

**ÉTUDE DES SOINS DE PREMIER RECOURS
À L'ÉCHELLE D'UN TERRITOIRE DE SANTÉ.**

**La Médecine Générale dans le Roannais:
État des Lieux et Perspectives**

SYNTHESE

Avril 2011

réalisée

par

Docteur Benoît OTTON

Plan:

<u>Liste des abréviations</u>	page 2
<u>Introduction</u>	page 3
<u>Analyse des conditions socio-démographiques et économiques du Roannais.</u>	page 4
<u>Éléments démographiques.</u>	page 4
<u>Éléments socio-économiques.</u>	page 5
<u>Indicateurs de morbi-mortalité.</u>	page 6
<u>L'offre de soins dans le Roannais: les médecins libéraux.</u>	page 7
<u>Les médecins généralistes de premier recours.</u>	page 7
<u>Les autres spécialistes libéraux.</u>	page 10
<u>Les enquêtes:</u>	page 11
<u>Enquête auprès des médecins généralistes Roannais.</u>	page 11
<u>Enquête auprès des anciens internes du Roannais.</u>	page 12
<u>Éléments de discussion:</u>	page 14
<u>Observation démographique de la médecine générale de premier recours.</u>	page 14
<u>Définition de la médecine générale.</u>	page 14
<u>Les outils du suivi de l'offre de soins.</u>	page 15
<u>L'exemple de la Basse-Normandie.</u>	page 16
<u>Le Roannais.</u>	page 16
<u>Particularités démographiques des MG Roannais.</u>	page 17
<u>Épuisement professionnel des MG Roannais.</u>	page 18
<u>Devenir professionnel et aspirations des anciens internes du Roannais.</u>	page 19
<u>Les aspirations des jeunes médecins sont des facteurs de protection contre le Burn Out.</u>	page 21
<u>Perspectives pour la MG dans le Roannais:</u>	page 23
<u>Les besoins de la population.</u>	page 23
<u>La question des Inégalités Sociales de Santé.</u>	page 23
<u>La densité médicale ne reflète pas à elle seule les besoins en soins.</u>	page 24
<u>Les médecins généralistes de premier recours.</u>	page 25
<u>Quelle organisation des soins primaires pour demain?</u>	page 25
<u>Maisons et pôles de santé.</u>	page 26
<u>Centres de santé.</u>	page 26
<u>Le mode de rémunération.</u>	page 29
<u>Conclusion.</u>	Page 31
<u>Références bibliographiques.</u>	page 33

Liste des abréviations:

A.B.S. : Analyse des Besoins Sociaux.

A.L.D. : Affection longue durée.

A.M.E. : Aide Médicale d'Etat

A.R.S. : Agences Régionales de Santé.

C.D.S. : Centre De Santé.

C.N.A.M.T.S. : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.

C.N.O.M. : Conseil National de l'Ordre des Médecins

D.R.A.S.S. : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.

E.G.O.S. : États généraux de l'Offre de Soins.

F.M.C. : Formation Médicale Continue.

H.P.S.T. (loi) : Hôpital, Patient, Santé, Territoire.

I.N.S.E.E. : Institut National de la Statistique et des Études Économiques.

I.S.S. : Inégalités Sociales de Santé.

M.B.I. : Maslach Burnout Inventory.

M.D.S. : Maison De Santé.

M.E.P. : Médecin(e) à Exercice Particulier

M.G. : Médecin Généraliste

O.N.D.P.S. : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé.

O.R.S. : Observatoire Régional de Santé.

P.R.S.P. : Plan Régional de Santé Publique.

S.R.O.S. : Schéma Régional de l'Organisation des Soins.

U.R.M.L.-R.A. : Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes.

U.R.C.A.M. : Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie.

U.R.P.S. : Unions Régionales des Professions de Santé

W.O.N.C.A. : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians.

Z.S.P. : Zone de Soins de Proximité.

Introduction:

La loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire du 21 juillet 2009 (H.P.S.T.) inscrit pour la première fois dans la loi les missions de la médecine générale de premier recours (1). Le médecin généraliste de premier recours, c'est le médecin famille, celui qui prend en charge le patient dans sa globalité et l'oriente si besoin vers soins spécialisés de 2^e recours. Elle introduit également la possibilité d'une rémunération mixte pour l'exercice de la Médecine Générale ambulatoire, rompant avec la rémunération quasi exclusive à l'acte qui était en vigueur jusqu'alors.

La mission d'organisation des soins de premier recours dans le cadre d'un Schéma Régional de l'Organisation des Soins (S.R.O.S.) est confiée aux Agences Régionales de Santé (A.R.S.). Ce S.R.O.S. indiquera – sans être opposable – les implantations nécessaires à l'exercice des soins de premier recours: cabinets libéraux, centres de santé, maisons de santé, laboratoires de biologie médicale et réseaux de santé. Il doit permettre la mise en place d'une palette d'outils incitatifs par les A.R.S. Ceci permet d'envisager une organisation des soins de premier recours à l'échelle d'un territoire de santé.

Dans les cinq prochaines années, de nombreux territoires de santé vont être confrontés à de graves problèmes d'accès à des soins de premier recours de qualité pour tous suite au départ massif à la retraite de leurs médecins généralistes libéraux.

Le Roannais est un territoire de santé, situé au Nord Ouest de la région Rhône-Alpes, centré sur la ville de Roanne et son agglomération. Ses limites correspondent à celles du bassin hospitalier de Roanne, à celles de la zone de soins de proximité de Roanne et sont proches de celles de l'arrondissement de Roanne.

Le Plan Régional de Santé Publique (P.R.S.P.) de 2006 a classé la Zone de Soins de Proximité (Z.S.P.) de Roanne, comme parmi celles ayant un fort taux de personnes âgées, avec des indicateurs de précarité défavorables (2). La ZSP de Roanne est un territoire de santé dans le SROS 3 couvrant la période 2006-2011. Elle a été incluse dans le territoire de santé ouest en octobre 2010 suite à la redéfinition des territoires de santé de Rhône-Alpes par l'A.R.S en vue du prochain SROS.

La ZSP de Roanne compte près de 180 000 habitants. L'agglomération de Roanne en compte 58 000 et la ville de Roanne 35 000.

Le but de notre travail était de faire un état des lieux de la médecine générale dans ce territoire et d'envisager les perspectives d'avenir pour la démographie médicale et l'accès pour tous à des soins de premier recours de qualité dans le Roannais.

Notre étude s'est appuyée sur une analyse des conditions socio-démographiques et économiques, sur l'analyse de l'offre de soins dans ce territoire ainsi que sur deux enquêtes, l'une auprès des médecins généralistes de premier recours du Roannais, l'autre auprès d'anciens internes de médecine générale ayant effectué des semestres dans le Roannais entre 2000 et 2010.

Le présent rapport est une synthèse de notre travail de thèse qui est disponible sur demande à l'adresse de l'auteur: benoit.otton@hotmail.fr

Analyse des conditions socio-démographiques et économiques du Roannais.

Nous nous sommes appuyés sur plusieurs rapports et analyses réalisés ces dernières années sur le Roannais.

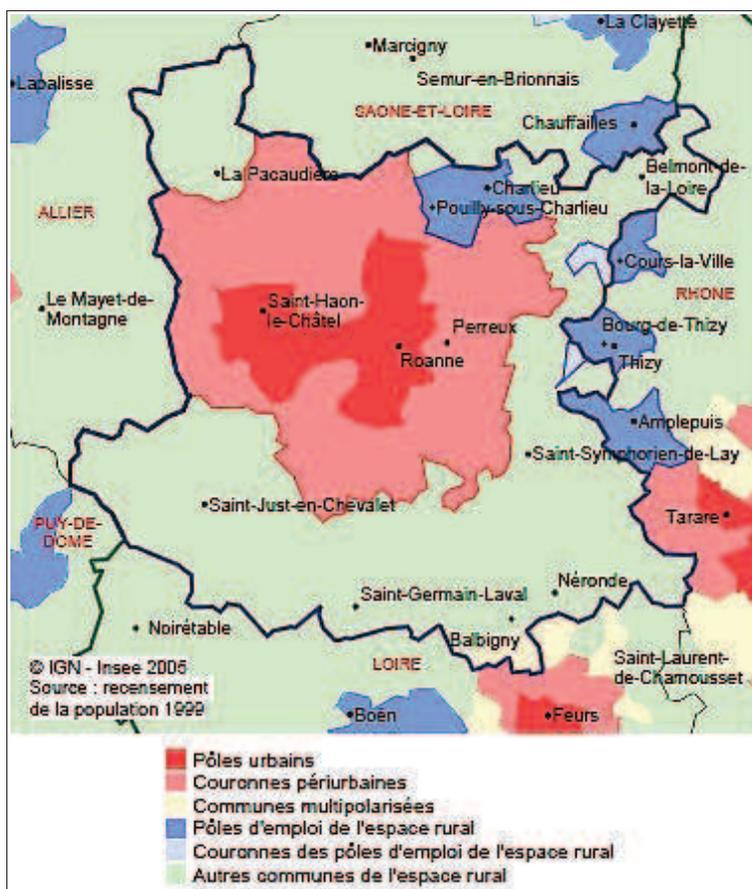
- Analyse médico-sociale par l'Observatoire Régional de Santé (ORS) en 2007 (3),
- Analyse socio-démographique et économique par l'INSEE en 2010 (4).
- Analyse des Besoins Sociaux (ABS) (5) en 2009 par la communauté d'agglomération de Roanne (Grand Roanne Agglomération).

Nous avons repris et actualisé – quand cela était possible – les données et analyses de ces rapports et enquêtes.

Éléments démographiques:

L'arrondissement de Roanne compte 85 habitants au km², soit une densité quasiment deux fois plus faible que dans la Loire et une fois et demie plus faible qu'en Rhône-Alpes (carte 1).

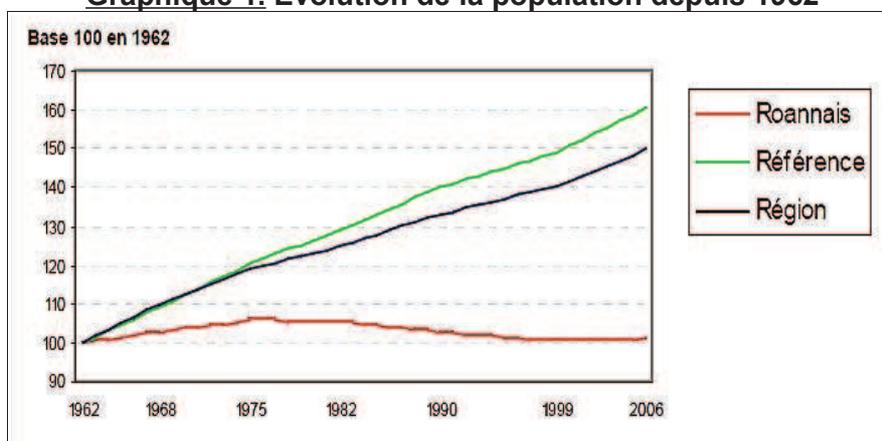
Carte 1. Espace urbain et espace rural du Pays Roannais.



Source INSEE Rhône-Alpes. Synthèse locale Pays Roannais Avril 2010.

Depuis les années 60 le Roannais connaît une évolution démographique moins favorable que le reste du département et de la région (graphique 1). Entre 1982 et 1999, la population du Roannais a baissé de 5%, ce qui représente 7 400 personnes de moins. Les populations du Roannais et de la Loire ont diminué alors que celle de la région Rhône-Alpes a augmenté de 16% en 17 ans. La population du Roannais a diminué à un rythme plus rapide que la population de la Loire.

Graphique 1. Évolution de la population depuis 1962



Source : INSEE - RP 1999. Traitement : ORS Rhône-Alpes

En 2007, le dépeuplement du pays Roannais est stoppé, sauf pour la commune de Roanne.

Tableau 1. Carte d'identité du territoire

	Grand Roanne		Roannais		Loire	Référence ¹		Région
	1999	2007	1999	2006	2007	1999	2006	2006
Population	71 004	67 861	154 253	155 190	740 659	969 119	1 043 707	6 021 346
Poids dans la région			2,7 %	2,6 %		17,2 %	17,3 %	
Densité (hab./km ²)	735	703	85	86		112	121	138
Nombre de communes	6	6	118	118		580	580	2 879
Part de la population dans l'espace à dominante urbaine			68,5 %	67,6 %		85,1 %	85,3 %	85,8 %
Part des moins de 25 ans		26,9	29,5 %	28,1 %	30,5	32,0 %	31,0 %	32,1 %
Part des 65 et plus		23,2	19,4 %	21,0 %	18,9	14,6 %	15,5 %	15,7 %
Indice jeunesse (< 25 ans / >=65 ans)		1,2	1,5	1,3	1,6	2,2	2,0	2,0

Source : Insee - Recensements de la population 1999, 2006 et 2007 (exploitation principale) et Direction Générale des Collectivités Locales

¹ Pour chacune des synthèses de l'INSEE, le territoire étudié est comparé à un territoire dit de "référence", englobant à la fois le territoire étudié et des territoires ayant des caractéristiques similaires. Les territoires de Rhône-Alpes appartiennent ainsi à l'un des cinq territoires de référence suivants : "les grandes agglomérations", "les villes moyennes", "le périurbain", "le rural", "les stations de montagne". Ainsi, le pays roannais est comparé au territoire composé de « villes moyennes ».

De nombreux indicateurs socio-économiques montrent un vieillissement et une précarité de la population plus importante que pour le Département de la Loire et la région Rhône-Alpes.

Le vieillissement de la population se poursuit et s'amplifie sur le territoire de l'arrondissement. Ainsi, la part des personnes de 65 ans et plus passe de 19,5 % en 1999 à 21 % en 2006. Cette augmentation s'explique en grande partie par la progression de la part des plus de 75 ans (11 %), voire des plus de 80 ans. En comparaison pour la Région Rhône-Alpes la population des plus de 75 ans n'atteindra que 9,3 % en 2020.

En revanche, la part des personnes de 25 ans et moins est en baisse de 1,5 % entre les deux recensements et représente 28,1 % de la population en 2006.

Ce vieillissement est plus marqué sur le Grand Roanne et sur Roanne.

Éléments socio-économiques:

Les revenus des habitants du Pays Roannais (syndicat mixte, de limites à peu près superposables à celles de l'arrondissement de Roanne) sont plutôt faibles et reflètent la structure socioprofessionnelle du territoire : revenus modestes des ouvriers mais surtout des retraités, conjugués à une moindre présence des cadres et professions supérieures et intermédiaires (tableau 2). De ce fait, le revenu annuel moyen par foyer fiscal s'élève à 19 400 euros contre 22 800 euros dans la zone de référence¹. Cet écart s'est amplifié entre 2003 et 2006 et risque de s'accroître encore dans l'avenir en raison de l'augmentation du nombre de retraités, appauvrissant ainsi de plus en plus le territoire. (4)

En 2006, 50 % des foyers fiscaux ne sont pas imposés par manque de ressources. Les bénéficiaires du minimum vieillesse représentent 47,3 % des plus de 65 ans (4).

Sur Roanne, 30% des ménages déclarent des niveaux de ressources inférieurs au seuil de pauvreté (<880 euros). Sur l'ensemble de l'agglomération, 25% des ménages vivent sous le seuil de pauvreté. (5)

Tableau 2. Ménages selon la catégorie sociale de la personne de référence

En %	Grand Roanne	Roannais		Loire	Référence ¹		Région	
	2007	1999	2006	2007	1999	2006	1999	2006
Agriculteurs exploitants	0,1	2,5	2,2	1,2	1,4	1,2	1,3	1,1
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise.	4,0	6,0	5,5	4,9	6,3	5,4	5,9	5,2
Cadres et professions intellect. supérieures	5,5	4,9	5,2	7,2	7,6	9,2	9,5	11,4
Professions intermédiaires	11,1	11,0	11,2	13,2	15,1	15,8	15,4	16,1
Employés	11,7	9,0	9,0	9,9	10,1	10,4	10,6	10,9
Ouvriers	19,3	23,3	21,6	20,2	24,6	22,3	20,3	18,2
Retraités	41,8	37,6	40,4	36,7	28,7	31,2	28,8	30,9
Etudiants et élèves		0,6	0,3		0,8	0,5	2,6	2,2
Autres inactifs	6,5	5,2	4,4	6,6	5,4	4,0	5,7	4,0
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Insee - Recensements de la population 1999, 2006 et 2007 (exploitation complémentaire)

Indicateurs de morbi-mortalité

A l'échelle des 42 Zones de soins de proximité (ZSP) de Rhône-Alpes définies par le SROS 3, il est intéressant d'analyser les taux bruts de mortalité, qui constituent un indicateur de besoin de soins, à l'échelle de ces bassins.

Sur la période 1997-2001, chez les femmes, c'est dans le bassin hospitalier de Roanne que la mortalité brute était la plus forte et chez les hommes, ce bassin présentait la deuxième mortalité la plus élevée après celle du bassin de Montélimar. (6)

Sur les 42 ZSP en Rhône-Alpes, la ZSP de Roanne fait partie des 10 ZSP ayant les taux de mortalité les plus élevés (données 2000-2005) par cancer en général, par cancer du sein, par suicide et par alcoolisation chronique. (6)

Elle présentait également en 2006 un des dix taux les plus élevés pour les hospitalisations pour une cause liée à l'alcoolisation chronique, la consommation de médicaments psychotropes, la consommation d'antidépresseurs, le taux d'admission en Affection longue durée (ALD) pour diabète et le taux d'admission en ALD pour maladie cardio-vasculaire. (6)

L'offre de soins dans le Roannais: les médecins libéraux:

Les médecins généralistes de premier recours:

Nous avons repris et mis à jour les informations fournies par l'ARS Rhône-Alpes (données de CartoSanté, anciennement gérée par les URCAM), par l'URPS Rhône-Alpes (données de GéoSanté, anciennement gérée par l'URML Rhône-Alpes) et par le Conseil de l'Ordre des Médecins de la Loire (Mouvements du tableau de l'Ordre).

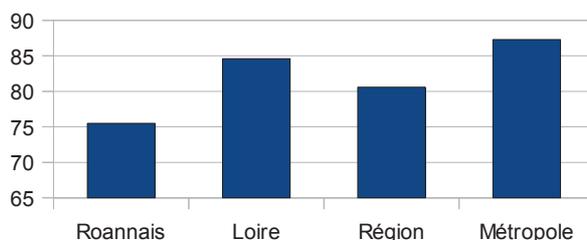
Il existe de fortes disparités entre ces différentes sources en fonction de la définition donnée au métier de médecin généraliste (prise en compte des médecins à exercice particulier), de la prise en compte des médecins retraités encore en exercice et de l'actualisation des bases de données.

Au 1er octobre 2010, l'actualisation de ces données dénombre 127 médecins généralistes de premier recours pour la ZSP de Roanne, 116 médecins généralistes pour l'arrondissement de Roanne, soit une densité de 76 médecins généralistes de premier recours pour 100 000 habitants.

Ces densités sont inférieures à celles de la Loire, de la Région et de la France métropolitaine (graphique 1)

Le secteur de garde de Roanne (agglomération moins Commelle-Vernay) dénombre 54 médecins généralistes soit une densité de 80 MG pour 100 000 habitants. La densité pour la ville de Roanne est de 95 MG pour 100 000 habitants mais ne tient pas compte des patients des communes alentour consultant un MG à Roanne.

Graphique 1. Densité des médecins généralistes pour 100 000 habitants



Dans la **ZSP de Roanne**, 104 médecins généralistes (82%) sont de sexe masculin, 23 (18 %) sont des femmes. Les MG femmes sont 23 (20%) pour l'**arrondissement** de Roanne et le **Pays Roannais**, et 5 (15%) pour la **ville de Roanne**. La part des femmes dans les MG Roannais est plus faible que pour la Loire, la Région Rhône-Alpes et la France Métropolitaine (respectivement 34%, 34% et 29%) (7)

En 2010, la moyenne d'âge des médecins généralistes de la ZSP de Roanne est de 53 ans (54 pour les hommes, 47 pour les femmes). Au 1er Janvier 2009, cette moyenne était de 50, 51 et 52 ans pour respectivement la Loire, la Région Rhône-Alpes et la France Métropolitaine (graphique 2, tableau 3).

Pour la ZSP de Roanne, 62 médecins (49%) sont âgés de 55 ans et plus et 33 (26%) sont âgés de 60 ans et plus. Ainsi dans 5 ans, plus d'un quart des médecins généralistes du Roannais aura dépassé l'âge de la retraite (65 ans pour les médecins libéraux en 2010).

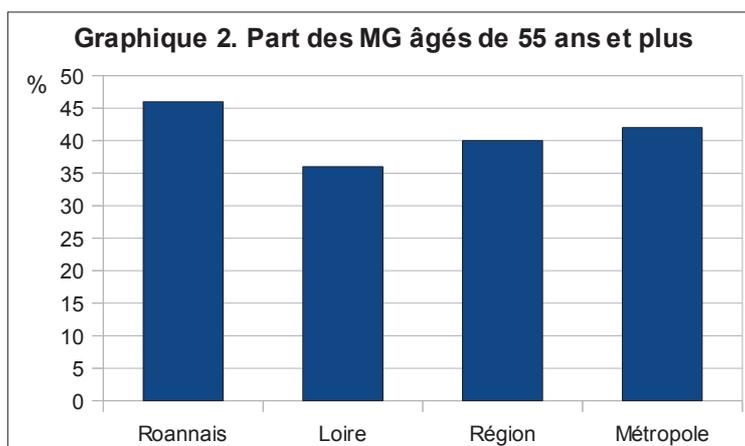


Tableau 3. Caractéristiques des Médecins Généralistes Roannais en 2010.

	Roanne	Secteur de Roanne ^a	Roannais	ZSP de Roanne	Loire (%)	Rhône-Alpes (%)	France métropol. (%)
Nombre de MG	34	54	116	127	627	5 269	54 017
Part des femmes n (%)	5 (14,7)	12 (22,2) ^b	23 (19,8)	23 (18,1)	(34)	(34)	(29)
Moyenne Age	53	51	52	53	50	51	50
Moyenne Hommes	55	53	54	54			
Moyenne Femmes	46	47	46	47			
<40 ans	2 (5,9)	7 (13,0)	13 (11,2)	12 (9,4)			
40 à 49 ans	9 (26,5)	15 (27,8)	29 (25,0)	31 (24,4)			
50 à 59 ans	14 (41,2)	22 (40,7)	44 (37,9)	51 (40,2)			
>=60 ans	9 (26,5)	10 (18,5)	30 (25,9)	33 (26,0)			
>=55 ans	16 (47,1)	23 (42,6)	53 (45,7)	62 (48,8)	36%*	40%*	42%*
Densité (/100 000 hab.)	95,1	79,6	74,6	75,9	84,6**	80,6**	87,3**
Desserte (Nb. Hab. pour 1 MG)	1051	1256	1340	1318	1075	1010	

a- Secteur de garde regroupant les communes de l'agglomération de Roanne à l'exception de Commelle-Vernay.

b- La part des femmes dans les autres secteurs ruraux et semi-ruraux est 17,7 %

* MEP compris

** données CPAM- SNIR au 31/12/2008

Source Géosanté 2008, RP 2007, SNIR, Atlas de l'Ordre des médecins 2009 (8).

Les autres spécialistes libéraux:

La densité médicale des spécialistes libéraux de la ZSP de Roanne en 2010 est nettement inférieure à celle du Département et de la Région pour l'ensemble des spécialités (43,8 contre respectivement 55,4 et 69,5 pour 100 000 habitants).

La moyenne d'âge des spécialistes libéraux de la ZSP de Roanne en 2010 est supérieure à celle du département et de la Région pour l'ensemble des spécialités (56 ans contre respectivement 54 et 53 ans).

La première partie de notre travail a permis de faire une analyse socio-démographique du Roannais ainsi qu'une analyse de l'offre de soins de ce territoire.

L'étude de l'offre de soins par la démographie médicale reste cependant limitée et nous avons complété notre état des lieux avec une enquête de pratique et de satisfaction auprès des médecins généralistes du Roannais.

La deuxième étude que nous avons réalisée concerne le devenir des anciens internes de médecine générale ayant effectué des stages de 3^e cycle dans le Roannais. Nous tenterons d'analyser quels sont les facteurs déterminant le choix du mode d'exercice de ces médecins (médecine générale ambulatoire, médecine salariée...).

C'est à partir de ces deux études que nous pourrons envisager les perspectives d'avenir pour la médecine générale dans le Roannais et l'accès à des soins de premier recours de qualité pour tous.

Les enquêtes:

Nous avons réalisé des études transversales descriptives quantitatives de type enquête de pratique et de satisfaction. Les deux questionnaires des enquêtes ont été envoyés par voie postale avec une enveloppe timbrée de réponse.

Les taux de réponse étaient tout à fait satisfaisants: 64% de réponse pour l'enquête auprès des Médecins Généralistes Roannais et 68% pour celle auprès des anciens internes.

Enquête auprès des médecins généralistes Roannais:

L'**objectif** de cette première étude était de décrire la pratique, la satisfaction et le niveau d'épuisement professionnel de ces médecins.

Au moment de l'enquête (printemps 2010), les **caractéristiques socio-démographiques** des répondants montraient une forte part de médecins mariés (85,5%), la part des médecins divorcés était faible (11,8%). 35% des conjoints des médecins avaient une activité médicale ou paramédicale. Plus du quart (26,2%) était sans activité et 15,4% avaient une activité au sein du cabinet (conjoint collaborateur). Le nombre médian d'enfants par médecin était de 3.

L'**exercice** individuel était majoritaire: 40 médecins, soit 53 % des répondants. Le temps de travail hebdomadaire moyen déclaré était de 54 heures (+/- 1 h 43 min). Le nombre de demi-journées travaillées était en moyenne de 9,9 demi-journées (+/- 0,3). 29 médecins (39,8 %) déclaraient travailler plus de 55 heures par semaine. 38 médecins (58,1 %) déclaraient prendre 5 semaines et moins de congés annuels (moyenne 5,3 semaines par an).

Quand on leur demandait, s'ils en avaient le choix, quel serait leur choix du **mode de rémunération** ils étaient plus d'un tiers à se prononcer pour le salariat ou une rémunération mixte salariat-activité (respectivement 6 (8 %) et 21 (28 %)). Seuls 23 médecins (31%) choisissaient le paiement à l'acte exclusif et 22 (29,3) une rémunération mixte acte-forfait.

Les médecins répondants étaient pour 14 (19 %) « peu » ou « pas du tout » satisfaits de leur exercice actuel de la médecine générale. Ils étaient 44 (59 %) à être « moyennement » satisfaits et 17 (23 %) à être « complètement » satisfaits. Ils étaient 43 (57 %) à trouver leur charge de travail « trop importante ».

Les médecins étaient 31 (41 %) à être « pas du tout » ou « peu » satisfaits de leur disponibilité pour leurs relations familiales et pour leurs relations amicales. Ils étaient 36 (47 %) à ne pas être satisfaits de leur disponibilité pour les loisirs.

7 médecins (9,2 %) déclaraient avoir été confrontés à des difficultés financières au cours des 12 derniers mois . 8 (10,5 %) déclaraient avoir été confrontés à un contentieux administratif, judiciaire ou ordinal au cours des 12 derniers mois, 8 (10,5 %) avoir consommé des antidépresseurs au cours des 12 derniers mois et 12 (16 %) à avoir été confrontés à une maladie physique ou mentale au cours des 12 derniers mois.

26 (37,7 %) pensaient se regrouper dans des structures de type maison de santé. Parmi les MG âgés de moins de 60 ans, 9 (12 % de l'ensemble des répondants) pensaient arrêter leur activité dans les 5 prochaines années. Les principales raisons invoquées pour cet arrêt étaient pour 11 médecins (55 %) le manque de temps pour la vie personnelle, pour 9 médecins (45 %) la pénibilité de l'exercice, pour 8 (40 %) les contraintes administratives et la charge de travail trop importante avec le départ à la retraite de confrères.

Les scores d'épuisement professionnel (mesurés par le Maslach Burnout Inventory (M.B.I.)) étaient comparables ou plus faibles que ceux de précédentes études auprès des médecins libéraux français. 13 médecins (17,8 %) avaient un score élevé d'épuisement émotionnel. 19 médecins (25,7 %) avaient un score élevé de dépersonnalisation. 20 médecins (29,4 %) avaient un score faible d'accomplissement personnel. 5 médecins (7,5 %) avaient un niveau d'épuisement professionnel élevé aux 3 composantes du MBI. 35 médecins (50 %) avaient un score élevé de Burn out dans une composante et plus.

Un **épuiement professionnel plus élevé** était associé de manière significative ($p < 0,05$) à l'absence de satisfaction par rapport au mode de rémunération, la présence d'un facteur de fragilité (maladie physique ou mentale, prise de médicaments antidépresseurs et hypnotiques, contentieux dans l'année précédente...), l'absence de satisfaction par rapport à la disponibilité pour la sphère extra professionnelle (famille, amis, loisirs).

Un **épuiement professionnel plus faible** était associé de manière significative ($p < 0,05$) avec la participation à la régulation téléphonique pour les médecins du secteur de garde de Roanne. Il existait une tendance évoquant un lien avec un épuiement professionnel plus faible (p compris entre 0,05 et 0,1) pour les médecins participant à un groupe de pairs² et pour les médecins maîtres de stage accueillant dans leur cabinet des externes ou des internes en médecine.

Enquête auprès des anciens internes du Roannais:

L'**objectif** de cette deuxième étude était de connaître le devenir professionnel de ces médecins et d'étudier les motivations et les freins à l'installation en MG ambulatoire de ces jeunes médecins. Nous souhaitions notamment connaître l'influence du mode de rémunération et de la gestion d'un cabinet en médecine libérale dans le choix de la médecine générale ambulatoire.

Parmi les répondants, au moment de l'étude (printemps 2010) 23% étaient en cours d'internat, 24% remplaçants en cabinet de médecine générale, 29% médecins salariés et 21% installés en médecine générale ambulatoire.

Les **résultats** montraient que 83% des anciens internes ayant répondu ne connaissaient pas le Roannais avant d'y effectuer leur internat. Au moment de l'étude 37% exerçaient ou souhaitaient exercer dans le Roannais. Ces anciens internes gardent une impression positive de ce territoire, à nuancer par le caractère isolé du territoire.

64% des répondants exerçaient ou souhaitaient exercer à terme la MG ambulatoire. Parmi les

2 Groupe de formation médicale continue entre médecins généralistes, à partir de l'étude et l'approfondissement de cas vus par les MG.

21% de MG installés, 38% avaient un statut de collaborateur libéral. Ce statut correspond à une installation non définitive et était majoritairement exercé à temps partiel dans notre étude.

Les principaux **facteurs influençant le choix du mode d'exercice** (salarié ou libéral) concernent la **qualité de vie** et la possibilité de **travailler en équipe**.

Parmi les anciens internes non installés en médecine générale ambulatoire, 31 (59 %) exprimaient que la **gestion d'un cabinet** et/ ou le **mode de rémunération à l'acte** était pour eux un frein à l'installation en MG ambulatoire ou les avait détournés de cet exercice.

Éléments de discussion:

Les résultats de notre travail soulèvent plusieurs questions dont nous ne développerons que les principales

La première concerne l'observation démographique de la médecine générale de premier recours:

Observation démographique de la médecine générale de premier recours

La première difficulté de notre travail a été de pouvoir identifier, parmi les médecins qualifiés en médecine générale dans le Roannais, quels étaient ceux qui exerçaient la médecine générale de premier recours et de pouvoir les recenser.

Définition de la médecine générale.

La difficulté à recenser les médecins généralistes est liée au flou dans la définition de l'exercice de ceux-ci. Les diplômés en médecine générale n'exercent pas tous la médecine générale (8). La moitié de ces diplômés exercent en effet à l'hôpital ou sont salariés. C'est à l'autre moitié que notre première étude s'est intéressée: les médecins généralistes du Roannais exerçant la médecine générale, c'est à dire des « omnipraticiens qui dispensent des soins de premier recours en médecine ambulatoire ». (9)

La WONCA Europe (Société Européenne de médecine générale – médecine de famille) a publié en 2002 une traduction française des « caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille ». (10) Cette définition de la Médecine Générale est la plus élaborée qui existe à ce jour. (11)

Les États généraux de l'Offre de Soins (EGOS) organisés en 2008 ont permis d'associer officiellement les jeunes médecins aux débats (en sortant du cadre conventionnel) et de préciser la notion de soins de premier recours. La loi HPST (1) a repris ces travaux et, pour la première fois, donne une définition officielle des soins de premier recours et des missions du médecin généraliste.

La définition des soins de premier recours met en avant le médecin traitant, mais cite aussi d'autres professionnels de santé et des établissements, dans le cadre de coopérations ou de réseaux de santé. La loi a déconstruit l'évidence: « médecine générale libérale = soins de premier recours » (12); D'une part, les soins de premier recours concernent d'autres acteurs en plus des médecins généralistes. D'autre part, il est présenté des modes d'exercice alternatifs à l'exercice libéral.

Les Agences Régionales de Santé (ARS) sont chargées d'organiser les soins de premier recours dans le cadre d'un Schéma Régional de l'Organisation des Soins (SROS) qui indique les implantations nécessaires à l'exercice des soins de premier recours: cabinets libéraux, centres de santé, maisons de santé, laboratoires de biologie médicale et réseaux de santé.

Il nous paraît important de souligner que si l'offre de soins de premier recours concerne différents acteurs dont le médecin généraliste; néanmoins seuls les médecins généraliste de premier recours permettent d'assurer une coordination de ces soins en prenant le patient dans

sa globalité.

La définition des soins de premier recours dans la loi HPST intègre des activités exercées jusqu'à présent à titre gratuit par les médecins généralistes qui ne relèvent pas du paiement à l'acte comme « s'assurer que la coordination des soins nécessaires à ses patients est effective » ou « assurer la synthèse des informations transmises par les différents intervenants et les tenir à leur disposition ». Elle introduit la notion que l'exercice de cette offre de soins ambulatoire ne relève pas exclusivement de l'exercice libéral mais « peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ».

La plupart des outils existants pour recenser les médecins ne permettent pas d'identifier spécifiquement les médecins généralistes de premier recours parmi les médecins qualifiés en médecine générale. Ceux qui le font souffrent de l'imprécision liée à l'actualisation non régulière des données.

Les outils du suivi de l'offre de soins:

Quand on s'intéresse aux chiffres de la démographie médicale en France et plus particulièrement à ceux de la médecine générale, ces chiffres diffèrent d'une source à l'autre. C'est à l'échelle locale (arrondissement, territoire de santé, canton...) que leur connaissance est la plus pertinente pour évaluer les disparités de l'offre de soins et mettre en place des mesures visant à améliorer cette offre. C'est pourtant à ce niveau que les chiffres diffèrent le plus.

Par ailleurs la création des ARS, qui regroupent les anciennes URCAM et DRASS, ainsi que la transformation des URML en URPS (Unions Régionales des Professionnels de Santé) complique la lecture des différents outils démographiques.

La premier constat est que le nombre de médecins diplômés en médecine générale n'est pas pertinent pour évaluer l'offre réelle en soins de premier recours.

Au 1er janvier 2009, dans la Loire, l'Ordre des médecins recensait 1428 médecins généralistes inscrits au tableau de l'ordre (13). Les « libéraux exclusifs » représentaient 46 % de ces effectifs, desquels il fallait soustraire les Médecins à Exercice Particulier (MEP) – effectif non précisé – avant d'approcher l'offre de soins de premier recours.

Tous médecins confondus, en 2008, l'Ordre des Médecins recensait pour les nouveaux inscrits au tableau en Rhône-Alpes seulement 12 % d'installations en médecine libérale et 24 % de remplaçants.(13)

Dans le Roannais, nous avons recensé les installations des médecins qualifiés en Médecine Générale (ne concerne pas les remplaçants) sur la période 2007-2010 à partir des informations fournies par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Loire (14), les chiffres sont difficilement comparables avec ceux de l'atlas régional du CNOM, car ceux du Roannais ne concernent que les médecins qualifiés en médecine générale. Les installations confirment cependant un attrait plus important pour un exercice hospitalier et salarié par rapport à un exercice ambulatoire et libéral. Ainsi, moins d'une installation sur cinq parmi les médecins qualifiés en médecine générale s'est faite en médecine générale ambulatoire et deux installations sur trois se sont faites avec un exercice salarié.

L'enjeu d'une mesure précise du nombre de médecins généralistes n'est pas seulement

statistique, il est aussi de connaître l'offre réelle de soins médicaux de premier recours (15). L'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) a été créé en 2003, sous la tutelle du Ministère de la Santé et des Sports. Il est « une instance de promotion, de synthèse et de diffusion des connaissances relatives à la démographie et à la formation des professions de santé. Il fournit un appui méthodologique à la réalisation d'études régionales et locales (16). Une expérimentation de recensement précis des médecins généralistes est décrite dans son rapport de 2006 (17):

L'exemple de la Basse-Normandie:

Depuis la fin de l'année 2005, en Basse-Normandie, l'Ordre des Médecins et l'Assurance Maladie, en comparant leurs fichiers et, de façon plus pragmatique, en intégrant les informations issues « du terrain », réalisent un suivi commun trimestriel des effectifs des médecins généralistes afin d'apprécier de façon précise l'offre de soins de médecine générale de premier recours (15, 17). Pour ce faire, chaque trimestre, un bilan commun des entrées et sorties est réalisé afin de disposer, pour les actions de soutien à la démographie médicale, d'un diagnostic le plus proche possible de la réalité. Initialement les données de l'Ordre ou de l'Assurance Maladie était 9 à 10 % plus élevés que les effectifs « réels ». Si, à l'échelle d'une agglomération, cet écart n'entraîne pas une analyse erronée de la situation, sur d'autres secteurs plus ruraux l'analyse effectuée à partir de l'offre réelle peut engendrer une modification du diagnostic. Des secteurs de Basse-Normandie pour lesquels les statistiques habituelles ne faisaient pas apparaître de difficultés se sont ainsi vus classés comme fragiles, ou déficitaires, en s'appuyant sur les effectifs réels.

L'activité des médecins a également été prise en compte: les médecins ayant une très faible activité (moins de 1500 actes par an) n'ont pas été pris en compte et les médecins ayant une activité limitée (1500 à 2500 actes par an) ont été comptés à « mi-temps ».

Le Roannais:

Les données démographiques médicales de l'Assurance Maladie - ARS (CartoSanté) (19) et des URPS (Géosanté) (20) que nous avons consultées pour le Roannais diffèrent entre elles de 14 % pour ce qui concerne le nombre de médecins généralistes. La non actualisation des données s'est également révélée problématique pour connaître l'offre de soins réelle en 2010. Nous avons contacté l'URML Rhône-Alpes afin d'obtenir des données actualisées sur les médecins généralistes du Roannais (la précédente actualisation remontant à 2008). Ces données n'ont pas pu nous être fournies en l'absence d'actualisation et du fait de l'anonymat de celles-ci.

Pour la ville de Roanne, CartoSanté indique 51 médecins généralistes (consulté le 01/11/2010) contre 36 pour GéoSanté (- 33 %). L'offre réelle au 01/11/2010 est de 34 médecins généralistes de premier recours.

Une telle différence entre les données consultables de l'Assurance Maladie et les données consultables de l'URPS est due, pour CartoSanté, à la non distinction entre médecins généralistes de premier recours et médecins à exercice particulier (MEP) au sein des omnipraticiens. Dans un autre document fourni par l'Assurance Maladie à notre demande (démographie par département et par CPAM), cette distinction est pourtant faite. **On ne peut que s'étonner qu'un service qui se présente comme « un outil de diagnostic et d'aide à la**

décision en matière de démographie médicale »³ maintienne le flou sur l'offre de soins de premier recours. Tous les indicateurs d'âge des médecins, de densité médicale et de consommation de soins se trouvent ainsi biaisés.

L'absence de distinction entre MEP et médecins généralistes dans CartoSanté nous a été confirmé par la CPAM de la Loire.

Particularités démographiques des MG Roannais:

Dans le cadre de la loi HPST (1) et des missions confiées aux Agences Régionales de Santé, la connaissance précise de la démographie des médecins généralistes exerçant réellement une activité de premier recours (au terme de l'art L 4130-1 du CSP) nous apparaît comme le point de départ pour l'établissement d'un schéma d'organisation des soins de premier recours à l'échelle d'un territoire et d'une zone de soins de proximité. L'expérience menée en Basse-Normandie ainsi que notre travail montrent qu'il est primordial que soit effectuée une analyse fine et actualisée des données provenant des organismes tels que Assurance Maladie et Ordre des Médecins et des informations issues « du terrain », avant de tirer toute conclusion quant à la démographie médicale.

La moyenne d'âge des médecins généralistes Roannais, qui s'établit à 52,2 ans, est plus élevée que celle des médecins généralistes du Département de la Loire, de Rhône-Alpes et de France Métropolitaine (respectivement 50, 51 et 50 ans).

Par ailleurs, la proportion de MG femmes dans le Roannais (19,8 %) est nettement moins importante que pour la Loire, la Région et la France Métropolitaine (respectivement 34, 34 et 29 %).

L'âge plus élevé des MG Roannais, leur densité plus faible que celle observée sur le Département et la Région, de même que la proportion moins importante de femmes nous semblent liés. La féminisation de la profession a en effet progressé depuis les années 1970 ; la non installation de médecins généralistes femmes sur le territoire depuis lors pourrait expliquer le vieillissement de la profession et la part plus faible de femmes MG dans le Roannais.

Quand on s'interroge sur les raisons de la part plus faible de médecins généralistes femmes, le manque d'attractivité des secteurs ruraux pour les médecins généralistes femmes ne semble pas une explication dans le Roannais, territoire plus rural que le reste du département. (21) La différence entre la part de femmes médecins généralistes du Roannais exerçant en secteur urbain (22,2 %) et la part de celles exerçant en secteur rural ou semi rural (17,7 %) ne permet pas d'expliquer la part plus faible de femmes médecins généralistes dans le Roannais.

Une explication à la part plus faible de femmes parmi les médecins généralistes Roannais pourrait être **l'absence d'emploi sur le territoire pour le conjoint**. Le Roannais connaît en effet un déclin de l'emploi depuis les années 1960 notamment au niveau des professions supérieures. Les femmes médecins ont en moyenne un conjoint actif plus qualifié que la conjointe des hommes médecins (20). Dans l'enquête de l'URML Rhône-Alpes sur la féminisation en 2003, les femmes médecins exprimaient à 41 % que la carrière du conjoint était intervenue dans le choix de leur orientation professionnelle (21). Le manque d'attractivité du

³http://www.urcam.fr/Cartosante.carto_portail.0.html, consulté le 04/11/2010

territoire pour le conjoint des femmes médecin se ferait ainsi plus ressentir que pour la conjointe des hommes médecins.

La possibilité de trouver un emploi pour le conjoint est déjà en 2010 et demeurera dans le futur un réel enjeu pour l'attraction de jeunes médecins sur un territoire, comme nous le verrons plus loin.

Le mode d'exercice des médecins généralistes du Roannais apparaît assez proche de ce qui a été retrouvé dans de précédentes études, l'exercice seul est cependant plus important en 2010 que ce qui a été observé ailleurs.

Le mode de paiement à l'acte n'apparaissait pas en 2010 comme une priorité pour les médecins généralistes du Roannais.

Ceux-ci étaient plus satisfaits de leur exercice professionnel que de leur accomplissement personnel, ce qui traduisait la difficulté à équilibrer vie professionnelle et vie privée.

A partir de cette description nous allons nous intéresser à l'épuisement professionnel des médecins généralistes Roannais et aux liens entre burn out et caractéristiques de l'exercice médical.

Épuisement professionnel des MG Roannais:

Le syndrome de Burn Out ou épuisement professionnel a été décrit pour la première fois dans les années 1970 (22). Il s'agit d'un processus psycho-pathologique dynamique pouvant atteindre plus ou moins intensément dans le temps, selon les événements, les professionnels ayant une relation d'aide. En France, l'étude du Burn Out chez les médecins libéraux ne date que du début des années 2000.

Ce syndrome comporte trois symptômes d'intensité proportionnelle au degré de Burn Out :

- un **épuisement émotionnel (EE)** marqué par un manque de motivation et d'entrain au travail, et une sensation que tout est difficile, voire insurmontable.
- une réduction de **l'accomplissement personnel (AP)** : le soignant s'évalue négativement, se trouve incompetent et sans utilité pour ses patients.
- une tendance du soignant à **dépersonnaliser (DP)** ses patients ou clients qui sont vus de manière impersonnelle, négative, détachée voire cynique. (23)

Le Burn Out est la cause, entre autre, de cessations anticipées d'activité, de baisse dans la qualité des soins et de prescription d'examens et de traitements inappropriés pouvant entrainer des erreurs médicales. (24,26)

Les médecins généralistes du Roannais sont plutôt moins touchés par le burn out que les MG d'autres études réalisées en France.

Dans cette étude auprès des médecins généralistes de premier recours du Roannais, nous avons mis en évidence des caractéristiques ayant une association significative avec des scores plus élevés à l'échelle de Burn Out. Ces facteurs ont déjà été identifiés dans de précédentes études. Ce sont, entre autres,

- des facteurs montrant un déséquilibre entre vie professionnelle et vie personnelle au

détriment de la sphère privée,

- un isolement professionnel ressenti (volonté de se regrouper dans les 5 prochaines années),
- une insatisfaction dans le mode de rémunération à l'acte pouvant refléter les difficultés à prendre en charge une patientèle présentant poly-pathologies et problèmes psychosociaux.

Les facteurs de protection par rapport au Burn Out que nous avons mis en évidence sont ceux qui s'opposent à l'isolement professionnel des médecins et favorisent l'échange professionnel entre les médecins (participation à la régulation libérale, groupes de pairs, accueil d'internes de médecine générale en stage).

Nous allons voir dans la partie suivante que le profil de médecin que dessinent les jeunes médecins de notre seconde étude dans leurs aspirations se révèle, en négatif par rapport aux facteurs favorisant le Burn Out et, en positif par rapport aux facteurs protecteurs.

Devenir professionnel et aspirations des anciens internes du Roannais:

Nous souhaitons identifier, à l'issue du 3^e cycle de médecine générale, quels étaient les facteurs influençant le choix de l'orientation des anciens internes et, plus particulièrement, quels étaient les motivations et les freins à l'orientation vers la médecine générale ambulatoire. Parmi les facteurs influençant l'installation en médecine générale ambulatoire nous souhaitons étudier si l'aspect libéral de ce mode d'exercice (paiement à l'acte et gestion d'un cabinet) était un frein.

Une étude nationale auprès des internes en MG en 2005 a montré que seuls 38,5 % de ceux-ci souhaitaient s'installer en MG ambulatoire (26). Tous médecins confondus, en 2008, l'Ordre des Médecins recensait pour les nouveaux inscrits au tableau en Rhône-Alpes seulement 12 % d'installations en médecine libérale et 24 % de remplaçants.(13)

Parmi les médecins répondants à notre deuxième étude, seulement 21% étaient installés en médecine générale ambulatoire et 24% étaient remplaçants. Les autres étaient salariés (29%) ou encore en cours d'internat (23%).

Pour l'ensemble des médecins répondants, les principaux critères influençant le mode d'exercice concernaient la **qualité de vie personnelle**, les **conditions d'exercice** et le parcours personnel. Le critère le plus important cité était « le temps pour les loisirs, sa famille » par 30 % des répondants, puis venait « le travail en équipe, en réseau » par 23 %.

La volonté d'un véritable travail en équipe et d'une vie personnelle épanouie font partie des aspirations fortes des jeunes médecins. Ces résultats ont été mis en évidence chez les internes en MG et chez les jeunes médecins (26-28). Ces critères font également partie de ceux identifiés à l'étranger pour favoriser l'installation et le maintien des professions de santé en zone éloignée ou isolée. (29).

Plus que les autres, les anciens internes du Roannais installés ou souhaitant s'installer en MG ambulatoire attachent une importance à leur qualité de vie personnelle et aux conditions d'exercice. Nous retrouvons de manière significative ($p < 0,05$) un lien entre d'une part l'installation ou le souhait d'installation en MG ambulatoire et d'autre part les « possibilités familiales pour le conjoint ».

La question de la possibilité professionnelle pour le conjoint se pose particulièrement dans le Roannais, comme nous l'avons vu ci dessus, où elle peut expliquer une part plus faible des femmes parmi les MG du Roannais. L'absence de possibilité d'emploi pour le conjoint des médecins apparaît également comme pouvant être un frein à l'installation dans le Roannais, plus particulièrement chez les femmes médecins qui, plus que les hommes, sont en couple avec un conjoint cadre supérieur – 57 % des médecins femmes installées dans une étude de la DRESS (30).

Concernant l'importance du mode de rémunération, plus de la moitié des répondants (53 %) souhaitait un mode de rémunération panachant une partie fixe et une partie en fonction de l'activité (mixte acte-forfait ou mixte salariat-activité). 57 % des anciens internes installés en MG ambulatoire étaient prêts à modifier leur mode de rémunération actuelle et 25 % des non installés exprimaient que le paiement à l'acte les avait détournés de la MG ambulatoire.

Par ailleurs, 52 % des anciens internes du Roannais exprimaient que la gestion d'un cabinet était un frein à leur pratique ou les avait détournés d'une installation en médecine générale ambulatoire (38 % des médecins installés et 57 % des autres).

La gestion d'un cabinet et le paiement à l'acte sont liés: ce sont les caractéristiques de l'exercice libéral. S'affranchir de la gestion d'un cabinet et du paiement à l'acte pour les médecins signifie devenir salarié. Les seules structures qui permettent actuellement un exercice de la médecine générale ambulatoire à des MG salariés sont les centres de santé dont le développement est limité et mal réparti sur le territoire français. Comme nous le verrons plus loin, la rémunération des médecins dans ces centres de santé peut être mixte (salariat et activité).

Ce constat chez les jeunes médecins rejoint celui fait chez des médecins installés: une étude qualitative sur le Burn Out auprès de médecins généralistes installés retrouvait que la gestion du cabinet (« être chef d'entreprise ») était le principal agent « stressant » chez des médecins généralistes installés. (31)

L'exercice de la médecine générale ambulatoire est en effet associé à un exercice libéral quasi exclusif. Les tentatives de certains dans les années 1970 pour instaurer un autre mode d'exercice sont restées marginales (Centres de Santé) et limitées par les accords conventionnels, cantonnées autour des grandes agglomérations.

Actuellement chez les médecins généralistes libéraux, la part des forfaits dans la rémunération ne représente que 6 % (32) malgré la majoration de leur part dans le revenu des libéraux depuis quelques années. Nous reviendrons sur le mode de rémunération dans la dernière partie de cette synthèse.

Les aspirations des jeunes médecins sont des facteurs de protection contre le Burn Out:

Il est intéressant de faire le parallèle entre les aspirations des médecins de notre étude, similaires à celles qui ont été observées dans d'autres études, et les facteurs protecteurs du Burn Out qui ont été mis en évidence dans la littérature et dans notre première étude auprès des MG du Roannais:

- L'aspiration à un travail en équipe est un moyen de lutter contre l'isolement, facteur important de burn out.
- La volonté de préserver sa vie personnelle fait également partie des moyens de lutte contre le Burn Out (32, 62).

L'aspiration à un travail d'équipe fait partie des revendications fortes des jeunes médecins dans notre deuxième étude et dans de précédentes études (27,33). Ce travail en équipe ne doit pas se résumer à une simple mise en commun de locaux ou de secrétariat. Parmi les jeunes médecins installés en MG ambulatoire de notre deuxième étude, près d'un tiers exerce seul (31 %). Ceci est différent du souhait des autres médecins de l'enquête qui envisagent une installation en MG ambulatoire: un seul (1,7 %) envisage un exercice seul.

Nous pensons que les jeunes installés préfèrent s'installer seul, plutôt que de réaliser une association qui ne leur correspond pas (absence de travail d'équipe).

Les aspirations des jeunes médecins semblent fondées sur le constat de l'échec des médecins généralistes libéraux? d'une part, à avoir su concilier vie professionnelle et vie privée et, d'autre part, à s'être épanouis dans leur travail. Ce constat a été fait dans d'autres études. Une précédente étude retrouve que plus de la moitié des MG de la Loire sont déçus au niveau professionnel par rapport à leurs espérances (34). Dans l'enquête du CNOM de 2005 (35), seuls 31 % des hommes et 32 % des femmes sont plutôt satisfaits de leur exercice, parmi les 6 000 médecins interrogés. Il en était de même en Rhône-Alpes (21) où, en 2004, 40% des médecins interrogés ressentaient un décalage entre leurs aspirations initiales et la réalité. Parmi les médecins généralistes du Roannais, seuls 23 % se déclaraient « complètement satisfaits » de leur exercice actuel de la MG, 59 % se déclaraient « moyennement satisfaits » de leur exercice et 20 % « pas du tout » ou « peu satisfaits » de leur exercice.

Face au constat du manque d'attractivité de la médecine générale ambulatoire pour les jeunes médecins généralistes et au départ massif à la retraite des MG installés dans les prochaines années il apparaît nécessaire de ré-enchanter l'exercice de la médecine générale ambulatoire. L'aspect libéral apparaît dans notre étude comme un frein (gestion d'un cabinet et paiement à l'acte) tandis que les jeunes médecins aspirent à un meilleur équilibre que leurs aînés entre vie professionnelle et vie privée.

Les premières parties de la discussion nous ont permis de mettre en avant les difficultés à observer la démographie des médecins généralistes de premier recours à l'échelle d'un territoire de santé.

Les médecins généralistes du Roannais se caractérisent par une moyenne d'âge élevée, une faible part de femmes et un exercice seul majoritaire. Une des raisons pouvant expliquer

ces caractéristiques est la difficulté des conjoint(e)s des médecins à trouver un emploi dans le Roannais.

Les médecins généralistes du Roannais sont plutôt moins touchés par le burn out que les médecins de précédentes études. Ceci peut s'expliquer par le réseau confraternel existant dans le Roannais (régulation libérale à Roanne, groupes de pairs, FMC...).

L'exercice libéral (gestion d'un cabinet et paiement à l'acte), en tant que modèle (quasi) unique pour l'exercice de la médecine générale de premier recours, est un frein à l'installation des jeunes médecins.

Les anciens internes du Roannais ont des aspirations pour le choix de leur mode d'exercice qui semblent opposées à l'exercice de leur aînés. Ces aspirations rejoignent pourtant les facteurs protecteurs d'épuisement professionnel en privilégiant d'une part un équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle et d'autre part un travail en équipe.

Après avoir fait le constat de l'état des lieux de la MG et des aspirations des anciens internes du Roannais, nous pouvons dans la dernière partie de notre travail envisager les perspectives d'avenir pour la médecine générale dans le Roannais.

Perspectives pour la MG dans le Roannais

D'ici 2015, plus d'un quart des médecins généralistes du Roannais et de la ZSP de Roanne vont dépasser les 65 ans. Le Roannais n'est pas le seul territoire de France qui va être confronté au départ massif à la retraite de ses médecins généralistes. Comment permettre dans ces conditions le renouvellement des médecins généralistes et garantir un accès pour tous à des soins de premier recours de qualité? C'est à ces questions que nous allons tenter de répondre dans cette dernière partie.

Les besoins de la population.

La première partie de notre travail s'est attachée à décrire les conditions socio-démographiques du Roannais. Frappé depuis les années 1960 par la crise industrielle dans des secteurs comme le textile, le Roannais peine depuis à conserver ses emplois et à en développer de nouveaux dans le tertiaire ou d'autres secteurs. Les conséquences ont été une régression de la population du bassin de Roanne avec le retour aux niveaux de population des années 60, un départ des jeunes actifs vers d'autres bassins d'activité, une précarité grandissante chez les restants et le vieillissement de la population suite à l'arrivée à l'âge de la retraite des « baby-boomers ».

Ces deux caractéristiques de vieillissement et de précarité, assez diffuses sur le territoire mais majorées à Roanne, créent un besoin en soins de premier recours plus important que pour une population plus jeune et ayant des indicateurs économiques plus favorables.

La Zone de Soins de Proximité (ZSP) de Roanne présente par ailleurs de nombreux indicateurs de mortalité et de morbidité parmi les plus élevés de Rhône-Alpes ce qui justifie des besoins accrus de prévention et de soins.

Il est aujourd'hui prouvé que l'état de santé d'une population et le niveau social de celle-ci sont corrélés. Les Inégalités Sociales de Santé (ISS) sont donc une réalité objectivée par des données socio-épidémiologiques robustes (36, 37). La préparation de la loi HPST a insisté sur la persistance d'ISS.

La question des Inégalités Sociales de Santé:

Les I.S.S. s'expliquent par des déterminants multiples et complexes : facteurs individuels de mode de vie, influences sociales, conditions de vie et de travail, conditions générales socio-économiques et environnementales. Ces inégalités se traduisent en pratique: sur la période 1991-1999, un homme de 35 ans appartenant à la catégorie « cadres et professions intellectuelles supérieures » peut espérer vivre sept ans de plus qu'un ouvrier et trois ans de plus qu'un homme appartenant à la catégorie « artisans, commerçants, chefs d'entreprise ». Cet écart est encore plus important si l'on considère l'espérance de vie sans incapacité puisque, à 35 ans, les hommes cadres supérieurs peuvent espérer vivre encore dix ans de plus que les ouvriers sans limitation fonctionnelle (34 ans *versus* 24 ans) (36).

La comparaison entre les pays de l'Europe de l'Ouest fait apparaître une position défavorable pour la France, qui présente, parmi les pays étudiés, des inégalités de mortalité parmi les plus

importantes, alors que son système de soins a pu faire l'objet d'évaluations internationales favorables. Par ailleurs, les inégalités d'accès aux soins en France sont loin d'être la première cause des inégalités sociales de santé, même si elles y participent (absence de mutuelle, dépassement d'honoraires, discrimination par refus de soins à des bénéficiaires de la CMU ou de l'AME...) (36).

Le rôle de la médecine générale de premier recours, sans être l'actrice principale dans la réduction des ISS, a toute sa place. Il est en effet démontré que les systèmes de santé basés sur des soins de santé primaires efficaces, avec « des médecins généralistes qui ont un niveau de formation élevé et qui pratiquent au sein de la communauté, fournissent des soins plus rentables et plus efficaces au niveau clinique que les systèmes moins orientés vers des soins de santé primaires » (38). De plus, les renoncements aux soins sont de plus en plus fréquentes (39 % des français déclaraient en effet avoir déjà retardé ou renoncé à au moins un soin en raison de son coût selon un sondage du Secours populaire en 2009) (39).

La consultation de médecine générale demeure alors souvent le seul recours aux soins pour des personnes ayant renoncé à des soins spécialisés. Les renoncements aux soins sont en effet moins importantes pour la consultation de médecine générale que pour des consultations spécialisées ou des soins dentaires. (37)

La densité médicale ne reflète pas à elle seule les besoins en soins:

La ville de Roanne a une densité médicale plus importante (95,1/ 100 000 hab.) que le reste du Roannais. Cet indicateur se rapproche du reste du Roannais quand on considère l'ensemble du secteur de garde de Roanne (densité 74,6 / 100 000 hab).

La ville de Roanne compte par ailleurs une population plus âgée (indice de jeunesse⁴ égal à 1,2 contre 1,3 pour la région) ce qui entraîne une augmentation de la demande de soins. De nombreux habitants, résidant en dehors de l'agglomération travaillent dans l'agglomération de Roanne et ont également leur médecin traitant à Roanne ou dans l'agglomération.

On voit à travers ces exemples que, indépendamment des problèmes d'identification des MG et de mise à jour des données, les besoins en soins d'une population sont plus complexes à définir qu'avec la simple prise en compte des indicateurs de densité médicale ou de bassin de population à risque (19). Seule une analyse de terrain permet d'appréhender cette notion.

Les projections démographiques montrent un vieillissement de la population du Roannais. Les indicateurs socio-économiques ne sont pas en faveur d'une réduction des inégalités sociales et donc des ISS dans les années à venir. Les besoins en soins de premier recours vont donc augmenter dans les prochaines années dans le Roannais et dans l'agglomération de Roanne en particulier.

4 Rapport entre la population des moins de 25 ans et celle des plus de 65 ans.

Les médecins généralistes de premier recours.

En plus des 26 % de MG qui vont dépasser l'âge de la retraite d'ici fin 2015, 12 % des MG Roannais de notre enquête déclarent vouloir arrêter leur exercice actuel dans les cinq prochaines années. Ce sont donc plus d'un tiers (38 %) des médecins généralistes du Roannais qui devraient dévisser leur plaque dans les cinq prochaines années. Combien trouveront un successeur? Que feront leurs confrères, dont 57 % trouvaient déjà leur charge de travail trop importante, face à l'afflux de patients de ces médecins partis? Comment éviteront-ils un épuisement professionnel sévère? Dévisseront-ils leur plaque à leur tour pour briguer des postes hospitaliers ou s'installer dans des territoires plus favorisés qui leur ouvriront grand les bras?

Sans l'arrivée de nouveaux médecins généralistes et une réorganisation profonde des soins de premier recours, c'est ce qui risque fort d'arriver, dans le Roannais comme dans d'autres territoires de santé.

Il est par ailleurs montré que la prise en charge par les médecins de problèmes psycho-sociaux, de patients âgés et de difficultés d'insertion culturelle obligeant à une médecine lente en secteur 1 favorise les cessations anticipées d'activité (25).

Les conditions socio-démographiques du Roannais et la démographie des médecins généralistes roannais sont donc le lit pour un important Burn Out et une cessation précoce d'activité libérale pour les médecins généralistes restants.

Quelle organisation des soins primaires pour demain?

La première chose à mettre en avant est qu'il n'existe pas de solution unique qui viendrait résoudre tous les problèmes de démographie médicale et d'accès aux soins en France.

Nous pouvons faire le constat de la grande hétérogénéité des médecins généralistes en France au niveau de leurs pratiques et de leurs aspirations. A. Véga dans son travail sur « Les comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux » qualifie même les médecins généralistes « d'individus aux valeurs personnelles et professionnelles antagonistes » (25).

Le deuxième constat est qu'il n'y a pas de mesure publique ayant montré une réelle efficacité sur l'attractivité et le maintien des médecins généralistes dans un territoire, les mesures incitatives en nature qui répondent aux aspirations des jeunes médecins n'étant pas ou peu évaluées (40).

Le troisième constat est la disparité des territoires de santé au point de vue des caractéristiques démographiques, des caractéristiques socio-économiques et des besoins en soins.

Un des volets de la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) (1) est de confier aux Agences Régionales de Santé (ARS) la mission d'organiser les soins primaires à l'échelle des territoires de santé.

Une des solutions avancées qui a le vent en poupe aujourd'hui pour pallier à la désertification médicale est la création de Maisons De Santé (MDS), plus particulièrement en zone rurale. D'autres alternatives à l'exercice isolé de la médecine libérale existent depuis plus de 80 ans mais leur développement est resté marginal : les Centres De Santé (CDS).

Ces deux types de structures permettent de favoriser le regroupement des professionnels de santé et le travail en équipe, ce qui est une aspiration forte des jeunes médecins, comme nous avons pu le voir ci-dessus.

Tant que le paiement à l'acte était le dogme de la médecine générale ambulatoire, ces alternatives ne pouvaient pas se développer pour des problèmes de financements. Le paiement à l'acte permet en effet de rémunérer les médecins pour les soins qu'ils dispensent mais ne permet pas de financer la partie prévention de la médecine générale de premier recours et les frais de fonctionnement de ces structures.

Maisons et pôles de santé:

Une **maison de santé** est un lieu dans lequel les professionnels de santé libéraux exercent leur activité.

Un **pôle de santé** est un regroupement de professionnels de santé libéraux exerçant dans ou hors les murs, dans leurs propres locaux.

Une maison de santé ou un pôle de santé rassemble dans un secteur donné, plusieurs professionnels des soins de santé primaire, médecins généralistes, infirmières, pharmaciens, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychologues, podologues, diététiciens ... et travailleurs sociaux unis par une charte, un projet et des objectifs opérationnels concernant la santé des patients. La motivation du regroupement est variable de l'unité de lieu géographique au projet de soins affiché d'emblée.

Il existe au moins une centaine de Maisons et Pôles de Santé en France.

Les réalisations qui marchent, sont souvent marquées par une prise en compte des attentes des professionnels et la présence d'un leader. Celles qui ont échoué sont souvent marquées par un désengagement des pouvoirs publics sur lequel escomptaient les professionnels.

Plusieurs modes de réalisation existent depuis la création sur des fonds propres des professionnels (Pont d'Ain dans l'Ain) à des créations sur des fonds publics des collectivités territoriales et/ou de l'Assurance Maladie (St Amand en Puisaye dans la Nièvre).

Les Maisons et Santé constituent un coût d'investissement et de fonctionnement supérieur à un cabinet "classique" actuellement porté par les seuls professionnels. (source Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé FFMPS⁵)

Pour les médecins généralistes, les MDS permettent d'augmenter le nombre de congés pour une activité identique (41). Le regroupement des médecins généralistes montre en effet que les médecins généralistes ont tendance à pratiquer plus d'actes par jour tout en travaillant moins de jours par semaine (42). Pour les patients, les MDS permettent d'augmenter le temps ouvré d'accès au médecin généraliste.

Centres de santé:

Un **Centre de santé** est un lieu dans lequel des professionnels de santé exercent leur activité de type salariée. En 1995, la CNAMTS dénombrait en France environ 1500 CDS dont:

5 <http://www.ffmps.fr>

- 29 centres de santé médicaux, de petite taille, regroupant des médecins généralistes ;
- 357 centres de santé polyvalents, offrant des consultations de médecine générale et de spécialité, des services paramédicaux (kinésithérapie, service infirmier...), des services dentaires, des plateaux techniques (imagerie médicale, laboratoire)

Les autres centres, majoritaires sont des centres mono-disciplinaires, de soins dentaires ou de soins infirmiers.

Les centres de santé élaborent un projet de santé qui inclut des dispositions favorisant l'accès et la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique. Ils s'attachent à répondre à un objectif commun : une médecine de qualité pour tous, prenant en compte le patient dans sa globalité et son milieu de vie et visant à réduire les inégalités de santé. Le tiers payant est pratiqué afin de garantir l'égalité de l'accès aux soins.

Les gestionnaires sont le plus souvent des associations (450), des mutuelles (354), les organismes d'assurance maladie (318), des congrégations (centres de soins infirmiers surtout). Les municipalités gèrent 12 % des centres de santé (environ 180) principalement en région parisienne (données CNAMTS).

Les centres de santé relèvent d'un cadre juridique triple (43):

- le Code de la Santé publique, pour ce qui a trait à leurs missions, à leur place dans le système de soins ambulatoires et à leur agrément ;
- le Code de la Sécurité sociale, pour le conventionnement avec l'Assurance Maladie (accord national 2003) ; (44)
- le Code général des collectivités territoriales, pour le régime d'aides dont ils peuvent bénéficier de la part des collectivités territoriales (articles L 1511-8 et R 1511-44).

Les personnels des centres médicaux, dentaires et polyvalents sont salariés mais relèvent de statuts variés.

De nombreux centres de santé ont été créés à partir des années 1930, dans les zones urbaines, à l'initiative d'associations caritatives ou non, de municipalités, de mutuelles, exprimant à la fois un courant « humaniste » et « hygiéniste ». Leur développement a été freiné à partir des années 1960-1970 suite au conventionnement des médecins libéraux avec les caisses d'Assurance Maladie.

L'accord national (44), promulgué le 19 avril 2003, définit les missions des centres de santé : « Structures de proximité se situant au plus près des assurés et de leurs besoins, ils participent à l'accès de tous à la prévention et à des soins de qualité. Ils pratiquent le tiers payant et s'engagent à respecter les tarifs conventionnels. En lien avec la démarche curative, les centres de santé participent activement à des actions de prévention et de promotion de la santé, favorisant une prise en charge globale de la santé des personnes ». Les centres de santé sont définis comme « les dispositifs novateurs de coordination des soins, tant dans leurs modalités organisationnelles que financières. (...) Ainsi, les centres de santé contribuent pleinement aux nécessaires évolutions du système de santé actuel à travers une redéfinition de son organisation, de ses modes de financement et de la distribution des soins ».

Les centres de santé ont comme ressource quasi unique la rémunération des actes qu'ils effectuent. Les frais relatifs au fonctionnement de la structure ne sont pas pris en compte, ni les frais spécifiques à la prise en charge de la santé de populations précaires qui représentent un surcoût notable. L'accueil et le secrétariat, ainsi que les fonctions support telles la comptabilité, la gestion du personnel, la gestion administrative et financière constituent les principales charges (43). Le coût du tiers payant est évalué de 3 à 3,3 € par acte (selon une étude des mutuelles de France) (45).

Ainsi, les centres de santé, sans les aides financières publiques (collectivités territoriales) ou privées (organismes caritatifs, associations...), ne pourraient survivre. (43)

Dans la loi HPST, le rôle des CDS est confirmé au titre des soins de premier recours et les CDS participent aux expérimentations sur les nouveaux modes de rémunération au même titre que les Maisons et Pôles de Santé.

L'étude Epidaure menée par l'IRDES a été réalisée auprès des CDS. L'objectif principal était : mieux appréhender et valoriser les spécificités des CDS en termes d'accessibilité aux soins notamment pour les personnes en situation de précarité en médecine générale et en omnipratique dentaire.

Les premiers résultats de l'étude Epidaure (IRDES) présentés en octobre 2010 au 50^e congrès des Centres De Santé montrent (91):

- les patients consultant dans des CDS sont une population plus précaire que la population générale, sont plus bénéficiaires de la CMU.
- le fait d'être « suivi » dans un CDS diminue les dépenses de pharmacie de 30 %.

Centres de Santé et Maisons de Santé répondent aux aspirations des jeunes médecins au niveau organisation de travail en facilitant le travail en équipe et en permettant un meilleur équilibre entre vie privée et vie professionnelle. Les centres de santé ont pour vocation l'accès aux soins pour tous et la réduction des Inégalités Sociales de Santé. Ils sont actuellement développés autour des grandes agglomérations. Les Maisons de Santé actuellement développées répondent plus aux problèmes de l'accès aux soins en milieu rural ou semi-rural.

Les Centres de Santé et les Maisons de Santé sont assez proches dans leur manière d'envisager les soins de premier recours. Ce qui les distingue est le mode de rémunération des professionnels de santé. Ces deux types de structures réclament des rémunération alternatives au paiement à l'acte pour pérenniser leur mode de fonctionnement et permettre le développement de toutes les missions de la médecine générale de premier recours (prévention, coordination...).

La mise en place de modes de rémunération alternative en médecine générale et la rémunération incitative à l'activité des médecins dans certains centres de santé ne permet plus d'opposer centres de santé et exercice libéral de la médecine générale de premier recours. (46)

Le mode de rémunération

En dépit de la socialisation des dépenses de santé intervenue pour l'essentiel depuis le milieu du XX^e siècle, la médecine générale se pratique très majoritairement en France au sein de cabinets libéraux. Cette forme d'organisation de l'offre de soins primaires n'a jamais été sérieusement mise en cause dans notre pays et les propositions alternatives, formulées à certains moments de l'histoire, sont demeurées jusqu'à aujourd'hui expérimentales ou marginales.(47)

La convention du 12 mars 1997, spécifique entre les médecins généralistes et l'Assurance Maladie a créé une brèche dans le paiement exclusif à l'acte pour la MG de premier recours: le dispositif de médecin référent introduisait un forfait pour tous les patients entrant dans ce contrat (48). 10 % des médecins généralistes avaient adhéré à ce dispositif à l'époque. Le principe du médecin référent a été supprimé en 2004 avec la nouvelle convention dans un contexte de luttes syndicales entre les signataires de la nouvelle convention (CSMF, SML) et les signataires du médecin référent (MG France).

Il aura fallu attendre la deuxième moitié des années 2000 pour que les médecins libéraux, réalisant les difficultés démographiques qu'ils affrontaient, commencent à envisager d'autres modes de rémunération.

Ainsi seulement 42 % des MG du Roannais se déclaraient complètement satisfaits de leur mode de rémunération et ils seraient moins d'un tiers (31 %) à choisir un mode de rémunération majoritaire à l'acte s'ils en avaient le choix. 57 % choisiraient un mode de rémunération mixte (29 % acte-forfait et 28 % salariat-activité). Ces chiffres sont assez similaires de ceux des anciens internes du Roannais, même s'ils sont difficilement comparables du fait de la présence de médecins salariés dans la deuxième étude. 53 % des anciens internes souhaitaient en effet un mode de rémunération mixte.

Le changement de mentalité des MG ainsi que les avancées de la loi HPST sur les nouveaux modes de rémunération permet d'envisager l'exercice de la médecine de premier recours en maison de santé et en centre de santé de manière nouvelle.

Les actions de prévention, de coordination, le forfait de gestion pour ces structures permet d'envisager une pérennité dans le financement de ces structures et dans ce mode d'exercice, regroupé et coordonné, prenant en compte la globalité des problèmes sanitaires des populations.

D'un stade expérimental et marginal, comment ces nouveaux modes de rémunération apporteront-ils des réponses, d'une part aux inquiétudes des médecins généralistes sur leur avenir et, d'autre part aux attentes des jeunes médecins qualifiés en MG par rapport à la médecine générale de premier recours?

E. Hubert fait le constat de « l'obsolescence du système tarifaire actuel ». Elle recommande que ces nouveaux modes de rémunération soient pérennes et moins complexes dans leur mise en œuvre par les médecins généralistes. (46)

Les résultats de notre travail montrent l'urgence d'appliquer des solutions pérennes pour donner

le goût aux médecins généralistes de poursuivre leur métier avec passion et qualité, et donner l'envie aux jeunes médecins généralistes de choisir la médecine générale ambulatoire. Les Maisons de Santé et les Centres de Santé créent « les conditions de cette attractivité » (49). La grande diversité des médecins fait pencher vers des solutions variées plutôt qu'un modèle unique. La médecine générale de soins primaires est en effet la seule spécialité où les médecins n'ont pas le choix de leur mode d'exercice libéral à l'exception des rares Centres de Santé.

La création des A.R.S. ouvre le champ pour des projets de santé cohérents à l'échelle des territoires de santé. De ces projets de santé, fruits de la réflexion des usagers, politiques et médecins peuvent bâtir les maisons et centres de santé de demain afin de permettre l'accès à des soins de proximité de qualité pour tous et créer les conditions de l'attractivité pour les jeunes médecins généralistes.

CONCLUSION

Le Roannais et la Zone de Soins de Proximité de Roanne sont des territoires qui présentent des caractéristiques moins favorables que le reste du Département de la Loire ou de la Région Rhône-Alpes sur les plans démographiques et socio-économiques. Ceci est lié au vieillissement de la population, au déficit des moins de 40 ans et aux caractéristiques économiques du Roannais qui génèrent des Inégalités Sociales de Santé. Ces caractéristiques se concentrent plus particulièrement dans la ville centre du territoire, Roanne.

Les médecins généralistes exerçant les soins de proximité dans le Roannais ont une moyenne d'âge plus élevée que celle des médecins généralistes du Département et de la Région. La densité médicale est également plus faible. D'ici le 31 décembre 2015, 1 médecin sur 4 aura dépassé l'âge de départ en retraite. 12 % des médecins âgés de moins de 60 ans souhaitent par ailleurs arrêter leur exercice dans les 5 prochaines années. Ce sont donc près de 4 médecins sur 10 qui devraient arrêter leur exercice d'ici 2015.

Au printemps 2010, les médecins généralistes du Roannais n'étaient pas plus, voire moins, touchés par l'épuisement professionnel que les médecins de précédentes études en France. Un moindre épuisement émotionnel, pour les médecins du secteur de Roanne, était corrélé avec la participation à la régulation téléphonique de la permanence de soins libérale. Le Roannais présente des particularités qui semblent favoriser les relations confraternelles (centre 15, maison médicale et SAU centralisés sur un même lieu, FMC) et limitent l'épuisement professionnel.

Cependant, avec le départ massif à la retraite de leurs confrères, les MG restants vont être confrontés à de nombreux facteurs favorisant le burn out, liés d'une part à l'incapacité à répondre aux demandes des patients trop nombreux et liés d'autre part à la poly-pathologie et aux problèmes sociaux de la population. Ces facteurs pourraient contribuer à un important épuisement émotionnel et à la cessation précoce d'activité de ces médecins.

Les anciens internes du Roannais, comme les jeunes médecins de précédentes études, aspiraient à un équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie personnelle. Les premiers critères influençant leur choix de mode d'exercice étaient « le temps pour les loisirs, la famille » et « le travail en équipe ou en réseau ». Plus que les autres, les anciens internes installés en MG ambulatoire ou souhaitant s'installer en MG ambulatoire attachaient une importance à la qualité de leur vie personnelle pour le choix de leur mode d'exercice. Ce profil rejoint les facteurs de protection de l'épuisement professionnel qui ont été identifiés dans de précédentes études. Il traduit à la fois une lucidité et un certain désenchantement par rapport à l'exercice de la MG de leurs aînés. Alors que les anciens internes non installés aspiraient à un exercice de groupe en cabinet, en maison ou centres de santé, près d'1/3 des anciens internes installés en MG ambulatoire avaient choisi un exercice seul en l'absence de projet de santé correspondant à leurs aspirations.

L'évaluation de la démographie des médecins généralistes de premier recours nécessite des

outils précis et actualisés pour identifier qui sont ces médecins parmi les médecins qualifiés en médecine générale. C'est à partir de cette évaluation, et aussi à partir de l'évaluation des besoins de la population et des aspirations de ces médecins qu'un schéma pertinent de l'organisation des soins de premier recours à l'échelle d'un territoire de santé peut être élaboré.

La situation est critique pour la démographie médicale et l'accès pour tous à des soins de premier recours de qualité. Le stade de l'expérimentation est dépassé et doit laisser la place aux actions concrètes et pérennes. Des solutions existent pour y remédier et leur efficacité n'est plus à démontrer. Leur mise en œuvre doit être urgente afin de valoriser les médecins généralistes de premier recours. Cette valorisation doit leur permettre de réaliser les mutations liées à la démographie médicale et de ré-enchanter l'exercice de la médecine générale – médecine de famille – afin de créer les conditions de l'attractivité des jeunes diplômés en médecine générale.

Ces solutions doivent être multiples pour répondre à la diversité des aspirations des médecins et surtout répondre à des projets de santé. Ce sont la sortie du modèle unique de l'exercice libéral pour la médecine générale ambulatoire et la création de centres de santé dans les zones présentant de fortes Inégalités Sociales de Santé. Ce sont la sortie du paiement à l'acte pour des modes de rémunération mixtes permettant le développement des soins de premiers recours – tels que définis par la loi HPST et par la WONCA – et le financement pérenne des Maisons et Centres de Santé.

Le Roannais, du fait de sa situation géographique plutôt isolée et centrée sur l'agglomération de Roanne, a une certaine autonomie au niveau de l'emploi et des soins. Ces caractéristiques permettront d'évaluer plus facilement le résultat de politiques de santé innovantes. Elles sont propices à la mise en place d'expérimentations à l'échelle d'un territoire de santé.

Références bibliographiques

1. **LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires**, JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184 texte n° 1
2. **O.R.S. Rhône-Alpes. Identification de territoires cibles en santé en Rhône-Alpes : Analyse en composantes principales et typologie des territoires.** (Lyon: ORSRA, Avril 2007). Disponible sur: <http://www.prsp-ra.com/pdf/pdf_documentation/Rapport%20territoires%20cibles%20ACP.pdf>
3. **O.R.S. Rhône-Alpes. Diagnostic local de santé sur le territoire du Pays du Roannais (Loire).** Février 2007, [en ligne] Disponible sur: <<http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Rapport%20Roannais.pdf>>
4. **INSEE Rhône-Alpes. Synthèse locale pays roannais Avril 2010,** [en ligne] Disponible sur: <http://territoires.rhonealpes.fr/IMG/pdf_insee_SL_Roannais_V3.pdf>
5. **Grand Roanne Agglomération. Analyse des Besoins Sociaux, Diagnostic Territorial Grand Roanne,** document de travail au 10 juin 2009.
6. **O.R.S. Rhône-Alpes. Indicateurs de santé en Rhône-Alpes,** [en ligne] Disponible sur: <<http://www.ors-rhone-alpes.org/indicateurs.asp>>
7. **URML Rhône-Alpes. Géosanté, Démographie de la médecine générale en Rhône-Alpes, actualisation 2008.** [en ligne] Disponible sur: <<http://www.urmlra.org/geomedecine/index.php>>
8. **CNOM. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2009,** [en ligne] Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas2009_0.pdf>
9. **Bloy G., Schweyer F-X. Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale.** Rennes. Presse de l'EHSEP, 2010, 424 p.
10. **WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille, 2002.** [en ligne] Disponible sur: <<http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>>
11. **Allen J., Gay B., Crebolder H., Heymann J., Svab I., Ram P. The European. Definitions of the Key Features of the Discipline of General Practice : the Role of the GP and Core Competencies.** British Journal of General Practice, 2002; 52 (479) : 526-7.
12. **Schweyer F-X. Ni artisan, ni salarié. Conditions et enjeux de l'installation...** In: **Bloy G., Schweyer F-X.** (dir). *Singuliers Généralistes. Sociologie de la Médecine Générale.* Rennes, Presses de l'EHESP, p. 379-402.
13. **CNOM. Atlas de la démographie médicale en Région Rhône-Alpes. Situation au 1er janvier 2009.** [en ligne] Disponible sur: <<http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/les-atlas-regionaux-966>>
14. **Ordre des médecins de la Loire. Mouvements du tableau, installations,** [en ligne] Disponible sur: <<http://www.ordre-medecins-loire.com/site/installations.html>> (Page consultée le 1/11/2010)
15. **Schweyer F-X. Démographie de la médecine générale.** In: **Bloy G., Schweyer F-X.** (dir.). *Singuliers Généralistes. Sociologie de la Médecine Générale.* Rennes, Presses de l'EHESP, p. 41-54.
16. **Ministère de la Santé et des Sports. Présentation de l'ONDPS.** [en ligne] Disponible sur: <<http://www.sante-sports.gouv.fr/qu-est-ce-que-l-observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante.html>> (Page consultée le 15/11/2010).
17. **ONDPS. Le rapport 2006-2007. Tome1, la Médecine Générale. p.28-30,** Paris 2008, La Documentation française, 178p. [en ligne] Disponible sur: <http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONDPS_-_2006_2007_-_tome1.pdf> (Page consultée le 01/11/2010).
18. **URCAM. Cartosanté,** [en ligne] Disponible sur: <http://www.urcam.fr/Cartosante.carto_portail.0.html>
19. **URML Rhône-Alpes. Géosanté, Démographie de la médecine générale en Rhône-Alpes, actualisation 2008.** [en ligne] Disponible sur: <<http://www.urmlra.org/geomedecine/index.php>>
20. **CNOM. Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins, genre, carrière, et gestion des temps sociaux, le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans.** Janvier 2006.
21. **URML RA. Féminisation de la profession médicale. Enquête démographique auprès des médecins en exercice.** Mars 2004.
22. **Freudenberger H., Staff burn-out,** Journal of Social Issues, 1974, 30, 159-165.
23. **Galam E. Burn out des médecins libéraux - 1re partie : une pathologie de la relation d'aide.** Médecine 2007; 3(9), p. 419-421
24. **Galam E. Burn out des médecins libéraux. Deuxième partie : une identité professionnelle remise en question;** Médecine 2007; 3(8), p. 474-477
25. **Vega A. Les comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux, Tome 1.** DREES, Série Études, 2007-12, n°73.
26. **Baude N., Flacher A., Bosson JL., Marchand O., Soins primaires : crise et dynamique d'avenir. Les attentes des**

- internes de troisième cycle de médecine générale. *Médecine* 2008; 4(3): p. 135-140.
27. **URML-Rhône-Alpes, CAREPS.** *Étude de la mutation de la médecine générale : enquête auprès des IMG de Rhône-Alpes*, CAREPS, rapport d'étude, 2005-02, n°488
 28. **Robelet M., Lapeyre-S. N., Zolesio E.** *Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins : genre, carrière et gestion des temps sociaux : Le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans.* CNOM, Paris, 2006-01.
 29. **Bilodeau H., Leduc N.** Recension des principaux facteurs d'attraction, d'installation et de maintien des médecins en régions éloignées », *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 2003, 43 (3), p. 485-504.
 30. **Breuil-Genier P., Sicart D.** *La situation professionnelle des conjoints de médecins.* DRESS Études et Résultats: 2005-09: n° 430
 31. **Moreau V.** La souffrance des soignants. Analyse qualitative d'un échantillon de sept médecins généralistes. Th. Méd, Saint-Etienne: 2010, 017.
 32. **Gallois P., Vallée J-P.** *Médecine Générale: désenchantement et perspectives d'avenir.* *Médecine* 2008; 4(3): p. 100-101.
 33. **Chenevat L.** *Devenir médecin généraliste ou spécialiste ? un rapport aux études et aux savoirs différenciés,* Université Lumière Lyon 2, thèse de doctorat en sociologie et anthropologie, 2002
 34. **Martin A.** *Comment les généralistes jugent-ils leur vie quotidienne, privée et professionnelle ? Une enquête auprès des médecins femmes et hommes de la Loire.* *Médecine* 2008; 4(2): p. 89-93.
 35. **CNOM.** *Démographie médicale au 1er janvier 2005.* Étude no 38, juin 2005.
 36. **Basset B. (dir).** *Agences Régionales de Santé. Les Inégalités Sociales de Santé.* Saint-Denis : INPES, coll. Varia, 2008 : 208 p.
 37. **Bungener M., Ulmann P., Bazin F., Parizot I., Chauvin P., Pascal J. et al.** *Déterminants socio-économiques des inégalités de santé.* *Sciences sociales et santé*, 2006 ; 24 (3) : p. 11-29
 38. **Starfield B.** *Primary care: balancing health needs, services and technology.* Oxford: Oxford University press, 1998.
 39. **IPSOS.** *Le Baromètre Ipsos – Secours Populaire de la pauvreté.* Septembre 2008. [en ligne] Disponible sur: <<http://www.secourspopulaire.fr/fileadmin/commun/alertepauvrete2008/AlertePauvrete2008-Sondage.pdf>> (Page consultée le 10/11/2010)
 40. **Bourgueil Y., Mousquès J., Tajahmadi A.** *Améliorer la répartition géographique des médecins : les enseignements de la littérature.* IRDES, Questions d'économie de la santé, 2006-12, n°116.
 41. **Bourgueil Y., Clémenta M-C., Couraleta P-E., Mousquès J., Pierre A.** *Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne.* IRDES, Questions d'économie de la Santé, 2009-10: n°147.
 42. **Baudier F, Bourgueil Y., Evrard I., Gautier A., Le Fur P., Mousquès J.** *La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009.* IRDES, Questions d'économie de la Santé, 2010-09: n°157.
 43. **Colin M.-P. et Acker D.** *Les centres de santé : une histoire, un avenir,* Santé publique 2009, 21 (supplément n°4, juillet-août), p. 57-65.
 44. **Journal Officiel.** *Accord national des centres de santé.* JORF n° 93, 19 avril 2003, texte n° 135 : p.7080.
 45. **Acker D.** *Rapport sur les centres de santé.* Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Direction de l'hospitalisation et des soins, juin 2007, 57 p.
 46. **E. Hubert.** *Rapport sur l'avenir de la médecine de proximité.* Elysée, Paris, novembre 2010. 183 p.
 47. **Bloy G.** *La constitution paradoxale d'un groupe professionnel.* In: **Bloy G., Schweyer F-X.** (dir). *Singuliers Généralistes. Sociologie de la Médecine Générale.* Rennes, Presses de l'EHESP, p. 23-40
 48. **Arrêté du 17 octobre 1997** portant approbation de l'avenant n° 1 à la Convention nationale des médecins généralistes : option conventionnelle « médecin référent » JORF du 18 octobre 1997.
 49. **Autès M., Dufay M.-G.,** *Maisons de santé et aménagement du territoire : une dynamique à partager,* Santé publique 2009/0, N° 21, p. 17-25.