

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNÉE 2016

THÈSE N°

Les centres de santé : une réponse au problème de la sous-densité médicale ?

Enquête auprès des internes et remplaçants en médecine générale du Limousin

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 21 Septembre 2016

Par

Rémi DALLOZ

Né le 11 juin 1987, à REIMS

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur Daniel BUCHON Président
Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER..... Juge
Mme le Dr Marie-Paule PAUTOUT-GUILLAUME Juge
M. le Dr Robert JUSSEAUME..... Juge
M. le Dr Sébastien MAS..... Directeur et Juge

Le 1^{er} septembre 2015

DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur Denis VALLEIX

ASSESEURS : Monsieur le Professeur Jean-Jacques MOREAU
 Monsieur le Professeur Pierre-Marie PREUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS :

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe	DERMATOLOGIE-VERERELOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	O.R.L.
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE

CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE D'ADULTES
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAINANT Alain	CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE

JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques	NEUROCHIRURGIE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION

ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
SAUTEREAU Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole	CANCEROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE CHIRURGIE GENERALE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
VIROT Patrice	CARDIOLOGIE
WEINBRECK Pierre	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

**PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES à MI-TEMPS DES
DISCIPLINES MEDICALES**

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE et STOMATOLGIE
------------------	---

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
BARRAUD Olivier	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
CHABLE Hélène	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MURAT Jean-Benjamin	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
QUELVEN-BERTIN Isabelle	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
RIZZO David	HEMATOLOGIE
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE

WOILLARD Jean-Baptiste

PHARMACOLOGIE
FONDAMENTALE

P.R.A.G

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel

MEDECINE GENERALE

**PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS DES MEDECINE
GENERALE**

DUMOITIER Nathalie

MEDECINE GENERALE

PREVOST Martine

MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

MENARD Dominique

MEDECINE GENERALE

PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule

MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS EMERITES

ADENIS Jean-Paul

MERLE Louis

MOULIES Dominique

VALLAT Jean-Michel

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

BLANC Philippe

BIOPHYSIQUE et MEDECINE
NUCLEAIRE

CHUFFART Etienne

ANATOMIE

DONISANU Adriana

ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

FAYE Pierre-Antoine

BIOCHIMIE et BIOLOGIE
MOLECULAIRE

FREDON Fabien

ANATOMIE

KASPAR Claire

ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

LEGRAS Claire

ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

MANCIA Claire

ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

MATHIEU Pierre-Alain

ANATOMIE (Service d'Orthopédie-
Traumatologie)

OLOMBEL Guillaume

IMMUNOLOGIE

SERENA Claire

ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

ARDOUIN Elodie	RHUMATOLOGIE
ASSIKAR Safaë	DERMATO-VENEREOLOGIE
BIANCHI Laurent	GASTROENTEROLOGIE
BORDES Jérémie	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
BOURMAULT Loïc	OPHTALMOLOGIE
BUISSON Géraldine	PEDOPSYCHIATRIE
CASSON-MASSELIN Mathilde	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
CAZAVET Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
CHATAINIER Pauline	NEUROLOGIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE DIGESTIVE
COSTE-MAZEAU Perrine	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
CYPIERRE Anne	MEDECINE INTERNE A
DAIX Thomas	REANIMATION
DIJOUX Pierrick	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
DOST Laura	OPHTALMOLOGIE
EVENO Claire	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
GANTOIS Clément	NEUROCHIRURGIE
GARDIC Solène	UROLOGIE
GONZALEZ Céline	REANIMATION
GSCHWIND Marion	MEDECINE INTERNE B

HOUMAÏDA Hassane	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE
KENNEL Céline	HEMATOLOGIE
LACORRE Aymeline	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
LAFON Thomas	MEDECINE d'URGENCE
LAVIGNE Benjamin	PSYCHIATRIE d'ADULTES
LE BIVIC Louis	CARDIOLOGIE
LE COUSTUMIER Eve	MEDECINE INTERNE A
LEGROS Emilie	PSYCHIATRIE d'ADULTES
LERAT Justine	O.R.L.
MARTIN Sylvain	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
MATT Morgan	MALADIES INFECTIEUSES
MESNARD Chrystelle	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
MONTCUQUET Alexis	NEUROLOGIE
PAPON Arnaud	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
PETITALOT Vincent	CARDIOLOGIE
PONTHIER Laure	PEDIATRIE
ROGER Thomas	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et
TRAUMATOLOGIQUE	
SAINT PAUL Aude	PNEUMOLOGIE
SCOMPARIN Aurélie	O.R.L.
TAÏBI Abdelkader	CANCEROLOGIE
TRIGOLET Marine	PEDIATRIE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

RUDELLE Karen

MEDECINE GENERALE

CHEF DE CLINIQUE ASSOCIE – MEDECINE GENERALE

LAUCHET Nadège

MEDECINE GENERALE

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

BALLOUHEY Quentin

CHIRURGIE INFANTILE

CROS Jérôme

ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

A mes grands-pères Léon et Yves qui auraient aimés être là mais qui ont eu un léger contretemps.

A Cathy pour ton soutien inébranlable, ta patience, tes précieux conseils, ton attention, tes remarques pertinentes, et encore une fois... ta patience !

A Alix, pour tes mimiques et ton baratin que tu es la seule à comprendre.

A Numérobis, on t'attend avec impatience.

A ma famille qui m'a toujours encouragé et qui, je l'espère est fière de moi.

A Yann et Simon pour ces années de colocation et tous les bons souvenirs qu'on en a gardé.

A Thierry : mes voisins apprécient beaucoup le duo Les Paul/Laffont.

A ceux qui m'ont inspiré dans la pratique de la médecine, Jean-Louis, Antoine, Mathieu, Sébastien, Dr Venot, Dr Jusseaume.

Au Pr Longy-Boursier pour m'avoir épaulé dans un moment très difficile de mes études.

A tous mes co-internes avec qui j'ai passé des moments formidables, notamment au 1^{er} semestre 2012/2013 à Tulle.

A tous mes anciens camarades Bordelais.

Remerciements

Au Pr Daniel BUCHON pour avoir accepté de présider le jury et de codiriger cette thèse.

Au Pr Nathalie DUMOITIER pour sa disponibilité, la qualité de son enseignement et son soutien pour la réalisation de ce travail.

Au Dr Marie-Paule PAUTOUT-GUILLAUME pour avoir accepté de juger cette thèse.

Au Dr Robert JUSSEAUME pour son implication en tant que maître de stage et sa bienveillance en toute circonstance.

Au Dr Sébastien MAS pour ses qualités en tant de maître de stage, son aide précieuse en tant que directeur de thèse, sa patience et son obstination au service des patients.

Au Dr Karen RUDELLE pour son aide importante à la réalisation de ce travail.

Droits d'auteurs



Cette création est mise à disposition selon le Contrat : « **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** » disponible en ligne <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>

Sommaire

Introduction.....	16
1. Première partie.....	19
1.1. Les centres de santé.....	19
1.2. Les zones fragiles et déficitaires en Limousin.....	26
1.3. Les aspirations des internes en médecine.....	36
2. Deuxième partie.....	40
2.1. Présentation de l'étude.....	40
2.2. Résultats.....	43
3. Troisième partie.....	53
3.1. Discussion.....	53
3.2. Perspectives.....	57
Conclusion.....	59
Références bibliographiques.....	61
Table des annexes.....	64
Table des matières.....	72
Table des figures.....	75
Table des tableaux.....	76

Introduction

Depuis quelques années, la démographie médicale est devenue un enjeu politique et social de premier plan. Il s'agit d'une problématique complexe et multifactorielle. Malgré les mesures prises afin de favoriser l'installation des jeunes médecins en zones fragiles, l'exercice libéral exclusif est de moins en moins plébiscité par ces derniers, au profit d'un exercice mixte et salarié et plus particulièrement hospitalier. L'âge d'installation en médecine générale recule de façon progressive depuis plusieurs années, de façon concomitante à l'augmentation du nombre de remplacements, traduisant un désintérêt croissant de l'exercice libéral ambulatoire.

Lorsque l'on interroge les principaux intéressés, à savoir les internes, il s'avère qu'environ 20% d'entre eux seulement désirent exercer en libéral exclusif, les autres préférant une activité mixte ou salariée. De plus, les contraintes administratives et de gestion du cabinet, de plus en plus pesantes sont un frein à l'exercice libéral. En outre, les jeunes médecins désirent majoritairement exercer en groupe mono voire pluridisciplinaire.

En France, le salariat ambulatoire est très peu développé et méconnu des jeunes médecins. Il s'avère que les centres de santé polyvalents, dont l'implantation est en plein essor, possèdent des caractéristiques qui pourraient attirer les jeunes médecins dans les zones fragiles ou déficitaires : salariat ambulatoire (ce qui implique moins de charges administratives et de gestion), regroupement pluri-professionnel avec un travail en équipe, actions de prévention, d'éducation thérapeutique, etc.

Dans la région Limousin, ce type d'établissement n'existe pas encore. L'objectif de cette thèse est de savoir si l'implantation de centres de santé polyvalents pourrait favoriser l'installation des jeunes médecins dans les zones fragiles et déficitaires du Limousin.

Première partie

1. Première partie

1.1. Les centres de santé

D'après l'article L6323-1 du Code de la santé publique : « Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers mentionné à l'article L. 322-1 du code de la sécurité sociale. Ils peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2 et dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-10 du présent code ».

Leurs principales obligations portant sur la nature de leurs missions, leurs conditions d'exercice et leur mode de fonctionnement sont ainsi posées :

- Ils constituent des lieux de stages pour la formation des différentes professions de santé.
- Ils doivent avoir une activité de premier recours ambulatoire (donc sans hébergement).
- Ils doivent appliquer les tarifs opposables (règle posée au premier chapitre de l'accord national de 2003) [1].
- Ils pratiquent la dispense d'avance de frais au moins sur la partie assurance maladie de base.
- Ils mettent en œuvre des actions sociales.
- Ils réalisent des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients.
- Ils élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique.
- Le personnel y est exclusivement salarié, y compris les médecins.

1.1.1. Historique

L'histoire des centres de santé remonte au XVIIe siècle avec les consultations charitables pour « pauvres malades » instituées par Théophraste Renaudot, médecin nommé commissaire général des pauvres du Royaume par Richelieu. Ces consultations étaient accessibles aux patients de toutes conditions sociales, mais ceux qui n'en avaient pas les moyens ne payaient pas. De plus les médecins devaient être « renommés ».

Jusqu'à la deuxième guerre mondiale des dispensaires se sont développés, notamment grâce à des legs philanthropiques de grandes familles bourgeoises. Leur gestion est le plus souvent confiée à des associations caritatives ou à des congrégations religieuses. Vers le milieu du XIXe siècle, d'autres types de dispensaires ont vu le jour dans un objectif « d'entraide solidaire ». Ils sont le fruit d'organisations ouvrières pour les familles de leurs membres. Le concept de solidarité remplace celui de charité.

De nombreux centres de santé vont alors être créés, principalement en zone urbaine, à l'initiative d'associations caritatives ou non, de municipalités, de mutuelles. Le Front Populaire, puis la Libération, avec l'arrivée de la sécurité sociale, seront propices à ces initiatives. Ces structures se sont développées sous l'impulsion de leurs gestionnaires pour s'orienter vers des soins de proximité (éducation pour la santé, vaccination, dépistage des cancers, des caries, des virus (VIH, VHC...), stratégies d'intervention coordonnée pour les pathologies chroniques...

Par la suite, certains services de santé publique collective s'associeront aux centres de santé : mise en place de PMI, de services de vaccination, de dispensaires de soins des maladies vénériennes, de services de soins spécialisés en alcoologie puis en toxicomanie. Les centres de santé ont été dès le départ, des relais importants pour le travail en réseau [2].

1.1.2. Etat des lieux actuels

Il existe plusieurs types de centres de santé : les centres de santé infirmiers (pour les actes infirmiers tels que les prélèvements sanguins, les injections, les pansements, les soins d'hygiène corporelle...), les centres de santé dentaires (pour ce qui concerne l'hygiène bucco-dentaire classique, la pose de prothèses, les soins d'orthodontie...) et les centres de santé médicaux qui assurent une médecine de proximité. Ils peuvent regrouper différentes spécialités médicales. De plus, les centres de santé peuvent être polyvalents, associant des médecins et/ou d'autres professions médicales ou paramédicales.

1.1.2.1. Répartition géographique

Sur près de 1200 centres de santé en France, environ 400 centres médicaux ou polyvalents ont été recensés en France en 2013 (gérés à 22% par des associations, à 22% par des régimes de sécurité sociale, à 18% par des collectivités territoriales ; le reste est géré par des congrégations, des mutuelles, etc.) [2]. Ce sont en règle générale de grosses structures pouvant employer une centaine de salariés. Ils sont principalement implantés à Paris et en proche couronne, ainsi qu'autour de Marseille, Lyon et dans le bassin minier du Nord-Pas-De-Calais [3].

1.1.2.2. Spécificités des centres de santé

Une forte identité réunit la plupart des centres de santé : pratique de la dispense d'avance de frais, respect des tarifs opposables de la sécurité sociale, actions sociales et de santé publique, salariat. Les dimensions individuelles et collectives de la santé sont prises en compte du fait d'une pratique médicale globale. Le travail s'effectue en équipe qui associe personnel soignant, social et administratif. Le salariat évite toute relation d'argent entre le patient et le professionnel. Il permet de plus aux soignants de se libérer d'une grande partie des formalités administratives et de la comptabilité, ce qui dégage du temps à consacrer aux patients.

1.1.2.3. Population prise en charge

Plus de 60% des personnes qui recourent à la médecine générale dans les centres de santé sont considérées comme précaires contre 40% dans la population générale d'après l'étude EPIDAURE-CDS (réalisée en 2011 afin d'analyser les spécificités de 21 centres de santé polyvalents) [4] [5]. Dans cette étude, le niveau de précarité des patients a été évalué avec le score EPICES, qui est une mesure multidimensionnelle allant au-delà des indicateurs socio-administratifs habituellement utilisés (Annexe 1).

Le fait d'être considéré comme précaire est associé à une plus faible probabilité de se déclarer en bonne santé, ainsi qu'à un recours plus élevé à la médecine générale, et ceci est d'autant plus vrai pour les personnes ayant un score EPICES très élevé.

Cela permet de constater la réelle utilité sanitaire et sociale des centres de santé. En effet, ils assurent une offre de soins précieuse dans des zones à faible densité de professionnels libéraux, et répondent aux préoccupations financières d'accès aux soins, grâce aux tarifs opposables et à la pratique de dispense de frais.

1.1.2.4. Missions et actions en santé publique

Les actions en santé publique des centres de santé sont d'une grande variété. Par exemple, le centre municipal d'Aubervilliers a réalisé les missions suivantes :

- Vaccinations gratuites.
- Bilans bucco-dentaires gratuits à 6, 9, 12, 15 et 18 ans.
- Dépistage organisé du cancer du sein.
- Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (alcool, tabac, drogues, jeux...).
- Centre de planification et d'éducation familiale (CPEF).
- Centre d'information et de dépistage de la drépanocytose.
- Consultations de victimologie (accueil des femmes victimes de violences).
- Dépistage de l'apnée du sommeil.
- Dépistage des complications du diabète.

- Education thérapeutique du diabétique.
- Education thérapeutique de l'asthme.
- Programme de vaccination des populations migrantes.
- Intervention d'éducation bucco-dentaire dans les écoles.

1.1.2.5. Un modèle économique fragile

Etant financés en majeure partie par l'assurance maladie sur la base du nombre d'actes accomplis par les personnels soignants pour la valeur que ces actes ont dans la médecine libérale, les centres de santé sont financièrement fragiles. En 2013, il était estimé que les centres de santé médicaux et polyvalents avaient besoin d'un complément de ressources avoisinant 14% de leur budget (ce besoin se limitait à 6% pour les centres dentaires et infirmiers).

La plupart des centres de santé n'équilibraient donc pas leurs comptes avec les seules ressources de l'assurance maladie, et ceux qui y parvenaient se trouvaient dans une situation de fragilité économique manifeste [3]. C'est le gestionnaire qui, au final, boucle le budget par une subvention. Pendant des années, cette manœuvre a masqué la situation d'impasse financière.

Cette fragilité financière a plusieurs origines. En effet, une gestion imparfaite peut mettre en péril la structure sur le plan financier (plages d'ouvertures horaires, absentéisme des patients, locaux trop spacieux, dépenses de personnel trop importantes, etc.) De plus, le modèle économique des centres de santé est actuellement précaire :

- Il n'existe pas de mécanisme assurant une cohérence entre les dépenses et les recettes de l'activité de soins : les dépenses sont souvent fixes (salaires et cotisations sociales) du fait du mode de rémunération des personnels. Or, la recette principale (le paiement à l'acte) varie selon l'activité du personnel soignant

- Des charges spécifiques incombent aux centres de santé, principalement la gestion du tiers payant qui représente un coût de gestion de 6% à 11% des recettes d'activité, alors qu'ils ne bénéficient d'aucun financement spécifique. De plus, les prélèvements sociaux sont pris en charge par l'assurance maladie dans les mêmes conditions que celles des praticiens libéraux de secteur 1 alors qu'ils sont supérieurs dans le cadre du salariat.
- Les dépenses propres à l'exercice regroupé peuvent bénéficier d'un financement appelé « option de coordination ». Cependant, du fait des difficultés de gestion, un nombre restreint de centres de santé en bénéficie.
- Les missions menées comme la prévention en santé publique ou les actions sociales ne bénéficient que rarement de financements. Lorsqu'un financement a pu être trouvé, il ne couvre souvent pas entièrement les frais engendrés.
- La rémunération des médecins libéraux se diversifie sous forme forfaitaire. Or, cela ne s'applique pas aux centres de santé.
- Il existe de nombreux obstacles juridiques à la participation des centres de santé à la permanence des soins et à la formation des étudiants en médecine.

1.1.3. Evolutions et perspectives

Depuis peu (juillet 2015), un nouvel accord national des centres de santé a été signé par les différents acteurs des centres de santé ainsi que par les caisses d'assurance maladie [6] [7]. Il est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2016. Cet accord marque une étape importante dans l'histoire des centres de santé. En effet, il va permettre aux centres de santé :

- D'obtenir des rémunérations forfaitaires (40 euros par an et par patient en ALD, 40 euros pour le suivi du patient post-ALD, 5 euros au titre du forfait médecin traitant, 5 euros par visite ou consultation auprès de chaque patient âgé de 80 ans ou plus).
- De bénéficier de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) qui va se fonder sur l'activité de chaque médecin traitant salarié.

- De pouvoir bénéficier de l'option démographique : afin de favoriser l'installation et le maintien des centres dans des zones médicalement sous dotées, ces structures peuvent percevoir 5000 euros par an et par médecin traitant salarié du centre pendant 3 ans en échange d'engagements (activité dans la zone concernée, participation à la permanence des soins, etc.). Un second forfait correspondant à 10% de l'activité médicale du centre sera attribué annuellement, dans la limite d'un plafond de 20 000 euros par médecin.
- De participer, comme les libéraux, à la permanence des soins et ainsi percevoir des majorations d'actes spécifiques.
- De percevoir un nouveau mode de rémunération forfaitaire sur la base d'une grille d'engagements adaptée aux spécificités des centres. Ces engagements concernent l'accessibilité, mais aussi l'organisation et la coordination des soins. Par exemple, l'amplitude horaire d'ouverture de la structure, l'exercice de missions de service public ou la concertation pluri professionnelle via des réunions de coordination entre personnel médical et paramédical font partie de ces engagements. Sont également pris en compte les partenariats avec d'autres acteurs de la santé ou encore des critères concernant le système d'information du centre.

Il s'agit d'un accord majeur car il va permettre aux centres de santé de bénéficier de financements supplémentaires et ainsi tendre vers un équilibre budgétaire en réduisant la part des subventions qui permettaient jusqu'à présent d'éviter la fermeture de ces centres.

Cependant, il est encore trop tôt pour évaluer l'impact réel de cet accord.

1.2. Les zones fragiles et déficitaires en Limousin

L'Agence Régionale de Santé (ARS) distingue différents types de territoires : zones sans difficulté, zones fragiles et zones prioritaires (ou déficitaires). Cependant, il n'y a pas d'uniformisation de la définition au niveau national. Chaque ARS possède ses propres critères pour établir la catégorie de territoire en matière de déficit médical.

1.2.1. Définitions

1.2.1.1. Les zones déficitaires

D'après l'ARS du Limousin [8], le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) inscrit dans le projet régional de santé comprend la liste des zones déficitaires en médecins libéraux.

En effet, l'article L.1434-7 du code de la santé publique prévoit que les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé soient déterminées par l'ARS dans le schéma régional d'organisation des soins.

La définition de ces zones revêt une grande importance puisque c'est sur leurs périmètres que s'appliqueront les diverses mesures tant régionales que nationales afin de lutter contre la sous-densité médicale.

Les zones à retenir pour être ciblées comme déficitaires, dans un premier temps, sont celles où se cumulent : des problèmes de démographie importants ainsi qu'une démarche déjà engagée qui reçoit l'aval des élus et des professionnels de santé. En effet, tout en répondant à ces critères, elles permettent une action de terrain pouvant déboucher sur des résultats rapides.

Le SROS détermine ces zones notamment par :

- L'article L. 1434-8 du code de la santé publique, relatif aux financements par les ARS.
- Les conventions mentionnées au chapitre I du titre VI du livre 1er du code de la sécurité sociale : il s'agit des mesures conventionnelles (assurance maladie) d'aides au maintien et à l'installation des professionnels de santé.

- L'article L. 631-1-1 du code de l'éducation : il s'agit des contrats d'engagement de service public.
- L'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales : il s'agit des aides à l'installation à destination des professionnels de santé et aux étudiants en médecine.
- L'article 151 ter du code général des impôts : il s'agit de l'exonération de l'impôt sur le revenu des rémunérations perçues au titre de la permanence des soins.

L'arrêté du 21 décembre 2011 relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L 1434-7 du code de santé publique fixe les principes suivants :

- La définition des zones tient compte des priorités d'action prévues dans le SROS en matière de répartition géographique.
- Les zones comprennent une part de la population régionale inférieure ou égale à 63818 habitants pour le Limousin.
- Les zones sont constituées d'unités territoriales référencées par l'INSEE.

1.2.1.2. Les zones fragiles

En plus des zones déficitaires, l'ARS Limousin a décidé d'arrêter dans le volet ambulatoire du SROS 2012-2017 une liste de territoires considérés comme « fragiles ». Ces zones sont particulièrement suivies tout au long de la durée du SROS et les actions de l'agence seront également déployées au sein de ces territoires.

Les dispositifs portant sur les territoires de mise en œuvre des actions destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé prévus à l'article L 1434-7 du code de santé publique seront maintenus dans ces zones.

Il en va ainsi du contrat de praticien territorial et du contrat d'engagement de service public sous réserve d'une modification réglementaire [8].

1.2.2. Etat des lieux et perspectives

1.2.2.1. Les effectifs des spécialistes en médecine générale

D'après l'atlas national de la démographie médicale, au 1er janvier 2015 [9], le Limousin recensait 782 spécialistes en médecine générale ayant une activité libérale/mixte dont 282 femmes (36%) et 500 hommes (64%). Cette répartition en fonction du sexe est identique à la répartition nationale.

A noter que, en France, parmi les médecins de moins de 40 ans, les femmes représentent 60% des effectifs alors que les hommes représentent 80% des 60 ans et plus. Ces données confirment la féminisation de la profession. En effet en 2007, les femmes représentaient 29% des spécialistes en médecine générale libéraux et mixtes.

Sur le période 2007-2015, les effectifs des omnipraticiens libéraux et mixtes du Limousin ont diminué de 10,8% (pour une moyenne nationale à -10,3%).

En 2007, la densité de médecins était de 117,5 spécialistes en médecine générale ayant une activité mixte/libérale pour 100 000 habitants (moyenne nationale 100,1 pour 100 000 habitants). En 2015, elle est de 102,4 (moyenne nationale 88,7). Ce qui correspond à une variation de -12,9 % (moyenne nationale -11,4%).

Le Limousin fait donc partie des régions dont la densité médicale est forte, mais dont la variation des effectifs sur la période 2007/2015 est très préoccupante.

En effet, une baisse du nombre de généralistes est encore attendue d'ici 2020 (-7,5% des effectifs) [10].

Les spécialistes en médecine générale libéraux et mixtes, âgés de 60 ans et plus sont 34%, et 11% sont âgés de moins de 40 ans.

Tableau 1 : Profil démographique des spécialistes en médecine générale libéraux et mixtes à l'échelle départementale. Situation en 2015

Département	Moyenne d'âge	% > 60 ans	% < 40 ans
Corrèze	54,1	29,4%	10,0%
Creuse	56,2	32,7%	5,8%
Haute-Vienne	52,3	23,6%	12,9%

Tableau 2 : Evolution des effectifs des spécialistes en médecine générale en France entre 2007 et 2015 en fonction du mode d'exercice

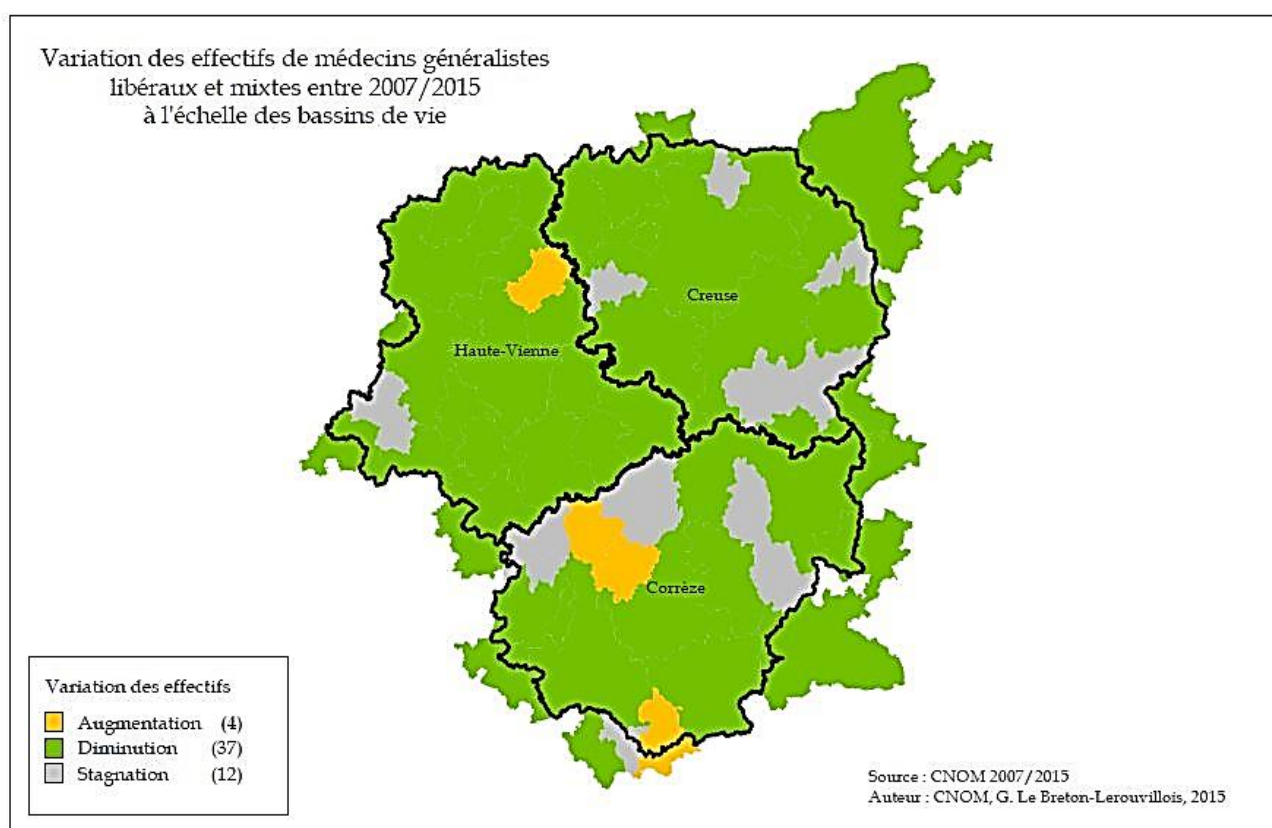
	2007	2015	Variation
Libéraux	60,5%	57,6%	-2,9%
Mixtes	6,5%	7,2%	+0,7%
Salariés	31,4%	35,2%	+3,8%
Sans	0,2%	0,0%	-0,2%
Divers	1,2%	0,1%	-1,1%

Il apparait que depuis 2007, l'exercice libéral exclusif est en baisse (-2,9%), au profit de l'exercice salarié et mixte (+4,5% au total).

1.2.2.2. Densité et variations à l'échelle des bassins de vie

Il est plus juste de raisonner en termes de bassin de vie. En effet, d'après l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) [11] : « en France, les bassins de vie sont définis comme les plus petits territoires au sein desquels les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants. C'est dans ces contours que s'organise une grande partie du quotidien des habitants. En 2012, 1 666 bassins de vie structurent le territoire national, dont 1 287 sont qualifiés de ruraux au sens des critères adoptés par la Commission européenne. Les bassins de vie ruraux sont naturellement plus étendus et moins densément peuplés que les bassins de vie urbains ; les équipements y sont moins variés. C'est pourtant dans ces bassins que la population a le plus augmenté au cours de la dernière décennie. »

Figure 1 : Variation des effectifs de spécialistes en médecine générale libéraux et mixtes à l'échelle des bassins de vie en Limousin



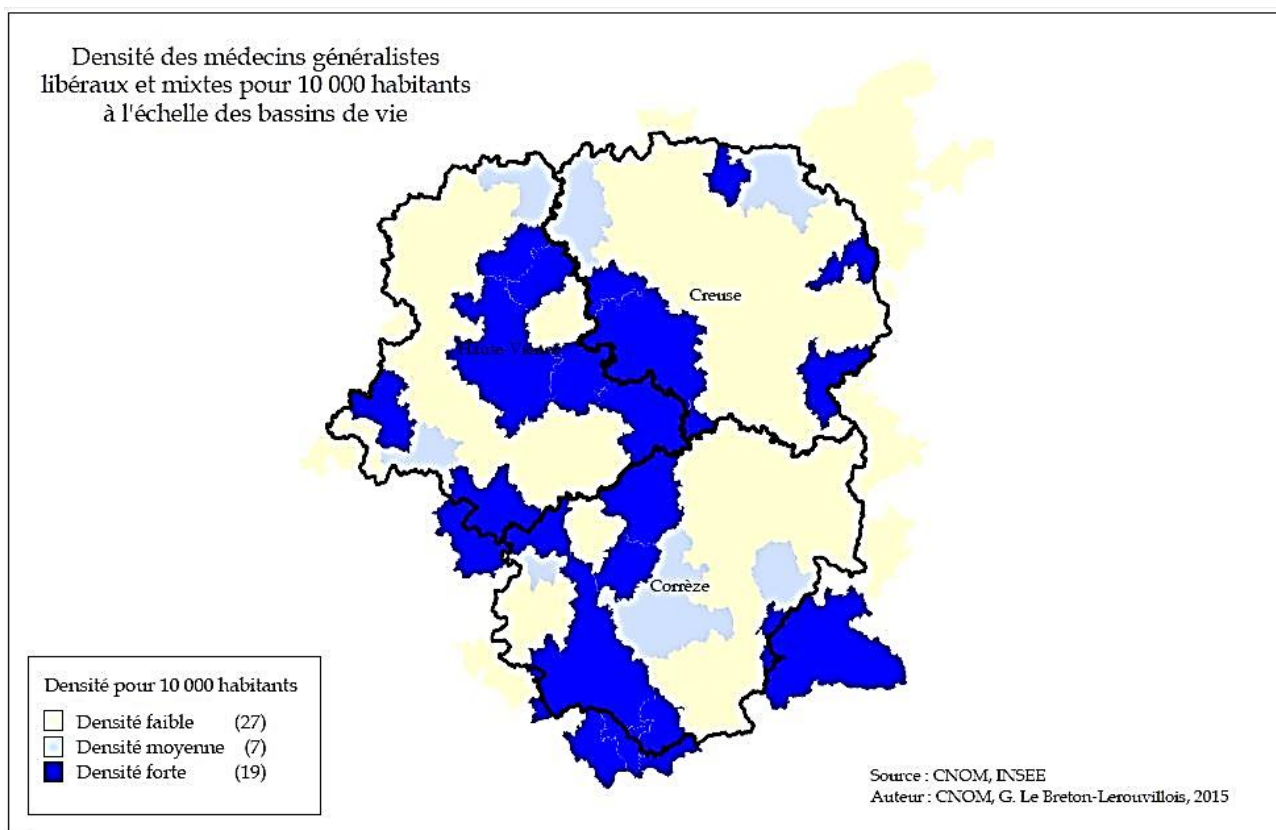
Dans la région Limousin, les 53 bassins de vie sont composés en moyenne de 17 spécialistes en médecine générale libéraux et mixtes.

Sur la période 2007/2015, 37 bassins de vie ont enregistré une baisse des effectifs de spécialistes en médecine générale libéraux et mixtes. Le bassin de Saint-Vaury enregistre la plus forte baisse des effectifs (-50%).

Le bassin de vie d'Allasac se positionne au second rang des plus fortes baisses d'effectifs (-40%) et le bassin de vie d'Ussel se place en troisième position (-39,1%).

12 bassins de vie maintiennent leurs effectifs tandis que 4 enregistrent une augmentation pouvant aller de 20% (Uzerche) à 7,7% (Biars-sur-Cère).

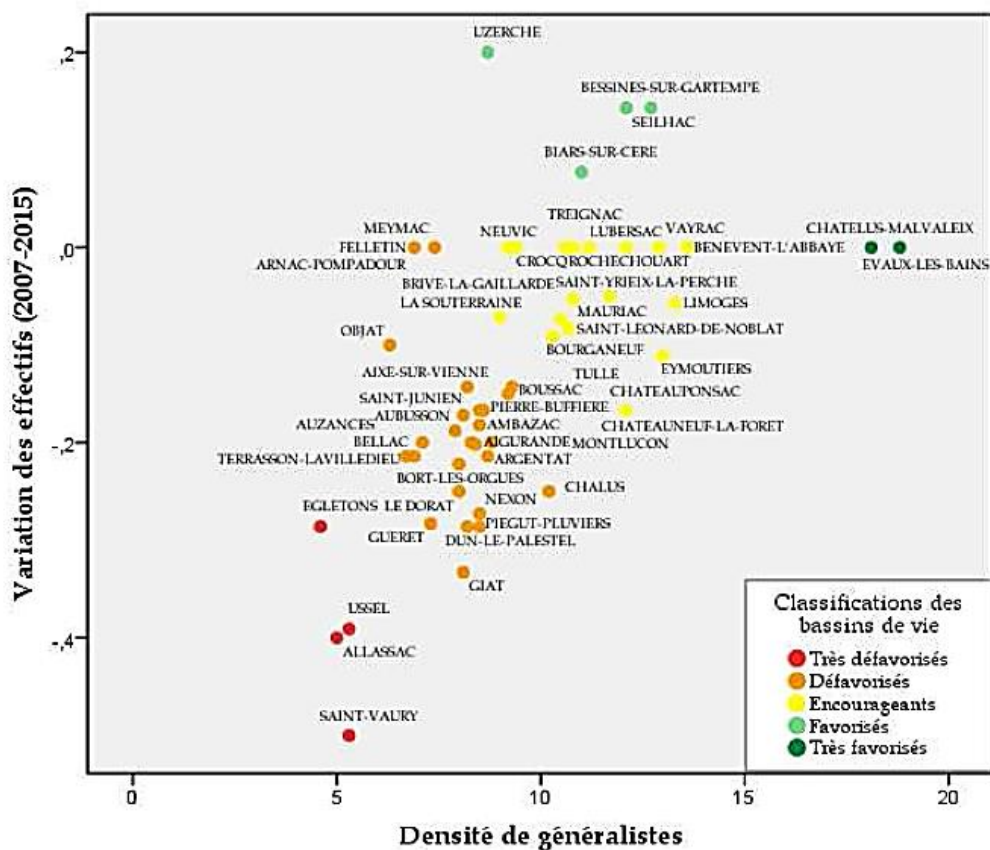
Figure 2 : Densité des spécialistes en médecine générale libéraux et mixtes pour 10 000 habitants à l'échelle des bassins de vie en Limousin



Un bassin de vie compte en moyenne 9.5 spécialistes en médecine générale libéraux et mixtes pour 10 000 habitants.

51% des bassins de vie de la région Limousin sont caractérisés par une densité faible.

Figure 3 : Classification des bassins de vie selon les densités et les variations des effectifs des spécialistes en médecine générale libéraux et mixtes

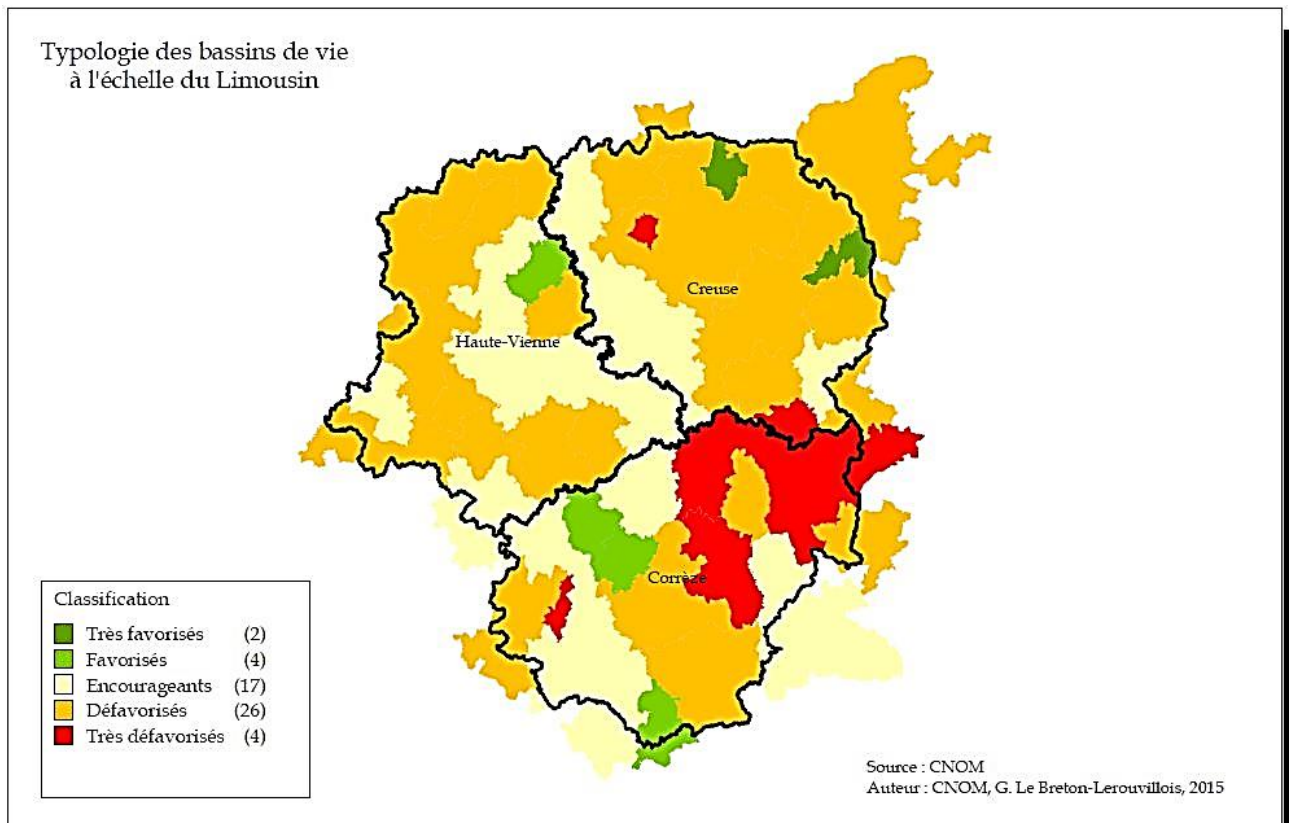


L'analyse des variables de densité et de variations des effectifs a permis de déterminer des groupes d'individus qui peuvent être répartis de la manière suivante selon les bassins de vie et de la région :

- *Très favorisés* : densités et variations des effectifs sont supérieures à la moyenne régionale.
- *Favorisés* : densités et variations des effectifs sont égales ou légèrement supérieures à la moyenne régionale.
- *Encourageants* : une des deux variables est égale ou supérieure à la moyenne régionale et une des deux variables est inférieure à la moyenne régionale.
- *Défavorisés* : densités et variations sont inférieures à la moyenne régionale.
- *Très défavorisés* : densités et variations sont très inférieures à la moyenne régionale.

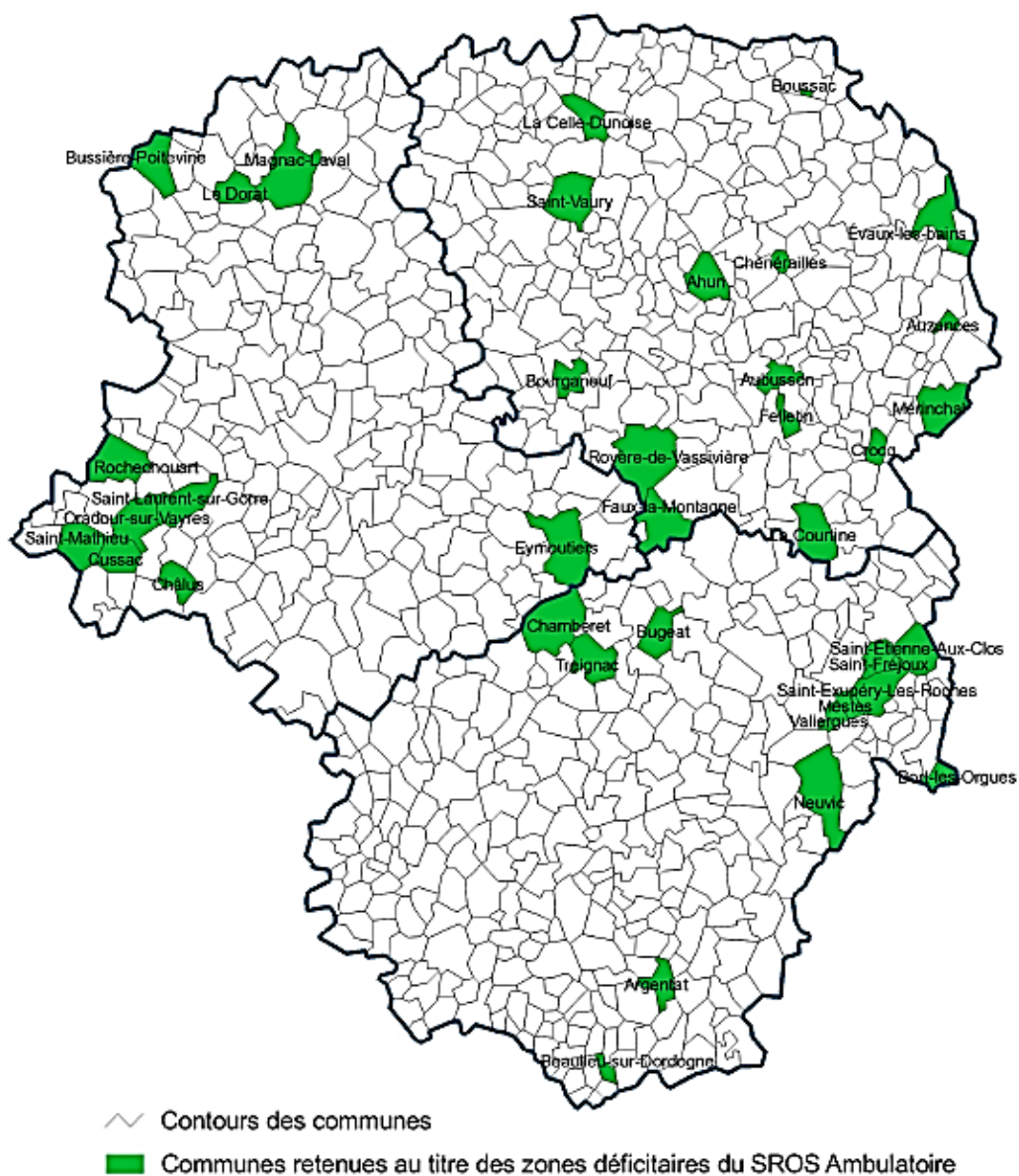
Cette classification est purement statistique et ne se substitue pas à l'identification des zones déficitaires et fragiles définies par l'ARS.

Figure 4 : Typologie des bassins de vie de la région du Limousin



1.2.2.3. Les zones déficitaires en Limousin

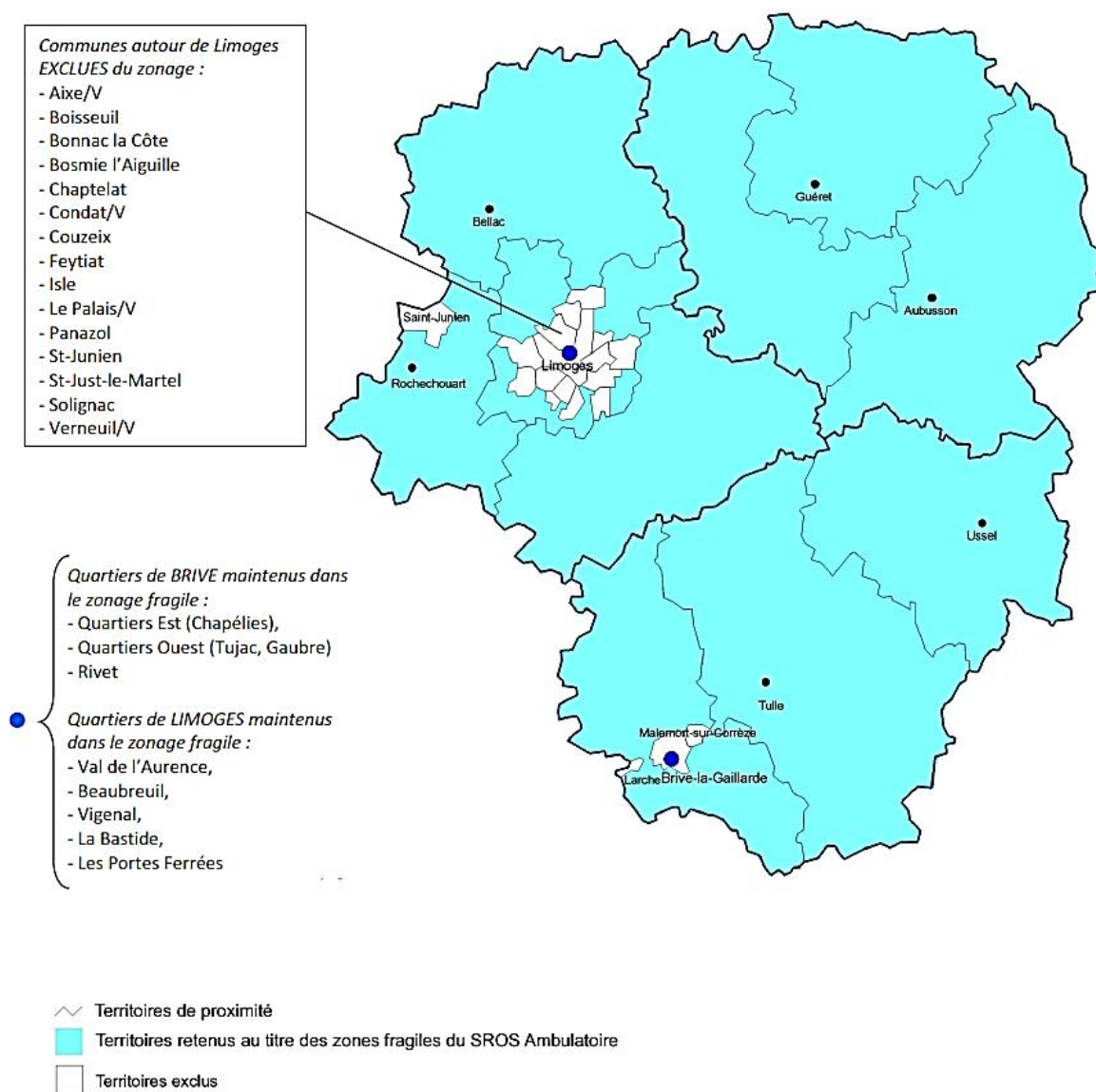
Figure 5 : Zones déficitaires du SROS ambulatoire Limousin 2013



ARS – Pôle Observation et Statistiques

1.2.2.4. Les zones fragiles en Limousin

Figure 6 : Zones fragiles du SROS ambulatoire Limousin 2013



ARS – Pôle Observation et Statistiques

1.3. Les aspirations des internes en médecine

1.3.1. Les zones d'installation

Il y a peu, les zones déficitaires étaient principalement rurales. La plupart des études opposaient donc les concepts de « zones urbaines » et « zones rurales » avec en plus les « zones semi-rurales ». Ces notions ont progressivement évolué car des zones déficitaires sont désormais retrouvées en région urbaine et des régions à forte densité médicale se situent en zone rurale [9]. Il convient désormais d'utiliser les termes de « zone sans difficulté », « zone fragile » et « zone prioritaire » (ou déficitaire), comme définies auparavant.

Une série de mesures a été mise en place depuis 2007 pour favoriser l'installation des médecins en priorité dans les zones fragiles et prioritaires : signature de Contrats d'Engagement de Service Public (CESP) [12], création de plateformes d'appui aux professionnels de santé au sein des Agences Régionales de Santé ou encore cartographies de la France répertoriant les territoires en sous-densité médicale [13]. Ces mesures semblent jouer un impact limité sur l'installation des médecins [14] [15].

Une enquête nationale a été réalisée par l'Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG), portant sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale [16]. Elle a recueilli les réponses de 23,4% des internes de médecine générale de France. Il en ressort que 78,7% des internes déclarent vouloir exercer dans leur région d'internat : 89,7% des internes qui sont restés dans leur région d'externat souhaitent exercer dans leur région d'internat. En ce qui concerne ceux qui ont changé de région pour faire leur internat, ce pourcentage diminue à 69,3%.

Seulement 12,2% des internes ont déclarés ne pas vouloir exercer en zone déficitaire.

1.3.2. Les modes de rémunération

Les jeunes professionnels de santé optent de moins en moins pour un exercice libéral dès la fin de leurs études [17]. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a ainsi souligné que l'exercice libéral souffrait depuis une dizaine d'années d'un désintérêt croissant au profit de l'exercice salarié, et plus particulièrement hospitalier, aussi bien chez les spécialistes en médecine générale que chez les autres spécialistes [18].

Il y a une très grande discordance en ce qui concerne les modes de rémunération souhaités par les internes de médecine générale en fonction des différentes études. Cela est en partie expliqué par le fait que le salariat ambulatoire n'est que peu développé en France et méconnu de bon nombre d'internes. Les résultats peuvent donc varier sensiblement d'une région à l'autre :

- D'après l'enquête de l'ISNAR-IMG [16], 21,9% des internes envisagent une rémunération par salaire et 56,1% une rémunération mixte.
- Une autre étude portant sur 3 promotions d'internes de médecine générale angevins [19], le salariat ambulatoire était plébiscité par 43% des internes interrogés.
- En 2008, une étude nationale a mis en évidence que plus de 60% des internes interrogés préféraient s'orienter vers un exercice salarié [20].
- En 2006, C. Braun [21] a réalisé une enquête auprès des internes Parisiens : 22% d'entre eux s'orientent vers un exercice libéral, 18,4% vers le salariat et 59,6% envisagent un exercice mixte.
- En 2010, le Dr M. Legmann, président du conseil de l'ordre, a rendu un rapport confirmant le désintérêt croissant de l'exercice libéral, ainsi que la féminisation de la profession [22]. Cependant, il n'y a pas de lien évident entre ces deux paramètres.
- Une thèse réalisée en 2010 [23] indique que 61,9% des internes Parisiens répondants souhaitaient avoir une activité mixte (salariée et libérale), 20% voulaient une activité libérale exclusive, 18,1% désiraient une activité salariée exclusive.

1.3.3. Les modes d'exercice

On observe aussi une tendance au regroupement de l'exercice en médecine générale, plus marquée parmi les médecins de moins de 40 ans (77% d'entre eux exercent en groupe). Ce mode d'exercice est désormais majoritaire [24] [25]. Ceci est confirmé par N. Baude et A. Flacher [20] qui ont mis en évidence que 49,3% des internes de médecine générale souhaitent exercer dans un cabinet de groupe, 38,5% en maison médicale, 4,2% en groupe de cabinets et que seulement 4,6% envisagent un exercice individuel.

En 2006 [21], 83,7% des internes Parisiens interrogés trouvaient le travail en équipe motivant. De plus, 57,1% pensaient que la gestion du cabinet était un frein à l'installation en libéral.

Le rapport Legmann [22] conforte le fait que les jeunes médecins s'installent de plus en plus en groupe, évitant ainsi l'exercice individuel ; ce qui confirme les chiffres précédents : les différentes formes de regroupement sont privilégiées par ceux qui désirent s'installer. Par exemple en ce qui concerne les internes angevins, l'exercice en groupe est plébiscité par 86% d'entre eux [19], ce qui corrobore cette tendance.

Enfin, il apparaît que 90% des internes sont favorables à la mise en place d'outils permettant de dégager du temps médical [16] [26].

Deuxième partie

2. Deuxième partie

2.1. Présentation de l'étude

2.1.1. Objectifs de l'enquête

2.1.1.1. Objectif principal

La création de centres de santé polyvalents peut-elle favoriser l'installation des jeunes médecins en zone fragile et/ou déficitaire du Limousin ? L'hypothèse principale est que les centres de santé peuvent être un élément de réponse à la problématique de la démographie médicale en Limousin.

2.1.1.2. Objectifs secondaires

Ils sont au nombre de deux :

- Savoir si les centres de santé peuvent représenter un attrait auprès des jeunes médecins du Limousin, sans tenir compte du zonage.
- Connaître leurs souhaits en termes de mode d'exercice et de rémunération.

2.1.2. Matériel et méthode

2.1.2.1. Type d'étude

L'étude réalisée est une enquête d'opinion.

2.1.2.2. Population ciblée

Il s'agit de l'ensemble des spécialistes en médecine générale susceptibles de s'installer en Limousin dans les années à venir.

2.1.2.3. Critères d'inclusion

Ont été inclus :

- L'ensemble des internes inscrits à la Faculté de Médecine de Limoges au cours de l'année universitaire 2015/2016, ce qui correspond à 155 personnes.
- L'ensemble des remplaçants ayant terminé leur internat mais n'ayant pas encore soutenu leur thèse, et inscrits à la Faculté de Médecine de Limoges. Ils sont au nombre de 35.
- Les médecins remplaçants ayant soutenu leur thèse et inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins de la Corrèze, de la Creuse ou de la Haute-Vienne soit respectivement 12, 3 et 31 personnes.

Cela fait un total de 236 personnes, qui ont pu être contactées via la Faculté de Médecine de Limoges et via les Conseils de l'Ordre des Médecins départementaux.

2.1.2.4. Critères d'exclusion

Les médecins retraités actifs effectuant des remplacements ont été exclus du fait de la faible probabilité d'installation de cette population.

2.1.2.5. Le déroulement de l'enquête

Il s'agit d'une enquête d'opinion qui s'est déroulée de fin février 2016 à début mai 2016. Un lien vers le questionnaire (Annexe 2) a été envoyé par courrier électronique (Annexe 3). Ce dernier expliquait le but de l'étude aux 236 personnes incluses. Une relance a été réalisée au bout de deux semaines.

2.1.2.6. Le questionnaire

Il a été réalisé sur Google Forms et comporte trois parties :

- La première partie a permis de connaître le profil de la population ayant donné une réponse. Ainsi, le sexe, le statut (interne et/ou remplaçant), la durée pendant laquelle les remplaçants ont exercé et la faculté d'obtention des diplômes ont été recueillis.
- La deuxième partie s'intéresse aux modes d'exercice et de rémunération souhaités par les médecins. Il a été question de savoir, dans un premier temps, s'ils aspiraient à une installation en Limousin ; puis il leur a été demandé comment ils percevaient une installation en zone déficitaire ou fragile. Ensuite, le mode d'exercice désiré a été abordé (ambulatoire ou au sein d'une structure) ainsi que le mode de rémunération (libérale, salariée, mixte). Enfin, la dernière question portait sur le type d'exercice envisagé : seul, en regroupement mono-disciplinaire ou pluridisciplinaire.
- La troisième partie concerne les centres de santé : dans un premier temps, une auto-évaluation des connaissances des médecins vis-à-vis de ces derniers a été réalisée. Dans un deuxième temps, suite à une brève description des centres de santé polyvalents, il a été question de savoir si un exercice au sein d'une telle structure pourrait les intéresser. Enfin, il leur a été demandé s'ils seraient prêts à exercer dans un centre de santé polyvalent qui se situerait dans une zone fragile ou déficitaire du Limousin.

2.1.2.7. Recueil et analyse de données

Les données ont été recueillies de manière anonyme puis intégrées à un tableur Excel®. Les analyses ont ensuite été réalisées sur ce dernier.

Les variables qualitatives ont été décrites en termes d'effectifs et de pourcentages. Elles ont ensuite été comparées à l'aide du test de Chi² après vérification des critères d'utilisation (effectif de chaque catégorie analysée supérieur à 5).

Les variables quantitatives ont quant à elles été exprimées en termes de médiane, moyenne et écart-type.

2.2. Résultats

2.2.1. Participation

Cent trois personnes sur les 236 contactées ont complété le questionnaire en ligne, ce qui équivaut à un taux de participation de 43,6%.

Le questionnaire devait être intégralement complété afin d'être pris en compte dans les résultats.

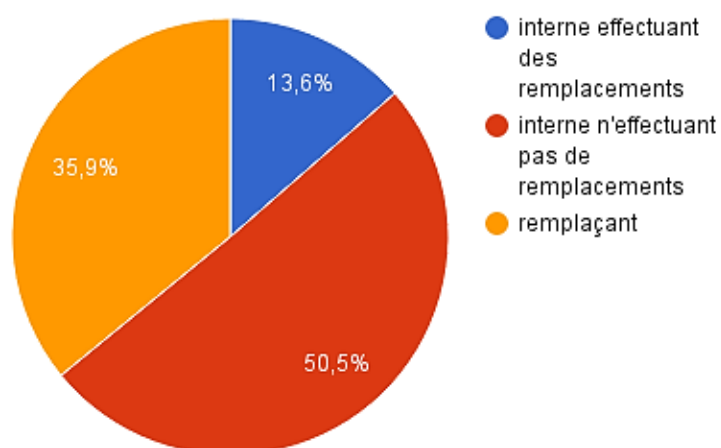
2.2.2. Profil de la population étudiée

2.2.2.1. Sexe

Les répondants sont de sexe féminin à 62,1% et 37,9% sont de sexe masculin.

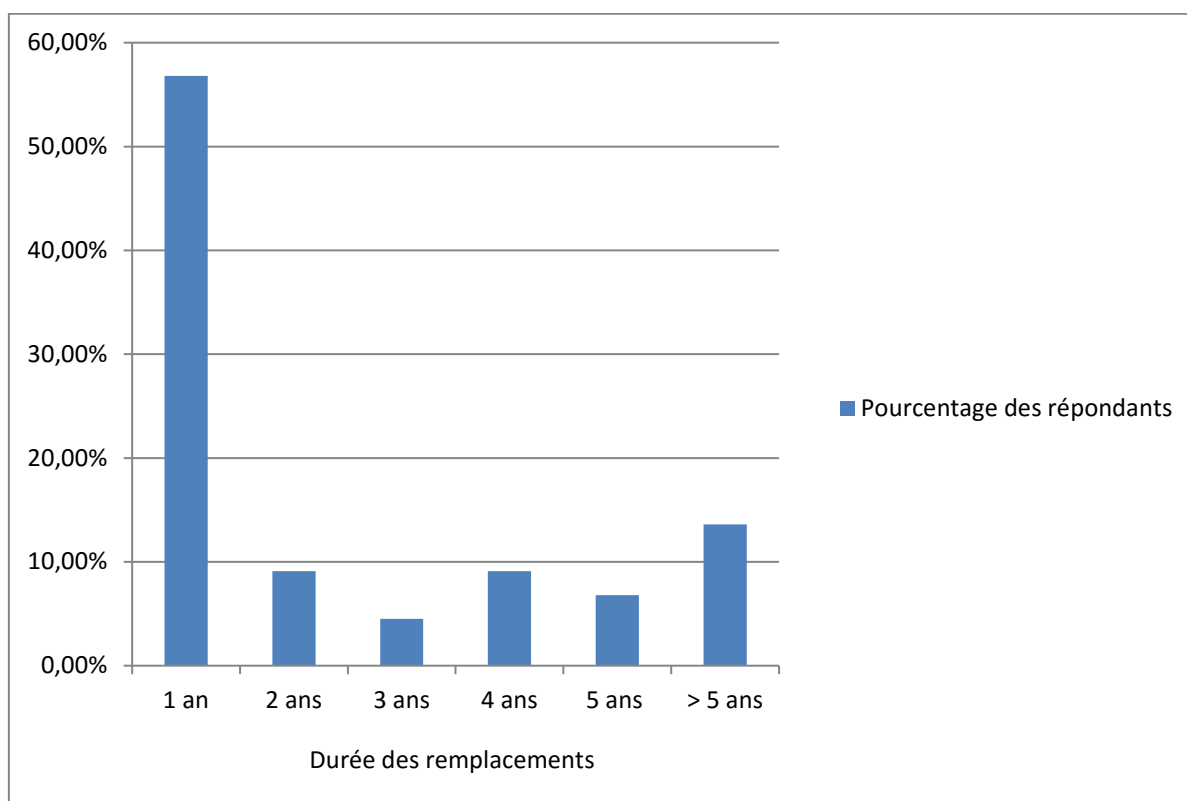
2.2.2.2. Statut

Figure 7 : Répartition des répondants en fonction de leur statut



2.2.2.3. Durée des remplacements

Figure 8 : Durée des remplacements effectués par les répondants



2.2.2.4. Région d'externat

Les personnes interrogées ont effectué leur internat en région Limousin à 58,3% alors qu'ils sont 41,7% à l'avoir réalisé dans une autre région.

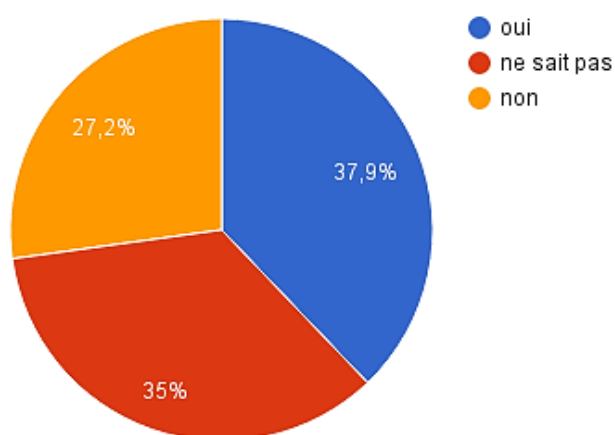
2.2.2.5. Région d'internat

Les répondants ont réalisé leur internat en région Limousin à 93,2% contre 6,8% dans une autre région.

2.2.3. Mode d'exercice et de rémunération

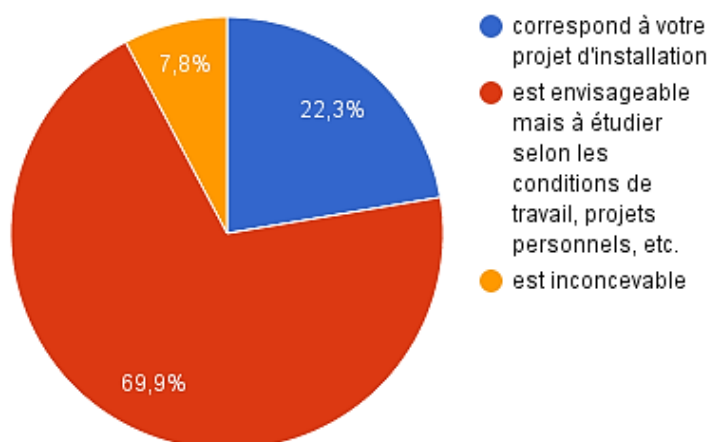
2.2.3.1. Installation en Limousin

Figure 9 : Souhait d'installation en Limousin par les répondants



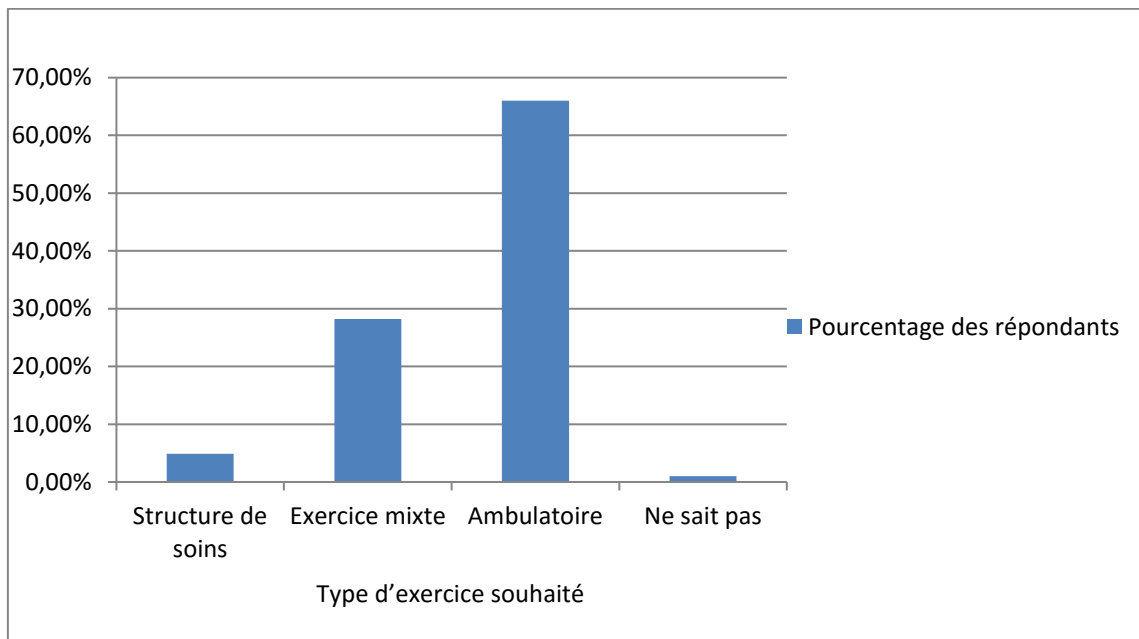
2.2.3.2. Installation en zone fragile ou déficitaire

Figure 10 : Avis quant à une installation en zone fragile ou déficitaire



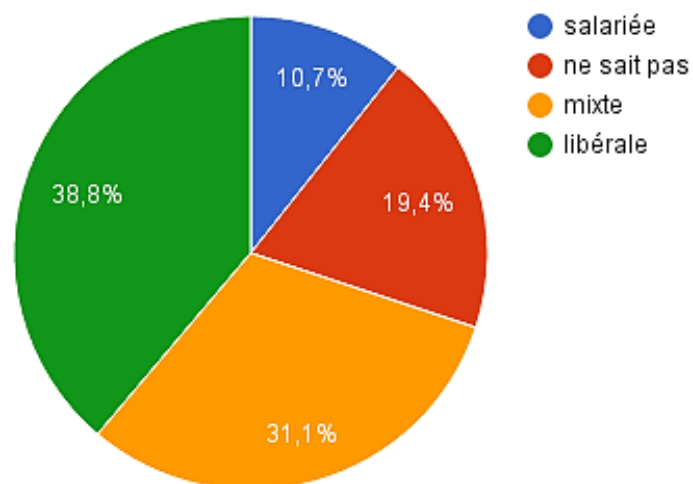
2.2.3.3. Type d'exercice désiré

Figure 11 : Exercice souhaité par les répondants



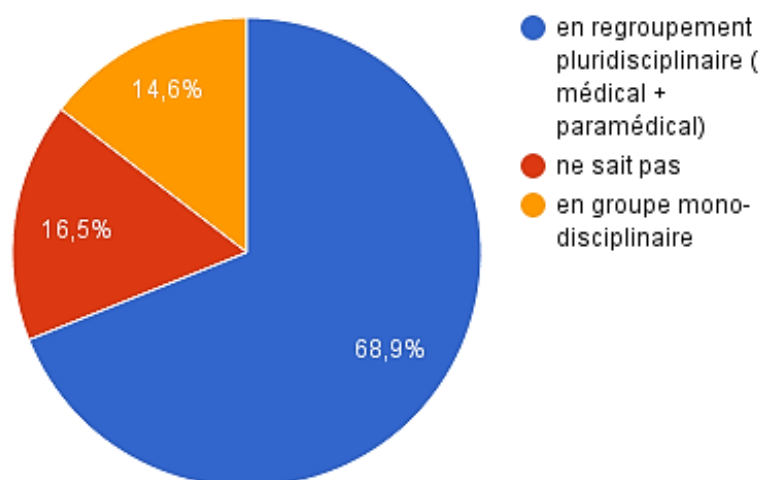
2.2.3.4. Mode de rémunération souhaité

Figure 12 : Rémunération désirée par les répondants



2.2.3.5. Mode d'exercice désiré

Figure 13 : Mode d'exercice désiré par les répondants



A noter qu'aucune personne n'a manifesté le désir d'une installation seule.

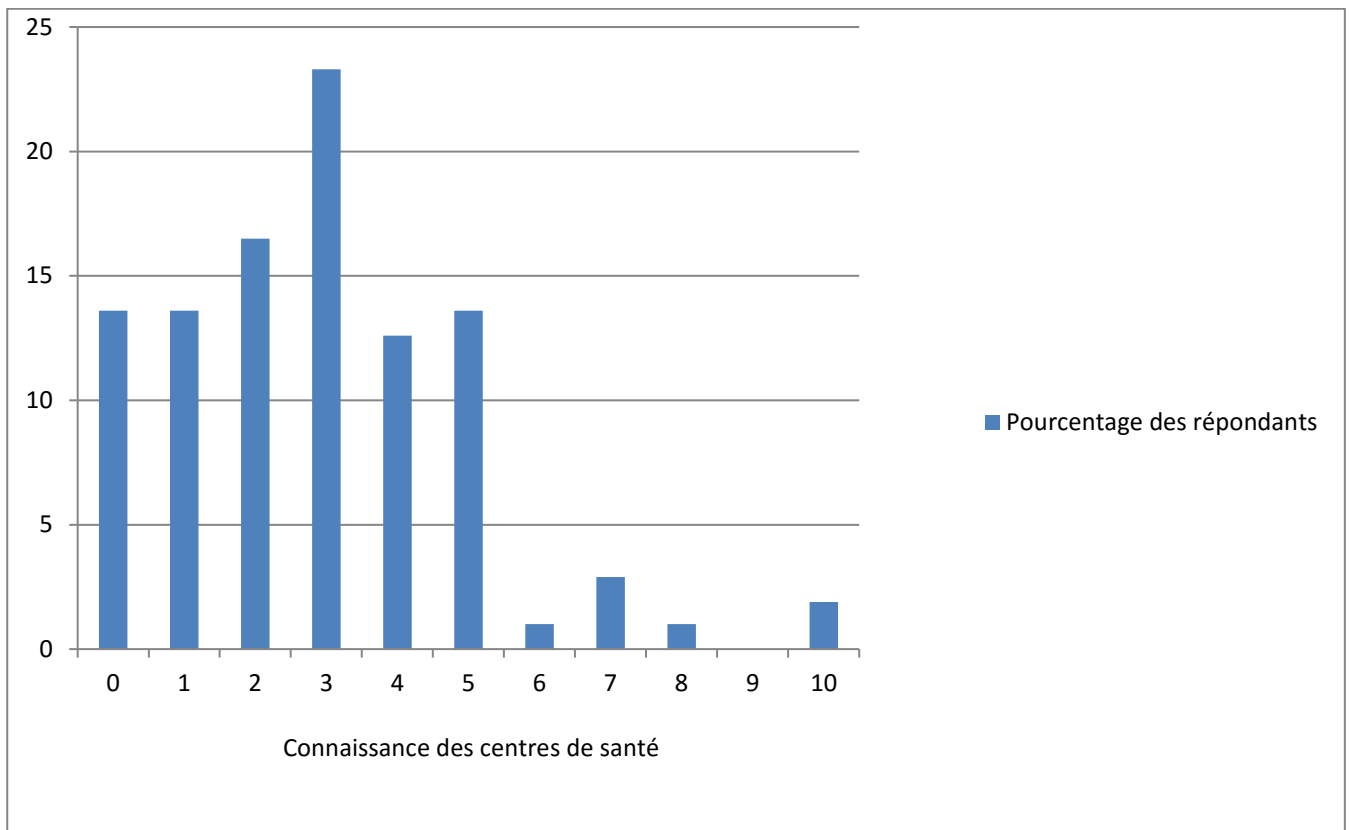
2.2.4. Les centres de santé

2.2.4.1. Médecine salariée ambulatoire

Seulement 21,4% des répondants connaissent au moins un établissement de soins ambulatoire au sein duquel les médecins sont salariés.

2.2.4.2. Connaissance des centres de santé

Figure 14 : Auto-évaluation de la connaissance des centres de santé par les répondants

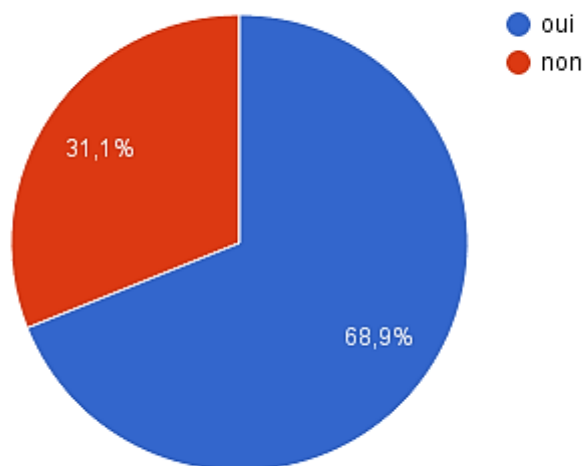


En ce qui concerne l'échelle de connaissance par auto-évaluation des répondants vis-à-vis des centres de santé, « 0 » signifiait méconnaissance totale et « 10 » connaissance parfaite.

La médiane est égale à 3, la moyenne est de 2.88 avec un écart-type de 2.09.

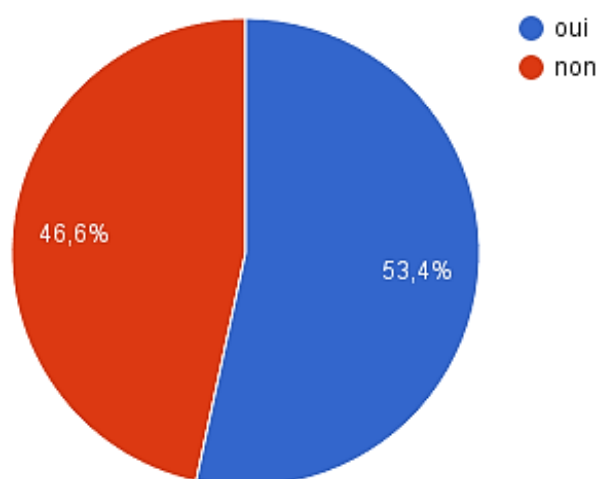
2.2.4.3. Exercice en centre de santé

Figure 15 : Nombre de personnes intéressées pour exercer en centre de santé



2.2.4.4. Exercice en zone fragile ou déficitaire

Figure 16 : Répartition des répondants intéressés pour exercer en centre de santé dans une zone fragile ou déficitaire du Limousin



2.2.5. Analyse par groupe

2.2.5.1. Répartition en fonction du sexe

Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes en ce qui concerne le souhait d'exercer dans un centre de santé situé en zone fragile ou déficitaire du Limousin ($p=0,94326$).

2.2.5.2. Répartition en fonction du statut

Le fait d'avoir déjà effectué des remplacements n'influence pas de façon significative le choix d'exercer au sein d'un centre de santé situé en zone fragile ou déficitaire du Limousin ($p=0,62617$).

2.2.5.3. Impact de la durée des remplacements

Les effectifs étant trop faibles, il n'a pas été possible d'évaluer l'impact de la durée des remplacements sur le souhait d'exercer au sein d'un centre de santé.

2.2.5.4. Impact de la structure d'exercice désirée

Les effectifs étant trop faibles il n'a pas été possible d'évaluer l'impact de la structure d'exercice désirée sur le souhait de travailler en centre de santé.

2.2.5.5. Impact du mode de rémunération souhaité

Le mode de rémunération souhaité ne joue pas de rôle significatif sur le désir d'exercice au sein d'un centre de santé situé en zone déficitaire ou fragile en Limousin ($p=0,31368$).

2.2.5.6. Impact du mode d'exercice souhaité

Le mode d'exercice voulu (regroupement mono ou pluridisciplinaire, etc.) n'a pas d'influence significative sur le désir d'exercice en centre de santé situé en zone déficitaire ou fragile en Limousin ($p = 0,37606$).

2.2.5.7. Structure de soins ambulatoire

Le fait de connaître des établissements de soin ambulatoire au sein desquels les médecins sont salariés n'a pas d'influence significative sur le désir d'exercice en centre de santé situé dans une zone déficitaire ou fragile du Limousin ($p=0,18544$).

Troisième partie

3. Troisième partie

3.1. Discussion

3.1.1. Synthèse des résultats

Avec un taux de participation de 43,6%, une majorité de sondés, à savoir 53,4%, se déclare intéressée pour exercer au sein d'un centre de santé polyvalent situé en zone fragile ou déficitaire du Limousin. Ces résultats montrent que les centres de santé peuvent apporter une réponse à la problématique de la sous-densité en spécialistes en médecine générale du Limousin.

L'implantation d'un centre de santé polyvalent offrirait des conditions de travail qui satisferaient 68,9% des répondants à condition qu'il se situe dans une localité qui les intéresse. Cela montre que les conditions de travail offertes par les centres de santé pourraient convenir à une majorité de médecins dans le cadre d'une installation en ambulatoire.

La plupart des sondés (83,5%) opteraient pour une activité de groupe avec une nette préférence pour les regroupements pluridisciplinaires, plébiscités par 68,9% d'entre eux. La médecine générale ambulatoire reste attractive puisque 66% des répondants déclarent préférer ce mode d'exercice. De plus, les activités libérale et mixte sont privilégiées par la plupart des sondés, représentant respectivement 38,8% et 31,1% des voix.

3.1.2. Forces et faiblesses de l'étude

Ce sujet d'étude a été choisi car les problèmes de démographie médicale au sein de la médecine générale sont croissants et que l'exercice isolé en libéral, qui était majoritaire il y a plusieurs années, semble convenir de moins en moins à la nouvelle génération de généralistes. Les maisons de santé permettent déjà le regroupement pluri professionnel libéral plébiscité par les jeunes médecins. Les centres de santé polyvalents, assez peu répandus, semblent pouvoir offrir une alternative à l'exercice libéral, tout en restant dans un cadre ambulatoire et permettant aussi un exercice pluri professionnel.

La principale force de cette étude réside dans son originalité. En effet, aucune enquête similaire sur les centres de santé n'a été retrouvée dans la littérature à ce jour. Par ailleurs, il n'existe que très peu de travaux sur les centres de santé.

De plus, cette étude a l'avantage de s'adresser directement aux médecins susceptibles de s'installer en Limousin et donc de connaître les souhaits de ces derniers en ce qui concerne leur futur exercice. Cela pourrait permettre d'adapter l'offre de soins afin de favoriser les installations.

Cependant, cette étude présente plusieurs faiblesses. La première étant qu'il s'agit d'une enquête d'opinion. De ce fait, le nombre de sondés intéressés par un exercice en centre de santé en zone déficitaire ou fragile du Limousin ne saurait correspondre à un nombre d'installation effective au sein de ces centres s'ils venaient à être créés. De plus, une installation en médecine générale ambulatoire est multifactorielle, et cette étude ne tient pas compte des autres paramètres pouvant influencer une installation (travail du conjoint, famille, logement, etc.). Enfin, il est extrêmement difficile de ne pas influencer les réponses dans ce type d'étude, ne serait-ce que de par la formulation des questions.

Ensuite, du fait du faible niveau de connaissance des sondés vis-à-vis des centres de santé, le résumé fourni dans le questionnaire ne leur a permis de se faire qu'une idée grossière de ces derniers, ce qui induit un biais d'information. Les principales difficultés rencontrées par les centres de santé, à savoir la lourdeur de leur gestion et leur équilibre économique fragile, n'ont pas été abordées. Cependant, il semblait difficile d'entrer dans le détail sachant que chaque centre de santé est géré différemment et ne rencontre pas les mêmes difficultés financières. De plus, l'impact du nouvel accord national des centres de santé entré en vigueur en janvier 2016 n'a pas encore pu être évalué. Ces précisions n'ont pas été mentionnées dans le résumé afin qu'il reste le plus concis possible et éviter ainsi que les sondés n'abandonnent le questionnaire en cours de lecture.

Enfin, il peut exister un biais de sélection puisque la population cible se compose de « tout médecin susceptible de s'installer en Limousin ». Or, l'enquête ne tient pas compte des médecins pouvant venir d'autres départements, voire de l'étranger, ni des anciens externes du Limousin actuellement internes dans d'autres régions et susceptibles de revenir s'installer dans leur région d'origine, etc. Cependant, il aurait été très difficile voire impossible de contacter ces personnes.

3.1.3. Résultats observés

3.1.3.1. Profil de la population étudiée

Les médecins ayant répondu à l'enquête sont majoritairement des femmes (62,1%), proportion assez proche du taux national chez les moins de 40 ans qui est de 60% au premier janvier 2015 [9].

La plupart des sondés ayant répondu sont des internes, ce qui s'explique par le fait que cette population était bien plus nombreuse à l'inclusion. Le taux de remplaçants parmi les internes de notre étude est de 78,8% ce qui est similaire à celui retrouvé lors de l'étude réalisée par l'ISNAR-IMG (79,4%) [16].

Parmi les remplaçants, ceux qui exercent depuis moins d'un an sont 56,8%. Ce chiffre élevé peut s'expliquer d'une part par l'augmentation du numerus clausus, ce qui implique que les promotions plus jeunes sont plus nombreuses ; mais aussi par le fait que la probabilité d'une installation et/ou la prise de fonction sur un poste salarié augmente avec le temps.

3.1.3.2. Mode d'exercice et de rémunération désirés

En ce qui concerne un désir d'installation en Limousin les avis sont partagés avec un taux d'indécis de 35%, pouvant s'expliquer par le fait que la majorité des sondés sont des internes et des remplaçants depuis moins d'un an avec un projet professionnel peut-être moins bien défini.

Seuls 7,8% des sondés n'exerceraient pas en zone fragile ou déficitaire peu importe les conditions. Ce chiffre est inférieur à celui de l'enquête réalisée par l'ISNAR-IMG (12,2%). Il est possible que le grand nombre de zones déficitaires et fragiles en Limousin joue un rôle sur ces souhaits d'installation.

Seulement 10,7% des répondants désirent un exercice salarié exclusif et 31,1% un exercice mixte. Ces chiffres sont là aussi inférieurs à ceux retrouvés dans les différentes études. Cependant ces enquêtes, contrairement à la nôtre, ne comportaient pas de réponse « ne sait pas ». Il nous a semblé important que les personnes indécises ne répondent pas au hasard par manque de choix.

La plupart des sondés, soit 83,5%, opteraient pour une activité de groupe avec une nette préférence pour les regroupements pluridisciplinaires, plébiscités par 68,9% d'entre eux. Ces chiffres sont assez proches de ce qui a pu être observé dans les études antérieures avec des souhaits de regroupement privilégiés par 83,7% à 92% des sondés [19] [20] [21]. Aucun répondant n'envisage une activité seule. La part des indécis est là encore non négligeable puisqu'ils représentent 16,5% des sondés.

3.1.3.3. Les centres de santé

Il s'avère que 78,6% des sondés déclarent ne pas connaître d'établissements de soins ambulatoires au sein desquels les médecins sont salariés. Ce chiffre s'explique par le très faible développement du salariat ambulatoire actuellement en France, notamment en Limousin.

Par ailleurs, le niveau de connaissance des répondants vis-à-vis des centres de santé, apprécié par une auto-évaluation, est très faible avec une médiane et une moyenne à environ 3/10. Il est possible que ce chiffre soit surévalué car il y a une possible confusion entre centre de santé, maison de santé et pôle de santé, car une majorité des sondés ne connaissent pas de structures de salariat ambulatoire. Or, il s'agit d'une spécificité des centres de santé, d'où le possible biais de confusion. En effet la question sur le niveau de connaissance vis-à-vis des centres de santé a été posée avant le descriptif de ces derniers.

Suite au descriptif fait aux sondés, ces derniers se disent intéressés à 68,9% pour exercer au sein d'un centre de santé polyvalent si ce dernier était situé dans un lieu qui leur convient. On peut en déduire que les conditions de travail proposées par les centres de santé polyvalents, à savoir le salariat ambulatoire en regroupement pluri professionnel, sont susceptibles de convenir à une proportion non négligeable de jeunes médecins. Ce chiffre est à nuancer par le possible biais d'information décrit antérieurement, ainsi que par la formulation de la question qui induit implicitement une réponse positive par son manque de neutralité.

En ce qui concerne l'exercice au sein d'un centre de santé polyvalent situé en zone déficitaire ou fragile du Limousin, 53,4% des sondés se disent intéressés. Ce chiffre paraît élevé, mais il ne tient pas compte des autres facteurs pouvant influencer une installation. De plus, le biais d'information constaté précédemment majore probablement le résultat obtenu. Ce dernier est donc susceptible d'être remis en question. Néanmoins, ce chiffre est encourageant, d'autant qu'aucun centre de santé polyvalent n'existe à l'heure actuelle en Limousin.

3.2. Perspectives

Comme nous l'avons vu précédemment, les jeunes médecins privilégient majoritairement les regroupements pluridisciplinaires, désirent se libérer des contraintes administratives pour se recentrer sur le soin, et se désintéressent progressivement de l'exercice libéral au profit du salariat ou d'un exercice mixte ; même si actuellement, les installations en libéral restent majoritaires, peut-être parce qu'il n'y a pas vraiment d'alternatives. De plus, la plupart des sondés n'excluent pas d'exercer en zone fragile ou déficitaire. Une diversification de l'offre de soins avec la création de centres de santé pourrait peut-être favoriser l'installation de spécialistes en médecine générale dans certains secteurs, en complément de l'offre libérale.

Les principaux freins à la création de ces centres sont d'une part leur faible développement sur le territoire Français avec la méconnaissance qui en découle, et surtout la lourdeur de gestion ainsi que l'équilibre financier précaire. Ce dernier point est susceptible de s'améliorer grâce à un nouvel accord mis en place en janvier 2016 qui va permettre aux centres de santé de bénéficier de financements supplémentaires et ainsi favoriser leur développement.

Les maisons, pôles et centres de santé permettent de pallier en partie aux problèmes de démographie médicale [27]. En janvier 2016, le Limousin comptait 18 maisons de santé pluridisciplinaires et 25 projets étaient en cours de réalisation ou à l'étude. Aucun centre de santé n'existait et aucun projet n'était en cours. Vu l'attrait qu'ils représentent auprès des jeunes médecins, il est légitime de penser que la création de centres de santé pourrait compléter l'offre de soins en Limousin.

Il serait intéressant de réaliser ce type d'enquête dans d'autres départements voire même au niveau national. En effet de nombreux projets sont réalisés mais les principaux intéressés, à savoir les jeunes médecins ne sont que rarement consultés quant à leurs souhaits d'exercice. Or, il serait judicieux de réaliser une étude plus approfondie afin connaître les souhaits d'installations des jeunes médecins en maison de santé, centre de santé et/ou pôle de santé. Enfin, peu de données sont disponibles concernant l'impact des centres de santé polyvalents sur l'offre de soins. Elles pourraient pourtant être utiles afin de savoir si leur développement peut en partie répondre aux problèmes de démographie médicale dans les années à venir.

Conclusion

Dans un contexte difficile sur le plan de la démographie médicale du point de vue de la médecine générale actuellement en France, la question de la réorganisation de l'offre de soins se pose légitimement. Cette réorganisation se fait le plus souvent par l'intermédiaire d'initiatives locales, avec plus ou moins de succès.

En Limousin, il existe différents pôles et maisons de santé, mais aucun centre de santé. Cependant, lorsque l'on se penche sur les souhaits d'exercice des jeunes spécialistes en médecine générale, à savoir le regroupement pluri professionnel, le désir d'allègement administratif et un attrait croissant pour le salariat, il semble que les centres de santé polyvalents puissent offrir des conditions d'exercice correspondant aux attentes de ces jeunes professionnels.

L'objectif de cette thèse était donc de savoir si l'implantation de centres de santé polyvalents pouvait favoriser l'installation des spécialistes en médecine générale dans les zones fragiles et déficitaires du Limousin.

La population interrogée par cette enquête d'opinion, à savoir les internes et les remplaçants en médecine générale du Limousin a répondu à 43,6% ce qui représente 103 réponses. Il s'avère que cette étude met en évidence le même constat que celles réalisées antérieurement, à savoir qu'une majorité de jeunes médecins, soit plus de 4 sur 5, souhaite exercer au sein d'un groupe. Parallèlement à cela, plus de 2 sondés sur 3 ont déclaré être intéressés par l'exercice au sein d'un centre de santé polyvalent si sa localisation correspondait à leurs attentes. Enfin, ils se sont prononcés à 53,4% en faveur de l'exercice au sein d'un centre de santé polyvalent situé en zone fragile et/ou déficitaire du Limousin. Cela correspond à 55 jeunes médecins, ce qui est un chiffre conséquent compte tenu des problèmes de démographie actuels, qui vont s'aggraver dans les années à venir.

Malgré une méconnaissance du salariat ambulatoire en Limousin par les médecins interrogés, notamment en ce qui concerne les centres de santé, et malgré que cette enquête se limite aux conditions d'exercice sans prendre en compte d'autres facteurs pouvant influencer l'installation, il ressort que la création de centres de santé polyvalents peut être un élément de réponse à la problématique de la démographie médicale, en complément de l'offre libérale déjà présente. La création de ce type de structure devrait donc être discutée par les différents acteurs impliqués dans la restructuration de l'offre ambulatoire afin de répondre aux problèmes de sous-densité de spécialistes en médecine générale en Limousin.

Références bibliographiques

- [1] JORF n°93 du 19 avril 2003 page 7080 texte n° 135 Avis portant approbation de l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses nationales d'assurance maladie. 2003.
- [2] M.-P. Colin et D. Acker, « Les centres de santé : une histoire, un avenir », Santé Publique, vol. Vol. 21, n° hs1, p. 57-65, mars 2009.
- [3] P. Georges et C. Waquet, « Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain », IGAS, RM2012-119P, Juillet 2013.
- [4] A. Afrite, Y. Bourgueil, M. Dufournet, et J. Mousquès, « Les personnes recourant aux 21 centres de santé de l'étude Epidaure-CDS sont-elles plus précaires ? » IRDES, Mai 2011.
- [5] A. Afrite, J. Mousquès, et Y. Bourgueil, « Une estimation de la précarité des patients recourant à la médecine générale en centres de santé », IRDES, Document de travail 63, Décembre 2014.
- [6] JORF n°0226 du 30 septembre 2015 page 17496 texte n° 116 Avis relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie. 2015.
- [7] R. Lopez et H. Colombani, « Accord National des centres de santé, Enfin l'aboutissement ! » FNCS, juillet-2015.
- [8] P. Calmette, Arrêté n° 2013/496 du 3 octobre 2013 portant révision du Schéma Régional d'Organisation des Soins du Projet Régional de Santé (SROS-PRS) du Limousin. 2013.
- [9] G. Le Breton-Lerouillois, « Atlas de la démographie médicale en France situation au 1er Janvier 2015 ». Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2015.
- [10] G. L. Le Breton-Lerouillois, « La démographie médicale En Région Limousin Situation en 2015 ». Conseil national de l'Ordre des médecins, 23-nov-2015.
- [11] C. Brutel et D. Levy, « Le nouveau zonage en bassins de vie 2012 : trois quarts des bassins de vie sont des ruraux », 2012.
- [12] Articles R. 632-66 à R. 632-74 du code de l'éducation.
- [13] République Française. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

- [14] H. Rigot, « Installation des médecins généralistes en milieu rural : motivations, impact des mesures incitatives, premières constatations et perspectives », Université Paris Descartes-Paris, 2015.
- [15] B. Brabant, « Influence des aides incitatives sur l'installation de médecins généralistes en zones sous-dotées », Université Paris Diderot-Paris, 2013.
- [16] « Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale ». Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG), 2011.
- [17] S. Munck, S. Massin, P. Hofliger, et D. Darmon, « Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale », Santé Publique, vol. Vol. 27, n° 1, p. 49-58, mars 2015.
- [18] G. Le Breton-Lerouvillois, « Atlas de la démographie médicale en France situation au 1er Janvier 2014 ». Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2014.
- [19] J. Septier-Guelff, S. Fanello, L. Connan, F. Paré, et C. Bouton, « Intentions d'installation des internes angevins de médecine générale en 2012 », Santé Publique, vol. Vol. 26, n° 1, p. 65-74, janv. 2014.
- [20] N. Baude, A. Flacher, J.-L. Bosson, et O. Marchand, « Soins primaires : crise et dynamique d'avenir : les attentes des internes de troisième cycle de médecine générale ».
- [21] C. Braun, « Etre ou ne pas être médecin généraliste : enquête sur les déterminants du projet professionnel chez les internes en médecine générale de la faculté René Descartes », 2005.
- [22] M. Legmann, « Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale ». Avril-2010.
- [23] J. Couture Pages, « Influence du stage ambulatoire de niveau 1 sur l'identité et les projets professionnels des internes en médecine générale. », Université Paris 7 – Denis Diderot Faculté de médecine Bichat – Lariboisière, 2010.
- [24] G. Chevillard, J. Mousquès, V. Lucas-Gabrielli, Y. Bourgueil, S. Rican, et G. Salem, « Mesure de l'impact d'une politique publique visant à favoriser l'installation et le maintien de médecins généralistes : l'exemple du soutien au développement des maisons et pôles de santé en France », Rev. D'Économie Régionale Urbaine, vol. Octobre, n° 4, p. 657-694, nov. 2015.

- [25] F. Baudier, Y. Bourgueil, I. Evrard, A. Gautier, P. Le Fur, et J. Mousquès, « La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009 », *Quest. D'économie Santé*, vol. 157, n° 6, 2010.
- [26] C. Perdrix, « Health centers : Testimonies of medical students », *Rev. Prat. - Med. Gen.*, vol. 28, n° 922, p. 423, 2014.
- [27] J. Mousquès, Y. Bourgueil, et Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France), *L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012*. Paris : IRDES, 2014.

Table des annexes

Annexe 1. Le score EPICES : l'indicateur de précarité des centres d'examens de santé financés par l'assurance maladie.....	65
Annexe 2. Questionnaire soumis à la population étudiée	67
Annexe 3. E-mail envoyé à la population étudiée	71

Annexe 1. Le score EPICES : l'indicateur de précarité des centres d'examens de santé financés par l'assurance maladie

EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé) est un indicateur individuel de précarité qui prend en compte le caractère multidimensionnel de la précarité.

Le score EPICES a été construit en 1998 par un groupe de travail, constitué de membres des Centres d'examens de santé (CES) financés par l'Assurance Maladie, du CETAF (Centre Technique d'Appui et de Formation des CES) et de l'Ecole de santé publique de Nancy, à partir d'un questionnaire de 42 questions qui prenait en compte plusieurs dimensions de la précarité : emploi, revenus, niveau d'étude, catégorie socio-professionnelle, logement, composition familiale, liens sociaux, difficultés financières, événements de vie, santé perçue. Les méthodes statistiques d'analyse factorielle des correspondances et de régression multiple ont permis de sélectionner, parmi les 42 questions, 11 questions qui résument à 90% la situation de précarité d'un sujet. La réponse à chaque question est affectée d'un coefficient, la somme des 11 réponses donne le score EPICES. Le score est continu, il varie de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité).

L'évaluation du score EPICES, réalisée en 2004 à partir des données 2002 des CES, a montré la pertinence du score EPICES pour détecter et quantifier la précarité :

- Le score EPICES est lié aux indicateurs de niveau socio-économique, de comportements et de santé.
- Le score EPICES est quantitatif et des relations « scores dépendantes » sont observées avec tous les indicateurs.
- Le seuil de 30 est considéré comme le seuil de précarité selon EPICES.

Calcul du score EPICES

N°	Questions	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4	Etes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7	Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants	-9,47	0
10	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin?	-9,47	0
11	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0
	constante	75,14	

Calcul du score : **Il faut impérativement que toutes les questions soient renseignées**
Chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

Exemple : Pour une personne qui a répondu oui aux questions 1, 2 et 3, et non aux autres questions
EPICES = 75,14 +10,06 - 11,83 - 8,28 = 65,09

Annexe 2. Questionnaire soumis à la population étudiée

Les centres de santé

*Obligatoire

Votre profil

1. Vous êtes *

Une seule réponse possible.

- un homme
 une femme

2. Vous êtes *

Une seule réponse possible.

- interne n'effectuant pas de remplacements
 interne effectuant des remplacements
 remplaçant

3. Si vous êtes remplaçant, depuis combien de temps remplacez-vous?

Une seule réponse possible.

- 1 ans
 2 ans
 3 ans
 4 ans
 5 ans
 > 5 ans

4. Avez vous effectué votre externat en région Limousin? *

Une seule réponse possible.

- oui
 non

5. Avez vous effectué votre internat en région Limousin? *

Une seule réponse possible.

- oui
 non

Votre futur exercice

6. Envisagez-vous une installation en Limousin à terme? *

Une seule réponse possible.

- oui
- non
- ne sait pas

7. Pour vous, une installation en zone déficitaire ou fragile : *

Une seule réponse possible.

- est inconcevable
- est envisageable mais à étudier selon les conditions de travail, projets personnels, etc.
- correspond à votre projet d'installation

8. Quel type d'exercice souhaitez-vous? *

Une seule réponse possible.

- médecine générale ambulatoire (ne sous-entend pas nécessairement une activité libérale) : maison de santé, groupe de médecins, centres de santé...
- dans une structure de soins : hôpital, établissement médico-social, etc.
- exercice mixte
- ne sait pas

9. Désirez vous une rémunération *

Une seule réponse possible.

- libérale
- salariée
- mixte
- ne sait pas

10. Envisagez-vous une activité *

Une seule réponse possible.

- seul(e)
- en groupe mono-disciplinaire
- en regroupement pluridisciplinaire (médical + paramédical)
- ne sait pas

Un type d'installation : les centres de santé

11. connaissez-vous des établissements de soins ambulatoires (donc sans hébergement) au sein desquels les médecins sont salariés? *

Une seule réponse possible.

- oui
- non

12. A combien estimez-vous votre niveau de connaissance des centres de santé en France? *

Attention, il s'agit de structures différentes des maisons de santé
Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ne connaît pas du tout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	connaît parfaitement bien

Les centres de santé polyvalents : définition

Il s'agit d'un regroupement de médecins et de professionnels paramédicaux au sein d'un établissement. Les centres de santé ont les caractéristiques suivantes :

- Ceux qui y exercent sont exclusivement salariés avec les spécificités qui découlent de ce mode d'exercice (protection sociale, congés payés, etc.)
- La rémunération nette horaire des médecins est en moyenne identique à celle de leurs confrères libéraux
- Ils appliquent les tarifs de secteur 1
- Ils pratiquent une dispense d'avance des frais au moins sur la partie assurance de base (« tiers payant » sur la part sécurité sociale des honoraires)
- Les gestionnaires sont le plus souvent des associations, des mutuelles, les organismes d'assurance maladie, des congrégations, ou des municipalités
- La population qui recourt aux centres de santé est en moyenne plus précaire que la population générale
- Ils accueillent des étudiants en formation
- Ils réalisent des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients

13. Suite à cette description, si un centre de santé venait à se créer dans une localité qui vous intéresse, est-ce que vous seriez intéressé(e) pour y exercer? *

Une seule réponse possible.

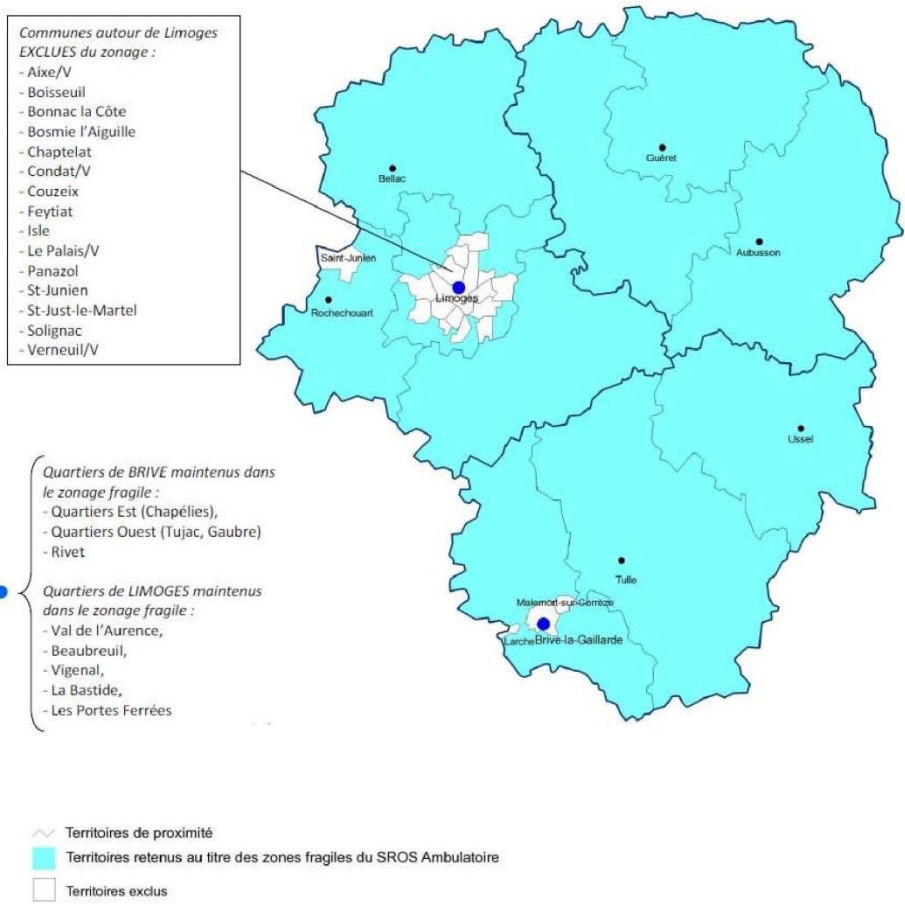
- oui
 non

14. Et si ce dernier se situait dans une zone fragile ou déficitaire du Limousin? (voir carte ci-dessous) *

Une seule réponse possible.

- oui
 non

Les zones fragiles et déficitaires du Limousin



ARS – Pôle Observation et Statistiques

Fourni par
 Google Forms

Annexe 3. E-mail envoyé à la population étudiée

Bonjour,

Je réalise ma thèse sur les centres de santé et leur possible implantation en Limousin. Je cherche à savoir si les centres de santé peuvent en partie répondre à la problématique de la démographie médicale.

Pour ce faire, je réalise une enquête via un bref questionnaire et j'ai besoin d'un maximum de réponses.

Voici le lien du questionnaire :

https://docs.google.com/forms/d/1Spx_IJTBxYCAfmQhYexQnndnhi_CGOT8luXTqs1kQmA/viewform

Je vous remercie par avance de votre participation.

Rémi DALLOZ

Médecin généraliste remplaçant

Table des matières

Remerciements.....	13
Droits d'auteurs.....	14
Sommaire	15
Introduction	16
1. Première partie	19
1.1. Les centres de santé	19
1.1.1. Historique.....	20
1.1.2. Etat des lieux actuels.....	21
1.1.2.1. Répartition géographique	21
1.1.2.2. Spécificités des centres de santé	21
1.1.2.3. Population prise en charge.....	22
1.1.2.4. Missions et actions en santé publique.....	22
1.1.2.5. Un modèle économique fragile.....	23
1.1.3. Evolutions et perspectives	24
1.2. Les zones fragiles et déficitaires en Limousin	26
1.2.1. Définitions	26
1.2.1.1. Les zones déficitaires.....	26
1.2.1.2. Les zones fragiles	27
1.2.2. Etat des lieux et perspectives	28
1.2.2.1. Les effectifs des spécialistes en médecine générale	28
1.2.2.2. Densité et variations à l'échelle des bassins de vie	30
1.2.2.3. Les zones déficitaires en Limousin	34
1.2.2.4. Les zones fragiles en Limousin	35
1.3. Les aspirations des internes en médecine	36
1.3.1. Les zones d'installation.....	36
1.3.2. Les modes de rémunération	37
1.3.3. Les modes d'exercice	38
2. Deuxième partie.....	40
2.1. Présentation de l'étude.....	40
2.1.1. Objectifs de l'enquête	40
2.1.1.1. Objectif principal.....	40
2.1.1.2. Objectifs secondaires	40

2.1.2. Matériel et méthode	40
2.1.2.1. Type d'étude	40
2.1.2.2. Population ciblée	40
2.1.2.3. Critères d'inclusion	41
2.1.2.4. Critères d'exclusion	41
2.1.2.5. Le déroulement de l'enquête	41
2.1.2.6. Le questionnaire	41
2.1.2.7. Recueil et analyse de données	42
2.2. Résultats	43
2.2.1. Participation	43
2.2.2. Profil de la population étudiée	43
2.2.2.1. Sexe	43
2.2.2.2. Statut	43
2.2.2.3. Durée des remplacements	44
2.2.2.4. Région d'externat	44
2.2.2.5. Région d'internat	44
2.2.3. Mode d'exercice et de rémunération	45
2.2.3.1. Installation en Limousin	45
2.2.3.2. Installation en zone fragile ou déficitaire	45
2.2.3.3. Type d'exercice désiré	46
2.2.3.4. Mode de rémunération souhaité	46
2.2.3.5. Mode d'exercice désiré	47
2.2.4. Les centres de santé	47
2.2.4.1. Médecine salariée ambulatoire	47
2.2.4.2. Connaissance des centres de santé	48
2.2.4.3. Exercice en centre de santé	49
2.2.4.4. Exercice en zone fragile ou déficitaire	49
2.2.5. Analyse par groupe	50
2.2.5.1. Répartition en fonction du sexe	50
2.2.5.2. Répartition en fonction du statut	50
2.2.5.3. Impact de la durée des remplacements	50
2.2.5.4. Impact de la structure d'exercice désirée	50
2.2.5.5. Impact du mode de rémunération souhaité	50
2.2.5.6. Impact du mode d'exercice souhaité	51

2.2.5.7. Structure de soins ambulatoire.....	51
3. Troisième partie.....	53
3.1. Discussion.....	53
3.1.1. Synthèse des résultats.....	53
3.1.2. Forces et faiblesses de l'étude.....	53
3.1.3. Résultats observés.....	55
3.1.3.1. Profil de la population étudiée.....	55
3.1.3.2. Mode d'exercice et de rémunération désirés.....	55
3.1.3.3. Les centres de santé.....	56
3.2. Perspectives.....	57
Conclusion.....	59
Références bibliographiques.....	61
Table des annexes.....	64
Annexe 1. Le score EPICES : l'indicateur de précarité des centres d'examens de santé financés par l'assurance maladie.....	65
Annexe 2. Questionnaire soumis à la population étudiée.....	67
Annexe 3. E-mail envoyé à la population étudiée.....	71
Table des matières.....	72
Table des figures.....	75
Table des tableaux.....	76
Serment d'Hippocrate.....	77

Table des figures

Figure 1 : Variation des effectifs de spécialistes en médecine générale libéraux et mixtes à l'échelle des bassins de vie en Limousin	30
Figure 2 : Densité des spécialistes en médecine générale libéraux et mixtes pour 10 000 habitants à l'échelle des bassins de vie en Limousin.....	31
Figure 3 : Classification des bassins de vie selon les densités et les variations des effectifs des spécialistes en médecine générale libéraux et mixtes	32
Figure 4 : Typologie des bassins de vie de la région du Limousin.....	33
Figure 5 : Zones déficitaires du SROS ambulatoire Limousin 2013.....	34
Figure 6 : Zones fragiles du SROS ambulatoire Limousin 2013	35
Figure 7 : Répartition des répondants en fonction de leur statut.....	43
Figure 8 : Durée des remplacements effectués par les répondants.....	44
Figure 9 : Souhait d'installation en Limousin par les répondants	45
Figure 10 : Avis quant à une installation en zone fragile ou déficitaire	45
Figure 11 : Exercice souhaité par les répondants.....	46
Figure 12 : Rémunération désirée par les répondants.....	46
Figure 13 : Mode d'exercice désiré par les répondants	47
Figure 14 : Auto-évaluation de la connaissance des centres de santé par les répondants	48
Figure 15 : Nombre de personnes intéressées pour exercer en centre de santé	49
Figure 16 : Répartition des répondants intéressés pour exercer en centre de santé dans une zone fragile ou déficitaire du Limousin.....	49

Table des tableaux

Tableau 1 : Profil démographique des spécialistes en médecine générale libéraux et mixtes à l'échelle départementale. Situation en 2015.....	29
Tableau 2 : Evolution des effectifs des spécialistes en médecine générale en France entre 2007 et 2015 en fonction du mode d'exercice	29

Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

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

Les centres de santé : une réponse au problème de la sous-densité médicale ?

Enquête auprès des internes et remplaçants en médecine générale du Limousin

Résumé :

Introduction : Il n'existe pas de centre de santé polyvalent en Limousin. Cependant, ce type de structure est susceptible de répondre aux attentes des jeunes spécialistes en médecine générale en termes de conditions d'exercice. En effet, ces derniers désirent majoritairement un exercice regroupé, avec peu de contraintes administratives. Or les centres de santé ont pour spécificité d'être des structures ambulatoires au sein desquelles les médecins sont salariés. L'objectif de cette étude est de savoir si la création de centres de santé polyvalents peut attirer les jeunes spécialistes en médecine générale en zones de sous-densité médicale du Limousin.

Matériel et méthode : Une enquête d'opinion a donc été réalisée auprès des internes inscrits à la faculté de Limoges en 2015/2016 et des remplaçants inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins en Limousin via un questionnaire en ligne. Soit au total 236 médecins.

Résultats : Avec un taux de participation de 43,6%, les sondés se sont dit intéressés à 53,4% par l'exercice au sein d'un centre de santé polyvalent si ce dernier se situait en zone fragile ou déficitaire du Limousin.

Conclusion : Les centres de santé peuvent donc représenter une réponse aux problèmes de démographie médicale des généralistes en Limousin et ainsi offrir une alternative intéressante aux jeunes médecins dans le cadre d'une installation en ambulatoire, en complément de l'offre libérale.

Mots-clés : centre de santé, démographie médicale, zone fragile, zone déficitaire, Limousin, sous-densité médicale, salariat ambulatoire, médecine générale, internes, remplaçants.