sais même pas comment ils s'appellent, tu vois les noms ils changent tout le temps... Ça... ça va pas dans le bon sens. C'est des confrères... donc là déjà même ils perdent le sens de la confraternité hein c'est embêtant. Ça c'est un truc qu'on rencontre pas dans le privé hein, bon les intérêts sont pas les mêmes bien sûr mais... dans le privé tu connais tous les gars qui sont installés ils sont au moins venus se présenter, ou ont téléphoné, mais bon ici juste à côté y a quoi y a quarante médecins... t'en connais peut-être cinq (rire tendu). C'est ça qui est inquiétant. C'est ça qui est inquiétant... Mais bon on va voir comment ça évolue hein apparemment s'ils ne veulent plus en faire un centre hospitalier universitaire qu'ils veulent bien en faire un hôpital de proximité ça va aller mieux quoi. Il y a vingt ou trente ans c'était un médecin généraliste qui s'occupait de l'hôpital, il venait faire le tour tous les jours à 17 heures, moi j'étais interne, il y a quarante ans, et on était là pendant une semaine d'affilé, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, c'était sympa moi j'ai appris mon métier là hein. Et donc le médecin il passait à 17 heures on faisait le tour, médecine homme, médecine femme, ça marchait vachement bien, et en fait les confrères de ville étaient contents, et juste après quand moi j'me suis installé, y a eu une continuité aussi avec Dr ... [cardio], Dr ... [gastro], tout ça, on avait de bonnes relations tu vois, et on pouvait appeler n'importe quand et il y avait toujours quelqu'un qui répondait. Donc pour nous c'est pas confortable, c'est même des fois un peu stressant. Parce que t'as des gens qui, partis aux urgences, ils sont récupérés, et puis après tu sais pas avec qui ils tombent, là-dedans il y a quand même des... sacrés... des gars dangereux hein. (rire tendu) T'en parlera à Dr ... [médecin généraliste de la CCSA] il te dira la même chose, lui il est en guerre avec ça. En plus là j'vois c'est... Dr ... [autre médecin généraliste de la CCSA], lui aussi il est un peu en guerre avec tout ça, lui il est directement concerné parce que bah sa carrière s'il veut la faire ici, c'est vrai que quand t'es livré à toi-même, t'as intérêt à tenir la route hein parce que... tu peux pas te sentir soutenu par un... enfin bon j'te dis il y a trois quatre gars aux urgences qui sont bien mais ils sont pas toujours là hein. Donc euh c'est pas très rassurant hein même moi je, par moment ça me perturbe quoi, y a des moments j'aimerais bien avoir un avis, tout ça puis après j'me dis tant pis j'vais me démerder tout seul. Là vendredi, vendredi soir un gars il vient ici, un gars qui fait du sport tout ça il me dit j'me sens pas bien tout ça bon y avais une tachyarythmie par fibrillation un truc comme ça, bon, bah qu'est-ce que j'ai fait j'ai pas de cardiologue j'ai rien, j'ai mis sous Xarelto et bêtabloquant et puis verra comment ça va lundi hein ! Bon ça a été bien (rire tendu) mais, normalement des trucs comme ça tu téléphones à un cardio il te le prend tout de suite bon, c'est quand même plus rassurant. C'est tout des trucs qui font que ça n'est pas très facile quoi, moi j'éprouve plus de difficultés qu'il y a vingt ans, tu te sens moins soutenu quoi vraiment tu te sens euh...*

Moi : *Donc finalement parce que il y a moins de spécialistes disponibles rapidement.*

Dr : *Oui oui, il n'y en a plus hein. Dr ... [cardio] bon il est bien gentil mais il est surchargé donc euh... Moi je le sollicite vraiment pour des cas bien précis mais je vais pas l'appeler à 7 heures et demi du soir un vendredi pour lui demander de faire un électro, en plus j'suis fainéant parce que j'ai un appareil pour faire des électros j'aurais pu le faire moi, j'étais fatigué. (rire) Comme je savais à peu près ce qu'il faisait je l'ai mis sous traitement bon. Et en plus c'est un gars qui avait été opéré gamin d'une tétralogie de Fallot tu vois, donc euh, peut-être que sa prothèse euh... Donc on l'a amené sur ... [ville à une heure et demi de route] tout de suite, mais*

que le lundi quoi. En fait il y a des gens, faut pas leur montrer que t'es... il faut pas être hésitant parce que les gens ils se sentent un peu isolés, si toi tu doutes un petit peu euh... tu dis on va faire comme ça et puis voilà hein.

Moi : Bon, ça rejoint un peu la question d'après justement.

3.5 Selon vous quelles sont les conséquences des difficultés d'accès aux soins médicaux ambulatoires pour votre patientèle ?

Dr : Moi je pense qu'ils sont moins en sécurité. Pas qu'on soit mauvais hein mais euh, des fois c'est bien d'avoir un avis complémentaire quoi. Moi je me remets souvent en question hein, là la semaine dernière je reçois un gars, j'étais persuadé qu'il faisait une diverticulite sigmoïdienne, et donc je lui mets un traitement tout ça, et heureusement je lui ai demandé une écho en fait il avait une lithiase qui trainait dans son uretère, pas le même traitement hein. Mais bon, tu te récupères parce que le radiologue te dit y a un calcul bon, mais bon...

Moi : Justement vous n'aviez pas parlé de ce qui est radiologie, de l'accès à la radiologie.

Dr : Ça, ça va, entre la clinique euh ça fonctionne correctement, après il y a l'hôpital bon, ça va, au niveau biologie et radiologie on n'a pas vraiment de problème, on n'a pas de problème. Bon après savoir si les comptes-rendus sont bons ou pas, moi j'suis pas capable de le dire mais bon parfois quand les gens vont à ... [ville à une heure et demi de route] avec une IRM bon des fois... ils font recommencer, mais enfin... Mais bon moi j'ai pas les compétences suffisantes pour pouvoir... je regarde les radios ça j'y arrive encore, IRM et scanner ça c'est pas possible je peux pas interpréter une IRM ou un scanner donc je fais confiance à ce qui est mis... La plupart du temps c'est bon... Voilà.

Moi : D'accord. Question suivante.

3.6 Selon vous, quels sont les points forts de la communauté de commune du Sud-Avesnois concernant l'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours pour votre patientèle ?

Dr : Euh... la communauté de communes ? Les points forts quoi de... des médecins ?

Moi : Les points forts de la région, pour la patientèle de la communauté de communes, s'il y a des points forts, par rapport à l'accès aux soins ?

Dr : (quelques secondes de réflexion) C'est difficile à dire parce qu'en fait bon les gens se plaignent de plus en plus de pas pouvoir avoir rapidement leur médecin. Bon a été 16 ici hein, on est plus que 6, c'est sûr que... même moi qui travaille que sur rendez-vous, il m'arrive de donner des rendez-vous une journée après, ou pas le même quoi, parce que je peux pas. Donc ça oui c'est peut-être un problème.

Moi : D'accord. Alors ça c'est donc par rapport au médecin généraliste mais par rapport aux spécialistes est-ce qu'il y a des avantages de la région, des choses qui seraient des points forts ?

Dr : Bah, si tu vois par rapport aux grandes villes on arrive à avoir une IRM beaucoup plus rapidement quoi. Au niveau des examens paracliniques euh, t'as un laboratoire tu peux avoir des... Au niveau de tout ce qui est paraclinique oui. Après... Le grand problème c'est la carence des spécialistes, et puis des généralistes aussi. On est quand même euh, c'est Dr ... le plus jeune, et tous les autres euh, ils sont derrière moi mais pas de beaucoup quoi... Je pense que le seul avantage c'est tout ce qui est radiologie, IRM, scanner, paraclinique. D'après ce que j'entends, les rendez-vous sont quand même plus rapides que dans les grandes villes quoi.

Moi : D'accord.

Dr : Après peut-être l'intérêt c'est qu'ils ont aussi une médecine plus personnalisée c'est-à-dire plus humaine, plus à l'échelle humaine, quoi. Et le relationnel c'est important. Au niveau de la patientèle c'est important aussi qu'ils se sentent en sécurité avec leur médecin quoi.

Moi : Oui, donc là vous voulez dire justement du côté du médecin généraliste ?

Dr : Oui puis des spécialistes aussi, ceux qui sont encore, bah je vois Dr... [ORL] il s'arrête bah les gens ils sont un peu... déboussolés parce qu'ils perdent leur spécialiste quoi... Dr ... il s'est arrêté en ophtalmo c'est la même chose ! Donc les gens sont quand même... En fait ils connaissent tout le monde, ce qu'il y a pas dans les grandes villes bon tu vas voir un spécialiste tu ne le connais pas, ici l'intérêt c'est que les gens nous

connaissent tous à peu près, donc ils savent à quoi s'attendre, ça c'est un confort je pense. Est-ce que ça va le rester c'est... ça reste à discuter hein... C'est inquiétant. On voit pas grand monde arriver.

Moi : Alors question suivante.

3.7 Selon vous, quelles solutions seraient envisageables pour améliorer l'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours pour votre patientèle ?

Dr : *Quelles solutions ? Pour améliorer l'accès... Bin il faudrait qu'il y ait des implantations de médecins déjà. Parce que ça va dans ce sens en fait, y a une désertification donc euh, il faudrait qu'on fasse venir des gens. Après, par quel biais... Forcer les gens à s'installer ici c'est pas... à mon avis c'est pas une solution. Moi j'avais évoqué il y a une vingtaine d'années quand j'étais conseiller municipal ici l'idée de payer les études à des jeunes dont les parents n'étaient pas fortunés, qui voulaient faire médecine et qui pouvaient pas, et qui auraient fait de bons médecins généralistes. On m'a dit « bah non, si on fait ça... » et maintenant je m'aperçois qu'il y a certaines communes qui font ça, qui prennent en charge les frais, à condition que les jeunes s'installent au moins pendant 10 ans, une fois que t'es installé 10 ans ici tu t'en vas plus hein... C'était une solution. Parce que... obliger les gens à s'installer à un endroit, qu'ils connaissent pas, j'veux bien mais... Je sais pas, pour moi j'avoue que c'est un grand point d'interrogation l'avenir. C'est pour ça que je ne m'arrête pas, en partie, aussi parce que ça me plaît bien, mais euh, je ne me vois pas laisser mes patients comme ça. (Quelques secondes de silence) C'est un peu inquiétant et angoissant, pour la population, nous on s'en sortira toujours ! (sourire) On s'adapte, et les gens vont devoir s'adapter à ne plus avoir une médecine de proximité. Parce que les maisons de santé c'est une bonne chose mais bon c'est plus une démarche politique et à mon avis c'est à plus ou moins long terme la transformation en dispensaires comme ça existait dans les années cinquante. De toute façon c'est, je pense sincèrement que l'on va vers une médecine à deux vitesses. Il vont faire comme dans les autres pays européens, tu vas avoir de médecins euh, on va être obligés de faire une demi-journée dans un dispensaire moyennant quoi on pourra faire une demi-journée chez nous, et les gens paieront avec leurs assurances complémentaires, et dans les dispensaires ce sera gratos. Moi je pense qu'on va vers ça moi j'ai connu ça aux Pays-Bas, et notre médecin de famille en ce temps-là, c'était notre médecin de famille parce qu'il parlait français, et le matin il était au dispensaire et l'après-midi il recevait sa patientèle qui payait, avec des assurances complémentaires. Ça existe comme ça dans beaucoup de pays hein, et ça c'est pas bon parce que c'est une médecine à deux vitesses. On y va hein... On y va, tout doucement on y va, depuis vingt ans on y va, on va droit vers ça. Tu verras. Je serai plus là pour le voir (rire) mais d'ici une quinzaine d'année je pense qu'on va vers ça. Tout doucement on nous amène vers une solution de médecine à l'européenne. On a été longtemps le pays qui donnait la meilleure qualité de soins, la meilleure couverture de soins et tout ça hein, mais depuis qu'on a... pourtant moi je suis européen mais depuis qu'on a signé le traité pour l'Europe, on a réellement l'impression que quelque soit les gouvernements, ils sont coachés par les énarques qui les amènent dans cette situation-là. Tu vois maintenant l'ARS qui nous impose des secteurs de garde, ils veulent nous faire aller jusqu'à ... [village de la CCSA à 30 minutes de route], quand t'es de garde ici, enfin nous faire aller, surtout faire aller les patients ! Et quand tu leur dis « il faut faire attention euh... » ils disent « de toute façon nous on a décidé que c'était comme ça » ce qui veut dire qu'on a plus rien à dire nous. J'ai lu un truc de la ... (je n'ai pas compris) le président disait il avait envoyé sa lettre à l'ARS et il avait demandé à ce que la décision soit différé au premier janvier et pas au premier novembre, et... la directrice a répondu « j'ai décidé que c'était le premier novembre, ce sera le premier novembre », ça veut dire que ... on n'a plus grand-chose à dire. (quelques secondes de silence) De toute façon c'est inéluctable, ils ont manigancé ces secteurs de garde au mois de mai, et ils ont averti les médecins en août quoi, de façon à ce qu'on ait pas le temps de réagir. Donc euh voilà pfff, je pense que petit à petit on va se faire bouffer quoi.*

Moi : Alors justement, dernière question.

3.8 De façon globale, quel est votre ressenti concernant la pérennité de l'offre de soins dans la CCSA ?

Dr : *Mon ressenti c'est beaucoup d'inquiétude. C'est sûr. Parce Dr ... [chirurgien général] va bientôt s'arrêter, Dr ... [orthopédiste] aussi, tout des gens sur lesquels on s'appuyait quoi. Donc euh... qui va les remplacer ? Bon Dr ... [chirurgien viscéral] ça va il tient la route hein, mais après euh, faut voir hein. Moi je suis inquiet, pour la population. J'essaie de pas leur transmettre mais euh, je vois arriver gros comme une maison ce qui va se passer, y a personne qui va venir s'installer. Tu as vu les 3 maisons médicales ? Elles sont quand même chouettes hein... Ça donne envie à personne, alors les gens disent que c'est l'éloignement, pfff, moi à Lille j'y vais en une heure dix, il y a le train qui y va en une heure, c'est quand même pas très loin. C'est... toute une philosophie de vie, enfin une société qui se transforme donc... En parlant comme ça t'as l'impression d'être un vieux schnock, mais... je défends encore certaines valeurs quand même, ça s'estompe hein. Moi j'suis inquiet sincèrement c'est ça, j'suis inquiet sur l'évolution.*

Moi : Vous dites une société qui se transforme ?

Dr : *La société se déshumanise. Oui. Donc euh, tu le sens bien, quand tu discutes avec les gens, ils ne sont plus considérés comme avant dans l'entreprise, si t'es pas rentable on te jette maintenant, ou on te met au placard, tout de suite il faut être rentable il faut être productif, voilà sinon euh... Et il faut pas coûter cher. C'est la société hein ? Le côté humain des rapports pfff... C'est triste, voilà. Si t'as vu Dr ... [médecin généraliste de la CCSA] il te dira la même chose. En même temps c'est pas bien de dire ça parce qu'on a l'impression d'être de vieux schnock quoi, mais on a quand même certaines valeurs quoi, on met quand même en avant le patient et... (quelques secondes de réflexion) c'est plus vraiment ça quoi, mais pas vraiment les jeunes médecins qui s'installent hein c'est... ce sont les autorités de tutelle qui font que ça va devenir comme ça. On se rend compte bon Dr ... [médecin généraliste de la CCSA] il a perdu énormément de temps pour faire sa maison de santé il a fait un boulot considérable, il est déçu, pas du résultat mais déçu de voir comment ça tourne quoi, ces trucs là nous échappent. C'est pas très optimiste hein c'que j'te raconte là ?... (rire)*

Moi : *Je ne m'attends pas à de l'optimisme malheureusement.*

Dr : *C'est pas... Et je vois avec Dr ... et Dr ... [médecins généralistes de la CCSA] la dernière fois je discutais, lors d'une réunion avec l'ARS ils étaient quand même un petit peu déçus de voir cette évolution parce qu'ils ne s'attendaient pas à ça quoi.*

Moi : *Par rapport à quel point ?*

Dr : *Par rapport au fait que l'on soit chapoté on a... on n'a plus qu'à fermer nos gueules quoi. Pour les vieux comme moi c'est difficile de fermer notre gueule (rire), mais eux bin... ça va être leurs patrons quoi... Même au niveau de la sécu et tout ça on se rend bien compte que l'on est plus maître, quand tu vois les visiteurs de la sécu qui viennent te voire tous les deux mois avec tes courbes de prescription tout ça... ça me fait rire parce que les médecins avant nous, les anciens médecins avant nous ils les auraient foutus par la porte, ils auraient pas supportés d'être dirigés comme ça hein... Quand ils viennent te voir « pourquoi vous avez mis tant de boîte de tel médicament et vous mettez pas l'autre » et tout ça pfff... On est quand même avant tout des libéraux et individualistes hein donc on n'aime pas trop être gouvernés. Mais bon... tu vois ça va se passer comme ça. (rire tendu) Je peux pas euh... tu vois moi je suis de nature assez optimiste, mais sincèrement sur l'évolution de la médecine de ville euh...*

Moi : *Donc de façon globale finalement, pas que dans la région ?*

Dr : *Bah non c'est dans toute la France. Moi mes parents ils étaient à Collioure, une belle ville, un beau truc, le village à côté il y avait trois médecins il y en a deux qui sont partis à la retraite y a jamais personne qui a pris leur place hein ! Pourtant c'est endroit de rêve ! Et ils travaillaient. J pense que c'est dans la globalité c'est... je pense que... on nous emmène tout doucement vers une autre médecine. Et on peut pas faire brutalement parce que l'on ne peut pas retirer brutalement les choses aux gens, mais c'est fait par petits trucs c'est vachement bien fait hein, par petits trucs euh, tous les ans on t'enlève un truc quoi. Faut faire de la résistance ! Moi je fais de la résistance je m'informatise pas. (rire) Je sais pas combien de temps je vais tenir mais, parce que de temps en temps on a quand même des « Ah si vous étiez informatisé » la sécu elle envoie des mails (aux patients) comme quoi si l'arrêt de travail avait été fait sur informatique vous seriez réglé plus vite, ils envoient ça hein ! Ils envoient des SMS aux gens pour leur dire « votre médecin il est pas informatisé mais en contrepartie vos règlements d'indemnités journalières elle sont un peu retardées ».*

Moi : *Ils envoient des SMS aux patients ?*

Dr : *Ouais ouais. Eh oui. Tu vois c'est très insidieux en fait, tu le sens bien parce que les gens, de toute façon ils te disent tout hein, c'est la famille hein, et on voit par petits trucs, ils envoient des messages comme ça. « Votre demande de cent pour cent n'a pas été traitée aussi rapidement parce que votre médecin n'a pas transmis par informatique ». « Alors docteur qu'est-ce que vous faites hein ? » (rire) « Il serait temps que vous ayez une bécane hein ? » moi je leur dis « J'ai une bécane chez moi, pour préparer mes voyages c'est tout. »*

Entretien 3 :

3.1 À l'heure actuelle, quelles sont les spécialités médicales hors médecine générale qui posent des difficultés d'accès à votre patientèle ?

Dr : *Actuellement... Par ordre de fréquence ? Sur le ressenti ?*

Moi : *Oui*

Dr : *Psychiatrie. Ah oui, c'est si le patient appelle hein ? S'il appelle lui-même.*

Moi : *Oui.*

Dr : *Psychiatrie. Ah oui, autre précision, étant transfrontalier, euh... Est-ce que c'est... des spécialistes en France ou à l'étranger ? Je pense à la Belgique, étant limitrophe.*

Moi : *Il n'y pas de frontière par rapport à ça.*

Dr : *En fait, ça dépend des spécialistes en fait. Il y en a qui prennent plus rapidement que d'autres. De la part du patient je parle, d'une manière générale la psychiatrie est quasiment inabordable, de la part du patient. L'oncologie c'est plus nous qui appelons, je pense que ça c'est moins l'aspect du patient. Euh... (quelques secondes de réflexion) ça dépend du spécialiste. On autorise quel délai ? 15 jours ? 1 mois ? D'une manière générale ?*

Moi : *Il n'y a pas vraiment justement de délai précis, ni de distance précise mais...*

Dr : *Le ressenti.*

Moi : *Voilà, pour votre patientèle, quelles sont celles qui semblent poser difficulté ?*

Dr : *Bon, psychiatrie en 1, après cardio. Euh... Neurologie. ORL. Rhumato. Dermato. Peut-être un peu moins après néphro.*

Moi : *D'accord, dans une moindre mesure néphro.*

Dr : *Oui.*

Moi : *D'accord. OK. Alors question suivante. De toute façon après là, je fais les questions, si il y a quelque chose qui revient par rapport à une question d'avant il n'y a aucun soucis.*

3.2 *À l'heure actuelle, quelles sont les spécialités médicales hors médecine générale qui ne posent pas de difficulté d'accès à votre patientèle ?*

Dr : *Toujours dans l'optique que le patient prend lui-même le rendez-vous sur un courrier de son médecin.*

Moi : *Oui.*

Dr : *Quelle spécialité qui ne pose aucun problème ? Aucune. Aucun patient peut dire « j'ai eu le rendez-vous demain, ou dans la semaine », il y a toujours plus ou moins une interrogation en disant euh... « pfff c'est long ».*

Moi : *Là, tu parles du délai, mais au niveau du trajet, c'est pareil ?*

Dr : *Trajet, c'est... c'est-à-dire qu'ici dans notre positionnement, les spécialistes c'est où ? C'est soit locaux, soit la Belgique, ... [ville belge à 25 minutes de route], soit ... [ville à 40 minutes de route], soit ... [ville à une heure de route], soit éventuellement ... [ville de l'Aisne à 65 minutes de routes], ... [ville de l'Aisne à 30 minutes de route], ... [ville de l'Aisne à 20 minutes de route]. Enfin je veux dire on va travailler là-dessus. Euh... C'est gênant le trajet pour certains types de patients qui sont en difficulté. C'est surtout ça. Ceux qui ont... qui n'osent pas conduire à plus de 30 kilomètres ça ça pose problème, donc ... [ville à 40 minutes de route] est une extrême limite. Ça c'est le frein, mais le fait de faire la route pour moi c'est pas un gros problème. S'ils prennent leur rendez-vous à ... [ville belge à 25 minutes de route] ils peuvent le prendre à ... [ville à 40 minutes de route] hein c'est pareil.*

Moi : *C'est plus le délai qui va représenter un frein ?*

Dr : *Bah... Après, ... [ville à une heure de route] c'est déjà un peu plus loin, parce qu'il faut une heure de route, ça c'est un frein. Dans certaines spécialités, je pense aux cardio éventuellement ça peut être un peu plus*

compliqué. Euh... Bien que maintenant les patients ont tendance à prendre leurs rendez-vous eux-mêmes un peu plus loin. Je pense en ophtalmo.

Moi : *Et pourquoi ?*

Dr : *Pourquoi ? Parce que le délai euh... C'est vrai que je n'ai pas parlé de l'ophtalmo, sur la première question. Parce que les délais sont longs, comme partout, donc ils ont tendance à aller un peu plus loin. Dont certains vont même à ... [ville à une heure et demi de route], en ophtalmo, puisque les délais à priori sont plus rapides, beaucoup plus rapide. D'autres vont à ... [ville à une heure de route]. (Quelques secondes de réflexion) Pédiatrie on arrive dans l'hospitalier parce qu'on n'a pas de libéraux ici. Donc après c'est les contacts hospitaliers. Voilà... Est-ce que ça répond à la question ?*

Moi : *Oui oui... Donc, en tout cas à la question quelles sont les spécialités qui ne posent pas de problème ? Aucune.*

Dr : *Aucune.*

Moi : *Même au niveau de la radiologie.*

Dr : *Si on prend l'exemple, moi j'ai un exemple là, d'un kyste ovarien suspect. On ne peut pas dire, même si le délai d'IRM est à 3 semaines, c'est angoissant, pour le patient. Donc euh, par rapport à d'autres endroits où c'est beaucoup plus long, on n'a pas à se plaindre, mais pour le patient il trouve que c'est long. Donc le délai euh, on peut pas dire « j'ai une IRM dans la semaine. » Si le médecin traitant appelle, lui va pouvoir éventuellement avancer. Ce qui est pas toujours le cas... Mais là on sort du contexte, parce que c'est « le patient qui prend le rendez-vous ».*

Moi : *C'est ça. Bon. D'accord, oui. OK.*

[Entretien interrompu par un appel reçu par le médecin interviewé.]

3.4 Selon vous, quelles sont les causes des difficultés d'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours pour votre patientèle ?

Dr : *Pas assez de spécialiste et puis... trop d'activité ! On n'a pas assez de plages de disponibilité en cas d'urgence. Je pense.*

Moi : *Donc même dans le cadre de l'urgence, ça pose des difficultés ?*

Dr : *Si le patient appelle lui-même, c'est difficile que lui argumente. Si c'est le médecin qui appelle c'est beaucoup plus simple. Bien que je suis conscient que c'est pas toujours facile par rapport aux confrères, parce que les programmes sont quand même chargés. Donc je sais que quand la secrétaire donne un rendez-vous à telle date, c'est parce qu'il faut organiser le planning de telle façon il faut laisser des plages, pour pas se retrouver débordé à un certain moment. Et ça je pense que c'est un frein au rythme de consultation... La question c'était quoi ?*

Moi : *Les causes des difficultés d'accès.*

Dr : *La cause c'est que... il n'y a à disposition pas assez de créneaux, pas parce que le médecin ne travaille pas mais c'est parce que le programme est très chargé. De ce que je connais hein.*

Moi : *Et donc là, euh... Pour revenir à ce qu'on disait tout à l'heure, c'est plus au niveau délai que vous avez l'impression que ça pose problème plutôt que au niveau trajet ?*

Dr : *Pour moi le trajet ne pose pas problème, le patient il préfère le trajet pour voir le spécialiste, donc si c'est dans une distance raisonnable, on va dire 30, 40 kilomètres ça posera pas de problème. Si on a une demi-heure, quarante-cinq minutes de route ça pose pas de problème. À une heure c'est déjà plus compliqué. La distance pour moi n'est pas un problème. C'est le délai du rendez-vous, parce qu'on a peut-être habitué les patients à avoir une réponse rapide à une question. Si c'est une question urgente, c'est le médecin qui va prendre le rendez-vous, si c'est une question non-urgente, c'est le patient qui va prendre le rendez-vous, donc après lui il va peut-être ressentir les choses différemment, en disant « mon problème est urgent, il me faut une réponse urgente », que le spécialiste ne pourra pas forcément donner. Et c'est là le ressenti du patient... il va le ressentir comme ça, le délai.*

Moi : *D'accord.*

Dr : *Pour moi c'est pas la distance. Bien que si la distance est proche, plus courte, ce sera plus facile.*

Moi : *D'accord. Donc question suivante.*

3.5 Selon vous quelles sont les conséquences des difficultés d'accès aux soins médicaux ambulatoires pour votre patientèle ?

Dr : *Les conséquences ? Les conséquences du délai ? On est dans une situation non urgente. Euh, les conséquences c'est, euh... La frustration du patient de ne pas avoir une réponse dans un délai raisonnable. Toujours hors système d'urgence où c'est un peu différent, c'est-à-dire que là on s'occupe du problème et il faut organiser le parcours de soin pour qu'il soit dans un délai acceptable, et raisonnable, c'est-à-dire qu'on ne va pas laisser une lésion cancéreuse potentielle 3 mois ou 4 mois, ce qui serait irraisonnable. Par contre un problème euh, considéré comme banal de la médecine générale, je vais dire on peut se permettre d'attendre un mois ou deux mois pour, pour un problème dermato éventuellement, non-urgent, par exemple. Ou un contrôle cardio, ça peut attendre deux mois, trois mois. Tout dépend de la pathologie, et tout dépend du ressenti du patient sur son problème.*

Moi : *D'accord.*

Dr : *Tu peux reformuler la question ?*

Moi : *Selon vous quelles sont les conséquences des difficultés d'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours pour votre patientèle ?*

Dr : *C'est la frustration éventuelle du patient en fonction du caractère du patient.*

Moi : *Et la frustration qu'est-ce que ça va pouvoir justement...*

Dr : *Engendrer ?*

Moi : *Oui.*

Dr : *Le patient râle. (rire) Euh, il va peut-être chercher par un autre moyen à trouver un autre rendez-vous ailleurs. En dehors du circuit habituel, du parcours de soin du médecin.*

Moi : *D'accord. OK. Question suivante.*

3.6 Selon vous, quels sont les points forts de la communauté de commune du Sud-Avesnois concernant l'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours pour votre patientèle ?

Dr : *Si je comprends bien, c'est « que pourrait faire la communauté de commune pour améliorer cet accès aux soins ? »*

Moi : *Ça ce sera la question suivante. Quels sont actuellement les points forts, s'il y en a...*

Dr : *Quels sont les points forts de la communauté de commune pour ... ?*

Moi : *Concernant l'accès aux soins.*

Dr : *Concernant l'accès aux soins, le point fort ? Bah c'est la prise de conscience de la communauté de commune que euh, il y a du chemin à faire. Et... ils sont partenaires, euh... pour trouver des solutions. Donc mise à disposition euh voilà. Ça c'est le point fort c'est-à-dire qu'il y a une écoute, une écoute politique, bienveillante, et facilitatrice. Ça c'est un point fort.*

Moi : *D'accord.*

Dr : *S'il n'y avait pas cette écoute politique, je pense que ce serait le train-train habituel quoi.*

Moi : *Le train-train habituel dans quel sens ?*

Dr : *Dans le sens où le professionnel se débrouille tout seul. La bonne volonté de chacun de dire « je m'installe là, je m'installe là, je m'installe là », mais sans avoir une idée directrice. D'où l'intérêt du pôle de santé parce que ça permet de fédérer et d'avoir cette écoute et cette euh, ce dynamisme. C'est ça qui est positif.*

Moi : *Ce pôle de santé dont tu parles, ça correspond à quoi ?*

Dr : *À l'entité de la prise de conscience des politiques et des médicaux et des paramédicaux que euh il faut faire bouger les choses pour amener des spécialistes des médecins, d'organiser le réseau de soin pour avoir un accès au spécialiste plus facile aussi. Je vais dire même si c'est une vacation à tel endroit, tel endroit, disposition d'un local pour avoir une consultation d'une spécialité quelconque, je veux dire c'est quelque chose qui est... ça c'est un point fort, c'est-à-dire qu'il y a l'outil, pour pouvoir éventuellement avoir des bases de fixation de certains spécialistes dans des vacations. S'il n'y avait pas les locaux, par le travail des politiques je pense que ça ne pourrait pas se faire ça ne pourrait être que dans le cadre hospitalier. Donc là on serait sous la... sur une démarche purement des directeurs d'hôpitaux ou des directeurs de clinique euh voilà... Donc c'est une mise à disposition. S'il n'y avait pas ça, ça ne pourrait pas se faire, ça resterait intra-hospitalier ou intra-privé.*

Moi : *Et est-ce que selon toi c'est déjà en fonctionnement, ce système de vacations ?*

Dr : *Non, mais ça pourrait se faire.*

Moi : *D'accord, grâce à ce qui été mis en place.*

Dr : *Après c'est de trouver les spécialités les spécialistes adéquates, peut-être par la mise à disposition des... des hôpitaux ou des cliniques comme ça se fait.*

Moi : *Comme ça se fait ? Où ?*

Dr : *Tu veux un exemple précis ? Et bien les urologues qui vont à la maison de santé de ... [petite ville de l'autre côté de la frontière avec l'Aisne], pour faire les consultations. C'est quand même un point. Le patient qui prend son rendez-vous à la secrétaire qui dit « bah vous habitez à tel endroit, plutôt que d'aller faire 35 ou 40 kilomètres euh, le médecin va vous voir à 10 kilomètres de chez vous ! ». Là on est dans le trajet. Et le délai de consultation est le même, peut-être un peu plus facilité. Donc ça c'est quelque chose qui pourrait se développer, je veux dire au niveau des maisons de santé il y a des locaux qui sont à disposition pour des vacations potentielles. Après il faut trouver des spécialités. Il y a des spécialités où... je sais pas euh... dermato, rhumato, pneumo... De toute façon on peut très bien imaginer plein de choses.*

Moi : *Donc, le point fort c'est le fait qu'il y a une ébauche de mise en place de système, la solution ce serait la mise en place de ce système mais, pour revenir aux causes...*

Dr : *Mais ça ne résout pas toutes les problématiques. C'est facilitateur parce qu'on peut avoir un accès plus facile à un spécialiste, mais pas pour forcément tous les patients. Je veux dire ça peut aider certains mais ça ne résout pas tout.*

Moi : *Et, donc pour revenir à la question « quelles sont les causes des difficultés d'accès », quelles sont les causes, pourquoi, est-ce que ce n'est pas encore en place ? Qu'est-ce qui peut freiner cette solution ?*

Dr : *Par rapport aux spécialistes le fait que les spécialistes fassent des vacations ? Euh... je pense que, c'est mon raisonnement à moi, je pense qu'on a habitué depuis quelques années les spécialistes à rester intra-hospitalier et ne plus faire de libéral. Donc je pense que le spécialiste doit sortir de son établissement hospitalier, qu'il soit public ou privé.*

Moi : *D'accord.*

Dr : *C'est ça qui peut faciliter la proximité. Euh... Parce que si on parle de réseau de spécialistes, c'est-à-dire de plateau technique de spécialité, les plateaux techniques sont dans les grandes villes. On n'a plus de spécialité isolée, en libéral. C'est une espèce en voie de disparition... Ça répond à la question ?*

Moi : *Oui oui !*

Dr : *C'est vrai, je pense que dans une dizaine d'années les spécialistes libéraux auront quasiment tous disparus dans toutes les spécialités médicales qui sont là. Les spécialistes sont intra-hospitalier ou intra-cliniques. Donc pour rapprocher par rapport aux patients, soit le patient se déplace, ou soit c'est le spécialiste qui va se déplacer pour faire une consultation. Mais si le spécialiste fait une consultation une vacation par exemple une fois par semaine, la plage de consultation sera quand même limitée en proximité. Donc le patient, ça peut le faciliter, mais peut-être sur quinze à vingt pour cent des situations de consultation. Voilà. Donc dans certains cas ça peut aider mais ça ne résoudra pas tous les problèmes.*

Moi : Très bien. Est-ce qu'il y a d'autres solutions qui seraient envisageables pour améliorer l'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours pour votre patientèle ?

Dr : *Qu'est-ce qui pourrait faciliter ? Hmmm (rire) augmenter l'accès aux spécialistes en libéral. Euh... Je pense que c'est un problème, on fait vieille garde en disant les spécialistes sont en ville, ils travaillent isolés. On ne recherche plus forcément le travail isolé, mais en faisant disparaître les spécialistes de proximité on met une distance même si ce n'est pas forcément le frein principal, mais l'accès est beaucoup plus compliqué. Parce que le spécialiste reste intra-muros, donc psychologiquement plus inaccessible. Même si après quand la prise en charge est lancée c'est différent, on est dans le circuit. C'est vrai. Mais sur une consultation ponctuelle, l'accès est quand même difficile.*

Moi : Très bien. Je reviens sur la question 3 que j'avais oubliée.

3.3 Selon vous quelles seront les spécialités médicales hors médecine générale qui poseront des difficultés d'accès dans 5 ans ?

Dr : *Cardiologie... (Quelques secondes de réflexion) Alors c'est évolutif hein, c'est... Pneumologie, urologie, ORL, rhumato, dermato, psychiatrie j'en parle pas parce que c'est déjà le désert. Après dans les autres spécialités peut-être gastro peut-être un petit peu moins, mais là il y a des prises en charges hospitalières c'est un petit peu différent, mais c'est surtout dans ces spécialités-là.*

Moi : D'accord, alors donc dernière question.

3.8 De façon globale, quel est votre ressenti concernant la pérennité de l'offre de soins dans la CCSA ?

Dr : *C'est-à-dire dans l'aspect actuel ? Mon ressenti actuel ou dans les cinq années à venir ?*

Moi : *Le ressenti sur la pérennité donc sur l'évolution...*

Dr : *Mon ressenti c'est que nous entrons dans une phase de flou sur les 5 à 10 ans à venir du fait de l'âge moyen des médecins spécialistes et que le schéma d'accès aux soins sera complètement changé dans 5 à 10 ans. Ce que je dis aujourd'hui ce sera pas forcément la même chose dans 6 mois dans un an dans deux ans dans trois ans, en fonction des départs dans les spécialités, et en fonction des possibilités d'attraction de certaines spécialités en vacations ou en installation, libérale isolée non, mais dans les établissements publics ou privés oui. Je suis persuadé que dans 5 ans ce sera totalement différent d'aujourd'hui.*

Moi : *Et donc différent dans quel sens ?*

Dr : *Différent dans quel sens ? Disons qu'il y a des spécialités qui existent actuellement qui n'existeront plus forcément localement dans 5 ans et on sera obligés de faire une demi-heure ou trois quarts d'heure voire une heure de route. Et peut-être inversement il y aura peut-être des spécialités où on a difficultés là où il y aura peut-être un début d'accessibilité par des vacations ponctuelles. Mais ça c'est dépendant des accords éventuels avec les établissements et les médecins concernés aussi, parce qu'il faut qu'ils soient aussi demandeurs, on peut pas leur imposer de faire des vacations à tel endroit ou à tel endroit.*

Moi : *Ça, ça ne te paraît pas être une solution envisageable, d'imposer l'installation dans certaines zones.*

Dr : *Ceci est un vaste débat politique ! (sourire) L'incitation ou l'obligation de s'installer dans un endroit. Certains politiques veulent imposer l'installation obligatoire, dans les zones sous-dotées. Vaste discussion politique, faut-il imposer l'installation un certain nombre d'années ? On sera peut-être obligés d'y venir un jour, moi j'en sais rien, mais... c'est difficile d'imposer à quelqu'un en disant « tu vas t'installer là pendant 5 ans ou pendant 3 ans », après peut-être qu'on va rester au bout de 5 ans ou au bout de 10 ans mais... C'est pas évident ! Quand on s'est installés on l'a fait par choix, on ne nous a pas imposé. Le choix c'est qu'il y avait une offre qui était pléthorique à l'époque, donc le choix c'était en fonction des disponibilités pour pouvoir travailler suffisamment. La donne est complètement changée complètement inversée. Donc imposer à un professionnel de s'installer à un endroit, c'est-à-dire ne pas s'intéresser à sa vie personnelle, c'est difficile. Et je ne veux pas volontairement me lancer dans une discussion politique. Parce que c'est politique, c'est une décision politique. Oui je ne veux pas donner mon avis. Parce que je n'ai pas d'avis franchement, euh voilà, c'est sûr que si on dit « toi, cardiologue, tu t'installes là pendant 5 ans ou tu vas travailler à l'hôpital à cet endroit-là », je sais pas... C'est un choix de vie, on peut pas, on peut pas... Comme nous médecins généralistes on ne peut pas dire « tu vas t'installer là et puis voilà ». Si je suis venu là c'est parce que j'ai bien voulu ! (rire) C'était un choix. Mais, c'était différent. Là c'est sûr que le manque de médecins c'est difficile.*

Moi : *Est-ce qu'il y a quelque chose que tu souhaiterais rajouter, sur tout ce qu'on a abordé ?*

Dr : *Alors ce qui est sûr, c'est que ça engendre un stress, concernant l'orientation des patients quand même.*

Moi : *À l'heure actuelle ?*

Dr : *Oui. Parce que... On arrive toujours à trouver une solution, d'une manière ou d'une autre. Là on est dans le cadre où c'est le patient qui prend lui-même son rendez-vous, dans tous les cas, en situation différente on prend notre téléphone on arrive à se débrouiller. Pour le patient je suis conscient que c'est très difficile, c'est compliqué, et que l'incertitude de savoir quel est le réseau de soin dans 3 ans dans 5 ans dans 10 ans, c'est encore autre chose et les patients sont inquiets par rapport à ça. Ils ne nous disent pas forcément mais... on le ressent quand même assez fort. Après on doit aider le patient donc... on l'aide.*

Moi : *Concernant la prise de rendez-vous ?*

Dr : *La prise de rendez-vous oui. Après les patients nous interrogent en disant « j'ai un rendez-vous à telle date, ça va docteur ? », bon après c'est à nous de dire « oui, c'est bien, euh... bah là ça fait un peut loin je vais essayer de rappeler pour... » tout en sachant que si on appelle, c'est pas non plus pur mettre la pression sur notre confrère spécialiste et qu'il faut que ce soit adapté à la situation. Voilà. Il ne faut pas gaspiller les munitions en disant « est-ce qu'on peut prendre rapidement » pour une bêtise et puis après on va dire euh voilà... Donc il faut que ce soit à bon escient quoi. Et ça il faut qu'on arrive à faire comprendre au patient qu'il y a des choses qui peuvent patienter, il y a des choses urgentes et des choses qui ne sont pas urgentes. Voilà. Ça sort peut-être un peu du cadre de la question mais... C'est mon ressenti.*

Moi : *Très bien. Rien d'autre ?*

Dr : *Non, c'est pas mal.*

Moi : *Très bien.*

Entretien 4 :

3.1 À l'heure actuelle, quelles sont les spécialités médicales hors médecine générale qui posent des difficultés d'accès à votre patientèle ?

Dr : *Ophtalmologie en premier, cardiologie, gastro-entérologie, neurologie, dermatologie, ORL.*

Moi : *D'accord. OK. Je précise, là je vais faire toutes les questions, s'il y a une réponse qui vous revient sur une question d'avant, il ne faut pas hésiter à la dire. Rien d'autre de particulier pour la première question ?*

Dr : *Euh... Si, si aussi, les délais pour les scanners et IRM.*

Moi : *D'accord, OK. Alors question suivante.*

3.2 À l'heure actuelle, quelles sont les spécialités médicales hors médecine générale qui ne posent pas de difficulté d'accès à votre patientèle ?

Dr : *Oncologie on gère, gynéco-obs ça va, pédiatrie on arrive à gérer aussi, endocrino-diabète aussi on gère, pneumologie on gérait mais à mon avis on va moins gérer. Bon et l'urologie ça fonctionne bien. Gériatrie on arrive à gérer aussi oui sur ... [hôpital à 20 minutes de route], et néphro c'est pareil on arrive à gérer.*

Moi : *OK, très bien, OK. Alors question suivante.*

3.3 Selon vous quelles seront les spécialités médicales hors médecine générale qui poseront des difficultés d'accès dans 5 ans ?

Dr : *Dans 5 ans ? Euh... Ophtalmologie, cardiologie, gastro-entérologie, pneumologue, neurologue, rhumatologue, ORL, dermatologue, et urologue. Et scanner, IRM. Et néphrologie. De toute façon, au vue de l'âge de nos interlocuteurs je pense que dans 5 ans, toutes les spécialités poseront problème.*

Moi : *D'accord.*

Dr : *Là vous avez Dr ... (pneumologue) qui arrête, je crois que Dr ... (interniste) va arrêter aussi.*

Moi : *D'accord. Alors, question suivante.*

3.4 Selon vous, quelles sont les causes des difficultés d'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours pour votre patientèle ?

Dr : *Avant tout un problème de démographie au niveau des spécialistes médicaux, des départs en retraite qui ne sont pas remplacés, et puis je pense aussi peut-être un plus large recours, oui, aux soins médicaux ambulatoires de second recours, oui, probablement qu'on a beaucoup plus recours, je pense qu'avec les recommandations par exemple les diabétiques on leur demande euh, il faut un suivi ophtalmo, cardio notamment, donc je pense qu'il y a aussi oui, une augmentation de la demande par un renforcement des recommandations pour le suivi de certains patients. Je pense que ça, ça joue aussi, autrefois que ce soit les diabétiques euh, même les patients hypertendus, je pense qu'on les adressait beaucoup moins facilement au spécialiste. Maintenant les patients ont aussi un suivi beaucoup plus renforcé, optimisé. Je pense que ça joue aussi.*

Moi : *D'accord. Alors je vais diviser un petit peu la question, sur les causes qui pourraient être de l'organisation médicales, et sur les causes qui pourraient être de l'organisation plutôt politique, ou géographique même. Est-ce qu'il y aurait d'autres choses qui pourraient venir en tête ?*

Dr : *Alors après, forcément on a un problème d'attractivité du territoire, si c'est ça le fond de la question, mais euh... bon je pense qu'il y a le problème aussi du numerus closus qui fait que, visiblement il y a de moins en moins de médecins qui ont été formés, et puis je pense que le libéral n'attire plus, donc ça, ça joue aussi. Bon après visiblement il y a aussi des nouvelles organisations puisque là sur les 3 cardio qui sont partis sur ... [ville à 40 minutes de route] n'est maintenant sur un groupement « intercard », donc je pense que c'est aussi une attente des jeunes médecins de probablement travailler de façon différente puisqu'il n'y a plus de cardiologue attiré ils ont un système de rotation si j'ai bien compris.*

Moi : *D'accord.*

Dr : *Mais bon, je pense qu'il y a aussi une évolution des souhaits des jeunes médecins, je pense qu'on est sur des amplitudes horaires qui sont peu compatibles avec des vies familiales donc je pense que ça ça fait aussi partie des difficultés, je pense pour recruter des libéraux sur des territoires euh, comment dire, un peu éloignés de la métropole. Ça fait partie des choses aussi je pense.*

Moi : *D'accord.*

Dr : *Voilà.*

Moi : *Très bien. Alors, question suivante.*

3.5 Selon vous quelles sont les conséquences des difficultés d'accès aux soins médicaux ambulatoires pour votre patientèle ?

Dr : *Alors, bah déjà retard de diagnostic, parfois. Ça peut être aussi l'abandon de soin, puisque là on a avec les ophtalmos un gros souci puisque on n'arrive même plus à obtenir de rendez-vous et puis oui parfois on a une absence de réponse puisque on n'a pas accès au spécialiste. Donc je dirais retard de diagnostic et abandon de soin pour certains.*

Moi : *D'accord.*

Dr : *Et puis une démotivation puisque on anticipe au moins de 3 mois pour qu'ils demandent leurs rendez-vous pour qu'ils essaient de les avoir à peu près en temps et en heure pour les patients qui ont un suivi régulier.*

Moi : *Et donc une démotivation dans quel sens, finalement ?*

Dr : *Bah le... en fait le patient comme il sait qu'il va avoir un long délai de rendez-vous, je pense qu'il ne se projette plus dans une prise en charge effective puisque on leur dit qu'il faut qu'ils prennent rendez-vous pour dans 3 mois donc je pense que comme il y a un délai de rendez-vous ils ne mesurent pas non plus l'importance donc on rentre dans une sorte d'engrenage où en fait, comme ils doivent attendre longtemps avant d'avoir un rendez-vous on leur demande à l'avance mais comme on leur demande à l'avance ils ne voient pas trop l'intérêt*

qu'on les demande à l'avance donc on a de plus en plus aussi des décalages du coup, dans la programmation des rendez-vous, notamment cardio, ophtalmo, pour les patients diabétiques par exemple.

Moi : D'accord. Très bien. Question suivante ?

Dr : Pardon alors peut-être aussi une inégalité de soin parce que... il y en a qui du coup vont se déplacer hors du territoire de la CCSA voire aller euh, j'en ai qui vont voir de la famille qui vont y voir les spécialistes, et puis d'autre forcément qui sont figés au territoire et de ce fait là sont contraints à attendre.

Moi : D'accord, donc ça c'est à la fois une cause et une conséquence finalement.

Dr : Oui.

Moi : Très bien, d'accord. Alors, question suivante.

3.6 Selon vous, quels sont les points forts de la communauté de commune du Sud-Avesnois concernant l'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours pour votre patientèle ?

Dr : *Quels sont les points forts de la CCSA concernant l'accès ? Les points forts de la CCSA ?...* [long silence] *Euh... Pour être honnête euh... Je n'en vois pas beaucoup non, je n'en vois même pas.*

Moi : D'accord. Dernière question. Non, avant dernière, mais je pense que je vais plutôt parler de la dernière question tout de suite.

3.8 De façon globale, quel est votre ressenti concernant la pérennité de l'offre de soins dans la CCSA ?

Dr : *En grand danger. Là on va perdre Dr ... (ORL), Dr ... (cardiologue) d'ici quelques années, je pense que pour l'instant, bon nous on fait partie d'une génération on a été internes de médecine générale donc on a côtoyé un certain nombre de médecins, chirurgiens qui ont commencé leur carrière, donc on a aussi des relations de confiance, et euh... petit à petit nos interlocuteurs prennent leur retraite, et ils ne sont pas remplacés, ou après on a des interlocuteurs avec lesquels on n'arrive pas à établir de liens de confiance, je pense que c'est le gros soucis oui. Je pense que ... alors après je pense que c'est le problème effectivement de cette démographie médicale qui est en berne, autrefois je pense qu'on avait aussi nous, médecins généralistes, accès à des professionnels de second recours qui prenaient le temps de nous donner des conseils. Je trouve que très souvent on me répond qu'en gros j'ai un super patient et que je suis bien, il faut que je m'occupe de mon super patient. Je pense qu'en plus un a quand même un problème, de moins en moins de réelle orientation... et de conseils, ça c'est un gros problème.*

Moi : D'accord.

Dr : Ça c'est un très gros problème.

Moi : Et donc, au niveau de la pérennité ?

Dr : *Moi je pense que la pérennité passera par des équipements comme la télémedecine, moi je pense qu'on va accéder à, comment dire, à des prises en charge des patients, via la télémedecine, je vois pas comment on pourra s'en sortir autrement.*

Moi : D'accord, bon eh bien on va passer à la question qui était juste avant alors.

3.7 Selon vous, quelles solutions seraient envisageables pour améliorer l'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours pour votre patientèle ?

Dr : *Oui, moi je pense que c'est avant tout oui via la télémedecine.*

Moi : D'accord, très bien.

Dr : *Ou après des systèmes un petit peu comme ont mis en place « intercard », peut-être des groupements de spécialités qui font que les personnes viendront maintenir une activité par spécialités mais avec des interlocuteurs différents, ce qui se passe à ... [ville à 40 minutes de route]. Mais euh... Je vois difficilement des jeunes spécialistes s'installer de façon pérenne sur le territoire. Un système de rotation où ils viendront à tour de rôle, ou un jour par semaine, mais je ne vois pas de spécialiste s'installer, puis de toute façon, c'est pareil le problème c'est que de toute façon puisque la démographie baisse en médecin générale, de toute façon, enfin je veux dire c'est tout un tissu à la base, le spécialiste il a un réseau de généralistes autour de lui, à partir du moment*

où le réseau de généraliste va se raréfier, euh, je pense que pour le spécialiste c'est difficile aussi d'arriver à constituer son réseau d'interlocuteurs. Donc je pense que ça perd aussi en attractivité puis ça va surtout trop concentrer les demandes.

Moi : *D'accord. Est-ce qu'il y aurait autre chose que vous voudriez rajouter, sur le problème de l'accès aux soins, pour votre patientèle ?*

Dr : *Bah je pense que de toute façon le problème aussi c'est qu'ici nous avons quand même une population en précarité, qui n'a pas de moyen de locomotion, et qui a la double peine, elle n'a pas de spécialiste, et elle n'a pas de moyen d'accéder aux spécialistes un petit peu plus loin bon après on a des fois aussi un petit peu la Belgique, avec ... [ville belge à 30 minutes de route] mais qui sature aussi dans certains domaines, par exemple en ophtalmologie on n'arrive pas non plus à accéder quoi.*

Moi : *D'accord.*

[Après avoir coupé le magnétophone, en discutant le Dr vient à me parler d'une chose pour laquelle il me propose de rallumer le magnétophone.]

Dr : *Nous on a aussi un problème de compétence, l'histoire de mon patient [dont le Dr m'avait parlé en me demandant que ce soit en « off »], bon je n'ai pas la science infuse, je n'ai pas toujours la vérité probablement que je me trompe aussi, mais enfin je veux dire, quand vous envoyez quelqu'un en vous disant qu'il ne va pas bien, et qu'on vous le rend en disant que tout va bien et qu'il faudrait retourner à Paris là où il a été opéré... Bon je sais que la semaine prochaine là c'est monsieur ..., qui est le directeur de l'hôpital de ... [ville à une heure de route], qui fait l'intérim sur ... [hôpital de proximité], qui nous invite à un temps de rencontre à ... la semaine prochaine mais... Vous voyez, Dr ... (gastro-entérologue) il est malheureusement malade, bon là ça va ils ont récupéré des gastro de ... [ville à 40 minutes de route], mais à la base la gastro de ... [hôpital de proximité], ils disent qu'ils n'ont pas de recrutement, mais j'ai dit « vous pouvez pas avoir de recrutement, la gastro elle ne fait pas de fibro ! » Bon après, ils ont créé un service de court gériatrie, bon bin court gériatrie, ça veut bien dire ce que ça veut dire, les mecs ils y passent 10 jours... Vous avez les lettres de sortie, au V80, le mec il vous sort la lettre parce qu'elle est pré-préparée, où il explique que le traitement doit être donné par l'infirmière de ville, il va avoir du ma à être donné par l'infirmière de ville, la personne vit en structure ! Donc... Bon je sais pas ce que ça va donner la semaine prochaine mais déjà, euh si tout le monde a la même lettre, qu'il vive en structure ou en extérieur... D'ailleurs on en arrive à des situations ubuesques, la patiente elle a des troubles du comportement, je crois qu'elle a été trois ou quatre fois en gériatrie, là c'est le cadre de santé qui a proposé de la faire partir à ... [service d'unité cognitivo-comportemental à 40 minutes de route]. C'est ça ! Et puis bon, c'est ce qu'on leur a déjà dit aussi, ils nous reprochent de travailler avec la clinique mais forcément, la clinique, on appelle, on dit « j'ai un problème », le patient il est vu par le médecin ! Vous appelez l'hôpital, ils vont systématiquement aux urgences, donc ils font : le médecin généraliste, les urgences, et seulement après ils peuvent accéder au spécialiste, ça peut pas coller non plus. Ça veut dire que notre diagnostic, ou notre hypothèse, elle est directement remise en question, puisque ils ne veulent pas... Normalement, si on appelle, et que l'on veut un chir, c'est qu'on a besoin d'un chir. Et puis bon il y en a quand même une paire qui ont été estropiés par les traumato qui sont passés ici hein. Donc on verra mais... Et c'est aussi le gros problème parce que chez Dr ... [médecin généraliste de la CCSA] on en a parlé son remplaçant il s'est installé à ... [commune de la Communauté de Communes du Cœur de l'Avesnois], le problème aussi de ne pas avoir d'offre de second recours fait qu'on aura de moins en moins de facilité à installer une offre de premier recours. Parce que si vous n'avez pas d'interlocuteur à offrir ça ne peut pas aller. C'est vrai que... bon là je vois avec Dr ... (ORL) qui va s'arrêter, au niveau ORL euh... Dr ... (cardiologue) je pense qu'il est encore là pour 3 ou 4 ans si tout va bien, et puis après euh... Mouais, c'est pas très motivant tout ça ! Mais bon si déjà il y a des jeunes comme vous qui s'installent dans les périphéries, c'est une bonne chose mais moi je crois qu'ici c'est la... C'est pour ça que moi je travaille sur le projet de santé parce que, on a des problèmes de mobilité moi je pense que, enfin moi je pense qu'à un moment il ne va quasi rester que des infirmières sur le territoire, et il n'y aura plus de généraliste. Et euh, moi je pense plutôt aux infirmières de pratique avancée, et je pense qu'il y a énormément de choses qui seront gérés via la transmission des données.*

Moi : *La transmission des données ?*

Dr : *Vers des spécialistes. Et même je pense, on va développer les téléconsultations. Donc je pense qu'il restera très très peu de généralistes ici, c'est plutôt les professionnels comme les kinés, comme les infirmières, qui font encore pas mal de domicile, qui vont rester. Mais vous savez ici je crois qu'il y a un moment euh... Nous ici moi je le conçois plus comme ça, c'est comme ça qu'on est en train de faire, bon ici au-dessus il y a un appart', à côté il y aura un appart', moi je vois après un système de 35 heures. C'est-à-dire que le médecin il vient travailler 3 jours.*

Moi : Vous voulez dire du salariat ?

Dr : Non pas spécialement, du libéral, mais euh, bon on fait des grosses journées ici, on fait 12 heures donc euh... en 3 jours vous avez déjà fait 36 heures, donc moi je le vois aussi sur un système où il y a... bin euh... 2 personnes là où il n'y en avait qu'une. Et ça me semble... bon on est quand même sur des gens qui sont beaucoup plus sur la métropole donc, ça me semble gérable, la personne arrive le lundi elle repart le mercredi soir, et inverse l'autre arrive le mercredi dans la matinée pour pouvoir faire le point par rapport à ce qu'elle a géré la semaine d'avant et puis faire les transmissions. Je pense que, bon ça posera le problème à mon avis des gardes et tout ça mais je pense qu'on va partir sur des systèmes comme ça si on veut encore avoir des médecins qui viennent travailler par ici. Mais une personne qui vive à l'année ici euh, et qui travaille du lundi au samedi... j'y crois plus trop. A part être vraiment du cru mais même ceux du cru ils ne reviennent pas. Moi j'ai... mes fils ils ont des copains qui sont en médecine, ils n'ont pas envie de revenir ici, pourtant ils sont d'ici. Même vous qui êtes relativement du secteur, vous vous éloignez un petit peu. Parce que ici il y a vraiment un manque d'attractivité. Je n'ai qu'une interne sur deux parce que l'autre a dit à mon attachée, bon elle avait des tas de problème après mais quand même... c'est symptomatique, elle lui a dit « vous vous rendez compte qu'ici il y a 40 % de chômeurs ? » Donc du coup, on n'était pas un territoire digne qu'on puisse y passer 6 mois. Parce que, bin, son mari il est d'Alger, là-bas il y a la mer, c'est comme Paris, alors venir se perdre 6 mois ici à ..., c'était au-delà du supportable, il aurait fallu peut-être apparemment lui mettre du Prozac quoi. Mais bon, qu'elle n'aime pas le secteur OK mais quand on commence à avoir un jugement sur la population... c'est quand même grave. Ça veut dire que... il y a un problème d'éthique, et que bin ici on a une telle image que, il n'y a même plus un regard du médecin sur les patients, c'est un jugement d'un individu sur la population qui vit ici ! Donc euh... si elle a ce regard il y en a sûrement d'autre qui l'on aussi. Je sais pas si mes collègues vous ont paru plus optimistes que moi je le suis mais c'est vrai que... c'est... là l'ophtalmo c'est l'enfer... En plus ils ont mis en place un système d'écluse, donc apparemment tous les 3 mois ils ouvrent les rendez-vous, et puis dès que c'est saturé ils referment donc c'est, les gens n'arrivent plus à gérer. Et puis bon... l'ophtalmo là c'est vraiment symptomatique de ce qui va se passer pour le reste. Bon là au niveau gastro ils ont l'air de s'être débrouillés à la clinique ils ont retrouvé un petit peu de vacation mais euh, on ne les connaît pas pour l'instant ils n'ont même pas communiqué d'ailleurs pour dire qu'ils étaient arrivés, mais c'est pareil gastro ça fait parti des spécialités dont on a besoin, un peu compliqué aussi, et puis bon là Dr ... (gastro-entérologue) qui arrête au mois de décembre, donc Dr ... va se retrouver tout seul. Ça va être un petit peu compliqué aussi. C'est aussi le paradoxe on nous demande de faire de la prévention, mais avec de moins en moins de moyens et avec de moins en moins de spécialistes donc euh... Il faut soigner, prévenir, sans moyen humain.

Entretien 5 :

3.1 À l'heure actuelle, quelles sont les spécialités médicales hors médecine générale qui posent des difficultés d'accès à votre patientèle ?

Dr : Alors, des difficultés d'accès... Euh, la dermato, logique, ça c'est sûr, nous donc ici sur ... on oriente dans une zone géographique, si on passe par l'Aisne et par le Nord on a au minimum 40 kilomètres à faire je pense pour orienter un patient, et les délais de consultation, en moyenne ils sont à un an, sauf urgence, à peu près. Donc voilà c'est très compliqué, euh... dermato c'est sûr, alors euh, dermato médicale, quand on a des gestes chirurgicaux j'avoue qu'on a plus tendance à orienter vers les chirurgiens généraux qui font effectivement les gestes d'exérèse pour l'anapath ensuite, donc la dermato c'est très compliqué. Euh... la rhumatologie c'est pas beaucoup plus simple, au niveau géographique, parce que c'est loin, je pense que l'on doit être à une trentaine ou une quarantaine de kilomètres je pense aussi au plus proche, pour nos patients. Les délais de rendez-vous, sachant qu'ils sont 3 maintenant, on doit être sur à peu près un trimestre peut-être, 3 mois environ. En sachant que l'urgence elle est moindre dans ce genre de pathologie mais c'est compliqué aussi. L'ORL (rire tendu) ça va devenir très compliqué aussi parce qu'on a un praticien qui part en retraite dans quelques semaines, donc géographiquement pareil c'est ... donc c'est 40 kilomètres aussi, et les délais de rendez-vous on doit être à plusieurs mois hein je pense qu'on n'est pas avant 3 mois non plus, donc c'est super compliqué. Euh... La neuro, c'est pas évident non plus, dans le centre hospitalier le plus proche de ... [hôpital de proximité] il n'y en a pas, donc c'est ... [centre hospitalier à 40 minutes de route] également au plus proche, si je ne compte pas la Belgique, hein en étant frontalier euh, voilà. Pareil, on est sur ... [centre hospitalier à 40 minutes de route] et en délai de rendez-vous moi j'ai un patient qui a appelé la semaine dernière, il était à 6 mois, parce qu'il était au mois de mai. Compliqué aussi. La psychiatrie mise à part parce qu'on passe souvent par le centre hospitalier le plus proche et la CMP et on gère pas trop, parce que le patient s'oriente lui-même. La cardiologie c'est compliqué au niveau délai de rendez-vous, on a un praticien qui exerce encore qui n'est pas très loin, mais au niveau délai de rendez-vous on est à 2 mois, 2 mois et demi aussi hein, hors contexte d'urgence, c'est compliqué.

Moi : *Concernant la psychiatrie, est-ce que tu peux reformuler ?*

Dr : *Alors pour la psychiatrie c'est difficile de dire si c'est compliqué ou pas d'orienter nos patients, dans le sens où c'est une spécialité où ils ont pas forcément besoin d'un... enfin voilà ils ne font pas partie du parcours de soin donc parfois ils prennent rendez-vous d'eux-mêmes, et on a du mal aussi dans le sens où on n'a pas beaucoup de retours de nos confrères psychiatres quant aux consultations et euh voilà, le suivi psychiatrique et du coup l'analyse pour les orienter c'est un peu compliqué.*

Moi : *D'accord.*

Dr : *Donc délai de rendez-vous je saurais pas dire en tout cas je sais qu'au niveau distance ils n'ont pas loin, puisque c'est le centre hospitalier de ... [hôpital de proximité], mais d'une part parce que ce n'est pas nous qui orientons à chaque fois, et malheureusement on n'a pas beaucoup de retour des confrères psychiatres quant aux consultations, quant à l'évolution et quant aux re convocations des patients éventuels etcetera c'est un peu... c'est le patient lui-même qui nous explique plus que... plus que les courriers. Donc je dirais, pour simplifier, ouais dermato, surtout, rhumato compliqué, ORL compliqué, neuro compliqué, et la psychiatrie ça dépend. Et la cardiologie, parce que notre pauvre confrère cardiologue est tout seul.*

Moi : *D'accord. Alors question suivante.*

3.2 *À l'heure actuelle, quelles sont les spécialités médicales hors médecine générale qui ne posent pas de difficulté d'accès à votre patientèle ?*

Dr : *La gynécologie-obstétrique, parce qu'on a une maternité pas très loin, que je pense qu'en praticiens le nombre suffit, entre les libéraux et les hospitaliers, et nombre et en distance c'est relativement simple d'avoir un rendez-vous en fonction du degré d'urgence dans des délais raisonnables, donc la gynéco-obstétrique je dirais que ça va. J'ai oublié ! J'avais pas vu... Pour ta première question : l'ophtalmologie, c'est hyper compliqué, au niveau géographique c'est proche mais au niveau des délais de rendez-vous on est pareil qu'à la dermato on est à passé un an, ça c'est... c'est quasiment la plus compliquée là, actuellement.*

Moi : *D'accord.*

Dr : *Donc gynéco-obstétrique pas trop compliqué, la pédiatrie c'est pas trop compliqué non plus, entre le centre hospitalier de ... [à 20 minutes de route], le centre hospitalier de ... [hôpital de proximité] et les consultations libérales aussi, je pense qu'on est dans des délais de rendez-vous de quelques semaines, donc c'est gérable. L'oncologie c'est... voilà, avec le centre hospitalier de ... [à 40 minutes de route] et la clinique de ... [village de la CCSA à 15 minutes de route] ça se gère relativement rapidement aussi, et heureusement, parce que c'est une spécialité pour laquelle il ne faut pas forcément trainer. L'endocrino-diabétologie c'est pareil avec le centre hospitalier de ... [hôpital de proximité] ça se passe pas trop mal, délais de rendez-vous et... La pneumologie ça va aussi, on travaille avec une clinique aussi sur ... [40 minutes de route] et les délais de rendez-vous on doit être à 4 à 6 semaines, ou plus tôt en cas d'urgence on a des praticiens qui sont quand même relativement coopératifs et qui nous prennent des patients rapidement. Donc euh, ouais, relativement simple je dirais gynéco, pédiatrie, onco, et pneumo. Le reste c'est difficile.*

Moi : *D'accord, alors question suivante.*

3.3 *Selon vous quelles seront les spécialités médicales hors médecine générale qui poseront des difficultés d'accès dans 5 ans ?*

Dr : *Euh... dans notre territoire on est bien d'accord hein ?*

Moi : *Pour les patients du territoire. Et votre patientèle à vous.*

Dr : *La cardiologie, sûr et certain parce que le praticien avec lequel on travaille actuellement, qui fait ce qu'il peut mais pour lequel c'est compliqué va probablement prendre sa retraite et euh... je ne sais pas où on va envoyer nos patients ! (rire tendu) Ça va être forcément ... [à 40 minutes de route] donc ça va être plus loin, et étant donné la patientèle de cardiologie qui est souvent polyopathologique, âgée, qui a du mal à se déplacer ça va être d'autant plus difficile. Et les praticiens qui sont sur ... [au même endroit à 40 minutes de route] sont malheureusement dans un âge proche de la retraite aussi et donc ouais effectivement d'ici 5 ans je ne sais pas où on va adresser je pense que ce sera ... [à une heure de route] donc ce sera à 80 kilomètres et avec des délais de rendez-vous à mon avis qui passeront les 6 mois donc euh, la cardiologie c'est sûr que dans 5 ans ça va être très compliqué. Euh... La dermato, pareil, dermato et ophtalmo parce que plus on va et moins on a d'installations*

actuellement des confrères libéraux dans le coin et donc euh, on a la chance que l'ophtalmo qui travaille chez nous n'est pas encore à un âge où elle va... elle va encore travailler plus de 5 ans je pense et j'espère. Et la dermato en revanche c'est compliqué aussi, parce que la seule consœur avec qui on travaille sur le centre hospitalier de ... [à 40 minutes de route] je pense est à quelques années de la retraite aussi et c'est pareil quand elle, elle va partir je ne sais pas où on va adresser nos patients, on a personne dans un rayon de moins de 60 à 70 kilomètres à part elle qui peut recevoir nos patients, donc euh, c'est compliqué. Après c'est sur un centre hospitalier, si on ne parle pas de l'Aisne hein mais sur ... [à une heure de route] et voilà, c'est aussi compliqué pour nos patients parce qu'il faut forcément un moyen de locomotion et que si c'est pas une pathologie qui est prise en charge à 100 % on ne peut pas faire une demande d'ALD hors liste pour un transport, donc euh ouais, dermato ophtalmo ça va être très compliqué. ORL aussi parce que nos confrères de ... [à 40 minutes de route] sont à peu près dans le même euh, c'est encore une fois le même problème hein même catégorie d'âge et départ en retraite qui n'est pas remplacé et on n'a plus de spécialistes libéraux ou même hospitaliers hein dans le coin qui sont prêts à prendre le relai et donc ça va vraiment être un problème effectivement. Dans plus de 5 ans ça va être un problème parce que, hôpital ou libéraux on n'aura plus d'ORL géographiquement proche, euh... Je dirais ça. Après pour les autres spécialités on a des confrères plus jeunes, ou en plus grand nombre, ou plus proches.

Moi : D'accord. Alors question suivante.

3.4 Selon vous, quelles sont les causes des difficultés d'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours pour votre patientèle ?

Dr : Les causes... La première des causes c'est qu'il n'y a aucun des confrères spécialistes qui veut venir s'installer dans le Sud-Avesnois, pourquoi je... Pourquoi, toutes les causes je ne les connais pas personnellement mais en tout cas c'est que sur tous les départs en retraite qu'on a eu ces 10 dernières années je pense que personne n'est arrivé à la place d'un confrère et que voilà, la cause principale je pense que c'est qu'il n'y a aucune installation qui s'est faite et qu'il n'y a aucune installation prévue dans les années à venir, et qu'il y a beaucoup de départs en retraite qui sont prévus dans les années à venir justement. Euh... Pourquoi il n'y a personne qui veut venir travailler dans le coin ? Euh... Parce qu'on est loin, je pense que c'est le fin fond du Nord et que l'on est dans une zone très reculée, géographiquement, et au niveau des moyens de locomotion c'est pas simple, parce que ce sont des petites routes et que au niveau des moyens de transports en commun c'est pas simple, au niveau ferroviaire on n'est pas aidés. Ensuite pourquoi les confrères ne veulent pas venir non plus, c'est vrai qu'au niveau attractivité et au niveau population c'est pas... voilà. En fonction du travail du conjoint voilà il faut pouvoir s'adapter également, euh, au niveau loisir, c'est que l'on n'a pas d'opéra, les cinémas c'est pas, voilà c'est tout un... Au niveau professionnel il faut pouvoir euh... Enfin je pense que n'importe quel confrère spécialiste qui viendrait dans le coin que ce soit en libéral ou en hospitalier il aura du travail, c'est pas un problème, il aura largement du travail, sur le plan professionnel il peu s'épanouir parce qu'au niveau du réseau de soin c'est pas un problème, au niveau des confrères hospitaliers ou au niveau des confrères généralistes il y a une super ambiance, et on a un réseau de soin qu'on essaie de faire marcher au mieux. Donc au niveau professionnel je pense que c'est pas un soucis, je pense que c'est simplement au niveau d'abord personnel parce qu'il faut pouvoir s'intégrer dans une zone qu'on ne connaît pas, il faut que le conjoint il puisse s'intégrer aussi il faut que les enfants puissent s'intégrer aussi, et une grosse partie du problème je pense que c'est vraiment les transports, c'est un gros problème d'accès, de... des routes principalement, parce que la Nationale 2 qui fait débat politiquement actuellement, un gros gros gros problème quand c'est des jours de semaine et des horaires de bureau c'est pas gérable. Et le train n'aide pas non plus, ça c'est évident. Donc la principale cause je pense qu'elle est là c'est parce qu'on n'a pas de spécialistes qui viennent travailler. La deuxième cause c'est malheureusement que tous les confrères actuels ils sont dans une tranche d'âges ou dans quelques années ils sont sur le départ à la retraite, et que bah voilà si c'était des confrères qui avaient 30 ans actuellement la question ne se poserait pas, on aurait un peu plus de temps aussi. Après euh... (quelques secondes de réflexion) D'autres causes à trouver... De la santé, en lui-même, on ne va pas très bien. (rire) On voit dans les hôpitaux périphériques ou même moins périphériques hein que le manque de personnel se fait ressentir, tant au niveau paramédicaux que médecins etcetera et que bah, j'imagine qu'au centre hospitalier de ... [de proximité] notamment, parce que c'est le plus proche de nous, c'est ... de pire en pire, que la prise en charge elle est moins bien et que c'est vrai que les confrères qui sont de Lille et qui ont des retours ils n'ont peut-être pas non plus envie de venir travailler ici, parce que voilà la prise en charge médicale elle n'a peut-être pas bonne réputation et que... un jeune chef de clinique qui sort du CHR de Lille il n'a peut-être pas envie de... voilà, mettre les pieds dans cet hôpital, même si c'est pas forcément un poste hospitalier, la réputation médicale actuellement dans le Sud-Avesnois n'est peut-être pas... Voilà... Ne donne peut-être pas envie aux confrères de venir s'installer non plus, à tort ! Parce que ça aiderait, justement, à faire remonter un petit peu euh... Ça et puis après euh... C'est compliqué hein, c'est compliqué de trouver des causes. Des solutions on va essayer d'en trouver mais trouver d'autres causes euh ouais... Tranches d'âges des médecins qui sont sur la retraite personne qui veut venir prendre le relai, c'est compliqué de venir bosser ici, c'est compliqué pour le conjoint surtout de venir travailler ici par rapport à la métropole lilloise ou le Valenciennois, ouais, ça fait plein

de facteurs qui mélangés font que ouais, compliqué compliqué de... Dans les 5 ans c'est sûr qu'on... si on n'a pas d'installation dans les 5 ans on... je sais pas comment on va faire, il y a la télémédecine, je pense que ce sera dans les questions d'après ?

Moi : *Oui on en parlera...*

Dr : *La télémédecine c'est une hypothèse, et encore que ça ne règlera pas tout parce qu'il faut que ça se mette en place et parce que... nous dans le cadre de notre MSP on a déjà eu des projets de télémédecine dans le cadre des plaies chroniques et de la dermatologie, malheureusement au niveau administratif de part l'ARS etcetera au final on a eu plus de bâtons dans les roues que d'aides, qu'elles soient financières, humaines ou autres. Et voilà on a joué le jeu dans les sens où des demandes de télémédecines on en a fait hein mais les retours n'étaient pas là, ou n'étaient pas forcément très... très compétents ! Ouais, ça ne nous a pas beaucoup aidé dans la prise en charge, d'autant plus que la télémédecine ça peut se faire dans certaines spécialités mais pas dans d'autres, dans certaines spécialités où il faut un examen clinique complet d'un confrère on ne peut pas pallier à tout. Donc la télémédecine ça peut faire partie d'une solution mais... enfin ça peut être une solution pour certaines spécialités mais pas pour toutes.*

Moi : *OK, on va continuer, avant les solutions, question suivante.*

3.5 Selon vous quelles sont les conséquences des difficultés d'accès aux soins médicaux ambulatoires pour votre patientèle ?

Dr : *Bah clairement un manque d'accès aux soins, une prise en charge médicale qui sera, enfin qui est et qui sera... qui est, j'espère qu'elle ne l'est pas encore mais euh, qui sera moins bonne, c'est sûr que... Au niveau ophtalmo ça l'est peut-être déjà, parce que quand un patient a une correction optique et qu'il vient nous voir en disant qu'elle n'est plus efficace et qu'on n'a aucun moyen pour pouvoir l'orienter vers un confrère ophtalmo plus tôt et qu'on est obligé d'attendre un an pour pouvoir évaluer sa correction euh, je trouve qu'en France en 2019 ce n'est pas acceptable. Là c'est sûr que la prise en charge médicale elle est clairement diminuée et que l'accès au soin n'est pas bon. Pour la dermato c'est pareil hein, il y a peut-être des lésions cutanées pour lesquelles nous on passe à côté parce qu'on minimise peut-être la gravité de la chose et qu'on n'oriente pas... enfin voilà, on prend peut-être pas les bonnes décisions au bon moment et quand il voit le dermato finalement un an après on se rend compte que c'est plus grave que ça le voulait donc c'est sûr que la prise en charge elle est peut-être déjà moins bonne maintenant. Après ouais c'est sûr, les conséquences, elles sont graves, parce que c'est d'être moins bien pris en charge au niveau médical. Les conséquences elles sont aussi que nous on a peut-être aussi double charge de travail dans le sens où forcément le patient il s'oriente sur du soin primaire en... enfin voilà logiquement en premier recours, et bah par manque nous de soutien au niveau des confrères et par manque de confrères et bin... on fait ce qu'on peut mais c'est... c'est pas évident, c'est pas évident. J'ai pas d'exemple particulièrement en tête, mais les conséquences c'est qu'ils sont moins bien soignés, ça c'est sûr et certain. Moins bien soignés, et là dans la région sur laquelle vous faites votre étude c'est sûr que c'est encore plus parlant que si on faisait ça sur Valenciennes ou sur Lille parce qu'on est clairement reculé, et que sur une patientèle qui est rurale, semi-rurale, vieillissante, qui économiquement voilà c'est pas forcément non plus au niveau financier, enfin voilà c'est une population qui n'a pas forcément les moyens de se déplacer comme ils veulent. Le manque de médecin et le fait que géographiquement ce soit loin, moi j'ai déjà des patients qui m'ont répondu qu'ils ne pouvaient pas y aller parce que c'était trop loin parce qu'ils n'avaient pas de voiture, c'est pas uniquement parce que c'est vieillissant ou parce que... C'est un gros gros problème, ça c'est sûr et certain, ils sont et ils seront moins bien soignés parce qu'ils habitent dans le Sud-Avesnois et qu'ils n'ont pas possibilité de voir un médecin spécialiste dans des délais raisonnables. Et que nous notre charge de travail en tant que médecin généraliste fait qu'on n'a pas forcément... on prend pas et on n'a pas forcément le temps de prendre notre téléphone à chaque fois pour essayer d'avoir un rendez-vous plus tôt. Et surtout que dans 80 % des cas on n'a pas forcément le rendez-vous plus tôt hein. Alors en insistant auprès des confrères quand on sait que vraiment c'est une urgence, voilà mais euh, c'est pas dit que le médecin à chaque qu'il prend son téléphone il a un rendez-vous plus rapidement que quand c'est le patient qui appelle hein ça c'est pas... Donc ouais, la principale conséquence c'est qu'ils sont moins bien soignés ça c'est sûr et certain. Une autre conséquence aussi, j'y pense pas assez c'est que le recours aux services d'urgences, je pense qu'il est décuplé quand les patients, déjà ils n'arrivent pas à voir leur médecin généraliste par faute de place du jour même ou du surlendemain et encore plus, je pense à la cardio, je pense à la pneumo je pense à des spécialités médicales auxquelles on adresse plus facilement, quand le patient il peut pas aller voir le spécialiste et bin la solution c'est d'aller faire les examens paracliniques et d'aller faire un ECG aux urgences hein, sauf que c'est pas le boulot des urgentistes et que... voilà ça déséquilibre malheureusement tout le système de santé qu'il soit hospitalier ou libéral et... voilà, parce que nous on n'a pas possibilité d'orienter vers des spécialistes plus facilement. Donc ouais... des conséquences il y en a pas mal finalement. Après... Je ne vois pas d'autre euh...*

Moi : *Bon, question suivante.*

3.6 Selon vous, quels sont les points forts de la communauté de commune du Sud-Avesnois concernant l'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours pour votre patientèle ?

Dr : *Les points forts de la communauté de communes ? (rire tendu) Euh... Pour être attractif ? Ou actuellement ?*

Moi : *Actuellement.*

Dr : *Euh... Le seul que je vois c'est la... parce que j'en fais partie, la création des trois maisons de santé, sur Anor, Fourmies et Trélon. Qui a été la seule bouffée d'air frais si je puis dire au niveau santé ces dernières années. Évidemment initialement elle était dans le but d'attirer des confrères généralistes, puisque c'est quand même leur lieu de travail. Elle a été faite aussi dans le but d'attirer des confrères spécialistes parce qu'il y a des cabinets de vacation qui existent, et que si des confrères hospitaliers sur Valenciennes ou Lille notamment sont intéressés c'est possible. Donc le point fort c'est celui-là, enfin le plus gros point fort je pense ça peut être celui-là. Parce que il ne faut pas se mentir financièrement, chronophagement parlant il y a des moyens qui ont été... et au niveau des gens, aussi, au niveau humain, il y a quand même beaucoup de moyens qui ont été déployés. Malheureusement au niveau des confrères spécialistes sans vraiment de retour jusque maintenant. Le plus gros point fort celui-là euh... Après j'en vois pas d'autre hein. Je pense que voilà la Communauté de Communes fait ce qu'elle peut et qu'elle a, la santé c'est un des points importants et qui est pris en compte et qui est pris en charge je pense. Après est-ce qu'au niveau médiatique il n'y aurait pas plus de choses à faire pour essayer d'être plus attractifs. C'est compliqué. En point fort j'en vois pas hein. On parlait des transports tout à l'heure, la RN2 actuelle voilà, politiquement parlant ça avance hein, à priori les travaux vont être mis en route l'année prochaine, sur le plan des transports publiques je pense qu'il y aurait un effort qui pourrait être fait la dessus, je sais pas si c'est le cas, mais je pense qu'au niveau du train par exemple il y aurait peut-être quelque chose à... Valenciennes c'est pas si loin que ça hein, quand on part de la gare de Fourmies et quand on a un train direct on est à 50 minutes de Valenciennes hein si... la Communauté de Communes pourrait peut-être essayer de se pencher là-dessus pour être un petit peu plus... Après je vois pas, non, points forts j'en vois pas beaucoup d'autres. Après c'est un peu plus personnel hein ça dépend... disons qu'il faut que la région plaise, la communauté de communes elle a quand même comme point fort enfin voilà moi j'aime bien ma région et j'aime bien travailler ici parce que je suis plus rurale que citadine et qu'il y a plein de beaux endroits à visiter, on est dans une région où on a des maisons magnifiques pas chères contrairement aux métropoles etcetera, ça c'est un des points forts grâce auxquels on pourrait attirer des jeunes confrères et... Difficile à dire, ouais... Points forts... Les maisons de santé, euh... ils pourraient être plus attractives au niveau médiatique et pas que, je ne sais pas par quelles solutions pour encore essayer d'attirer des confrères dans le coin, au niveau transports il y a un effort à faire clairement au niveau ferroviaire et au niveau de la route, ça c'est évident, et après c'est plus personnel qu'autre chose mais c'est une super région, c'est une belle région ils ont comme point fort d'être une belle région et d'avoir au niveau habitats on a des maisons magnifiques, pas chères. C'est... les points forts.*

Moi : *D'accord. Question suivante ?*

3.7 Selon vous, quelles solutions seraient envisageables pour améliorer l'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours pour votre patientèle ?

Dr : *Alors, je parlais tout à l'heure de la télémédecine, je ne vais pas refaire tout le point que j'ai fait, c'est le premier que je vois et c'est celui dans le cadre des MSP dont on nous a parlé, sous-couvert qu'elle soit plus facilitée, c'est évident. D'autant plus que malheureusement à l'heure actuelle d'ARS elle nous impose les confrères vers qui on pourrait se tourner dans le cadre de la télémédecine, et dans le cadre politique etcetera de favoriser et de faire travailler les hôpitaux plus proches, sauf que le problème actuellement, on en a parlé c'est que la compétence, entre guillemets des médecins les plus proches, sans vouloir citer de nom sur ... et ..., elle est parfois limite, et que actuellement si on veut faire un projet de télémédecine avec le centre hospitalier de ... [ville à une heure et demi de route], puisqu'ils ont le plateau technique et puisqu'ils ont le personnel à disposition qui pourrait être disponible, et bin c'est pas possible. Donc euh... en ce sens là c'est dommage, parce que je pense que ce serait plus facile à mettre en place, ce serait plus... Enfin plus facile à mettre en place euh... Techniquement parlant ce serait pas compliqué, ce serait plus facile à mettre en place dans le sens où on aurait un interlocuteur disponible et clairement une réponse plus rapide et plus complète, et meilleure, clairement, rapidement. Donc la télémédecine sous couvert qu'elle soit facilitée et qu'on puisse avoir des interlocuteurs fiables en face. Euh... D'autres solutions, les MSP ! Ça en fait partie, enfin ça en fait partie pour mettre à disposition un réseau de soin et des locaux, pour pouvoir accueillir des spécialistes en vacation, euh même une demi-journée hein même si un confrère de Lille ou de Valenciennes venait travailler une demi-journée par semaine, quelque soit la spécialité, ça*

permettait de voir, j'en sais rien même si c'est 10 ou 12 patients sur une semaine, mine de rien sur un mois ça en fait. Donc ouais les MSP, mettre à disposition des locaux et un réseau de soin aussi hein, parce que... Voilà. En solution ?... Encore une fois être plus attractif, pour attirer des confrères et des jeunes confrères pour venir travailler chez nous, comment c'est difficile hein, en parler dans... enfin voilà, au niveau médiatique essayer d'en parler d'autant plus, de faire remonter par la télé, par les journaux, enfin voilà, par la fac ! Par la fac de médecine que bin voilà il y a des départs en retraite qui ne sont pas comblés. Je discutais avec notre confrère ORL là qui part en retraite dans quelques semaines, il a déjà essayé de lui-même hein, de part les... puisqu'il s'est formé sur Lille, de part ses confrères de promo, de parler à des jeunes chefs de clinique qui sortaient en disant qu'il laissait son cabinet gratuitement et sa patientèle gratuitement et qu'il était dispo pour le former plusieurs mois si il fallait et pour le présenter au réseau de soin, il a fait ça il y a plusieurs mois hein, et pour le moment il n'a aucune réponse, et donc je ne comprends pas pourquoi, parce que... attractif il l'a été hein, pour le coup si... à partir du moment où un jeune était plutôt intéressé à venir travailler dans le coin, en gros, s'il est célibataire il a juste que ses valises à prendre et il a un cabinet et une patientèle et du travail, donc je sais pas, pourquoi... Je sais pas pourquoi pas de réponse et comment faire pour en attirer d'autre, c'est compliqué. C'est compliqué. Après au niveau hospitalier je pense que c'est aussi malheureusement tout un problème de gestion du système de santé, des spécialistes il y en a dans les services hospitaliers, enfin et même dans les services hospitaliers ils ont du mal à recruter, pourquoi c'est... Je sais pas. Quelles solutions ?... Imposer ? (rire tendu) Ca je pense que ça ne serait pas possible. Imposer aux confrères qui viennent d'être diplômés une zone d'installation mais, je pense que ça en pratique c'est pas... Je sais pas. Je sais pas. Est-ce que en fonction du lieu de formation on pourrait imposer à un confrère euh, je ne me serais pas vu ça avant de m'être installée mais... est-ce que ça peut être une des solutions, sous-couvert d'aide financière pendant les études, ça s'est vu hein, dans le cadre des études de médecin générale, des contrats particuliers qui forçaient entre guillemets, et encore que c'est pas une solution définitive parce que ça forcera peut-être un confrère à s'installer pendant 5 ans mais après il est libre d'aller ailleurs. Difficile à dire... C'est difficile à dire dans le sens où c'est difficile de comprendre pourquoi il n'y a personne qui veut venir travailler dans le coin. Donc euh... Ouais, télé-médecine, MSP, être plus attractif et en parler plus. Ou ne plus avoir la liberté d'installation et être obligé mais, je pense que ce n'est pas une solution, en pratique. Je ne vois pas d'autre euh... Sincèrement là, je ne vois pas d'autre solution particulière.

Moi : D'accord. Alors dernière question.

3.8 De façon globale, quel est votre ressenti concernant la pérennité de l'offre de soins dans la CCSA ?

Dr : (rire tendu) Elle est très mauvaise ! Elle est très mauvaise, pérenne elle ne le sera pas, l'offre de soin c'est sûr. Dans une des questions précédentes le terme c'était les 5 ans, je pense que pour certains on n'y est même pas. Pérenne elle ne l'est pas, ça c'est sûr. Sur les spécialités comme l'ORL... enfin, après on est bien dans la communauté de communes du Sud-Avesnois, donc tout à l'heure on parlait de ... [ville à 40 minutes de route] euh, je sais pas si ça en fait partie...

Moi : Etant donné que c'est pour les patients de la communauté de communes du Sud-Avesnois, c'est... Ça concerne les patients de la communauté de communes, mais bien sûr ça peut aller plus loin au niveau de l'offre de soin.

Dr : Donc euh non pérenne c'est sûr qu'elle ne l'est pas est elle très très mauvaise, enfin mon ressenti est très très mauvais ça c'est sûr, parce que euh... parce que dans les 5 ans à venir il y a 50 % des confrères qui ne seront plus là, je pense, à peu près, euh... et que bah clairement je ne sais pas où... enfin si, je trouverais bien hein, je vais regarder sur le site d'Ameli et je trouverai bien un confrère, mais en pratique je ne sais pas si mon patient y ira, déjà, donc non, pérenne ça c'est sûr elle l'est pas, mon ressenti il est très mauvais. Ça c'est sûr que dans quelques années je pense que 50 % des confrères ne sont plus là. La... c'est pas le sujet de votre thèse mais il y a aussi le problème que... on nous interroge nous en tant que médecins généralistes le problème dans les 5 ans à venir c'est que la pérennité des spécialistes elle n'est pas là mais la pérennité des généralistes elle est pas là non plus, dans le sens où, c'est pareil hein, dans 5 ans je pense que si on fait une moyenne on va être 40 % de médecins généralistes en moins, au moins ! Donc ça rend les choses d'autant plus compliquées parce que la charge de travail elle va être double et qu'on aura encore moins le temps d'orienter correctement nos patients et de prendre le temps de les orienter et d'aller voir ailleurs et de prendre notre téléphone et... Donc ouais, si il n'y a aucune solution de trouvée, je plains nos patients dans quelques années, parce que c'est sûr que la prise en charge médicale et l'accès aux soins sera plus que compliqué, pour un généraliste, pour un spécialiste, pour un... voilà pour un soin tertiaire aussi hein parce que j'imagine qu'il y a de moins en moins de, voilà, nos délais de rendez-vous sont tellement longs que nos patients s'orientent aussi, ceux qui peuvent, sur les CHU etcetera et que leurs délais de rendez-vous augmentent forcément, donc euh... Je sais pas, s'il n'y a pas une révolution dans l'organisation du système de santé dans les années à venir, nous nos patients du Sud-Avesnois seront moins bien soignés, ça c'est évident, et les médecins aussi. (rire tendu) Donc euh ouais, mon ressenti il est (rire tendu) très

mauvais ! Mais je vais rester hein ! (rire tendu) Non ça c'est sûr je sais pas comment on va faire hein... Dr ... (ORL) qui part, Dr ... (cardiologue) qui va partir, les pneumo il y en a pas, les endocs, si il y a Dr ... mais il va partir aussi, les ophtalmos il n'y en a plus qu'un... dans 5 ans je sais pas comment on va faire hein, si il n'y a aucun spécialiste que ce soit en hospitalier ou en libéral, s'il n'y a aucun autre spécialiste qui vient s'installer je sais pas comment on va faire. Je sais pas comment on va faire, on les enverra tous à ... [à une heure de route] ou à ... [à une heure et demi de route], mais ceux qui peuvent y aller ! Et pareil avec des délais de rendez-vous qui... enfin qui seront peut-être similaires avec ceux qu'il y a maintenant hein, dermato on est déjà à un an donc euh... Ce sera pas forcément plus long mais... Ressenti très mauvais ! (rire tendu)

Moi : Est-ce qu'il y a quelque chose d'autre sur tout ce qu'on a abordé que tu voudrais rajouter ?

Dr : (Quelques secondes de réflexion) Que si j'avais su je serais pas venu. Non je déconne ! (rire) Non, que si franchement, si il y a 2 ans quand j'ai fait le choix de m'installer si je m'étais rendue compte que 6 ou 7 ans après la région elle serait comme ça euh... Je me serais peut-être abstenue, et j'aurais peut-être continué de remplacer un petit peu en voyant comment ça évolue. Je regrette pas hein ! J'ai pas de regret mais, c'est sûr que si on était 2 ans en arrière et qu'on était dans la situation actuelle avec les départs de spé et de généralistes que je connais, j'aurais peut-être freiné un petit peu. Mais bon... on est parti on continue hein ! (sourire) C'est dommage, d'en arriver là, face à ce constat-là. Mais c'est tout, on reste là pour nos patients, c'est eux qui priment. Donc non, sinon je vois rien... J'espère que votre étude elle mettra des résultats francs en exergue et que ça permettra de faire bouger un peu les choses, à la fac notamment mais pas que.

NB : Après la fin de l'entretien le Dr me demande de remettre en route l'enregistrement :

Dr : Je pense à un truc dans les solutions, on parlait des MSP il y a la maîtrise de stage aussi qui se fait en médecine générale. Moi je parle dans mon cas personnel, si la maîtrise de stage a permis l'installation dans une zone fragile, est-ce que ça ne pourrait pas s'organiser, je ne sais pas de quelle manière et je ne sais pas si c'est possible dans toutes les spécialités mais euh, des stages, alors pas forcément 6 mois de stages en ambulatoire pour un spécialiste mais... est-ce que ce ne serait pas une piste ? Que des médecins libéraux, dans les zones sous-dotées comme ça, puissent permettre d'accueillir pour des consultations ou même pour des interventions ou des gestes hein, est-ce que ce serait pas... Parce que... après tout je ne vois pas pourquoi il n'y aurait que les médecins généralistes qui pourraient travailler en ambulatoire ! Est-ce que ce ne serait pas une solution ? Pour faire connaître le territoire aux internes de spécialité, et leur faire connaître autre chose que le monde hospitalier aussi. Ça peut être une solution aussi.

Entretien 6 :

3.1 À l'heure actuelle, quelles sont les spécialités médicales hors médecine générale qui posent des difficultés d'accès à votre patientèle ?

Dr : Donc il peut y en avoir plusieurs ?

Moi : Oui.

Dr : Donc il faut que je les édicte. Donc rhumatologie, dermatologie, neurologie, pneumologie, ORL. Bon, pour moi c'est bon.

Moi : D'accord.

Dr : Donc en fait quand vous dites « posent problème » ça englobe les délais pour avoir un rendez-vous, ça englobe le trajet éventuel, les contraintes pour les patients, tout ça, ça englobe tout.

Moi : C'est ça. Alors, question suivante.

3.2 À l'heure actuelle, quelles sont les spécialités médicales hors médecine générale qui ne posent pas de difficulté d'accès à votre patientèle ?

Dr : Pour moi, l'oncologie, la gastro, endocrino-diabète, urologie, gériatrie, néphrologie, et pour moi la radiologie euh, TDM IRM pour moi ça me convient, enfin ça convient aux patients.

Moi : D'accord. Question suivante.

3.3 Selon vous quelles seront les spécialités médicales hors médecine générale qui poseront des difficultés d'accès dans 5 ans ?

Dr : *Alors il y en a que j'ai déjà énoncées, donc est-ce qu'il faut...*

Moi : *Qu'on peut remettre.*

Dr : *Qu'on peut remettre donc bah la pneumo, l'ORL, la neuro, la rhumato bon ça je l'ai déjà dit, et sans doute la radiologie, parce qu'on sent qu'il y a quand même un début d'allongement des délais pour avoir accès à la radiologie.*

Moi : *D'accord.*

Dr : *Donc dans 5 ans, je ne pense pas que ça ira mieux.*

Moi : *D'accord. Rien d'autre ?*

Dr : *Non.*

Moi : *D'accord, alors question suivante.*

3.4 Selon vous, quelles sont les causes des difficultés d'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours pour votre patientèle ?

Dr : *Difficulté de recrutement de médecins spécialistes dans le territoire, du coup délais trop longs pour avoir des rendez-vous et euh... allongement du temps de trajet pour accéder à ces spécialistes. Donc euh, départs en retraite des spécialistes qui ne sont pas remplacés, du coup il y a un manque de rendez-vous. Mais je ne pense pas que ce soit spécifique au territoire.*

Moi : *D'accord.*

Dr : *Alors après les difficultés parce que si on se met du côté patient, ici on a quand même une précarité sociale, donc les patients ne sont pas forcément véhiculés, donc ils ont du mal à aller hors de leur agglomération. Donc ça c'est un souci. Puisque bon, la prise en charge des transports elle se fait si hospitalisation, si c'est en ambulance, si les patients sont en ALD, et sinon ils n'ont pas le droit au transport. Ils n'ont pas les moyens de payer un taxi, et les transports, par route ou par voie ferroviaire, sont compliqués. Donc c'est un ensemble de choses qui provoquent ces soucis. Donc l'idéal c'est de faire venir des spécialistes, dans notre région, même en vacation, ce qui est le cas pour certains spécialistes. Donc c'est pour ça qu'il y a certaines spécialités où j'ai dit « il n'y a pas de soucis » dans le sens où on les fait venir, même à l'hôpital faire des vacations, ou même ici en MSP.*

Moi : *Ça, ça concerne quelles spécialités ?*

Dr : *Bah par exemple pneumologue. Pneumologue il y a quand même un pneumologue par exemple à l'hôpital qui vient faire des vacations, qui vient une fois par semaine, tous les jeudis par exemple, donc lui il vient de ... [ville à une heure de route], donc euh, l'hôpital ils ont les mêmes soucis que nous, de faire venir des spécialistes. Donc si ils viennent, ils viennent en plus de leur temps de travail ailleurs, donc si c'est une fois par semaine, vous voyez le délai des rendez-vous après ils s'allongent. Donc euh... il faut que notre territoire soit attractif, pour faire venir des spécialistes, même en vacation, parce que c'est toujours mieux, même s'il n'y a qu'une vacation, les patients ils vont y aller, puisque c'est tout près. Ils auront la capacité d'y aller.*

Moi : *Donc, vous disiez...*

Dr : *Donc par exemple je disais pneumologue, parce que il y a un pneumologue qui vient à l'hôpital de ... [hôpital de proximité], il fait une vacation par semaine. Mais par exemple dermatologue on n'en a pas euh... il y en a à ... [ville à 45 minutes de route], il y en a à ... [ville de l'Aisne à 30 minutes de route], mais le délai de rendez-vous est long, très long.*

Moi : *D'accord. Donc vous disiez « pas assez de recrutements de nouveaux médecins spécialistes », et donc quelles peuvent être les causes de cet absence de recrutement ?*

Dr : *Ah... Alors je pense que l'absence de recrutement il est général c'est-à-dire qu'on a un pool de spécialistes qui a diminué au fil du temps, donc on a un pool de spécialistes qui est trop bas. Et c'est pas forcément*

dans notre région, je pense que c'est national. Donc ça c'est les places offertes lors du concours d'internat qui fait que bah il y a un nombre de places, alors après, ceux qui viennent se former dans la région ne restent pas forcément dans la région non plus. Et inversement. Donc est-ce qu'il ne faudrait pas euh... je ne vais pas dire « obliger », mais revoir le nombre de postes offerts pour certaines spécialités et pousser ce nombre de postes dans certaines régions, vraiment revoir le nombre de postes dans certaines régions, parce que la euh... Il n'y avait pas ophtalmo par contre ?

[Je lui indique sur la liste des spécialités concernées que je fournis pour l'entretien la liste sur laquelle se trouve bien indiquée la spécialité « ophtalmologie »]

Dr : Ah si. Donc là j'ai oublié de dire ophtalmo, parce que ophtalmo c'est extrêmement compliqué.

Moi : D'accord. À l'heure actuelle ?

Dr : À l'heure actuelle oui, ophtalmo c'est extrêmement compliqué. Pédiatrie on arrive à... il y a 2 pédiatres qui viennent à l'hôpital de ... [hôpital de proximité], mais il y a un pédiatre qui ne fait que de l'échographie cardiaque, et il y a une autre pédiatre mais c'est pareil elle vient faire des vacances.

Moi : D'accord.

Dr : Et l'ophtalmo euh, l'ophtalmo les délais c'est hors norme, parce que là un an de délai... Après euh, c'est pareil, les autres ophtalmologistes ne peuvent pas parer non plus à ce pool de patients, donc ils refusent des patients, que ce soit à ... [ville à une heure de route], même à ... [ville de l'Aisne à 1h15 de route], à ... [ville à 40 minutes de route]. Et puis c'est pareil, les patients me disent, ils vont se faire opérer de la cataracte, donc il faut qu'ils y aillent une fois, la consultation pré-anesthésie, l'intervention, le retour, la consultation post-chirurgie, donc ça fait 3 trajets, s'ils n'ont personne pour les conduire, ça va être compliqué. Donc euh... Alors oui les solutions, où sont-elles ?

Moi : On y viendra. Question suivante ?

3.5 Selon vous quelles sont les conséquences des difficultés d'accès aux soins médicaux ambulatoires pour votre patientèle ?

Dr : Alors pour moi les conséquences, la première des conséquences, la plus dramatique, je dirai, c'est que le patient refuse les soins. Donc il ne peut pas y aller donc il n'y va pas. Donc euh, il n'y a pas de possibilité de prise en charge. Donc ça c'est la première, après euh... Ouais, donc impossibilité de prise en charge de leur santé. Dans certaines spécialités. Ouais ça va jusque-là. Parce qu'après quand les patients sont véhiculés ils sont capables d'aller plus loin, donc de sortir de notre territoire, ils sont capables d'aller plus loin. Et puis bon ça dépend des patients aussi, il y en a ils sont volontaires, ils se débrouillent, ils arrivent à trouver des solutions par eux-mêmes. Voilà donc le risque c'est ça c'est que le patient ne puisse pas se prendre en charge, prendre en charge sa santé.

Moi : D'accord. Très bien. Autre chose ? Ou question suivante ?

Dr : Question suivante.

3.6 Selon vous, quels sont les points forts de la communauté de commune du Sud-Avesnois concernant l'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours pour votre patientèle ?

Dr : Les points forts c'est qu'on a quand même un hôpital de proximité, qui essaie, comme nous de recruter des spécialistes, et de permettre donc à des spécialistes de faire des vacances. L'autre point fort c'est d'avoir créé des maisons de santé. Pourquoi, parce que les maisons de santé peuvent aussi attirer des médecins vacataires, peuvent attirer des médecins généralistes également, donc ça c'est un plus, dans notre région c'est un plus.

Moi : D'accord.

Dr : Et puis donc ce qu'il faudrait ce serait une volonté politique aussi au niveau routier, puisqu'on est enclavé au niveau routier. Et au niveau ferroviaire aussi, si on était à une demi-heure de Lille en train ça changerait tout. Donc il y a un besoin de mettre les choses en place de manière politique. Parce que ça fait des années que l'on parle de la RN2, la RN2 elle est toujours la RN2. Il n'y a pas de deux fois deux voies qui a été créée, alors qu'on en parle depuis longtemps. Donc ça désenclaverait aussi notre région. Et puis bon... le taux de

chômage aussi. C'est-à-dire que... un médecin qui veut venir s'installer ici, si le conjoint n'a pas de travail euh... ça joue aussi. Donc ça c'est politique également, d'essayer de faire sortir notre territoire de ce taux de chômage euh... Voilà.

Moi : Très bien. Donc question suivante.

3.7 Selon vous, quelles solutions seraient envisageables pour améliorer l'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours pour votre patientèle ?

Dr : *Oui donc euh, bah j'avais évoqué le... l'augmentation du nombre de vacations par les spécialistes, les possibilités de prise en charge des trajets.*

Moi : *Est-ce que vous pouvez développer justement sur « prise en charge des trajets ? »*

Dr : *Donc là il faudrait qu'il y ait une prise en charge, alors par quel organisme, ça c'est à définir, puisque la caisse de sécurité sociale veut réduire le nombre de transports pris en charge, donc ça ne nous aide pas. Bah oui ça ne nous aide pas. Donc après bon il peut y avoir aussi des associations qui peuvent prendre en charge les trajets euh, évoquer comme ça des solutions. Ça ce serait une idée. Des navettes, euh... Il y a des choses qu'on pourrait mettre en place, pour aider les gens qui sont non-véhiculés. Donc là ce serait dans le sens « aider les patients à aller vers le spécialiste », et il faut le faire dans l'autre sens, il faut aider les spécialistes à venir sur notre territoire.*

Moi : *Et les solutions pour faire venir les spécialistes dans le territoire ?*

Dr : *Je pense qu'il faut continuer à privilégier le réseau relationnel, parce que quand on se connaît, on est plus apte à dire « bin viens ! », on prend notre téléphone on dit « bin tiens euh... » il y a des fois ça se fait comme ça ! Je pense au rhumatologue Dr ..., qui est de la région, là le kiné, qui le connaît bien, il va le contacter pour savoir si ce serait pas possible qu'il vienne faire une vacation ! Dr ... l'urologue, il fait des vacations à la maison de santé de ... [village de l'Aisne à 15 minutes de route] parce que il connaît d'autres professionnels qui l'ont sollicité. Donc je pense qu'il faut ouvrir notre réseau relationnel, il faut communiquer entre nous.*

Moi : Très bien. Question suivante ?

3.8 De façon globale, quel est votre ressenti concernant la pérennité de l'offre de soins dans la CCSA ?

Dr : *Alors j'ai peur des années à venir où il y a beaucoup de spécialistes qui prennent leur retraite et qui ne sont pas remplacés, donc euh... ça, ça me fait peur. Mais on peut tous travailler ensemble pour prendre des solutions. On peut se dire qu'il y a toujours des solutions. Garder l'espoir ! Parce que quand même on a un beau territoire, on a une belle patientèle, on a un beau cadre de vie, on a une qualité de vie. J'veux dire on n'est pas dans les bouchons le matin ! Ah oui franchement euh... Et puis on a des gens qui ont du cœur donc euh, on arrive bien à travailler. Oui franchement euh... Moi je suis contente de venir travailler tous les jours. Ça fait 17 ans que je suis installée ! Donc euh bon on peut euh, parler aussi positivement de notre région. Parce que bon il y a aussi des écoles il y a au niveau scolaire, au niveau sportif, au niveau culturel, il y a quand même des choses, sur notre territoire.*

Moi : *Est-ce qu'il y a autre chose que vous voudriez rajouter, de façon globale, sur tout ce qu'on a évoqué ?*

Dr : *Euh, je suis contente de travailler en maison de santé également parce que euh... on peut mettre en place des projets de santé. Des projets de santé qui peuvent aller loin parce que maintenant on parle de CPTS donc de création de communauté professionnelle de territoire de santé, donc qui peuvent regrouper plusieurs MSP, qui peuvent regrouper des professionnels. Le but c'est de travailler en groupe. Donc c'est ça qui nous aidera, c'est de travailler en groupe.*

Entretien 7 :

3.1 À l'heure actuelle, quelles sont les spécialités médicales hors médecine générale qui posent des difficultés d'accès à votre patientèle ?

Dr : *Ophtho. Dermato. C'est tout. C'est tout !*

Moi : *D'accord.*

Dr : *Le reste j'ai pas à me plaindre, que ce soit aussi bien endocrino... Si on prend le temps de téléphoner on arrive à avoir des rendez-vous assez rapidement dans tous les domaines aussi bien en cardiologie on peut quand même trouver... Je dis pas que tout est parfait parce que... il y a des critiques à faire aussi envers certains qui sont quelques fois plus disponibles et on met deux mois pour récupérer le courrier bon... Dr ... (cardio) c'est un petit peu plus long mais au moins on a le courrier presque aussi tôt. Il fait ce qu'il peut aussi, le malheureux, hein. (rire) Mais non l n'y a vraiment que l'ophtalmo, et puis le CHR euh... mais là on ne parle plus du CHR ?*

Moi : *Alors...*

Dr : *Le CHR c'est une horreur, de toute façon ... [hôpital à 70 minutes de route] c'est pas mieux, quand j'essaie d'avoir un spécialiste, comme là je dois avoir un gastro-entérologue à ... parce que j'ai un patient qui est nourri par nutrition entérale, qui a déjà perdu trente kilos, je voulais accélérer l'examen dont il doit bénéficier, c'est seulement prévu fin janvier, y a pas moyen. Je viens de déposer chez lui un courrier en disant « j'abandonne », c'est... on n'a plus les bons rapports qu'on avait il y a trente ans avec les confrères hospitaliers du CHR, on est un numéro, comme un patient comme les autres, il y a vraiment eu une dégradation très importante du relationnel entre les médecins du CHR, les patrons qui se prennent vraiment pour euh... pour ce qu'ils ne sont pas toujours, des gens bien. Et puis il y en a certainement encore qui peuvent être remerciés, mais c'est dégradant, même pour des cas personnels, on ne me répond pas, j'envoie des fax, je téléphone « oui, oui, j'ai remis la lettre sur le bureau... », on ne me répond pas, ou alors on reconvoque le patient un mois plus tard avec un interne, alors qu'on a demandé un rendez-vous avec un patron, etcetera donc euh, le CHR c'est devenu, de ... [ville à une heure et demi de route], en tout cas, c'est devenu une calamité, une calamité. Et dans pas mal de disciplines hein, je ne dis pas toutes les disciplines mais, beaucoup de disciplines. Mais dans la région à part les ophtalmos, Dr ... (ophtalmo) fait ce qu'elle peut, la malheureuse (rire tendu) et puis Dr ... qui vient de prendre sa retraite, mais sinon, puis les dermatos, les dermatos bah c'est pareil euh, il y a minimum deux, trois mois de délai et puis ... [CH à 40 minutes de route] c'est même pas la peine, même en téléphonant, il faut envoyer un courrier, j'envoie le courrier, quelques fois on ne me répond même pas, donc euh... Dermato et ophtalmo pour l'instant c'est...*

Moi : *Donc je reprécise, comme c'était décrit, c'est bien « le rendez-vous qui est pris par le patient lui-même », donc en gros on ne parle pas des situations d'urgence.*

Dr : *C'est déjà terrible pour moi, c'est pire pour lui. Pour moi ça va faire deux mois et demi, trois mois, parce que je peux pas avant, et pour lui... Quand j'arrive à avoir quelqu'un... Récemment j'ai pris un rendez-vous dans une de ces deux disciplines, on m'a répondu « attendez je vais en parler au médecin je vous rappellerai », on ne m'a jamais rappelé, donc le patient on lui dit « rappelez dans six mois, je verrai si je peux vous donner un rendez-vous en 2019 » donc c'est tout, on en est là aujourd'hui.*

Moi : *D'accord.*

Dr : *Voilà, c'est pas très gai... (rire)*

Moi : *Question suivante.*

3.2 *À l'heure actuelle, quelles sont les spécialités médicales hors médecine générale qui ne posent pas de difficulté d'accès à votre patientèle ?*

Dr : *Je dirai toutes les autres. Quand je lis la liste là, la psychiatrie quand c'est vraiment urgent, bon, mais c'est toujours quand eux téléphonent ? On pourrait dire la psy à ce moment-là, si c'est eux qui téléphonent de toute façon moi je téléphone presque systématiquement quand c'est urgent. Quand ça me paraît urgent, quand il faut ne pas trop attendre, c'est systématique je prends le temps d'appeler. Mais sinon, la psy c'est un peu long quand c'est eux qui téléphonent. L'oncologie ils ne téléphonent jamais eux-mêmes j'espère que mes confrères téléphonent eux aussi quand c'est un problème d'oncologie pour une nouvelle pathologie, si on laisse le patient téléphoner... c'est pas sympa je trouve. Gastro-entéro pas de soucis, bon... parce que bin, c'est, maintenant ça a changé, avec tout ce qui s'est passé ces derniers temps c'est beaucoup sur ... [CH à 40 minutes de route] et aussi l'hôpital de ... [hôpital de proximité] mais on arrive à avoir des rendez-vous à peu près dans les temps, des délais raisonnables. Endocrino-diabète pareil, pneumo aussi, neuro... Neurologie oui c'est un peu long pour certains examens comme un EEG ou un EMG où une consultation en privé ça marche un peu mieux, on insiste un peu pour que... en privé ce sera deux mois, si ce n'est pas en privé ça sera six mois, ou quatre mois. Donc ça peut encore aller. Urologie pas de problème, on a des urologues qui sont très courageux (rire tendu), qui travaillent beaucoup. ORL, bin... pauvre Dr ... aussi, ça a été plus difficile aussi depuis un certain temps mais, jusque maintenant les ORL de [CH à 40 minutes de route] répondaient à mes appels... pour le patient l'ORL ça peut poser des problèmes*

aussi, s'ils téléphonent eux-mêmes. Rhumato non, Dr ... oui, un peu plus long, Dr ... on a des rendez-vous dans des délais raisonnables aussi, gériatrie ça va aller aussi, dermato on l'a dit c'est pas le cas, néphro en privé ça marche bien, on a des rendez-vous quand même assez vite, et IRM TDM aussi hein, le scanner, IRM, c'est deux à trois semaines d'attente et si c'est moi qui téléphone c'est une à deux. On n'a pas à se plaindre !

Moi : D'accord.

Dr : C'est pire à ... [ville à une heure et demi de route] ! Non mais, dans certains quartiers en tout cas.

Moi : Est-ce que vous pourriez préciser, vous me disiez, en gastro-entérologie, « avec tout ce qui s'est passé récemment », est-ce que vous pourriez un petit peu développer ?

Dr : Disons que si j'ai besoin d'une consultation à l'hôpital de ... [hôpital de proximité], ça a été possible assez rapidement, et puis à la Clinique de ... [ville à 40 minutes de route] aussi où il y a trois gastro, j'ai pas à me plaindre, pour des examens, je parle pas de l'urgence, où on va adresser à l'hôpital ou ailleurs hein, mais... non, non non je n'ai pas à me plaindre du tout. Il y a quand même trois gastro qui sont venus, il y a eu un moment de délai, il y a eu un flottement, mais il y a quand même trois gastro qui viennent travailler à l'hôpital de ... [hôpital de proximité], certains qui ne consultent pas, mais qui font les examens, les colos, les fibros, à la clinique [clinique présente dans la CCSA] il y a toujours le Dr ... [chirurgien général] qui fait les colos aussi, bon, il n'y a pas de soucis de ce côté-là, il continue à faire ses surveillances, programmées, et en cas de nouvel examen, pas de soucis non plus, dans des délais raisonnables. Et puis disons que j'envoie un peu plus de ce fait à la clinique de ... [ville à 40 minutes de route] puisqu'il n'y a quand même plus le Dr ... (gastro-entérologue) et il y avait une dame aussi autrefois qui était un peu plu présente quoi. Donc ... [ville à 40 minutes de route] gomme un petit peu... un petit peu, parce que dans l'ensemble ça reste raisonnable.

Moi : D'accord.

Dr : Voilà.

Moi : Alors, question suivante.

3.3 Selon vous quelles seront les spécialités médicales hors médecine générale qui poseront des difficultés d'accès dans 5 ans ?

Dr : Je peux pas vraiment répondre euh... Avec précision je peux pas ! Je peux pas, j'ai peur que dans cinq ans il n'y ait plus grand-chose. Quand je vois ce que ça va donner la médecine générale dans cinq ans ici euh, si ça continue à s'installer comme on s'installe dans la région depuis 10 ou même 15 ans, j'me dis que dans 10 ans il n'y aura plus de médecine générale du tout ! S'il n'y a plus de médecine générale, il n'y aura plus de spécialiste non plus ! Et probablement euh... Moi c'est d'ailleurs pour ça que je vais fuir ! Je vais quitter la région aussi, aussi pour ça ! Parce que déjà bon, j'avais toujours eu l'intention de me rapprocher de la région lilloise où est ma famille, où j'ai d'autres amis aussi, qui ont rejoint cette région, mais je pense que ça va vraiment poser d'énormes problèmes sur le plan médical, démographie médicale et spécialités médicales aussi. J'ai même peur que, j'espère me tromper, que l'hôpital de ... [hôpital de proximité] et peut-être même la clinique pourraient ne plus exister dans 10 ou 15 ans. Espérons que non, bien entendu, dans l'intérêt de tous enfin de toute la population. Pourquoi ? Parce que c'est dramatique je vois bien l'évolution depuis ces dernières années quoi. Là je me dis dans 5 ans euh, il y a au moins quatre ou cinq de mes confrères qui ne seront plus là, moi dans deux ans probablement je n'y serai plus, trois avec un peu de chance pour les patients, mais ça c'est sûr que j'envisage au max deux à trois ans, pas de rallonge, ça c'est clair, j'ai envie de profiter un peu de la vie, il n'y a pas que le boulot, au contraire ça nous prive de trop de libertés de trop de choses que, dont on s'est privé toute une vie professionnelle. S'il y en a d'autres qui pensent différemment bin tant mieux pour eux, tant mieux pour les gens qui, qui sont soignés. Donc euh je vois bien l'âge de mes confrères, de mes aînés, je vois bien qu'il n'y a personne qui s'installe, ou quasi-personne il y a eu deux jeunes mais... mais j'espère aussi me tromper ! Mais... Ça me fait vraiment peur. Ça me fait vraiment peur... Dans cinq ans déjà ça va poser des problèmes. Dix ans s'il n'y a pas d'installation, comment vont faire mes confrères ? S'il en reste trois à Fourmies et un médecin ou deux à Wignehies, je pense qu'il y a longtemps longtemps longtemps que l'hôpital aurait dû, enfin les gouvernements successifs, enfin bon là on rentre en politique là c'est autre chose, mais envisager déjà des consultations, c'est peut-être pas l'avis de tous mes confrères qui ont besoin aussi peut-être de toujours travailler et travailler beaucoup, certains, mais je pense qu'il y a longtemps qu'on aurait dû ouvrir une consultation libre, ouverte donc à tous et à toutes à l'hôpital pour pouvoir soulager les médecins libéraux qui ne sont plus assez nombreux et pouvoir continuer à faire une médecine de qualité, parce que moi j'estime ne plus faire une médecine de bonne qualité comme je la faisais autrefois c'est-à-dire que les renouvellements à trois mois, quatre mois voire six mois, c'est... on laisse passer des choses. Il y a de la négligence. On laisse passer des choses. Et... donc euh... on serait

soulagés on aurait moins de patients, on a trop de patients différents maintenant à soigner, trop de courriers, on travaillait avec 1500 personnes auparavant maintenant on a une clientèle de 3000, si on compte les enfants et tout ça donc c'est... Un énorme courrier à lire, trop de choses à gérer, c'était beaucoup plus facile, alors je ne dis pas que tous les patients doivent être vus une fois par mois, bien sûr que non, mais... parce que c'était le cas autrefois c'est comme ça que ça se passait, mais euh, il y a des patients qui devraient quand même être vus au moins une fois par mois, une fois tous les deux mois, et moi je suis désolé je peux pas tenir, je peux pas tenir la cadence, il faut que je fasse des renouvellements, donc des gens qui ont des grosses pathologies, des gens très âgés que je vois tous les trois mois... Ils ont compris, ils ont compris le message hein euh, ils ne vont pas appeler pour rien, mais... Il y a de la négligence, je suis désolé. Et puis euh, voilà. Donc une grande grande inquiétude dans la région, ça c'est sûr. Mais... j'ai lu un article hier qu'on va peut-être (rire) créer 1700 emplois dans des... Tu es au courant non ?

Moi : Ça ne me dis rien.

Dr : J'ai vu ça à six heures du mat' là sur les news, maraicher des trucs comme ça, ils créeraient des emplois sur des... qui ne viendraient pas en concurrence avec des petites PME locales et tout ça, et que Fourmies serait une région des Hauts-de-France qui serait pilote.

Moi : D'accord !

Dr : Et qui pourrait aller jusqu'à la création de 1700 emplois, qui seraient payés au SMIC et... je voudrais bien qu'un projet comme ça puisse aboutir, redynamiser la région, parce que c'est pas en laissant cette région s'appauvrir comme on l'a fait depuis tant d'année qu'on va attirer du monde hein !

Moi : Bon, on y arrive justement ! Question suivante.

3.4 Selon vous, quelles sont les causes des difficultés d'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours pour votre patientèle ?

Dr : Les causes des difficultés d'accès, bah il y a quand même un manque de médecins, donc euh... Et puis... à partir du moment où il y a plus de spécialistes c'est plus facile d'obtenir un rendez-vous ! Je pense que... les spécialistes c'est un peu comme les généralistes ils bossent moins aussi, je pense qu'ils ont décidés librement de ne plus travailler 80, 90 heures par semaine comme on le faisait autrefois. En tout cas pour les généralistes. Moi je serais incapable psychologiquement aujourd'hui de refaire ce que j'ai fait, et encore je suis loin d'être parmi les records, loin de là, j'en suis sûr, (rire) de faire autant d'actes que j'ai pu en faire dans les années 80 ! Parce que... bah déjà j'ai 64 ans, j'ai plus envie, j'ai envie de plein d'autres choses, que de ne faire que travailler, et puis j'ai plus physiquement la... non, mentalement non plus, non, ça me paraît beaucoup trop lourd. De toute façon je suis arrivé à un stade personnellement, tant mieux si j'ai des confrères qui vont encore bosser avec le sourire aux lèvres, moi personnellement je viens bosser un peu avec la nausée au ventre. Je termine péniblement les deux ans, trois ans qui me restent maxi, parce qu'il y a déjà un petit moment que je n'ai plus envie de faire ce boulot, j'ai donné, j'ai aimé mon métier mais... Alors si c'est pareil pour d'autres confrères bin je comprends que... On ne sait pas hein, combien de rendez-vous ils donnent par semaine, on ne sait pas combien ils en donnaient il y a 30 ans, 40 ans, j'en sais rien... mais je pense que les spécialistes travaillent moins aujourd'hui, comme les généralistes, les jeunes généralistes ne cherchent plus à faire autant d'actes que les anciens. J'en suis persuadé. Ils essaient d'avoir un minimum de bien-être, de vie privée, à penser à faire du sport, alors qu'autrefois ils n'en faisaient pratiquement pas, c'était bosser, jour et nuit, pfff. Moins de médecins, médecins qui travaillent un peu moins, on le voit bien pour les gardes, pendant des années on bossait toute la journée, on se couchait à une heure du matin, à 10h30 j'allais faire 7, 8 visites à domicile, me coucher à une heure, une heure et demi après on nous appelait pour des conneries bien souvent, des visites injustifiées, bien souvent, quand c'était pas les flics qui nous appelaient pour des rixes ou je ne sais quoi, il fallait y aller tout de suite. Aujourd'hui je dirais « non, allez vous faire voir ! » non, j'irais pas. Il y a eu un système de gardes qui a été mis en place, mais quand je pense qu'on a supporté ça pendant je sais pas combien d'années, et avant ils le faisaient ils allaient même faire des accouchements les gens. Il n'y avait pas de médecin de garde toute la semaine, il y en avait que le weekend, et encore, quand on ne venait pas frapper à la porte pour venir vous chercher pour aller faire des visites ! Quand on y pense moi ça me... je saurais tout ça aujourd'hui, je ne ferais plus médecine générale ! Ça me paraîtrait au-dessus de mes forces, ça c'est sûr. Mais bon, quand j'avais 28 ans j'étais plein de courage, plein d'ambitions, je me sentais bien, je sortais le matin, même s'il faisait -3, j'y pensais ce matin, il y avait un peu de soleil, de temps en temps je partais faire ma journée. Aujourd'hui, j'ai attendu une demi-heure avant de sortir, ça devient difficile, c'est tout, je suis cuit ! Je suis au bout du rouleau là, j'ai plus envie j'attends que ça se termine, j'ai le droit d'arrêter aujourd'hui si je veux, j'ai plus de 62 ans, je pense que je suis en train de mettre en place ma retraite, mais j'ai mal au cœur pour tous ces gens qui vont rester sans médecin. Mais je ne vais pas me sacrifier pour autant

jusqu'à 70, 75 ans ! Parce que dans la vie j'aime aussi plein de choses. J'ai des confrères qui n'aiment rien d'autre, ils me l'ont dit eux-mêmes, certains, pas forcément des confrères de la région, des gens qui n'ont jamais rien fait d'autre que de la médecine. Moi je sais que j'aimerais peindre, j'aimerais refaire de la musique, j'ai fait le conservatoire, j'ai failli faire plutôt de la musique, être musicien que médecin, donc ça me manque tout ça. J'ai envie de m'occuper aussi de, d'être un peu plus présent, d'être présent, auprès de mes petits-enfants. Ils sont encore tout petits, j'ai envie de les voir grandir un peu, pas attendre, comme avec les enfants, de... aujourd'hui j'ai pas l'impression de les avoir vu grandir mes enfants. Voilà pourquoi. On n'est pas prof hein, (rire) on n'est pas là six mois de l'année, et faire cinq heures par jour hein, trois jours par semaine. Voilà, tant pis pour les profs (rire).

Moi : Alors, par rapport au fait qu'il y ait moins de médecins spécialistes, justement quelle peut être la cause de ce manque au niveau du nombre ?

Dr : Bah je crois que les médecins ont compris euh... Bah la cause, la cause elle est avant tout euh... Bah, déjà, on a un métier difficile, les jeunes s'en rendent compte déjà mon fils disait « jamais je ferais médecine », mon deuxième aussi « jamais je ferais médecine, en tout cas je ne ferais jamais médecine générale papa, t'es jamais là », combien de fois je l'a entendu. Alors, j'a peut-être pas eu la force suffisante, j'aurais peut-être dû insister en disant « tu feras médecine, tu feras ceci, tu feras cela », j'ai fait une énorme erreur peut-être en disant « choisis ta voie, etcetera » et ça n'a à mon avis pas été pour autant une réussite mais... qu'est-ce que c'est une réussite ? C'est de se sacrifier ? Combien de fois mes parents ont une des larmes parce qu'ils me disaient « mais tu vis pas Jean-Luc ». Le fric. On a une profession où on gagne bien sa vie, d'accord, mais est-ce qu'on est heureux parce qu'on a amassé de l'argent ? Est-ce qu'on en a réellement profité ? Les voyages, très coûteux très lointains ça ne me tente pas, on va pas philosopher on pourrait philosopher pendant des heures, c'est quoi le bonheur ? C'est de travailler de sept heures du matin au... À sept heures, quand j'étais jeune je partais, hein ou de huit heures, jusqu'à... quand on a fini ses papiers, les dossiers MDPH, tous ces papiers de merde là qu'il faut remplir tous les jours, de plus en plus de paperasse, des télétransmissions, tout ce qu'on avait pas avant, jusqu'à des onze heures du soir ou alors il faut déléguer à qui, on peut pas ! On peut pas demander à une secrétaire de remplir un dossier MDPH, y a que moi qui sait ce que le patient a, hein, il y a plein de chose que l'on ne peut pas déléguer. C'est ça le bonheur ? De dire « ouais, j'ai gagné autant aujourd'hui » ? « J'ai bossé quatorze heures » ? Hein, et puis je vais pouvoir m'offrir quoi ? C'est la bagnole qui va me donner du bonheur ? C'est parce que je pourrais peut-être me payer un voyage ou d'autres, hein, ou ceci ou cela, du secondaire, je serais heureux quoi, quatre ou cinq jours par an ? Le bonheur c'est tous les jours qu'il faut le saisir. C'est d'être avec ses proches, être avec ses enfants, être avec son épouse. C'est d'être libre, d'être disponible, de pouvoir faire autre chose. C'est tout ! Moi je pense que les jeunes ont compris qu'on était trop esclave de cette médecine générale, alors travailler, si demain il fallait recommencer une vie de généraliste, je le ferais peut-être, mais dans un groupe, un cabinet de groupe, en disant « je bosse le lundi, je bosse le mardi matin, pas le mardi après-midi, je bosse le mercredi, pas le jeudi après-midi, etcetera, faire un choix, on travaillera moins, on vivra très bien ! Et puis j'ai quand même des moments de liberté pour faire autre chose. Mais refaire ce que j'ai fait, seul, à deux, on ne peut pas faire beaucoup mieux de toute façon, une journée sans travailler, si on n'est que deux, c'est trois jours d'enfer derrière, ça l'expérience me le montre hein, j'ai été sans remplaçant pendant quelques années, c'est une horreur quoi, je suis obligé de mettre zéro rendez-vous pendant trois quatre jours, sinon on s'en sort pas, quand on revient. Donc ces jeunes ont compris, ils n'ont plus envie, puis deuxièmement je pense que je ne me trompe pas en disant que le gouvernement, les uns après les autres, ont tout fait pour qu'il n'y ait pas beaucoup de médecins en deuxième année ! J'suis désolé, j'ai eu ma première en juin 73, on était 495 reçus avec quelques chir dent, et on était 1100 élèves. Bon, je l'ai eu du premier coup, j'ai bien bossé, ça s'est bien passé. Aujourd'hui je crois qu'ils sont plus de trois fois ça, et on en prend un peu moins, qu'il y a, combien d'années donc quarante-cinq ans ! Bon, bah c'est tout, on a tout compris ! Pourquoi ? Les études ça coûte cher, il faut former les étudiants, il faudrait trois facs au lieu d'une, il faudrait trois fois plus de profs, ça coûte cher à payer un prof ! Y a pas de sous... C'est tout ! Y a pas d'argent, on va laisser venir les étrangers ! Les étrangers ils viennent ils restent pas. Les étrangers aujourd'hui ils viennent ils n'ont pas toujours la qualification qu'il faut, on commence à revoir le problème avec les Roumains, j'ai encore lu un article y a pas longtemps, ils vont tous passer bientôt des épreuves quand ils vont arriver en France. Ils sont peut-être doués certains, d'autres moins j'en sais rien, je ne vais pas faire la critique de tout ça. Donc ça, l'envie de travailler moins, de ne plus faire des heures et des heures, ça n'intéresse plus grand monde la médecine générale, bah moi je dis « s'il faut étatiser la médecine générale qu'on l'étatise mais qu'on nous foute la paix et surtout qu'il y ait de quoi soigner les gens ! » Maintenant, j'ai des réserves, j'émets des réserves. J'ai connu la médecine des mines, pour habiter près du Pas-de-Calais. Je sais ce que c'est que d'être obligé d'aller consulter un médecin qui n'en a rien à cirer, qui ne pense qu'à regarder sa montre, parce que « y a encore du monde dans la salle d'attente, j'aimerais bien être tranquille à six heures ! », qui ne se lève pas de son fauteuil pour remplir des cartons, hein, ça c'est la médecine des Houillères, bon, qui n'existe plus aujourd'hui mais je l'ai connu pendant longtemps je faisais même des remplacements. Et bien... je plains quand même les gens, quand il n'y aura qu'une médecine « d'état ».

Moi : *Donc du salariat.*

Dr : *Du salariat ! Parce que on dira « écoute t'es pas content, bah, de toute façon t'as pas le choix tu seras obligé de revenir ici hein ». C'est vrai ! Là, on est quand même obligé de satisfaire une clientèle pour la conserver et puis, bah ne serait-ce que, c'est la moindre des choses que d'essayer de faire son boulot comme il faut. Mais quand on sait que ça tombe tous les mois, et puis que de toute façon on n'a pas trop le choix, qu'il n'y aura pas de critique parce ce que moins on en donne et mieux on est noté, et on est dans les quartiers les plus, les moins disons... détestables, hein, certains quartiers moi je sais comment ça allait hein il fallait donner des 20 grammes de coton, 50 centilitres d'alcool, et non pas 100 millilitres ça coûtait trop cher, etcetera, on en donnait un minimum et les examens un diabétique il pouvait rester deux ans sans faire la moindre glycémie ! À l'époque il n'y avait pas l'HbA1c. Mais euh... Non non, ah non non tu comprends euh, j'ai pas envie de me retrouver dans les mauvais quartiers de Lens hein. Donc euh, t'en donnes le moins possible, bon. C'est ça, demain c'est ce qui risque d'arriver aussi ! Donc c'est bien d'avoir une médecine « libérale », quelque part. Hein mais... on fait tout pour qu'elle meurt cette médecine libérale ! En tout cas on n'a pas fait grand-chose pour la sauvegarder, je pense. Ça n'attire pas, alors peut-être qu'il y a des gens qui essaient de se bouger, qui essaient de trouver des solutions, ces cabinets médicaux, ces maisons de santé je veux dire, travailler en groupe. Bon, travailler en groupe, avec l'orthophoniste, etcetera pour moi c'est du bidon, ça. Hein, je vais pas passer ma journée à aller voir l'orthophoniste, si monsieur untel commence à mieux parler suite à son AVC etcetera non ! Non. Attirer des médecins, pouvoir faire quelque chose, pouvoir être plus nombreux, déjà, beaucoup plus nombreux, et pouvoir s'attribuer deux, trois demi-journées par semaine etcetera, là je pense, et une secrétaire commune, qui pourrait... hein, c'est vrai, ranger le courrier, etcetera, voilà ! Des choses concrètes. Tout le reste c'est du blabla... Communiquer... bon si, la télé-médecine, l'ordinateur, envoyer une photo à une dermato pour pas attendre deux mois pour un rendez-vous, ça j'aimerais bien, mais c'est en train de se mettre en place. Et ça ce serait bien, qu'on puisse envoyer, avec les portables maintenant on peut faire des choses intéressantes.*

Moi : *On y viendra dans une question après justement. Alors question suivante.*

3.5 Selon vous quelles sont les conséquences des difficultés d'accès aux soins médicaux ambulatoires pour votre patientèle ?

Dr : *Bah les conséquences euh, c'est qu'il faut faire avec et que si le malade que j'envoie voir un ophtalmo et qu'il a pas de rendez-vous alors qu'il a des antécédents rétinien, il est diabétique hypertendu, moi je ne vais certainement pas commencer une formation pour aller regarder une... je pourrais ! Hein, parce que je ne suis pas... suffisamment passionné, et je le regrette, mais... pour apprendre à bien regarder un fond d'œil, à faire un bon fond d'œil, mais... et bin c'est tout on prend des risques ! On prend des risques ! Je pense que de toute façon, si le patient venait demain un diabétique hypertendu mal équilibré admettons, vient me consulter avec un trouble visuel d'installation brutale et majeure, je l'envoie aux urgences. Je l'enverrais à ... [hôpital à une heure de route], je l'enverrais à ... [hôpital à une heure et demi de route], tant pis même n'importe où mais je lui dirais « écoute il faut absolument que tu voies en urgence un ophtalmo ». Et là on va te prendre en urgence. On va te faire un fond d'œil. Il l'aura son fond d'œil. Mais c'est pour la surveillance traditionnelle, la classique, que là ça... bah les gens maintenant au lieu de voir l'ophtalmo une fois par an quand ils sont diabétiques ils le verront peut-être que tous les deux ans. Et puis si Dr ... [ophtalmo dans la clinique de proximité] demain n'était plus là euh, il faudra qu'ils courent à ... [ville à 40 minutes de route] et il y en aura qui n'iront plus ! Parce qu'à ... c'est pareil hein ils commencent à être débordés aussi hein ! Il y a bien Dr ... (ophtalmo) qui a pris quelques patients pour faire plaisir à ceux qui n'avaient plus d'ophtalmo, même ceux qui allaient chez Dr ..., quelques-uns sont allés le voir, mais ça va vite se terminer aussi quoi il doit être complètement saturé hein le malheureux ! Donc la conséquence bah, une moindre surveillance, moins bonne surveillance des pathologies connues, des pathologies à risque, et puis... le cardiologue ça va être pareil, si demain il n'y a plus de cardio, bon euh... bon là on a une cardio à ... [hôpital de proximité], et un cardio à la clinique [clinique de proximité] mais, je sais bien qu'il a... (rire) s'il a pas soixante ans il est pas loin de les avoir hein ! Aussi hein. Donc est-ce qu'ils vont pouvoir recruter un autre cardio après à l'hôpital, je l'espère ! Parce que si Dr ... n'a pas de successeur euh... ça va poser un sacré problème aussi ! Pareil il y aura toujours les urgences, pour les urgences ! Mais... ça bon, l'électro à la limite... je veux pas m'amuser à jouer au cardiologue, parce que je peux faire un électro, mais... si je tombe sur un électro un peu compliqué je vais pas prendre de risque quoi, c'est tout. C'est bien pour vérifier que l'électro reste normal et, et puis bon, les cardio c'est bien, ils regardent les artères, ils regardent tout, ce que j'ai envie de faire parfois et quelque fois j'ai pas le temps, j'ai pas le temps... Je mettrais bien les mains sur les pouls partout, je le fais de temps en temps quand le patient se plaint d'une douleur dans les jambes, des choses comme ça, mais on ne le fait pas autant que l'on souhaiterait le faire de façon systématique. Et ça c'est justement parce qu'on a... on a des consultations souvent bien trop chargées. Ou alors il faudrait dire « bah tant pis on prend le temps qu'il faut et puis on rentre tous les jours à onze heures et demi, à minuit, et après bin, on lit son courrier on va se coucher à une heure, on dort quatre heures et puis, et puis j'irai mettre un stent dans quelques semaines ou dans quelques mois... parce que voilà... »,*

non ! Non. Je peux plus. Voilà voilà donc les conséquences, bah une moins bonne médecine, une médecine qui va se dégrader, qui va se... disons euh, ouais, pas une médecine mais, une moindre surveillance, une médecine préventive qui sera de moins bonne qualité, puisqu'elle va... elle ne pourra plus être faite dans des délais raisonnables.

Moi : D'accord.

Dr : Moi je prends mon mercredi après-midi c'est-à-dire que je ne réponds pas le mercredi après-midi. Je sais que ce n'est pas légal. Je dois, le répondeur doit dire « en cas d'urgence, vous pouvez consulter Dr Tartempion. » Certains le font, ça ne sert strictement à rien, le Dr Tartempion soit ne répond pas, ou dit « j'ai pas le temps ». Bon. C'est vrai, on devrait toujours pouvoir donner une solution, ça veut dire que je suis condamné à bosser, et pourquoi pas, si je suis difficile à joindre dans la journée parce que j'ai x visites à faire et que je peux pas en faire 2x, euh... alors, qu'est-ce que je fais ? Et bin tant pis, ça fait des années que je prends le risque, si le conseil de l'Ordre... Une fois j'ai eu une lettre, une lettre, que tout répondeur, le mieux ce serait de pas en avoir ! Comme ça ça répond pas, bah ! Hein, certains médecins n'ont même pas de répondeur, on appelle ça répond pas. Moi il y a un répondeur qui dit « voilà le soir après 8 heures c'est le service de garde, ceci, ceci, cela. » Mais logiquement on doit toujours pouvoir donner une solution de rechange. Ça veut dire qu'il faut bosser, sans arrêt. De 8 heures, à 20 heures. Il faut être disponible pour tout le monde. Voilà. On est condamnés à prendre un max de boulot, et après bah si on a passé les douze heures, si on n'est pas expéditifs, comme certains arrivent à le faire, moi j'y arrive pas, et bin, il faut bosser seize, dix-huit, pourquoi pas vingt-quatre par jour ! Et je ne peux pas tenir une cadence comme ça, plus aujourd'hui ! Et j'me plains pas, j'ai connu les années où, j'me suis installé en 82, j'ai connu des médecins, mon médecin, il laissait tourner le moteur diesel. C'était le début des diesels, quand il consultait à domicile, quand il faisait ses visites, 150, 160 actes par vingt-quatre heures... Il venait en robe de chambre la nuit, quand on l'appelait. Des médecins comme ça il y en a eu à la pelle, dans les années 70, 60. Les années 60 moi je les ai connues tout petit, je suis né en 54, donc euh... On travaille beaucoup moins en nombre d'actes que tous ces médecins de l'après-guerre hein ! Et ça continue à... à se réduire au niveau de l'activité. Il faudrait poser la question à ceux qui ont survécu à une telle activité... Qu'est-ce qui les motivait ? Je voudrais bien qu'ils répondent en toute sincérité. Qu'est-ce qui les motivait ? À l'époque on payait très peu d'impôts, est-ce qu'il y avait que ce critère-là, ou c'était vraiment une vocation à vouloir dire euh... Est-ce une vocation, pour certains anciens que j'ai connus, d'aller voir les gens deux fois par semaine au domicile ? Ça ne justifiait absolument pas de visite au domicile. Ou une fois au moins chaque semaine ? Une fois la boîte d'aspirine, une fois la boîte de... hein ? Bon. C'est tout ! Il y a déjà eu un gros changement dans l'esprit de, des confrères, qui faisaient vraiment du chiffre, du chiffre, du chiffre, du chiffre. Et aujourd'hui on voudrait nous condamner parce qu'on essaie de travailler raisonnablement, en tout cas de faire des actes totalement justifiés, enfin en tout cas je pense que c'est le cas. Mais il faudrait toujours faire plus. On ne peut pas faire à onze ou douze ce que l'on faisait à vingt ou vingt-deux il y a encore quelques années, c'est pas possible ! Même si... les gens ont changé quand même hein, ils ont compris, ils ont accepté les renouvellements. Pas tous, les anciens, les très anciens, aimaient que le médecin passe tous les quinze jours, ça les rassurait. J'avoue avoir connu, et j'arrêterai là, dans les années 80 une dame qui voulait absolument que je passe tous les vendredis, et qui me disait « vous êtes le soleil de mon vendredi et grâce à votre passage je vais passer un weekend tranquille et je ne serai pas angoissée », mais bon elle était adorable cette dame, c'était vraiment l'exception. Après j'avais une dame que je voyais une fois par semaine parce que le Dr ..., pneumologue, voulait absolument, c'est lui qui me l'avait absolument demandé, de la voir mais c'était les deux exceptions de toute une clientèle. Aujourd'hui tous ces anciens ont disparu, mais j'ai encore quelques personnes de 90 et plus qui voudraient bien, que je passe beaucoup plus souvent, et trois mois ça leur paraît très très très long. Alors ça leur arrive d'appeler entre deux mais parfois ils négligent aussi un petit peu certains problèmes, en disant « bon, on va pas l'embêter, il vient dans trois semaines, on va attendre trois semaines », parce qu'ils savent que, quelque fois je leur dis que je n'ai pas le temps, et que si c'est pas trop grave je vais faxer une ordonnance, ou un truc comme ça. Voilà. Donc, qu'est-ce que ça va amener ? La question initiale c'était euh ?

Moi : C'était les conséquences...

Dr : Les conséquences bah, les gens font avec hein. Si demain y a plus de toubib, qu'est-ce que je fais ? Quand je serai très malade j'irai à l'hôpital, si y a personne pour me recevoir j'essaierais d'aller dans un autre hôpital, et puis... et puis les gens appelleront le 15, de plus en plus souvent, donc on a intérêt d'avoir un 15 efficace et bien garni. C'est tout hein ! Puisqu'on va appeler aussi bien le 15 pour un gosse qui fait 40 de fièvre, tout simplement pour un syndrome grippal, alors... Ça les gens on a beau leur dire... [Il montre une feuille d'information posée sur le coin du bureau] Ça c'est là toute l'année, hein, toute l'année, je leur dis. Tu connais ça ? Non ? Bon, c'est envoyé par la sécu. Ça fait des années, je photocopie sans arrêt. Ça fait des années que j'essaie de les persuader que... une rhino, on tousse, deux trois semaines, une bronchite, on crache, etcetera, jaune, vert, ils veulent rien entendre ! Rien ! Ils viennent chercher des antibiotiques ! C'est tout ! Neuf sur dix.

Que voulez-vous qu'on fasse ? Que veux-tu qu'on fasse ? Je n'en donne pas pour autant à tout le monde, mais, très difficiles les gens. Très difficile. Et il y aura toujours des gens qui appelleront, qui iront aux urgences parce que le gosse il s'est mis à faire 39, 39,3, je l'ai vu hein, les rares fois où je suis allé à l'hôpital pour d'autres raisons, pour accompagner mon père par exemple, je voyais des gosses qui jouaient à la balle, et qui emmerdaient le monde jusqu'à des une heure du matin, ça n'avait pas lieu d'être, mais bon ça c'est un autre problème ! Ils n'ont qu'à aussi les renvoyer, ah oui mais, responsabilité, même s'il n'y a qu'une petite rhinopharyngite. Enfin... Un manque d'éducation mais ça c'est les gouvernements aussi qui sont responsables. On ne fait aucune, aucune information à la télévision. Aucune. Jamais on ne va voir vers le 20 heures « attention, qu'est-ce que c'est qu'une rhino, qu'est-ce que ceci, ceci, cela, arrêtez de consulter, commencez par mettre du sérum phy, donner du Doliprane etcetera, enfin du paracétamol » hein euh, voilà, y a des choses à faire en premier lieu, et... non, il y a un manque d'éducation et j'ai vraiment l'impression depuis 37 ans que la population n'a absolument pas changé, globalement, sa façon de voir les choses banales, hein la pathologie la plus banale qu'on puisse observer au cabinet du médecin généraliste. Alors qu'il y a tant de choses à faire préventives à ce niveau-là. Préventive. Ne serait-ce que mettre du sérum phy, mais ça pour leur faire rentrer dans le crâne, ils préfèrent avaler un flacon d'amoxicilline qui sert à rien du tout. Bon, ensuite.

3.6 Selon vous, quels sont les points forts de la communauté de commune du Sud-Avesnois concernant l'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours pour votre patientèle ?

Dr : Faire tout ce qui est possible de faire déjà pour attirer des médecins ! Bien sûr !

Moi : Alors, pas les solutions. Quels sont actuellement les points forts.

Dr : Ah les points forts ? Bah je sais pas qui décide actuellement dans la Communauté de Communes par rapport à tel ou tel projet je pense que les maisons de santé c'est décidé par qui tout ça, moi je sais pas. La politique c'est pas mon truc...

Moi : Alors quand je dis la communauté de communes, ça peut être au niveau politique mais ça peut être aussi simplement au niveau géographique, au niveau global de cette région-là.

Dr : Je sais pas j'ai pas, j'ai pas de réponse. Pouvoir comparer les points forts ça veut dire qu'il faut pouvoir comparer au reste des Hauts-de-France, au reste de la nation, euh... Comment ça se passe ailleurs bah c'est un peu pareil hein, partout hein, y a des médecins partout, y a pas de centre de santé... Les points forts... Non je sais pas, je sais pas quoi répondre. J'avoue que je...

Moi : D'accord. Alors question suivante.

3.7 Selon vous, quelles solutions seraient envisageables pour améliorer l'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours pour votre patientèle ?

Dr : Améliorer l'accès ou permettre l'accès ? Améliorer l'accès j'ai l'impression de parler comme une voirie ! Hein, on pourrait faire des routes etcetera. Favoriser l'accès ! Eh bin favoriser l'accès, il faudrait qu'il y ait plus de médecins, pour qu'il y ait plus de médecins, il faut que ce soit une région qui ne s'appauvrisse pas comme elle le fait depuis tant d'années. Mais ça c'est une question politique, j'ai l'impression qu'on... de toute façon on n'a cessé de nous dire, hein, je ne vais pas citer des noms d'élus, parce que ça je refuse, et puis ce n'est pas l'objet de cette discussion, mais « il faut que cette région devienne une zone verte », une zone verte, une région qui se meurt, qui va devenir un dortoir, un dortoir pour personnes âgées où il y aura que des V80, des VI20, des VI60, des résidences pour Alzheimer etcetera. On le voit bien, moi je le vois bien, j'ai de plus en plus, et mes confrères aussi, qu'ils ne disent pas le contraire, j'ai de plus en plus de personnes âgées ! J'ai de moins en moins de jeunes qui restent dans cette région, ils sont allés à Reims, à Lille, dans la région lilloise, à Paris, dans le sud, chercher du boulot. À Rennes, et je ne sais où ! Les jeunes fuient notre région, pour ceux qui ont envie de trouver du travail, pour pouvoir vivre ! Pouvoir survivre ! Ils ont compris que ici, il n'y a pas d'avenir ! L'immobilier, il n'y a aucun avenir ! Ah si, il y a de l'avenir pour ceux qui investissent, dans les vieilles pierres à 40 000, 50 000 euros, et en faire un ou deux logements à 600 euros par mois. Ça ils vont faire fortune... Mais il n'y a aucun avenir à investir dans une belle maison ici, qu'on vendra une misère, quinze ans plus tard si ça continue à se dégrader. Et puis on se rend bien compte que la population s'appauvrit terriblement ! Donc ça fait fuir ! Nos yeux ne les voient plus, mais les yeux de l'extérieur ne voient que cela ! Quand les gens viennent de Reims, de Paris, du sud, que sais-je d'Orléans, il n'y a pas très très longtemps j'avais de la famille qui est venue de la région d'Orléans, ils disent « c'est quoi ? » Les gens sont bien conscients de ce qu'ils se passe. La paupérisation ça fait déjà vingt ans qu'un ancien député m'en parlait. Trente ans peut-être même. Ça continue ! Et ça, ça plaît pas, il y a plein de femmes qui sont venues, d'ingénieurs, qui n'ont pas voulu rester, parce qu'elles ont été confrontées à cette vision d'une paupérisation, qui vraiment commence à poser de gros problèmes. Il y en a, de la paupérisation dans toute

la France, elle est particulièrement marquée chez nous, hein, un assistanat de plus en plus... Des problèmes de voisinage, on le voit bien, j'en suis même victime ! Hein, on est de plus en plus emmerdés par des gens qui n'en ont rien à cirer, hein qui ne bossent pas, qui ne bossent jamais parce que même s'il y avait du boulot demain, ce ne sont pas eux qui iront en chercher un, etcetera, etcetera, etcetera. Donc, je ne vois pas quel avenir il y a dans cette région. Et si on pouvait changer les choses, si on pouvait y installer des industries, si on pouvait donner des richesses à cette région qui est pourtant si belle, sinon je ne l'aurais pas choisie, il y a 37 ans. Après tout je suis de la région de Lille, j'ai toujours vécu là-bas, et j'ai découvert tout à fait par hasard cette région parce que je suis allé un an plus tôt au mariage d'une amie de ma femme à Aubenton, hein, qui est dans l'Aisne, là, pas très loin d'ici au-dessus d'Hirson, et j'ai trouvé que cette région était très belle donc j'ai eu l'occasion de passer par ici, La Capelle, tout ça, quand j'ai vu une annonce c'est comme ça que je suis venu et j'ai racheté la clientèle. Eh bin j'suis... déçu, j'suis pas déçu bon je regrette rien parce que bon c'est comme tout le monde, on y a fait des connaissances, on a ses amis, on a passé des années de bonheur, mais cette région est tellement devenue pauvre qu'elle fait fuir aussi bien les femmes d'ingénieurs, les femmes de médecins, les femmes de notaires, que sais-je, et je crois que c'est fichu, c'est fichu pour un bon moment, pour bien longtemps ! Alors, je salue vraiment tous ceux qui font ce qu'ils peuvent, pour que ça puisse s'améliorer, je leur tire mon chapeau vraiment, mais je crains que... pour les décennies à venir, il n'y ait pas d'issue favorable. Et... moi de toute façon j'ai toujours dit qu'à la retraite je regagnerais la région lilloise où j'y ai toute ma famille, mais... parce que j'ai aussi envie de revendre cette maison qui est devenue trop lourde maintenant pour moi et... voilà ! Un choix, un choix pour les axes, parce qu'on n'a rien fait, c'est une galère pour aller à Lille, c'est une galère pour aller à Paris, c'est une galère pour aller sur la côte, voilà, ça aussi ! Le réseau routier je l'ai vu exploser dans la région lilloise, sur dix années, entre 70 et 80 ça a explosé, ici, il y a eu quoi ? Une route qui s'arrête à Beaufort, et c'est tout ! C'est tout... Pendant tout ce temps ! Bon, beaucoup de déception, et les gens qui sont venus dans la région, bin quand ils ont vu ça bah, « très bien, bon on va réfléchir » et puis ils ne reviendront pas ! Donc je crois que c'est... c'est grave, parce que ça ne va pas s'améliorer, je suis peut-être pessimiste, ouais, certains le diront, sans doute (rire).

Moi : Justement, dernière question.

3.8 De façon globale, quel est votre ressenti concernant la pérennité de l'offre de soins dans la CCSA ?

Dr : C'est-à-dire par rapport à la question tout à l'heure, là, euh, dans les 5 ans, ça ressemble un petit peu à cette question qui parlait de... qu'est-ce que ça va devenir dans les 5 ans qu'est-ce que je pense qu'il va y avoir euh...

Moi : Donc dans les 5 ans la question d'avant c'était vraiment l'accès aux soins, là de façon plus globale, la pérennité de l'offre de soins, de façon globale, quel est votre ressenti par rapport à ça ?

Dr : Je pense que ça va dépendre des mesures qui sont prises, les mesures gouvernementales aussi. Si on oblige demain à des jeunes médecins, des jeunes diplômés, si on refuse de les prendre, si on oblige disons, ceux qui font médecine, à s'installer à certains postes, devoir prendre un poste de médecine gé, et non pas un poste de médecine gé à l'hôpital, si on crée pas de façon obligatoire des postes, bin je crois que ça va continuer à se dégrader, petit à petit, et chaque année, et puis, pour un cycle assez long. Y aura des changements, il y a toujours eu des changements. Là on quitte la campagne, c'est vrai, tout le monde veut vivre en ville ou autour des grandes villes, on a connu ça sans doute autrefois, il y a peut-être eu un moment où ça s'est calmé un petit peu parce que... qu'est-ce qu'on est bien aussi à la campagne je veux dire, c'est vrai qu'on est bien conscient qu'il y a des tas d'avantages, mais pour cette région, c'est la pauvreté qui fait que les jeunes continueront peut-être à la fuir ! Et ça dépendra aussi de tous ceux qui l'habiteront ! Si on continue à avoir tant de gens en difficulté, qui deviennent majoritaires, comment voulez-vous que ça aille mieux ? Comment vous-vous attirer du monde ? Alors après, si le gouvernement oblige de jeunes médecins à venir dans la région s'installer pendant trois ans, cinq ans, certains peut-être auront... je dis pas un coup de foudre mais, auront peut-être envie d'y rester, pour différentes raisons ! Je connais quelqu'un qui est restée parce qu'elle aimait les ardoises, hein bon, plutôt que les tuiles, de ma région lilloise. Et pourtant j'ai vécu plus longtemps ici que à La Bassée ou à Provin là, entre Lens et Lille, c'est vrai que cette région est bien plus jolie ! La pérennité, c'est sûr que le problème il est le même dans toutes les régions de France, toutes les régions de France, je sais pas ce que ça donne en ville, vraiment dans les villes mêmes, il doit y avoir une concentration de médecins, une démographie médicale plus importante, certainement, mais je sais que, le village où je suis, enfin je vais dire « né » puisque, où j'ai vécu vingt-cinq ans, hein, un petit village qui à l'époque était plus petit que celui de Wignehies aujourd'hui il est le double, il a doublé tellement on y a construit. Pareil, ici on ne construit rien ! Hein, euh... Il était seul le médecin de mon village, j'aurais pu être le deuxième, ils sont trois ! Le village d'à côté ils étaient deux, il n'y avait d'ailleurs qu'un seul médecin qui après je me souviens a pris un associé, ils sont cinq ! Donc il ne manque pas de médecin, là-bas ça florit ! Et tout ceux qui remplacent n'ont aucune difficulté à trouver des remplacements, et s'associent avec ceux qu'ils ont remplacés. Donc il y en aura bientôt six, il y en aura bientôt quatre dans le village où j'étais ! Donc, là-bas il n'y a pas de soucis, ici il y

a des soucis pourquoi ? Bin je crois qu'on a tout dit ! Parce que là-bas bin, on est plus proche de la côte, on est plus proche, on prend sa bagnole une heure et demi après on est à Paris, hein, il y a Lille à vingt minutes avec tous les bouchons, il suffit de choisir les heures où on a envie d'y aller, il y a des heures à éviter, ça on le sait, même quand on habite tout près on choisit, on fait pas ses courses à n'importe qu'elle heure. Ici il n'y a pas de soucis, quand je reviens c'est le calme absolu, j'apprécie, mais je suis forcé de constater que... ça n'intéresse pas les jeunes, que les jeunes qui ont goûté aussi à certains plaisirs des grandes villes, ne serait-ce que nos enfants, qui ont fait leurs études là-bas, le disent : « autant j'aime revenir, autant je n'y resterais pas. » Je crois que ce sont des gens quand même réfléchis nos enfants et... le discours bah, ça résume un petit peu ce qui se passe, ce qui se passe depuis pas mal d'années. La perte de la valeur immobilière pour ceux qui pourraient investir assez bien l'argent, aucun espoir ici de faire des plus-values mais on n'achète pas une maison pour faire un plus-value sa maison principale, en tout cas ça n'a jamais été mon objectif, mais peut-être que certains, ça les intéresse, mais perdre ou être mal entouré, être gêné par des gens, je suis désolé de le dire, mais qui me pourrissent la vie à longueur d'années, à tel point que j'ai vraiment envie, y en a certains qui n'ont pas ce problème-là, hein, ceux qui n'ont pas ce problème-là ne peuvent pas savoir ce que c'est que d'avoir des voisins qui s'enivrent, qui hurlent, sans cesse, qui se bagarrent, on est obligé d'appeler la police, qui font marcher la chaîne à fond jusqu'à des onze heures, onze heures et demi le soir en ouvrant les fenêtres l'été, etcetera et ça c'est devenu, il y a toute une rue où je n'ose plus, je n'ose plus même y aller quoi. Ce n'est que ça ! Que ça ! Mais ça s'est dégradé, vous ne pouvez pas savoir à quel point ! Ça s'est dégradé énormément ! Autant j'adorais ma clientèle en 82, il y avait des gens, tout le monde bossait à peu près, ils étaient pas riches, hein ils gagnaient tous le SMIC, enfin il existait peut-être pas le SMIC, en 82 mais, c'était autrement, mais ils étaient respectueux, il y avait quelques personnes qui ne travaillaient pas, aujourd'hui, je ne reconnais plus la population quoi... C'est plus ça quoi, c'est du n'importe quoi ! Comment voulez-vous qu'on attire des jeunes gens dans... Alors s'il y en a qui veulent venir faire du chiffre avec des CMU, du matin au soir, pour faire des actes, comme on le fait en banlieue dans les grandes villes, qu'ils viennent ! Il y a de la place ! Moi ça ne m'intéresse plus. De toute façon ça ne m'intéresse plus de bosser, tout simplement. J'ai un âge où j'ai envie d'arrêter. C'est tout. Mais je donne mon ressenti. Et puis je pense que je dis la vérité. C'est tout.

Moi : Très bien.

Dr : On a laissé mourir la région, et bin on a ce qu'on a mérité, tous ceux qui l'ont dirigée cette région euh, ils ont peut-être fait ce qu'ils ont pu, c'est sûr, c'est pas évident, je voudrais pas être à leur place, je voudrais pas faire de politique, trop difficile de faire plaisir à tout le monde. On ne peut jamais faire plaisir à tout le monde, et trouver des solutions. Mais, je sais bien que... on a eu jusqu'à des milliers et de milliers de gens qui travaillaient dans le textile, tout ça, c'est pas de leur faute. Mais... Voilà, donc mon ressenti c'est que j'ai de grandes grandes inquiétudes, hein, de grandes, grandes inquiétudes pour la région et je crois que, il faudra qu'on mette en place des consultations possibles à l'hôpital, ou dans une maison de santé, avec quelqu'un qui serait même fonctionnaire, j'en ai rien à cirer, hein, mais qui puisse au moins voir la petite, qui a 39°C, que moi j'ai pas le temps de recevoir, hein euh, qui puisse soulager, pendant ce temps-là j'irais peut-être revoir monsieur Untel qui était pas trop bien, hein, qui a 90 ans, et parce que c'est une visite à ... qui va me prendre 50 minutes aller-retour, au fin-fond là-bas, douze bornes aller, douze bornes retour, parce que bin, mon confrère de ... ne peut pas faire tout le monde, ne peut pas soigner tout le monde c'est évident, c'est évident ! Il faut bien se partager le travail. Mais c'est trop lourd de perdre trois-quarts d'heure, cinquante minutes pour une personne, dans une époque où il faudrait en fin quinze ou seize à domicile ! Il faudrait aussi que les confrères continuent à accepter de faire des visites à domicile. Certains ou certaines les refusent presque systématiquement et ça c'est pas bien ! Le rôle du médecin généraliste avant c'était quand même de faire du domicile, hein, euh, on en a beaucoup exagéré hein, beaucoup abusé plutôt, hein quand j'étais jeune médecin euh, les gardes du dimanche, c'était même pas une seule consultation, on ne recevait pas, on appelait, on se déplaçait. Pour un arrêt de travail, parce que le lendemain, il allait faire beau, hein, « j'aurai pas le temps d'aller chez mon médecin, je vais peut-être aller à la pêche, je vous appelle pour une prolongation. » Des choses comme ça j'ai connu ! Donc c'était déjà pas terrible. Il y a 37 ans. J'étais remplaçant à l'époque. Mais il faut quand même accepter de se déplacer pour des gens qui ont des difficultés, et ne pas dire que si on sait les emmener chez le coiffeur avec le neveu, et bin on sait les emmener ici aussi en consultation, parce que c'est pas vrai, généralement c'est le coiffeur ou la coiffeuse qui se déplace. Et ça, il y a des abus aussi là-dessus, de la part de certains. Les visites à domicile il faut pas... donc il faut qu'on se les partage, tous, et c'est ce que l'on fait je pense, quand même, c'est pour ça que j'accepte d'aller à ... aussi, j'accepte d'aller à ..., et on ne peut pas dire aujourd'hui « je ne prends que les gens de mon village » parce qu'on est beaucoup plus nombreux à trois dans mon village qu'ils ne sont à ... pour la population à soigner ! Mais... donc ça devient lourd, ça devient très très lourd pour nous, de devoir accepter tout ça. D'autres questions ?

Moi : Non c'est bon, je pense qu'on a un peu tout vu.

Entretien 8 :

3.1 À l'heure actuelle, quelles sont les spécialités médicales hors médecine générale qui posent des difficultés d'accès à votre patientèle ?

Dr : *Ophthalmo... Ophthalmo. Voilà.*

Moi : *D'accord !*

Dr : *C'est tout.*

Moi : *Très bien. Question suivante.*

3.2 À l'heure actuelle, quelles sont les spécialités médicales hors médecine générale qui ne posent pas de difficulté d'accès à votre patientèle ?

Dr : *Ba toutes les autres.*

Moi : *D'accord.*

Dr : *Voilà.*

Moi : *Très bien. Question suivante.*

3.3 Selon vous quelles seront les spécialités médicales hors médecine générale qui poseront des difficultés d'accès dans 5 ans ?

Dr : *Alors, ORL, puisqu'il nous quitte. [réflexion de quelques secondes] Je ne vois que ça... J'ai bien regardé toute ta liste hein. Voilà.*

Moi : *D'accord.*

Dr : *Moi non, j'arrive à bosser facile hein, j'arrive à avoir tout le monde.*

Moi : *Alors... C'est bien le patient qui prend lui-même le rendez-vous.*

Dr : *Oui, oui j'entends bien.*

Moi : *D'accord, très bien. Alors, question suivante.*

3.4 Selon vous, quelles sont les causes des difficultés d'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours pour votre patientèle ?

Dr : *Exigence des patients, voilà, point barre. Si tu veux, les gens ils veulent tout, tout de suite, dans des temps courts, mais on arrive toujours à débrouiller les situations. Sincèrement. Voilà. Pour le moment j'ai pas de soucis de... d'accès aux soins pour les gens, dans toutes les spécialités évoquées là, sachant qu'il y a des... des choses qu'on gère nous-mêmes quand il s'agit vraiment de problèmes urgentissimes quoi, et puis pour le reste euh... Voilà... J'arrive à voir le... [la compagne du Dr, qui était dans une pièce voisine, lui suggère une chose : « la mobilité peut-être »] Non mais ça c'est l'éloignement, parce qu'on a pas forcément toujours, ils ne sont pas toujours... toutes les spécialités ne sont pas représentées dans la région même quoi, donc il faut aller un peu ailleurs, mais enfin bon euh, des rhumatos j'en trouve, des dermatos on en trouve, des ORL même, Dr ... était souffrant, quand il était pas là il y a ses collègues de ... [ville à 40 minutes de route] ou de ... [ville à 55 minutes de route] qui ont pris la relève, sans soucis, et quand j'avais vraiment des trucs précis et urgents ils ont assumé le jeu, un coup de tél et ça passait.*

Moi : *Donc, euh... Vous avez l'impression que la distance pour se rendre chez le spécialiste, même quand c'est plus loin, ça ne représente pas un problème pour l'accès aux soins.*

Dr : *Non, pas du tout. Non, enfin je veux expliquer simplement si tu veux que... moi j'envoie pas tous mes vieux chez le rhumatologue, tous mes vieux chez le neurologue, tous mes vieux chez le gériatre donc voilà, si tu cibles bien les demandes des patients, t'arrives à avoir un accès mesuré, et puis voilà. Après il faut, je pense que si tu veux au niveau des spé, il faut vraiment pas qu'on soit, euh... qu'on soit velléitaires, si on a besoin d'une réelle urgence, et bin si on n'y va pas tous les deux jours à les appeler et bah ils comprennent que y a un vrai*

problème, et puis pour le reste, on a vraiment ce qu'il faut pour le moment ! je crois que ça peut, pour les accès chirurgicaux, parce que tu l'as enlevé, on se demande quel est l'avenir de la clinique [de proximité] et puis effectivement on se dit que si ça disparaît bah ça peut poser problème, pour ça parce que, moi je travaille, sur le plan chirurgical, exclusivement avec la clinique, c'est-à-dire ne se font opérer à l'hôpital de ... [hôpital de proximité] que des patients qui ont eu un accès direct par les urgences et qui... sinon j'ai jamais travaillé avec eux donc ça ne change pas aujourd'hui quoi hein. Et après le reste des spécialités, moi, pneumologie c'est sur ... [ville à 40 minutes de route] où j'ai de très bon accès avec Dr ... bon il arrête, ça va peut-être tout à l'heure j'ai peut-être omis de préciser sur la pneumologie parce que comme Dr ... arrête si tu veux, il n'y a plus que Dr ... qui reste, et il ne veut pas assumer évidemment le cumul des deux patientèles, donc il s'en remet un peu à ça. L'endocrino, c'est des gens qui font endocrino-diabète je travaille beaucoup avec les néphrologues de ... [ville à 40 minutes de route] dans ce domaine-là, Dr ..., qui est vraiment, qui répond de façon très pragmatique à nos demandes et quand on a besoin euh... Tout ça ce sont des gens avec qui j'ai eu un internat commun, avec qui j'ai bossé en milieu hospitalier à Valenciennes etcetera, et donc que je retrouve et qui me répondent très facilement à mes demandes.

Moi : *D'accord.*

Dr : Rhumatologie c'est pareil je trouve les gens facilement, dermatologie bah je travaille avec celui de ... [ville à 10 minutes de route] pour ce qui est du basique, et quand les gens ils mettent une forme de réticence à aller là pour x raisons, et bin je travaille tantôt avec Dr ... à ... [ville de l'Aisne à 20 minutes de route], ou avec les dermatos de ... [ville à 40 minutes de route] ou même avec les spécialités de dermatologie sur ... [ville à une heure et demi de route] ou ... [ville à 55 minutes de route], voilà. Et moi j'ai pas de... très honnêtement pour le moment j'ai pas de soucis d'accès aux spécialistes pour le moment.

Moi : *D'accord.*

Dr : *Voilà.*

Moi : *Très bien. Question suivante.*

3.5 Selon vous quelles sont les conséquences des difficultés d'accès aux soins médicaux ambulatoires pour votre patientèle ?

Dr : Bah comme j'ai pas beaucoup de difficultés, j'ai du mal à... à répondre à ta question quoi parce que je trouve que pour le moment moi j'ai vraiment une réponse encore qui est à la hauteur quoi hein, bon. On a bien vu que par exemple avec l'arrêt du Dr ... en gastro-entérologie on a bien vu que ça serrait un peu, et que Dr ... [chirurgien général] il avait un peu, forcément plus de surcharge dans les demandes de bilans endoscopiques quoi hein, mais là par exemple moi je me suis replier un peu aussi sur les gastro-entérologues de ... [ville à 40 minutes de route] etcetera qui délèguent et qui viennent ici sur place, donc non, très honnêtement moi non j'ai des réponses relativement rapides à tout ça quoi donc euh, ça pose pas de soucis pour le moment.

Moi : *Très bien. Question suivante.*

3.6 Selon vous, quels sont les points forts de la communauté de commune du Sud-Avesnois concernant l'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours pour votre patientèle ?

Dr : Bah la clinique hein, c'est évident quoi hein, c'est notre pôle privilégié quoi hein, donc euh, on est toujours tu le précises bien « hors urgence » hein. Donc la clinique et puis ce qu'on espère c'est que même s'il y a sur la clinique une orientation différente qui doit être prise, qu'on conserve au moins une concentration de pôles spécialistes quoi hein. Si même on devait faire disparaître si tu veux l'hospitalisation des choses comme ça quoi. Le maintien effectivement d'un cabinet de groupe comme il y a un peu là actuellement, ophtalmo, chir, ORL, cardio, etcetera tout ça, ça reste une attraction globale quoi. Après, l'avenir, ça sera à vous de gérer ! (rire) Les jeunes suivants quoi, hein ? Nous à priori on va accompagner notre fin de carrière sur ce plateau-là quoi.

Moi : *D'accord. Très bien. Alors, question suivante.*

3.7 Selon vous, quelles solutions seraient envisageables pour améliorer l'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours pour votre patientèle ?

Dr : Bin le maintien de cabinets de groupe, maintien de l'activité sur la clinique, voilà je peux pas dire autre. Après le... Non, je vois pas... (rire) Comme j'ai pas de difficulté j'ai du mal à... Tu vois. Voilà.

Moi : Très bien. Donc dernière question.

3.8 De façon globale, quel est votre ressenti concernant la pérennité de l'offre de soins dans la CCSA ?

Dr : Bah moi je pense très sincèrement que l'on connaît un creux de vague actuellement, c'est-à-dire que... y a une démographie médicale qui explique la situation actuelle, mais j'ai confiance en l'avenir, je crois que effectivement on peut repartir sur peut-être une façon différente de travailler pour, à la fois en médecine générale et à la fois en spécialité, je crois qu'il y a des plateaux techniques qui restent quand même présents, radiologie et autres, euh, il y a un hôpital dans lequel il manque d'hommes, manque de compétences médicales, mais qui est somme toute un plateau technique qui est suffisant quoi, pour la région, et pour gérer nos besoins quoi hein. Moi je crois que cet hôpital il est capable peut-être aussi dans un avenir proche, d'attirer des jeunes qui passeront une journée ou deux sur ce lieu-là, avec des spécialistes et des médecins généralistes qui viendront compléter, peut-être presque un peu comme ça se faisait il y a trente ans déjà dans l'établissement qui des cardio qui viennent des périph et qui trouvent une place euh, qui trouveront peut-être une place de chef là, ça leur conviendra peut-être mieux que d'être la quatrième roue sur Lille ou Valenciennes. Donc voilà c'est ce que j'espère, je crois que la démographie va corriger un peu le tir, et puis améliorer la situation, qu'on ait des interlocuteurs plus réguliers, c'est-à-dire plus euh... ici il y a un turn over important au niveau de l'hôpital, et ça c'est très déroutant au niveau de l'accès aux soins pour les patients, donc ça je pense que c'est quelque chose qui va s'améliorer à partir du moment où on aura vraiment des jeunes diplômés français, alors je ne fais pas du tout d'ostracisme là-dedans mais j'y vois quand même si tu veux une stabilité vis-à-vis de l'installation. Qu'on ait moins de mercenaires, parce que c'est le cas dans la situation actuelle quoi, qu'on ait moins de mercenaires et qu'on ait plus de gens qui s'investissent sur la région, de façon pérenne. Voilà, je crois que...

Moi : Très bien. Vous dites « la démographie médicale qui explique la situation actuelle », donc « la situation actuelle », finalement, dans quelle sens est-ce que vous l'entendez ?

Dr : Dans quel sens ? Parce que, si tu veux la région n'a pas grand-chose dans l'attractivité pour elle, il est évident que les jeunes diplômés, bin qui ont aujourd'hui x choix devant d'installation, bah ils vont préférer beaucoup d'autres choses à notre bassin, pour toutes les raisons, je dirais, à la fois, je crois qu'il faut être né dans la région pour pouvoir apprécier, enfin moi c'est pas mon cas, je suis débarqué quand même dans le coin et puis j'ai apprécié, mais je crois qu'il faut revaloriser un petit peu notre coin, donner un sentiment, ce qui n'a pas été le cas pendant de nombreuses années, un sentiment de bien-être à notre région quoi il faut dire tout ce qu'on a pu avoir comme avantage à travailler ici, il y a eu des inconvénients, on les connaît tous, mais il y a eu quand même beaucoup beaucoup d'avantages, le fait qu'il y ait, d'abord du travail, c'était pas évident pour nous au départ quoi hein, ça l'est plus aujourd'hui un peu pour tout le monde mais c'était quand même une notion importante quand nous on s'est installés, euh, un immobilier qui nous a permis quand même aux uns et aux autres d'acquérir des maisons très confortables, et puis une proximité de nature, on n'a pas des embouteillages ni matin ni soir enfin bon bref, je vais pas t'énumérer toutes les raisons de notre présence ici, mais elles sont nombreuses, et puis alors donc une qualité de vie quand même qui va avec hein moi je quitte mon boulot, j'enfile des godasses et je vais faire un tour en forêt, soit faire une rando, soit faire du vélo, soit aller me promener avec ma femme, bon, c'est quand même des choses que je n'ai pas dans la banlieue de Lille ou même celle de Valenciennes quoi hein, voilà. Non je crois qu'il y a un réel confort aussi à travailler ici, avec des gens aussi moins compliqués qu'en intra-urbain, avec moins de problématiques sur les relations que l'on peut avoir avec les patients etcetera etcetera. Voilà. Donc il y a un réel confort à exercer dans cette campagne, qui après tout n'est pas aussi pommée que ça, hein, voilà, j'suis pas...

Moi : Et alors concernant l'attractivité justement, qu'est-ce qui, selon vous, pourrait être un défaut d'attractivité pour la région ? Qu'est-ce qui pourrait lui manquer pour être attractive ?

Dr : Oh on a tous je pense qu'on a tous dit les mêmes choses ou répété les mêmes choses, je crois que c'est des accès routiers etcetera mais enfin bon à priori notre président il s'en occupe sérieusement de nous mettre une nationale avec quatre voies quoi hein, donc c'est, je pense que c'est ça qui nous manque le plus et puis la proximité, d'une grande ville, parce que effectivement dès que les enfants sont en études, dès que on a besoin de choses un peu plus pointues bah effectivement on est à deux heures ou à une heure et demi de route de la ville quoi hein, donc ça ça manque, c'est clair quoi, mais bon je crois que là aussi, on a la chance d'être de la génération internet et de plein d'autres moyens d'accès au différents produits quoi, hein, donc je pense qu'on a pris l'habitude aussi de perdre moins de temps dans des recherches un peu basiques et que maintenant on se sert des outils comme ça quoi, comme internet pour faire nos achats, et puis on garde la ville pour l'extra-ordinaire. Voilà, hein. Donc voilà moi je trouve que... on est là bien quoi. (rire)

Moi : *D'accord, très bien. Est-ce qu'il y a quelque chose d'autre que vous voulez rajouter, par rapport à tout ça ?*

Dr : *Non, mais, bah, dire aussi peut-être bon on peut parler que de chiffres mais je crois que t'as noté un peu nos relevés d'activité bon tu penses que on peut aussi justifier ça, parce que j'ai pas évoqué les notions de revenus etcetera mais on peut dire aussi qu'on gagne bien notre vie dans la région quoi et que ça fait partie aussi du bien-être de notre profession. Voilà.*

Entretien 9 :

3.1 *À l'heure actuelle, quelles sont les spécialités médicales hors médecine générale qui posent des difficultés d'accès à votre patientèle ?*

Dr : *Ophthalmo, le premier en liste, parce que après c'est les plus grandes fréquentation qu'on a besoin c'est ophthalmo... Cardio qui commence à être pour l'instant à 2 mois, la moyenne, 2 mois, un mois et demi et je pense que comme Dr ... [cardiologue] est à déjà 60 balais, quand il partira ce sera compliqué, moi je vois pas trop euh (rire) bien l'évolution dans ce domaine-là. Après, la psychiatrie, ouais, psychiatrie les délais je pense que c'est à peu près le même ordre quoi, comme c'est sectorisé en plus, on est obligé de travailler sur place, après euh... Là, la problématique de la pneumologie, tout récente parce que Dr ... [pneumologue] vient de prendre sa retraite donc il ne reste plus que, en libéral que 2. Donc euh, dans le secteur proche, à trois quart d'heure. Voilà. Après, uro non, ça va mieux uro puisqu'ils sont un peu plus nombreux, donc voilà voilà quand on regarde ça, rhumato... délais, euh oui oui, bon je pense que c'est, si on dit que 2 mois c'est raisonnable euh, donc on peut être OK, après sur les... radiologies, hein je vois l'IRMN bah l'IRMN commence à être plus problématique là, si jamais il y a une petite panne de la machine tout ça là ça, ils sont...*

[Le téléphone portable du médecin se met à sonner, il décroche]

Moi : *Euh... Oui par rapport à l'IRM, tu peux...*

Dr : *Oui bah l'IRMN j'ai eu... C'était juste après la petite panne tout ça, ils n'ont pas réussi à récupérer donc on avait deux semaines supplémentaires donc je pense que parfois il faut compter un mois, voire plus, de... Moi j'avais besoin d'une IRMN en urgence, je l'ai eu au bout de quinze jours et finalement comme la personne en question, moi j'avais des signes neurologiques je pensais vraiment à quelque chose de sérieux au niveau cérébral et effectivement c'est une tumeur cérébrale, mais elle travaille en milieu hospitalier, donc du fait qu'elle travaille en milieu hospitalier lorsqu'elle a été... donc elle a eu un petit passe-droit elle a porté sa feuille d'arrêt, elle tenait pas debout, perte d'équilibre du coup elle a réussi à l'avoir euh, un scanner en urgence mais, du coup elle a eu une IRMN dans la foulée, il y avait une tumeur cérébrale quoi, sinon le délai moi j'avais euh, en urgence j'avais quinze jours euh, en urgence hein parce que j'ai pris le téléphone c'est moi qui ait appelé, donc j'étais un peu... Et ... [hôpital à 40 minutes de route], ... [ville à 1 heure de route] même topo, donc comme quoi c'est pas spécifique au secteur, dès qu'il y a une machine qui... bah elle a été en panne quinze jours je pense, une semaine, le bordel machin et j'ai pas réussi à placer euh... Mais là c'est un petit peu problématique et je trouve, là au niveau des radiologues on a eu des gros soucis, à la clinique et ailleurs (sourire) pour euh, avec certains, avec certains radiologues le courant ne passe pas parce que je pense qu'ils... voilà, on a notre portable, il y a un problème il faut qu'ils nous appellent quoi, je leur ai dit, ça fait 20 ans que je dis ça voilà, donc avec des mecs comme Dr ... ils m'appellent sur mon portables voilà OK, avec Dr ... je me suis... là je me suis plus que fâché parce que y avait pas ce personnel où on a besoin, voilà ça va pas, si on me demande et que c'est une urgence, voilà c'est pas tous les jours, et que c'est urgent eh bin on a l'impression que l'on a pas de retour, hein là c'est... ça c'est... Parce que nous, sans ça comme on est un peu démunis, on n'a pas de structure tout ça donc il faut quand même euh qu'on ait quand même des... un socle solide ! Si sur la base, en radio tout ça on peut pas faire, bah par exemple phlébite, pour le doppler tout ça, ça va assez bien, mais tout ce qui est examen un peu plus... scanner machin tout ça euh, et c'est surtout pour l'IRMN où ça pose un... bin, si on suspecte un AVC, bah d'accord on peut se laisser 48 heures mais pas... pas quand même quinze jours trois semaines enfin ça m paraît quand même après pas raisonnable quoi. Donc après, on hospitalise quoi, donc c'est la solution...*

Moi : *Sur le plan relationnel, tu as l'impression qu'il y a quelque chose qui a évolué ?*

Dr : *Eh bin, j'en parlais avec mon beau-frère, oui avant on se présentait maintenant... je pense que moi il y avait beaucoup de... le lien hospitalier-ville est problématique parce que, on a fait énormément d'efforts ces deux dernières années comme on a besoin qu'il y ait une réponse derrière, et malgré les efforts, on voit que c'est...*

c'est une administration complètement euh... un petit peu comme nos politiques on voit exactement, il y a une écoute mais ça suit pas quoi. Par exemple, un truc basique hein, on a eu je sais pas combien de, avant la maison de santé de Fourmiès ça fait presque 10 ans ce truc-là, à chaque réunion moi je demandais qu'une chose c'est qu'on, lorsqu'il y a un décès d'un patient, qu'on soit avertis. Par téléphone, par message peu importe, voilà, un message, « tel patient, votre patient est décédé » bah ça, rien que pour ça c'est... une fois sur trois qu'on est avertis, maximum. Après, tous les efforts, tu rappelles derrière, tu vois la directrice, la directrice je l'ai vu au moins... quatre cinq fois, voire plus, quasiment tous les deux mois, sur les deux dernières années, et à chaque fois bon, je dis « attendez, on ne demande pas la Lune ». Là on est dans la problématique où on a les moyens modernes, on a Apcript, tout ça, on a l'impression que... que voilà ils ne s'autorisent pas à utiliser des technologies pour la bio, qu'on puisse avoir la bio qui est faite en milieu hospitalier ce serait quand même assez intéressant, concernant nos patients il suffirait de mettre un lien « médecin traitant », ça ferait gagner des sous, du temps, là je trouve qu'on a quand même un... on a l'impression qu'on est actuellement dans un flottement, on a tout ce qu'il faut au niveau technologique mais voilà, il n'y a pas les millions qui vont, et en plus ça coûte pas assez cher peut-être hein, parce que Apcript ils proposaient un autre service alors que le CHR ils font Apcript, et derrière les petits CHU ici t'as l'impression qu'ils sont, ils ont peut-être pas es personnes compétentes mais, il faudrait quand même qu'on nous allège ça, ça semble euh, qu'il y ait au moins une communication ! Après on peut pas voir les, il y a tellement de changements de spé, on peut pas se permettre de les voir tous mais au moins ceux qui sont là en place depuis un petit moment puissent... J'en ai quelques-uns qui se sont présentés hein, les chirurgiens de... de l'hôpital, enfin j'ai assez de ma main pour (rire) compter ceux qui sont venus ! Et d'ailleurs après ils sont partis bizarrement en libéral la plupart donc euh, c'est qu'ils avaient déjà un désir de... Mais c'est un gros problème parce que on doit tous travailler ensemble hein de toute façon que... On est quand même je pense un interlocuteur privilégié pour les patients, on aperçoit que... Moi je n'ose même plus de toute façon, chose toute simple je ne prendrai plus mon téléphone pour hospitaliser un patient, parce que si je passe les mecs ils vont me dire « bah j'ai pas de place tout ça... », il a pas compris le taf quoi si je passe c'est que, c'est à lui de gérer l'urgence, c'est que c'est une urgence, je l'appelle pour prévenir des pathologies, lui il veut pas parce qu'il a trop de boulot tout ça, euh nous aussi enfin je veux dire tu vois, il y a un problème sur le relationnel, je pense on est tous dans la même situation un petit peu de suractivité, mais dans ce cas il faut entendre que quand un professionnel t'appelle pour dire « bah oui il faut le prendre en charge » c'est qu'il faut le prendre en charge, c'est qu'il a pas trouvé... Et donc là, déjà si on perd du temps à dire « bah non bah attends j'ai pas de place, machin, transférez-la là, ou bien amène-le... » enfin moi j'ai fait le tour comme ça, enfin bon non non, on peut discuter, on avait ce problème là aussi, mais je veux dire, en ville nous on peut pas se permettre de... d'aller bazarder un patient aux urgences à pétaouchnoc et voilà, donc c'est, ça se fait hein, moi je l'ai déjà fait, quand je vois que c'est plein de pathologie paf, sinon moi je dis au patient « prenez votre bagnole, si vous êtes en état, et allez à telles urgences », point barre. Et après s'ils veulent des infos ils peuvent m'appeler mais, moi j'appellerai pas parce que je sais que derrière il va y avoir barrage. Ils vont dire « bah non, c'est la période où il y a les gripes », enfin ils trouvent toujours une excuse, tu peux tomber sur un urgentiste, j'étais urgentiste assez longtemps pour m'apercevoir effectivement euh... bin c'est tout, quand t'es urgentiste c'est vrai que quand t'as du taf, t'as peut-être pas le temps de prendre toujours le téléphone, moi j'étais plutôt SMUR donc c'est vrai qu'on était que en déplacement mais, t'as tendance euh, je pense que l'écoute du professionnel de santé est importante hein, mais qu'il n'y a pas assez de...

Moi : On va revenir par rapport à la première question donc, rien d'autre de particulier qui pose problème au niveau de ...

Dr : Gastro si maintenant, gastro-entérologue, c'est vrai que, bin toujours après les... avec une population de spécialistes euh, parce que comme euh, t'as Dr ... [chirurgien général] qui fait beaucoup de fibros colo mais qui était aidé aussi par un gastro pur avec Dr ... qui est parti, qui était quand même euh, qui mettait son nez aussi à l'hôpital, depuis le temps qu'il est parti, puis là j'ai appris qu'apparemment celle qu'il vient de former elle part, donc là on n'a plus de gastro, enfin plus de gastro pur quoi, qui fait la méd. Donc là ça va devenir un peu compliqué pour tout ce qui est suivi hépatite et compagnie, machin, surtout qu'avec Dr ... [gastro-entérologue], les compétences étaient assez pointues dans ce domaine-là. Donc euh, ouais là les délais d'attentes commencent à se faire un peu longs. Quand je vois des trucs, fibros, bilan d'anémie pour faire une fibro tout ça, et puis, bon Dr ... [chirurgien général] il fait chirurgie, fibro, c'est... il ne peut pas faire des plannings que de ça. Hein puis apparemment les gastros qui sont arrivés à la clinique euh, il y en avait deux-là, j'ai appris qu'il y en a un qui arrête, enfin il ne vient plus, enfin je ne sais pas trop là, on a pas eu la, tu vois, on n'a pas eu l'info ! J'avais vu Dr ... [chirurgien viscéral] et Dr ... [chirurgien général] mais en soirée pour le départ de Dr ... [ORL], ils me parlent qu'il y avait des gastros mais ils ne sont pas présentés puis finalement ils ne vont peut-être pas rester, donc tu vois c'est... (rire) Et, j'en parlais avec Dr ... [médecin généraliste dans la Communauté de Commune du Cœur de l'Avesnois] par exemple Dr ... [chirurgien viscéral] que je connais bien, on l'a vu en soirée, il ne s'est pas présenté tu sais, moi j'allais en RCP donc je le voyais, on s'est présentés, mais Dr ... [médecin généraliste suscité] qui n'allait pas aux RCP de cancéro, il n'a pas eu de présentation, c'est des choses avant, qui se faisaient, et ça c'est un petit peu, je pense que ce qu'il faudrait peut-être, au regard de tout ça c'est qu'il faudrait revenir

sur ça, qui est important, parce qu'on est censés travailler ensemble, et si on se connaît, et pas par un petit encart, une carte de visite suffit pas je pense qu'on a besoin... on met en œuvre quand même avec les patients, je pense qu'il faut un relationnel un peu plus... simple, comme un rendez-vous quoi, ça me semble un minimum, je pense euh... Et c'est ce qui manque peut-être, notre relation avec les hospitaliers n'iront pas parce qu'on ne les connaît quasiment pas quoi, enfin moi comme j'y vais de temps en temps, mais j'y vais de moins en moins, en milieu hospitalier, avant je trainais aux urgences, j'allais voir les copains tout ça, maintenant euh, ma génération ils ne sont plus tellement là donc ça voilà ça me parle moins quoi mais, tu vois il faudrait je pense une petite présentation de temps en temps, ça... Mais bon, après il ne faut pas des réunions chronophages machin ou perte de temps, hein mais c'est vrai que pour les... des chefs de service au moins des chefs de pôle, qu'ils fassent le tour des généralistes, oui, d'accord. Après voilà je dis voilà, mon équipe, untel untel, ça peut être intéressant, au jour d'aujourd'hui je ne connais que trois urgentistes je pense ! (rire) Des personnes qui sont là depuis vingt ans, les autres euh, c'est ... voilà, donc le problème c'est, avec eux... bon de temps en temps j'en ai un au téléphone, tout ça mais... Donc euh nous aussi on doit améliorer notre façon de travailler aussi avec l'hospitalier hein je pense que ça va dans les deux sens, mais c'est pour ça qu'il faut un échange. Moi comme j'écris tellement mal, j'ai compris que maintenant, quand je suis à mon cabinet je fais un dossier de synthèse que je peux imprimer grâce à... enfin c'est vrai qu'on a des moyens technologiques qui permettent de transmettre enfin voilà des infos importantes hein parce que... pour avoir été urgentiste on s'aperçoit que si on a pas les antécédents c'est galère quoi, c'est pas toujours évident puis dans la panique les gens ils ne savent pas, et ça peut quand même changer la donne, bah c'est surtout quand il y a un pronostic vital, je veux dire, là il nous faut des infos que l'on n'a pas toujours. Hein mais sinon non sur les délais sinon en général...

Moi : Alors justement, la question suivante.

3.2 À l'heure actuelle, quelles sont les spécialités médicales hors médecine générale qui ne posent pas de difficulté d'accès à votre patientèle ?

Dr : Oui attend, j'ai oublié avant c'est l'ORL aussi, qui au jour d'aujourd'hui va être plus compliquée. Après, qui ne posent pas de... Pas du tout... Bah la radio standard, radio standard il n'y a pas de souci, déjà, hein ça c'est OK. Tout ce qui est biologie bien sûr hein ça ça ne pose pas de... Après euh, il faut refaire le tour dans tout ça, euh... Urologie pour le coup ça ne pose pas de souci, parce qu'ils sont quand même quelques-uns, pour l'instant. Euh... gériatre, ah ouais ouais, j'avais pas vu dans la liste mais gériatre, dermato et tout ça, c'est long quoi. Ouais en fin de compte j'ai minimisé les autres parce que finalement ils ont tous des problèmes, néphro, après tout dépend si on se dit que deux mois est un délai normal.

Moi : C'est selon le ressenti du patient.

Dr : Selon le ressenti oui voilà alors après euh... Rhumato pour l'instant on arrive assez, sauf quand on a... quand il y a une algie, tout dépend du motif de la consultation, quand on veut vraiment effectivement, dans ce cas-là nous effectivement, on doit prendre notre appel, nous on demande, parce exemple les dermatos, euh... Là il n'y en a pas beaucoup, et c'est vrai que c'est problématique on doit... la secrétaire dit systématiquement « c'est à votre médecin, si vous voulez avoir le plus rapide euh, d'appeler », donc là je trouve quand même, quand c'est pas urgent, je trouve que c'est excessif de demander ça au patient, si on a fait un courrier, de demander de... d'avoir le courrier quoi, ça paraît plus logique quoi parce que quand on prend la peine de faire un courrier qu'on me rappelle, parce que là je ne prendrai pas le temps de. Voilà, donc ça... Gastro, bin ça va devenir oui problématique, euh alors ceux qui posent pas de problème, diabéto, bah, dans le renouvellement tout ça maintenant c'est comme tout, quand c'est pas une demande euh, d'urgence de notre part, toutes sont des, c'est du chronique donc finalement ils ont déjà leurs rendez-vous, à l'avance, on anticipe. Parce qu'on a changé notre façon de travailler, maintenant on arrive, grâce à l'informatique à dire bin voilà, là c'est un cardio une fois par an, diabéto tous les six mois, enfin voilà donc ça on peut anticiper donc ça ça ne posera pas de soucis, le problème c'est dans... si on le veut dans le mois, là... pour toute spécialité on est, à la rigueur on est un petit peu en crise si le délai doit être plus court.

Moi : D'accord.

Dr : Là c'est surtout dans les tucs de découverte récente tout ça, où ça c'est, où là il faut prendre son téléphone quoi. Et... jusqu'où on pourra avoir des réponses euh [sourire]... Là pour l'IRMN par exemple j'étais plutôt embêté. Dans l'urgence pure quoi. Là je m'aperçois que dans l'urgence euh... après j'hospitalise. Mais bon... Là je pense qu'on aura plus trop le choix ! [rire tendu] Il va falloir court-circuiter euh, de toute façon quand j'ai pas de réponse c'est ce que je fais, quand j'ai pas de possibilité de, bah j'hospitaliser et puis bin je délègue le problème au... et bah voilà quand t'es hospitalisé t'as des plages horaires que t'as pas... mais ça va être un surcoût je pense. Sinon voilà hein, pour la psychiatrie par exemple pour la psychiatrie ce sera plutôt

hospitalisation, pour avoir un rendez-vous euh, pour quelqu'un qui est en accès dépressif mais qui ne veut pas forcément être hospitalisé, donc là euh... Voilà voilà.

3.3 Selon vous quelles seront les spécialités médicales hors médecine générale qui poseront des difficultés d'accès dans 5 ans ?

Dr : Dans 5 ans bah moi c'est cardio, c'est ce qu'on utilise le plus souvent. Dermato si ça change pas ça va devenir euh... compliqué. Gastro pour l'instant, on supplée plus ou moins, y a ... [hôpital à 40 minutes de route] qui assume mais bon ça va... Pneumo, pneumo, hein, là des truc urgents c'est... Psychiatrie, il y a une clinique qui vient d'ouvrir, mais bon... on a des difficultés d'accéder à ... [clinique psychiatrique à 40 minutes de route], donc euh j'aurais euh... bah un peu de tout hein, cardio, psy, euh pédiatrie pose pas trop... Gynéco, bin nous je pense que gynéco-obstétrique va devenir compliqué aussi, ophtalmo, bin tous, gynéco-obstétrique puisque la maternité on parle de fermer. S'il y a plus de chir ils ferment donc là on sera... hein ? Oncologie pour l'instant, ça va. Sauf si Dr ... part, mais je pense que ça va. Diabète, comme le diabète majeure s'il y en a pas d'autres ça va être compliqué. Pneumo bah ouais la problématique j'ai dit, neurologie... je trouve si on dit que délai 2 mois mais moi ça va et puis de toute façon après si c'est de l'urgence neurologie j'hospitalise donc pour moi ça pose pas de problème pour l'instant. Donc pour moi ceux qui ne posent pas de problème c'est neuro, uro, ORL bah grosse inconnue s'il y a une personne qui vient donc pour l'instant moi je dirais tout sauf neuro uro, rhumato pour l'instant ça va, gériatre euh, j'ai rarement de l'urgence mais bon... on a des jeunes gériatres à ... [ville à 20 minutes de route] donc pour l'instant je dirais ça va. Dermato ça va être problématique, néphrologie... Euh, ça va parce qu'on a du libéro quand ça va pas on les appelle donc je dirais que pour l'instant ça va. Scanner ça irait mais IRMN euh... J'espère que ça va s'améliorer quoi.

Moi : D'accord.

Dr : Mais bon on en a qu'une, après c'est peut-être qu'on en demande trop, c'est peut-être nous mais bon quand on a à moyen des choses est-ce qu'on doit se limiter ? Oui il y a peut-être des IRMN que... ouais... Donc je dirais... Radio, radio pour l'instant on va dire ça va en standard, après... De toute façon après on hospitalise donc je dirais plutôt, celles qui posent pas de problème : neuro, uro, rhumato, gériatrie, néphrologie je dirais, radio... ça va, après voilà, il faut pas de l'urgence.

Moi : D'accord.

Dr : Donc voilà, je dirais que radio, tout ça, donc les autres, par contre, poseront problème obligatoirement s'il n'y a pas un changement ou l'arrivée de nouveaux confrères, parce que là on est quand même dans une population dans la région, assez âgée hein je pense que la population médicale on est plus de 60 ans, largement, aussi bien spé que... médecine libérale.

Moi : Alors justement, question suivante.

3.4 Selon vous, quelles sont les causes des difficultés d'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours pour votre patientèle ?

Dr : Bah le manque de professionnel, c'est ça qui... la difficulté d'accès, et puis euh, ils sont vieillissant après c'est la distance qui va être problématique, les transports pour les personnes difficilement valides, et... c'est aussi l'évolution des pathologies, la démence, la démence euh comment... donc là ils ont le transport, mais gérer des patients déments ça va être beaucoup plus lourd comme c'est déjà de plus en plus lourd dans les maisons de retraite. Avant on se déchargeait d'un patient en maison de retraite, maintenant on doit reprendre la main, on a repris la main depuis quelques années mais avant c'était les médecins gériatres qui prenaient en charge mais comme ils sont un peu moins nombreux on a repris nos vieux patients en main. Voilà. Après l'accès, l'accès nous ça va être de l'accès patient mais ce qui va être problématique ça va être le manque de professionnels quoi.

Moi : Et donc quel est, selon toi, la cause de ce manque de professionnels ? Ou les causes !

Dr : Eh bin les causes, je pense c'est... Euh... Les causes les plus patentes en ce moment c'est le non-remplacement des médecins retraités, donc c'est déjà ça, à cause... moi en vingt ans d'installation, on était 13, on n'est que 6 ! Donc il y a quand même plus de 50 % de moins, et je reste toujours le plus jeune, pour le secteur. Là les jeunes sont arrivés sur ... [village à 10 minutes de route] mais t'as... c'était ça ou rien quoi, donc oui, il le fallait ! Donc le problème, pour moi, c'est ça c'est qu'il y avait peut-être, est-ce qu'il y a une réelle mauvaise répartition, je pense surtout qu'il y a... il faudrait peut-être mieux revoir en temps réel la réelle activité des médecins. Parce que je pense qu'il y a beaucoup de médecins retraités, qui ne font que des demi-journées, qui sont comptés comme actifs, ou parfois des patients décédés qui sont encore dans le circuit, nous on a fait le tableau

pour les secteurs tout ça de... de maison de santé, Dr ... il était encore dans le lot alors qu'il était plus là, mais comme ils ne sont pas assez réactifs, je veux dire un tracés réel en... parce qu'il suffis de peu de chose hein il suffit d'un confrère malade, regarde Dr ... tout ça bah ça change tout de suite la donne parce que comme les praticiens ici dans la région dans laquelle on se trouve ont une suractivité par rapport à la moyenne régionale, y a déjà ça hein, un médecin généraliste travaille à peu près trois fois comme un médecin généraliste lillois donc le problème c'est que quand t'en as un qui part, c'est finalement comme si trois partaient, dans un même secteur, donc il faudrait peut-être avoir aussi peut-être cette dimension-là qu'on ne prend pas en compte dans des stats tout ça c'est... il y en a un qui part, mais derrière euh, bon c'est pas grave. On se dit c'est pas grave mais parfois on grade en actif des confrères comme Dr ... qui avait une grosse activité mais qui ne fait plus du tout maintenant, il travaillait à ... [village à 15 minutes de route] il était considéré comme actif en faisant des demi-journées quoi. Alors ça c'est un problème parce qu'ils sont toujours comptés comme médecins actifs, et peut-être ça minimise la problématique je pense. Bon ça il faudrait peut-être l'avoir comme facteur d'orientation pour les confrères qui veulent s'installer, dire « bah si, ce serait plus intéressant de s'installer plus dans ce bassin-là, comme il y a une demande importante » hein même au niveau des spécialistes après bon, ils ne veulent pas forcément être isolées mais pour ceux qui veulent travailler, et avoir une activité... Alors je pense qu'il y a ce problème-là, ils ne veulent plus travailler aussi... Alors est-ce qu'il ne faut pas aller sur la salarisation de la profession (sourire), mais avec des salaires dignes de ce nom, la question peut se poser hein, il y a des maires qui ont fait ça. Donc je pense que la problématique est là, peut-être, c'est qu'il y a... il n'y a pas un désir, je pense, de venir dans une région sans être sûr de... bah quand j'ai été associé un moment, mon associé il voulait être sûr que derrière il allait avoir une activité euh, voilà... il était très hésitant, il s'était installé en rural pur, pensant et finalement il n'a pas eu l'activité escomptée donc finalement il est venu sur ..., où là il a eu une euh... Donc je pense qu'il y a des endroits où il y a un besoin de... c'est pas que des promesses mais il y a une réelle nécessité de... il y a une réelle carence quoi, donc je pense qu'il y a eu une surévaluation des besoins dans certains domaines et une sous-évaluation dans d'autres, et je pense qu'il faudrait peut-être remettre des critères différents, ça me semble important, je pense qu'ils n'évaluent pas assez la sous-médicalisation, c'est pas assez précis. Il faudrait savoir l'activité réelle moyenne locale des médecins, et que quand il y en a un qui part, en suractivité, bah... voilà il faudrait que ça rentre dans le jeu quoi. Parce que c'est pas an par habitant à peu près, enfin c'est des moyennes, bon ça c'est des stats mais je pense que ça serait important de mettre euh... Ou qu'il y ait une meilleure harmonisation, je vois là dans nos réunions avec l'ARS, eux ils ont des chiffres qui ne sont pas adaptés quoi, et donc ils viennent avec des données qui sont pas tellement bonnes, et ça... et comme c'est eux qui... font tout pour les structures hospitalières, donc ils n'ont pas la reconnaissance vraiment d'une nécessité euh... et ça c'est important je pense. Ça je pense qu'il y a... il y aurait besoin de... comme tout est géré comme ça par stats tout ça il faudrait que ce soit un peu plus... un peu plus adapté à... aux situations de tous à chacun. Là t'as... je pense que tu... sur Lille t'as un confrère qui travaille euh, à mi-temps, s'il cède son activité, ce sera certainement moins d'impact que ici un confrère qui s'arrête demain, c'est sûr que là on n'est pas du tout dans le même profil quoi. Et les conséquences seront d'autant plus graves pour la patientèle, moi au jour d'aujourd'hui, ma résolution de 2019 c'est de ne plus prendre de nouveaux patients. Là maintenant je ferme à clef même ma consultation libre, jusqu'où aller quoi. Moi c'est « comment faire pour déplaire ma patientèle ? », c'est pas tellement une logique médicale quoi. Donc le problème finalement c'est l'accès au médecin généraliste qui va devenir problématique. Malgré que je suis ouvert, mais là je vais fermer, pour empêcher l'accès quoi. Donc c'est vrai qu'on va se retrouver dans une situation compliquée, on ne pourra pas gérer. On aurait peut-être dû prendre plus de maîtres de stage mais il faut plus de temps, enfin voilà alors moins t'as le temps moins tu vas le prendre. Je pense. Moi je suis dans cette situation-là !

Moi : On va se concentrer sur le spécialiste, est-ce qu'il y a d'autres choses au niveau des causes de difficulté d'accès qui te viennent ? Ou bien est-ce qu'on passe à la question suivante ?

Dr : Après oui après, on a eu aussi parfois des secrétariats qui sont difficiles d'accès (sourire), donc ça c'était... bah comme à la clinique parfois t'avais des secrétaires ça répondait pas, donc ça nous on a fait le retour mais, j'ai même fait un courrier à la clinique, tout ça. C'est sûr que c'est une problématique parce que si on n'a pas un secrétariat qui arrive à prendre en charge... l'accès au soin va être limité. Donc c'est peut-être plutôt un manque de moyens. Ça c'est un petit peu... Donc après, l'évolution, après est-ce qu'il faut réorganiser oui c'est la question là j'ai un confrère mais c'est... au nouvel an j'ai pu discuter avec un confrère qui lui travaille avec Doctolib, donc là c'est une plateforme internet où on prend soi-même son rendez-vous. Il n'y a plus de communication directe, de secrétariat, tout ça. Donc euh oui, mais bon... (rire) Et justement je lui posais la question mais alors quand t'as une urgence comment ça marche ? En fin de compte c'est l'infirmière, il dit bon en fait je ne fais que les urgences sur palliatif, en fin de compte c'est l'infirmière qui appelle, au bout de trois quatre appels j'écoute le message. Voilà bon c'est très filtré on va dire.

Moi : D'accord. Bon. Question suivante.

3.5 Selon vous quelles sont les conséquences des difficultés d'accès aux soins médicaux ambulatoires pour votre patientèle ?

Dr : *Les difficultés d'accès ?*

Moi : *Les conséquences des difficultés d'accès.*

Dr : *Ah bah... Retard de diagnostic hein, ça va être retard de diagnostic et puis euh... Et aussi je pense que c'est surtout... ils vont essayer de faire plus de l'automédication je pense, beaucoup plus d'automédication, avec plus de risques derrière. Là c'est évident. Plus d'hospitalisations derrière. De toute façon hein c'est... comme je suis moins disponible par téléphone je dis « allez aux urgences », je peux pas gérer quoi. Donc je pense qu'automatiquement moins de disponibilité va dire plus de soins longs peut-être pas appropriés. Ou retard dans les soins, parce que au bout d'un moment, moi j'ai ma patiente qui me dit « je suis venue la semaine dernière, trois heures d'attente, quatre heures il y en avait qui étaient assis par terre, je suis partie, j'ai attendu, je me suis soignée moi-même, j'ai pris ça, il me restait deux trois cachets d'antibiotiques j'ai pris ça, ça, voilà », ils se font leur popotte, j'avais peut-être une grippe, peut-être ceci... Voilà donc euh, j'en ai vu un, pendant 10 jours, malade, il est venu le dixième jour. Parce que bon voilà. Je l'ai vu hier, « parce que c'était un peu plus calme hier, je suis rentré, je savais qu'il y avait moins de une heure d'attente c'est bon quoi. » Donc c'est... là je pense ça va être les conséquences vont être surtout sur un retard diagnostic et aussi un retard de soin. Et puis après, j'ai été surpris que ça arrive dans notre ville mais... des petits marabouts, tout ça, des marabouts africains, et donc oui, le danger c'est d'aller sur des médecines parallèles, qui sont peut-être pas sans conséquence, avec pour le coup encore plus de retard diagnostic. Moi je pense qu'on va, et d'ailleurs c'est... comme c'est une région un petit peu sociale, le danger c'est d'aggraver la misère sociale aussi. Et on va devoir traiter de plus en plus des cas d'urgence. Là je pense avoir eu beaucoup plus de patients que j'ai pris, alors je ne prends plus de nouveaux patients mais amenés par frères et sœurs, et un cancer au stade métastasé, j'en ai eu... le mois qui vient de passer j'en ai eu trois, trois cancers pulmonaires déjà... trop tard. Donc voilà, bon c'est pas sûr que le fait de les voir plus tôt euh, mais bon, je pense qu'on a un risque d'aller, comme les soins euh, certains sont, voilà, ne veulent pas de contrainte pour les soins, le fait qu'il faille attendre encore, qu'ils n'ont pas la réponse à leurs souffrances dans le mois qui arrive, ça peut être problématique oui. Moi c'est surtout ça.*

Moi : *Alors, question suivante.*

3.6 Selon vous, quels sont les points forts de la communauté de commune du Sud-Avesnois concernant l'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours pour votre patientèle ?

Dr : *On a quand même euh... il y a quand même, le positif c'est que pour ceux qui sont patients en salle d'attente, voilà, celui qui a possibilité de voir un médecin, quand même, tous les jours... à part moi cette année le jeudi, mais sinon...*

Moi : *Au niveau généraliste.*

Dr : *Oui généraliste.*

Moi : *Mais au niveau des spécialistes ?*

Dr : *Au niveau des spécialistes ? Bin on a encore un plateau euh... encore assez euh... pour l'instant on a un plateau varié quand même. On n'a pas besoin de faire des longues distances, on a quand même tout sur place. Et ça c'est quand même une qualité, quoi. Après bon, qu'il y ait un délai, je pense les délais on l'a un petit peu partout. Je pense que l'on a des soins de qualité... qu'on arrive à faire de qualité encore. C'est surtout ça, puis on a quand même ce qu'il faut, au niveau, justement on parlait de l'IRMN et du scanner mais ça on n'avait pas du tout auparavant, donc c'est quand même euh, c'est quand même des arguments... on peut faire de la bonne médecine ici ! Si on veut ! (rire) Je pense que les patients en sont conscients du fait qu'il faut... qu'il y a moyen de faire tous les soins sur place.*

Moi : *D'accord.*

Dr : *Hein donc euh, le problème là ce qui fait peur c'est... voilà s'il n'y a pas de remplacement des... Sinon pour l'accès aux soins, ils ont possibilité d'accéder. Et de toute façon pour l'urgence il y a... il y a un SMUR, qu'il n'y avait pas dans les années auparavant. Voilà il faut comparer peut-être, on a eu peut-être plus trop d'exigences à un certain moment, là on a... voilà, après on veut peut-être beaucoup de choses, on veut peut-être trop de choses il faut revenir sur des... des prestations beaucoup plus rationnelles peut-être. Je pense qu'on a*

peut-être un désir de soins dans l'immédiat, comme l'accès aux médias c'est rapide, internet tout ça, on voudrait qu'on puisse faire des soins en une heure, que tout soit fait, de la tête aux pieds...

Moi : *Du côté médecin ou du côté patient ?*

Dr : *Patient. Il y a peut-être des exigences qui ne sont pas du tout... Voilà c'est plus possible ça, enfin c'est pas possible, ça serait possible dans un monde idéal, sans... je pense qu'on a peut-être aussi, les patients ont des exigences qui sont... Ouais voilà je pense qu'il faut... Il y a des choses qui sont moins urgentes, d'où l'importance de pouvoir garder une médecine libérale, je pense que c'est important de pouvoir avoir un tri. Pour ne pas encombrer... Le problème il est un petit peu là je pense, comme on sera moins nombreux il y aura moins de tri, il y aura plus de... on va aller sur plus d'hospitalisations mais c'est... pour moi c'est évident. De toute façon, pour avoir été urgentiste à l'époque où ça allait à peu près, si il n'y a pas de tri en amont c'est... c'est ingérable aux urgences, mais bon... ça fait des heures d'attentes qui ne sont pas adaptées donc là... et là c'est pas, voilà, c'est pas... quand on est urgentiste on ne peut pas se permettre de... tous ceux qu'on voit on est obligé de... voilà, on... c'est qu'il y a une raison tout ça, mais s'il n'y a pas eu de tri donc du coup c'est une perte de temps. Donc là pour l'instant je pense, si le... en général, on reste encore médecins de familles à ce jour, le seul problème c'est pour les nouveaux arrivants que ça va être problématique, à la recherche de médecins traitants parce que ça va être compliqué dans les années qui arrivent mais bon, pour ceux qui ont leur médecin, il y a moins de problématique. Ça dépend euh, quel patient. Pour nouveaux patient, problématique, pour ceux qui sont déjà implantés, il n'y aura pas de souci. Mais là je vois des nouveaux arrivant, effectivement leur plainte, leur cri est beaucoup plus douloureux quoi on va dire, pour l'accès aux soins parce que... ils n'ont pas déjà le médecin référent et voilà. Donc là maintenant c'est le « médecin référent », est-ce qu'il faut rester sur la problématique du médecin référent, tout ça... Ou sinon euh, à revenir sur une meilleure répartition au niveau de la médecine en général peut-être. Ouais, mais je pense que... après, il faut qu'on ait tous la liberté d'installation, je pense aussi, tout en ayant ça ! Ça va être l'enjeu, de toute façon dans le futur, si on veut attirer dans la profession il faudra qu'il y ait pas trop de contraintes non plus. Je pense que là on a peut-être une sous-évaluation du... de la... soi-disant qu'on a jamais été nombreux au niveau professionnels de santé, bon là, personnellement, je... je suis un peu sceptique sur où ils sont alors ! De toute façon quand tu regardes les quartiers, les fromages tout ça, ils sont pratiquement tous répartis en milieu salarié quand même hein, en milieu hospitalier quoi. Il y a très peu en médecine libérale en tout cas. Donc là, il faut le reconnaître hein, qu'on ne voit pas beaucoup, beaucoup de choses à bord et comme nous, l'hôpital nous ici est plutôt déficitaire, il n'embauche pas spécialement, ou pas assez bien valorisé, je pense c'est un secteur où il faudrait une meilleure revalorisation de... bah de ceux qui travaillent hein surtout, des généralistes aussi bien que des spécialistes comme des hospitaliers pour les maintenir sur place. Je pense qu'il devrait y avoir, plutôt que de forcer les gens à s'installer il faudrait plutôt avoir je pense plus une prime dans les zones en sous-effectif. Ça serait beaucoup plus logique, attirer par le... Une diminution des charges aussi ! Je pense que ça serait beaucoup plus attractif, l'attractivité serait plus d'ordre financière, je pense pour ceux qui pourraient être intéressés. Parce que, avant je vois à la période de mon père, eux ils étaient plutôt en surnombre à un moment, et donc là ils se tiraient tous dessus donc je pense que c'est sur le côté financier que ça pourrait peut-être changer la donne. Et des pénalités à ceux... enfin pas pénalités mais charges plein pot pour ceux qui sont dans des endroits surpeuplés au niveau... et puis voilà. Ce serait beaucoup plus logique quoi.*

Moi : *D'accord.*

Dr : *Pour laisser la liberté, mais imposer à quelqu'un qui est en fac à tel endroit...*

Moi : *Alors justement, question suivante.*

3.7 Selon vous, quelles solutions seraient envisageables pour améliorer l'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours pour votre patientèle ?

Dr : *Pour ma patientèle ? Bah... Pour l'accès aux soins il faudrait... Surtout qu'il y ait une augmentation, ou au moins une stagnation des spécialistes, et s'il y a une baisse euh... s'il n'y a pas plus de professionnels euh, voilà la problématique est là, c'est qu'il faut plus de professionnels dans le secteur. Après c'est la distance, mais alors là ça veut dire, ça déporte le problème ailleurs. C'est avoir un transport, une prise en charge de transport pour les personnes sans ALD, grabataires tout ça, ça me semble euh... Voilà, s'il n'y a plus de structure de soin de proximité il faut bien quand même que derrière il y ait une prise en charge. Le problème va être là. Mais dans ce cas-là que dans la structure en question, ils puissent augmenter leur capacité de, de nombre voilà, ça va être euh... Pour reprendre l'exemple de l'IRMN, j'ai fait le tour, j'ai fait ... [ville à une heure de route], ... [ville à 40 minutes de route], ... [hôpital de proximité], j'ai fait même ... [autre ville à une heure de route] tout ça mais on s'aperçoit quand il y a... voilà ils sont tous avec des plannings blindés quoi... Après c'était peut-être une période aussi... Voilà. Et ça m'arrive quand j'appelle pour court-circuiter, j'appelle ... [hôpital à 40 minutes de route], le*

personnel secrétaire me dit « bah non, il va à ... [hôpital de proximité] le patient, il a ce qui faut à ... [hôpital de proximité] » (rire). Non je pense qu'il faut quand même qu'il y ait plus de professionnels, ça c'est sûr, parce que s'il n'y a pas plus de radiologues, pas plus de cardiologues, ça sera difficilement gérable.

Moi : D'accord, OK. Très bien.

Dr : Pour les patients je pense que c'est ça qui va être le plus important, que les structures en place restent en place, et que... ça c'est déjà un combat, je pense (rire), et puis qu'il y ait des spécialistes en nombre suffisant.

Moi : D'accord.

Dr : Là de toute façon ça va être flagrant dans les années qui arrivent là, pour notre secteur s'il n'y a pas de changement d'effectif là...

Moi : Alors, justement, dernière question.

3.8 De façon globale, quel est votre ressenti concernant la pérennité de l'offre de soins dans la CCSA ?

Dr : Eh bin mon ressenti... Il y a des espoirs, avec deux jeunes qui viennent d'arriver sur ... et ... [villages à 10 et 15 minutes de route] mais alors... la moyenne d'âge est pour autant de plus de 60 ans, moi je pense que dans 5 ans... s'il n'y a pas de changement supplémentaire ça va être une catastrophe là... Je ne conçois pas de travailler plus en tout cas. Il ne faudra pas me demander, moi ce qui me fait peur c'est ça c'est que... là jusqu'à maintenant on a toujours dit « bin oui on peut toujours faire plus », et moi là je suis dans une situation où je pense que je suis arrivé à mes limites et moi c'est... je sais que je peux faire plus mais il est hors de question que je fasse plus, je tiendrais pas le... Je pense que je pouvais faire deux fois plus à vingt ans, trente ans, il n'y a pas de soucis, mais là non, là je pense que... Et moi l'optique d'être toujours le plus jeune dans ma ville, finalement, m'interpelle, parce que là ça fait quand même euh... 20 ans et je m'aperçois en 20 ans il n'y a pas eu... Donc il y a des changements positifs sur les autres secteurs où c'était la grande crise où il n'y avait plus personne, il y a quand même quelqu'un qui est arrivé, mais... Donc ça donne l'espoir quand même mais... Au pro rata ils étaient trois, il n'y en a qu'un hein, donc c'est quand même... Bon il a les reins solides mais il ne faut pas qu'il y ait de soucis, j'espère qu'il arrive à se faire... bon là il arrive à avoir de temps en temps quelqu'un mais, je pense euh, la problématique sera là, c'est surtout le... La vue globale n'est pas tellement optimiste, si on... alors on voit que nos structures ont des difficultés, la clinique est gérée de façon différente ça a causé des soucis dernièrement, l'hôpital aussi, ils vont certainement changer de direction mais bon, on a... Plus nous on est défaillants et plus eux ils ont intérêt d'être supérieurs dans la possibilité de prendre en charge les soins donc euh... Là ça n'a pas été le cas ces dernières années donc là le ressenti global est pas positif pour l'instant. Même si je suis de nature optimiste je... je pense qu'on est quand même sur une phase de déclin, faut le reconnaître. Est-ce qu'on va vraiment avoir les bons comportements au niveau politique pour la santé, là ça c'est encore un vaste débat. Et surtout l'augmentation des pathologies diabétiques, dépressives, globales quoi, et puis les démences. Moi je pense qu'il y a plus de patients poly-médicalisés qui posent de plus en plus de nécessité de soins c'est surtout ça ! Besoin de plus de soins, des soins plus lourds, en maisons de retraite les soins sont beaucoup plus lourds enfin... On a l'impression qu'on a de plus en plus de soins plus lourds et qu'on est moins nombreux donc là... Moi j'suis sûr je suis proche de la démission dans certains domaines. Tout ce qui est domicile, j'ai l'impression que je vais larguer. Y a que ma patientèle qui pourra y accéder, mais tout venant, je pense que je vais mettre des barrières de plus en plus grandes.

Moi : D'accord.

Dr : Donc ça je sais que je vais... Certainement faire des mesures de protection personnelles (sourire), comme des défenses, avec impossibilité d'accéder euh... Donc moi la solution Doctolib où il n'y a que une plateforme, on prend son rendez-vous et puis plus possibilité d'autre, de joindre, ça ne me convient pas intellectuellement mais je pense que c'est peut-être une solution. Alors pour passer le pas j'ai un petit peu de mal, parce que pour l'instant j'ai un secrétariat médical mais... Voilà, donc je pense oui si je vois qu'on a... J'irai pas au-dessus de mon niveau actuel d'activité, je... Au contraire, être plus light pour pouvoir prendre le temps. Sinon ça ne m'intéressera plus. (rire tendu) Voilà.

Moi : Bon je crois qu'on a fait le tour ?

[NB : après avoir coupé le dictaphone, le médecin interviewé me parle des difficultés de communication avec l'ARS, je rallume le dictaphone avec son autorisation.]

Dr : *La problématique actuellement c'est qu'il n'y pas de retours et que les personnes concernées, c'est surtout ça, que les personnes concernées ne sont pas interrogées. Là pour l'ARS l'histoire des gardes là, on n'a jamais été concertés. Moi on m'a donné le bébé de m'occuper des gardes en début d'année là, et Dr ... il avait dû voir passer un mail comme quoi c'était pour notre poire de gérer tout ça, qu'y avait certainement une fusion des secteurs je pense qu'il avait dû voir ça. J'ai reçu qu'un mail avant les vacances en disant qu'on était rattachés avec ... [ville de l'Aisne à 15 minutes de route], après en revenant de vacances, c'était ... [ville du Nord à 20 minutes de route] et là on nous met avec ... [ville de la CCSA à 15 minutes de route]. On a l'impression que c'est géré par des... voilà ils s'amuse avec une carte, mais de toute façon c'est comme ça hein ! De toute façon ils sont venus, ils avaient une carte, « ah bah vous voyez là le secteur... » Nous les secteurs le problème, je leur dis, vous voulez nous rattacher à des secteurs mais on ne sait même pas à quoi ça correspondait ! AV 21, nous on est AV13, AR21, ou des trucs comme ça, moi j'dis vous me dites ça, nous on sait même pas l'étendu de leur secteur, donc euh... Là c'est Dr ... [médecin généraliste de a CCSA] qui avait raison, il dit « on a les forêts qui sont des frontières naturelles ! » on part vers ..., on perd 10 minutes de trajet où il n'y pas une baraque, et voilà ça fait 20 minutes aller-retour, donc après oui, donc le problème c'est, là actuellement, on en a terminé qu'on est hors de question qu'on étende notre secteur donc nous on ne bougera pas de notre position concernant notre secteur qui pour nous était déjà agrandi, puisque avant on avait déjà grandi le secteur de notre propre chef à l'époque, lors des réunions de garde. Et euh maintenant puisqu'ils ont doublé à un endroit, maintenant il faut fusionner 2 secteurs partout dans les Hauts-de-France... absurdité quoi, ça... ça marchait très bien comme ça, alors du coup déjà, il y avait une grosse perte de motivation, en plus on laisse comprendre à tous que c'est sur la base du volontariat, pour moi c'est... soit les gardes sont obligatoires soit... mais pas le volontariat, c'est pas normal que nous on fasse les gardes et ... voilà Dr ... il arrête les gardes, Dr ... aussi, Dr ... aussi... Alors là c'est fini, quoi, je veux dire, il faut arrêter quoi, on va pas être trois, quatre pelés à faire des gardes hein. Moi c'est hors de question de toute façon. Donc voilà, on va plus faire de garde, donc l'accès aux soins sera un peu plus compliqué !*

NB : Après avoir rangé mes affaires et avant de sortir du cabinet, le médecin interviewé me dit qu'il a oublié un point concernant les points forts de la CCSA concernant l'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours : la présence d'une équipe de gériatres jeune, compétente et facilement disponible dans un hôpital de la Communauté de Communes du Cœur de l'Avesnois à 20 minutes de route.

Entretien 10 :

3.1 À l'heure actuelle, quelles sont les spécialités médicales hors médecine générale qui posent des difficultés d'accès à votre patientèle ?

Dr : Hématologie. Ophtalmo. (quelques instants de réflexion en parcourant la liste des spécialités concernées) En sachant que... en allant loin on y arrive. C'est surtout ça, après bon, en se déplaçant il n'y a pas trop de problèmes.

Moi : D'accord, donc vous dites ophtalmo et... le premier que vous aviez dit ?

Dr : Hémato. Là j'ai des problèmes, pour l'hémato.

Moi : D'accord.

Dr : Je sais pas si c'est sur votre liste l'hémato.

Moi : Non, ça n'était pas considéré comme soin secondaire...

Dr : Bon, parce que après, néphro on a ce qu'il faut à ... [ville à 40 minutes de route], dermato... gériatrie bon, pas besoin, rhumato, comme euh... vous connaissez tous les correspondants par ici ? Bon Dr ... [rhumatologue] ça va assez vite. Euh, ORL... c'est ... [ville à 40 minutes de route], uro ça va, neurologie, euh... pfff... si vous considérez qu'aller sur ... [ville à une heure de route] c'est pas un problème, je dis que ça n'est pas un problème, pour avoir un rendez-vous de neurologie... Voilà, bon, on reste là-dessus.

Moi : D'accord. Donc vous avez l'impression que la distance est quelque chose d'acceptable, de faire de la distance...

Dr : Ouais finalement ça n'est pas trop un problème.

Moi : D'accord. La distance ne pose pas un soucis dans l'accès aux soins pour les patients.

Dr : Spontanément comme ça je dirais que c'est pas trop un problème.

Moi : D'accord. Question suivante ?

3.2 À l'heure actuelle, quelles sont les spécialités médicales hors médecine générale qui ne posent pas de difficulté d'accès à votre patientèle ?

Dr : Celles qui ne posent pas de problème du tout ? Bah pneumo il n'y a pas de problème, euh c'est-à-dire maintenant tout part sur ... [ville à 40 minutes de route] en gros. En dermato il n'y a pas trop de problème il y a Dr ... [dermatologue dans la CCSA], rhumato ça va assez vite, ORL ça va encore assez vite si on va sur ... [ville à 40 minutes de route], urologie il y a du délai mais s'il y a vraiment quelque chose d'important Dr ... et Dr ... ils sont sympas ils prennent vite. Neurologie... moyen, on va dire. Pneumo avec Dr ... il n'y a pas de soucis, diabéto si... on n'est jamais dans le cadre de l'urgence et s'il y a urgence sur ... [ville à 1h30 de route] j'arrive à m'arranger, pareil pour gastro-entéro. Quand on prend le... quand on s'occupe soi-même des rendez-vous on arrive toujours à avoir rapidement. Surtout avec certains correspondants. Sans quoi euh... j'ai deux correspondants spécialistes sur qui j'ai toujours pu compter pour avoir des trucs très rapides, Dr ... [pneumologue à 40 minutes de route] et Dr ... [chirurgien général dans la CCSA].

Moi : D'accord.

Dr : Là j'ai toujours pu compter sur eux c'est... deux correspondants tu passes un coup de fil ils... Enfin voilà, petite apartée.

Moi : Alors, question suivante.

3.3 Selon vous quelles seront les spécialités médicales hors médecine générale qui poseront des difficultés d'accès dans 5 ans ?

Dr : Ophtalmo... (quelques secondes de réflexion). Une difficulté... c'est toujours pareil ça dépend de... vous prenez la distance en compte ou pas ?

Moi : Oui, on prend la distance en compte, mais uniquement le ressenti, c'est le ressenti du patient, par rapport au ressenti, donc si vous vous avez l'impression que la distance n'est pas...

Dr : La distance oui ça va les embêter mais ils vont la faire tout de même ! De toute façon ils ont pas le choix donc euh... Et après le ressenti c'est... on est dans le subjectif. Ophtalmo ils ont besoin parfois de contrôles réguliers, donc leur demander de se déplacer loin de façon régulière euh... ça pose peut-être plus un problème. Diabéto il n'y a pas besoin de rendez-vous fréquents, pneumo bon je vous dis, il y a ce qu'il faut. Bon je... comme ça je mettrais ophtalmo en premier, par ici.

Moi : D'accord. C'est tout ?

Dr : Oui, en considérant que l'on a à peu près tout ce qu'il faut sur ... [ville à 40 minutes de route]. Ah oui, aussi tout ce qui est imagerie là on n'a pas de problème, je trouve qu'on n'a pas de problème pour tout ce qui est imagerie.

Moi : D'accord, question suivante.

3.4 Selon vous, quelles sont les causes des difficultés d'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours pour votre patientèle ?

Dr : C'est-à-dire ?

Moi : Pour les spécialités qui posent problème, quelles sont les causes de ce problème, globalement ?

Dr : (Quelques secondes de réflexion) Bah, si on prend le problème de l'ophtalmo, on avait un ophtalmo qui est parti à la retraite, il en faudrait trois pour le remplacer celui-là... Bon, ce qui n'a pas été le cas, on en a un qui est parti de ... [ville de l'Aisne à 15 minutes de route] aussi donc ça fait un gros trou d'un coup. Après, qu'est-ce qu'on pourrait dire d'autre ? Vous pouvez être un petit peu plus directif dans vos questions ?

Moi : En gros, dans les causes des difficultés d'accès, on peut les répartir en plusieurs axes, l'axe purement d'organisation médicale, l'axe de l'organisation géographique du territoire, et puis également l'axe politique de la

gestion globale et médicale. Quelles sont les causes des problèmes d'accès à ces spécialités ou aux spécialités qui poseront problème dans 5 ans pour votre patientèle ?

Dr : Bah, le problème d'accès de toute façon c'est... il est lié uniquement au problème de distance. Si la distance n'est pas un problème alors il n'y a pas de problème d'accès aux spécialités.

Moi : Alors, selon vous quelle est la cause du manque de médecins en proximité ? Quelles peuvent être les causes ?

Dr : Bah c'est le manque d'attractivité de la région ! Tout ce qui est éloigné des grands centres , c'est pas attractif, mais quel que soit l'endroit de France c'est partout pareil !

Moi : Ce n'est pas propre à notre territoire.

Dr : Non je ne pense pas. Non non. De toute façon, bon, il y a beau y avoir du mouvement, l'avenir des petites villes, c'est très sombre hein, faut pas se faire d'illusion. Et on fera pas marche arrière ! Mais c'est pas une thèse personnelle, c'est parce que j'ai dans la famille des gens qui sont intéressés par ce genre de problèmes, tout ce qui est petite ville, ville moyenne, ça n'a pas beaucoup d'avenir en France hein, et on ne fera pas marche arrière.

Moi : D'accord. Donc un problème d'attractivité ?

Dr : Oui. Peut-être aussi la féminisation de la profession, qui fait que... ce sont toujours les grands centres qui resteront attractifs, ça c'est toujours les mêmes euh...

Moi : Par rapport à quoi ? Qu'est-ce qui les rend plus attractifs, par rapport à la féminisation ?

Dr : Bah, une femme veut pouvoir s'occuper de ses enfants, en même temps que d'exercer son métier, donc il vaut mieux y avoir toutes les facilités d'une grande ville à disposition que de venir se perdre dans notre ville, ou autre !

Moi : D'accord. Très bien. Et donc ce n'est pas propre au territoire.

Dr : Non je ne pense pas que ce soit propre à notre région, c'est comme ça, ça va être comme ça dans toutes les zones de France hein, dans toutes les zones isolées des grandes villes ça va être pareil !

Moi : Alors, question suivante.

3.5 Selon vous quelles sont les conséquences des difficultés d'accès aux soins médicaux ambulatoires pour votre patientèle ?

Dr : Reposer votre question.

Moi : Alors, selon vous quelles sont les conséquences ou quelles seront les conséquences des difficultés d'accès aux soins médicaux pour votre patientèle, concernant les...

Dr : Je ne sais pas s'il y aura des conséquences parce qu'il faudra trouver un autre système de... de médecine peut-être plus euh... justement investir sur les moyens de transport plus faciles euh, moi je vois ça.

Moi : D'accord. Donc ça ce serait les solutions envisageables.

Dr : Oui je vois que ça, parce qu'on va pas...

Moi : Mais justement donc si... s'il n'y a pas ces solutions qui sont trouvées, quelles conséquences y aurait-il sur euh...

Dr : Ah mais si on peut pas déplacer les personnes il n'y a pas de solution hein, je vois pas, moi personnellement je vois pas. Les histoires d'aménagement du territoire, forcer les gens à s'installer là et là euh... Ce serait pas faisable. Ou alors on fait une médecine salariée pour tout le monde et puis on impose comme aux enseignants « vous, vous allez là, vous, vous allez là vous, vous allez là ». Je crois pas que la population médicale soit prête à accepter ça... Et bin... ce serait à refaire... moi je ne sais pas si j'accepterais pas... Je sais pas. Mais bon le problème ne se pose pas.

Moi : Donc pour revenir au niveau des conséquences, sur la prise en charge des patients, sur leurs soins, est-ce qu'il y a des choses que vous...

Dr : Les conséquences, à partir du moment où ils sont pris en charge, que ce soit à 1à kilomètres ou 100 kilomètres, ça ne change pas grand-chose, enfin je pense ! Personnellement, pour mes yeux je vais à ... [ville à 1h30 de route], je veux dire j'ai pas de problème pour me déplacer non plus, donc... si je suis encore là dans trente ans, est-ce que... (rire)

3.6 Selon vous, quels sont les points forts de la communauté de commune du Sud-Avesnois concernant l'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours pour votre patientèle ?

Dr : Les points forts du territoire ?

Moi : De façon globale. Médicale comme géographique, comme politique.

Dr : Point fort par ici ? (quelques secondes de réflexion) Je ne vois pas de point fort particulier ! Comme je ne vois pas de point faible par rapport à des villes équivalentes situées à des zones éloignées des grands centres partout en France ! Ni plus ni moins. Après il y a le petit côté réputation de notre ville pour les gens qui sont pas de la région, ce n'est pas une image extraordinaire quoi...

Moi : Par rapport à quoi ?

Dr : Socialement. Ça peut être un petit point faible pour attirer. (quelques secondes d'attente active)

Moi : Rien d'autre de particulier, à ce niveau-là ?

Dr : Non.

Moi : Alors, question suivante.

3.7 Selon vous, quelles solutions seraient envisageables pour améliorer l'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours pour votre patientèle ?

Dr : J'ai aucune idée d'une solution, je ne vois pas de solution. Ou alors on impose l'installation des spécialistes à proximité, mais ça, ça n'en prend pas le chemin. Mais je ne vois pas de solution. (attente active)

Moi : Dernière question ?

Dr : Oui.

3.8 De façon globale, quel est votre ressenti concernant la pérennité de l'offre de soins dans la CCSA ?

Dr : À proximité ?

Moi : Pour les patients de la CCSA.

Dr : Bah je crois que ça va se dégrader. Ça va se dégrader. Mais ce n'est pas spécifique au sud-avesnois, vous ne redynamiserez pas les villes moyennes en France ! Vous pouvez faire ce que vous voulez vous n'y arriverez pas. C'est mort. (Quelques secondes d'attente active)

Moi : Très bien.

Dr : Moi je ne suis pas d'un naturel optimiste non plus hein ! (rire) Bon.

Moi : Est-ce qu'il y a quelque chose que vous voulez rajouter par rapport à tout ça ?

Dr : Non...

Moi : Rien de particulier ?

Dr : Non.

Entretien 11 :

3.1 À l'heure actuelle, quelles sont les spécialités médicales hors médecine générale qui posent des difficultés d'accès à votre patientèle ?

Dr : *Ophtho, dermatologue, angiologue, et actuellement on arrive tellement peu à avoir de rendez-vous que l'on téléphone en Belgique, et ça va plus vite. Enormément plus vite. À ... [ville belge à 15 minutes de route]. Et pneumologue aussi. Bon neurologue, n'en parlons pas c'est 6 mois la neurologie là. Cardio ça va, cardio pour l'instant on n'a pas de soucis encore. Diabétologue on a des petits soucis aussi, pour les diabétiques. En fait c'est un peu en fonction aussi de l'offre de soin.*

Moi : *D'accord, est-ce qu'il y en a d'autre ?*

Dr : *Bah la cardiologie c'est un mois en général, euh... La gynécologie on a des soucis.*

Moi : *D'accord, très bien.*

Dr : *La psy aussi, on a des soucis. Ouais il y a pas mal de spécialités finalement.*

Moi : *Alors, question suivante.*

Dr : *Alors, ça s'aggrave en fait. Il y a une tendance à l'aggravation progressive. Pour la durée hein, pour la prise de rendez-vous. Moi je pense.*

Moi : *D'accord.*

3.2 À l'heure actuelle, quelles sont les spécialités médicales hors médecine générale qui ne posent pas de difficulté d'accès à votre patientèle ?

Dr : *La cardiologie. L'ORL. Rhumato ça va encore. La gastro ça va encore. Et... il y avait gériatrie bon... Qu'est-ce qui pose problème, gériatrie ce sont des délais d'un mois, cardio quelque fois un mois, est-ce que c'est encore raisonnable ça ?*

Moi : *C'est selon l'avis des patients. Selon le ressenti des patients.*

Dr : *Bin quand c'est ça les patients viennent me voir pour que je prenne rendez-vous moi-même parce qu'ils ne s'en sortent pas !*

Moi : *D'accord, très bien. Question suivante ?*

3.3 Selon vous quelles seront les spécialités médicales hors médecine générale qui poseront des difficultés d'accès dans 5 ans ?

Dr : *Toutes... La gastro, la dermatologie, l'ophtalmo, l'ORL, l'endocrinologie, la gynécologie ça devient terrible ça aussi. L'ophtalmo, maintenant ils vont voir les personnes qui achètent des lunettes en haut pour pouvoir faire l'examen pour changer de lunettes, là on n'a plus rendez-vous nous.*

Moi : *Sans passer par l'ophtalmo.*

Dr : *Voilà, c'est ce qui se passe. L'ophtalmo et puis l'ORL là tout de suite là. Il faut un an, un an et demi là en ce moment. Mais il y a des départs en retraite donc euh... et puis ils ne sont pas remplacés !*

Moi : *Alors justement, question suivante.*

3.4 Selon vous, quelles sont les causes des difficultés d'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours pour votre patientèle ?

Dr : *Il n'y en a plus assez, donc les spécialistes refusent de nouveaux patients. C'est ce qu'on entend actuellement. Départs en retraites, pas remplacés.*

Moi : *Très bien.*

Dr : *Il y a un turn over trop important aussi, des spécialistes hospitaliers.*

Moi : *Et donc selon vous quelle est ou quelles sont les causes du manque de remplacement de ces médecins qui partent en retraite ?*

Dr : *Faut leur demander ! (rire) Le territoire...*

Moi : *Par rapport à quoi le territoire ?*

Dr : *Le territoire a été désindustrialisé totalement donc, la cause majeure c'est qu'ils n'offrent plus de prévisions à long terme pour la personne qui vient, c'est-à-dire, au niveau du couple, bon bah c'est évident que si la femme n'est pas médecin et qu'elle doit se trouver une activité bah elle peut pas, elle peut pas. Il y a cette désindustrialisation... on a abandonné un peu le territoire, quoi qu'on dise. L'éloignement par rapports aux pôles universitaires, il y a ça... L'éloignement, le territoire... il est plus attractif. Il aurait fallu baser le concours du numerus clausus sur... afficher les postes réservés à des étudiants qui commencent leurs études de médecine qui sont d'un territoire donné, alors, accorder par exemple pour la région de Fourmies, la région avesnoise, la région de Maubeuge, dire, au numerus clausus il y aura forcément, même si c'est pas les meilleurs au départ, parce que ces gens-là reviennent après dans leur territoire, dans la famille une fois qu'ils sont médecins. Ça ça a jamais été pensé. À mon avis euh... j'suis ici parce que je suis de la région d'Avesnes !*

Moi : *Donc qu'il y ait un nombre de place précis pour telle ou telle région. C'est ça que vous voulez dire.*

Dr : *Comme on a fait avec les permanences de soins où on a fait des tranches, on a découpé le département en morceaux, et dire « bah pour l'Avesnois il y aura, par tant d'habitants, il faudra tant de généralistes, ou tant de spécialistes » et dire « on accorde au numerus clausus tant de places pour cette région-là, dans les inscrits ». Et malheureusement s'il y a 500 Lillois qui sont avant euh... tant pour les Lillois mais tant pis il y aurait eu des gens qui auraient été moins bien notés mais qui auraient été admis euh... voilà quoi. C'est moche mais... que de dire « maintenant on va peut-être contraindre les médecins à aller dans des territoires », restreindre cette liberté d'installation. C'est dès le départ qu'il vaut mieux que les gens sachent. Imagine toi, que tu sois spécialiste et qu'actuellement on te dise euh... « sur la région de Nantes c'est fini vous irez pas, la région Alsace vous irez pas, la région de... » bon c'est quand même un manque de liberté quoi... Si le problème était posé dès le départ euh...*

Moi : *D'accord, très bien. OK.*

Dr : *Donc là je parle en tant que généraliste mais aussi en tant que... parce que ce sont d'abord des médecins, ils vont faire une spécialité après hein, voilà quoi. Que de connaître des spécialistes qui viennent simplement pour dire de commencer, avoir un petit d'argent, en fait c'est un peu comme du remplacement, et puis ils partent... Quatre urologues en 5 ans c'est quand même bizarre ! Quatre chirurgiens digestifs en... pfff. Ça arrête pas... Enfin, le temps d'installation comme Dr ... [chirurgien général de la CCSA] je crois que c'est...*

Moi : *Et selon vous, justement, il y a-t-il une cause autre que ce que l'on a évoqué par rapport à ce turnover qui est trop important ?*

Dr : *Le fait que ça ne peut pas apporter au couple, par exemple à la personne en couple, un travail... Je pense que la culture également pour les enfants, il y a les déplacements pour les enfants ça, ça a un coup. Ça coûte quand même plus cher pour nous de faire des études que si on était natifs de Lille, il faut utiliser le moyens de transport, prendre des logements là-bas... Moi j'ai bien connu ça avec mes enfants hein ! Y a ça... La campagne attire moins. C'est tout.*

Moi : *Très bien. Question suivante ?*

3.5 Selon vous quelles sont les conséquences des difficultés d'accès aux soins médicaux ambulatoires pour votre patientèle ?

Dr : *Beaucoup plus d'hospitalisations, d'entrées directes via les urgences. On ne peut pas tout gérer soi-même, quand on n'a pas d'avis spécialisé. Un coût aussi hein, ça a un coût hein je vois, en bons de transports et tout là, ici on a un problème quand même on niveau des transports personnels des patients, beaucoup de gens n'ont pas de voitures, n'ont pas de moyen de transport personnel. Donc ils ne veulent pas se faire soigner. Par exemple la dermato à ... [ville à 40 minutes de route] ils peuvent pas y aller, à ... [ville à une heure de route] ils ne peuvent pas y aller... Le plus grave c'est qu'ils ne veulent pas se faire soigner, parce que c'est trop loin, il n'y a pas de spécialiste proche. Un exemple, une femme suivie d'habitude à ... [ville à une heure et demi de route] pour une sclérose en plaques, elle a refusé, il y a eu des restrictions au niveau de la sécu parce que... elle était encore jeune, elle a une voiture mais elle n'allait jamais si loin, il y a des gens qui ne savent pas aller en ville*

hein ! Et bin elle a arrêté sa biothérapie parce qu'elle n'avait plus les moyens d'aller là-bas. Les bons de transport ont été refusés parce qu'elle marchait, elle avait trente et des ans, et si on la mettait en ville elle était perdu, le problème. Elle a changé de médecin, elle a réussi à trouver un type qui lui a mis des bons de transport. C'est un exemple. Bon enfin après on ne va pas sortir tous les exemples mais... Voilà.

Moi : Très bien.

Dr : Ça a un coup hein... Il faut savoir que ça a un coup d'être comme ça au fin fond du territoire... J'estime qu'on est beaucoup moins sécurisé dans notre activité professionnelle. On prend beaucoup plus de risques maintenant.

Moi : En tant que médecin généraliste dans le cabinet.

Dr : Oui, quand on n'a pas ce support que l'on avait auparavant. Il y a un risque. Un risque judiciaire quoi.

Moi : Parce que vous avez la sensation...

Dr : Moi je peux comprendre qu'on ne veuille pas s'installer ici, si on n'a pas la sécurité par le biais de la spécialisation, qu'elle soit en libéral externe ou en hospitalier.

Moi : Très bien, d'accord.

Dr : Il y a trente ans je décrochais mon téléphone j'avais Dr ... [cardiologue], le jour même, le patient était pris. Même entre ses patients. Il n'y a plus cette volonté de la part des cardio de travailler comme ça. Ou d'autres spécialités. Donc on se débarrasse via les urgences. Ça pourrait parfois être évité parce que on a la certitude que les patients n'ont pas quelque chose de grave, mais... il y a des symptomatologies qui demandent euh... qu'est-ce qu'on fait ? On le garde ou... on l'envoie aux urgences ? Puisqu'on n'a pas de cardiologue ? On fait quoi ? Même en chirurgie, même au niveau de la chirurgie. Bon...

Moi : Très bien. Alors, question suivante.

3.6 Selon vous, quels sont les points forts de la communauté de commune du Sud-Avesnois concernant l'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours pour votre patientèle ?

Dr : Des points forts à apporter ?

Moi : Des points forts qui sont présents.

Dr : Qui sont présents ? (Quelques secondes de réflexion) Ce qu'on a créée, les maisons de santé. Ça rompt l'isolement du généraliste. Surtout si on a déjà un isolement par rapport aux recours aux soins de deuxième intention. C'est psychologiquement beaucoup moins stressant. Je pense qu'en solo, il faut l'avoir connu pour arriver à le pratiquer maintenant. Mais... en arrivant comme ça ici je mets quelqu'un à ma place euh... J'ai déjà vu des remplaçants partir, au bout de deux jours, hein. C'est la panique, totale. Je te remplis une consultation comme lundi, quarante personnes, debout dans le truc là... Pour ça c'est parce qu'il y a moins de gens, moins de médecins, quarante personnes debout dont dehors et tout et tu mets là quelqu'un qui arrive, tout en prenant le téléphone qui sonne toutes les minutes ! C'est un travail de malade. Ou alors il faut laisser tomber plein de choses. Qui en sortant demandent encore des certificats, et puis on passe un temps... Les points forts, il faudrait créer de nouveaux postes, qui dégagent complètement le médecin de l'administratif, que ça ne relève plus de notre sort, les arrêts de travail, toute cette pression administrative, qu'on fasse que du médical, examen, traitement, envoyer aux spécialistes certes, mais qu'on ne gère pas les arrêts, qu'on ne gère plus tout ça. Qu'on ne gère plus les MDPH, on passe un temps fou. Là il y aurait quatre heures de travail en moins de libre, et là peut-être que les gens ils seront bien... dans leur travail. S'il y a un manque de médecins on va être obligé d'y arriver parce que... J'estime que l'on n'a pas à faire tout ça le samedi après-midi, le dimanche, ou le soir en rentrant chez soi. Voilà. Et puis après, ici, permanence des soins, tu ne m'as pas demandé mais... Ça ça me fout en boule on a tous nos jeunes confrères qui ne veulent plus faire de garde il se sont exemptés, et puis on a des médecins plus âgés qui travaillent. La semaine dernière j'ai fait deux soirs, et le weekend encore en plus. Pfff... Non mais c'est pas évident ! Alors, ou on vit pour le travail, pour la médecine, ou sinon c'est compliqué. Ça va mieux hein, ça va mieux depuis qu'il y a une maison de santé, mais il était temps.

Moi : D'accord, alors justement, question suivante.

3.7 Selon vous, quelles solutions seraient envisageables pour améliorer l'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours pour votre patientèle ?

Dr : *Alors ça ce dont j'ai parlé c'est pour nous, c'est pas pour le second recours hein. Ça permettrait, d'être assisté ça permettrait de libérer du temps pour avoir recours euh... parce que en fait on nous demande d'être en relation avec tout le monde hein, c'est pas seulement avec des spécialistes comme ça, ce sont aussi la psychologue, l'assistante sociale qui téléphone, c'est plein de choses, la sécurité sociale... on est le pivot. On est là, c'est un 360 degrés je veux dire. Le questionnement par rapport à notre rôle vis-à-vis des patients. Il n'y avait pas ça avant. Le généraliste, avant, il était dans une bulle où personne ne pouvait le toucher. Maintenant euh... faut s'expliquer sur tout. Sur tout. On a créé beaucoup de professions paramédicales qui font appel au généraliste. Beaucoup de professions paramédicales qui n'existaient pas avant. Mais qui nous interpellent directement. Alors qu'avant... C'est une chance pour le patient, parce que il est vu dans sa globalité, alors qu'avant il n'était pas vu comme ça. Il y avait beaucoup de déficience par rapport à maintenant. On ne peut pas dire qu'il soit moins bien soigné. Dans la prise en charge globale c'est beaucoup mieux. Mais par rapport au métier de médecin généraliste il faut être partout sur tous les fronts. Il y a trente ans, il y avait plein de choses euh... on n'envoyait pas le gosse chez l'orthophoniste, on n'envoyait pas chez la psychologue. Le généraliste il était là un peu pour tout faire, mais faire mal, sans doute, je pense, c'est quand même assez spécialisé tout ça...*

Moi : *Alors, pour revenir...*

Dr : *Donc, se libérer du temps pour pouvoir avoir beaucoup plus de correspondance avec les spécialistes de deuxième recours, que ce soit comme on fait finalement au niveau de la carcinologie, une concertation.*

Moi : *Très bien.*

Dr : *Je pense plus qu'on peut être isolé, travailler en isolement. Donc le malade il n'est pas forcément plus mal pris en charge. Dans sa globalité, au vue du panorama, parce qu'il y a un gros panorama qui est offert en fait, par les paramédicaux, qu'il n'y a pas forcément par les spécialistes. Il n'est pas forcément difficile de trouver un kiné, un orthophoniste, ça va encore. C'était bien plus compliqué par le passé.*

Moi : *D'accord.*

Dr : *Donc rendre le territoire attractif. Et comment le rendre attractif euh... Y a des choses que j'aime pas beaucoup, par contre, c'est donner comme ça de l'argent parce que tu vas t'installer là... cinquante-mille euros, cent-mille euros... on a qu'à le faire au boulanger alors à ce moment-là, y a plus de boulangerie dans le village, on a qu'à le faire au boucher qui s'installe, ils ont plus de difficultés que nous hein ! Je trouve ça lamentable, vraiment lamentable. On serait un métier en difficulté euh... Transporteur il gagne 10 euros de l'heure, transporteur, un chef d'entreprise routier... 10 euros de l'heure, il a du mal, il faut qu'il assume tout son truc. Pourquoi on ne lui donne pas une somme pour s'installer, à toute entreprise à ce moment-là ! Qu'on subventionne tout bah, ça va être facile. Mais... ou les défiscalisations dans certaines zones, comme on a fait, je connais deux personnes qui ne payent pas d'impôts dans un secteur qui est dévitalisé alors que nous on n'a pas été reconnus hein on l'était à un moment donné il n'y a pas longtemps, mais nous on paye nos impôts ! On crée des niches fiscales médicales en fait. (rire) Bon voilà tout ce que je peux te dire, après ça c'est des critiques hein tout ça, ça n'apporte pas des solutions mais... Bon les maisons de santé sont indispensables. Ça a un coût, mais c'est normal.*

Moi : *D'accord, question suivante.*

3.8 De façon globale, quel est votre ressenti concernant la pérennité de l'offre de soins dans la CCSA ?

Dr : *C'est très simple, quelques ennuis à venir qui vont être passager, mais après ça va être passager. Je pense que... dans cinq ans ça ira mieux, il va peut-être y avoir une inversion de la démographie médicale... Ou alors je sais pas... Ce que recherche les spécialistes. Parce que là c'est les spécialistes en fait ?*

Moi : *Là c'est... la dernière question que je pose c'est de façon globale, c'est vraiment « l'offre de soin dans la région ».*

Dr : *Il faudrait demander aux spécialistes « pourquoi ? » Qu'est-ce qu'ils répondent eux ? Les motivations doivent plus être les mêmes que celles qu'ont connu Dr... [chirurgien orthopédiste dans la CCSA], Dr... [chirurgien général dans la CCSA], je pense qu'il y a quelque chose qui a changé. Il faudrait développer les plateaux techniques, mais on ne va pas vers ça, on n'aura jamais les mêmes plateaux techniques que dans les grands centres.*

Après avoir coupé le dictaphone, le Dr me parle de quelque chose d'intéressant : selon lui il existe un désinvestissement des familles concernant les transports :

Dr : *Au niveau des transports, si on a besoin d'un rendez-vous par exemple à ... [ville à une heure de route], même plus près, il n'y a pas un fils qui va dire euh... ou alors ils prennent la notion que « moi je travaille, j'ai pas le temps d'emmener mon père, ma mère chez le spécialiste, chez l'ophtalmo. » On a attendu beaucoup de la société pour la prise en charge, par la sécu, que tout était un du. Que tout était du quoi, voilà, c'est ça. Pendant un certain temps on a été trop laxistes. On a tout accordé, et c'est resté dans la tête des gens... Tout leur est dû.*

Moi : *D'accord... Bon.*

Dr : *Bah je sais pas ce qu'on peut apporter comme autre notion...*

Moi : *S'il y a quelque chose que vous voulez rajouter...*

Dr : *Bah il y a le départ des séniors qui fait que s'ils ne sont pas remplacés... on voit très bien en ophtalmo, en ORL, tout ça... Si on ne veut pas être obligé d'aller chez un spécialiste très loin, c'est évident que... c'est normal qu'il y ait des difficultés. C'est simple hein, on a supprimé les pompes à essence des villages, il a fallu aller plus loin pour aller... on a supprimé les petits commerçants, on a créé des centres beaucoup plus gros bah il faut aller plus loin ! Et ça, ça a un coup aussi, c'est plus difficile !*

Moi : *Très bien.*

Dr : *Moi je pense que c'est aux spécialistes a travailler ensemble, à faire un peu comme les infirmières font ici, par exemple le lundi matin c'est moi, mais lundi après midi je ne bosse pas, je suis relayé par toi... C'est la seule façon, il y a moyen de gagner sa vie, tout en prenant du temps. Les spécialistes n'ont sans doute plus envie d'être figé là, comme Dr ... l'a fait par exemple. Il y a des patients, donc il y aurait moyen de gagner sa vie, tout en divisant ses journées en deux. C'est une optimisation du temps de travail. Parce que ce qu'on nous a demandé pendant un moment c'était de faire les trois huit quoi... C'est plus concevable. Et si les maisons de santé peuvent permettre ça. Mais à l'origine, c'est pas comme ça que c'est conçu, il doivent être là de telle heure à telle heure. On ne leur dit pas encore « vous pouvez vous relayer », on ne les autorise pas encore. Il faut quand même encore qu'ils soient là du matin jusqu'au soir. Et c'est ce système là qui ne me plaît pas, des obligations. Parce qu'on a encore un métier libéral quoi. Je pense que les praticiens auraient beaucoup d'intérêt à se regrouper, optimiser leur temps, tant pis si le patient à 6 heures du soir il a pas le Dr Machin... Il vient à 6 heures du soir parce qu'il a travaillé, il veut pas arrêter son travail, je comprends bien, par contre lui ce qu'il exige c'est par contre que son médecin attende qu'il arrive... alors que le médecin lui a bossé depuis le matin. On ne le fait pas avec les pilotes d'avion, on ne le fait pas avec les pilotes de train, bah nous on fait actuellement comme ça. Moi je décroche là hein, moi maintenant ils peuvent m'appeler à deux heures de l'après-midi je ne réponds plus, et ils n'appellent plus ! J'ai dû adopter un système rigide, parce que je voulais partir après midi, je ne veux pas reprendre de truc supplémentaire. Ils le savent. S'ils ont besoin de moi ils appellent avant. Je fais ma liste, je n'en veux pas plus. S'il faut être rentré par exemple à la maison à 20 heures, ce ne sera pas 21 heures. Alors qu'avant c'était... Et c'est ça qui a fait réfléchir les jeunes par rapport aux installations, crois-moi tu peux avoir un chiffre optimal sans travailler douze heures par jour. Ce qu'il faudrait faire, ce sera mettre en place le métier d'assistant médical, pour dégager du temps au médecin généraliste. Regarde Dr ... [chirurgien général], imagine qu'on le mettrait dans un bloc opératoire avec personne autour, il faudrait qu'il aille chercher les instruments, qu'il les nettoie après, personne pour les lui donner, lui il fait l'acte, mais imagine, et c'est pour ça qu'il opère beaucoup, qu'il en fait plein d'opérations, et bin c'est le même principe pour la consultation du généraliste. Le problème se posait pas avant, parce que avant on faisait deux tiers de visites, un tiers de consultations. Une consultation de neuf heures à midi c'était pas grand-chose douze patients, après on partait toute l'après-midi jusqu'au soir, mais maintenant ça a changé, tout s'est inversé, c'est plus du tout la même chose. Mais on ne peut pas en faire quarante, il faut être aidé hein. C'est épuisant hein. Avant tu sortais de ta voiture, tu discutais... et tu faisais des heures aussi mais c'était pas la même chose. T'en avais fait beaucoup moins au total que maintenant. Alors que dire sur les... sur le recours euh... et bien le recours deviendra difficile s'il n'y a pas de spécialiste qui s'installe hein. Alors quelles sont les méthodes à apporter bin il faut réfléchir. Je pense que dans la tête du spécialiste il faut se dire qu'il ne doit pas rester parce qu'il est là figé, x heures, x jours, il faut qu'il ait encore la liberté d'aller consulter au CHU s'il veut, ou ailleurs. Mais il faut qu'ils soient plusieurs. On ne peut pas laisser les gens sans personne. Mais c'est pas ce qui se passe, on veut pas encore faire ça, les gens n'ont pas encore compris. Mais cette génération-là est bien préparée je pense, elle est en manque, c'est normal, on n'a pas été visionnaire assez, à ce niveau là, on a mis la retraite à 56 ans il y a 10 ans environ, à des gens, on n'a pas été visionnaire, à 56 ans. On leur a donné des trucs jusqu'à 65 ans, mensuellement de quoi vivre, en disant « on va diminuer l'offre de soin », on n'a pas pensé qu'il y avait toujours les malades qui étaient là. De plus en plus de patients. Là on a fait une erreur, ça c'était une*

erreur colossale. On arrête à 56 ans quand on est malade, quand il y a quelque chose mais... Et maintenant ça va être 70, 72... Voilà.

Entretien 12 :

3.1 À l'heure actuelle, quelles sont les spécialités médicales hors médecine générale qui posent des difficultés d'accès à votre patientèle ?

Dr : *Donc euh, bah c'est connu hein, c'est l'ophtalmo, l'ophtalmo surtout. Après, ça dépend aussi comment est-ce qu'on définit la difficulté.*

Moi : *Alors en fait c'est surtout par rapport au ressenti des patients.*

Dr : *Alors c'est toujours la même chose si tu veux, après les gens ils s'habituent, au début ils râlent et puis après ils râlent moins, c'est tout, comme ça devient habituel. Bon c'est surtout l'ophtalmo le plus grand grief, après, tout ce qui est radio... ou n'importe quelle spécialité. De toute façon, moi si tu veux, quand vraiment j'ai un problème, j'estime que c'est urgent, c'est tout je prends mon téléphone et puis j'appelle. Enfin il faut vraiment que ce soit motivé, sinon je leur explique bien, quand eux ils prennent l'appel, qu'il n'y a rien d'urgent, j'essaie toujours de le spécifier si tu veux. Par exemple la dermato, c'est pareil c'est... c'est toujours assez difficile à avoir, bon alors bien sur les secrétaires de dermato elles te répondent « faut que votre médecin il appelle » et tout ça, mais enfin je leur dit je vais pas appeler pour un truc euh, c'est jamais urgent en général. Sauf vraiment une urgence, j'appelle, sinon je leur explique je leur dit « c'est comme ça ». (rire) C'est le délai ! Mais sinon bon vraiment le plus grand grief je te dis oui c'est l'ophtalmo hein. Le reste, moi je te dis, bon ils sont arrangeants quand même hein en général quand vraiment t'as une urgence bon bin c'est tout ils te le prennent on arrive à arriver à avoir des délais quand même très raisonnables hein, c'est tout quoi. Même en ophtalmo, si vraiment il y avait un truc urgent, bon tu prends ton téléphone et puis voilà, hein. Bon après faut savoir les joindre hein bien sûr, mais enfin en général ça va quand même. Je crois que c'est quand même... bon c'est sûr qu'il y a des difficultés mais... je crois que, comme on a habitué les gens, à avoir maintenant tout vite, ils ne font plus attention hein, ils se rendent pas compte hein, si tu prends pas 5 minutes pour leur expliquer, bon, c'est comme quand tu fais une prise de sang c'est pareil, quelque fois, moi je leur dis tout le temps, les infirmières elles ont du boulot, je leur dis tout le temps « ça urge pas », sauf s'il y a une urgence, mais « du moment que tu la ramènes pour la prochain consultation c'est tout, t'as le temps, n'appelle pas tout de suite ! » hein, c'est vrai, si tu fais pas bah y en a le lendemain ça y est, il faut... « bah si le docteur il a dit qu'il fallait venir tout de suite ! » Bon, alors que c'est pas vrai quoi. Bon, je pense qu'il faut toujours parler, il n'y a pas de secret, de toute façon, comme on s'en va vers un truc où, si tu veux, ou jeunes médecins vous avez l'habitude de travailler avec l'ordinateur et tout le machin, si tu veux, donc ils prennent l'habitude un petit peu, ils pensent que c'est tout, que tu vas faire un clic et puis ça y est tu vas l'avoir tout de suite ! Bon moi je ne travaille pas avec l'ordinateur. Donc je leur explique et puis voilà, ça se passe comme ça, si tu veux, mais j'ai pas vraiment de gens qui viennent râler en disant euh... c'est tout hein, à partir de moment où t'explique, comme dans tout hein, où t'explique. Parce qu'en le faisant tu te rends bien compte hein, tu sais quand les gens reviennent de chez le spécialiste par exemple, il pourrait leur dire qu'il va les découper en morceaux ou n'importe quoi, les trois quart du temps ils n'ont rien pigé hein, bon, à part quelqu'un qui a un QI, qui est vraiment... mais sinon, c'est notre boulot, hein, expliquer, mais je veux dire, ils n'ont pas le temps non plus, ça va vite, on sent que ça va vite, ils ont du boulot les spé, donc c'est pareil ça... Ils ressortent de là, tu leur demandes « qu'est-ce qu'il t'a dit ? », « euh, j'sais pas, rien ! », « il t'a pas dit ? il t'as pas expliqué ? t'as pas posé de question ? » « bah... non ! » (rire) « j'ai pas eu le temps ! c'est tout juste si j'ai eu le temps de me rhabiller ! » (rire) Ça on le constate hein, c'est vrai. Et puis nous avec le manque de médecin, bon si tu veux, on essaie de faire attention à ça mais... on est obligé d'accélérer un petit peu le truc, encore que moi je travaille à l'ancienne, moi ils attendent hein, je peux te dire ! (rire) Mais c'est tout, je travaille comme ça et... on ne fera pas changer, pour maintenant ! (rire) Celui qui est pas content c'est tout, il ira voir ailleurs ! (rire) Mais ça va se faire tout doucement, en médecine ça a toujours été comme ça, c'est long. Tout ça, ça va se faire progressivement, je pense que... même si maintenant ça s'accélère quand même. Nous on voit ça parce que en plus on est d'une génération entre deux, on a commencé au moment où les techniques commençaient à bien se développer, bon là ça s'accélère vraiment, bon nous on est charnière, on suit plus ou moins, celui qui est intéressé bon il suit, enfin bon tout ça, ça va se faire inéluctablement hein.*

Moi : *Concernant la première question, pas d'autre spécialité qui posent problème en dehors de celles que vous m'avez dit ?*

Dr : *Moi j'ai pas trop de problème je te dis, quand j'ai un problème c'est tout je prends mon téléphone et puis voilà, on parle et puis voilà. On est à l'heure des communications hein ! (rire)*

Moi : *Très bien. Question suivante donc.*

3.2 À l'heure actuelle, quelles sont les spécialités médicales hors médecine générale qui ne posent pas de difficulté d'accès à votre patientèle ?

Dr : *En temps tu veux dire ?*

Moi : *En délai et en distance, quand le patient prend lui-même le rendez-vous.*

Dr : *Qui ne posent pas problème ? Bah là c'est pareil, si tu veux, parce que si tu veux on travaille toujours un petit peu avec les mêmes confrères, on a un pool avec qui on travaille, donc là aussi on en revient toujours au même parce que... il y a des départs en retraite donc automatiquement dès qu'il y en a un qui s'en va c'est vrai qu'il y a un petit délai qui se fait, je vois par exemple en pneumo, Dr ... qui s'en a en retraite, bon bah tout de suite tu sens que, en pneumo c'est vrai c'est un petit peu plus long, hein, alors bien sûr là il y a la distance qui joue, dans l'hôpital de proximité là il y en a un qui vient une fois par semaine, les rendez-vous bien sûr s'allongent, il faut aller à ... [ville à 40 minutes de route], y a plus près, donc comme problème... effectivement les gens n'ont pas de voiture, ils ne peuvent pas se déplacer, ils n'ont pas le droit à l'ambulance, c'est vrai que là ça pose problème.*

Moi : *D'accord, question suivante.*

3.3 Selon vous quelles seront les spécialités médicales hors médecine générale qui poseront des difficultés d'accès dans 5 ans ?

Dr : *Les spécialités qui vont poser des difficultés ? Sur notre secteur ?*

Moi : *Pour les patients du secteur.*

Dr : *Pour les patients du secteur. (Quelques secondes de réflexion) Bon il y a les psy bien sûr, ça, ça posera problème. Pédiatres aussi, ou alors il faut avoir recours à l'hôpital. Ça, ça dépend hein, si tu passes directement par l'hôpital, quoi que les délais peuvent être longs aussi hein, et puis il faut s'y rendre aussi hein c'est pareil si certaines spécialités sont localisées à ... [ville à 40 minutes de route] bin c'est vrai qu'il faut y aller ! Donc les spécialités avec lesquelles on sera le plus embêté je crois que ça va être les psy, les cardio aussi, parce qu'il faut quand même aller à ... [ville à 40 minutes de route], la pédiatrie hein, aussi, la pneumo, bon chir ça va encore. Bon après bien sûr tout ce qui est cancéro, tout ça, mais ça c'est tout, c'est regroupé dans des grands centres, donc c'est pareil, les gens le savent ça... Encore que ici on a encore quand même la chance d'avoir scanner, IRM, tout ça, les délais sont pas longs, comparés à certaines régions, c'est vrai, c'est pas très long, puis je te dis après, les gens, ils font avec. Puis je te dis, c'est toujours la même histoire, c'est relatif hein, si t'habitues les gens à avoir ça tout de suite [il claque des doigts], hein, moi quand ils me disent « vous avez qu'à téléphoner », « non, écoute c'est pas une urgence, tu feras comme tout le monde, t'attendras ! Hein, c'est pas une urgence, si c'est une urgence, je téléphonerai d'accord, là c'est pas urgent. » Non ça je me refuse à tomber là-dedans parce que après on n'est plus crédibles, de toute façon. Le spécialiste il va dire « il me fait chier » si à chaque fois je téléphone pour quelque chose qui n'est pas urgent, après t'es pas crédible ! Je le fais vraiment quand je pense que c'est urgent.*

Moi : *Très bien, alors question suivante.*

3.4 Selon vous, quelles sont les causes des difficultés d'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours pour votre patientèle ?

Dr : *Si tu veux, moi qui a une patientèle assez âgée, bon c'est le problème des transports, ça c'est sûr, il faut courir à ... [ville à 40 minutes de route], bon quand c'est encore ici tout prêt ça va, mais dès qu'il faut s'éloigner, dès qu'il faut aller à ... [ville à 40 minutes de route], pour les personnes âgées c'est vrai que souvent ça pose problème hein. Bon et puis ça pose problème, pas que pour les personnes âgées ! Tu vois j'ai pas mal de CMU quand même hein, j'ai un pourcentage ou ils n'ont pas de moyen de locomotion, souvent, donc c'est vrai que pour aller voir un spécialiste sur ... [ville à 40 minutes de route] par exemple ça pose des problèmes hein. C'est un frein. Les transports ouais. À la limite plus les transports que finalement avoir un rendez-vous.*

Moi : *Donc ça c'est une cause de difficulté pour se rendre vers le spécialiste, et alors qu'est-ce qui peut expliquer le fait que cette distance a augmenté ?*

Dr : *Les causes si tu veux, s'il y a personne qui vient s'installer dans le secteur... C'est tout ! Maintenant il faut savoir pourquoi est-ce qu'ils ne viennent pas s'installer ! (rire) Quelle est la cause ? Voilà, c'est ça ! Qu'est-ce qui fait que, quels sont les facteurs qui n'attirent pas les confrères dans le coin ? Quoi qu'il me semble que ça commence à venir un petit peu... Moi je pense qu'il y aura un retour du bâton, il va falloir qu'ils bossent, tout le monde ne peut pas se concentrer sur le même truc donc euh... Mais c'est vrai que c'est dur parce que même quand tu vois même pour les médecins généralistes même quand tu fais des offres et tout ça, c'est très difficile ! Je crois que c'est... on a acquis une renommée... (rire) qui s'étend vraiment très loin dans le département et au niveau national !*

Moi : *Par rapport à quoi cette renommée ?*

Dr : *Bah je pense l'image du Nord, qui reste traditionnelle : qu'il pleut, que les gens ils boivent, c'est pas riche, qu'il y a beaucoup de chômage... Je crois que cette image là elle reste, alors qu'il y en a autant ailleurs hein ! Mais bon... par tradition je crois qu'on garde toujours l'image du début de l'industrialisation, avec les corons, les mines, le monde ouvrier quoi, c'est un département ouvrier finalement, agricole aussi. Donc je pense que, bon peut-être un petit peu à la fois quand même hein, ça va s'estomper un peu quand même, je pense, à la longue, mais je pense que ça c'est un facteur qui reste quand même ! Et puis alors, si tu veux automatiquement c'est des grosses clientèles qu'on a, alors ça fait peur un peu, moi ça m'a toujours frappé quand j'allais dans des trucs de labo, quand je me retrouvais à une table de confrères qui venaient du sud, ils rigolaient toujours sur le truc hein, « ah tu viens du Nord ? vous êtes des Chuck Norris de la médecine ! » Ils me voyaient bosser 24 heures sur 24, tu sais... Bon ça a changé quand même hein, on peut s'arranger autrement, hein mais je crois que c'est toute une image hein qui est difficile à faire passer, donc un petit peu à la fois bon je pense que ça passera hein, mais ça reste fort ancré je crois. Je crois que ça joue pour venir s'installer, quand même, encore ! Et alors il y a des gens qui sont venus, il y a des gens qui sont venus, qui sont venus peut-être à l'occasion de vacances, je sais pas, et puis finalement ils n'ont pas trouvé le Nord si moche que ça et qui sont restés hein ! Je crois que ça s'estompera n petit peu, quand même, cette image là ! Mais ça dépend aussi du développement industriel de la région, des techniques, si... par exemple tu vois des grosses usines qui sont venues ici comme Toyota, ça fait énormément de bien des trucs comme ça, si t'as des... Amazon, tout ça, ils sont installés aussi dans le Nord, bon bah ça crée du boulot... Si le travail il est relancé, automatiquement les gens ils vont s'élever hein. En fait c'est quand même politique hein, on en dépend. On ne peut pas séparer, c'est lié !*

Moi : *Très bien. Question suivante...*

3.5 Selon vous quelles sont les conséquences des difficultés d'accès aux soins médicaux ambulatoires pour votre patientèle ?

Dr : *Bah les conséquences... Bah un retard de diagnostic, si tu ne peux pas avoir accès rapidement aux... Mais quand même on va dire que... à partir d'un moment où une pathologie relativement grave est diagnostiquée, elle est quand même vite prise en charge, quand même, je trouve... Je trouve que c'est pas si mal que ça quand même... Non. Parce que après c'est pareil, tout ça, ça part déjà de nous, si on a un retard ça vient déjà de nous, on aurait dû le diagnostiquer tout de suite, ou on a tardé pour prendre les rendez-vous, bon, mais une fois que les diagnostics sont posés, bon bah je trouve que les patients sont vite pris en charge quand même, pour des pathologies graves, hein ?*

Moi : *D'accord... Rien de particulier ?*

Dr : *Non...*

Moi : *Alors question suivante.*

3.6 Selon vous, quels sont les points forts de la communauté de commune du Sud-Avesnois concernant l'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours pour votre patientèle ?

Dr : *Les points forts ? Pour l'accès aux soins ?*

Moi : *Les points forts pour l'accès aux soins dans votre territoire, dans votre bassin de vie.*

Dr : *Ça dépend, t'as plusieurs structures, t'avais déjà tout ce qui est service de gardes et tout ça, il y avait des trucs qui avaient été mis en route, qui marchaient pas mal, maintenant c'est en train de foirer un peu (rire) on*

ne sait pas trop pourquoi. Hein, moi je vois ici dans notre secteur on avait un système de gardes qui marchait pas trop mal, ça marchait bien, on s'entendait bien, les gens avaient quand même accès quand ils avaient besoin à un médecin en garde, bon il y avait une réponse. Après, bon, c'est vaste hein... Je ne sais pas, parce que là comme c'est en train de se restructurer, c'est difficile à dire c'est vrai, comme c'est en train de regrouper un peu les hôpitaux, on sent que... Comme ... [hôpital de proximité] c'est en grande discussion tout de suite, tu sais pas trop comment ça va marcher, tous les petits hôpitaux, on sent que c'est en train de bouger, on ne sait pas trop, finalement, ce que ça va donner, nous on a un petit peu peur quand même parce que... il faut quand même garder les services d'urgence et tout ça, pour dépatouiller un petit peu les problèmes, ça c'est quand même important, il faut le garder. Parce que bon, même si ce n'est pas des services de pointe, ça rend quand même service, on est bien content de les avoir... De toute façon c'est toujours la même chose, on est tous des gens qui aiguilles, nous si on pense que c'est vraiment quelque chose d'important, on dirige sur des grands centres, si on sent qu'il faut d'abord débrouiller un peu le problème, bon bah on délègue dans les petits hôpitaux, et puis c'est pareil, si ils voient que c'est de leurs ressorts ils font, si ce n'est pas de leurs ressorts, ils transfèrent, et puis maintenant par exemple ils ont fait beaucoup d'effort sur la télémedecine, bon ça c'est un truc qui est en train de se développer pas mal, bon ça c'est vrai, c'est quand même bien, parce qu'ils peuvent transmettre, ça permet de ne pas transférer systématiquement, concernant des pathologies en neurochir, tout ça par exemple, c'est quand même pratique, ça prend pas des places inutiles dans des grands centres, tu peux résoudre déjà le problème si on juge que ça peut attendre. Ça c'est pas mal je trouve, ce truc de télémedecine quand même, je trouve que ce sera un truc d'avenir...

Moi : *Justement, question suivante.*

3.7 Selon vous, quelles solutions seraient envisageables pour améliorer l'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours pour votre patientèle ?

Dr : Eh bien ce serait par exemple, oui c'est ça, déjà, de développer encore plus ce projet de télémedecine, je crois. En fait je pense que l'on pourrait faire des hôpitaux de seconde catégorie entre guillemets de vastes salles d'attentes finalement (rire), des salles d'attentes secondaires où on pourrait déjà résoudre pas mal de problèmes. Tout en gardant quand même... parce que de toute façon a toujours besoin d'examiner, même en télémedecine, on va nous demander un tas de renseignements. Et donc ça ne change rien puisque il faudra quand même examiner son patient pur donner le maximum de renseignements possibles. Ça ne pourra marcher que si on donne quand même un maximum de renseignements précis ! Je pense qu'il ne faut pas voir ça comme que des transmissions d'images, ou de bilans sanguins, ou de choses comme ça, les gars qui sont à l'autre bout de la chaîne ils auront quand même besoin de savoir des renseignements physiques, je pense qu'il faut toujours quand même examiner un patient.

Moi : *D'accord... Autre chose au niveau des solutions envisageables pour favoriser l'accès aux soins ?*

Dr : Bah moi je trouve que c'est quand même déjà pas mal développé hein, c'est toujours la même chose, si tu compares avec d'autres pays, on n'est pas les plus mal lotis hein, ça on ne s'en rend pas compte je crois ! Tu regardes en Angleterre, c'est pas la même histoire hein ! Donc... et puis ça, ça coûte hein, c'est toujours le même problème, c'est quelque chose qui va coûter énormément. Alors toutes ces techniques tout ça ça va coûter, mais est-ce que ça va suivre, on en revient toujours à la même question, ça va encore être une histoire politique tout ça ! Parce que... pour pouvoir faire tout ça il faut de l'argent... je crois qu'il y en a de moins en moins... Je crois qu'on va arriver, à un moment donné... est-ce qu'on ne va pas stagner quoi...

Moi : *D'accord. Dernière question.*

3.8 De façon globale, quel est votre ressenti concernant la pérennité de l'offre de soins dans la CCSA ?

Dr : Bah on a l'impression que ça stagne un petit peu, tout de suite, parce que... toujours par le manque de mains, on a l'impression que c'est difficile, tout de suite, bon, moi je pense que l'on va pouvoir résoudre ce problème-là certainement par d'autres moyens, tels que la télémedecine, ou alors si on peut faire venir des gens. Ça c'est toujours la grande question, à quel prix ? Qu'est-ce qu'on peut trouver pour les motiver à venir ? Hein... C'est une question de rayonnement, ça c'est le département. C'est un département qui vit, qui produit, s'il y a du travail, bin automatiquement ça va faire venir des gens ! La réputation elle changera ! Mais... ça c'est un vaste programme hein ! C'est partout pareil hein... Il semblerait qu'on essaie de regrouper, ce qui est un petit peu logique quand même si on veut répondre à l'offre de soin, c'est ce que je te disais tout à l'heure, à condition que tout le monde joue son rôle aussi, en fait on devient... on joue le rôle de trieurs, comme à l'entrée d'un hôpital, là je crois que c'est pareil, il faut trier, il faut aussi être raisonnable dans la demande des examens, mais à c'est... c'est vaste ton truc parce que dans la demande des examens... à partir de quel moment on peut dire « bah non, toi t'as pas le droit à ce truc-là, parce que ça coûte cher ». Hein, quand tu vois, à l'hôpital, ils vont faire un scanner

pour un petit doigt, tout ça ça coûte, ça prend du temps, ça mobilise, au détriment d'autres urgences peut-être, donc peut-être là c'est vrai que la sécu elle a pas tort quand elle nous flique, et qu'il y a des trucs à respecter, bien sûr, c'est normal, sinon c'est l'anarchie, et puis c'est n'importe quoi... De toute façon, même nous on le voit bien, avant, on demandait un scanner, on le faisait même pas quelque fois le scanner, maintenant c'est tout tu fais même plus attention ! Les gens ils viennent, en plus les gens ils vont sur internet ! Ils viennent, ils ont peur, ils lisent tout un tas de trucs, alors ils veulent tout un tas de trucs, ils demandent un tas d'exams ! Donc si t'as pas assez de recul dans le métier, si tu connais pas bien tes patients, c'est comme la prescription d'antibiotiques hein, exactement, tu recules une fois, tu recules deux fois, et puis finalement ils reviennent, « vous m'avez pas donné d'antibiotique, c'est pas passé !... » Alors... où vraiment tu la joue ferme, hein, ou alors tu te dis ça a coûté trois consultations à la sécu, et puis finalement t'es pas content de toi, t'as cédé, alors t'es toujours en port-à-faux hein ! Finalement c'est un métier où on exerce jamais vraiment librement parce que t'es toujours en train de penser à, bin à faire ton boulot à peu près correctement, en essayant aussi à faire attention, t'as tellement de facteurs qui rentrent en jeu, alors quand ça bourre, t'as tendance un peu à l'oublier hein, par facilité, pour démêler tu dis c'est tout, on va faire ça, ça me laissera du temps pour réfléchir puis on verra à la consultation d'après, mais finalement c'était pas forcément nécessaire, ça t'as fait gagner du temps mais ça a un coût, ça fait dépenser de l'argent pour rien, ça faire revenir le patient, pour une deuxième consultation, qui est peut-être pas motivée, mais on sait, on en est conscient hein, mais on ne peut pas toujours faire non plus euh, ça c'est difficile, et on travaille plus sereinement parce que on est toujours finalement en train de penser à ça quand même... Donc c'est vrai que c'est pas... c'est pas facile. Donc quand on rentre dans le métier on n'y pense pas, je pense, on ne peut pas voir tout ça c'est normal, tu sors de la fac t'es... Mais ça c'est pareil pour n'importe quel métier, on arrive on ne sait pas tout ça, on a de belles idées, c'est tout on applique, on essaie d'appliquer, c'est seulement après que tu te rends compte, mais ça c'est comme dans n'importe quel métier, c'est plus tu vieillis, plus tu as de l'expérience... Bon c'est vrai c'est intéressant là ta thèse, enfin je sais pas ce que mes confrères t'ont dit ?

Moi : Eh bien, là déjà il n'y a rien d'autre de particulier que vous voulez rajouter par rapport à tout cela ?

Dr : Non non...

Bibliographie :

1. Grateau P. Chapitre VII. Les Français et la santé d'après les cahiers de doléances de 1789. In: Les cahiers de doléances : Une relecture culturelle [Internet]. Rennes: Presses universitaires de Rennes; 2015 [cité 21 avr 2019]. p. 271-300. (Histoire). Disponible sur: <http://books.openedition.org/pur/23383>
2. Accès aux soins en France – La fracture sanitaire s'aggrave ! [Internet]. [cité 21 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-acces-aux-soins-en-france-la-fracture-s-aggrave-n21799/>
3. https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Barometre_Drees_synthese2013.pdf - Recherche Google [Internet]. [cité 21 avr 2019]. Disponible sur: https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=https%3A%2F%2Fwww.cnle.gouv.fr%2FIMG%2Fpdf%2FBarometre_Drees_synthese2013.pdf
4. Grateau P. Les cahiers de doléances : Une relecture culturelle [Internet]. Rennes: Presses universitaires de Rennes; 2015 [cité 21 avr 2019]. 405 p. (Histoire). Disponible sur: <http://books.openedition.org/pur/23366>
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 21 avr 2019]. 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. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 - Insee Première - 1089 [Internet]. [cité 21 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826>
11. Maladies - Accidents – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 21 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2569380?sommaire=2587886&q=ALD>
12. 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 & Oncologie Digestive*. 1 nov 2018;25(9):895-902.
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 & Oncologie Digestive*. 1 févr 2018;25(2):145-52.
14. Sejourne E, Pare F, Moulevrier P, Tanguy M, Fanello S. Modalités de constitution du carnet d'adresses des médecins généralistes. *Pratiques et Organisation des Soins*. 2010;41(4):331.
15. 4792_these_fatiha.pdf [Internet]. [cité 6 janv 2019]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4792_these_fatiha.pdf
16. 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.
17. 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
18. 10 000 médecins de plus depuis 2012 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 21 avr 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>
19. 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>
20. 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
21. Observatoire-de-laces-aux-soins_Edition-2014.pdf [Internet]. [cité 9 janv 2018]. Disponible sur: http://www.jalma.com/wp-content/uploads/2014/01/Observatoire-de-laces-aux-soins_Edition-2014.pdf
22. 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>
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.

24. Denoyel-Jaumard A, Bochaton A. DES PRATIQUES ET ESPACES MEDICAUX EN TRANSFORMATION : EFFET GENERATIONNEL OU CONSEQUENCE DE LA FEMINISATION DE LA PROFESSION ? 2015;14.
25. Les aspirations professionnelles des jeunes médecins d'Ile-de-France [Internet]. Kantar. 2013 [cité 24 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.tns-sofres.com/publications/les-aspirations-professionnelles-des-jeunes-medecins-dile-de-france>
26. Étude pour la caractérisation des territoires en tension pour l'installation des jeunes médecins [Internet]. [cité 24 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.cget.gouv.fr/ressources/publications/etude-pour-la-caracterisation-des-territoires-en-tension-pour-l-installation-des-jeunes-medecins>
27. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 25 avr 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-medecins-d-ici-a-2040-une-population-plus-jeune-plus-feminisee-et-plus>
28. Ville - hôpital : des pistes pour renforcer les liens - Fédération Hospitalière de France (FHF) [Internet]. [cité 24 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communiques-de-presse/Ville-hopital-des-pistes-pour-renforcer-les-liens>
29. Praticiens territoriaux de médecine générale : quelles mesures incitatives complémentaires pouvant faciliter la promotion de ce statut ? [Internet]. [cité 25 avr 2019]. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-5577>
30. Communiqué de presse DT 72 : Analyse des déterminants territoriaux du recours aux urgences non suivi d'une hospitalisation - IRDES [Internet]. [cité 25 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/presse/communiques/165-analyse-des-determinants-territoriaux-du-recours-aux-urgences-non-suivi-d-une-hospitalisation.html>
31. Rapport parlementaire: emploi médical temporaire à l'hôpital [Internet]. calameo.com. [cité 25 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/002736493dec1424f5579>
32. Jean-Louis Montastruc. article de la revue Thérapie : PHARMACOVIGILANCE [Internet]. Elsevier Masson, le blog. 2016 [cité 17 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.blog-elsevier-masson.fr/2016/04/therapie-rejoint-elsevier-masson/>
33. magazine LP. Les autres médecines qui marchent [Internet]. Le Point. 2010 [cité 25 mars 2019]. Disponible sur: https://www.lepoint.fr/sante/les-autres-medecines-qui-marchent-14-10-2010-1252351_40.php
34. Lancement du pacte pour la réussite de la Sambre-Avesnois-Thiérache / Actualités / Accueil - Les services de l'État dans l'Aisne [Internet]. [cité 25 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.aisne.gouv.fr/Actualites/Lancement-du-pacte-pour-la-reussite-de-la-Sambre-Avesnois-Thierache>

35. Accès aux soins : promouvoir l'innovation en santé dans les territoires - Sénat [Internet]. [cité 25 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/notice-rapport/2016/r16-686-notice.html>
36. Le Plan d'accès aux soins dans les Hauts-de-France [Internet]. [cité 25 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-plan-dacces-aux-soins-dans-les-hauts-de-france>
37. Les mesures spécifiquement mises en œuvre en Hauts-de-France [Internet]. [cité 25 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/les-mesures-specifiquement-mises-en-oeuvre-en-hauts-de-france>
38. Les médecins spécialistes libéraux et l'accueil des internes [Internet]. URPS Médecins libéraux de Bretagne. [cité 25 avr 2019]. Disponible sur: https://www.urpsmlb.org/actualite_urps/medecins-specialistes-liberaux-laccueil-internes/
39. Saint-Lary O, Franc C, Raginel T, Cartier T, Vanmeerbeek M, Widmer D, et al. Modes de rémunération des médecins généralistes : quelles conséquences ? 26:10.
40. Organisation et financement de la médecine de ville en Allemagne - Sénat [Internet]. [cité 25 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/notice-rapport/2015/r15-867-notice.html>
41. Rapport d'information n° 867 (2015-2016) de MM. Jean-Marie Vanlerenberghe et Yves Daudigny,.pdf.
42. Rapport ONDPS 2015 : Les épreuves classantes nationales (ECN) donnant accès au 3ème cycle des études médicales [Internet]. Remede.org. [cité 25 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.remede.org/documents/rapport-ondps-2015-ECN.html>
43. DICOM_Lisa.C, DICOM_Lisa.C. La stratégie nationale de santé 2018-2022 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 25 avr 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>
44. 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>
45. 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
46. 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
47. Sagnes-Raffy DC. ORGANISATION GÉNÉRALE DU SYSTÈME DE SANTÉ EN FRANCE. 2009;13.

48. 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>
49. Loi Hôpital Patients Santé et Territoires. 2018;45.
50. vademecum_loi_HPST.pdf [Internet]. [cité 9 janv 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum_loi_HPST.pdf
51. 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
52. Soins de santé primaires : les pratiques professionnelles en France et à l'étranger. 2018;380.
53. 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
54. 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.
55. 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
56. 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/
57. annexe_3_experiences_etrangeres.pdf [Internet]. [cité 8 août 2018]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/annexe_3_experiences_etrangeres.pdf
58. 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>
59. 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]. *Epidemiology and Public Health / Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. mars 2018;66(2):157-62.
60. médicales F des maisons. Partie 1 [Internet]. Fédération des maisons médicales. [cité 7 août 2018]. Disponible sur: <https://www.maisonmedicale.org/-Partie-1-.html>
61. 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>
62. 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>

63. En métropole [Internet]. [cité 9 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/consultations/metropole>
64. Presentation de la protection maladie universelle [Internet]. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: https://www.cmu.fr/protection_universelle_maladie_puma.php
65. En situation irrégulière - AME [Internet]. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/situations-particulieres/situation-irreguliere-ame>
66. 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>
67. 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
68. Bilan démographique 2017 - Insee Première - 1683 [Internet]. [cité 9 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3305173>
69. Projections de population à l'horizon 2060 - Insee Première - 1320 [Internet]. [cité 10 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151>
70. Évolution de la population – Bilan démographique 2017 | Insee [Internet]. [cité 10 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892117?sommaire=1912926>
71. 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>
72. 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>
73. 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>
74. 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
75. 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>
76. Francione R, Bissonnier C. Avec la participation de : :63.

77. 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
78. 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
79. er1011.pdf [Internet]. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/61776/1/er1011.pdf>
80. er1061.pdf [Internet]. [cité 22 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/75537/1/er1061.pdf>
81. Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie Séance du 15 décembre 2016 Formation et « fabrique » des spécialistes. :45.
82. 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
83. SOLARD J. Les disparités territoriales d'accès aux soins hospitaliers : comparaison de deux spécialités. :6.
84. La médecine spécialisée libérale en France. 2017;108.
85. cns_2017.pdf [Internet]. [cité 20 févr 2018]. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns_2017.pdf
86. cnpexercicemedicalalhorizon2020.pdf [Internet]. [cité 11 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnpexercicemedicalalhorizon2020.pdf>
87. accessibilite_soins.pdf [Internet]. [cité 17 avr 2018]. Disponible sur: http://epe.cirad.fr/fr/doc/accessibilite_soins.pdf
88. dd17.pdf [Internet]. [cité 18 avr 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd17.pdf>
89. 46_Densite_repartie.pdf [Internet]. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: http://argses.free.fr/textes/46_Densite_repartie.pdf
90. er764.pdf [Internet]. [cité 20 févr 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er764.pdf>
91. er_1035.pdf [Internet]. [cité 12 avr 2018]. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1035.pdf
92. 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.
93. BARLET M. N° 795 - L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux. :8.

94. 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>
95. La mesure de l'accessibilité aux médecins de premier recours en Île-de-France. :43.
96. N29.pdf [Internet]. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2015/cahier/N29.pdf>
97. fiche_exercice_regroupe_web.pdf [Internet]. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_exercice_regroupe_web.pdf
98. DREES L. 21 Accessibilité aux soins : les zones de vigilance. :4.
99. 20a_fmm_1_maisonmedicale.pdf [Internet]. [cité 8 nov 2018]. Disponible sur: http://www.prescrire.org/docu/postersangers/20a_fmm_1_maisonmedicale.pdf
100. 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>
101. 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>
102. 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>
103. Quelques chiffres ... [Internet]. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.ch-fourmies.fr/page-10006.html>
104. livretdaccueil.pdf [Internet]. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: <http://polyclinique-thierache.fr/uploads/sites/PCT/doc/livretdaccueil.pdf>
105. POLYCLINIQUE THIERACHE [Internet]. [cité 8 nov 2018]. Disponible sur: <http://polyclinique-thierache.fr/index.php?page=40&id=1>
106. Le Pôle de Santé Sud Avesnois [Internet]. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.femas-hdf.fr/pole-de-sante-sud-avesnois/>
107. 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 : DUFILHO

Prénom : VINCENT

Date de Soutenance : 21 mai 2019

Titre de la Thèse : L'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours. Etude auprès des médecins généralistes 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, désertification médicale, 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 soins médicaux ambulatoires de second recours (SMASR) dans la Communauté de Communes du Sud-Avesnois (CCSA) en est un exemple. Nous avons ainsi voulu décrire l'accès spatial et temporel aux MS qui semblent poser des difficultés dans la CCSA.

Méthode : Cette étude est une enquête qualitative, par questionnaires semi-directifs, auprès de 12 des 13 médecins généralistes en activité au sein de la CCSA, de novembre 2018 à février 2019.

Résultats : Les spécialités les plus concernées par les difficultés d'accès pour les patients de la CCSA semblent être l'ophtalmologie et la psychiatrie, ainsi que la dermatologie et l'ORL dans une moindre mesure. L'inquiétude est grande concernant l'évolution dans 5 ans de cet accès aux SMASR : la cardiologie, l'ORL, la pneumologie et la dermatologie étaient les spécialités pour lesquelles l'inquiétude était la plus vive. Le manque de spécialistes de proximité était décrit comme la cause principale de ces difficultés d'accès, avec d'un côté un défaut d'attractivité du territoire, et de l'autre une difficulté pour les patients d'accéder aux moyens de transport nécessaires pour aller à la rencontre de ces spécialistes. La précarité sociale semblait être le dénominateur commun à ces deux problématiques majeures.

Conclusion : L'accès aux SMASR semble pour l'instant très inégal d'une spécialité à l'autre, mais l'inquiétude est grande quant à la dégradation de l'accès aux soins concernant l'ensemble des spécialités médicales dans un avenir proche. Peu d'idées réellement novatrices ont été exprimées au cours de ces entretiens, mais l'importance du réseau interprofessionnel et de la qualité des échanges à l'intérieur de ce réseau semble être un point essentiel pour envisager le maintien d'un système de santé efficace pour les années futures.

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