

2025-2026

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine Générale

Evaluation d'une stratégie mise en place par la CPTS du pays de Mayenne pour faire face aux difficultés d'accès aux soins primaires

RAHA Ilian

Né le 02 août 1997 à Saint Rémy (71)

Sous la direction de Mme. le Docteur GROFF Marie-Hélène
Sous la codirection de M. le Docteur PEUROIS Matthieu

Membres du jury

Madame le Professeur RAMOND-ROQUIN Aline | Présidente

Madame le Docteur GROFF Marie-Hélène | Directrice

Monsieur le Docteur PEUROIS Matthieu | Codirecteur

Soutenue publiquement le :
26 février 2026



**FACULTÉ
DE SANTÉ**

UNIVERSITÉ D'ANGERS

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné RAHA Ilian
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **15/12/2025**

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu (e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé(e) si j'y manque ».

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Cédric ANNWEILER

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr
Sébastien FAURE

Directeur du département de médecine : Pr Vincent DUBÉE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	Médecine
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine

DINOMAIS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Matthieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HUNAUT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KAZOUR François	PSYCHIATRIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VENERELOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
ORVAIN Corentin	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
PAISANT Anita	RADIOLOGIE	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie

PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RIOU Jérémie	BIostatistique	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIostatistiques	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie

BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIostatISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE	Médecine
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BOUCHER Sophie	ORL	Médecine
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRILLAND Benoit	NEPHROLOGIE	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
BRUGUIERE Antoine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHABRUN Floris	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CHAO DE LA BARCA Juan- Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDECINE GENERALE	
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HADJ MAHMOUD Dorra	IMMUNOLOGIE	Pharma
HAMEL Jean-François	BIostatISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HAMON Cédric	MEDECINE GENERALE	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEFEUVRE Caroline	BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine

NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
PIRAUX Arthur	OFFICINE	Pharmacie
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

ATER		
BARAKAT Fatima	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
ATCHADE Constantin	GALENIQUE	Pharmacie
PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST-MAST		
AUBRUCHET Hélène		
BEAUVAIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine

POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

REMERCIEMENTS

À Madame le Professeur Aline Ramond-Roquin, merci d'avoir accepté de présider ce jury, ainsi que pour votre attention portée à ce travail.

À Madame le Docteur Marie-Hélène Groff, merci pour ta confiance, et ton accompagnement tout au long de ce travail. Merci également pour tes précieux enseignements et ton encadrement durant mon stage d'internat.

A Monsieur le Docteur Matthieu Peurois, merci pour votre disponibilité, ainsi que vos remarques pertinentes qui ont grandement enrichi cette thèse.

Merci à la direction de la CPTS Pays de Mayenne de m'avoir fait confiance et d'avoir accepté de me transmettre les données ayant permis la réalisation de cette thèse.

Merci à tous les enseignants rencontrés durant mon cursus pour leurs apprentissages. Merci à l'ensemble de mes maîtres de stage, ainsi que toutes les équipes médicales et paramédicales rencontrées au cours de mes stages, pour leur accueil, leur disponibilité et la qualité de leur enseignement.

Merci à mes parents, pour votre soutien indéfectible depuis toujours, pour m'avoir accompagné dans tout ce que j'ai entrepris, pour m'avoir motivé quand j'en avais besoin.

A tout le reste de ma famille également pour votre soutien.

A Mane, pour ta patience et tes encouragements.

Enfin, merci à mes amis, pour tous ces moments de détente partagés. Ceux qui sont là depuis toujours, les Châlonnais, les Dijonnais, et ceux rencontrés durant mon parcours, qui sont devenus plus que de simples collègues.

Plan

SERMENT D'HIPPOCRATE

LISTE DES ABREVIATIONS

INTRODUCTION

- 1. Etat des lieux de l'accès aux soins en France**
 - 1.1. Au niveau national
 - 1.2. Au niveau local
- 2. Conséquences globales sur la prise en charge des patients**
- 3. Quelles solutions ?**
- 4. Exemple du Québec**
 - 4.1. Trouver un médecin au Québec
 - 4.2. Quels résultats ?
- 5. Critères favorisant l'accès à un médecin traitant**
- 6. Exemple de la CPTS Pays de Mayenne**

MÉTHODES

RESULTATS

- 1. Population et caractéristiques**
 - 1.1. Pathologie, spécialiste, et traitement chronique
 - 1.2. Age des patients
 - 1.3. Médecin traitant
- 2. Fréquence des ordonnances actualisées**
- 3. Analyses croisées**
 - 3.1. Médecin traitant et pathologie
 - 3.2. Médecin traitant et suivi spécialiste
 - 3.3. Médecin traitant et traitement chronique
 - 3.4. Médecin traitant et âge des patients
 - 3.5. Modèle multivarié

DISCUSSION

- 1. Principaux résultats**
 - 1.1. Maintien d'un suivi régulier
 - 1.2. Accès à un médecin traitant et critères de vulnérabilité
 - 1.3. Soins non programmés
 - 1.4. Exercice coordonné
- 2. Forces et limites**
 - 2.1. Forces
 - 2.2. Limites
- 3. Perspectives**

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

1. Etat des lieux de l'accès aux soins en France

L'organisation des soins primaires en France est confrontée à une crise profonde, marquée par une démographie médicale en tension et une inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire. La diminution du nombre de médecins généralistes, exacerbée par les départs en retraite non compensés et le numerus clausus historique, conduit à un accès inégal aux soins, notamment dans les zones sous-dotées (1).

1.1. Au niveau national

11 % des Français résident dans un territoire marqué par un stade avancé de désertification médicale (2).

Le terme « désert médical » est souvent utilisé mais reste difficile à objectiver (3).

De nombreux indicateurs ont été créés et permettent une évaluation de l'offre médicale, et une catégorisation des zones moins desservies sur le plan médical.

En 2019, la France comptabilisait 9376 communes classées Zone d'intervention prioritaire (ZIP), et 18016 communes en zone d'action complémentaire (ZAC).

Au total, 26,5% des communes représentant 18% de la population française sont classées en ZIC, et 50,8% des communes représentant 36% de la population sont classées en ZAC (4).

Les ZIP et ZAC sont définies par l'ARS en fonction d'indicateurs prenant notamment en compte par exemple (5) :

- le nombre de médecins généralistes âgés de 65 ans et moins, pour anticiper les futurs départs à la retraite.
- l'activité de chaque praticien, mesurée par le nombre de ses consultations ou visites effectuées dans l'année.
- le temps d'accès aux praticiens.
- le recours aux soins des habitants par classe d'âge.

En effet les difficultés d'accès à un médecin traitant se sont accentuées ces dernières années. De plus en plus de médecins généralistes déclarent refuser des nouveaux patients (65% en 2022 contre 53% en 2019 en France) (6).

Par ailleurs, le nombre de personnes en affection longue durée (ALD) sans médecin traitant a progressé de 40% entre fin 2018 et fin 2022 (de 510 000 à 714 000) (6).

1.2. Au niveau local

En Mayenne en 2024, le département compte 169 généralistes, avec une moyenne de 1413 patients par médecin (7) contre une moyenne nationale de 1033 patients par médecin en 2024 (8). Concernant la file active, les chiffres sont de 1805 patients par médecin en Mayenne contre 1595 en France en 2023 (9).

D'autres paramètres peuvent être pris en compte afin d'évaluer la dynamique et l'évolution de l'accès aux soins sur ces dernières années.

Fig3. Évolution des effectifs de professionnels de santé libéraux, de pharmaciens d'officine, et du nombre d'habitants entre 2012 et 2022 par département

Pays de la Loire (2012, 2022)

	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Pays de la Loire
Médecins généralistes (hors MEP)	+ 171	+ 50	- 39	- 69	- 63	+ 50
Chirurgiens-dentistes (hors odontologistes)	+ 75	+ 13	- 16	+ 3	+ 33	+ 108
Sages-femmes	+ 87	+ 44	+ 16	+ 25	+ 33	+ 205
Infirmiers	+ 403	+ 253	+ 91	+ 232	+ 279	+ 1 258
Masseur-kinésithérapeutes	+ 598	+ 232	+ 47	+ 115	+ 172	+ 1 164
Orthophonistes	+ 221	+ 96	+ 10	+ 12	+ 58	+ 397
Pharmaciens d'officine	+ 41	+ 27	- 15	- 32	+ 7	+ 28
- dont titulaires d'officine	- 63	- 27	- 22	- 29	- 13	- 154
Nombre total d'habitants	+ 166 867	+ 30 257	- 1 734	- 329	+ 55 220	+ 250 281
Nombre d'habitants âgés de 65 ans et plus	+ 76 377	+ 41 085	+ 12 607	+ 25 117	+ 53 735	+ 208 921

Sources : Cartosanté, Snir (Cnam), estimations de population (Insee) - exploitation ORS Pays de la Loire

En 10 ans, on observe une nette diminution du nombre de médecins généralistes en Mayenne, avec la perte de 39 généralistes entre 2012 et 2022 (6).

Fig6. Évolution des accessibilités potentielles localisées (APL) moyennes aux professionnels de santé par département

Pays de la Loire (2015/2016, 2021)

	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Rapport entre le département le mieux doté et le moins bien doté
Médecins généralistes (nombre de consultations accessibles par an et par habitant)						
2015	4,1	4,2	3,3	3,4	3,6	1,26 ↑
2021	4,1	4,1	3,0	3,0	3,3	1,40 ↑
Chirurgiens-dentistes (nombre d'ETP pour 100 000 habitants)						
2021	63	50	37	39	55	1,71
Sages-femmes (nombre d'ETP pour 100 000 femmes)						
2016	20	17	13	14	19	1,52 ↓
2021	24	22	17	18	22	1,36 ↓
Infirmiers (nombre d'ETP pour 100 000 habitants)						
2016	76	78	71	61	74	1,28 ↓
2021	87	90	83	79	86	1,15 ↓
Masseur-kinésithérapeutes (nombre d'ETP pour 100 000 habitants)						
2016	99	77	52	57	80	1,90 ↑
2021	114	88	58	63	86	1,97 ↑

Sources : Sniiram, EGB (Cnam) ; Insee - traitements Drees - exploitation ORS Pays de la Loire

On observe également dans le département une diminution du nombre de consultations de médecin générale accessibles par an et par habitant, passant de 3,3 en 2015, à 3,0 en 2021. En comparaison, la moyenne nationale est à 3,8, et également en diminution entre 2015 et 2021 (6).

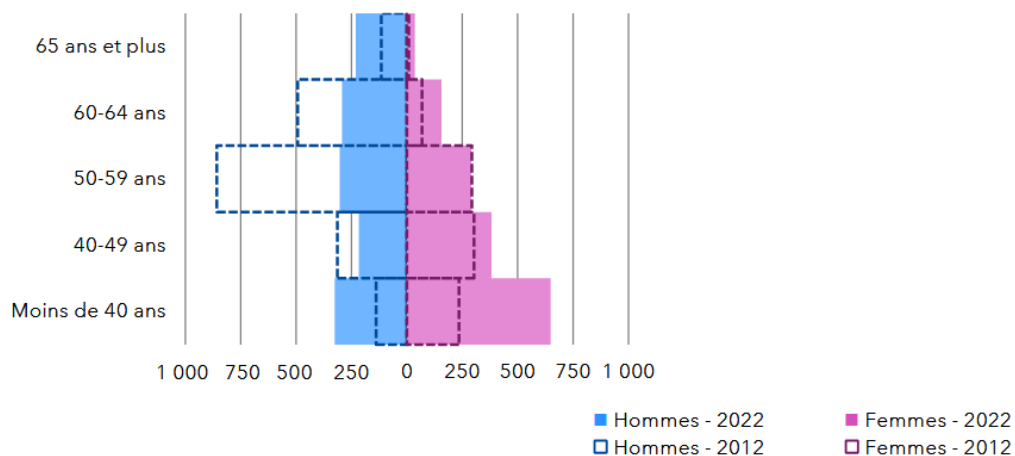
Concernant les personnes en ALD en Mayenne, 7,4% d'entre elles n'ont pas de médecin traitant, ce qui est supérieur à la moyenne nationale de 6,2% (6).

Il est par ailleurs important de prendre en compte le profil de médecins généralistes pour comprendre et évaluer de manière fiable les dynamiques d'accès aux soins observées au cours des dernières années.

Fin 2022, dans la région pays de la Loire, 25% des généralistes ont 60 ans ou plus, soit 720 médecins (6).

Fig8. Évolution de la répartition des professionnels de santé par classe d'âge et sexe
Pays de la Loire (2012, 2022)

Médecins généralistes¹



Au cours des dix dernières années, on note une diminution du nombre d'actes réalisés par un médecin généraliste par an.

Les professionnels âgés de moins de 40 ans réalisent en moyenne moins de séances de soins au cours d'une année que leurs homologues plus âgés. Ainsi, en 2021, l'écart entre les professionnels de moins de 40 ans et ceux âgés de 50 à 59 ans s'établit à - 20 % pour les médecins généralistes.

Quelle que soit la classe d'âge, les professionnels de santé femmes réalisent en moyenne moins de séances de soins au cours d'une année que les professionnels hommes avec une différence d'également 20% en 2021 (6).

Il existe donc un contexte actuel de pénurie médicale sur le plan national qui s'est nettement accrue au cours des dernières années, entraînant diverses conséquences pour l'organisation des soins et pour les patients.

2. Conséquences globales sur la prise en charge des patients

Plusieurs conséquences découlent de cette démographie médicale sous tension.

La part de médecins déclarant suivre moins régulièrement certains de leurs patients est passée de 40 % en 2019 à 44 % en 2022 (10).

Concernant leurs pratiques, les médecins exerçant dans une zone à faible densité médicale ont un temps de consultation plus court, prescrivent plus d'antalgiques (d'opioïdes) et d'antibiotiques, et moins d'analyses biologiques et de consultation paramédicales (11).

D'un autre côté, les patients sans médecin traitant bénéficient de moins d'actions de prévention et de dépistage (12), alors qu'au contraire, ceux ayant un médecin traitant ont environ deux fois plus de chance d'être pris en charge pour une détresse psychologique (13). Ce meilleur suivi entraîne une réduction des coûts et de meilleurs résultats pour la santé (14). Le fait d'avoir un médecin traitant réduit également le risque d'avoir une maladie non diagnostiquée (15), le nombre de passages aux urgences et d'hospitalisations (16) (17).

En effet, la durée de la relation médecin-patient est significativement associée à une réduction des hospitalisations et de la mortalité en général (18).

Avoir un médecin traitant entraîne une augmentation du nombre de consultations en soins primaires avec une concentration des soins auprès du médecin traitant. Cela favorise l'accès aux soins primaires et la continuité des soins (19).

3. Quelles solutions ?

Face à ces difficultés d'accès aux soins, plusieurs propositions ont été formulées afin de répondre à la pénurie médicale actuelle en France, comme accroître le temps médecin consacré aux soins grâce à la délégation de tâches, notamment avec les assistants médicaux, avec des aides financières pour l'aménagement du cabinet. Il a également été proposé la création d'un statut d'IPA praticien, ou encore l'accès direct aux kinésithérapeutes et orthophonistes.

Des avantages financiers ont été mis en place afin de favoriser la poursuite d'activité des médecins retraités. Ces avantages ont cependant été revus à la baisse dans le PLFSS 2026.

D'autres propositions comme l'encouragement au déploiement des bornes de téléconsultation, le fait de favoriser une meilleure répartition des médecins sur le territoire (mesures incitatives ou coercitives), la création d'une année de docteur junior en médecine générale, ou encore l'augmentation des capacités de formation des facultés de médecine, ont été formulées (20).

Certaines propositions mettent en avant la coopération entre les professionnels de santé grâce à la généralisation des CPTS sur l'ensemble du territoire, ainsi que l'aide au développement de MSP (21). Un des principaux objectifs est de dégager du temps médical. En effet en 2023, le recrutement d'assistants médicaux aura permis de libérer 500 000 consultations (22).

4. Exemple du Québec

4.1. Trouver un médecin au Québec

Pour faire face aux difficultés d'accès aux soins et afin de répondre à la demande des patients sans médecin de famille, le gouvernement a mis en place un système centralisé.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec a mis en place, en 2008, 95 Guichets d'accès pour la clientèle orpheline (GACO) hébergés dans les 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) du Québec (23).

Pour avoir un médecin de famille, les patients s'inscrivent en ligne via le Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF), qui transmet ensuite la demande au GACO. Chaque région du Québec a son propre GACO. Leurs missions consistent à conserver la liste des personnes en attente, communiquer avec les médecins de famille qui acceptent de nouveaux patients, faire le jumelage quand un médecin devient disponible, et contacter la personne pour lui confirmer le jumelage.

Les demandes sont classées selon les besoins de santé. Les critères de priorité sont définis par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec, et permettent d'établir une grille d'évaluation standardisée, qui prend en compte l'âge, les antécédents médicaux, maladies graves ou instables etc...

Une infirmière ou un infirmier accorde un niveau de priorité de P1 à P5. La priorité P1 correspond à un état de santé nécessitant une prise en charge dans un délai maximum de trente jours. La priorité P5 regroupe les patients sans problème de santé connu. Cette priorité peut être révisée par un médecin conseil du GACO en cas de situation complexe.

De façon volontaire et sans obligation, les médecins de famille peuvent s'adresser au GACO afin de prendre en charge des patients inscrits. Les médecins peuvent choisir le nombre de

patients et le type de patients selon le niveau de priorité. Les médecins perçoivent alors un montant forfaitaire variable en fonction de la vulnérabilité du patient et du lieu d'exercice (24).

4.2. Quels résultats ?

Jusqu'à maintenant, la politique GACO a un succès limité en termes de performance.

Les taux de références et les délais d'attente pour les patients de priorité clinique élevée et les patients les plus malades se sont détériorés comparativement à ceux en meilleure santé (25).

Ces listes d'attente associées aux incitatifs financiers ont bien augmenté le nombre d'inscriptions de patients par les médecins de famille, cependant, ces derniers ont privilégié l'inscription des patients en meilleure santé par rapport à ceux ayant une priorité élevée (26).

5. Critères favorisant l'accès à un médecin traitant

Au Brésil, il est montré une association directe entre un revenu élevé, le genre féminin, l'âge, les problèmes de santé chroniques, et le fait de trouver un médecin (27).

En France, le fait d'avoir un âge avancé et des problèmes de santé chronique sont plus associés au fait de déclarer un médecin traitant (28).

6. Exemple de la CPTS Pays de Mayenne

Face aux départs de plusieurs médecins généralistes, la CPTS Pays de Mayenne a mis en place depuis février 2023 une ligne téléphonique pour les usagers sans médecin traitant (29). Les patients sont alors inscrits sur une liste d'attente, et, de manière hebdomadaire, une infirmière parcours reprend cette liste et contacte tous les usagers ayant des ordonnances arrivant à terme et nécessitant un renouvellement.

L'objectif de ce travail a donc été d'évaluer cette stratégie mise en place par la CPTS Pays de Mayenne pour faire face aux difficultés d'accès aux soins primaires.

MÉTHODES

Design de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive, menée à partir de données rétrospectives, recueillies par la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) de Mayenne. L'objectif est d'évaluer l'efficacité d'un dispositif téléphonique dédié aux patients sans médecin traitant pour faciliter l'accès aux soins primaires.

Ont été inclus dans l'étude :

- Tous les patients sans médecin traitant ayant contacté le numéro téléphonique dédié mis en place par la CPTS de Mayenne.
- Toute personne inscrite dans la base de données transmise, entre le 20 décembre 2022 (date d'enregistrement du premier patient) et le 13 juin 2025 (date de transmission du fichier).

Ont été exclus :

- Les patients situés hors du territoire de la CPTS de Mayenne.
- Les patients déclarant avoir déjà un médecin traitant au moment de l'appel.

Recueil des données

Les données ont été recueillies en routine par les assistantes de la CPTS lors des appels téléphoniques des patients.

Elles ont été systématiquement consignées dans un fichier Excel et transmises sous forme anonymisée avant analyse (suppression préalable des noms, prénoms et numéros de téléphone).

Les variables renseignées pour chaque patient sont les suivantes :

- Date de l'appel
- Date de naissance
- Age
- Commune de résidence
- Existence d'un ancien médecin traitant
- Date de la dernière ordonnance
- Présence d'une pathologie chronique
- Suivi par un spécialiste
- Prise d'un traitement chronique (oui/non)
- Date du prochain renouvellement à prévoir
- Obtention ou non d'un nouveau médecin traitant

Critères de jugement

Afin de juger l'efficacité de ce dispositif, l'objectif principal a été de calculer la proportion de patients inscrits sur liste d'attente ayant une ordonnance de médicaments à jour.

L'objectif secondaire était de mesurer la proportion de patients ayant trouvé un médecin traitant entre leur date d'inscription sur liste d'attente et la date de transmission des données, ainsi que de déterminer les caractéristiques pouvant favoriser l'accès à un médecin traitant.

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel JAMOVI.

L'IA (ChatGPT) a également été utilisée dans l'interprétation des résultats du modèle multivarié afin de répondre à une question statistique complexe.

Aspects réglementaires et éthiques

- Les données transmises étaient totalement anonymisées, ne permettant pas l'identification des patients.
- Aucune procédure auprès d'un Comité de Protection des Personnes n'a été requise.
- Aucune déclaration CNIL n'a été nécessaire au vu de la nature du fichier transmis.

RESULTATS

1. Population et caractéristiques

2686 patients respectant les critères d'inclusion ont été inscrits sur liste d'attente.

1.1. Pathologie, spécialiste, et traitement chronique

La variable « pathologie » est une donnée recueillie de façon déclarative, et qui n'a pas de définition précise. Les patients déclarent avoir une pathologie, que celle-ci soit objectivée par un médecin ou non. Il peut s'agir de pathologies chroniques stabilisées nécessitant un suivi régulier (HTA, diabète, cardiopathies...), ou bien parfois de pathologies ou troubles aigus ou subaiguës (sciatique, anxiété, troubles du sommeil...).

La variable « spécialiste » regroupe tous les patients qui déclarent avoir un suivi en cours par un médecin spécialiste ou un(e) psychologue. Le choix a été fait de conserver le titre « suivis spécialiste » qui était présent dans le tableau initial de recueil des données.

La variable « traitement chronique » regroupe tous les patients qui déclarent avoir un traitement chronique, ceux-ci n'étant pas précisés lors du recueil des données.

Tableau I – Effectifs de pathologie, spécialiste, traitement

Variable	Oui – Effectif (%)	Non – Effectif (%)	Données manquantes – Effectif (%)
Pathologie	1712 (63,7 %)	895 (33,3 %)	79 (2,9 %)
Spécialiste	662 (24,6 %)	1022 (38,0 %)	1002 (37,3 %)
Traitement	1616 (60,2 %)	985 (36,7 %)	85 (3,2 %)

1712 patients déclarent avoir une pathologie, contre 895 qui déclarent ne pas en avoir.

662 patients déclarent être suivis par un spécialiste contre 1022 qui déclarent ne pas être suivis.

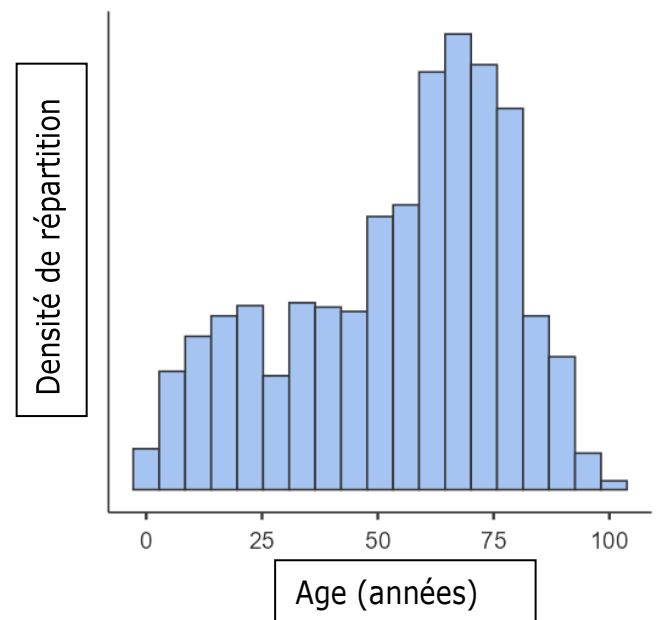
1616 patients déclarent avoir un traitement chronique, contre 985 qui déclarent ne pas en avoir.

1.2. Age des patients

Tableau II - Répartition de l'âge des patients

	Age
N	2685
Manquants	1
Moyenne	54.1
Médiane	60.0
Ecart-type	23.6
Minimum	1.00
Maximum	102
25-ième percentile	37.0
50-ième percentile	60.0
75-ième percentile	72.0

Figure 1 - Répartition de l'âge des patients



Les variables quantitatives ont été analysées comme données non paramétriques, la distribution de l'âge étant asymétrique et ne respectant pas l'hypothèse de normalité. La moyenne d'âge des patients inscrits sur liste d'attente était de 54.1 ans, avec une médiane à 60 ans.

Le patient le plus jeune avait un an, le plus âgé 102 ans.

1.3. Médecin traitant

Tableau III - Effectifs de patients ayant trouvé un médecin traitant

Médecin trouvé	Effectifs	% du Total
OUI	895	33.3%
NON	1783	66.4%
Exclus	8	0,3%

895 patients ont trouvé un médecin traitant sur la période de recueil des données.

1783 patients n'ont pas trouvé de médecin traitant.

Concernant les patients exclus, 8 ont été retirés de la liste, pour cause de mauvais comportement ou de rendez-vous non honoré.

2. Fréquence des ordonnances actualisées

Concernant le renouvellement d'ordonnance à prévoir, parmi les 1616 patients déclarant avoir un traitement chronique, 33 patients (2.00%) avaient une ordonnance qui n'était plus à jour à la date de réception des données.

Il était notifié dans le fichier excel que ces 33 patients avaient été appelés à plusieurs reprises avec des messages vocaux laissés, sans aucun retour de leur part.

Au total, parmi les patients ayant un traitement chronique, 1583 (98%) avaient une ordonnance à jour.

3. Analyses croisées

3.1. Médecin traitant et pathologie

Tableau IV – Médecin traitant et pathologie

Pathologie	Médecin trouvé		Total
	OUI	NON	
OUI	741 (43,38%)	967 (56,62%)	1708
NON	128 (14,33%)	765 (85,67%)	893
Total	869	1732	2601

43,38% des patients avec une pathologie ont trouvé un médecin traitant.

14,33% des patients sans pathologie ont trouvé un médecin traitant.

Mesures comparatives

	Intervalles de confiance à 95%		
	Valeur	Borne inférieure	Borne Supérieure
Rapport des cotes (odds ratio)	4.58	3.71	5.65

Les patients ayant une pathologie ont été plus nombreux à trouver un médecin que ceux sans pathologie (43,38 % contre 14,33 %) avec un odds ratio à 4,58 significatif.

3.2. Médecin traitant et suivi spécialiste

Tableau V – Médecin traitant et suivi spécialiste

Spécialiste	Médecin trouvé		Total
	OUI	NON	
OUI	367 (55,78%)	291 (44,22%)	658
NON	293 (28,75%)	726 (71,25%)	1019
Total	660	1017	1677

55,78% des patients suivis par un spécialiste ont trouvé un médecin traitant.

28,75% des patients qui ne sont pas suivis par un spécialiste ont trouvé un médecin traitant.

Mesures comparatives

	Intervalles de confiance à 95%		
	Valeur	Borne inférieure	Borne Supérieure
Rapport des cotes (odds ratio)	3.12	2.55	3.84

Les patients suivis par un spécialiste ont été plus nombreux à trouver un médecin traitant que les patients sans suivi spécialisé (55,78% vs 28,75%) avec un odds ratio à 3,12, significatif.

3.3. Médecin traitant et traitement chronique

Tableau VI - Médecin traitant et traitement chronique

Traitement	Médecin trouvé		Total
	OUI	NON	
OUI	837 (51,96%)	774 (48,04%)	1611
NON	58 (5,90%)	925 (94,10%)	983
Total	895	1699	2594

51,96% des patients avec un traitement chronique ont trouvé un médecin traitant.

5,90% des patients sans traitement chronique ont trouvé un médecin traitant.

Mesures comparatives

	Intervalles de confiance à 95%		
	Valeur	Borne inférieure	Borne Supérieure
Rapport des cotes (odds ratio)	17.2	13.0	22.9

Les patients ayant un traitement chronique ont été plus nombreux à trouver un médecin traitant que ceux sans traitement chronique (52,0 vs 5,9%), avec un odds ratio à 17,2, significatif.

3.4. Médecin traitant et âge des patients

Tableau VII – Médecin traitant et âge des patients

Age (années)	Médecin trouvé		Total
	OUI	NON	
73-102	317 (47,46%)	351 (52,54%)	668
61-72	269 (42,03%)	371 (57,97%)	640
38-60	209 (30,42%)	478 (69,58%)	687
1-37	100 (14,66%)	582 (85,34%)	682
Total	895	1782	2677

Afin de répartir équitablement les effectifs, les catégories d'âge correspondent aux différents quartiles (Tableau II).

Les patients plus âgés ont été plus nombreux à trouver un médecin traitant par rapport aux patients les plus jeunes.

3.5. Modèle multivarié

Tableau VIII – Modèle multivarié

Prédicteur	Estimation	Erreur standard	Z	p	Rapport des cotes (odds ratio)
Ordonnée à l'origine	-2.1297	0.213	-9.998	<.001	0.119
Spécialiste :					
OUI – NON	0.3178	0.131	2.433	0.015	1.374
Pathologie :					
OUI – NON	-1.1758	0.286	-4.110	<.001	0.309
Traitement :					
OUI – NON	3.5341	0.292	12.105	<.001	34.263
Age - quartiles:					
3 – 4	0.0166	0.156	0.107	0.915	1.017
2 – 4	-0.0433	0.165	-0.263	0.792	0.958
1 – 4	-0.5175	0.199	-2.596	0.009	0.596

Note. L'estimation représente le log des cotes (odds) de "Médecin trouvé = OUI" vs. "Médecin non trouvé = NON"

Les quartiles correspondent à ceux indiqués dans le Tableau II.

Les patients suivis par un spécialiste ont 37 % plus de chances de trouver un médecin que ceux qui ne le sont pas.

Les patients sous traitement ont 34 fois plus de chances de trouver un médecin que les patients sans traitements.

Les patients les plus jeunes ont environ 40 % moins de chances de trouver un médecin que les patients plus âgés.

Les patients déclarant avoir une pathologie ont également moins de chance de trouver un médecin traitant dans ce modèle multivarié.

DISCUSSION

1. Principaux résultats

Cette étude évalue une stratégie locale portée par la CPTS du Pays de Mayenne visant à améliorer l'accès aux soins des patients sans médecin traitant, dans un contexte de pénurie médicale marquée. Les résultats mettent en évidence deux éléments majeurs : d'une part, le maintien d'un suivi pour les patients ayant un traitement chronique, et d'autre part, une priorisation de fait des patients les plus vulnérables dans l'accès à un médecin traitant.

1.1. Maintien d'un suivi régulier

Parmi les patients déclarant avoir un traitement chronique, 98 % disposaient d'une ordonnance à jour au moment du recueil des données. Les situations d'ordonnances non actualisées concernaient exclusivement des patients non joignables malgré plusieurs tentatives de contact. Ce résultat suggère que le dispositif permet une réponse efficace pour assurer le suivi des patients ayant un traitement chronique.

1.2. Accès à un médecin traitant et critères de vulnérabilité

Environ un tiers des patients inscrits sur la liste d'attente ont trouvé un médecin traitant au cours de la période étudiée. Les analyses montrent que cet accès est fortement associé à des marqueurs de vulnérabilité médicale : présence d'un traitement chronique, suivi par un spécialiste, âge plus élevé. Ces résultats sont cohérents avec les données de la littérature

française et internationale, qui montrent que les patients plus âgés et porteurs de pathologies chroniques sont plus fréquemment rattachés à un médecin traitant.

Le modèle multivarié met particulièrement en évidence le poids du traitement chronique, avec un odds ratio très élevé, soulignant que la nécessité d'un suivi régulier guide fortement l'acceptation de nouveaux patients par les médecins généralistes.

Ces résultats font écho aux constats décrits en introduction : dans un contexte de pénurie, les médecins tendent à prioriser l'inscription de patients dont la situation médicale justifie clairement un suivi structuré, au détriment des patients plus jeunes ou sans pathologie identifiée.

1.3. Soins non programmés

Cette action s'inscrit dans un contexte plus large de tension sur les soins non programmés. En l'absence de médecin traitant, les patients se tournent fréquemment vers les services d'urgence ou vers des services de soins non programmés, avec un risque de rupture de suivi. Le dispositif de la CPTS agit ici en amont, en évitant que le renouvellement de traitements chroniques ne devienne un motif de recours aux urgences ou au Service d'Accès aux Soins (SAS). Il ne se substitue pas à ces dispositifs nationaux, mais apparaît complémentaire, en apportant une réponse ciblée sur les problématiques de suivi et de prévention.

Créé dans le cadre du Plan Ma Santé 2022, le SAS est un dispositif national français visant à simplifier et améliorer l'accès aux soins non programmés, en particulier dans un contexte de tensions croissantes dans les soins primaires et les services d'urgence.

1.4. Exercice coordonné

Ce dispositif pourrait intervenir en complément des autres dispositifs d'exercice coordonné existants (IPA, MSP, assistants médicaux). En effet, les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) constituent aujourd'hui un modèle structurant, qui favorise la coordination entre médecins et paramédicaux et qui permet une augmentation de la taille de la file active et du nombre des patients inscrits par médecin traitant (30). Le déploiement des IPA vise également à libérer du temps médical grâce à l'accès direct à un infirmier spécialisé pour le suivi de pathologies chroniques. Cependant, leur déploiement est plus lent que prévu (31). Même s'il en est attendu un impact positif sur l'accès aux soins, il n'existe aucune évaluation de l'effet réel de ce dispositif, faute de recul et d'effectifs suffisants. En revanche, le dispositif d'aide à l'emploi des assistants médicaux est mieux documenté et a prouvé son efficacité.

Après 48 mois de recours à un assistant médical, les médecins enregistrent une nette progression de leur patientèle médecin traitant ainsi que de leur file active (32).

Comparée à ces dispositifs, la ligne téléphonique de la CPTS constitue une approche plus souple et immédiatement opérationnelle. Elle ne modifie pas directement l'offre médicale disponible, mais elle optimise son utilisation en centralisant les demandes, en identifiant les urgences de suivi et en orientant rapidement les patients sans médecin traitant. Les résultats de cette étude suggèrent que ce dispositif est complémentaire aux formes d'exercice coordonné existantes et peut constituer une réponse pertinente dans les territoires sous-dotés, au même titre que les organisations pluriprofessionnelles ou les dispositifs de délégation de tâches.

2. Forces et limites

2.1. Forces

Cette étude est l'une des premières à évaluer l'efficacité d'un système de liste d'attente à l'échelle d'une CPTS. L'effectif important ainsi que la durée de recueil sont les principaux points forts de celle-ci.

2.2. Limites

Le choix a été fait de privilégier la quantité de données au détriment de la qualité des informations recueillies. En effet de nombreuses données sont manquantes. De plus le détail des pathologies et des traitements n'est pas toujours mentionné. En effet le terme pathologie n'est pas bien défini dans le recueil des informations. Certains patients déclaraient uniquement des symptômes comme « souffle cardiaque » ou encore « douleur articulaire » qui étaient comptabilisés comme « pathologie ». Dans le même registre, certaines patientes déclaraient leur contraception dans « traitement chronique ».

L'inversion de l'effet de la variable « pathologie » après ajustement peut s'expliquer par un effet de suppression statistique : une fois les variables « traitement chronique » et le « suivi spécialiste » prises en compte, la variable « pathologie », déclarative et peu définie, ne reflète plus que les cas résiduels, notamment les patients déclarant une pathologie sans traitement ni suivi. Le résultat négatif est donc attendu après ajustement et ne correspond pas à une anomalie statistique.

Enfin, on ne peut pas démontrer avec ces données que les patients qui ont trouvé un médecin traitant, l'ont trouvé grâce à ce dispositif, même s'il paraît probable qu'une partie des patients

ait été acceptée par un médecin traitant à la suite d'un rendez-vous donné par l'infirmière parcours.

3. Perspectives

Il s'agit d'un dispositif qui s'est beaucoup développé sur le territoire au cours de ces dernières années, avec de nombreux exemples :

CPTS d'Orleans, depuis juin 2024

CPTS du Comtat Venaissin depuis octobre 2024 pour les patients en ALD sans médecin traitant.

CPTS Nord est Mayenne, Avril 2025

CPTS de la Seiche : mai 2025

CPTS Pays de Redon septembre 2023

Tous ont un fonctionnement différent mais un objectif commun : celui de favoriser l'accès aux soins primaires pour les patients sans médecin traitant. Certains fonctionnent seulement avec une liste d'attente sur laquelle le patient est inscrit jusqu'à ce qu'un médecin accepte de le prendre en soins. D'autres priorisent selon le statut ALD, C2S, ou encore selon l'âge.

L'objectif est de centraliser la demande.

Il existe peu, voire pas encore d'analyses, ni d'évaluation de l'efficacité de ces mesures.

Une harmonisation des critères de priorisation (ALD, C2S, âge, traitements chroniques) et une évaluation comparative entre territoires permettraient de mieux apprécier leur efficacité. À terme, ces expériences locales pourraient préfigurer une organisation plus centralisée de l'accès aux soins primaires, à l'image du modèle québécois, tout en restant adaptée aux spécificités du système de santé français.

CONCLUSION

Dans un contexte de pénurie médicale croissante, l'accès aux soins des patients sans médecin traitant constitue un enjeu majeur. Cette étude a permis d'évaluer l'efficacité d'un dispositif téléphonique mis en place par la CPTS Pays de Mayenne afin de faciliter l'organisation du suivi des patients sans médecin traitant.

Les résultats montrent une efficacité de ce dispositif avec des RDV proposés de façon systématique chez les patients nécessitant un renouvellement d'ordonnance. Par ailleurs, une proportion significative de patients a pu trouver un médecin traitant. Cet accès à un médecin traitant est principalement favorisé par des indicateurs de vulnérabilité médicale, comme l'existence d'un suivi spécialisé, d'un traitement chronique, d'une pathologie, et d'un âge avancé. Malgré l'absence de critères formalisés de priorisation, le dispositif semble donc bénéficier en priorité aux patients nécessitant un suivi régulier.

Alors que beaucoup de médecins refusent de prendre en soins de nouveaux patients, cette ligne téléphonique permet d'apporter une réponse au moins temporaire à la demande des patients. La demande est alors centralisée et les patients n'ont pas à appeler plusieurs secrétariats pour espérer obtenir un rendez-vous médical.

BIBLIOGRAPHIE

1. CNRS Le journal. « Le manque de médecins : une maladie française ? » <https://lejournal.cnrs.fr/nos-blogs/dialogues-economiques/le-manque-de-medecins-une-maladie-francaise>.
2. « AN Rapport enquête organisation système de santé et accès aux soins | vie-publique.fr ». 3 juillet 2025. <https://www.vie-publique.fr/rapport/299842-rapport-enquete-organisation-systeme-de-sante-et-acces-aux-soins>.
3. « Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques - Les leçons de la littérature internationale | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ». <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/remedier-aux-penuries-de-medecins-dans-certaines-zones>.
4. Sénat. « Déserts médicaux : L'État doit enfin prendre des mesures courageuses ! » 3 avril 2023. <https://www.senat.fr/rap/r19-282/r19-282.html>.
5. DGOS. « Les zones sous-denses en médecins ». Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/les-zones-sous-denses-en-offre-de-soins/zonage-medecin>.
6. « Accès aux soins de premier recours - ORS Pays de la Loire ». <https://www.orspaysdelaloire.com/publications/acces-aux-soins-de-premier-recours-en-pays-de-la-loire>.
7. « Territoire — Data ameli ». https://data.ameli.fr/pages/data-professionnels-sante-liberaux-territoire/?refine.dep_code=53.
8. « Observatoire de l'accès aux soins : les données sont en ligne sur Data ameli ». 25 septembre 2025. <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/observatoire-de-l-acces-aux-soins-les-donnees-sont-en-ligne-sur-data-ameli>.
9. « Patientèle des médecins libéraux par département - 2017 à 2023 | L'Assurance Maladie ». 19 mai 2025. <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/patientele-medecins-liberaux-ape-departement>.
10. « Les deux tiers des généralistes déclarent être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ». Consulté le 7 décembre 2025. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/les-deux-tiers-des-generalistes-declarent-0>.

11. J, Silhol, Ventelou B, et Zaytseva A. « How French General Practitioners Respond to Declining Medical Density: A Study on Prescription Practices, with an Insight into Opioids Use ». *The European Journal of Health Economics : HEPAC : Health Economics in Prevention and Care* 21, n° 9 (2020). <https://doi.org/10.1007/s10198-020-01222-8>.
12. McIsaac, W. J., E. Fuller-Thomson, et Y. Talbot. « Does Having Regular Care by a Family Physician Improve Preventive Care? » *Canadian Family Physician* 47 (janvier 2001): 70.
Menec, Verena H., Monica Sirski, et Dhiwya Attawar. « Does Continuity of Care Matter in a Universally Insured Population? » *Health Services Research* 40, n° 2 (2005): 389. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00363.x>.
13. Ks, Sun, Lam Tp, Lam Kf, et al. « Do Patients with and without a Regular Primary Care Physician Have Their Psychological Distress Looked after Differently? » *Journal of Public Health (Oxford, England)* 41, n° 2 (2019). <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdy112>.
14. Fund, The King's, Jane Hughes, et George Freeman. *Continuity of Care and the Patient Experience*. The King's Fund, s. d. https://archive.kingsfund.org.uk/concern/published_works/000094996?locale=en.
15. Rj, Koopman, Mainous Ag, Baker R, Gill Jm, et Gilbert Ge. « Continuity of Care and Recognition of Diabetes, Hypertension, and Hypercholesterolemia ». *Archives of Internal Medicine* 163, n° 11 (2003). <https://doi.org/10.1001/archinte.163.11.1357>.
16. Menec, Verena H., Monica Sirski, et Dhiwya Attawar. « Does Continuity of Care Matter in a Universally Insured Population? » *Health Services Research* 40, n° 2 (2005): 389. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00363.x>.
17. Fung, Colman SC, Carlos KH Wong, Daniel YT Fong, Albert Lee, et Cindy LK Lam. « Having a Family Doctor Was Associated with Lower Utilization of Hospital-Based Health Services ». *BMC Health Services Research* 15, n° 1 (2015): 42. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0705-7>.
18. H, Sandvik, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, et Hunskaar S. « Continuity in General Practice as Predictor of Mortality, Acute Hospitalisation, and Use of out-of-Hours Care: A Registry-Based Observational Study in Norway ». *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners* 72, n° 715 (2022). <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340>.
19. Smithman, Mélanie Ann, Jeannie Haggerty, Isabelle Gaboury, et Mylaine Breton. « Improved Access to and Continuity of Primary Care after Attachment to a Family Physician: Longitudinal Cohort Study on Centralized Waiting Lists for Unattached Patients in Quebec, Canada ». *BMC Primary Care* 23, n° 1 (2022): 238. <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01850-4>.

20. Sénat. « Rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins : agir avant qu'il ne soit trop tard ». 7 avril 2023. <https://www.senat.fr/rap/r21-589/r21-589.html>.
21. A, DICOM_Marie, et DICOM_Marie A. « Plan d'action pour améliorer l'accès aux soins dans les territoires ». Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. <https://sante.gouv.fr/actualites-presse/actualites-du-ministere/article/plan-d-action-pour-ameliorer-l-acces-aux-soins-dans-les-territoires>.
22. DICOM_Raphaelle.B, et DICOM_Raphaelle.B. « Point d'étape sur le déploiement des solutions d'accès aux soins dans les territoires : vers une amélioration du nombre de patients ayant accès à un médecin et des créneaux de consultations ». Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. <https://sante.gouv.fr/actualites-presse/presse/communiqués-de-presse/article/point-d-etape-sur-le-déploiement-des-solutions-d-acces-aux-soins-dans-les>.
23. Gouvernement du Québec. « Guichet d'accès à un médecin de famille ». <https://www.quebec.ca/sante/trouver-une-ressource/guichet-acces-medecin-famille>.
24. Breton, Mylaine, Jacques Ricard, et Nathalie Walter. « Les Guichets d'accès Aux Clientèles sans Médecin de Famille: Des Mécanismes d'orientation Fort Divergents Au Québec ». *Canadian Family Physician* 58, n° 9 (2012): 923.
25. ResearchGate. « (PDF) Analyse d'une Politique de Santé Visant l'amélioration de l'accès à Un Médecin de Famille : Les Guichets d'accès Pour La Clientèle Orpheline Au Québec, 2015 ». <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.1591.8562>.
26. Breton, Mylaine, Astrid Brousselle, Antoine Boivin, Danièle Roberge, Raynald Pineault, et Djamel Berbiche. « Who Gets a Family Physician through Centralized Waiting Lists? » *BMC Family Practice* 16, n° 1 (2015): 10. <https://doi.org/10.1186/s12875-014-0220-7>.
27. R, Mendoza-Sassi, et Béria Ju. « Prevalence of Having a Regular Doctor, Associated Factors, and the Effect on Health Services Utilization: A Population-Based Study in Southern Brazil ». *Cadernos de Saude Publica* 19, n° 5 (2003). <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2003000500004>.
28. Dourgnon, Paul. *Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme*. 2007.
29. « La ligne téléphonique pour les usagers sans médecin traitant – Pôle Santé Libéral du Pays de Mayenne ». 1 mai 2025. <https://www.psl-mayenne.fr/article/on-fait-le-point-sur-la-ligne-pour-les-usagers-sans-medecin-traitant/>.

30. Sebai, Jihane, et Fatima Yatim. « Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire ». *Gestion. Revue française d'administration publique* 164, n° 4 (2017): 887-902.
<https://doi.org/10.3917/rfap.164.0887>.

31. « Les infirmiers en pratique avancée | Cour des comptes ». 5 juillet 2023.
<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-infirmiers-en-pratique-avancee>.

32. « Le dispositif d'aide à l'emploi d'assistants médicaux ». 12 décembre 2024.
<https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2024-aide-emploi-assistants-medicaux-medecins>.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 – Répartition de l'âge des patients.....	14
---	----

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I - Effectifs de pathologie, spécialiste, traitement.....	13
Tableau II - Répartition de l'âge des patients.....	14
Tableau III - Effectifs de patients ayant trouvé un médecin traitant.....	15
Tableau IV - Médecin traitant et pathologie.....	17
Tableau V - Médecin traitant et suivi spécialiste.....	18
Tableau VI - Médecin traitant et traitement chronique.....	19
Tableau VII - Médecin traitant et âge des patients.....	20
Tableau VIII - Modèle multivarié.....	21

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE

LISTE DES ABREVIATIONS

INTRODUCTION

- 1. Etat des lieux de l'accès aux soins en France**
 - 1.1. Au niveau national
 - 1.2. Au niveau local
- 2. Conséquences globales sur la prise en charge des patients**
- 3. Quelles solutions ?**
- 4. Exemple du Québec**
 - 4.1. Trouver un médecin au Québec
 - 4.2. Quels résultats ?
- 5. Critères favorisant l'accès à un médecin traitant**
- 6. Exemple de la CPTS Pays de Mayenne**

MÉTHODES

RESULTATS

- 1. Population et caractéristiques**
 - 1.1. Pathologie, spécialiste, et traitement chronique
 - 1.2. Age des patients
 - 1.3. Médecin traitant
- 2. Fréquence des ordonnances actualisées**
- 3. Analyses croisées**
 - 3.1. Médecin traitant et pathologie
 - 3.2. Médecin traitant et suivi spécialiste
 - 3.3. Médecin traitant et traitement chronique
 - 3.4. Médecin traitant et âge des patients
 - 3.5. Modèle multivarié

DISCUSSION

- 1. Principaux résultats**
 - 1.1. Maintien d'un suivi régulier
 - 1.2. Accès à un médecin traitant et critères de vulnérabilité
 - 1.3. Soins non programmés
 - 1.4. Exercice coordonné
- 2. Forces et limites**
 - 2.1. Forces
 - 2.2. Limites
- 3. Perspectives**

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

Evaluation d'une stratégie mise en place par la CPTS du pays de Mayenne pour faire face aux difficultés d'accès aux soins primaires

RÉSUMÉ

Introduction La diminution du nombre de médecins généralistes et leur répartition inégale sur le territoire entraînent des difficultés croissantes d'accès aux soins primaires, en particulier pour les patients sans médecin traitant. En Mayenne, ce phénomène est particulièrement marqué. Afin de répondre à cette problématique, la CPTS du Pays de Mayenne a mis en place une ligne téléphonique dédiée aux usagers sans médecin traitant, visant à centraliser les demandes et à faciliter l'organisation du suivi des patients.

Méthode Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive rétrospective, menée à partir des données recueillies par la CPTS de Mayenne entre décembre 2022 et juin 2025. Le critère de jugement principal était la proportion de patients ayant une ordonnance de traitement chronique à jour. Les critères secondaires comprenaient la proportion de patients ayant trouvé un médecin traitant et l'identification des facteurs associés à cet accès.

Résultats Au total, 2 686 patients ont été inclus. Parmi les patients sous traitement chronique, 98 % disposaient d'une ordonnance à jour. Un tiers des patients (33,3 %) a trouvé un médecin traitant au cours du suivi. La probabilité d'obtenir un médecin traitant était significativement plus élevée chez les patients présentant un traitement chronique, un suivi spécialisé ou un âge plus avancé. En analyse multivariée, le traitement chronique apparaissait comme le facteur le plus fortement associé à l'accès à un médecin traitant.

Conclusion Le dispositif de ligne téléphonique dédié aux patients sans médecin traitant mis en place par la CPTS de Mayenne permet d'assurer, à l'échelle territoriale, la continuité des traitements chroniques. Les résultats suggèrent que cette organisation favorise l'accès à un médecin traitant principalement pour les patients les plus vulnérables. Ce dispositif simple et rapidement opérationnel constitue une réponse complémentaire pertinente dans les territoires sous-dotés en soins primaires.

Mots-clés : Accès aux soins, médecine générale, médecin traitant, soins primaires, CPTS

Evaluation of a Primary Care Network Strategy to Improve Access to Primary Care in Mayenne, France

ABSTRACT

Introduction The decline in the number of general practitioners and their unequal distribution across the territory have led to increasing difficulties in accessing primary care, particularly for patients without a registered family physician. In the Mayenne area, this situation is especially pronounced. To address this issue, the Mayenne Primary Care Network (CPTS Pays de Mayenne) implemented a dedicated telephone line for patients without a regular general practitioner, aiming to centralize requests and facilitate the organization of patient follow-up.

Methods This was a retrospective descriptive observational study based on data collected by the Mayenne Primary Care Network between December 2022 and June 2025. The primary outcome was the proportion of patients with an up-to-date prescription for chronic treatment. Secondary outcomes included the proportion of patients who found a regular general practitioner and the identification of factors associated with access to one.

Results A total of 2,686 patients were included. Among patients receiving chronic treatment, 98% had an up-to-date prescription. One third of patients (33.3%) found a regular general practitioner during the follow-up period. The likelihood of obtaining a general practitioner was significantly higher among patients with chronic treatment, specialist follow-up, or older age. In multivariate analysis, chronic treatment was the factor most strongly associated with access to a regular general practitioner.

Conclusion The dedicated telephone line for patients without a regular general practitioner implemented by the Mayenne Primary Care Network helps ensure continuity of chronic treatments at the territorial level. The findings suggest that this organizational approach mainly facilitates access to a regular general practitioner for the most medically vulnerable patients. This simple and rapidly deployable intervention represents a relevant complementary response in primary care-underserved areas.

Keywords : Access to care, general practice, primary care, family physician, primary care network