



HAL
open science

Étude de l'attractivité à l'installation en milieu rural des maisons de santé pluriprofessionnelles auprès des internes et jeunes diplômés de médecine générale d'Aquitaine

Hélène Texier

► **To cite this version:**

Hélène Texier. Étude de l'attractivité à l'installation en milieu rural des maisons de santé pluriprofessionnelles auprès des internes et jeunes diplômés de médecine générale d'Aquitaine. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00954606

HAL Id: dumas-00954606

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00954606v1>

Submitted on 3 Mar 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Bordeaux 2
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2013

N°132

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

le 19 décembre 2013

Par **Hélène TEXIER**

Née le 27/07/1984 au Mans (72)

**ETUDE DE L'ATTRACTIVITE A L'INSTALLATION
EN MILIEU RURAL DES MAISONS DE SANTE
PLURIPROFESSIONNELLES AUPRES DES
INTERNES ET JEUNES DIPLOMES DE MEDECINE
GENERALE D'AQUITAINE**

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Bertrand PROUFF

Jury

Monsieur le Professeur Bernard GAY	Président
Monsieur le Professeur Jean-Luc PELLEGRIN	Juge
Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH	Rapporteur et juge
Monsieur le Docteur Bertrand PROUFF	Juge
Monsieur le Docteur Nousone NAMMATHAO	Juge

Je remercie tous les membres du jury :

MONSIEUR LE PROFESSEUR Bernard GAY

Professeur universitaire

Médecin généraliste libéral

Directeur du Département de Médecine Générale

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail.

J'apprécie l'intérêt que vous manifestez pour mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes remerciements, de ma sincère reconnaissance et de mes sentiments les plus respectueux.

MONSIEUR LE PROFESSEUR Jean-Luc PELLEGRIN

Professeur universitaire

Praticien Hospitalier

Doyen de la faculté de médecine

Responsable de l'enseignement supérieur UFR Sciences Médicales Bordeaux

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes remerciements, de ma sincère reconnaissance et de mes sentiments les plus respectueux.

MONSIEUR LE PROFESSEUR Jean-Philippe JOSEPH

Professeur associé

Médecin généraliste libéral

Merci d'avoir accepté d'être le rapporteur et de me faire l'honneur de juger cette thèse. Vos conseils tout au long de l'élaboration de ce travail m'ont grandement aidé. Veuillez trouver ici l'expression de mes remerciements, de ma sincère reconnaissance et de mes sentiments les plus respectueux.

MONSIEUR LE DOCTEUR Bertrand PROUFF

Médecin généraliste libéral

Enseignant de médecine générale

Merci infiniment d'avoir accepté de reprendre ce travail en cours, d'avoir consacré du temps aux multiples relectures, merci pour votre patience, votre disponibilité ainsi que vos enseignements, vos remarques pertinentes et vos encouragements. Merci de diriger ce travail et de le juger.

MONSIEUR LE DOCTEUR Nousone NAMMATHAO

Médecin généraliste libéral

Président de la fédération des maisons et pôles de santé d'Aquitaine

Je te remercie de me faire l'honneur de juger ce travail.

Je tiens à remercier pour son aide pendant l'élaboration de ce travail:

Sophie PUEYO, statisticienne au centre hospitalier de la côte Basque. Tes compétences m'ont été indispensables à la réalisation de ce travail.

Je tiens également à remercier l'équipe d'enseignants de médecine générale de Bayonne, en particulier **Jean-Philippe PECASTAING** et **Alain CHAPERON** qui prennent de leur temps pour nous transmettre leurs croyances, leurs réflexions et nous aider à nous préparer à la médecine générale.

Je remercie également tous les internes et jeunes remplaçants qui ont participé à cette étude.

Enfin, je remercie **Sylvie LABADILLE** et **Isabelle ROQUES** qui m'ont fait découvrir et apprécier la PMI, ainsi que pour leur aide et leur disponibilité à chaque fois que j'en ai eu besoin.

A ma famille...

A mes parents : MERCI de m'avoir encouragée dès la première année de ces longues études, d'avoir toujours cru en moi, de m'avoir soutenue dans les moments difficiles, d'avoir approuvé mes choix. Votre appui m'a été indispensable tout au long de mon parcours. Merci pour votre amour.

A mon frère et mes soeurs, qui ont toujours su réconforter et encourager leur petite soeur :
à David qui me piquait mes bouquins de médecine pour réviser à ma place... Tu as toujours montré un grand intérêt pour ce que je faisais et ça me rendait fière.

à Agnès qui a toujours pris soin de moi.

à Florence, ma grande confidente, qui a toujours su m'écouter et me conseiller.

A leur moitié : Cécile, Philippe et Loïc (merci pour ton aide en informatique).

Et bien sûr à mes 6 neveux : Inès, Alexian, Maxime, Marie, Jules et Anne.

A mes grands parents, partis trop vite... J'aurais aimé vous connaître.

A Bertrand...

Je n'ai pas de mots pour exprimer toute la reconnaissance que j'ai pour toi... Tu m'accompagnes depuis 4 ans et je n'imagine pas la vie sans toi. Merci d'être toi, merci pour tout ce que tu as fait pour moi, merci pour ton amour.

A tes parents, ta soeur Claire, ton frère Jean-Benoit et à Marie.

A mes amis...

A Justine, à nos souvenirs de jeunesse (footing, squash et spaghettis).

A Carole et Doro, à nos années lycée, mais aussi à nos virées passées et à venir.

A mes amis de la fac d'Angers : à Anna qui m'a accompagnée tout au long de ce parcours et qui a toujours été un modèle pour moi. A Thomas, son compagnon, mais aussi un ancien collègue de fac, à Adeline et Thibault.

A mes amis rencontrés en cours à Bayonne : Marie, Judith, Laurent, Flo, Anne-So, Marine (aussi ma co-interne de gynéco, que de souvenirs...). Et à tous ceux qu'ils m'ont fait connaître.

A mes collègues de la MSD de Saint-Palais : merci de m'avoir si bien accueillie dans votre équipe, merci pour votre gentillesse et votre humanité.

ABREVIATIONS

ARS : Agences Régionales de Santé

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

FFMPS : Fédération Française de Maisons et Pôles de Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

NMR : Nouveaux Modes de Rémunération

PPSPR : Protocoles Pluriprofessionnels de Soins de Premier Recours

PSP : Pôle de Santé Pluriprofessionnel

SROS : Schéma Régional de l'Offre de Soins

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	13
PREMIERE PARTIE : ETAT DES LIEUX ET DEFINITIONS.....	16
1. LA DEMOGRAPHIE MEDICALE ET L'EVOLUTION A PREVOIR	17
1.1. LA DEMOGRAPHIE ACTUELLE DES MEDECINS GENERALISTES EN FRANCE	17
1.2. EVOLUTION DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE DANS LES ANNEES A VENIR	17
1.3. DES INEGALITES ENTRE LES DEPARTEMENTS.....	18
1.4. DES INQUIETUDES EN ZONE RURALE.....	19
1.4.1. Peu d'installation en perspective.....	19
1.4.2. Des départs à la retraite anticipés	19
1.5. LA DEMOGRAPHIE MEDICALE EN AQUITAINE.....	20
1.5.1. Caractéristiques géographiques et démographiques de la région Aquitaine.....	20
1.5.2. Les médecins généralistes en Aquitaine.....	20
1.5.3. Les personnes âgées : une population plus âgée que la moyenne des régions françaises.....	21
1.5.4. Les bassins de vie en Aquitaine.....	21
1.5.5. Evolution de la démographie médicale en Aquitaine et prévisions concernant l'offre de soins.....	22
2. LES FACTEURS QUI ACCENTUENT L'ABSENCE DE REPONSE EN BESOINS PRIORITAIRES	23
2.1. RETARD A L'INSTALLATION ET CRAINTE DU LIBERAL.....	23
2.2. ATTIRANCE VERS LE SALARIAT.....	24
2.3. LA FEMINISATION DE LA PROFESSION.....	24
2.4. L'ECHEC DES INCITATIONS FINANCIERES.....	25
3. LES MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES (MSP) ..	26
3.1. DEFINITIONS.....	26
3.2. HISTORIQUE DES MSP ET LEGISLATION.....	27

3.3. CONTENU D'UNE MSP.....	29
3.3.1. Offre de soins de proximité.....	29
3.3.2. Travail d'équipe.....	29
3.3.3. Assurer des actes de prévention.....	30
3.3.4. Participer à la formation des étudiants.....	30
3.4. LE PROJET DE SANTE	30
3.4.1. 1ère étape du projet : le diagnostic de terrain ou étude de besoins.....	30
3.4.2. Le projet respecte un cahier des charges.....	30
3.4.3. L'engagement de tous les professionnels de santé et leur volonté d'exercice coordonné.....	31
3.5. LES CONDITIONS DE TRAVAIL EN MSP.....	31
3.5.1. L'exercice coordonné.....	31
3.5.2. Le transfert de compétences (délégation de tâches).....	32
3.5.3. Les protocoles pluriprofessionnels de soins.....	33
3.5.4. Le système d'information partagée.....	34
3.5.5. Les nouveaux modes de rémunération et la prise en charge pluriprofessionnelle.....	34
3.6. LES LIMITES DES MSP	36
3.6.1. Le coût financier.....	36
3.6.2. La complexité du montage	37
3.6.3. L'effet « coquille vide ».....	37
3.7. LES MSP EN AQUITAINE.....	38

DEUXIEME PARTIE : ETUDE EN MEDECINE

GENERALE.....40

OBJECTIFS DE L'ETUDE.....41

METHODES.....42

1. TYPE D'ETUDE.....42

2. POPULATION ETUDIEE.....42

2.1. CRITERES D'INCLUSION.....42

2.2. CHOIX DE LA POPULATION.....42

2.3. DESCRIPTIF DE LA POPULATION.....	43
2.4. CRITERES D'EXCLUSION.....	44
3. LE QUESTIONNAIRE.....	44
3.1. TRAVAIL PREALABLE A L'ELABORATION DU QUESTIONNAIRE.....	44
3.2. ELEMENTS ACCOMPAGNANT LE QUESTIONNAIRE.....	45
3.3. CONTENU DU QUESTIONNAIRE PRINCIPAL (annexe 3).....	45
3.3.1. Profil du répondant.....	45
3.3.2. L'avis des répondants concernant l'exercice en structure pluriprofessionnelle.....	45
3.3.3. Connaissance concernant les structures pluriprofessionnelles.....	47
3.3.4. La qualité de vie.....	47
3.4. PROTOCOLE.....	48
3.5. CHRONOLOGIE.....	48
3.6. LE QUESTIONNAIRE A DISTANCE (annexe 5).....	48
4. RECUEIL DES DONNEES.....	49
 RESULTATS.....	 50
 1. PARTICIPATION.....	 50
2. CARACTERISTIQUES DES REpondANTS.....	50
2.1. SEXE ET ACTIVITE ACTUELLE.....	50
2.1.1. Répondants au questionnaire.....	50
2.1.2. Inscrits au SIMGA et à la faculté de Bordeaux.....	51
2.2. ACTIVITE PROFESSIONNELLE DU CONJOINT.....	52
2.3. ENFANTS A CHARGE.....	52
2.4. VECU EN MILIEU RURAL.....	52
2.5. EXPERIENCE EN MILIEU RURAL.....	53
2.6. LE PROJET PROFESSIONNEL.....	54
2.6.1. Souhait d'installation en libéral.....	54
2.6.2. Délai d'installation souhaité.....	54
2.6.3. Mode d'exercice souhaité : regroupé ou isolé.....	54

3. L'EXERCICE PLURIPROFESSIONNEL.....	55
3.1. ORGANISATION DU TRAVAIL.....	55
3.1.1. Exercice coordonné en groupe avec différents professionnels de santé : infirmière, kinésithérapeute, pharmacien, dentiste, diététicienne, podologue, psychologue.....	55
3.1.2. Possibilité de vacations effectuées à la maison de santé par des médecins spécialistes d'organe.....	55
3.1.3. Présence d'un hôpital à proximité pouvant fonctionner en coordination avec la MSP.....	56
3.1.4. Présence d'un secrétariat sur place.....	56
3.1.5. Existence de protocoles pluriprofessionnels de soins.....	57
3.1.6. Délégation de tâches aux paramédicaux de la structure.....	57
3.1.7. Existence d'un système d'information partagée permettant aux professionnels d'avoir accès à un dossier régulièrement mis à jour.....	58
3.1.8. Utilisation de la télémédecine.....	58
3.2. AIDES AU FONCTIONNEMENT.....	59
3.2.1. Aide technique et / ou financière pour l'étude des besoins de santé sur le territoire en amont de la création de la MSP.....	59
3.2.2. Mise à disposition par les collectivités de locaux à loyer modéré.....	59
3.3. NOUVELLES REMUNERATIONS.....	60
3.3.1. Rémunération du temps passé pour les réunions pluridisciplinaires.....	60
3.3.2. Rémunération spécifique pour les actes de prévention et d'éducation thérapeutique.....	60
3.4. PERMANENCE DES SOINS.....	61
3.4.1. Existence d'un système de garde vous libérant de la nécessité d'être « disponible à tout moment ».....	61
3.4.2. Possibilité de prendre des congés sans qu'en soit affectés la permanence des soins et le suivi des patients.....	61
3.4.3. Emploi du temps organisé afin de ne pas dépasser la charge horaire hebdomadaire souhaitée.....	62
3.5. COMPARAISON DE L'ATTRACTIVITE DES CRITERES EN FONCTION DU PROFIL.....	63
3.5.1. En fonction de l'activité.....	63
3.5.2. En fonction du sexe.....	66

3.5.3. Comparaison des critères spécifiques des MSP en fonction de l' expérience regroupée en milieu rural	68
3.5.4. Télémédecine : comparaison en fonction de l'expérience en milieu rural	69

4. CONNAISSANCES DES STRUCTURES

PLURI PROFESSIONNELLES.....70

4.1. CONNAISSANCE DES MAISONS ET POLES DE SANTE	70
4.2. CONNAISSANCE DE L'INTERLOCUTEUR REGIONAL UNIQUE ET DES CONDITIONS NECESSAIRES POUR OBTENIR DES AIDES DE L'ARS.....	70

5. ENVIRONNEMENT ET QUALITE DE VIE.....71

5.1. IMPORTANCE DES CRITERES DE QUALITE DE VIE EN FONCTION DU SEXE.	72
5.2. IMPORTANCE DES CRITERES DE QUALITE DE VIE EN FONCTION DE L'ACTIVITE.....	72
5.3. IMPORTANCE DU TRAVAIL DU CONJOINT EN FONCTION DE LA PROFESSION EXERCEE PAR CE CONJOINT.....	73
5.4. IMPORTANCE DE LA PROXIMITE D'UNE ZONE URBAINE EN FONCTION DU VECU EN MILIEU RURAL.....	73

6. QUESTION(S) A DISTANCE.....73

6.1. LES MSP.....	73
6.2. LE SALARIAT.....	73

DISCUSSION.....74

1. RESULTAT PRINCIPAL : LES CONDITIONS DE TRAVAIL EN MSP SONT INCITATIVES.....74

1.1. L'ORGANISATION DU TRAVAIL.....	74
1.1.1. L'exercice coordonné est un facteur incitatif.....	74
1.1.2. La vacation de spécialistes.....	77
1.1.3. Hôpital à proximité pouvant fonctionner en coordination avec la MSP.....	79
1.1.4. Existence de protocoles pluriprofessionnels de soins et délégation de tâches..	81
1.1.5. Système d'information partagée et secrétariat sur place.....	83
1.1.6. Télémédecine.....	84
1.2. AIDES AU FONCTIONNEMENT.....	85
1.2.1. Aide technique et / ou financière en amont de la création de la MSP.....	85
1.2.2. Mise à disposition par les collectivités de locaux à loyer modéré.....	87

1.3. NOUVELLES REMUNERATIONS.....	88
1.3.1. Rémunération du temps passé aux réunions pluridisciplinaires.....	88
1.3.2. Rémunération spécifique pour les actes de prévention et éducation thérapeutique.....	89
1.4. PERMANENCE DES SOINS.....	90
1.4.1. Existence d'un système de garde vous libérant de la nécessité d'être « disponible à tout moment ».....	90
1.4.2. Possibilité de prendre des congés sans qu'en soit affectés la permanence des soins et le suivi des patients.....	91
1.4.3. Emploi du temps organisé afin de ne pas dépasser la charge horaire hebdomadaire souhaitée.....	91
2. LA QUALITE DE VIE.....	92
2.1. LA PROXIMITE FAMILIALE ET AMICALE : FACTEUR LE PLUS IMPORTANT...	92
2.2. LA POSSIBILITE DE TRAVAIL POUR LE CONJOINT : FACTEUR IMPORTANT...	93
2.3. LA PROXIMITE D'UNE ZONE URBAINE : FACTEUR IMPORTANT.....	95
2.4. LA PROXIMITE DES COMMERCES ET DES SERVICES CULTURELS ET D'UN ETABLISSEMENT SCOLAIRE NE SONT PAS DES CRITERES MAJEURS	95
3. QUESTION(S) A DISTANCE.....	96
3.1. ATTRACTIVITE DES CONDITIONS DE TRAVAIL EN MSP.....	96
3.2. ATTRACTIVITE DU SALARIAT.....	96
4. LIMITES DE L'ETUDE.....	97
4.1. LIMITES LIEES AU PROTOCOLE.....	97
4.1.1. Mode de sélection de la population.....	97
4.1.2. La proportion de femmes.....	97
4.1.3. La répartition des internes ayant participé à l'étude.....	98
4.1.4. La population d'anciens internes.....	98
4.1.5. L'envoi en deux temps du questionnaire.....	98
4.2. LIMITES LIEES A L'INTERPRETATION DES RESULTATS.....	99
4.2.1. Etude basée sur des données déclaratives.....	99
4.2.2. Incertitude sur le nombre de jeunes médecins susceptibles d'avoir changé d'avis suite à ces propositions.....	99
5. PROPOSITIONS.....	100
5.1. DEVELOPPER L'INFORMATION.....	100

5.2. DEVELOPPER LES STAGES DE MEDECINE GENERALE.....	100
5.2.1. Le SASPAS (stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée)	100
5.2.2. Une expérience précoce en soins primaires	101
5.3. LE SALARIAT	101
5.4. MAINTENIR LA PRESENCE DES SERVICES PUBLICS EN ZONE RURALE.....	102
5.5. POURSUIVRE L'EFFORT SUR LA FACILITATION DES DEMARCHES A L'INSTALLATION.....	102
5.5.1. Maintien et développement du guichet unique.....	102
5.5.2. Création d'un nouveau statut juridique des MSP.....	103
 CONCLUSION.....	104
 BIBLIOGRAPHIE.....	108
 ANNEXES.....	119
 ANNEXE 1 : MAIL EXPLICATIF ENVOYE AUX INSCRITS DU SIMGA.....	120
ANNEXE 2 : DEFINITIONS PROPOSEES AVEC LE QUESTIONNAIRE.....	121
ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE PRINCIPAL.....	122
ANNEXE 4 : MAIL EXPLICATIF POUR LA (OU LES) QUESTION(S) A DISTANCE.....	129
ANNEXE 5 : QUESTION(S) ENVOYEE(S) A DISTANCE.....	130
ANNEXE 6 : LES PARTICIPANTS NE SOUHAITANT PAS S'INSTALLER	131
ANNEXE 7 : IDEES DES PARTICIPANTS CONCERNANT LES FACTEURS INCITATIFS A L'INSTALLATION.....	133
ANNEXE 8 : LES MSP EN AQUITAINE	136

INTRODUCTION

Selon l'agence régionale de santé (ARS) (1), 2 millions de Français supplémentaires sont touchés par la désertification médicale depuis 5 ans. Les inégalités entre les territoires ne cessent d'augmenter. L'accès de l'ensemble de la population à des soins de qualité est une priorité absolue pour le gouvernement.

Le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) (2) souligne aussi la problématique du renouvellement des générations.

Le rapport HUBERT concernant la médecine de proximité (3) montre que malgré l'augmentation du recrutement des jeunes internes de médecine générale, l'offre de soins de proximité n'est pas garantie pour plusieurs raisons. De nombreux postes d'internes de médecine générale ne sont pas pourvus à l'examen classant national (ECN) par manque d'attrait de la discipline, et la durée de formation de ces jeunes médecins est très longue. L'inégalité de répartition des médecins généralistes libéraux à prévoir est aussi un problème majeur, avec un moindre attrait des zones rurales.

Les différentes études déjà réalisées auprès des jeunes diplômés (3-8) montrent que les incitations financières seules ne suffisent pas à compenser le fait d'aller s'installer en milieu rural. Des solutions restent à trouver afin de maintenir une offre de soins dans tous les territoires. De nombreux bassins de vie sont en danger, beaucoup de communes s'inquiètent du départ à la retraite de leur généraliste sans qu'aucun remplaçant ne soit trouvé.

Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) se présentent depuis quelques années comme la solution aux difficultés affectant les soins ambulatoires en proposant de nouvelles conditions d'exercice. Outre le travail en équipe, les MSP proposent un mode d'exercice moderne, avec des outils de communication performants, un système d'information partagée et l'utilisation de la télémédecine. (3, 9-14)

Cependant, la capacité de ces maisons ou pôles à constituer en routine des lieux d'exercice qui attireraient et retiendraient durablement les nouveaux médecins reste inconnue. Il n'est pas encore certain que les jeunes diplômés soient aujourd'hui massivement prêts à investir cette nouvelle organisation de travail.

Je tenterai donc, au cours de ce travail, par l'intermédiaire d'une étude détaillée de répondre aux questions suivantes :

- Les conditions de travail proposées au sein des MSP sont-elles incitatives à l'installation en zone rurale pour les futurs médecins généralistes Aquitains ?
- Y a-t-il des conditions plus incitatives que d'autres ?
- Quels sont les autres facteurs qui influencent le lieu d'installation des futurs médecins généralistes Aquitains ?

PREMIERE PARTIE : ETAT DES **LIEUX ET DEFINITIONS**

1. LA DEMOGRAPHIE MEDICALE ET L'EVOLUTION A PREVOIR

1.1. LA DEMOGRAPHIE ACTUELLE DES MEDECINS GENERALISTES EN FRANCE

Les effectifs de médecins généralistes varient d'une source statistique à l'autre : CNOM, fichier ADELI, institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). (15)

Le CNOM recensait au 1^{er} janvier 2013, 91 539 médecins généralistes inscrits en activité régulière dont 59% exerçant en secteur libéral exclusif. En moyenne, la densité régionale est de 138,6 médecins généralistes en activité régulière pour 100 000 habitants et la densité départementale de 136,5 pour 100 000 habitants. 45% des départements ont une densité faible, inférieure à la moyenne (selon les atlas de la démographie médicale au 1er janvier 2012 et 2013 du CNOM). (2, 16)

Toujours d'après le CNOM (2, 5), au 1^{er} janvier 2012, la moyenne d'âge départementale des médecins généralistes libéraux en activité régulière, est de 53 ans. Plus d'un département sur deux a une moyenne d'âge de médecins généralistes libéraux supérieure à 53 ans et 24,8% d'entre eux sont susceptibles d'arrêter leur activité professionnelle d'ici à 2018.

1.2. EVOLUTION DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE DANS LES ANNEES A VENIR

Le nombre de médecins actifs tend à se stabiliser voire à diminuer ne compensant donc pas les départs à la retraite. Bien que le conseil de l'Ordre (2) n'ait jamais recensé autant de médecins, ce sont les retraités qui augmentent les effectifs.

La haute autorité de santé (HAS) envisageait déjà en 2008 une baisse de 15% des effectifs de médecins généralistes de 2008 à 2015. (17)

Le CNOM prévoit également une baisse de 5,52% d'ici à 2018. Soulignons qu'il avait déjà enregistré une baisse de 1% en 1 an et de 5% en 5 ans des effectifs de médecins généralistes en activité. (2, 16)

La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) prévoit que le nombre de médecins devrait chuter jusqu'en 2020 et ne retrouver son niveau actuel qu'en 2030. Or, la population devrait croître de 10%, vieillir et avoir des besoins en santé différents. (18)

1.3. DES INEGALITES ENTRE LES DEPARTEMENTS

D'après l'atlas 2012 de la démographie médicale du CNOM (2) :

- entre 2007 et 2012, les effectifs des médecins généralistes libéraux en activité régulière ont diminué dans 84 départements de la France métropolitaine
- 10 départements recensent une légère hausse traduisant une répartition inégale
- actuellement, 35 départements sont potentiellement en danger car ils cumulent une forte probabilité d'un départ massif à la retraite d'ici à 2017 et une faible présence de jeunes générations en secteur libéral.

Les différents départements de France ne sont donc pas tous égalitaires face à cette évolution. Il faut souligner que le découpage en département n'est pas forcément le plus adéquat pour étudier la répartition de la démographie médicale. Ainsi, il existe un découpage en « bassin de vie ». D'après l'INSEE (19, 20), il correspond au plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès à la fois aux équipements de la vie courante et à l'emploi. La notion de « bassin de vie » semble être la plus appropriée pour déterminer les besoins d'accès aux soins de santé des populations. Selon une étude de l'intersyndicale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG) réalisée en 2013 (4), 90% des inégalités de répartition des médecins généralistes libéraux s'observent entre les bassins de vie d'une même région et seulement 10% se situent entre les régions.

Le problème de cartographie

D'après le porte-parole du syndicat national des internes des hôpitaux, Etienne POT, l'absence d'aménagement du territoire a empêché de définir précisément les zones fragiles. Selon lui, les jeunes médecins souhaitent un état des lieux, une cartographie de l'accès aux soins (d'après une interview du Sud-Ouest publiée le 4 décembre 2012). (21)

Dans chaque territoire de santé, les besoins d'analyse à un niveau plus fin ont conduit l'ARS à déterminer un zonage d'études : les territoires de proximité. Ces territoires de santé s'appuient sur les réalités d'accès aux soins des populations et permettent d'identifier des enjeux communs, d'activer des partenariats pour des réponses plus efficaces aux problèmes de santé identifiés. (22)

Le CNOM a également annoncé que 2013 sera l'occasion de travailler à la mise en place progressive, sur l'ensemble du territoire, d'une cartographie dynamique, nouvelle étape dans la connaissance de l'offre de soins, outil supplémentaire d'aide à la décision pour les jeunes confrères. (16)

1.4. DES INQUIETUDES EN ZONE RURALE

1.4.1. Peu d'installation en perspective

Des enquêtes (3, 7) révèlent une réelle réticence à aller exercer en milieu rural pour les jeunes diplômés. Parmi les médecins nouvellement inscrits au cours de l'année 2006, seuls 17,5% se sont installés en zones rurales (données du CNOM). (2)

16,5% des médecins nouvellement inscrits au tableau de l'Ordre au 1er janvier 2008 sont actuellement installés dans des communes de moins de 2 000 habitants. (16)

Selon une étude menée par la section santé publique et démographie médicale du CNOM au printemps 2011 (19), 100% des médecins généralistes installés en 2009 et 2010 exercent dans une commune de plus de 2 000 habitants.

1.4.2. Des départs à la retraite anticipés

De plus en plus de départs à la retraite anticipés sont constatés, souvent par peur de se retrouver seul et submergé. Ce phénomène de départ en cascade est souvent observé dans les zones rurales : une cessation d'activité est suivie d'autres départs par crainte d'une surcharge d'activité. (3, 23)

Au cours de l'année 2011, 927 médecins libéraux dont 62,2% généralistes ont décroché leur plaque prématurément avant l'âge de la retraite. Ils étaient âgés en moyenne de 49 ans. (2)

1.5. LA DEMOGRAPHIE MEDICALE EN AQUITAINE

1.5.1. Caractéristiques géographiques et démographiques de la région Aquitaine

Troisième région française en superficie, elle représente 8% du territoire national (d'après l'atlas CNOM démographie médicale en Aquitaine). (19)

Trois départements aquitains sont les plus étendus de France métropolitaine : la Gironde, les Landes et la Dordogne. Au 1^{er} janvier 2008, 3 170 000 habitants y résident (5% de la population de la métropole) (site ARS Aquitaine : contexte régional). (24)

La répartition de la population

Le caractère étendu de la région Aquitaine explique l'existence de zones de très faible densité de population. L'urbanisation s'accroît et accroît les déséquilibres démographiques entre les zones urbaines ou littorales et les départements ruraux de Dordogne et de Lot-et-Garonne. Cette urbanisation n'est pas homogène, elle se concentre et progresse plus rapidement dans les trois principaux pôles urbains (Bordeaux, Pau et Bayonne) et sur le littoral et l'arrière pays littoral (Pays basque, côte sud des Landes et bassin d'Arcachon) (site ARS Aquitaine : contexte géographique et démographique). (25)

1.5.2. Les médecins généralistes en Aquitaine

Au 1^{er} juin 2011, les bassins de vie de la région Aquitaine recensent 5 435 médecins généralistes inscrits aux tableaux des Ordres départementaux dont 70,6% exerçant en secteur libéral (66,5% en libéral exclusif, 4,1% en mixte), 20,8 % salariés et 8,6% qui ne sont pas en activité. Les médecins généralistes libéraux d'Aquitaine sont âgés en moyenne de 52 ans. La densité de médecins en Aquitaine au 1er janvier 2012 est de 152,1 médecins pour 100 000 habitants, soit au dessus de la moyenne nationale. (19)

1.5.3. Les personnes âgées : une population plus âgée que la moyenne des régions françaises

En Aquitaine, la part des personnes âgées de plus de 60 ans (25% de la population) est plus élevée que celle des jeunes de moins de 20 ans (23%). Cette situation est l'inverse de celle observée dans le reste de la France. La proportion de personnes de 75 ans et plus s'élève à 10% de la population régionale et jusqu'à 12% de la population des communes rurales (site ARS contexte géographique et démographique). (25)

Les personnes âgées de plus de 60 ans représenteront environ 30% de la population en 2015 en Aquitaine (source : conseil général d'Aquitaine). (5)

1.5.4. Les bassins de vie en Aquitaine

La région est composée de 141 bassins de vie. Un bassin de vie compte en moyenne 5 médecins généralistes pour 5 000 habitants. 45% des bassins de vie de la région Aquitaine sont caractérisés par une densité faible (inférieure à la moyenne). 131 bassins de vie d'Aquitaine n'ont enregistré aucune nouvelle installation en 2010. (19)

5 bassins de vie ont la particularité d'avoir des médecins généralistes âgés de 60 ans et plus et une densité faible de médecins généralistes :

- 3 en Dordogne : bassins de vie de Piegut-Pluviers, Mareuil, La Roche-Chalais
- 1 dans les Pyrénées-Atlantiques : bassin de vie de Laruns
- 1 dans les Landes : bassin de vie de Labouheyre.

D'après l'ARS (22), 26 territoires de proximité ont été définis en Aquitaine.

1.5.5. Evolution de la démographie médicale en Aquitaine et prévisions concernant l'offre de soins

Entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2010, la région Aquitaine a enregistré 78 nouvelles inscriptions en médecine générale dont 12 en secteur libéral et/ou mixte. Les médecins généralistes ont été 41,7% à s'installer dans un bassin de vie rural. Ces nouveaux installés sont âgés en moyenne de 36 ans et les femmes représentent 33% des effectifs. Le département du Lot-et-Garonne ne recense aucune nouvelle inscription en 2010. (19)

Entre 2007 et 2012, la croissance du nombre de médecins généralistes en Aquitaine a diminué de 3%. Mais il existe des disparités entre les départements : en Lot-et-Garonne, Dordogne et Gironde, la croissance a baissé respectivement de 7, 6 et 5% alors que dans les Landes et les Pyrénées-Atlantiques, la croissance a augmenté respectivement de 4 et 3% (données: CNOM). (26)

Lors d'une conférence de presse en janvier 2012 (27), M. LEGMANN, président du CNOM et P. ROMESTAING, président de la section santé publique et démographie médicale du CNOM, présentent les départements potentiellement en danger (cumulant forte probabilité de départ massif à la retraite et faible présence de jeunes générations en secteur libéral). En Aquitaine, ces 2 départements sont la Dordogne et le Lot-et-Garonne.

L'offre de soins en Aquitaine apparaît pour le moment satisfaisante en termes de démographie médicale avec une densité supérieure à la moyenne nationale (CNOM, ARS). (19, 28)

Mais les prévisions concernant l'offre de soins dans les années à venir apparaissent préoccupantes, y compris en Aquitaine. La diminution du nombre de médecins prévue jusqu'en 2020 va toucher tous les départements. De plus, l'ARS (28) et le conseil régional d'Aquitaine (5) soulignent que les chiffres globaux masquent des disparités intra-départementales importantes qui risquent de s'accroître dans les années à venir.

Le vieillissement des médecins généralistes laisse présager des difficultés de remplacement lors des départs à la retraite.

L'inégalité de répartition des professionnels de santé tend à s'accroître. Ces professionnels se dirigent majoritairement vers les espaces urbains, avec à l'horizon 2018, 70% des médecins généralistes exerçant dans les grands pôles urbains, contre 21% dans l'espace rural (site ARS Aquitaine : contexte régional, offre de santé). (28)

Cette migration s'explique par les aspirations des jeunes médecins quant à leur qualité de vie et leurs conditions de travail, peu compatibles avec certains espaces ruraux où la demande de soins est très importante et l'offre peu dense, provoquant une surcharge de travail. Le conseil régional d'Aquitaine (5) prend l'exemple du Pays des landes de Gascogne, victime d'un manque d'attractivité pour les professions médicales. En effet, l'exercice des professionnels de santé sur ce territoire est spécifique en raison des caractéristiques locales. Une population éparsée nécessite pour le généraliste des déplacements importants. Un vieillissement de la population avec 31,5% des habitants de plus de 60 ans entraîne un surcroît de travail.

Ces éléments engendrent l'apparition de zones fragiles, voire déficitaires, posant le problème de l'accessibilité aux soins dans certains territoires ruraux. Selon le conseil régional d'Aquitaine, si aucune action n'est menée, c'est plus d'une centaine de cantons aquitains qui pourraient ne plus disposer de présence médicale et paramédicale dans les années à venir.

2. LES FACTEURS QUI ACCENTUENT L'ABSENCE DE REPOSE EN BESOINS PRIORITAIRES

2.1. RETARD A L'INSTALLATION ET CRAINTE DU LIBERAL

L'installation en exercice libéral des jeunes diplômés est de plus en plus tardive. Des chiffres communiqués par le CNOM estiment l'âge moyen d'installation des médecins généralistes à 37 ans pour la période 2005 à 2009 (36,7 ans pour la période 2000 à 2004). (3)

D'après une autre source, l'âge moyen d'installation en 2008 était de 38 ans. (29) En tous les cas, ces chiffres soulignent une installation tardive, avec un âge moyen d'installation qui recule de plus en plus. Selon le rapport HUBERT (3), ce retard à l'installation s'explique par un sentiment d'insécurité professionnelle des jeunes médecins qui ne se sentent pas assez préparés au cours de leurs études à l'exercice de la médecine libérale. Ils expriment le besoin d'approfondir leurs connaissances en soins primaires. En effet, l'essentiel de leur formation a lieu en secteur hospitalier où les malades ont le profil le plus éloigné de ceux qu'ils auront à prendre en charge en milieu ambulatoire. Le sentiment que la médecine générale est une spécialité complexe par l'étendue des connaissances qu'elle impose, la peur des mises en causes auxquelles sont exposés les praticiens provoquent aussi une réticence à s'installer.

L'inconnue de la gestion d'un cabinet libéral et des impératifs administratifs d'une installation ne sont pas moindres. Ceux-ci sont souvent jugés trop chronophages. (6)

D'après l'étude de la section santé publique du CNOM réalisée au printemps 2011 (19) auprès des médecins installés en 2009 et 2010, 75% considèrent les tâches administratives comme une difficulté dans leur exercice quotidien. La gestion financière du cabinet représente également une difficulté pour 42% d'entre eux.

2.2. ATTIRANCE VERS LE SALARIAT

Du fait du manque de préparation à l'exercice libéral, une partie des jeunes diplômés s'orientent vers des formations complémentaires, telles que l'urgence, la gériatrie, la médecine du sport. L'abondance de l'offre de postes en médecine salariée leur permet de trouver facilement une activité en lien avec cette formation. (3)

Parmi les nouveaux inscrits au CNOM au 1^{er} janvier 2012, 37,85% ont fait le choix d'exercer leur activité en tant que médecin salarié, alors que seulement 19,16% ont privilégié la médecine libérale exclusive. Ils sont 2,09% à effectuer une activité mixte et 40,91% des remplacements. Au 1^{er} juin 2012, la proportion de médecins généralistes exerçant en secteur libéral exclusif avait diminué de 5,5% en 5 ans. Le mode d'exercice salarié a augmenté de 2,6% en 5 ans avec beaucoup d'inégalités selon les régions. D'ici à 2017, les effectifs de médecine générale en exercice libéral vont continuer de décroître en faveur de la médecine salariée. En Aquitaine, la progression vers l'exercice salarié est importante (+ 10,2%). (2)

2.3. LA FEMINISATION DE LA PROFESSION

La population médicale tend à se féminiser. (16, 18, 30-32)

D'après le CNOM (2), au cours de l'année 2006, les femmes représentaient 53% des médecins nouvellement inscrits. En 2013, elles sont 58%. En 2018, les femmes nouvellement inscrites au tableau de l'Ordre représenteront plus de 60% des effectifs, toute spécialité confondue. (16)

Chez les généralistes, d'après l'INSEE (20), on dénombre 40,9% de femmes au 1^{er} janvier 2012.

Des études (3, 26, 30, 33) ont déjà été réalisées sur la féminisation de la médecine. La féminisation est un fait sociologique ayant un impact sur la pratique de la profession. Les femmes souhaitent en plus de leur métier, être mères et épouses. Les futures généralistes souhaitent travailler en association et pratiquer une médecine mixte. La précarité de protection sociale de la maternité les oriente vers une activité salariée. D'après le CNOM, elles représentent en 2012, 59% des médecins salariés et seulement 31% des médecins libéraux ou mixtes. (26)

Des études (34, 35) ont montré que les femmes travaillent moins d'heures par semaine, plus souvent à temps partiel. Elles s'arrêtent pour avoir des enfants, ont tendance à quitter la profession plus tôt et font moins partie d'organisations professionnelles. Cependant, il semblerait que les différences de comportement entre les deux sexes s'estompent rapidement chez les plus jeunes générations. Les médecins, hommes et femmes, aspirent à travailler autrement. Il apparaît une certaine prise de distance envers le modèle de disponibilité permanente qui caractérise la médecine générale française. (32, 36)

2.4. L'ECHEC DES INCITATIONS FINANCIERES

La réflexion sur le problème de la démographie médicale n'est pas récente. En 2001, une étude (37) soulignait déjà la non-attractivité de certains cantons ruraux auprès des jeunes diplômés. Cette dernière et d'autres études (5, 37) montrent que le choix du lieu d'installation ne dépend pas tant des critères de revenus espérés que des conditions de vie. Les gouvernements ont mis en place depuis plusieurs années différentes mesures et aides financières à l'installation en zones déficitaires. Dès 2005, un plan avait déjà été annoncé afin de lutter contre les déserts médicaux. (38, 39)

Mais ces mesures incitatives financières ne suffisent pas à contre-balancer la perception négative des médecins de certains territoires. De nombreux médecins préfèrent gagner moins mais travailler dans un lieu qu'ils ont choisi. (3, 37, 40) Par exemple, à peine la moitié des bourses proposées par le précédent gouvernement pour le contrat d'engagement du service publique (CESP) ont été octroyées (allocation mensuelle attribuée aux étudiants en médecine qui s'engagent à s'installer dans une zone sous-médicalisée pendant un nombre d'années égal à celui durant lequel ils auront perçu l'allocation). (4, 43).

Selon plusieurs études (19, 41, 42) réalisées auprès des jeunes installés en médecine générale, les aides de l'État et des collectivités territoriales ne font pas partie des critères déterminants qui ont motivé ces médecins à s'installer.

Les aides financières n'ont pas eu le succès espéré car elles sont souvent mal connues des professionnels de santé. Le rapport HUBERT (3) fait référence à une étude selon laquelle 90% des étudiants ne connaissent pas l'avenant 20, une mesure incitative financière à l'installation en zone rurale parue au journal officiel en 2007. Ce même rapport explique que ces aides financières n'apparaissent pas incitatives car les revenus des médecins sont potentiellement élevés dans les zones sous-denses.

La solution ne peut pas être un simple complément de rémunération. Il faut développer des conditions de travail attrayantes avec des horaires et un rythme proche de celui d'un cabinet de ville. (3) Certains médecins témoignent des difficultés liées à la charge horaire hebdomadaire associée aux astreintes de nuit et de week-end dans les zones sous-dotées. (33, 46) Le regroupement peut être une solution pour rompre cet isolement. Ainsi, le pacte «Territoire Santé» annoncé par la ministre de la santé Marisol TOURAINE le 13 décembre 2012 prévoit de valoriser le travail d'équipe (1, 44, 45) par le versement de forfaits aux structures pluriprofessionnelles.

3. LES MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES **(MSP)**

3.1. DEFINITIONS

Une maison de santé est un lieu d'exercice qui regroupe plusieurs professionnels de santé de premier recours : médecins généralistes, infirmières, pharmaciens, kinésithérapeutes, dentistes, orthophonistes, psychologues, podologues, diététiciens... et éventuellement travailleurs sociaux. Ces professionnels sont unis par un projet concernant la santé des patients : le projet de santé. La maison de santé doit compter au moins deux généralistes et un autre professionnel de santé, elle doit être le lieu principal de l'activité et les moyens doivent être mutualisés (P. DE HAAS, « Monter et faire vivre une maison de santé »). (11)

D'après la fédération française de maisons et pôles de santé (FFMPS) (9), il existe en 2013 au moins 400 maisons ou pôles de santé en France et plus de 1 000 en projet. D'après P. DE HAAS, président de la FFMSP, dans 10 ans, 10% des professionnels de santé de premier recours travailleront en pôle ou en maison de santé. (47)

L'HAS s'intéresse aux maisons de santé car elle estime que le regroupement des professionnels permet d'améliorer la qualité des soins. (3, 17)

Pôles de santé pluriprofessionnels (PSP) (définition issue du rapport HUBERT) (3)

Le regroupement physique des professionnels de santé dans un site unique n'est pas une nécessité absolue. Dans les zones sous-médicalisées, concentrer l'offre de soins en un seul et même site va éloigner le médecin de certains de ses patients sur le plan de la distance. Les soins de premier recours y perdraient alors en proximité. Des professionnels de santé situés dans des sites différents peuvent parfaitement fonctionner ensemble si certaines conditions d'organisation sont formalisées.

3.2. HISTORIQUE DES MSP ET LEGISLATION

Le terme « maison de santé » est utilisé à partir de 2006 par des soignants qui désirent distinguer leurs projets des maisons médicales existantes. Ce terme connaît ensuite un succès rapide. (11)

Le 19 décembre 2007, grâce à la loi de financement de la sécurité sociale, cette dénomination est inscrite dans le code de santé publique, article L.6323-3 :

« Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux. »

L'article 44 de la loi donne la possibilité de lancer des expérimentations de nouveaux modes de rémunération dans les maisons de santé.

En février 2008, la ministre de la Santé, Roselyne BACHELOT, annonce une aide à 100 maisons de santé. Un cahier des charges est alors établi par la direction de la sécurité sociale (DSS), la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), définissant les critères auxquels doivent répondre les MSP pour bénéficier d'un soutien financier (référentiel des maisons de santé pouvant bénéficier d'un soutien financier du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) (48) paru en juin 2008).

En 2009, l'article 39 de la loi Hôpital patients santé territoires du 21 juillet complète l'article L.6323-3 du code de la santé publique :

« Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Les maisons de santé sont constituées entre les professionnels médicaux et les auxiliaires médicaux. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux. Les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant dans une maison de santé élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L.1434-2. Tout membre de la maison de santé adhère à ce projet de santé. Celui-ci est transmis pour information à l'agence régionale de santé. »

Une nouvelle dénomination des maisons de santé est apparue en 2011, disponible sur le site de la FFMSP (9) : maison de santé pluriprofessionnelle qui évoque la collaboration entre plusieurs professionnels de santé (préférée au terme de pluridisciplinaire pouvant faire penser à une association de médecins de plusieurs spécialités (disciplines)).

La loi du 10 août 2011, dite loi FOURCADE a donné une nouvelle définition réglementaire des maisons de santé inscrite désormais dans le code de la santé publique article L.6323-3 :

« La maison de santé est une personne morale constituée entre les professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L.1411-11 et le cas échéant de second recours au sens de l'article L.1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L.1434-2. Il est transmis pour information à l'ARS. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions est explicitement prévue par le projet de santé. »

Les éléments nouveaux sont l'ajout des pharmaciens et l'affirmation d'un exercice de soins avant tout de premier recours. Le projet de soins réunissant les professionnels et éventuellement d'autres acteurs reste un élément fort.

Ces lois sont disponibles dans l'ouvrage de P. DE HAAS : « Monter et faire vivre une maison de santé » et sur le site de la FFMSP. (9, 11)

Les collectivités locales

A ce jour, ce sont les collectivités locales qui portent le plus de projets connus de maisons de santé. Les élus, maires ou élus de communauté de communes ou encore conseillers généraux ou régionaux s'intéressent et se mobilisent pour maintenir une offre de soins sur leur territoire afin de répondre aux besoins de la population. L'apparition de l'aide aux projets de maisons de santé dans les programmes de plusieurs candidats aux élections régionales de 2010 est une preuve de l'intérêt de plus en plus grand porté par les élus à ces questions (P. DE HAAS). (11) D'après Pamela MESSI auteur de l'article « Plaidoyer pour les maisons de santé » (14), les MSP figurent parmi les solutions privilégiées par le gouvernement pour assurer l'accès aux soins primaires sur tout le territoire.

3.3. CONTENU D'UNE MSP

D'après le site FFMSP, l'ouvrage référence de P. DE HAAS et le cahier des charges de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) (qui se substitue depuis le 16 mars 2010 à la DHOS) (11, 12, 49), le contenu souhaité d'une MSP est le suivant :

3.3.1. Offre de soins de proximité

- Réduire les inégalités géographiques de santé
- Offrir aux patients un lieu de prise en charge la plus globale possible
- Assurer la continuité des soins.

3.3.2. Travail d'équipe

- Améliorer les conditions d'exercice
- Contribuer au partage d'expérience entre professionnels et au fonctionnement en réseau avec les autres partenaires de santé
- Placer le patient au coeur du système
- Assurer une prise en charge coordonnée.

3.3.3. Assurer des actes de prévention

- Assurer la promotion de la santé et l'éducation thérapeutique
- Informer et orienter les patients en fonction de leurs besoins et de leurs attentes.

3.3.4. Participer à la formation des étudiants

- Permettre l'accueil des professionnels en formation : externes et internes en médecine générale, élèves infirmières, orthophonistes, sage-femmes ou diététiciennes
- Encadrer ces étudiants, stagiaires et les former sur ce nouveau mode d'exercice.

3.4. LE PROJET DE SANTE

3.4.1. 1ère étape du projet : le diagnostic de terrain ou étude de besoins

Le schéma régional de l'offre de soins (SROS) comporte une partie ambulatoire et une partie relative à l'offre de soins hospitalière. Dans sa partie ambulatoire, le SROS établit un état des lieux de l'offre de soins et des besoins du territoire, cible les zones fragiles et définit ainsi les priorités d'action. Le projet de santé est élaboré en référence avec le SROS. Il doit être inscrit dans un territoire dont l'offre de soins nécessite d'être assurée au regard de la démographie médicale, des projets existants, de l'offre de soins adjacente. En réponse au diagnostic établi, le projet indique les missions spécifiques portées par la structure : soins, prévention, éducation de la santé, formation, information, suivi (site ARS : Plate-forme d'appui aux professionnels de santé (PAPS) Aquitaine). (9, 13, 49)

3.4.2. Le projet respecte un cahier des charges

La circulaire du 27 juillet 2010 a défini les conditions de mise en œuvre d'un plan de déploiement de 250 MSP en milieu rural avant fin 2013. Cette circulaire est assortie d'un cahier des charges déterminant les conditions du montage et du fonctionnement de ces structures. Le projet respecte ce cahier des charges national (site ARS : PAPS Aquitaine). (13)

3.4.3. L'engagement de tous les professionnels de santé et leur volonté d'exercice coordonné

D'après le cahier des charges des « MSP pouvant bénéficier d'un soutien financier » établi par la DGOS (49), le projet de santé témoigne d'un exercice coordonné entre les professionnels de de la MSP qui l'élaborent ensemble. Une fois validé par tous les professionnels, il est transmis au directeur général de l'ARS. Seules les structures pluriprofessionnelles ayant élaboré un projet de santé peuvent bénéficier, sous réserve d'une contractualisation avec l'ARS, de financements versés par l'ARS.

Le projet précise :

- l'organisation mise en place pour répondre aux demandes de soins non programmées en dehors des heures de permanence de soins
- les modalités de partage des informations de santé (existence ou non d'un système d'information informatisé), dans le respect des règles de confidentialité
- les activités innovantes associées à la prise en charge des patients : éducation thérapeutique, télésurveillance au domicile des patients
- les mesures prises pour faciliter l'accès à des spécialités ou techniques particulières (notamment grâce à la télémédecine) et par exemple, par convention passée avec d'autres structures (centre de radiologie, laboratoire de biologie médicale...).

3.5. LES CONDITIONS DE TRAVAIL EN MSP

3.5.1. L'exercice coordonné

Les MSP telles que prévues par le code de la santé publique, reposent donc sur un cahier des charges. Les professionnels de santé concernés doivent se regrouper autour du projet de santé, dans lequel ils s'engagent à assurer la permanence des soins, à développer un exercice coordonné, à s'intéresser à la prévention et à s'investir dans la formation des étudiants. (9, 11)

Cette coordination repose sur :

- l'exercice protocolé
- le partage des informations
- les réunions de concertations mono ou pluriprofessionnelles
- la continuité des soins
- le suivi coordonné des cas complexes
- l'éducation thérapeutique des patients
- la maîtrise de stage
- l'établissement et le contenu d'une charte.

Cette définition est disponible sur le site de la FFMSP. (9)

3.5.2. Le transfert de compétences (délégation de tâches)

La baisse du nombre de médecins et la volonté d'utiliser plus économiquement le temps médical ont conduit à envisager des transferts de compétences dérogatoires entre médecins et autres professionnels de santé. Ce type de transfert n'est pas nouveau, ce qui l'est, c'est l'encadrement très serré de ces transferts soumis à l'autorisation de l'HAS et de l'ARS.

Des infirmières, après avoir suivi des formations spécifiques, peuvent exercer une activité élargie encadrée par des protocoles : suivi de diabétiques, consultations infirmières, action d'éducation thérapeutique. (3, 50)

La loi du 9 août 2004 relative aux expérimentations de transferts de compétences (actes médico-techniques, suivis de maladie chronique, consultations de prévention) a été évaluée par l'HAS (3, 51) qui a conclu à un caractère positif de ces expérimentations. D'après ce travail, la réflexion doit aller au delà des coopérations médecins-infirmières et inclure l'ensemble des professionnels de santé. Ces nouvelles formes de coopération ont pour but d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients et d'attirer les professionnels de santé. Elles permettent le développement de certaines activités, par exemple l'éducation thérapeutique. Elles peuvent être attractives pour les professionnels, permettant aux médecins d'optimiser le temps médical et aux paramédicaux de bénéficier d'une possibilité d'évolution de carrière.

Mais la délégation de tâches s'est heurtée à des freins importants. Le rapport HUBERT (3) a souligné que les médecins généralistes peuvent être réticents à ce partage de tâches, car désireux d'effectuer eux-mêmes ce travail. Ces expérimentations sont pour l'instant peu nombreuses et dans un domaine trop restreint.

Le travail de l'HAS conclut que les modalités de formation des professionnels et le cadre d'exercice sont à définir. (51)

3.5.3. Les protocoles pluriprofessionnels de soins

Les équipes des MSP travaillent sur des protocoles pluriprofessionnels de soins de premier recours (PPSPR). Sept modèles ont déjà été élaborés, traitant les sujets suivants : AVK, diabète de type 2, HTA, lombalgies, plaies chroniques, vaccination, bronchiolite, consultables sur le site: « Fédération française des maisons de santé pluridisciplinaires ou FFMSP » (9), rubrique « Protocoles pluriprofessionnels de soins de premier recours ».

Un groupe de travail à l'HAS (52) où siégeaient des représentants de la FFMSP (9) a travaillé de 2008 à 2009 sur ces protocoles. D'autres travaux vont suivre sur cette base pour fournir des protocoles simplifiés aux équipes de soins de proximité en maison ou pôle de santé.

Ces protocoles simplifiés permettent aux professionnels de MSP d'animer leurs réunions de coordination en partant d'un travail déjà effectué. A partir de cette base, les équipes pourront créer leurs propres protocoles et leurs propres outils d'évaluation. Chaque protocole est un document simple intégré dans le système d'information de la maison ou du pôle de santé.

C. HOLUE explique le fonctionnement de ces protocoles dans son article « Les défis de l'exercice regroupé ». (47) Concrètement, les professionnels discutent tous ensemble, pour un thème clinique donné, de la prise en charge et du parcours de soins. Qui intervient, à quel moment? Comment? Cette mise au point permet de fluidifier le parcours du patient et de rendre cohérent le discours des différents membres de l'équipe.

Pour la FFMSP (9), l'objectif de ces protocoles est d'atteindre une organisation de qualité, et une coopération pluridisciplinaire autour d'un projet de santé commun centré sur les patients. Cet exercice coordonné peut permettre de garantir aux patients du territoire concerné, un accès à la prévention programmée et à des soins de qualité.

3.5.4. Le système d'information partagée

Dans le cadre du travail d'équipe en maisons de santé, ce système permet de partager des informations sur les patients avec les autres professionnels de la structure. Afin d'assurer les missions de prévention et de santé publique, l'accès aux données concernant la santé de la population suivie doit être possible, de même que la relance de patients dans le cadre d'un dépistage organisé. Il permet aussi éventuellement de partager des informations avec d'autres professionnels de santé sur un territoire donné dans le cadre du travail en réseau (P. DE HAAS). (11)

La loi du 10 août 2011, dite loi FOURCADE, encadre cet accès aux données médicales du patient. Elle indique que les données médicales d'un patient pourront être partagées par l'ensemble des professionnels de santé sous plusieurs conditions :

- recueil du consentement du patient
- adhésion des professionnels de santé au projet de santé tel qu'il est mentionné dans la loi
- la personne, dûment informée, peut refuser à tout moment que soient communiquées des informations la concernant à un ou plusieurs professionnels de santé.

Cette loi est également consultable sur le site de la FFMSP. (9)

3.5.5. Les nouveaux modes de rémunération et la prise en charge pluriprofessionnelle

Selon la FFMSP (9), l'évolution des besoins de santé ainsi que des attentes des médecins généralistes concernant leurs conditions d'exercice ont abouti à proposer ces nouveaux modes de rémunération pour inciter les jeunes à travailler en zone sous-médicalisée. Le paiement à l'acte ne permet pas aujourd'hui à lui seul une prise en charge globale des patients. Ce mode de rémunération a bien répondu au problème de l'accès aux soins d'après-guerre, lorsque les pathologies aiguës étaient les plus fréquentes, mais il ne favorise pas le développement des dépistages et actes de prévention ciblés, ni le développement d'actions de santé publique.

D'après le cahier des charges de la DGOS (49), la MSP met en place des moyens pour organiser la prise en charge globale et coordonnée des patients : organisation de réunions pluriprofessionnelles, élaboration de protocoles de prise en charge. La MSP peut conclure des partenariats avec les autres acteurs du territoire : hôpital, autres MSP, service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), centre local d'information et de coordination (CLIC)...

Une expérimentation de nouveaux modes de rémunération (NMR) a débuté en 2010 pour trois ans, en application de l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2008. Elle est portée par le ministère de la santé (DSS et DGOS) et a pour objectif la modernisation de l'organisation des soins de santé primaire en France. Elle a été prolongée par la loi de financement de la sécurité sociale de 2012 pour un an de plus et s'adresse à une équipe de soins de proximité dans sa totalité. Une somme forfaitaire est allouée à l'équipe pour les temps de coordination des soins. Ces temps incluent l'éducation thérapeutique, la coopération entre professionnels au titre de l'article 51 de la loi HPST et donc le transfert de compétences.

Estimation du forfait alloué

La FFMPS a travaillé pour aboutir à un nouveau schéma de ces NMR. Une allocation est proposée, proportionnelle au nombre de patients suivis et au niveau d'organisation de l'équipe. Le montant de cette somme est donc en partie calculé sur le nombre de patients inscrits dans la maison de santé. Une évaluation se met en place, à partir d'indicateurs qualité choisis par la structure dans une liste proposée. (9, 13)

Un travail est en route avec la HAS (53) pour produire une «matrice de maturité» sur des bases scientifiques.

La matrice de maturité est une grille d'analyse des organisations des soins qui se compose de :

- dimensions (et sous-dimensions) : composantes de l'organisation, c'est à dire, capacités de l'organisation à délivrer des soins de qualité
- niveaux de progrès pour chacune des dimensions retenues.

Cette grille permet l'auto-évaluation du niveau de développement organisationnel par une équipe pluriprofessionnelle. Elle a aussi pour but de mettre en place des actions d'amélioration.

En Aquitaine, 4 structures pluridisciplinaires ont été retenues dans le cadre de la 2^{ème} vague «expérimentation des NMR» au cours de l'été 2010 : 3 MSP dans les Landes et le pôle de santé de Mauléon (Pyrénées-Atlantiques). Il existe 2 modules : le module « missions coordonnées » et le module « éducation thérapeutique du patient ». Les structures d'Aquitaine participent au module « missions coordonnées », qui implique le versement d'un forfait pour rémunérer les activités coordonnées en plus du paiement à l'acte. Ce forfait est conditionné par l'atteinte d'objectifs de santé publique (site ARS : PAPS Aquitaine). (13)

Perspectives 2014 (site FFMSP) (9)

Les décideurs politiques ont compris l'importance de trouver des modes de rémunérations qui permettent de développer un exercice coordonné et protocolé. L'article 45 de la loi de financement de la sécurité sociale 2013 permet l'ouverture de négociation entre assurance maladie et syndicats professionnels pour développer cette piste. La FFMSP souhaite élargir les NMR à la France entière et les pérenniser à toute équipe constituée en MSP ou PSP, ou centre de santé.

3.6. LES LIMITES DES MSP

3.6.1. Le coût financier

La FFMSP précise que les MSP constituent un coût d'investissement et de fonctionnement supérieur à un cabinet « classique ». La crainte du surcoût lié aux charges communes engendrées par le regroupement peut être un frein pour les professionnels de santé. Une étude de la FFMSP menée en 2009 montre qu'un médecin installé en maison de santé dépense en moyenne 4 400 euros de plus par an qu'un médecin en cabinet. (9)

Selon le rapport HUBERT et l'article de C. HOLUE « Les défis de l'exercice regroupé » ainsi que l'ouvrage de P. DE HAAS, la pérennisation des financements sous forme de forfaits des modes d'exercice regroupés est indispensable. (3, 11, 47)

3.6.2. La complexité du montage

La création d'une MSP est une aventure longue et difficile. Selon l'union régionale des professionnels de santé (URPS) des médecins libéraux d'Aquitaine et le rapport HUBERT (3, 54), moins d'un projet sur 3 aboutit et après au moins 3 ans de travail. Selon une interview du Sud-Ouest réalisée en décembre 2012 (21), les internes de médecine générale déplorent aussi l'infinie lenteur du développement des maisons médicales en milieu rural.

Plusieurs études (3, 12) mettent en évidence la complexité d'un tel projet et les nombreux obstacles qui retardent son aboutissement. Des projets innovants de maisons pluridisciplinaires peuvent se monter à l'initiative de médecins conscients du risque de désertification après leur départ en retraite mais ils se découragent souvent devant les lourdeurs administratives et le temps nécessaire pour voir le projet aboutir. Les jeunes médecins s'associent rarement à de tels projets car ils ne se sentent pas préparés aux différentes démarches nécessaires.

Pour les étudiants de l'association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF) (55), le syndicat national des jeunes médecins généralistes (SNJMG) (56, 57) et l'ISNAR-IMG (4), il faut faciliter les démarches administratives. Tous souhaitent l'instauration d'un guichet unique à l'installation pour faire face «à la montagne administrative» avant de s'installer.

La ministre de la santé en place, Marisol TOURAINE, a créé, dans chaque ARS de l'hexagone (26 au total) l'interlocuteur unique, un « référent d'installation » ayant pour mission de présenter aux internes les dispositifs d'aide à l'installation. (4)

Ces référents sont en place depuis le 1er février 2013.

3.6.3. L'effet « coquille vide »

Dans certaines régions, des maisons de santé ont été créées mais sont restées vides. C. BONNAUD, médecin généraliste en Vendée, témoigne dans son article « Jeter l'éponge » (58), des difficultés rencontrées lors de la création d'une MSP à l'initiative des élus. Une ligne budgétaire est dégagée grâce à des aides de l'ARS et de la région, mais il faut réussir à convaincre les médecins en place de se regrouper. Les médecins déjà installés dans ces zones sous-médicalisées ne sont pas toujours d'accord pour se regrouper du fait de pratiques trop différentes.

De nombreuses collectivités locales ont le souhait de s'investir dans le montage des MSP/PSP. Elles ont un rôle essentiel mais ne doivent en aucun cas se substituer aux professionnels de santé. Toute initiative des collectivités locales devrait se baser sur un projet de santé porté par des professionnels de santé. Sinon il y a un risque de voir des MSP vides. (3, 12, 58)

Le SNJMG s'oppose d'ailleurs à la création de MSP sans médecin à l'initiative du projet et participant à son activité. (56)

Lors du congrès ISNAR-IMG en 2013 (4), les jeunes internes se disent prêts à s'engager contre la désertification médicale, mais affirment qu'il ne faut pas créer des « coquilles vides » pour faire plaisir aux élus.

Selon une thèse réalisée sur les principaux freins et moteurs au montage d'un projet de MSP (59), l'absence de motivation des professionnels de santé est un des deux principaux freins. Le principal moteur est la dynamique humaine des professionnels de santé, avec une équipe partageant une histoire et des valeurs communes. Dans la meilleure des configurations, cette équipe est guidée dans son cheminement par un leader, bénéficie d'un accompagnement efficace et est soutenue par les élus locaux.

La FFMSP (9) souligne elle aussi que 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 qu'escomptaient les professionnels.

3.7. LES MSP EN AQUITAINE

D'après le site ARS Aquitaine concernant l'offre de soins (28), les structures pluriprofessionnelles sont encore peu développées en Aquitaine. La région ne dispose pas de centres de santé pluridisciplinaires comme il peut en exister dans certaines régions. Depuis une dizaine d'années, la création de réseaux a été encouragée, mais la majorité de ces réseaux sont ciblés sur une pathologie et ne proposent pas une véritable offre de soins coordonnée polyvalente de premier recours. Le développement des maisons de santé pluridisciplinaires est récent : la dizaine de MSP installée se situe prioritairement en milieu rural. Les PSP sont l'objet d'un intérêt tout particulier car ils permettent d'élaborer un projet de santé sur l'ensemble d'un territoire. De la même façon que dans les MSP, des activités pluridisciplinaires et le partage d'informations peuvent faciliter la bonne coordination du parcours de santé du patient.

Il est probable que ces structures soient encore peu développées car la région a longtemps été considérée à l'abri des déserts médicaux au vu de sa densité régionale de médecins supérieure à la moyenne. En réalité, son caractère étendu et les fortes inégalités de répartition au sein même de la région expliquent l'apparition de zones sous-médicalisées.

En juin 2013, la fédération aquitaine des MSP a été créée, présidée par le docteur Nousone NAMMATHAO.

Voir annexe 8 pour connaître les différentes MSP existant en Aquitaine.

DEUXIEME PARTIE : ETUDE EN
MEDECINE GENERALE

OBJECTIFS DE L'ETUDE

Le manque d'attractivité des zones rurales chez les jeunes générations est un constat effectué depuis plusieurs années. (3, 5, 7, 8, 21, 33, 37, 42) Les MSP sont actuellement proposées pour tenter de maintenir une offre de soins dans tous les territoires. Une étude de l'institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) (60) et la FFMSP (9) suggèrent que ces structures permettent d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé.

OBJECTIF PRINCIPAL :

Mon étude cherche à évaluer si les conditions de travail induites par l'exercice pluriprofessionnel sont incitatives à l'installation en milieu rural pour les futurs médecins généralistes Aquitains.

Les objectifs secondaires sont les suivants :

- comparer les différentes conditions incitatives entre elles, afin de repérer si certaines peuvent avoir plus d'influence que d'autres
- évaluer si certaines propositions peuvent être plus attractives en fonction du profil du répondant : sexe, niveau d'étude, expérience en milieu rural ou non
- décrire les autres facteurs pouvant influencer le lieu d'installation des futurs médecins généralistes (à l'aide des résultats du questionnaire et de la recherche bibliographique).

METHODES

1. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude :

- transversale : image instantanée d'une population
- d'opinion : recueil de l'avis des internes concernant le caractère incitatif ou non à l'installation en milieu rural des conditions d'exercice proposées au sein des MSP
- analytique : elle vise à analyser des données en vue de répondre à une question spécifique.

2. POPULATION ETUDIEE

2.1. CRITERES D'INCLUSION

Pour être inclus dans cette étude, il fallait être inscrit au syndicat des internes de médecine générale d'Aquitaine (SIMGA).

2.2. CHOIX DE LA POPULATION

J'ai obtenu la liste des mails de tous les inscrits du SIMGA, faisant moi-même partie de cette liste (il me suffisait de retrouver un mail qui m'avait été envoyé par le SIMGA, ainsi, je disposais de la liste de tous les autres destinataires).

Initialement, je souhaitais envoyer mon questionnaire aux médecins généralistes remplaçants d'Aquitaine, mais il s'agit d'une population difficile à identifier. Un certain nombre d'entre eux ne sont pas encore thésés et donc non inscrits au conseil de l'Ordre. Je n'ai pas trouvé le moyen d'obtenir leurs noms et leurs coordonnées.

J'ai également contacté les conseils départementaux de l'Ordre des médecins de chaque département d'Aquitaine. Tous m'ont répondu qu'ils ne distribuaient pas de listes de médecins généralistes remplaçants.

J'ai donc opté pour la liste des inscrits au SIMGA afin d'obtenir les adresses mails des internes de médecine générale d'Aquitaine inscrits à ce syndicat. J'ai déduit que cette liste contenait également les mails d'anciens internes de médecine générale, ayant moi-même fini l'internat et figurant toujours sur cette liste.

Quatre niveaux sont donc représentés :

- les internes de 1^{ère} année
- les internes de 2^{ème} année
- les internes de 3^{ème} année
- les jeunes diplômés ayant fini l'internat et figurant toujours sur la liste du SIMGA.

2.3. DESCRIPTIF DE LA POPULATION

La liste du SIMGA contenait 597 adresses mails. Après analyse, certaines d'entre elles étaient doubles c'est-à-dire correspondaient à la même personne (repérées car construites avec le même nom et prénom). De plus, après l'envoi du questionnaire sur cette liste, j'ai reçu plusieurs mails en retour m'informant que les adresses étaient invalides. Par conséquent, le questionnaire n'avait pu être distribué sur ces adresses, au nombre de 32.

Après avoir retiré les doublons et ces adresses invalides, j'ai considéré que le questionnaire a été reçu sur **541** boîtes mails.

Afin de déterminer l'année d'étude de chaque inscrit au SIMGA, je me suis procurée auprès de la faculté de médecine de Bordeaux, les listes des inscrits en 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} année d'internat. Ainsi, pour chaque adresse mail (la plupart étant construite à partir du nom et prénom), j'ai recherché le nom correspondant dans les listes d'étudiants inscrits en 3^{ème} cycle. Ceux qui n'ont pas été repérés sur les listes de la faculté ont été considérés comme ayant terminé l'internat. A partir des prénoms de chaque inscrit, j'ai pu connaître la proportion homme / femme. Ainsi, ces données m'ont permis d'avoir une idée de la composition de mon échantillon (proportion d'internes de 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} année, ou ayant fini l'internat, proportion d'hommes et de femmes).

Pour certaines adresses mails « originales » ou ne possédant que le prénom, il ne m'a initialement pas été possible de déterminer l'identité exacte et de repérer l'étudiant sur les listes de la faculté. J'ai donc renvoyé un mail sur ces adresses en demandant de renseigner le nom-prénom. Dans 58 cas, celui-ci n'a pas pu être déterminé (pas de réponses à la sollicitation par mail) : ce qui signifie que sur les 541 adresses mails valides, 483 ont permis de connaître le nom de l'étudiant et ainsi de le repérer sur les listes de la faculté.

2.4. CRITERES D'EXCLUSION

Les internes et jeunes médecins qui ne sont pas inscrits au SIMGA.

Les étudiants dont l'adresse mail n'est plus valide, au nombre de 32.

3. LE QUESTIONNAIRE

3.1. TRAVAIL PREALABLE A L'ELABORATION DU QUESTIONNAIRE

Afin de connaître les conditions exactes proposées dans les MSP et leurs définitions, j'ai effectué une recherche bibliographique. J'ai trouvé ces informations essentiellement sur le site de la fédération française des maisons de santé pluriprofessionnelles (www.ffmsp.fr) (9), dans l'ouvrage de P. DE HAAS « Monter et faire vivre une maison de santé » (11), et dans le cahier des charges des « MSP pouvant bénéficier d'un soutien financier » (49), établi par la DGOS, disponible sur le site www.ARSChampagneArdenne.fr.

Ensuite, j'ai réalisé le questionnaire en me basant sur les conditions de travail décrites dans ces documents afin de tester leur attractivité auprès des jeunes médecins.

La création de ce questionnaire m'a demandé beaucoup de réflexion et de concertation avec mon directeur de thèse. Nous avons réfléchi à une présentation la plus claire et compréhensible possible afin d'obtenir un maximum de réponses. Afin de valider la « faisabilité » de mon questionnaire, je l'ai fait tester à différents médecins généralistes installés (dont certains enseignants) ainsi qu'à des médecins remplaçants. Il a été remodelé plusieurs fois.

3.2. ELEMENTS ACCOMPAGNANT LE QUESTIONNAIRE

Un mail explicatif décrivant le sujet et les objectifs de la thèse a été envoyé avec le questionnaire (annexe 1).

A la fin de celui-ci, j'ai créé des définitions afin que chaque répondant puisse les consulter s'il ne comprenait pas certains termes employés dans le questionnaire (annexe 2).

3.3. CONTENU DU QUESTIONNAIRE PRINCIPAL (annexe 3)

3.3.1. Profil du répondant

Les items permettant de définir le profil du répondant sont les suivants :

- sexe
- année d'étude
- situation maritale
- profession du conjoint
- enfants à charge ou non
- vécu et expérience ou non en milieu rural
- le projet d'installation en libéral ou non
- le mode d'exercice souhaité (regroupé ou isolé)
- le délai d'installation envisagé

3.3.2. L'avis des répondants concernant l'exercice en structure pluriprofessionnelle

La deuxième partie du questionnaire liste, une par une, les différentes conditions de travail proposées au sein des MSP. Pour chacune d'entre elles, le répondant doit coter entre :

- 1 : pas incitatif
- 4 : très incitatif

Les différentes conditions de travail proposées au sein des MSP sont les suivantes (à noter que ces conditions font partie de l'exercice en structure pluriprofessionnelle mais toutes n'en sont pas spécifiques) :

Organisation du travail

- exercice coordonné en groupe avec différents professionnels de santé : infirmière, kinésithérapeute, pharmacien, dentiste, diététicienne, podologue, psychologue...
- possibilité de vacations effectuées à la maison de santé par des médecins spécialistes d'organes
- hôpital à proximité pouvant fonctionner en coordination avec la MSP
- secrétariat sur place
- existence de protocoles pluriprofessionnels de soins
- délégation de tâches aux paramédicaux de la structure
- existence d'un système d'information partagée permettant aux professionnels d'avoir accès à un dossier patient complet et régulièrement mis à jour
- utilisation de la télémédecine

Aides au fonctionnement

- aide technique et / ou financière pour l'étude des besoins de santé sur le territoire en amont de la création de la MSP
- mise à disposition par les collectivités de locaux à loyer modéré

Nouvelles rémunérations

- rémunération du temps passé pour les réunions pluridisciplinaires
- rémunération spécifique prévue pour les actes de prévention et d'éducation thérapeutique

Permanence des soins

- existence d'un système de garde libérant de la nécessité d'être « disponible à tout moment »
- possibilité de prendre des congés sans qu'en soit affectés la permanence des soins et le suivi des patients
- emploi du temps organisé de manière à ne pas dépasser la charge horaire hebdomadaire de travail souhaitée.

3.3.3. Connaissance concernant les structures pluriprofessionnelles

Cette courte partie du questionnaire a pour but d'évaluer les connaissances des internes sur l'existence des structures pluriprofessionnelles, les aides à l'installation en zone sous-médicalisée et les conditions nécessaires pour en bénéficier.

3.3.4. La qualité de vie

La partie finale du questionnaire étudie l'avis des internes concernant plusieurs critères de qualité de vie. Le but est d'évaluer si des facteurs, autres que les conditions de travail, pourraient influencer le lieu d'installation des jeunes médecins.

Une recherche bibliographique m'a permis de repérer les 5 critères suivants :

- proximité d'une zone urbaine (Bordeaux, Pau, Bayonne, Dax, Mont De Marsan, Agen, Périgueux, Bergerac...)
- proximité familiale et amicale
- proximité d'un établissement scolaire
- possibilité de travail pour le conjoint
- proximité de commerces et services culturels.

Il est demandé à chaque répondant de sélectionner les 2 critères de qualité de vie les plus importants pour eux, parmi les 5 proposés. Initialement, j'ai voulu demander un classement de ces facteurs de qualité de vie (du plus important au moins important) mais le logiciel utilisé pour le questionnaire ne me l'a pas permis.

Les sources qui m'ont permis de mettre en évidence ces 5 critères de qualité de vie sont :

- Congrès ISNAR IMG qui a eu lieu en janvier 2013 (4), au cours duquel ont été évoqués les résultats d'une enquête réalisée auprès de 2000 internes de médecine générale, intitulée «Ce que veulent les futurs généralistes»
- Rapport Elisabeth HUBERT (3), ancien ministre, portant sur la médecine de proximité établi en 2010 à la demande du Président de la République
- Etude réalisée en 2008 par l'URML Ile de France (41) auprès de 1300 jeunes médecins franciliens.

3.4. PROTOCOLE

Le questionnaire a été créé avec l'aide du logiciel Google document (accessible avec une adresse Gmail). Il a été envoyé en pièce jointe sur l'ensemble des mails enregistrés sur la liste du SIMGA.

Le logiciel permet de répondre directement en ligne au questionnaire, sans avoir à le scanner ni à l'imprimer. Il suffit de cliquer sur un lien pour qu'il s'ouvre, ensuite le répondant le remplit et clique sur «valider», ainsi, la réponse est enregistrée.

3.5. CHRONOLOGIE

Le questionnaire a été envoyé par mail sur la liste du SIMGA le 14 mars 2013. Les réponses ont été prises en compte jusqu'au 23 avril 2013 inclus soit un temps dédié au renvoi des réponses d'un mois et une semaine.

J'ai arrêté de prendre en compte les réponses car je n'en recevais plus depuis 10 jours. La majorité des réponses m'est d'ailleurs parvenue au cours de la première semaine. J'ai considéré que le nombre de réponses obtenu au delà de cette date serait faible voire inexistant.

3.6. LE QUESTIONNAIRE A DISTANCE (annexe 5)

Dans un second temps, une question (voire deux en fonction de la réponse à la première) a été renvoyée par mail aux mêmes étudiants le 30 juillet 2013. Les réponses ont été recueillies jusqu'au 30 août soit un délai de réponse d'un mois.

Il est demandé aux répondants :

- les conditions de travail proposées au sein des maisons de santé sont-elles suffisamment attractives pour vous installer en zone rurale ? Oui ou Non
- pour ceux qui ont répondu non, accepteriez-vous d'aller en zone rurale si l'on vous propose un exercice salarié ? Oui ou Non.

4. RECUEIL DES DONNEES

Grâce au logiciel Google document, les réponses sont automatiquement reçues et répertoriées en temps réel dans un fichier Excel accessible sur une page du site Gmail dédiée aux réponses.

Il est important de préciser que ces réponses sont reçues de façon totalement **anonyme**.

Il est également possible de consulter les résultats sous forme « résumée » avec pour chaque question, la tendance globale sous forme d'un schéma (schémas créés par le logiciel).

J'ai considéré que les répondants cochant 1 ou 2 ne jugeaient pas les mesures proposées incitatives alors que ceux cochant 3 ou 4 les jugeaient incitatives. En fonction des réponses, j'ai effectué des sous-groupes : femmes, hommes, internes, remplaçants, répondants avec/sans expérience en milieu rural. Concernant l'activité, j'ai comparé les réponses des remplaçants avec celles des internes mais je ne les ai pas comparées avec celles des salariés car j'ai considéré leur nombre trop faible (6) comparativement à celui des internes (94). J'ai étudié sous-groupe par sous-groupe le niveau d'attractivité de l'exercice en structure pluriprofessionnelle (en fonction des cotations entre 1 et 2 : pas incitatif et 3 et 4 : incitatif).

J'ai cherché à mettre en évidence des différences entre ces sous-groupes concernant les facteurs incitatifs proposés. De même, pour les critères de qualité de vie et les connaissances concernant les structures pluriprofessionnelles, j'ai effectué des comparaisons entre les différents profils.

Le test du Khi 2 a été utilisé pour vérifier si les différences éventuellement mises en évidence étaient significatives.

L'analyse statistique a été réalisée grâce au logiciel EPI-INFO6.

RESULTATS

1. PARTICIPATION

Le questionnaire a été envoyé en pièce jointe sur 541 boîtes mails d'internes de médecine générale d'Aquitaine et d'anciens internes encore inscrits sur la liste du SIMGA.

Le nombre de réponses obtenu est 118 soit un **taux de participation de 22%** sans relance.

Concernant la question envoyée dans un second temps, le nombre de réponse est de 98 soit un taux de participation de 18%.

2. CARACTERISTIQUES DES REpondANTS

2.1. SEXE ET ACTIVITE ACTUELLE

2.1.1. Répondants au questionnaire

	Femmes	Hommes	Total
Internes 1^{ère} année	4	4	8
Internes 2^{ème} année	35	9	44
Internes 3^{ème} année	29	13	42
Remplaçants	16	2	18
Salariés	4	2	6
Total	88	30	118

2.1.2. Inscrits au SIMGA et à la faculté de Bordeaux

- Répartition des inscrits en fonction de l'année d'étude

	Inscrits au SIMGA	Inscrits à la faculté de médecine de Bordeaux (2012-2013) (hors DOM-TOM et Océan Indien)	Pourcentage d'étudiants inscrits au SIMGA
Interne 1^{ère} année	116	192	60%
Internes 2^{ème} année	137	207	66%
Internes 3^{ème} année	140	214	65%
Post-internat	90	/	/
Total	483*	613	64%*

* *Remarque: pour 58 inscrits au SIMGA, il n'a pas été possible de déterminer le profil complet de l'étudiant (adresse mail «originale» ne permettant pas de connaître le nom-prénom ni de le repérer sur les listes d'inscrits de la faculté). Le pourcentage d'internes inscrits à ce syndicat est en réalité plus élevé.*

- Proportion d'hommes et de femmes

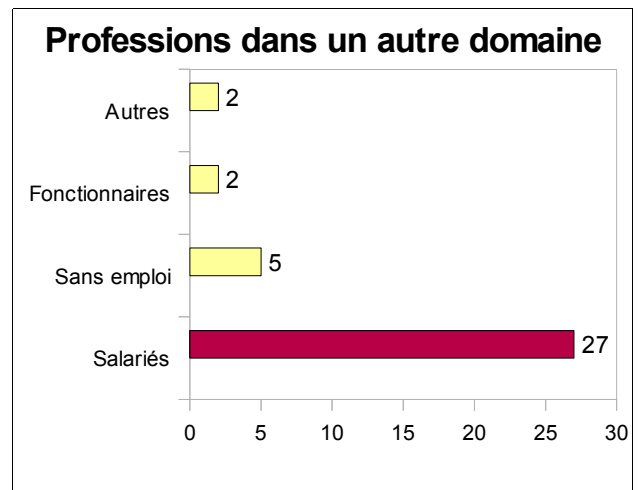
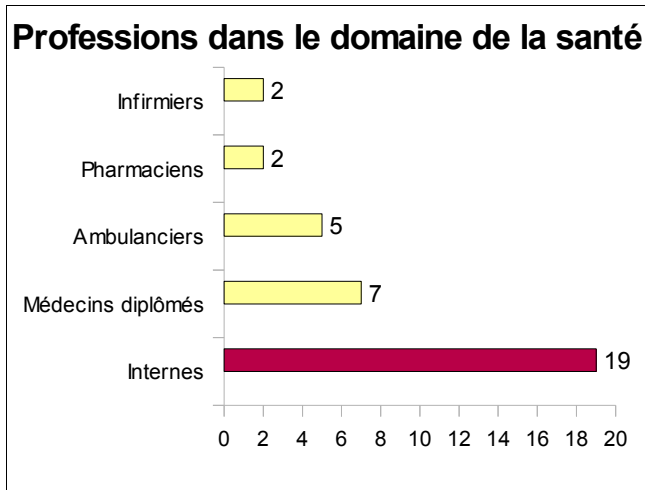
	Inscrits au SIMGA	Inscrits à la faculté de médecine de Bordeaux (2012-2013)
Hommes	30%	35%
Femmes	70%	65%

2.2. ACTIVITE PROFESSIONNELLE DU CONJOINT

Parmi les 118 répondants, 71 déclarent une activité professionnelle pour leur conjoint(e).

Parmi les activités professionnelles déclarées :

- 35 sont dans le domaine de la santé
- 36 dans un autre domaine



2.3. ENFANTS A CHARGE

Parmi les 118 répondants, 8 ont un enfant à charge soit 7%.

2.4. VECU EN MILIEU RURAL

Parmi les répondants :

- 58 ont déjà vécu en milieu rural soit 49%
- 60 n'ont jamais vécu en milieu rural soit 51%.

2.5. EXPERIENCE EN MILIEU RURAL

Parmi les répondants :

- 55 ont une expérience professionnelle en milieu rural soit 47%
- 63 n'ont pas d'expérience en milieu rural soit 53%.

Forme de l'expérience en milieu rural

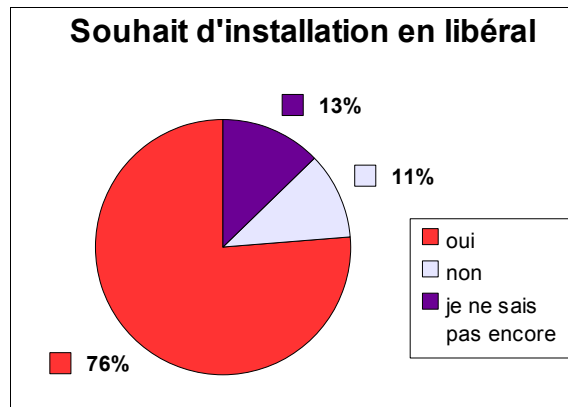
	Cabinet seul	Cabinet de groupe	Cabinet seul et cabinet de groupe	Autres ou non précisé
Nombre de répondants	16 (29 %)	20 (36%)	15 (27%)	4 (7%)

2.6. LE PROJET PROFESSIONNEL

2.6.1. Souhait d'installation en libéral

Parmi les 118 répondants :

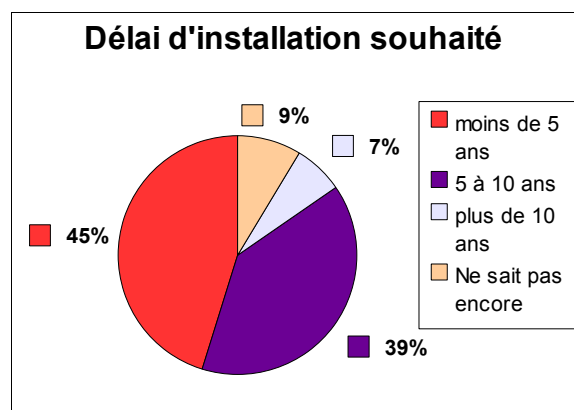
- 90 veulent s'installer en libéral
- 13 ne veulent pas
- 15 ne savent pas encore



2.6.2. Délai d'installation souhaité

Parmi les répondants ayant précisé un délai d'installation :

- 47 envisagent de s'installer dans moins de 5 ans
- 41 dans 5 à 10 ans
- 7 dans plus de 10 ans
- 9 ne savent pas encore dans combien de temps



2.6.3. Mode d'exercice souhaité : regroupé ou isolé

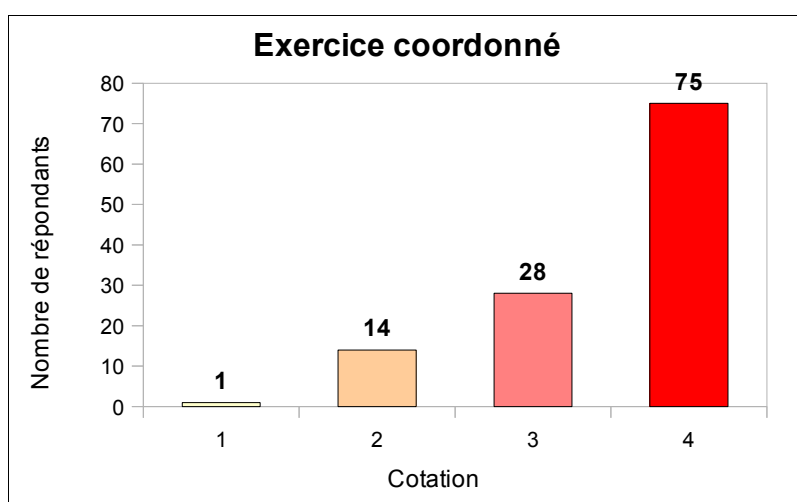
Parmi les répondants qui précisent le mode d'exercice qui leur conviendrait le mieux :

- 99 souhaitent un exercice regroupé soit 96%
- 4 préfèrent s'installer seul soit 4%.

3. L'EXERCICE PLURIPROFESSIONNEL

3.1. ORGANISATION DU TRAVAIL

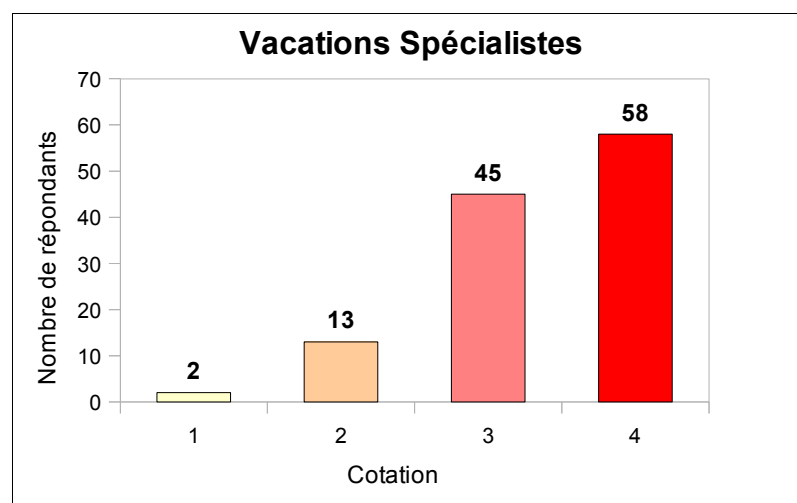
3.1.1. Exercice coordonné en groupe avec différents professionnels de santé : infirmière, kinésithérapeute, pharmacien, dentiste, diététicienne, podologue, psychologue...



Exercice coordonné (pourcentage)

Cotation	Pourcentage de participants
1 (pas incitatif)	1%
2	12%
3	24%
4 (très incitatif)	64%

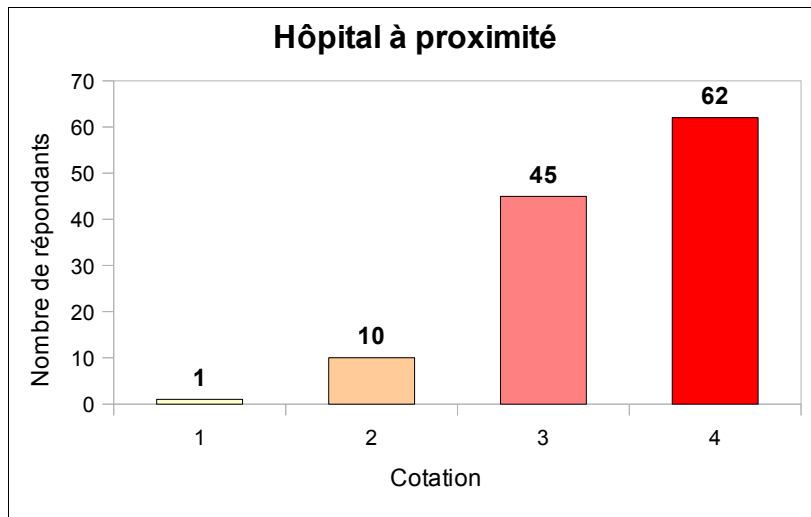
3.1.2. Possibilité de vacations effectuées à la maison de santé par des médecins spécialistes d'organe



Vacation spécialistes (pourcentage)

Cotation	Pourcentage de participants
1 (pas incitatif)	2%
2	11%
3	38%
4 (très incitatif)	49%

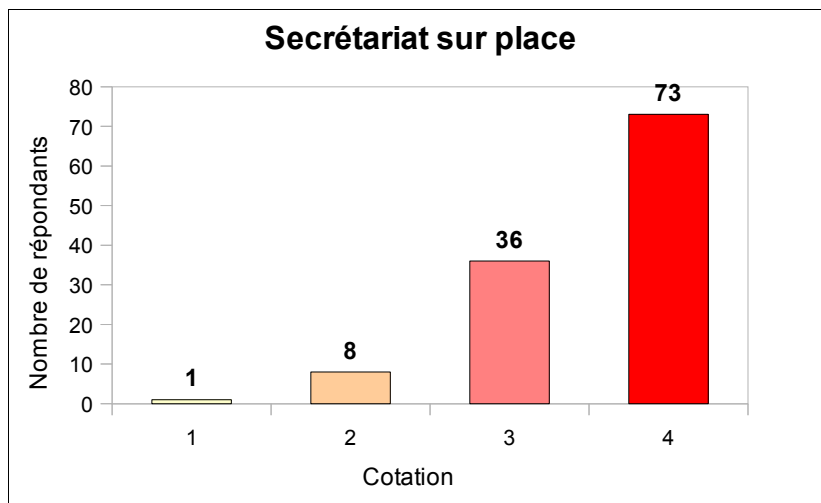
3.1.3. Présence d'un hôpital à proximité pouvant fonctionner en coordination avec la MSP



Hôpital à proximité (pourcentage)

Cotation	Pourcentage de participants
1 (pas incitatif)	1%
2	8%
3	38%
4 (très incitatif)	53%

3.1.4. Présence d'un secrétariat sur place

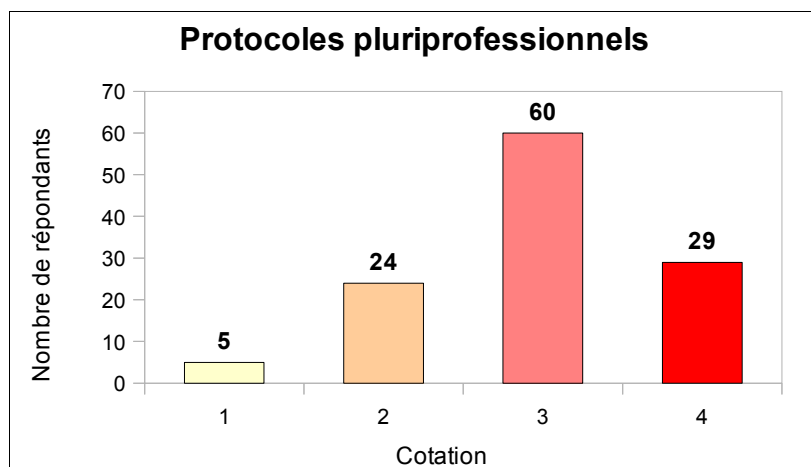


Secrétariat sur place (pourcentage)

Cotation	Pourcentage de participants
1 (pas incitatif)	1%
2	7%
3	31%
4 (très incitatif)	62%

3.1.5. Existence de protocoles pluriprofessionnels de soins

Définition : les médecins et les paramédicaux élaborent ensemble des protocoles de soins, de suivi, de formation à partir de référentiels validés scientifiquement, par exemple par l'HAS. Ceux-ci doivent être facilement accessibles et utilisables par tous.

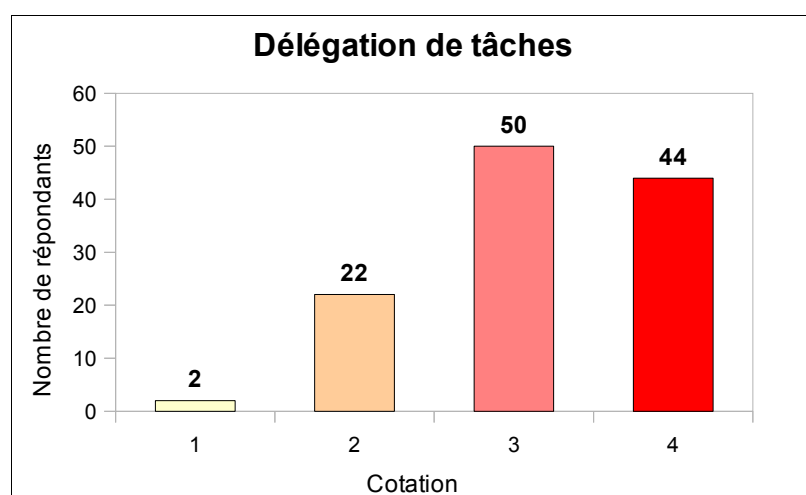


Protocoles pluriprofessionnels (pourcentage)

Cotation	Pourcentage de participants
1 (pas incitatif)	4%
2	20%
3	51%
4 (très incitatif)	25%

3.1.6. Délégation de tâches aux paramédicaux de la structure

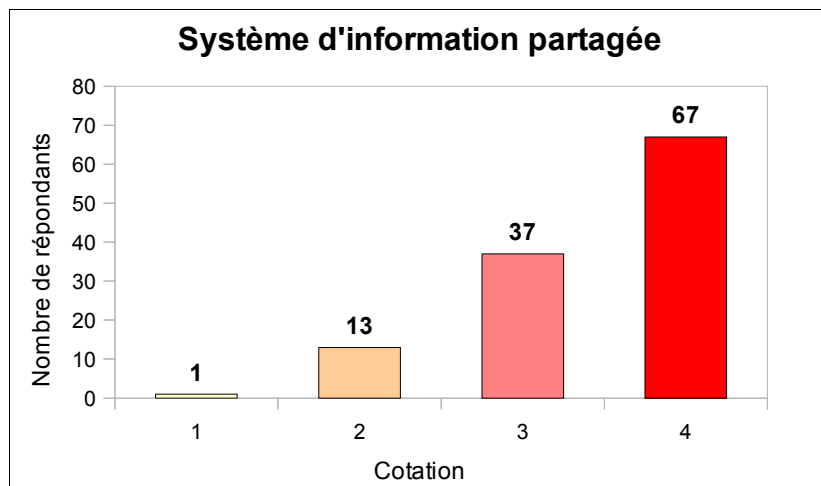
Définition (appelée aussi partage de compétences) : le regroupement coordonné de professionnels de santé permet aux médecins de déléguer des tâches médicales à des paramédicaux (par exemple conseils diététiques, suivi d'une hypertension artérielle stable, d'un diabète équilibré, d'un traitement anticoagulant...).



Délégation de tâches (pourcentage)

Cotation	Pourcentage de participants
1 (pas incitatif)	2%
2	19%
3	42%
4 (très incitatif)	37%

3.1.7. Existence d'un système d'information partagée permettant aux professionnels d'avoir accès à un dossier régulièrement mis à jour

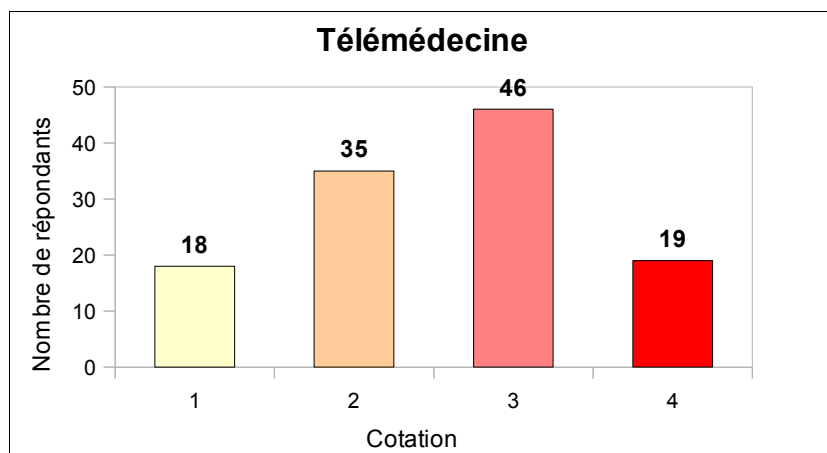


Système d'information partagée (pourcentage)

Cotation	Pourcentage de participants
1 (pas incitatif)	1%
2	11%
3	31%
4 (très incitatif)	57%

3.1.8. Utilisation de la télémédecine

Définition : regroupe les pratiques médicales permises ou facilitées par les télécommunications: envoi de documents (ECG, imagerie, photos...) et consultations à distance par des médecins spécialistes d'organe (cardiologue, radiologues, dermatologues etc...).

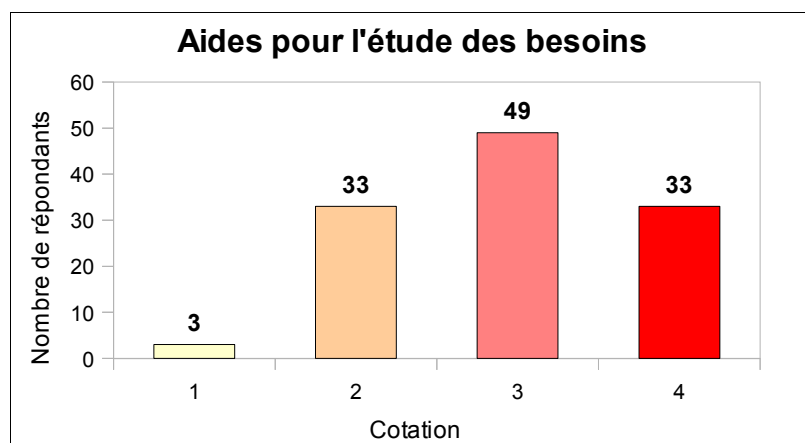


Télémédecine (pourcentage)

Cotation	Pourcentage de participants
1 (pas incitatif)	15%
2	30%
3	39%
4 (très incitatif)	16%

3.2. AIDES AU FONCTIONNEMENT

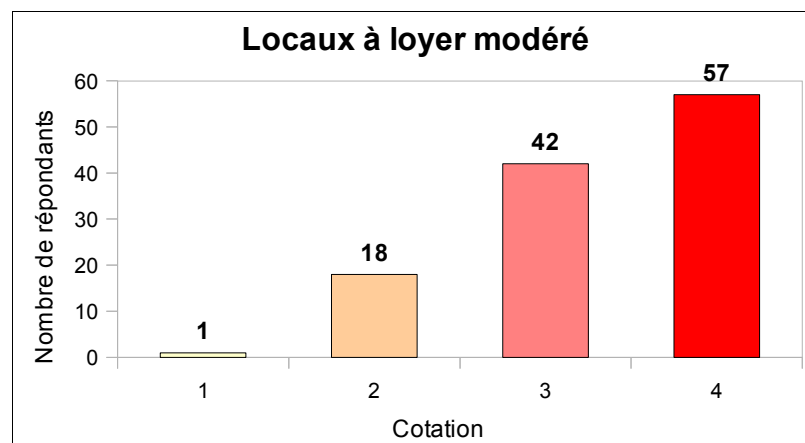
3.2.1. Aide technique et / ou financière pour l'étude des besoins de santé sur le territoire en amont de la création de la MSP



Aides pour l'étude des besoins (pourcentage)

Cotation	Pourcentage de participants
1 (pas incitatif)	3%
2	28%
3	42%
4 (très incitatif)	28%

3.2.2. Mise à disposition par les collectivités de locaux à loyer modéré



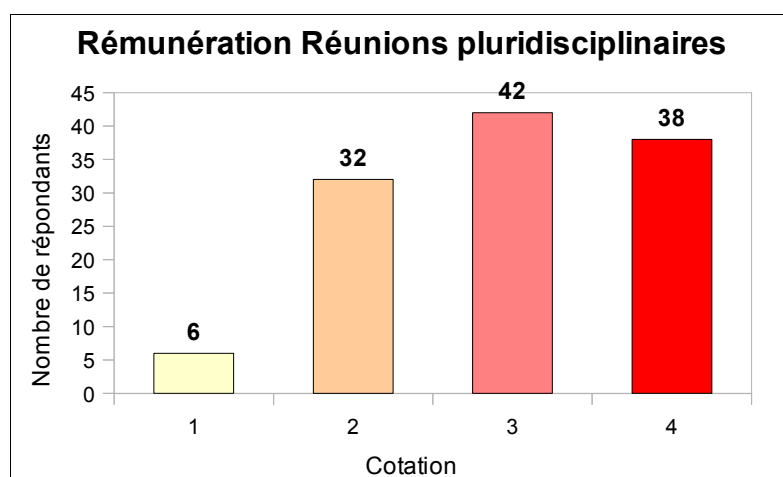
Locaux à loyer modéré (pourcentage)

Cotation	Pourcentage de participants
1 (pas incitatif)	1%
2	15%
3	36%
4 (très incitatif)	48%

3.3. NOUVELLES REMUNERATIONS

3.3.1. Rémunération du temps passé pour les réunions pluridisciplinaires

Rémunération forfaitaire du temps passé à la coordination : réunions pluridisciplinaires, élaboration de protocoles de prise en charge, coordination des soins avec les autres acteurs de santé du territoire (hôpital, service de soins à domicile, autres maisons de santé...)

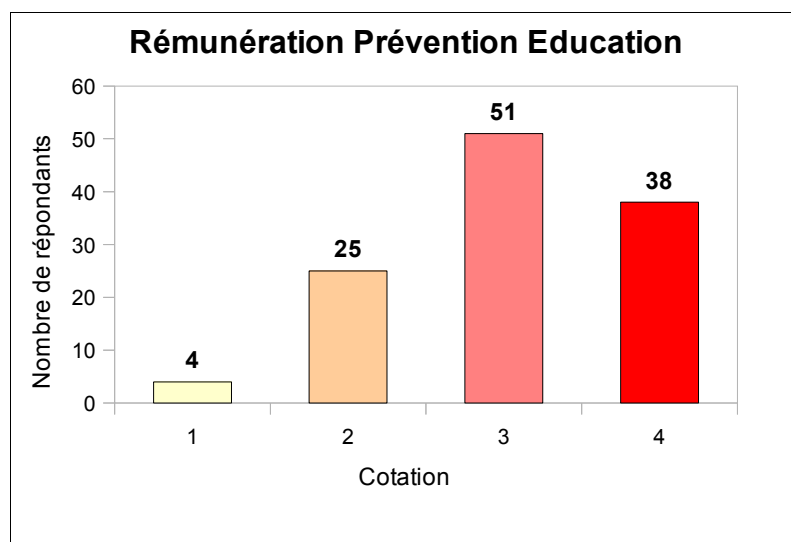


Rémunération réunions pluridisciplinaires (pourcentage)

Cotation	Pourcentage de participants
1 (pas incitatif)	5%
2	27%
3	36%
4 (très incitatif)	32%

3.3.2. Rémunération spécifique pour les actes de prévention et d'éducation thérapeutique

Rémunération du temps passé pour l'éducation thérapeutique et la prévention, par exemple: formation des patients à l'auto-mesure tensionnelle, réalisation de séances d'éducation à la santé pour certaines pathologies chroniques (diabète de type 2, HTA, insuffisance cardiaque, asthme, lombalgies...), temps d'information-éducation pour les patients sous anti-coagulants, consultations diététiques...



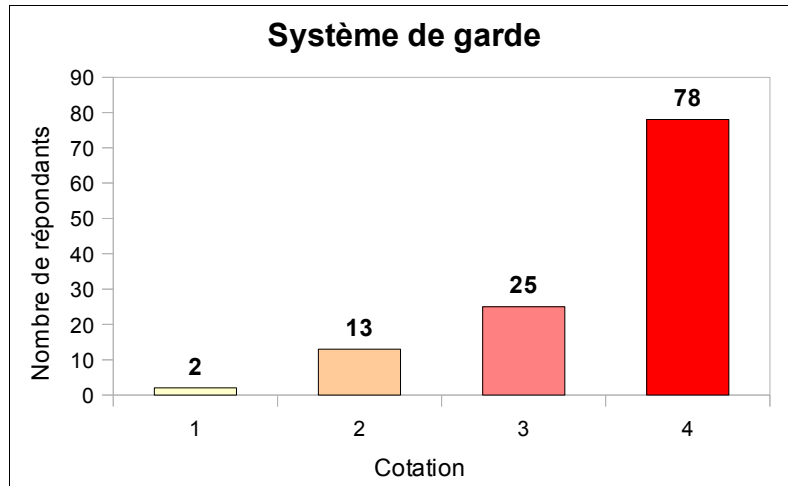
Rémunération Prévention (pourcentage)

Cotation	Pourcentage de participants
1 (pas incitatif)	3%
2	21%
3	43%
4 (très incitatif)	32%

3.4. PERMANENCE DES SOINS

3.4.1. Existence d'un système de garde vous libérant de la nécessité d'être

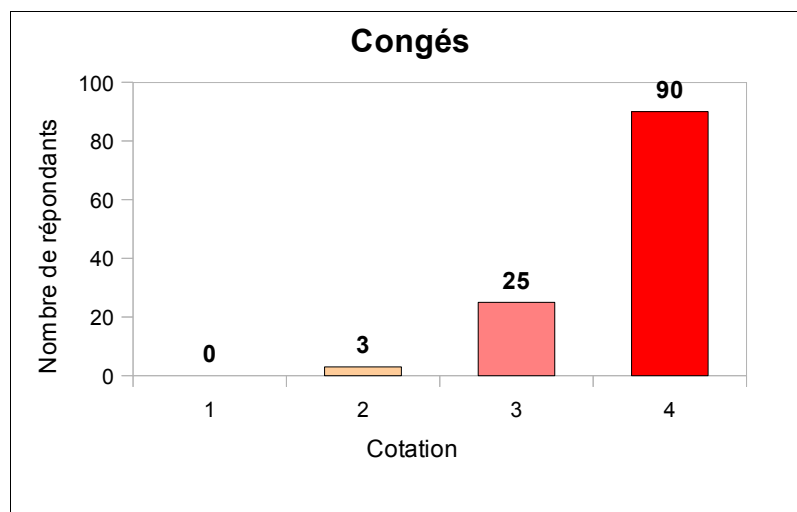
« disponible à tout moment »



Système de garde (pourcentage)

Cotation	Pourcentage de participants
1 (pas incitatif)	2%
2	11%
3	21%
4 (très incitatif)	66%

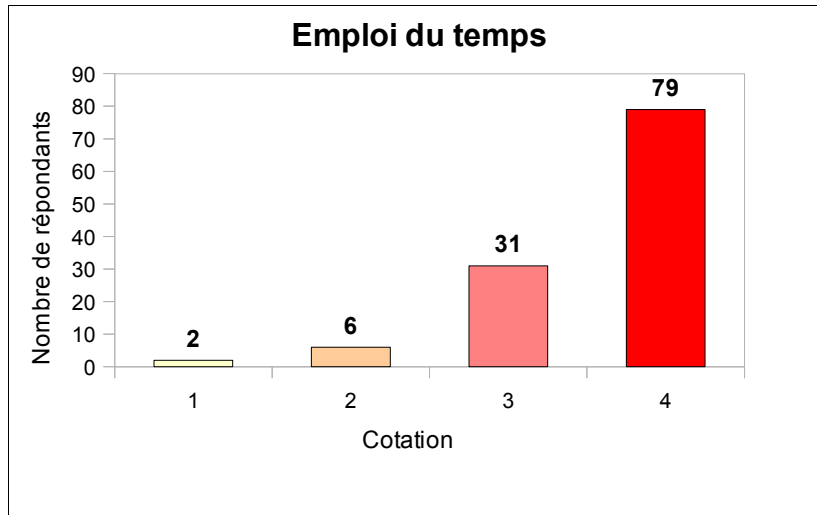
3.4.2. Possibilité de prendre des congés sans qu'en soit affectés la permanence des soins et le suivi des patients



Congés (pourcentage)

Cotation	Pourcentage de participants
1 (pas incitatif)	0%
2	3%
3	21%
4 (très incitatif)	76%

3.4.3. *Emploi du temps organisé afin de ne pas dépasser la charge horaire hebdomadaire souhaitée*



Emploi du temps (pourcentage)

Cotation	Pourcentage de participants
1 (pas incitatif)	2%
2	5%
3	26%
4 (très incitatif)	67%

3.5. COMPARAISON DE L'ATTRACTIVITE DES CRITERES EN FONCTION DU PROFIL

3.5.1. En fonction de l'activité

Rappel :

- critère coté à 1 ou 2 : pas incitatif
- critère coté à 3 ou 4 : incitatif

(Les réponses des salariés sont en italique, car indiquées à titre indicatif, elles n'ont pas été comparées avec celles des internes et remplaçants).

1.Exercice coordonné	Internes	Remplaçants	<i>Salariés</i>
Pas incitatif	8 (9 %)	5 (28%)	<i>2 (33%)</i>
Incitatif	86 (91%)	13 (72%)	<i>4 (67%)</i>

Il existe une différence significative entre les internes et les remplaçants avec un $p = 0,02$.

2. Vacation de spécialistes	Internes	Remplaçants	<i>Salariés</i>
Pas incitatif	12 (13%)	2 (11%)	<i>1 (17%)</i>
Incitatif	82 (87%)	16 (89%)	<i>5 (83%)</i>

Il n'existe pas de différence significative entre les internes et les remplaçants.

3. Secrétariat sur place	Internes	Remplaçants	<i>Salariés</i>
Pas incitatif	8 (9%)	0 (0%)	<i>1 (17%)</i>
Incitatif	86 (91%)	18 (100%)	<i>5 (83%)</i>

Il n'existe pas de différence significative entre les internes et les remplaçants.

4. Hôpital à proximité	Internes	Remplaçants	<i>Salariés</i>
Pas incitatif	10 (11%)	0 (0%)	<i>1 (17%)</i>
Incitatif	84 (89%)	18 (100%)	<i>5 (83%)</i>

Il n'existe pas de différence significative entre les internes et les remplaçants.

5. Protocoles pluriprofessionnels	Internes	Remplaçants	<i>Salariés</i>
Pas incitatif	23 (24%)	5 (28%)	1 (17%)
Incitatif	71 (76%)	13 (72%)	5 (83%)

Il n'existe pas de différence significative entre les internes et les remplaçants.

6. Délégation de tâches	Internes	Remplaçants	<i>Salariés</i>
Pas incitatif	19 (20%)	4 (22%)	1 (17%)
Incitatif	75 (80%)	14 (78%)	5 (83%)

Il n'existe pas de différence significative entre les internes et les remplaçants.

7. Système d'information partagée	Internes	Remplaçants	<i>Salariés</i>
Pas incitatif	12 (13%)	0 (0%)	2 (33%)
Incitatif	82 (87%)	18 (100%)	4 (67%)

Il n'existe pas de différence significative entre les internes et les remplaçants.

8. Télémedecine	Internes	Remplaçants	<i>Salariés</i>
Pas incitatif	39 (41%)	11 (61%)	3 (50%)
Incitatif	55 (59%)	7 (39%)	3 (50%)

Il n'existe pas de différence significative entre les internes et les remplaçants.

9. Aides pour l'étude des besoins	Internes	Remplaçants	<i>Salariés</i>
Pas incitatif	25 (27%)	7 (39%)	4 (67%)
Incitatif	69 (73%)	11 (61%)	2 (33%)

Il n'existe pas de différence significative entre les internes et les remplaçants.

10. Locaux à loyer modéré	Internes	Remplaçants	<i>Salariés</i>
Pas incitatif	12 (13%)	5 (28%)	2 (33%)
Incitatif	82 (87%)	13 (72%)	4 (67%)

Il n'existe pas de différence significative entre les internes et les remplaçants.

11. Rémunération réunions pluridisciplinaires	Internes	Remplaçants	<i>Salariés</i>
Pas incitatif	26 (28%)	8 (44%)	4 (67%)
Incitatif	68 (72%)	10 (56%)	2 (33%)

Il n'existe pas de différence significative entre les internes et les remplaçants.

12. Rémunération prévention/éducation	Internes	Remplaçants	<i>Salariés</i>
Pas incitatif	20 (21%)	6 (33%)	3 (50%)
Incitatif	74 (79%)	12 (67%)	3 (50%)

Il n'existe pas de différence significative entre les internes et les remplaçants.

13. Système de garde	Internes	Remplaçants	<i>Salariés</i>
Pas incitatif	13 (14%)	0 (0%)	2 (33%)
Incitatif	81 (86%)	18 (100%)	4 (67%)

Il n'existe pas de différence significative entre les internes et les remplaçants.

14. Congés	Internes	Remplaçants	<i>Salariés</i>
Pas incitatif	2 (2%)	0 (0%)	1 (17%)
Incitatif	92 (98%)	18 (100%)	5 (83%)

Il n'existe pas de différence significative entre les internes et les remplaçants.

15. Emploi du temps	Internes	Remplaçants	<i>Salariés</i>
Pas incitatif	5 (5%)	1 (6%)	2 (33%)
Incitatif	89 (95%)	17 (94%)	4 (67%)

Il n'existe pas de différence significative entre les internes et les remplaçants.

3.5.2. En fonction du sexe

1. Exercice coordonné	Hommes	Femmes
Pas incitatif	3 (10%)	12 (14%)
Incitatif	27 (90%)	76 (86%)

Il n'y a pas de différence significative entre ces 2 groupes.

2. Vacation de spécialistes	Hommes	Femmes
Pas incitatif	7 (27%)	8 (9%)
Incitatif	23 (73%)	80 (91%)

Il existe une différence significative entre ces 2 groupes avec un $p = 0,04$.

3. Hôpital à proximité	Hommes	Femmes
Pas incitatif	5 (17%)	6 (7%)
Incitatif	25 (83%)	82 (93%)

Il n'y a pas de différence significative entre ces 2 groupes.

4. Secrétariat sur place	Hommes	Femmes
Pas incitatif	3 (10%)	6 (7%)
Incitatif	27 (90%)	82 (93%)

Il n'y a pas de différence significative entre ces 2 groupes.

5. Protocoles pluriprofessionnels	Hommes	Femmes
Pas incitatif	9 (30%)	20 (23%)
Incitatif	21 (70%)	68 (77%)

Il n'y a pas de différence significative entre ces 2 groupes.

6. Délégation de tâches	Hommes	Femmes
Pas incitatif	6 (20%)	18 (20%)
Incitatif	24 (80%)	70 (80%)

Il n'y a pas de différence significative entre ces 2 groupes.

7. Système d'information partagée	Hommes	Femmes
Pas incitatif	3 (10%)	11 (12,5%)
Incitatif	27 (90%)	77 (87,5%)

Il n'y a pas de différence significative entre ces 2 groupes.

8. Télémédecine	Hommes	Femmes
Pas incitatif	15 (50%)	38 (43%)
Incitatif	15 (50%)	50 (57%)

Il n'y a pas de différence significative entre ces 2 groupes.

9. Aide pour l'étude de besoins	Hommes	Femmes
Pas incitatif	4 (13%)	32 (36%)
Incitatif	26 (87%)	56 (64%)

Il existe une différence significative avec un $p = 0,02$.

10. Locaux à loyer modéré	Hommes	Femmes
Pas incitatif	3 (10%)	16 (18%)
Incitatif	27 (90%)	72 (82%)

Il n'y a pas de différence significative entre ces 2 groupes.

11. Rémunérations réunions pluridisciplinaires	Hommes	Femmes
Pas incitatif	8 (27%)	30 (34%)
Incitatif	22 (73%)	58 (66%)

Il n'y a pas de différence significative entre ces 2 groupes.

12. Rémunération prévention/éducation	Hommes	Femmes
Pas incitatif	6 (20%)	23 (26%)
Incitatif	24 (80%)	65 (74%)

Il n'y a pas de différence significative entre ces 2 groupes.

13. Existence d'un système de garde	Hommes	Femmes
Pas incitatif	7 (23%)	8 (9%)
Incitatif	23 (77%)	80 (91%)

Il existe une différence significative entre ces 2 groupes avec un $p = 0,04$.

14. Congés	Hommes	Femmes
Pas incitatif	1 (0%)	2 (2%)
Incitatif	29 (100%)	86 (98%)

Il n'y a pas de différence significative entre ces 2 groupes.

15. Emploi du temps	Hommes	Femmes
Pas incitatif	2 (7%)	6 (7%)
Incitatif	28 (93%)	82 (93%)

Il n'y a pas de différence significative entre ces 2 groupes.

3.5.3. Comparaison des critères spécifiques des MSP en fonction de l'expérience regroupée en milieu rural

35 répondants ont déjà expérimenté l'exercice en groupe en milieu rural.

Les 83 autres n'ont pas d'expérience en milieu rural ou seulement en cabinet seul.

1. Protocoles pluriprofessionnels	Expérience en groupe en milieu rural	Pas d'expérience
Pas incitatif	12 (34%)	17 (20%)
Incitatif	23 (66%)	66 (80%)

Il n'y a pas de différence significative entre ces 2 groupes.

2. Délégation de tâches	Expérience en groupe en milieu rural	Pas d'expérience
Pas incitatif	7 (20%)	17 (20%)
Incitatif	28 (80%)	66 (80%)

Il n'y a pas de différence significative entre ces 2 groupes.

3. Rémunération réunions pluridisciplinaires	Expérience en groupe en milieu rural	Pas d'expérience
Pas incitatif	8 (23%)	30 (36%)
Incitatif	27 (77%)	53 (64%)

Il n'y a pas de différence significative entre ces 2 groupes.

4. Rémunération prévention/éducation	Expérience en groupe en milieu rural	Pas d'expérience
Pas incitatif	6 (17%)	23 (28%)
Incitatif	29 (83%)	60 (72%)

Il n'y a pas de différence significative entre ces 2 groupes.

5. Aides pour l'étude de besoins	Expérience en groupe en milieu rural	Pas d'expérience
Pas incitatif	12 (34%)	24 (29%)
Incitatif	23 (66%)	59 (71%)

Il n'y a pas de différence significative entre ces 2 groupes.

3.5.4. Télémédecine : comparaison en fonction de l'expérience en milieu rural

Télémédecine	Expérience en milieu rural (seul ou en groupe)	Pas d'expérience
Pas incitatif	28 (51%)	25 (40%)
Incitatif	27 (49%)	38 (60%)

Il n'y a pas de différence significative entre ces 2 groupes.

4. CONNAISSANCES DES STRUCTURES

PLURI PROFESSIONNELLES

4.1. CONNAISSANCE DES MAISONS ET POLES DE SANTE

Parmi les 118 répondants, 117 connaissent l'existence des pôles et maisons de santé soit **99%**.

4.2. CONNAISSANCE DE L'INTERLOCUTEUR REGIONAL UNIQUE ET DES CONDITIONS NECESSAIRES POUR OBTENIR DES AIDES DE L'ARS

Parmi les 118 répondants, 21 connaissent l'existence de l'interlocuteur régional unique soit **18%** et 7 connaissent les conditions nécessaires pour obtenir des aides de l'ARS, soit **6%**.

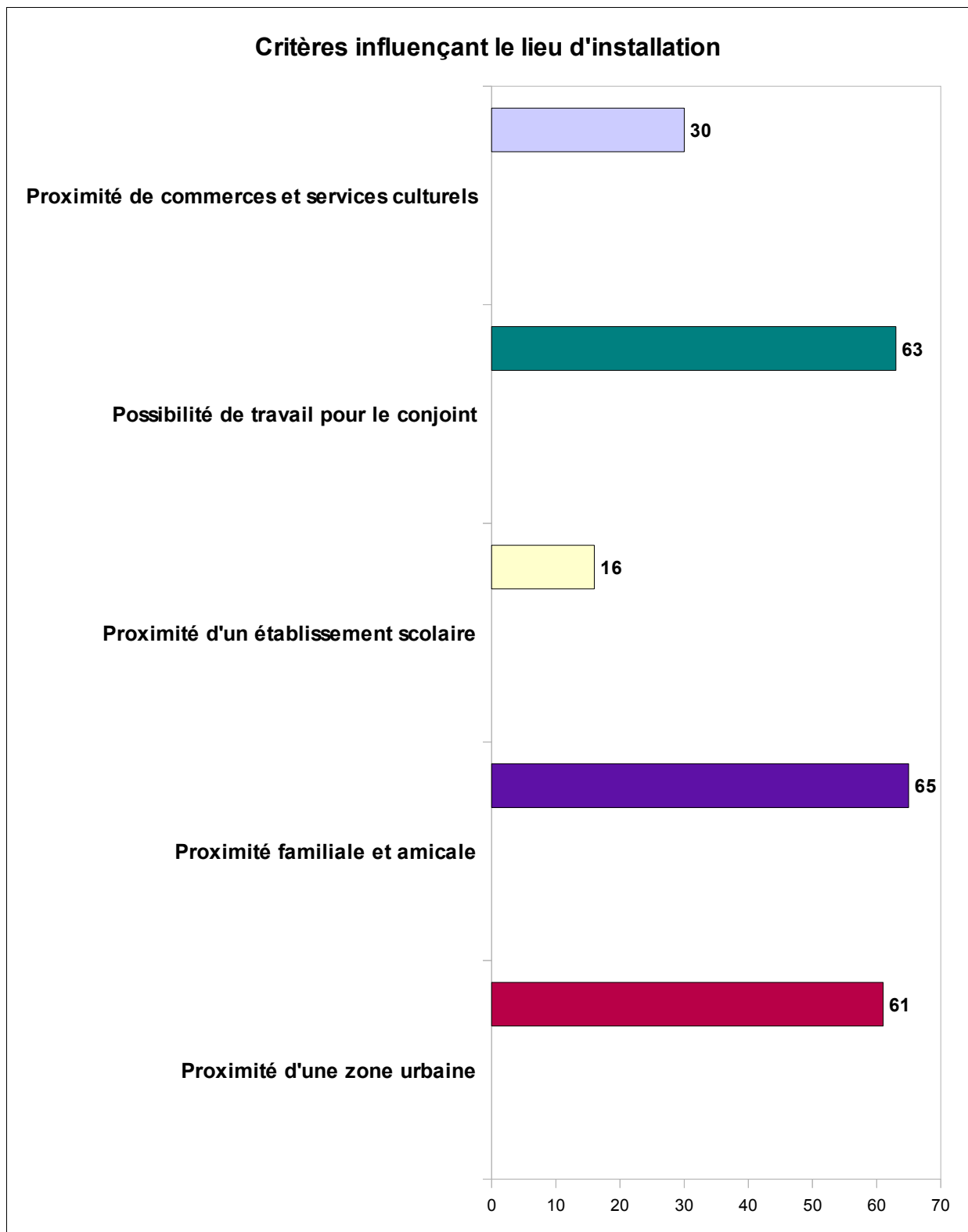
	Expérience en milieu rural (55)	Pas d'expérience (63)	Total des répondants
Connaissance de l'interlocuteur régional unique	12 (22%)	9 (14%)	21 (18%)
Connaissance des conditions nécessaires pour obtenir des aides de l'ARS	3 (5%)	4 (6%)	7 (6%)

Il n'y a pas de différence significative entre ces 2 groupes.

	Expérience en groupe milieu rural (35)	Autres répondants (83)	Total des répondants
Connaissance de l'interlocuteur régional unique	8 (23%)	13 (16%)	21 (18%)
Connaissance des conditions nécessaires pour obtenir des aides de l'ARS	2 (6%)	5 (6%)	7 (6%)

Il n'y a pas de différence significative entre ces 2 groupes.

5. ENVIRONNEMENT ET QUALITE DE VIE



5.1. IMPORTANCE DES CRITERES DE QUALITE DE VIE EN FONCTION DU SEXE

	Hommes	Femmes
Proximité familiale et amicale	13 (43%)	52 (59%)
Possibilité de travail pour le conjoint	11 (37%)	52 (59%)
Proximité zone urbaine	19 (64%)	42 (48%)
Proximité commerces et services culturels	13 (43%)	17 (19%)
Proximité d'un établissement scolaire	4 (13%)	12 (14%)

Les chiffres correspondent au nombre de répondants ayant sélectionné le critère.

Il existe une différence significative entre les hommes et les femmes concernant :

- la possibilité de travail pour le conjoint ($p = 0,03$)
- la proximité des commerces et services culturels ($p = 0,009$)

5.2. IMPORTANCE DES CRITERES DE QUALITE DE VIE EN FONCTION DE L'ACTIVITE

	Internes	Remplaçants et salariés
Proximité familiale et amicale	47 (50%)	18 (75%)
Possibilité de travail pour le conjoint	50 (53%)	13 (54%)
Proximité zone urbaine	50 (53%)	11 (46%)
Proximité commerces et services culturels	24 (26%)	6 (25%)
Proximité d'un établissement scolaire	13 (14%)	3 (12,5%)

Il existe une différence significative entre les internes et le «groupe ayant fini l'internat» (remplaçants et salariés) concernant la proximité familiale et amicale ($p = 0,03$).

5.3. IMPORTANCE DU TRAVAIL DU CONJOINT EN FONCTION DE LA PROFESSION EXERCEE PAR CE CONJOINT

	Conjoint dans le domaine de la santé	Conjoint dans un autre domaine
Possibilité de travail pour le conjoint	22 (63%)	25 (69%)

Il n' y a pas de différence significative entre ces 2 groupes.

5.4. IMPORTANCE DE LA PROXIMITE D'UNE ZONE URBAINE EN FONCTION DU VECU EN MILIEU RURAL

	Véçu en milieu rural	Jamais véçu en milieu rural
Proximité d'une zone urbaine	23 (40%)	38 (63%)

Il existe une différence significative avec un $p = 0,01$.

6. QUESTION(S) A DISTANCE

6.1. LES MSP

Les conditions de travail proposées en MSP seraient suffisamment attractives pour envisager une installation en milieu rural pour 39 des 98 répondants soit **40%**.

Pour les 59 qui ont répondu non, soit 60%, une deuxième question était prévue.

6.2. LE SALARIAT

Parmi les 59 répondants ne jugeant pas l'exercice pluriprofessionnel suffisamment attractif à l'installation en zone rurale, 21 pourraient changer d'avis si un exercice salarié leur était proposé soit **35%**.

DISCUSSION

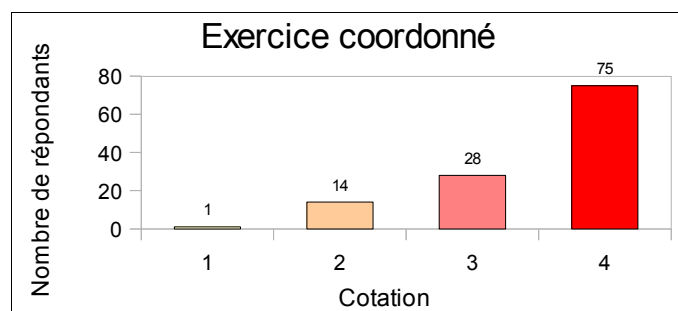
1. RESULTAT PRINCIPAL : LES CONDITIONS DE TRAVAIL EN MSP SONT INCITATIVES

Tous les critères proposés dans le questionnaire ont été jugés incitatifs. En effet, pour chacun d'entre eux, il existe une majorité de 3 et de 4.

Cependant, j'ai observé des différences entre les critères. Certains apparaissent très incitatifs avec une grande majorité de répondants les cotant à 4 et d'autres un peu moins avec une majorité de répondants les cotant à 3. J'ai essayé de comprendre ces différences afin de déterminer quelles propositions pourraient avoir un réel impact sur le choix du lieu d'installation des jeunes médecins.

1.1. L'ORGANISATION DU TRAVAIL

1.1.1. L'exercice coordonné est un facteur incitatif



Exercice coordonné (pourcentage)

Cotation	Pourcentage de participants
1 (pas incitatif)	1%
2	12%
3	24%
4 (très incitatif)	64%

Les résultats du questionnaire montrent que l'exercice coordonné est un des facteurs les plus incitatifs. **88%** des répondants l'estiment incitatif (en le cotant au moins à 3).

- L'exercice en groupe plébiscité par les jeunes médecins

La majorité des études déjà réalisées (2-4, 19, 21, 43, 60) montre que chez les jeunes générations, la possibilité d'exercer en groupe à proximité d'autres professionnels de santé est un des éléments déterminants dans le choix de s'installer. Ces enquêtes révèlent que les jeunes médecins aspirent à une qualité d'exercice qui, selon eux, passe par la présence de paramédicaux libéraux près de leur lieu d'installation (kinésithérapeutes, infirmières, orthophonistes,...) et de structures sanitaires (laboratoire d'analyses médicales, pharmacie, cabinet de radiologie avec échographie). Selon Benjamin BIRENE, vice-président de l'ANEMF (43), il n'est plus question d'exercer seul : « il ne faut plus penser: un médecin pour un village. La santé d'un territoire doit être gérée par une équipe de soins ».

Les données statistiques confirment cette tendance au regroupement. Selon l'IRDES (60), la part des médecins généralistes travaillant en groupe est passée de 43% en 1998 à 54% en 2009, cette augmentation étant très marquée chez les moins de 40 ans. Selon l'institut national de prévention et d'éducation de la santé (INPES) (43), plus de huit jeunes médecins sur dix exercent aujourd'hui en groupe.

- Les internes d'avantage attirés par l'exercice coordonné

Dans mon étude, si l'on compare les réponses des internes (toute année confondue) à celles des remplaçants, ils sont significativement plus nombreux à trouver l'exercice coordonné incitatif. En effet, ils sont 91% à coter ce critère au moins à 3 chez les internes contre seulement 72% chez les remplaçants ($p = 0,02$).

Hypothèse

Les remplaçants ont expérimenté davantage de modes de fonctionnement : cabinet de groupe, exercice isolé, travail en milieu urbain, rural, semi-rural. En effectuant des remplacements en dehors de l'hôpital, ils ont pu exercer en toute autonomie. Ils ont donc découvert les avantages de l'indépendance et éventuellement les limites du cabinet de groupe. Ils ont pu mesurer que le regroupement demande aux jeunes médecins rejoignant l'équipe de s'adapter à l'organisation mise en place. La crainte que le regroupement génère plus de conflit que de bénéfice était soulignée lors d'une enquête ISNAR-IMG réalisée en 2011. (61)

- La distinction entre exercice coordonné et exercice regroupé

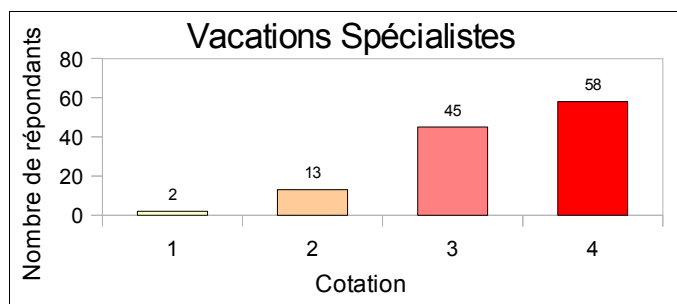
Je me suis demandée si les répondants avaient bien saisi la signification d'exercice «coordonné». Certains commentaires suggèrent qu'une partie d'entre eux l'assimile à un regroupement sans tenir compte du facteur «coordination» qui implique un vrai travail d'équipe.

Parmi ceux qui ne souhaitent pas s'installer en libéral, 13 répondants expriment leur préférence pour l'activité hospitalière qui représente pour eux le seul moyen de travailler en équipe (un des commentaires est même assez parlant puisque la personne explique qu'installation en cabinet de groupe ne signifie pas travail d'équipe). Or, l'exercice coordonné en MSP s'apparente à ce travail d'équipe que les internes connaissent à l'hôpital. Il implique bien plus qu'un regroupement, en permettant le partage d'expérience, la coopération et l'intégration dans un réseau avec d'autres partenaires (hôpital, SSIAD...). (11, 14, 17, 34, 49, 62)

Bien que les remplaçants soient significativement moins attirés par l'exercice coordonné que les internes, 100% d'entre eux déclarent vouloir s'installer en groupe et les 4 qui souhaitent s'installer seuls sont donc tous des internes (voir réponse à la question : « Précisez le mode d'exercice qui vous conviendrait le mieux : isolé ou regroupé ? »). Ces résultats laissent supposer que les remplaçants souhaitent s'installer en cabinet de groupe mais cela ne signifie pas que l'exercice coordonné en zone sous-médicalisée les attire. Il est donc possible que les remplaçants, eux, fassent la distinction entre exercice regroupé et coordonné.

Il existe un biais dans ces résultats car les remplaçants sont moins nombreux que les internes : ils ne sont que 18 alors que les internes sont 84. Il n'est pas certain que cet échantillon soit représentatif de l'ensemble de la population de médecins remplaçants Aquitains. Il s'agit de remplaçants dont le nom figure encore sur la liste du SIMGA, ce sont donc probablement de «jeunes remplaçants». Il aurait été intéressant de recueillir l'avis de remplaçants plus «anciens».

1.1.2. La vacation de spécialistes



Vacation spécialistes (pourcentage)

Cotation	Pourcentage de participants
1 (pas incitatif)	2%
2	11%
3	38%
4 (très incitatif)	49%

La vacation de spécialistes est également parmi les facteurs les plus importants, avec 87% des répondants, le cotant au moins à 3.

- Le « réseau » de spécialistes

Les généralistes sont amenés dans leur exercice quotidien à mobiliser d'autres professionnels pour la prise en charge des patients. D'après G. BLOY et FX. SCHWEYER dans leur ouvrage « Singuliers généralistes » (15), il s'agit principalement de spécialistes libéraux.

Le généraliste doit pouvoir adresser facilement son patient à un spécialiste, ce qui n'est pas garanti en zone rurale où les installations des spécialistes ne sont pas nombreuses. Ce problème est majoré dans les départements n'ayant pas de faculté de médecine où la densité de médecins spécialistes est plus faible que dans ceux en possédant une (données du CNOM). (16)

La possibilité de vacations de spécialistes est une condition spécifique des MSP. Un médecin généraliste exerçant dans un cabinet médical libéral classique peut avoir des échanges avec des spécialistes mais leurs relations sont plus personnalisées dans les MSP car ils partagent les mêmes locaux, outils informatiques et secrétariat. Je pense qu'il est plus rassurant pour un jeune généraliste de savoir qu'un spécialiste vient régulièrement consulter sur place et fonctionne en lien avec les professionnels de la structure.

- La volonté d'une prise en charge de « qualité » et « en toute sécurité »

Pour plusieurs répondants au questionnaire de mon étude, la difficulté d'accès aux examens complémentaires et aux avis spécialisés est un frein à l'exercice en milieu rural. Plusieurs études (3, 21) montrent que les jeunes médecins hésitent à s'installer en milieu rural car ils craignent de perdre tout un réseau professionnel dans lequel s'insère aujourd'hui l'exercice de la médecine générale.

- Les remplaçants ne jugent pas ce facteur plus incitatif que les internes

Les remplaçants sont 89% à trouver ce critère incitatif contre 87% chez les internes ($p > 0,05$). J'ai pensé initialement que ce critère aurait davantage d'importance pour les remplaçants qui, en exerçant en totale autonomie, ont pu mesurer la nécessité dans le quotidien de pouvoir échanger facilement avec les spécialistes. Mais les internes semblent en avoir également conscience.

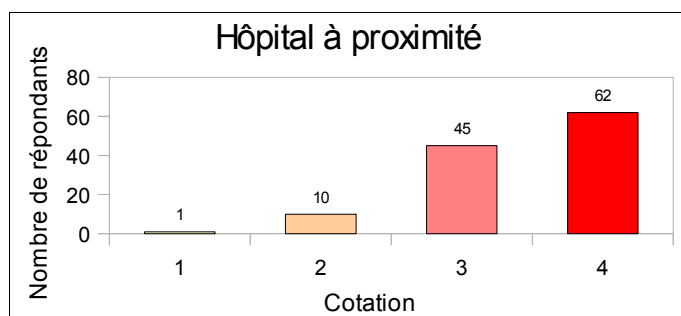
- Les femmes attachent plus d'importance à la possibilité de vacations de spécialistes

De façon surprenante, il existe une différence significative entre les femmes et les hommes concernant la vacation de spécialistes. En effet, elles sont 91% à trouver ce facteur incitatif contre seulement 73% chez les hommes ($p = 0,04$).

Hypothèse

Les femmes ont davantage besoin de prendre des avis auprès des médecins spécialistes et se sentent rassurées de pouvoir les solliciter si besoin. Les hommes vont gérer la situation seuls plus longtemps et attendre un peu plus avant d'adresser leur patient. Les hommes se sentiraient davantage capables de travailler seuls. D'ailleurs, dans mon étude, les répondants qui souhaitent s'installer seuls sont tous des hommes. Une thèse sur la féminisation de la médecine (30) a démontré que pour les femmes, la proximité avec les correspondants médicaux et paramédicaux permettant une organisation en réseau, est importante.

1.1.3. Hôpital à proximité pouvant fonctionner en coordination avec la MSP



Hôpital à proximité (pourcentage)

Cotation	Pourcentage de participants
1 (pas incitatif)	1%
2	8%
3	38%
4 (très incitatif)	53%

L'existence d'un hôpital à proximité de la structure est un des facteurs les plus incitatifs avec **91%** des répondants le cotant au moins à 3. De même que la présence de paramédicaux et de spécialistes, celle d'un hôpital leur est indispensable à une prise en charge satisfaisante. Des études (3, 33) montrent que les étudiants ont peur de l'urgence en milieu isolé. L'éloignement par rapport aux grosses structures de soins les inquiète. Leur souhait est de bénéficier, au minimum, de structures d'urgences décentralisées proches de leur lieu d'exercice.

- La proximité d'un hôpital n'est pas plus incitative chez les remplaçants que chez les internes

100% des remplaçants l'estiment incitatif contre 89% des internes ($p > 0,05$).

- La proximité d'un hôpital n'est pas plus incitative chez les femmes que chez les hommes

Il n'y a pas non plus de différence significative entre les femmes et les hommes : ils sont respectivement 93% et 83% à considérer la proximité d'un hôpital incitative ($p > 0,05$).

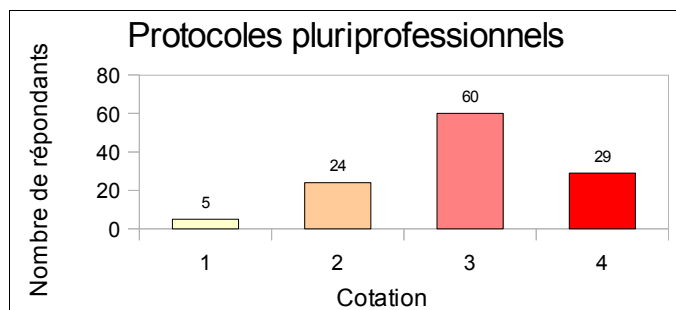
La présence d'un hôpital à proximité n'est pas spécifique des MSP. Ces structures ont cependant la particularité de fonctionner en réseau avec des acteurs tels que l'hôpital. Selon le cahier des charges des MSP (49), la coordination des soins avec les autres acteurs de santé du territoire, dont l'hôpital, est un critère minimum pour tout soutien financier.

De nombreux patients sont suivis conjointement entre l'hôpital et le médecin traitant pour des maladies chroniques. Ils ont souvent des prises en charge complexes. Il semble désormais indispensable d'améliorer la communication entre médecine libérale et hôpital. Les MSP, en favorisant la coordination avec l'hôpital, vont dans le sens de la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de 2009 (63) qui prévoyait le décloisonnement entre soins ambulatoires et soins hospitaliers.

Dans le questionnaire, il est précisé « pouvant fonctionner en coordination avec la MSP ». Je me suis demandée ce qui comptait pour les répondants. Est-ce le simple fait qu'il existe un hôpital à proximité ? La possibilité de travailler en coordination avec l'hôpital a-t-il rendu ce critère encore plus attractif ?

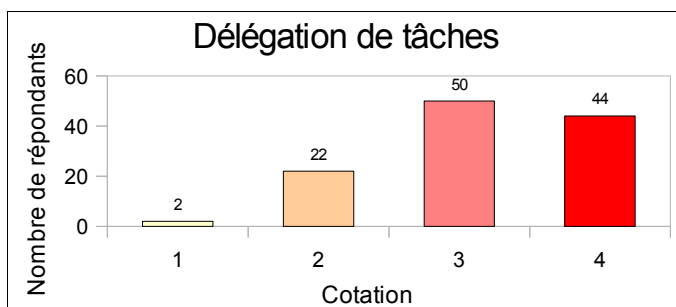
Enfin, il existe des biais d'interprétation. La notion de proximité est relative. De plus, le degré d'équipement de l'hôpital n'est pas le même selon qu'il s'agit d'un hôpital local ou d'un centre hospitalo-universitaire.

1.1.4. Existence de protocoles pluriprofessionnels de soins et délégation de tâches



Protocoles pluriprofessionnels (pourcentage)

Cotation	Pourcentage de participants
1 (pas incitatif)	4%
2	20%
3	51%
4 (très incitatif)	25%



Délégation de tâches (pourcentage)

Cotation	Pourcentage de participants
1 (pas incitatif)	2%
2	19%
3	42%
4 (très incitatif)	37%

L'existence de protocoles pluriprofessionnels de soins et la délégation de tâches sont jugés peu ou pas incitatifs par une proportion non négligeable de répondants : respectivement **24%** et **21%**. La majorité les cote à 3 et non 4.

- Les protocoles pluriprofessionnels et la délégation de tâches sont des notions floues

- Les protocoles pluriprofessionnels de soins

La première hypothèse pour expliquer ce résultat est le caractère nouveau et inconnu des protocoles pluriprofessionnels en libéral. Bien qu'une explication soit proposée à la fin du questionnaire, il est probable que la majorité des répondants ait du mal à cerner le principe de ces protocoles. Cette notion restant floue pour eux, ils la trouvent moins attractive. Ensuite, il peut exister une réticence devant l'obligation de respecter un « protocole » qui peut évoquer pour certains médecins une perte de liberté et d'autonomie.

- La délégation de tâches aux paramédicaux

De la même façon que les protocoles de soins, la délégation de tâches est moins plébiscitée.

Une fois encore, ce critère peut ne pas paraître très explicite pour les jeunes médecins. Pourtant, les internes le pratiquent au quotidien en milieu hospitalier en travaillant en équipe avec les paramédicaux (infirmières, kinésithérapeutes, diététiciennes...).

Lors de leurs remplacements, ils réalisent eux-mêmes des actes qui seraient effectués par des paramédicaux à l'hôpital : prélèvement sanguin, vaccination, conseils diététiques, prise de constantes...

- Il n'existe pas de différence significative entre les internes et les remplaçants pour ces deux critères

Les internes sont 76% à considérer les protocoles pluriprofessionnels incitatifs en les cotant au moins à 3, contre 72% chez les remplaçants ($p > 0,05$).

Les internes sont 80% à considérer la délégation de tâche incitative contre 78% chez les remplaçants ($p > 0,05$).

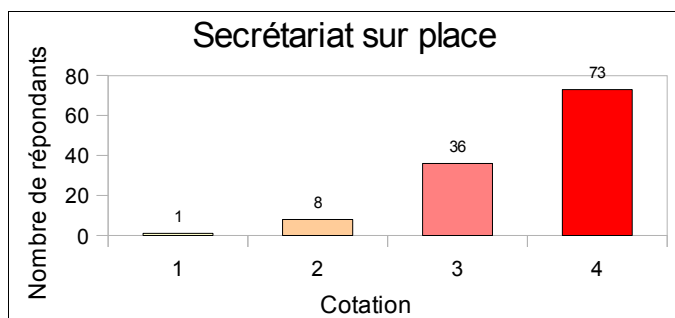
- Internes, remplaçants, ayant une expérience en milieu rural ou pas....

Alors qu'ils représentent un moyen de développer le travail coordonné, les protocoles de soins et la délégation de tâches paraissent moins attractifs que les critères précédents. J'ai cherché à savoir si ceux qui ont une expérience en milieu rural en cabinet de groupe étaient davantage attirés par ces deux propositions car ils auraient pu les avoir déjà expérimentées. Ils ne trouvent pas la délégation de tâches plus attractive que ceux qui n'ont pas cette expérience : 80% dans les 2 groupes ($p > 0,05$).

Concernant les protocoles de soins, ils sont même un pourcentage plus faible à les trouver attractifs (66% contre 80% mais pas de différence significative).

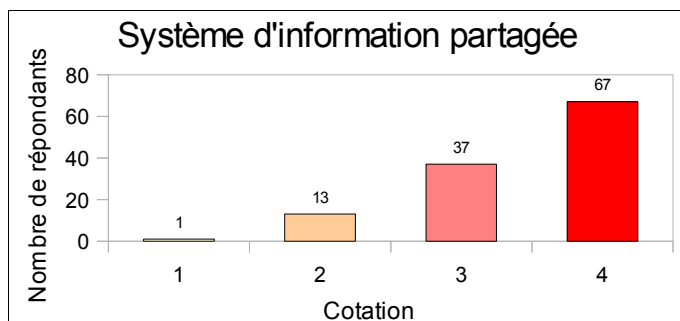
Comme je l'ai décrit dans l'introduction, les structures pluriprofessionnelles qui peuvent favoriser la coordination sont encore peu développées en Aquitaine. Il est probable que les internes ayant effectué un stage en milieu rural n'aient pas expérimenté ces mesures visant à développer la coordination. L'utilisation de protocoles de soins et la délégation de tâches leur est tout aussi inconnue.

1.1.5. Système d'information partagée et secrétariat sur place



Secrétariat sur place (pourcentage)

Cotation	Pourcentage de participants
1 (pas incitatif)	1%
2	7%
3	31%
4 (très incitatif)	62%



Système d'information partagée (pourcentage)

Cotation	Pourcentage de participants
1 (pas incitatif)	1%
2	11%
3	31%
4 (très incitatif)	57%

La présence d'un secrétariat sur place est incitatif pour **93%** des répondants et l'existence d'un système d'information partagée l'est pour **88%** d'entre eux. D'autres études montrent que ces critères sont nécessaires à de bonnes conditions de travail. Une thèse réalisée sur la qualité de vie des médecins généralistes libéraux landais (64) met en évidence que l'aide d'un secrétariat est essentielle pour 65% d'entre eux. D'après l'enquête de l'ISNAR-IMG (4), 86,6% des jeunes internes en médecine générale estiment qu'un secrétariat doit absolument être présent dans la structure où ils exerceront.

Hypothèse

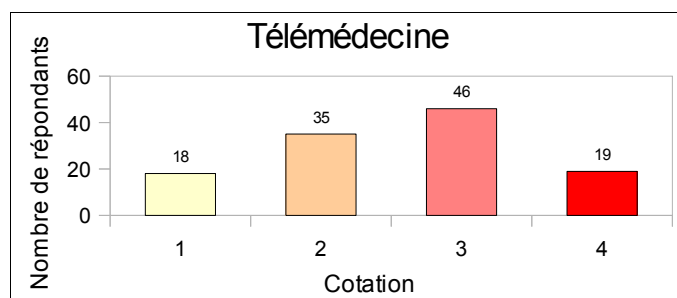
L'importance qu'accordent les jeunes médecins à la présence d'un secrétariat est en lien avec la charge de travail administrative qui ne cesse d'augmenter en médecine générale, au détriment du temps médical pur. La présence de secrétaires qualifiées sur place permet au médecin de déléguer certaines tâches administratives.

La présence d'un secrétariat sur place n'est pas spécifique des MSP. Le regroupement le facilite car il permet d'en partager le coût. L'existence d'un système d'information partagée permettant un accès facile au dossier patient est également un gain de temps au quotidien.

- L'existence d'un système d'information partagée est aussi importante pour les internes que pour les remplaçants

100% des remplaçants ayant répondu au questionnaire estiment la présence d'un système d'information partagée incitative à l'installation. Chez les internes, ils sont 87% ($p > 0,05$).

1.1.6. Télé médecine



Télé médecine (pourcentage)

Cotation	Pourcentage de participants
1 (pas incitatif)	15%
2	30%
3	39%
4 (très incitatif)	16%

- La télé médecine est le critère le moins incitatif

Alors que la plupart des jeunes médecins craignent l'installation en milieu rural du fait de l'isolement, la télé médecine n'apparaît pas comme une alternative à cet isolement. En effet, **45%** d'entre eux trouvent ce facteur peu ou pas incitatif. Pourtant la télé médecine fait l'objet depuis 2011 d'une stratégie nationale de déploiement. Selon une étude de l'HAS de juillet 2013 (65), les attentes autour de la télé médecine sont aujourd'hui très importantes.

- Les répondants ayant une expérience en milieu rural ne trouvent pas la télé médecine plus incitative

Ceux qui ont une expérience en milieu rural ont une idée des difficultés de prise en charge liées à l'éloignement. Cependant, ils sont un pourcentage plus faible que le reste des répondants à considérer ce facteur comme incitatif (en le cotant au moins à 3) : 49% contre 60% chez ceux qui n'ont pas d'expérience en milieu rural. Ces résultats montrent que la télé médecine ne représente pas une solution pour pallier à l'éloignement des structures hospitalières et des spécialistes pour ces jeunes médecins.

- Les remplaçants ne trouvent pas la télémédecine plus incitative

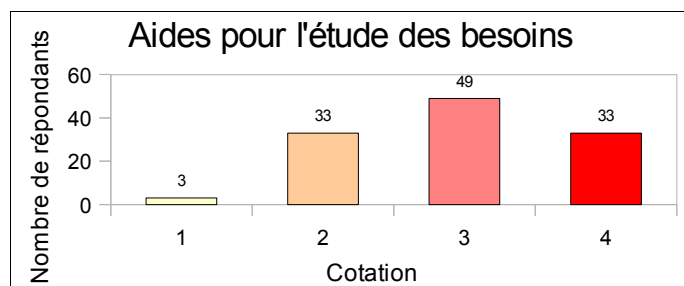
Les remplaçants ont une expérience de la médecine générale en totale autonomie. Ils ont dû gérer des situations nécessitant l'avis d'un confrère spécialiste. L'exemple le plus parlant est le dermatologue. La télémédecine peut permettre de faire un diagnostic à distance à l'aide d'une photographie. Pourtant, les remplaçants ne sont que 39% à considérer ce critère incitatif contre 59% chez les internes ($p > 0,05$). Les remplaçants qui ont été davantage confrontés à des situations où ils étaient seuls pour faire des diagnostics ne voient pas la télémédecine comme une aide au quotidien.

Hypothèse

Cette technique est nouvelle et très méconnue des professionnels pour l'instant, ce qui peut expliquer sa moindre attractivité.

1.2. AIDES AU FONCTIONNEMENT

1.2.1. Aide technique et / ou financière en amont de la création de la MSP



Aides pour l'étude des besoins (pourcentage)

Cotation	Pourcentage de participants
1 (pas incitatif)	2%
2	28%
3	42%
4 (très incitatif)	28%

L' aide technique ou financière pour l'étude des besoins en amont de la structure ne fait pas partie des critères les plus incitatifs dans cette étude avec 30% des répondants la cotant à 1 ou 2. Elle reste tout de même incitative pour **70%** des répondants. Ces résultats sont concordants avec ceux de l'enquête de l'ISNAR-IMG réalisée en 2013 (4), selon laquelle 70% des internes estiment qu'une aide « logistique et financière à la création d'une maison de santé pluriprofessionnelle ou d'un cabinet de groupe » correspondrait à leurs attentes.

Ce critère fait partie des moins incitatifs car il peut paraître flou pour les jeunes médecins qui ne savent pas ce que cette aide implique concrètement. Bien qu'ils connaissent pratiquement tous l'existence des MSP, ils ne sont que très peu à savoir qu'il existe un interlocuteur régional unique qu'ils peuvent contacter lors de tout projet d'installation, en particulier en zone sous-médicalisée.

D'après l'enquête de l'ISNAR-IMG réalisée en 2013 (4), 95% des internes déclarent ne pas connaître les aides à l'installation qui existent dans leur région. D'après les résultats de mon étude, ils sont 82% à ne pas connaître l'interlocuteur régional unique. Les internes ayant effectué des stages ou des remplacements en milieu rural ne semblent pas mieux connaître cet interlocuteur : 22% contre 14% chez ceux qui n'ont pas d'expérience ($p > 0,05$).

Même ceux qui ont une expérience en groupe en zone rurale ne connaissent pas mieux cet interlocuteur que le reste des répondants (23% contre 16%) ($p > 0,05$).

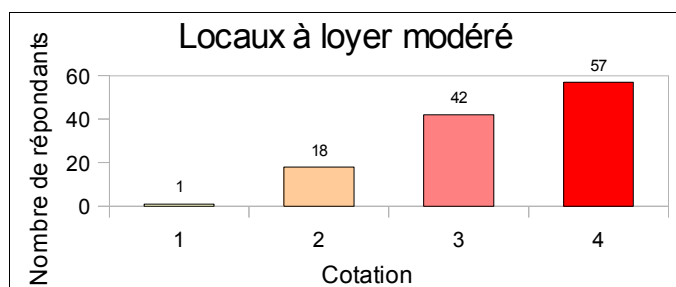
Les répondants sont encore plus nombreux à ne pas connaître les conditions nécessaires pour obtenir des aides à l'installation : 93% d'entre eux. De la même façon, il n'y a pas de différence significative entre ceux qui ont une expérience rurale en groupe et les autres. Il n'y a pas non plus de différence significative entre les internes et les remplaçants concernant la connaissance de ces aides.

Ces résultats laissent supposer que ceux qui ont fini l'internat n'ont pas intégré ces informations au cours de leur cursus. Bien que l'enseignement en 3^{ème} cycle prévoit un module sur ce sujet, la formation des internes, essentiellement hospitalière, ne permet pas de les sensibiliser aux aides et démarches à l'installation en zone sous-médicalisée.

Ce manque de connaissance traduit-il un manque d'intérêt ? Selon l'enquête de l'ISNAR-IMG (4), les internes se disent pourtant conscients des enjeux liés au problème de la démographie médicale. Ils sont une majorité à estimer que les pouvoirs publics ont raison de vouloir réduire les disparités démographiques par des mesures incitatives.

Il peut également exister à la fin de l'internat un sentiment de « ras-le bol » de la formation expliquant que les jeunes médecins aient du mal à assimiler ces nouvelles notions. Une étude réalisée par la sociologue G. BLOY auprès d'une cinquantaine de jeunes diplômés suivis de 2002 à 2010 (66) souligne ce manque de motivation : réfléchir à l'offre de soins n'est pas une priorité à la fin de l'internat.

1.2.2. Mise à disposition par les collectivités de locaux à loyer modéré



Locaux à loyer modéré (pourcentage)

Cotation	Pourcentage de participants
1 (pas incitatif)	1%
2	15%
3	36%
4 (très incitatif)	48%

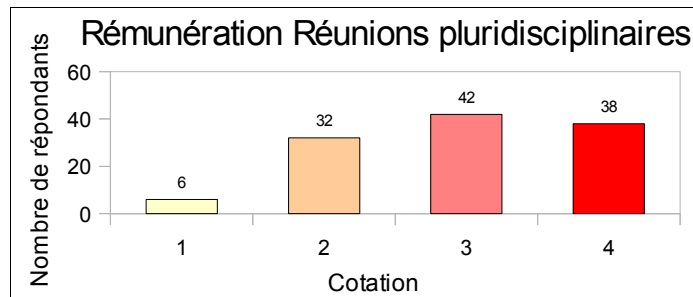
La possibilité de location de locaux à loyer modéré est incitative pour **84%** des répondants. Cette proposition est plus explicite que la précédente (aides financières et techniques en amont de la création de la MSP) d'où son caractère plus incitatif.

Le fait d'avoir des locaux déjà en place, l'absence d'engagement permis par la location correspond aux attentes des futurs installés. Une étude commandée par le CNOM en 2007 (7) montrait qu'en zone rurale, la mise à disposition d'un local professionnel par la municipalité est un facteur incitatif à l'installation (selon les 2000 étudiants en médecine ayant participé à l'enquête).

D'après le rapport HUBERT (3), la nouvelle génération craint de se fixer durablement à un endroit et d'investir dans un cabinet médical. Les commentaires des répondants au questionnaire de cette étude témoignent de cette crainte de l'investissement. Plusieurs expriment la volonté de ne pas s'engager ou seulement sur une période limitée, mais pas sur le long terme. L'absence de recherche de local participe aussi à la simplification des démarches au moment de l'installation, largement recherchée par les jeunes médecins.

1.3. NOUVELLES REMUNERATIONS

1.3.1. Rémunération du temps passé aux réunions pluridisciplinaires



Rémunération des réunions pluridisciplinaires (pourcentage)

Cotation	Pourcentage de participants
1 (pas incitatif)	5%
2	27%
3	36%
4 (très incitatif)	32%

La rémunération des réunions pluridisciplinaires est considérée comme peu ou pas incitative par près d'un tiers des répondants (**32%**) alors qu'elle représente un moyen de favoriser le travail en équipe. Ce critère fait partie des moins incitatifs avec une majorité des répondants, le cotant à 3 et non à 4. Il existe donc une discordance entre la forte attractivité de l'exercice coordonné et la volonté de s'installer en groupe et le peu d'attractivité de la rémunération des réunions pluridisciplinaires. Les jeunes médecins ne voient pas ces rémunérations comme un moyen de développer le travail en équipe; elles peuvent aussi avoir moins de succès car encore peu connues et peu expérimentées.

- Expérience en cabinet de groupe en milieu rural

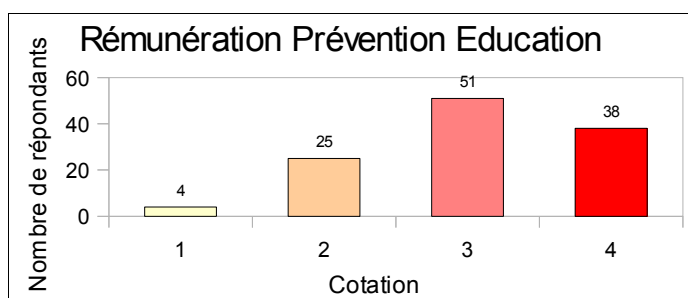
Ceux qui ont une expérience de l'exercice regroupé en milieu rural ne trouvent pas les aides financières pouvant favoriser la coordination plus incitatives que le reste des répondants : 77% contre 64% ($p > 0,05$).

- Les remplaçants ne trouvent pas ces rémunérations plus incitatives que les internes

72% des internes cotent ces rémunérations au moins à 3 contre 56% des remplaçants ($p > 0,05$). Les répondants qui ont plus d'expérience (remplaçants et/ou expérience en milieu rural) ne trouvent pas cette rémunération plus attractive. Il est probable qu'ils n'aient pas connu ces nouveaux modes de rémunération qui sont encore au stade d'expérimentation.

De même que pour les protocoles de soins et la délégation de tâches, les structures pluriprofessionnelles étant encore peu développées en Aquitaine, les répondants ayant effectué des stages ou remplacements en milieu rural n'ont probablement pas expérimenté ces nouveaux modes de rémunération.

1.3.2. Rémunération spécifique pour les actes de prévention et éducation thérapeutique



Rémunération Prévention Education (pourcentage)

Cotation	Pourcentage de participants
1 (pas incitatif)	3%
2	21%
3	43%
4 (très incitatif)	32%

Alors que la rémunération des actes de prévention reconnaît « enfin » le rôle et le temps passé du médecin généraliste dans une consultation de prévention, celle-ci n'est pas ou peu incitative pour **24%** des répondants.

Hypothèse

Les jeunes médecins ont déjà l'impression de faire de la prévention et de l'éducation thérapeutique au quotidien dans leur pratique et ne comprennent pas forcément l'intérêt de rémunérer ces actes. Une étude (21) a montré que le dépistage intéresse les jeunes médecins, en particulier les femmes.

L'éducation thérapeutique et la prévention impliquent des temps de consultation plus longs et une préparation en amont. Les jeunes médecins ne mesurent peut-être pas tout le travail d'une action de prévention. Il ne s'agit pas simplement de donner une information ou un conseil.

Ces consultations dédiées nécessitent donc une rémunération adaptée. Ces actions sont devenues courantes en milieu hospitalier (exemple : semaine d'éducation thérapeutique du diabétique de type 2) mais encore peu présentes en cabinet de ville. Les généralistes manquent le plus souvent de temps.

- Expérience en cabinet de groupe en milieu rural

De même que pour la rémunération des réunions pluridisciplinaires, il n'y a pas non plus de différence significative entre ceux qui ont l'expérience de l'exercice regroupé en milieu rural et ceux qui ne l'ont pas. Cette rémunération est autant incitative dans les 2 groupes.

- Pas de différence significative entre internes et remplaçants

79% des internes jugent ce critère incitatif contre 67% des remplaçants ($p > 0,05$).

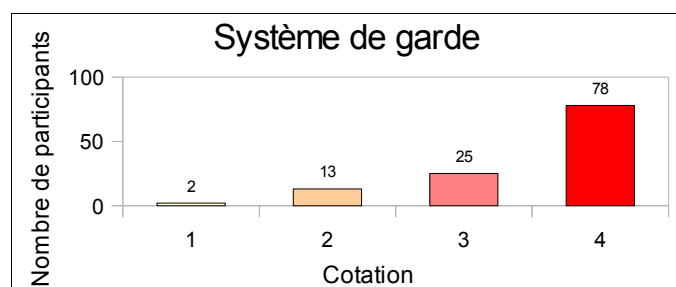
De la même façon que pour les réunions pluridisciplinaires, la rémunération des actes de prévention et éducation thérapeutique n'est pas considérée plus incitative par ceux qui ont plus d'expérience de la médecine libérale.

En conclusion, ces NMR font partie des critères les moins incitatifs de cette étude. Les jeunes médecins ont peut-être du mal à définir ce qu'impliquent concrètement ces rémunérations. Ils peuvent craindre d'accroître la complexité du fonctionnement d'un cabinet (ou d'une structure) en associant paiement à l'acte et paiement sous forme de forfait. De plus, ces NMR sont encore à l'état d'expérimentation, n'apportant pas la garantie absolue d'être reconduits sur le long terme (bien que les premières expériences soient positives et que la volonté de la FFMSF soit de les étendre à la France entière). (3)

1.4. PERMANENCE DES SOINS

1.4.1. Existence d'un système de garde vous libérant de la nécessité d'être

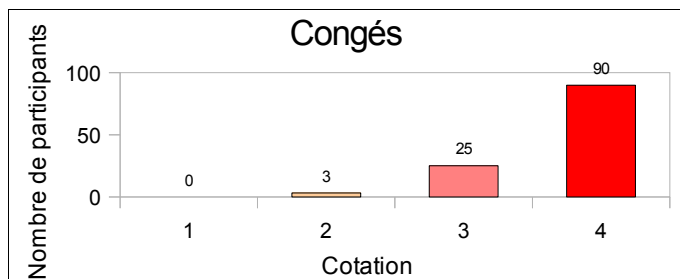
« **disponible à tout moment** »



Système de garde (pourcentage)

Cotation	Pourcentage de participants
1 (pas incitatif)	2%
2	11%
3	21%
4 (très incitatif)	66%

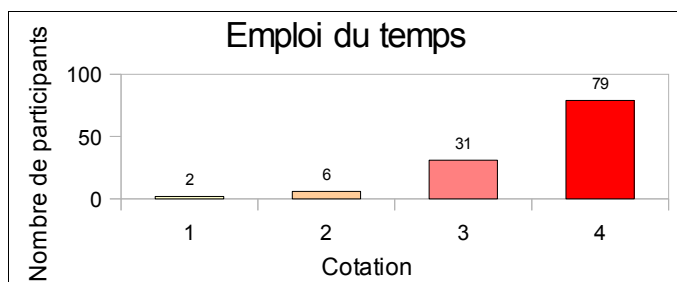
1.4.2. Possibilité de prendre des congés sans qu'en soit affectée la permanence des soins et le suivi des patients



Congés (pourcentage)

Cotation	Pourcentage de participants
1 (pas incitatif)	0%
2	3%
3	21%
4 (très incitatif)	76%

1.4.3. Emploi du temps organisé afin de ne pas dépasser la charge horaire hebdomadaire souhaitée



Emploi du temps (pourcentage)

Cotation	Pourcentage de participants
1 (pas incitatif)	2%
2	5%
3	26%
4 (très incitatif)	67%

La possibilité de prendre des congés ainsi qu'un emploi du temps permettant de ne pas dépasser la charge horaire hebdomadaire de travail souhaitée sont les facteurs les plus incitatifs, avec **plus de 90%** des répondants les cotant au moins à 3. L'existence d'un système de garde libérant de la nécessité d'être disponible en permanence est également un des facteurs les plus incitatifs.

Les enquêtes déjà réalisées auprès des internes de médecine générale (4, 30) et les résultats de ce questionnaire montrent que la possibilité de garder du temps en dehors de son travail pour sa famille et ses loisirs est primordiale pour les jeunes médecins. Ils veulent pouvoir concilier travail et vie privée. La crainte d'être soumis à une quantité de travail qu'ils ne souhaitent pas est un frein majeur à leur installation en zone rurale (67). Pour les étudiants, s'ils s'installent seuls dans un « désert », ils ne pourront pas espérer prendre de vacances. Ils souhaitent aussi pouvoir bénéficier, en exerçant avec d'autres, d'une formation médicale continue.

Plusieurs études (4, 33, 43) montrent que les futurs médecins envisagent de travailler en moyenne 40 à 45 heures par semaine, gardes comprises : 42,8 heures selon une enquête réalisée par l'ISNAR-IMG en 2011 (61). Une enquête réalisée 2 ans plus tard par ce même syndicat (4) précise que les femmes envisagent de travailler en moyenne plus de 41 heures et les hommes plus de 46 heures.

Cette charge horaire hebdomadaire est inférieure à celle des médecins généralistes actuellement en activité qui déclaraient en 2009 selon l'IRDES (68), travailler en moyenne entre 52 et 60 heures par semaine.

En tous les cas, les études (3, 21, 32, 66) révèlent une certaine prise de distance envers le modèle de disponibilité permanente qui caractérise la médecine générale française. Les jeunes médecins ne se sentent pas prêts à assurer une disponibilité de tous les instants comme la génération des plus de 50/55ans : « le temps du médecin de campagne taillable et corvéable à merci est révolu ». Les gardes sont craintes du fait de l'absence de récupération des nuits et des dimanches. (33)

La sociologue G. BLOY (66) décrit la transformation du rôle social du médecin avec un moindre attrait pour la notabilité traditionnelle qui caractérisait le médecin généraliste, en particulier en milieu rural (notable de la commune). Dans mon étude, plusieurs commentaires témoignent que les jeunes généralistes se sentent moins bien considérés par les patients. Ils pensent avoir perdu la reconnaissance des patients et n'être même parfois que des prestataires de services. Les jeunes médecins ont-ils moins de motivation pour exercer leur métier car ils se sentent moins bien considérés ?

2. LA QUALITE DE VIE

2.1. LA PROXIMITE FAMILIALE ET AMICALE : FACTEUR LE PLUS IMPORTANT

La proximité familiale et amicale est le critère le plus souvent cité avec 65 répondants l'ayant classé parmi les deux plus importants soit **55%** d'entre eux. Plusieurs commentaires témoignent de l'importance de la famille pour ces jeunes médecins. Selon différentes études (3, 4, 41, 66), la proximité familiale est aussi un des facteurs de forte influence.

- Critère aussi important chez les hommes que chez les femmes

J'ai supposé que l'importance grandissante accordée à la famille et aux enfants était en partie liée à la féminisation de la médecine. Mais les résultats du questionnaire montrent que ce critère est important pour 59% des femmes contre 43% chez les hommes, soit une différence non significative ($p > 0,05$).

Une thèse réalisée sur la féminisation de la médecine (30) montre que les femmes médecins sont certes instigatrices d'un meilleur équilibre temps professionnel / temps personnel, afin de pouvoir conjuguer contraintes de vie familiale et pratique professionnelle exigeante, mais que les hommes suivent progressivement cette modification du rythme de travail.

- La proximité familiale et amicale davantage citée par ceux ayant fini l'internat

Parmi les 18 remplaçants, 12 citent ce critère et tous ceux qui ont une activité salariée le citent. Dans ce groupe de répondants ayant fini l'internat (remplaçants et salariés), 75% choisissent donc la proximité familiale et amicale comme élément déterminant du choix du lieu de leur installation. Les internes de 1^{ère} année ne sont que 25% à le sélectionner. En comptabilisant les réponses de tous les internes, toute année confondue, ils sont 50% à choisir ce critère. Il y a une différence significative entre les internes et le groupe «ayant fini l'internat» (remplaçants et salariés) ($p = 0,03$).

Hypothèse

Ce facteur a davantage de valeur chez les répondants ayant fini leur internat que chez les jeunes internes qui débutent car les premiers se projettent plus dans l'idée de fonder une famille que les jeunes internes.

2.2. LA POSSIBILITE DE TRAVAIL POUR LE CONJOINT : FACTEUR IMPORTANT

Il s'agit également d'un critère important : pour **53%** des répondants, ce critère fait partie des 2 plus importants. Différentes études (41, 62, 69, 70) démontrent aussi l'importance de ce critère dans le choix du lieu d'installation.

Parmi les répondants, 71 déclarent une activité professionnelle pour leur conjoint. Parmi eux, 35 exercent une profession dans le domaine médical ou paramédical et 36 ne sont pas dans le domaine de la santé, avec des professions nécessitant un bon niveau d'études (enseignants, chercheurs, ingénieurs, informaticiens...).

Ces professionnels n'ont pas toujours le choix de leur lieu d'exercice. Dans le couple, le médecin généraliste peut exercer partout. Il (ou elle) va donc plus facilement « suivre » son conjoint. L'installation en milieu rural est donc compromise si elle n'offre pas de perspective de carrière pour le conjoint. Elle peut attirer des célibataires ou des couples de médecin.

Que leur conjoint(e) travaille dans le domaine médical ou pas, les répondants attachent proportionnellement autant d'importance à la possibilité de travail pour le conjoint : 63% contre 69% ($p > 0,05$).

Ce résultat peut paraître surprenant car un professionnel de santé peut facilement trouver du travail en zone rurale alors que cela peut s'avérer plus compliqué dans d'autres professions.

Hypothèse

Pour certaines spécialités médicales ou chirurgicales, l'exercice en zone rurale est peu attractif. Un spécialiste d'organe a besoin d'un bassin de population important. Ces professionnels de santé souhaitent souvent exercer dans de gros pôles tels que des centres hospitalo-universitaires et n'envisagent pas de suivre leur conjoint en zone rurale.

- Les femmes attachent davantage d'importance à la possibilité de travail pour le conjoint que les hommes

La féminisation de la médecine est aussi à prendre en compte dans le chapitre travail du conjoint. En effet, elles sont 59% à juger ce critère important contre seulement 37% chez les hommes ($p = 0,03$).

Hypothèse

La sociologue G. BLOY explique bien ce phénomène. (66) L'évolution des rapports de genre ne va pas jusqu'à rendre normal que le conjoint s'estime valorisé par le statut de conjoint de médecin comme cela fut longtemps le cas pour les femmes de médecins. Les hommes ne cessent pas leur activité pour suivre leur femme médecin dans un lieu où ils n'ont aucune perspective de carrière. Les femmes médecins vont par contre devoir tenir compte de ce critère dans le choix de leur lieu d'installation.

La possibilité de travail pour le conjoint a une importance majeure dans ce travail de réflexion. Les mesures proposées au sein des MSP, aussi incitatives soient-elles, peuvent ne pas suffire à convaincre les jeunes médecins à venir travailler en zone rurale si leur conjoint n'a pas de possibilités professionnelles dans ces zones.

2.3. LA PROXIMITE D'UNE ZONE URBAINE : FACTEUR IMPORTANT

Pour **52%** des répondants, la proximité d'une zone urbaine fait partie des 2 critères les plus importants.

- La proximité d'une zone urbaine est significativement plus importante pour ceux qui n'ont jamais vécu en milieu rural

40% d'entre eux le sélectionnent contre 63% chez ceux qui n'ont jamais vécu en milieu rural ($p = 0,01$). Les personnes ayant vécu en milieu rural ont l'habitude d'être éloignées des grands pôles urbains et de parcourir des distances pour aller travailler ou pour leurs activités.

Les commentaires des répondants au questionnaire et certaines enquêtes (4, 21, 33) montrent que les futurs médecins généralistes souhaitent avoir facilement accès aux loisirs sans perdre du temps sur la route, étant donné la charge horaire de travail déjà conséquente d'un généraliste. Le problème des distances importantes à parcourir se répercute aussi sur le travail quotidien du généraliste. Les visites à domicile sur des territoires étendus entraînent un coût et nécessitent du temps. Plusieurs répondants expliquent que la valorisation des visites est nécessaire pour favoriser l'installation en milieu rural.

2.4. LA PROXIMITE DES COMMERCE ET DES SERVICES CULTURELS ET D'UN ETABLISSEMENT SCOLAIRE NE SONT PAS DES CRITERES MAJEURS

Ces résultats peuvent paraître surprenants. En effet, la proximité d'un établissement scolaire n'est citée que par **13,5 %** des répondants. La proximité des commerces et services culturels est citée par **24%** d'entre eux.

D'autres études déjà réalisées (4, 37, 70) ne concluent pas aux mêmes résultats. Selon l'ISNAR- IMG (4), 70% des internes jugent la présence d'un établissement scolaire sur leur futur lieu d'installation indispensable, critère qui arrive en tête devant une épicerie et dans l'ordre suivant : une poste, une station service, une banque, des pompiers et enfin la police.

Cette discordance entre les enquêtes déjà réalisées et les résultats de mon questionnaire peut s'expliquer par la présence d'un biais. En effet, la proximité d'une zone urbaine implique nécessairement la présence d'un établissement scolaire et des commerces et services culturels.

Ces résultats signifient que même si un village garde ses commerces, services culturels et école, cela ne suffit pas à compenser la proximité d'une zone urbaine. La majorité des répondants préfère vivre en ville plutôt qu' à la campagne même avec tous ces services à proximité.

Notons enfin que la notion de proximité reste relative. La proximité d'une grande ville peut ne pas avoir la même signification pour les différents répondants (en terme de temps et de distance).

3. QUESTION(S) A DISTANCE

3.1. ATTRACTIVITE DES CONDITIONS DE TRAVAIL EN MSP

40% des répondants ont affirmé que les conditions de travail proposées en MSP étaient suffisamment attractives pour qu'ils envisagent une installation en zone rurale. Ce résultat est différent de celui de la thèse de JY. SALMON, réalisée en 2009 (6), selon laquelle seulement 22% des remplaçants ayant répondu souhaitaient s'installer en maison médicale. Cette différence laisserait supposer qu'il y aurait une meilleure connaissance de ces structures et de leurs avantages aujourd'hui (bien qu'il ne se soit écoulé que très peu de temps depuis 2009).

Le fait d'avoir eu le détail des conditions de travail proposées en MSP dans le questionnaire initial a-t-il eu une influence ?

3.2. ATTRACTIVITE DU SALARIAT

Il faut également souligner que 35% des «réfractaires» aux MSP (ayant répondu non à la question : « Les conditions de travail proposées au sein des MSP sont-elles suffisamment attractives à l'installation en zone rurale ? ») se disent par contre attirés par l'exercice salarié. Plusieurs études (58, 62, 71) confirment que le développement du salariat dans le cadre des maisons pluridisciplinaires pourraient rendre les territoires ruraux plus attractifs.

Le modèle le plus ancien d'exercice pluriprofessionnel basé essentiellement sur le salariat est le centre de santé (Rapport HUBERT). (3) Selon Yannick RUELLE et Didier RUHOT (72), médecins généralistes exerçant dans une telle structure, le salariat permet de se recentrer sur le soin.

4. LIMITES DE L'ETUDE

4.1. LIMITES LIEES AU PROTOCOLE

4.1.1. Mode de sélection de la population

Le questionnaire a été envoyé aux internes et jeunes diplômés inscrits au SIMGA. Ce choix a été fait car il permettait d'obtenir un maximum d'adresses mails d'internes d'Aquitaine et même d'anciens internes ayant terminé l'internat mais encore inscrits au syndicat. Les listes fournies par la faculté permettaient de connaître le nom, prénom, année d'étude de l'interne, mais il n'était pas possible d'obtenir leurs coordonnées, d'où la difficulté d'envoyer le questionnaire par courrier postal ou de leur téléphoner. De plus, je pensais obtenir plus de réponses par courrier électronique que par courrier postal (renvoi du questionnaire à l'aide d'un simple clic grâce à un logiciel Gmail document).

Il existe nécessairement un biais de sélection car cette liste de mails ne comprenait pas l'adresse de tous les étudiants inscrits en troisième cycle d'étude médicale d'Aquitaine. La population sur laquelle a été faite l'étude est celle qui a fait la démarche de s'inscrire auprès de ce syndicat d'internes. Il est possible que ces étudiants soient plus impliqués dans les problématiques de la médecine générale. Cependant, les internes sont nombreux à s'inscrire à ce syndicat. J'ai calculé qu'au moins 64% d'entre eux y sont inscrits (voir résultats: § 2.1.2. Inscrits au SIMGA et à la faculté de Bordeaux, répartition des inscrits en fonction de l'année d'étude).

Au total : j'ai donc considéré cet échantillon, par son nombre, représentatif des internes d'Aquitaine.

4.1.2. La proportion de femmes

Parmi les répondants au questionnaire, 75% sont des femmes et 25% des hommes. Or, les femmes ne représentent que 65 % des internes inscrits à la faculté de médecine de Bordeaux. Dans la mailing liste du SIMGA, j'ai compté 70 % de femmes et 30% d'hommes (le sexe a été déterminé à partir du prénom inscrit sur l'adresse mail).

4.1.3. La répartition des internes ayant participé à l'étude

Parmi les répondants, il n'y a que 8 internes de première année contre 44 en deuxième et 42 en troisième. Or parmi les inscrits au SIMGA, il y en a autant dans les 3 années. Les jeunes internes ont moins répondu au questionnaire ce qui semble logique puisque l'installation est encore loin pour eux et ils ne se sentent peut-être pas encore concernés par toutes les problématiques qui y sont liées.

4.1.4. La population d'anciens internes

J'ai remarqué que la liste du SIMGA comportait des adresses mails de personnes ne figurant pas sur la liste des étudiants inscrits en troisième cycle des études médicales. J'en ai déduit, étant moi-même encore sur la liste et ayant fini l'internat, qu'il s'agissait d'anciens internes ayant eux aussi terminé leur cursus récemment. Je n'ai pas pu savoir pourquoi certains sont encore inscrits au syndicat des internes, mais je les ai inclus car il me paraissait intéressant d'avoir les réponses de jeunes diplômés car ils sont un peu plus proches du moment de l'installation.

4.1.5. L'envoi en deux temps du questionnaire

« Les conditions de travail proposées en MSP sont-elles suffisamment attractives pour vous installer en zone rurale ? » Cette question qui paraît essentielle n'a été posée que dans un second temps, après une analyse des résultats du premier questionnaire : je me suis aperçue que les conditions proposées étaient incitatives mais que je ne posais pas la question directement à savoir si elles étaient suffisamment incitatives pour que ces jeunes médecins envisagent une installation en milieu rural. J'ai donc renvoyé cette question à distance.

Le nombre de réponses obtenu a été plus faible pour cette dernière question que pour le questionnaire principal (environ 17% de réponses en moins).

4.2. LIMITES LIEES A L'INTERPRETATION DES RESULTATS

4.2.1. Etude basée sur des données déclaratives

D'après les résultats de cette étude, chaque facteur proposé est incitatif pour une grande

majorité de répondants.

A la question envoyée dans un second temps : « Les conditions de travail proposées au sein de MSP sont-elles suffisamment incitatives pour vous installer en zone rurale ? », 40% répondent oui. Ce résultat est encourageant car il signifierait qu'un nombre non négligeable de jeunes diplômés pourrait s'installer en zone rurale grâce aux conditions de travail proposées en MSP. Cependant, il existe une limite à l'interprétation de ces données car elles sont purement déclaratives. Rien ne permet de prédire combien feront vraiment le choix d'une telle installation sachant tous les autres éléments déterminants qui la conditionnent (travail du conjoint, proximité familiale et amicale, proximité d'une zone urbaine...).

D'après l'enquête de l'ISNAR-IMG (4), les internes sont encore plus nombreux que dans cette étude à se dire prêts à envisager une installation en zone déficitaire : 87,8% d'entre eux. Ils précisent tout de même qu'il leur faudrait certaines conditions. Là encore, il est mis en évidence que d'autres facteurs interviennent dans le choix du lieu d'installation, autres que les conditions de travail.

4.2.2. Incertitude sur le nombre de jeunes médecins susceptibles d'avoir changé d'avis suite à ces propositions

Il n'est pas possible de déterminer combien ont éventuellement changé d'avis en ayant pris connaissance des conditions de travail proposées au sein des MSP. Peut-être qu'une partie de ces jeunes médecins n'excluaient pas l'idée d'une installation en milieu rural et que ces propositions viennent les conforter dans ce choix. Y a-t-il parmi ceux qui répondent oui des jeunes médecins qui étaient totalement opposés à une installation en milieu rural et qui finalement l'envisagent au vu des conditions de travail proposées ?

Ces résultats ne permettent pas de déterminer dans quelle proportion le grand nombre des jeunes diplômés qui font aujourd'hui des choix alternatifs à la médecine libérale (salariat, hospitalier ou non) seraient intéressés par la pratique de médecine générale dans un autre cadre que le cabinet traditionnel.

5. PROPOSITIONS

5.1. DEVELOPPER L'INFORMATION

Selon la FFMSP (9), l'exercice regroupé en MSP est de plus en plus prisé des professionnels, en particulier des plus jeunes. Or dans mon étude, les propositions les moins incitatives sont les plus spécifiques des MSP : rémunération des réunions pluridisciplinaires, des actes de prévention, élaboration de protocoles pluriprofessionnels, délégation de tâches. J'ai supposé que ces propositions étaient moins attractives pour les jeunes médecins car moins connues, étant donné que moi-même, je les ignorais avant de réaliser ce travail de thèse.

D'après la thèse de JY. SALMON (6), il existe un manque d'information ou de préparation des jeunes médecins pour travailler dans ces structures. Pour le CNOM (7), les résultats des enquêtes auprès des futurs installés prouvent qu'il faut progresser en matière de communication et aider les jeunes dans leur choix d'installation. Les représentants des internes (SNJMG) (56, 57) souhaitent un effort d'information auprès des candidats potentiels à l'installation concernant les conditions d'installation, les possibilités d'aide et les différents modes d'exercice.

L'interlocuteur unique dans chaque ARS de l'Hexagone mis en place depuis le 1^{er} février 2013 par Marisol TOURAINE (4) tente de répondre à cette demande. Il faudrait peut-être un rappel par courrier ou par téléphone de chaque médecin afin de l'informer de l'existence de cet interlocuteur et éventuellement lui délivrer ses coordonnées (82% des répondants du questionnaire ne connaissent pas son existence).

5.2. DEVELOPPER LES STAGES DE MEDECINE GENERALE

5.2.1. Le SASPAS (stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée)

D'après une thèse réalisée en 2009 sur le retard à l'installation (6), la réalisation d'un stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) pour tous les étudiants de médecine générale est un des éléments qui pourrait favoriser l'installation. Les représentants du SNJMG (57) réclament la possibilité de réaliser un SASPAS pour tous les internes de médecine générale ce qui n'est pas le cas actuellement. En 2006, l'ISNAR-IMG regrettait que seulement 17% des futurs généralistes bénéficient du SASPAS. (73)

Une thèse réalisée en 2007 concernant le centre médical Batasuna situé à Mauléon (74) suggérait que la crainte et l'appréhension de l'exercice en milieu rural tel que se l'imagine un jeune médecin (isolement, dévouement et disponibilité 24 h sur 24) pouvait être surmontée par la réalisation d'un SASPAS dans une telle structure.

En 2013, le CNOM (16) fait le constat que les départements ruraux ont la particularité de voir s'installer leurs remplaçants. Cela encourage à faire découvrir aux étudiants l'exercice en milieu rural, par la réalisation de stages. D'après le cahier des charges (9, 11, 12), les professionnels qui exercent en MSP s'engagent à s'investir dans la formation d'étudiants. Le meilleur moyen pour les étudiants de connaître ces structures est d'y effectuer un stage.

5.2.2. Une expérience précoce en soins primaires

De même, le stage de deuxième cycle de médecine générale n'est actuellement effectué que par très peu d'étudiants. Il doit devenir enfin partout une réalité car il peut être déterminant dans le choix du futur exercice de l'étudiant. (56, 70)

Parmi les mesures du pacte Territoire Santé annoncé par la Ministre de la Santé le 13 décembre 2012, il est prévu que 100% des étudiants en médecins fassent un stage en libéral. (1, 43, 45)

La réflexion sur la réalisation de stage en médecine générale a un intérêt particulier dans ce travail sur les MSP : une étude de la FFMS (9) a montré que les jeunes internes de médecine générale s'installent 5 fois plus souvent lorsque leurs stages se sont réalisés en maison de santé que dans des cabinets isolés. Un autre objectif du pacte Territoire-Santé est de rapprocher les maisons de santé et les universités afin de multiplier les terrains de stage. (43, 44, 51)

5.3. LE SALARIAT

Le regroupement au sein d'une MSP peut créer chez les jeunes médecins des réticences liées aux coûts de fonctionnement : frais de personnel, loyer, travail de gestion administrative. D'après l'ouvrage de P. De HAAS (11), ce travail de gestion est réalisé dans certaines MSP par un «coordinateur administratif», chargé de fixer les dates de réunions, les organiser, gérer les relations avec les partenaires, réaliser les dossiers de financement, gérer les locaux et le personnel d'accueil... Selon C. BONNAUD (58), les maisons de santé ne peuvent fonctionner sans la présence de ces administrateurs, mais celle-ci ayant un coût, une proposition de salariat serait à envisager pour attirer les jeunes médecins.

Pour l'instant le salariat ne fait pas partie des propositions de la FFMSP. L'avenir permettra peut-être de définir s'il est nécessaire de le mettre en place en fonction des expériences au sein de ces différentes structures.

5.4. MAINTENIR LA PRESENCE DES SERVICES PUBLICS EN ZONE RURALE

Comme ils l'ont exprimé dans ce questionnaire ainsi que dans d'autres enquêtes (4, 7, 21, 26, 33), les jeunes médecins sont prêts à réfléchir à une installation en milieu rural, mais à condition de ne pas être les seuls. Il faudrait redynamiser ces lieux, ce qui n'est pas la tendance actuelle. C'est un facteur sociétal et économique qui dépasse le champ médical. Certains équipements et services de proximité sont indispensables pour maintenir une vie dans le monde rural et semi-rural et attirer les médecins et leur famille.

Cependant, les résultats du questionnaire montrent que la présence d'un établissement scolaire ainsi que de commerces et services culturels ne compense pas la présence d'une zone urbaine puisque celle-ci est beaucoup plus plébiscitée que les 2 critères précédents. Il n'est donc pas certain que même en maintenant les services publics minimums, les médecins soient davantage attirés par une installation en zone rurale.

5.5. POURSUIVRE L'EFFORT SUR LA FACILITATION DES DEMARCHES A L'INSTALLATION

5.5.1. Maintien et développement du guichet unique

Les chefs de projets au sein des ARS peuvent apporter une aide dans le projet de santé : conseil juridique, comptable, identification des sources de financement, choix des systèmes d'information, mise en relation avec architecte, collectivités locales, autres acteurs de santé (hôpitaux locaux, réseaux). L'existence de cet interlocuteur régional est une aide précieuse dans le montage d'un projet de MSP qui peut s'avérer complexe. Le développement de cette fonction doit se poursuivre afin que chaque équipe de professionnels ayant un projet de regroupement en zone sous-médicalisée puisse en bénéficier.

5.5.2. Création d'un nouveau statut juridique des MSP

Avant mars 2012, la fragilité juridique de l'exercice regroupé pluridisciplinaire avec absence de statut juridique clair constituait un frein majeur à l'installation en MSP. Il existait souvent une coexistence de différents statuts car aucun pris individuellement ne correspondait aux objectifs et besoins des MSP et PSP. Ceci complexifiait le montage et décourageait les professionnels de santé. (3)

Un nouveau statut juridique concernant les structures pluriprofessionnelles a été créé le 25 mars 2012 (paru au Journal Officiel). Les MSP participant aux expérimentations des nouveaux modes de rémunération ont désormais le statut de **société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA)**. Il s'agit d'une « société civile de moyen (SCM) améliorée » qui permet de recevoir des dotations publiques (pour l'éducation thérapeutique, la coordination...) et de redistribuer légalement aux membres de la maison de santé selon l'activité de chacun. (3, 9, 11)

CONCLUSION

Les conditions de travail proposées au sein des MSP sont globalement incitatives pour les jeunes médecins ayant répondu à cette étude. Mais les critères les plus spécifiques des MSP (nouvelles rémunérations pour les activités de soins coordonnés) sont les moins incitatifs, alors que ceux qui ne sont pas spécifiques et peuvent être mis en place partout (comme ceux concernant l'organisation de la permanence des soins) sont les plus incitatifs.

Ce travail apporte aussi les éléments suivants :

1) Discordance entre l'attraction des jeunes médecins pour l'exercice en équipe et le moindre attrait pour les moyens de le développer

Les protocoles pluriprofessionnels, la délégation de tâches aux paramédicaux, les nouvelles rémunérations sont l'expression de l'exercice coordonné. Mais paradoxalement ils paraissent beaucoup moins incitatifs que l'exercice coordonné en lui-même.

Les éléments qui peuvent expliquer cette discordance sont :

- Manque de connaissance

Ces nouvelles notions de travail et les aides à l'installation en zone sous-médicalisée en général, semblent peu connues des jeunes médecins. Les résultats de ce questionnaire et de l'enquête de l'ISNAR-IMG le montrent de manière franche.

Ces nouvelles mesures, spécifiques des MSP, sont en plein développement et pas encore toutes formalisées. La FFMSPP elle-même reconnaît que des questions restent en suspens concernant les nouveaux modes de rémunération, la délégation des tâches et la coopération interprofessionnelle. Ces nouvelles notions sont moins attractives pour les répondants car il ne s'en dégage pas un intérêt concret à la première lecture.

- Attraction vers un exercice regroupé plutôt que coordonné

En MSP, la coordination est formelle et rémunérée, dans un but d'efficacité. Le fait de formaliser et rémunérer les échanges entre professionnels représente un changement dans la pratique libérale qui peut générer des réticences même chez les jeunes médecins.

Les facteurs les plus attractifs sont davantage liés au regroupement car il représente le moyen d'aménager ses horaires, de prendre des congés sans rompre la continuité médicale, ce qui semble essentiel pour les jeunes médecins. Mais il n'est pas certain que l'exercice coordonné au sens proposé par les MSP leur convienne vraiment.

Les jeunes médecins qui choisissent de rester à l'hôpital le font par attrait pour le travail en équipe. Ceux qui font le choix du libéral ont une quête d'autonomie et sont peut-être moins enclins à s'adapter aux pratiques d'autres confrères et à suivre des protocoles.

2) Les MSP aussi incitatives soient-elles ne compensent pas la réticence à aller vivre en milieu rural

Les futurs médecins généralistes attachent autant d'importance à leur qualité de vie qu'à leurs conditions de travail. Celles proposées au sein des MSP aussi incitatives soient-elles, peuvent ne pas suffire à les attirer en zones rurales car d'autres facteurs conditionnent le choix du lieu d'installation : possibilité de travail pour le conjoint, proximité familiale et amicale. La possibilité de concilier au mieux vie professionnelle et vie privée est un des éléments déterminants du choix du lieu et du moment d'installation.

De plus, les résultats de ce questionnaire montrent clairement que les commodités locales, école et services culturels ne compensent pas la proximité d'une zone urbaine. Les jeunes médecins préfèrent vivre « en ville ».

3) Mesures pouvant renforcer l'attractivité des MSP

- Il paraît indispensable de développer les stages de médecine générale dans les MSP afin que les internes, futurs candidats à l'installation, découvrent les conditions de travail qui y sont proposées et puissent dépasser leur appréhension de l'exercice en milieu rural qui, pour eux, est souvent synonyme d'isolement, de dévouement et de surcharge de travail. Il est nécessaire de renforcer l'information concernant les avantages offerts par ces structures et la réalisation de stages semble être un moyen efficace.
- Le salariat pourrait attirer vers les maisons de santé un plus grand nombre de jeunes médecins : il délègue les professionnels des tâches de gestion du cabinet et leur permet de se consacrer entièrement à leur activité de soins.

D'autres études pourraient découler de ce travail. Il serait intéressant de recueillir l'avis des autres professionnels de santé : infirmières, kinésithérapeutes, dentistes... Sont-ils eux aussi prêts à exercer en zone rurale dans ces structures ?

Cette étude n'aborde pas non plus l'avis des usagers des MSP : les patients. Cette nouvelle organisation de la médecine de premier recours correspond-elle aux attentes des Aquitains ? Certains patients peuvent craindre que le regroupement des professionnels de santé en un seul et même site, les éloigne géographiquement de leur médecin généraliste. Pour remédier à cette difficulté, les pôles de santé sont une solution éventuelle : les professionnels exercent de manière coordonnée, mais ne sont pas physiquement au même endroit (intérêt en particulier en Aquitaine, où le territoire est étendu).

BIBLIOGRAPHIE

(1) ARS, Agence Régionale de Santé, toute l'actualité. Marisol Touraine annonce un « pacte territoire-santé » 13 décembre 2012. [En ligne].

<http://www.ars.sante.fr/Marisol-Touraine-annonce-un.150379.0.html>. Consulté le 15 septembre 2013.

(2) Legmann M, Romestaing P, Le Breton le Rouvillois G. Atlas du CNOM de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2012; tome 1 : 1-167. [En ligne].

http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/atlas2012_tome1.pdf?download=1. Consulté le 15 septembre 2013.

(3) Hubert E. Mission de concertation sur la médecine de proximité. Novembre 2010; 183 p. [En ligne].

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000622/index.shtml>. Consulté le 15 septembre 2013.

(4) Congrès ISNAR-IMG (14ème congrès national; les 18 et 19 janvier 2013; Tours). Ce que veulent les futurs généralistes. Lyon : ISNAR, 2013.

(5) Groupe santé région territoire en Aquitaine. Comment éviter la désertification médicale ? Guide méthodologique au service des acteurs territoriaux. Conseil régional d'Aquitaine. 2006; 55 p. [En ligne].

http://aquitaine.fr/IMG/pdf/guide_sante-2.pdf. Consulté le 15 septembre 2013.

(6) Salmon J. Retard à l'installation des généralistes remplaçants. La revue du praticien médecine générale. 23 octobre 2009; tome 23 (828) : 662.

(7) Le Borgne C. Les jeunes ont peur du désert. Panorama du médecin. 28 mai 2007; 5061 : 16.

(8) Sanfourche C. Déserts médicaux l'oasis n'est pas encore en vue. Le généraliste. 20 octobre 2006; 2386. [En ligne].

http://www.legeneraliste.fr/layout/Rub_ACTU.cfm?espace=ACTU&id_rubrique=1011&id_article=13623. Consulté le 15 septembre 2013.

(9) Fédération française des maisons et pôles de santé. [En ligne]. www.ffmps.fr. Consulté le 15 septembre 2013.

(10) Holué C. Maisons de santé : ce qui fait débat. Le Concours Médical. 21 novembre 2012; 9 : 685, Rubrique éditoriale : initiatives.

(11) De Haas P. Monter et faire vivre une maison de santé. Brignais : Le Coudrier; 2010, 173p. (partage d'expériences).

(12) Coutant D. Construire des maisons de santé. Revue Pratiques : déserts médicaux où est le problème ? Janvier 2013; 60 : 50-53.

(13) Plate-forme d'appui aux professionnels de santé Aquitaine, PAPS. Exercice coordonné ou regroupé monter un projet. [En ligne].

<http://www.aquitaine.paps.sante.fr/Exercice-coordonne-ou-regroupe.111869.0.html>.

Consulté le 15 septembre 2013.

(14) Messi P. Plaidoyer pour les maisons de santé rurales. Panorama du médecin. 26 novembre 2007; 5080 : 15.

(15) Bloy G, Schweyer F. Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale. Rennes: Presses de l'école des hautes études en santé publique; 2010, 424 p. (Métiers santé sociale).

(16) Legmann M, Romestaing P, Le Breton Le Rouvillois G. Atlas CNOM de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2013 : 1-221. [En ligne].

<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/atlas-de-la-demographie-medecale-francaise-2013-1327>.

Consulté le 15 septembre 2013.

(17) Rencontre HAS 2008- « Maisons de santé : quel impact sur la qualité de l'offre en santé ? » Table ronde 15 du 18 décembre 2008. [En ligne].

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_717982/fr/rencontres-has-2008-maisons-de-sante-quel-impact-sur-la-qualite-de-l-offre-en-sante. Consulté le 15 septembre 2013.

(18) Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. DREES. Février 2009; 679, 8p. [En ligne].

http://www.centre.paps.sante.fr/fileadmin/CENTRE/PAPS/Choix_du_mode_d_exercice/Besoins_offres_de_sante_et_politique_regionale_de_sante/Etude_DREES_2030.pdf.

Consulté le 15 septembre 2013.

(19) Legmann M, Romestaing P, Le Breton Le Rouvillois G. Atlas CNOM de la démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en Aquitaine. Situation au 1er juin 2011 : 1-50. [En ligne]. <http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/atlas-national-873>.

Consulté le 15 septembre 2013.

(20) INSEE, thème-santé-personnel et équipements de santé. Chiffres clés statistiques de référence France. Médecins suivant le statut de la spécialité en 2011 mise à jour : septembre 2012. [En ligne].

www.insee.fr/fr/themes.aspheme=6&sous_theme=1&type=2&nivgeo=0&produit=OK.

Consulté le 15 septembre 2013.

(21) Vacchiani S. Les jeunes ne refleuriront pas les déserts. SudOUEST. Mardi 4 décembre 2012 : 2-3.

(22) ARS Aquitaine : contexte régional : offre de santé territoire de santé et de proximité. [En ligne]. <http://www.ars.aquitaine.sante.fr/Territoires-de-sante-et-territ.77816.0.html>. Consulté le 15 septembre 2013.

(23) Baudier F, Carel D, Laplante JJ et Al. La santé en milieu rural, avant qu'il ne soit trop tard. Le concours → profession. 16 et 23 avril 2013; tome 125 : 876-880.

(24) ARS Aquitaine: contexte régional. [En ligne]. <http://www.ars.aquitaine.sante.fr/Contexte-regional.77810.0.html>. Consulté le 15 septembre 2013.

(25) ARS Aquitaine : contexte géographique et démographique : un territoire régional étendu avec une métropole régionale excentrée et une population plus âgée que la moyenne des régions françaises avec un vieillissement plus marqué dans les zones rurales. [En ligne].

<http://www.ars.aquitaine.sante.fr/Contexte-geographique-et-demog.128517.0.html>.

Consulté le 15 septembre 2013.

(26) Legmann M, Romestaing P, Le Breton Le Rouvillois G. Atlas CNOM de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2012; tome 2 : 168-259. [En ligne].

http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/atlas2012_tome2.pdf?download=1.

(27) Legmann M, Romestaing P. La démographie médicale en France. Conférence de presse du 18 octobre 2012. [En ligne].

http://www.conseilnational.medecin.fr/system/files/synthesedelaconferencedepresse_du_18oct2012_0.pdf?download=1. Consulté le 15 septembre 2013.

(28) ARS Aquitaine : une offre en prévention encore insuffisamment développée, très dispersée, avec de nombreux financeurs et de nombreux acteurs, mais une dynamique qui existe. [En ligne]. <http://www.ars.aquitaine.sante.fr/Offre-de-sante.128351.0.html>. Consulté le 15 septembre 2013.

(29) Michel L. Mieux connaître les aides à l'installation. Forum IMG, La revue du praticien Médecine Générale. Janvier 2008; tome 22 (793115) : 38.

(30) Boyoud-Ghidossi C. La féminisation de la médecine générale en pratique : du point de vue des étudiantes internes en médecine générale à Grenoble, entre attentes et réalité. Thèse de médecine générale. Université Grenoble 1; 2011, 106p.

(31) Kahn-Bensaude I. La féminisation : une chance à saisir. Rapport du Conseil National de l'ordre des médecins 2005 : 1-38. [En ligne].

<http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/feminisation2005.pdf>. Consulté le 15 septembre 2013.

(32) Lapeyre N, Le Feuvre N. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. RFAS 2005; 1 : 59-81.

(33) Paré F, Garnier F, Viot M. Pourquoi les résidents hésitent à s'installer en zone rurale ? La revue du praticien médecine générale. 2002; 16 (577) : 893-896.

(34) Reed V, Buddeberg-Fischer B. Career obstacles for women in medicine : an overview. Med Educ 2001; 35(2) : 139-147.

(35) Jovic E, Wallace JE, Lemaire J. The generation and gender shifts in medicine : an exploratory survey of internal medicine physicians. BMC Health Services Research 2006; 6 : 55.

(36) Bessiere S. La féminisation des professions de sante en France : données de cadrage. RFAS 2005; 1 : 19-33.

(37) Marechaux F. Où s'installent les nouveaux généralistes ? Une étude cantonale sur 1998-2001. La revue du praticien médecine générale, 2003; tome 17 (604) : 299-300.

(38) Sanfourche C. Lutte contre les déserts médicaux, c'est parti! Le généraliste. 20 janvier 2006; 2356. [En ligne]. http://www.legeneraliste.fr/layout/Rub_ACTU.cfm?espace=ACTU&id_rubrique=1011&id_article=5724. Consulté le 15 septembre 2013.

(39) Ghys B. Mesures fiscales dans les zones de revitalisation rurale. Journal de l'union régionale des professionnels de santé (URPS) des médecins libéraux d'Aquitaine. 1^{er} trimestre 2013; 56 : 5.

(40) Hunsinger V. Le plan Bertrand a-t-il tenu ses promesses ? Le généraliste. 6 avril 2007; 2406. [En ligne]. http://www.legeneraliste.fr/layout/Rub_ACTU.cfm?espace=ACTU&id_rubrique=10122&id_article=15474. Consulté le 15 septembre 2013.

(41) Roueff M. Motifs et freins à l'installation en libéral en Ile de France. URML Ile de France. Janvier 2008 : 66p. [En ligne]. http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_090324.pdf. Consulté le 15 septembre 2013.

(42) Bourgueil Y, Mousques J, et Tajahmadi A. Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé : les enseignements de la littérature. Questions d'économie de la santé Irdes. Décembre 2006; 116 : 6p. [En ligne]. <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes116.pdf>. Consulté le 15 septembre 2013.

(43) Laire Tavares C. Comment séduire les jeunes ? Le généraliste. 18 janvier 2013; 2628. [En ligne]. http://www.legeneraliste.fr/layout/Rub_ACTU.cfm?espace=ACTU&id_rubrique=10122&id_article=35593. Consulté le 15 septembre 2013

(44) Delabant JL. Les 12 engagements nationaux : analyse et commentaire pour l'Aquitaine. Journal de l'URPS des médecins libéraux d'Aquitaine. 1er trimestre 2013; 56 : 2-4.

(45) Le pacte « Territoire-Santé » de Marisol Touraine, 12 mesures pour lutter contre la désertification médicale. Association Nationale des Etudiants en Médecine de France (ANEMF). 13 décembre 2012. [En ligne]. <http://www.anemf.org/Le-Pacte-Territoire-Sante-de.html>. Consulté le 15 septembre 2013.

(46) Dolivet N. Ex-médecin de campagne en Périgord... Journal de l'URPS des médecins libéraux Aquitaine. 1er trimestre 2013; 56 : 5.

(47) Holué C. Les défis de l'exercice regroupé. Le Concours médical. Avril 2012; tome 134 (4) : 266-267.

(48) DHOS/03-DSS-CNAMTS-MSA. Référentiel des maisons de santé pouvant bénéficier d'un soutien financier du FIQCS. Juin 2008; 2 p. [En ligne]. <http://maisonsdesanterurales.msa.fr/wp-content/uploads/referentiel-100-msp-fiqcs-juin-20081.pdf>. Consulté le 15 septembre 2013.

(49) Cahier des charges des maisons de santé pluri-professionnelles pouvant bénéficier d'un soutien financier DGOS/PF3/CdC MSP PF3 R2 DSS RB. 21 juillet 2010; 9 p. [En ligne] http://www.ars.champagne-ardenne.sante.fr/fileadmin/CHAMPAGNE-ARDENNE/ARS_Internet/actualites/MSP_Appel_offres/Annexe1_Cahier_des_chargesnation alMSP.pdf. Consulté le 15 septembre 2013.

(50) Acker F. Infirmières: activités et territoires. Revue Pratiques, déserts médicaux où est le problème ? Janvier 2013; 60 : 40-41.

(51) Rumeau-Pichon C, Chambaretaud S, Couillerot A et Al. Délégation, transferts, nouveaux métiers...Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? Recommandations HAS en collaboration avec ONDPS. 2008; 61 p. [En ligne].

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reco_cooperation_vvd_16_avril_2008_04_16__1_2_23_31_188.pdf. Consulté le 15 septembre 2013.

(52) HAS. Elaboration des protocoles pluriprofessionnels des soins de premier recours. 14 mars 2012. [En ligne].

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1216216/elaboration-des-protocoles-pluriprofessionnels-de-soins-de-premier-recours. Consulté le 15 septembre 2013.

(53) HAS. Matrice de maturité en soins primaires note de synthèse. Décembre 2012. 48 p. [En ligne]

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201303/matrices_de_maturite_en_soins_primaires_note_de_synthese.pdf. Consulté le 15 septembre 2013.

(54) Sanchez J. Le coup de main de l'Union. Journal de l'URPS des médecins libéraux Aquitaine. 1er trimestre 2013; 56 : 6.

(55) Plan démographie médical. Les 10 propositions de l'ANEMF en matière de démographie médicale. ANEMF. [En ligne].

www.egora.fr/sites/default/files/Anemf-propositions.pdf. Consulté le 15 septembre 2013.

(56) Battistoni J. Des syndicats médicaux proposent. Revue pratique, déserts médicaux : où est le problème ? Janvier 2013; 60 : 64-66.

(57) SNJMG, Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes. Propositions du SNJMG sur la démographie médicale. [En ligne].

http://www.snjmg.org/demographie/demographie_installation.html. Consulté le 15 septembre 2013.

(58) Bonnaud C. Jeter l'éponge. Revue pratique, déserts médicaux : où est le problème ? Janvier 2013; 60 : 20-21.

(59) Cairey-Remmonay, C. Les facteurs favorisant et freinant le montage des maisons de santé pluriprofessionnelles en Franche-Comté. Thèse de médecine générale. Université de Besançon; 2012, 214 p.

(60) Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I et Al. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009, question d'économie de la santé IRDES. Septembre 2010; 157 : 6 p. [En ligne]. <http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes157.pdf>. Consulté le 15 septembre 2013.

(61) Rosier F. Enquête : les internes prêts à exercer en zone déficitaire. Impact médecine. 2011; 348 : 4-5.

(62) Bourgueil Y, Clement M, Couralet P. et Al. Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et Bourgogne, questions d'économie de la santé, IRDES Octobre 2009; 147 : 8p. [En ligne]. <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes147.pdf>. Consulté le 15 septembre 2013.

(63) Plaquette « Hôpital, patients, santé et territoires »: une ambition nécessaire pour préserver notre système de santé. Loi parue au JO le 22 juillet 2009. [En ligne].

<http://www.sante.gouv.fr/la-loi-hopital-patients-sante-et-territoires.html>. Consulté le 15 septembre 2013.

(64) Fabier R. Eléments qui améliorent la qualité de vie au travail des médecins généralistes libéraux. Enquête d'opinion auprès d'un échantillon de médecins généralistes landais. Thèse de médecine générale. Université Bordeaux 2; 2012, 134 p.

(65) HAS : efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation. Juillet 2013. [En ligne]

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1622477/fr/efficience-de-la-telemedecine-etat-des-lieux-de-la-litterature-internationale-et-cadre-devaluation. Consulté le 15 septembre 2013.

(66) Bloy G. Jeunes généralistes et déserts médicaux. Revue Pratiques : déserts médicaux où est le problème ? Janvier 2013; 60 : 77-79.

(67) Juilhard J.M. Offre de soins, comment réduire la fracture territoriale ? Rapport d'information à la Commission des affaires sociales du Sénat. 2007; 14. [En ligne].

<http://www.senat.fr/rap/r07-014/r07-014-syn.pdf> . Consulté le 15 septembre 2013.

(68) Le Fur P, Bourgueil Y, Cases C. IRDES le temps de travail des médecins généralistes une synthèse des données disponibles. Juillet 2009; 144. [En ligne].

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes144.pdf>. Consulté le 15 septembre 2013.

(69) Leblanc A. Le concept de maison de santé pluridisciplinaire en milieu rural et semi-rural compte tenu de l'évolution de la démographie médicale et des pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Thèse de médecine générale. Université Lille 2; 2008, 95 p.

(70) Observatoire régional de la Santé Aquitaine. Motivations et freins à l'installation des médecins généralistes libéraux : synthèse de la littérature. Décembre 2011; 8 p. [En ligne].

<http://www.ors-aquitaine.org/index.php/publications-orsa/item/motivations-et-freins-a-linstallation-des-medecins-generalistes-liberaux-synthese-de-la-litterature>. Consulté le 15 septembre 2013.

(71) Michel C., Leroy D., Pirot D. Rapport du groupe de travail médecins territoriaux. Séance plénière du 24 avril 2013; 53p. [En ligne].

<http://www.csfpt.org/documents/042013/25041310161727Rapportgroupemedecins.pdf>.

Consulté le 15 septembre 2013.

(72) Cannasse S. Entretien de Didier Ruhot et Yannick Ruelle: le salariat permet de se recentrer sur le soin. La revue du praticien médecine générale. 15 mai 2013; (901) : 358-359. Rubrique éditoriale : entretien.

(73) Hunsinger V. Stages au cabinet : les internes en redemandent. Le généraliste. 12 janvier 2006; 2355 [En ligne]. http://www.legeneraliste.com/layout/Rub_ACTU.cfm?espace=ACTU&id_rubrique=10122&id_article=5679. Consulté le 15 septembre 2013.

(74) Larrègle J. Le regroupement des médecins en milieu rural est-il une solution aux problèmes démographiques de la médecine générale : le cas du centre Batasuna à Mauléon. Thèse de médecine générale. Université Bordeaux 2; 2007, 106 p.

ANNEXES

ANNEXE 1 : MAIL EXPLICATIF ENVOYE AUX INSCRITS DU SIMGA

Bonjour à tous,

Après avoir effectué comme vous mon internat en Aquitaine, je réalise actuellement un travail de thèse dirigé par le Dr Prouff, médecin généraliste à Anglet.

Le but de cette thèse est de vérifier si les conditions d'exercice proposées dans les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) sont susceptibles de vous inciter à vous installer en zone sous-médicalisée. Afin d'y répondre, je vous invite à remplir un questionnaire en cliquant sur le lien ci-dessus.

Merci d'avance de prendre ces quelques minutes pour y répondre (nous l'avons testé, comptez entre 3 et 4 minutes) qui me seront par la suite d'une très grande utilité.

Je précise que vos réponses me parviendront de façon anonyme.

Au cas où certains termes vous seraient inconnus, vous pouvez consulter les définitions en fin de questionnaire (repérées par des numéros).

Cordialement,

Hélène TEXIER

ANNEXE 2 : DEFINITIONS PROPOSEES AVEC LE QUESTIONNAIRE

(1) Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) : structures établies dans des zones déficitaires, regroupant au moins 2 médecins et une profession paramédicale (infirmière, masseur-kinésithérapeute) ayant élaboré ensemble des projets coordonnés de soins, de prévention, d'éducation thérapeutique et de formation.

(2) Protocoles pluriprofessionnels de soins en santé primaire : les médecins et les paramédicaux élaborent ensemble des protocoles de soins, de suivi, de formation à partir de référentiels validés scientifiquement, par exemple par l' HAS. Ceux-ci doivent être facilement accessibles et utilisables par tous.

(3) Délégation de tâche ou partage de compétences : le regroupement coordonné de professionnels de santé permet aux médecins de déléguer des tâches médicales à des paramédicaux (conseils diététiques, suivi d'une hypertension artérielle stable, d'un diabète équilibré, d'un traitement anticoagulant... par alternance consultation médecin-IDE).

(4) Télémédecine : regroupe les pratiques médicales permises ou facilitées par les télécommunications: envoi de documents (ECG, imagerie, photos...) et consultations à distance par des médecins spécialistes d'organe (cardiologue, radiologues, dermatologues etc...).

(5) Rémunération forfaitaire du temps passé à :

- La coordination : réunions pluridisciplinaires, élaboration de protocoles de prise en charge, coordination des soins avec les autres acteurs de santé du territoire (hôpital, service de soins à domicile, autres maisons de santé...)
- L'éducation thérapeutique et la prévention, par exemple : formation des patients à l'auto-mesure tensionnelle, réalisation de séances d'éducation à la santé pour certaines pathologies chroniques: diabète de type 2, HTA, insuffisance cardiaque, asthme, lombalgies, temps d'information-éducation pour les patients sous anti-coagulants, consultations diététiques... Ces rémunérations sont actuellement octroyées à titre expérimental dans certaines MSP. Pour en bénéficier, les professionnels de santé doivent respecter un cahier des charges bien précis.

ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE PRINCIPAL

Votre situation

Vous êtes :

- une femme
- un homme

Votre activité actuelle :

- interne de 1ère année
- interne de 2ème année
- interne de 3ème année
- remplaçant(e)
- salariée (hôpital, soins de suite, autre)
- mixte (salariée et libérale)
- Autre :

Si vous êtes en couple, merci de préciser éventuellement l'activité professionnelle de votre conjoint(e) :

Avez-vous des enfants à charge ?

- oui
- non

Votre expérience en milieu rural

Avez-vous déjà vécu en milieu rural ?

- oui
- non

Avez-vous une expérience professionnelle de l'exercice en milieu rural (stage(s) et/ou remplacement(s)) ?

- oui
- non

Si oui, précisez sous quelle forme :
(plusieurs réponses possibles si plusieurs stages ou remplacements)

- praticien isolé
- cabinet de groupe
- Autre :

Votre projet professionnel

Envisagez-vous de vous installer en libéral ?

- oui
- non
- je ne sais pas encore

Si oui, précisez le mode d'exercice qui vous conviendrait le mieux ?

- cabinet, seul
- exercice regroupé

Si oui, dans quel délai ?

- moins de 5 ans
- 5 à 10 ans
- plus de 10 ans
- je ne sais pas

Si vous ne souhaitez pas vous installer, pouvez-vous préciser pourquoi ?
Exemple : préférence pour le salariat, pour l'activité hospitalière...

Votre avis concernant l'exercice en structure pluriprofessionnelle (1)

Classez ces facteurs selon qu'ils vous paraissent incitatifs ou non à l'installation en zone déficitaire :

1) Organisation du travail

Exercice coordonné en groupe avec différents professionnels de santé: infirmière, kinésithérapeute, pharmacien, dentiste, diététicienne, podologue, psychologue...

1 2 3 4

Pas incitatif

Très incitatif

Sélectionnez une valeur comprise entre 1, pas incitatif, et 4, très incitatif.

Possibilité de vacations effectuées à la maison de santé par des médecins spécialistes d'organes :

1 2 3 4

Pas incitatif

Très incitatif

Sélectionnez une valeur comprise entre 1, pas incitatif, et 4, très incitatif.

Hôpital à proximité pouvant fonctionner en coordination avec la MSP :

1 2 3 4

Pas incitatif

Très incitatif

Sélectionnez une valeur comprise entre 1, pas incitatif, et 4, très incitatif.

Secrétariat sur place :

1 2 3 4

Pas incitatif

Très incitatif

Sélectionnez une valeur comprise entre 1, pas incitatif, et 4, très incitatif.

Existence de protocoles pluriprofessionnels de soins (2) :

1 2 3 4

Pas incitatif

Sélectionnez une valeur comprise entre 1, pas incitatif, et 4, très incitatif.

Très incitatif

Délégation de tâches (3) aux paramédicaux de la structure :

1 2 3 4

Pas incitatif

Sélectionnez une valeur comprise entre 1, pas incitatif, et 4, très incitatif.

Très incitatif

Existence d'un système d'information partagée permettant aux professionnels d'avoir accès à un dossier patient complet et régulièrement mis à jour :

1 2 3 4

Pas incitatif

Sélectionnez une valeur comprise entre 1, pas incitatif, et 4, très incitatif.

Très incitatif

Utilisation de la télémédecine (4) :

1 2 3 4

Pas incitatif

Sélectionnez une valeur comprise entre 1, pas incitatif, et 4, très incitatif.

Très incitatif

2) Aides au fonctionnement

Aide technique et/ou financière pour l'étude des besoins de santé sur le territoire en amont de la création de la MSP :

1 2 3 4

Pas incitatif

Très incitatif

Sélectionnez une valeur comprise entre 1, pas incitatif, et 4, très incitatif.

Mise à disposition par les collectivités de locaux à loyer modéré :

1 2 3 4

Pas incitatif

Très incitatif

Sélectionnez une valeur comprise entre 1, pas incitatif, et 4, très incitatif.

Rémunération du temps passé pour les réunions pluridisciplinaires (5) :

1 2 3 4

Pas incitatif

Très incitatif

Sélectionnez une valeur comprise entre 1, pas incitatif, et 4, très incitatif.

Rémunération spécifique prévue pour les actes de prévention et d'éducation thérapeutique (5) :

1 2 3 4

Pas incitatif

Très incitatif

Sélectionnez une valeur comprise entre 1, pas incitatif, et 4, très incitatif.

3) Permanence des soins (système de garde)

Existence d'un système de garde vous libérant de la nécessité d'être « disponible à tout moment » :

1 2 3 4

Pas incitatif

Très incitatif

Sélectionnez une valeur comprise entre 1, pas incitatif, et 4, très incitatif.

Possibilité de prendre des congés sans qu'en soit affectée la permanence des soins et le suivi des patients :

1 2 3 4

Pas incitatif

Très incitatif

Sélectionnez une valeur comprise entre 1, pas incitatif, et 4, très incitatif.

Emploi du temps organisé afin de ne pas dépasser la charge horaire hebdomadaire de travail souhaitée :

1 2 3 4

Pas incitatif

Très incitatif

Sélectionnez une valeur comprise entre 1, pas incitatif, et 4, très incitatif.

Vos connaissances concernant les structures pluriprofessionnelles

Avez-vous déjà entendu parler des maisons de santé et pôles de santé pluriprofessionnels ?

- oui
- non

Savez-vous qu'il existe un interlocuteur régional unique auprès duquel vous pouvez vous renseigner pour tout projet de regroupement en zone sous-médicalisée ?

- oui
- non

Connaissez-vous les conditions nécessaires pour obtenir des aides de la part de l'Agence Régionale de Santé (ARS) lors d'un projet de regroupement ?

- oui
- non

4) Environnement et qualité de vie

Parmi ces critères, cochez les 2 plus importants dans le choix de votre lieu d'installation :

- Proximité d'une zone urbaine (Bordeaux, Pau, Bayonne, Dax, Mont De Marsan, Agen, Périgueux, Bergerac...)
- Proximité familiale et amicale
- Proximité d'un établissement scolaire
- Possibilité de travail pour le conjoint
- Proximité de commerces et services culturels

Conclusion

Si vous avez des idées, merci d'inscrire d'autres facteurs éventuels qui pourraient vous inciter à travailler en milieu rural :
(suggestion: salariat...)



ANNEXE 4 : MAIL EXPLICATIF POUR LA (OU LES) QUESTION(S) A DISTANCE

Bonjour à tous,

Vous avez été nombreux à répondre au questionnaire que je vous ai envoyé pour ma thèse en Mars au sujet des maisons de santé pluriprofessionnelles et je vous en remercie. Les résultats obtenus m'ont amené à me poser une question essentielle, à savoir si pour vous, les conditions d'exercice proposées dans ces structures sont suffisamment attractives pour vous installer en zone rurale.

Pour répondre à cette question, il vous suffit de cliquer sur le lien ci-dessus et de cocher oui ou non, c'est très simple et cela me sera très utile! (En cas de réponse négative, il y aura aussi une 2ème question au sujet de l'exercice salarié).

.Merci d'avance,

Cordialement,

Hélène TEXIER

ANNEXE 5 : QUESTION(S) ENVOYEE(S) A DISTANCE

Maisons de santé dernière question...

Les conditions de travail proposées au sein des maisons de santé sont-elles suffisamment attractives pour vous installer en zone rurale ?

- Oui
- Non

Pour ceux qui ont répondu non, accepteriez-vous d'aller en zone rurale si l'on vous propose un exercice salarié ?

- Oui
- Non

ANNEXE 6: LES PARTICIPANTS NE SOUHAITANT PAS S'INSTALLER

Réponses à la question libre : « Si vous ne souhaitez pas vous installer en libéral, pouvez-vous préciser pourquoi ? »

- (1) Besoin de poursuivre la formation en milieu hospitalier.
- (2) Je souhaite faire une DESC de Médecine d'Urgence et exercer en hôpital.
- (3) L'exercice en médecine rurale ne me séduit pas d'une part car il est nécessaire d'avoir un plateau technique suffisant pour faire de la médecine d'urgence "intéressante" d'autre part parce que l'isolement me fait peur et je souhaite exercer en équipe.
- (4) Préférence actuelle pour le travail d'équipe et projet professionnel d'activité hospitalière en soins palliatifs.
- (5) Desc médecine urgence.
- (6) Orientation sur desc geriatrie.
- (7) Je souhaite vivre en zone rurale mais les conditions d'installation me paraissent difficile, notamment la pénurie de médecins. La création de maison de santé est parfois une volonté politique, sans réelle implication du corps médical en place.
- (8) DESC MU.
- (9) Préférence pour une activité salariée, trop de charge administrative induite par l'installation.
- (10) Réponse du mode d'exercice un peu biaisé car je ne me suis pas encore vraiment décidé et situation particulière car je compte dans un premier temps faire du remplacement et en médecine générale et en médecine d'urgence pour ensuite une fois installée garder une petite activité de médecine d'urgence (une garde par semaine), et je compte m'installer plutôt en semi-rural, donc pour l'instant plutôt en cabinet de groupe mais à voir.
- (11) Je ne sais pas encore où me fixer pour exercer, je veux essayer plusieurs modes d'exercice avant de m'installer.
- (12) Salariat, moins de contraintes administratives.
- (13) Préférence pour le salariat.
- (14) Envie d'une activité hospitalière associée.
- (15) Envie d'exercer une année en Angleterre pour parfaire ma connaissance de l'anglais avant de revenir.
- (16) Envie de pouvoir bouger en fonction de mes impératifs familiaux.
- (17) Activité hospitalière.

- (18) Je suis la formation du DESC de médecine d'urgence, je n'écarte pas la MG, l'avenir parlera!
- (18) J'envisage de faire un DESC de médecine légale et donc exercice en CHU.
- (19) Pas d'engagement, liberté de s'organiser, et d'exercer par période seulement.
- (20) Projet de travailler aux urgences, au moins au début.
- (21) Préférence pour l'activité hospitalière. Difficultés à apprécier l'activité libérale.
- (22) Intérêt pour l'activité hospitalière, pour le travail d'équipe.
- (23) Crainte de l'isolement préférence pour une activité hospitalière.
- (24) Préférence pour la médecine générale non libérale, non adhésion au paiement à l'acte crainte de devenir le médecin d'un village et de s'y sentir enchaîné par devoir.
- (25) Préférence pour exercice en équipe (car même un exercice en groupe n'est pas un exercice en équipe) autres projets à moyen terme: humanitaire.
- (26) Exercice hospitalier.
- (27) Projet hospitalier.
- (28) Desc médecine d'urgence.

ANNEXE 7: IDEES DES PARTICIPANTS CONCERNANT LES FACTEURS INCITATIFS A L'INSTALLATION

Réponses à la question libre : « Si vous avez des idées, merci d'inscrire d'autres facteurs éventuels qui pourraient vous inciter à travailler en milieu rural ».

- (1) Le regroupement des gardes au sein de maison médicale de garde régulée par le 15.
- (2) Pour l'environnement et la qualité de vie, la proximité avec une zone urbaine permet plus facilement d'être proche d'un établissement scolaire, d'un lieu de travail pour le conjoint... (il y a peut être un biais avec ce critère dont les autres découlent...) En espérant que cela vous soit utile, Cordialement.
- (3) De préférence pas de salariat: mode d'exercice libéral.
- (4) Une fiscalité plus avantageuse concernant les frais liés au visites plus nombreuses: frais kilométriques, assurances...
- (5) Augmentation du C en milieu rural et pas seulement en zone blanche. Remarque: Pour la dernière question sur l'environnement et la qualité de vie, pour moi, la réponse 1 (proximité d'une zone urbaine) comprend la réponse 3, la réponse 4 et la 5 (proximité d'un établissement scolaire, de travail pour le conjoint, proximité de commerces et services culturels).
- (6) Un temps de travail me laissant la possibilité de vivre en zone rurale c'est à dire en comptant les temps de transport.
- (7) J'habite en zone de montagne, je souhaitais réellement m'installer en zone rurale, mais au vu de la démographie médicale, ça me fait peur. De plus, la route qui mène jusqu'à chez moi est toujours dangereuse, je n'ai l'eau communale que depuis 1 an... Tout simplement parce que je ne suis pas native de la région. S'ils veulent que des professionnels s'installent, il faudrait qu'ils fassent un effort au niveau de l'accueil et de l'intégration. La Communauté de Communes est en train de construire une maison de santé, mais aucun des médecin en place n'est porteur de projet actuellement, c'est une volonté politique et ils espèrent que l'on va suivre.
- (8) Ne pas ressentir que le service de sante est le seul à devoir persister alors que les autres services publics désertent.
- (9) Rémuneration a la hauteur du service rendu (ex: diminution prévue du paiement pour la prise en charge de patients en HAD).
- (10) Valorisation des visites au domicile en milieu rural où le terrain à couvrir est plus important donc de temps en voiture et moins au cabinet.

- (11) Accessibilité à un service minimum : radio, bilan biologique pour éviter des prises en charges bancaires fautes de moyen et donc travail insatisfaisant pour soi et le patient.
- (12) Je ne souhaite pas travailler en milieu rural parce que cela reviendrait à mon sens à restreindre mes activités de médecine d'urgence en limitant la possibilité de recevoir des cas graves par le manque de possibilités thérapeutiques d'aval (pas de réanimation, pas de chirurgie, pas d'accès à un scanner 24/24 etc...) et d'autre part et surtout parce que mon conjoint travaille au CHU et que je n'envisage pas de vivre loin de ma famille. Quels que soient les modes d'incitation financiers, je préfère gagner moins et travailler plus dur en milieu urbain plutôt que d'aller en milieu rural loin de ma famille. Bon courage pour votre travail de thèse.
- (13) Allègements fiscaux, horaires aménageables, peu de gardes.
- (14) L'authenticité et la gentillesse des gens. Ceux de ville sont exigeants, hautains, colopathes, fibromyalgiques, spasmophiles, hypocondriaques et névrosés et vous considèrent comme prestataire de service.
- (15) Le bon air, les beaux paysages. Une douceur de vivre inégalable. Une grande maison. Un grand jardin. La reconnaissance des patients. En zone rurale, le médecin est un peu mieux considéré qu'en ville.
- (16) Travailler comme salarié de la maison de santé avec possibilité de ne rester que pour une période définie (2 ou 3 ans par exemple), comme un poste hospitalier ou autre structure de ce type.
- (17) Ne pas avoir à choisir justement entre la possibilité de travailler avec l'hôpital, le travail du conjoint, l'école, les services. Aller travailler en milieu rural d'accord, mais à condition de ne pas être les seuls!
- (18) Oublions la médecine d'antan, nous ne sommes plus assez nombreux pour assurer un médecin pour chaque village de mille habitants (ça n'a d'ailleurs jamais existé). Pour que nous partions en campagne tout seul comme les médias le souhaiteraient, il faudrait que notre rémunération compense la perte de celle de notre (conjoint(e)). Il faudrait aussi des horaires permettant de voir grandir ses enfants vers qui nous nous retournons désormais après avoir perdu la reconnaissance des patients pour notre investissement médical. PROPOSITION : Gros regroupement de 20 médecins sur une maison de santé rurale (réseau informatique avec dossier patient, patients déshabillés / PA / FC / T°C / Histoire de maladie / carte vitale / paiement / IDE / secrétaire..) avec plusieurs box dans lesquels le médecin ne fait plus que régler les problèmes médicaux. Système de gardes de 8h à minuit par groupe de deux tous les 10 jours ayant chacun leur cabinet s'ils le souhaitent en ville ou milieu semi-urbain.

(19) Que ma compagne n'ait pas à faire 2h de route pour aller travailler chaque jour... Que je puisse passer plus de temps à voir un film au cinéma que sur la route pour y aller... Que je n'ai pas à faire une heure de trajet pour rejoindre la gare la plus proche... Que mes enfants n'aient pas à prendre le bus tous les jours pendant 2h pour aller au collège... Que mes patients puissent me joindre partout sur mon téléphone portable, et pas seulement dans les zones où j'arrive à capter un peu... Que la connexion ADSL ne soit pas qu'une utopie... tout a été dit.

(20) Pour l'organisation du travail, le plus important est finalement pour moi la facilité avec laquelle je peux rediriger mes patients vers des paramédicaux, des structures (urgences), ou des consultations spécialisées... Ce qui peut s'avérer ardu dans certains milieux ruraux (avec des moyens de locomotion limités des patients).

ANNEXE 8 : LES MSP EN AQUITAINE

La région Aquitaine compte une cinquantaine de Maisons et Pôles de santé en projet ou en fonctionnement.

16 Structures sont en fonctionnement :

- **En Dordogne** : 9 maisons de santé situées à Verteillac, Nontron, Saint Pardoux-la rivière, Jumilhac-le-Grand, Villamblard, Belvès, Hautefort, Salignac-Eyvigues, Eymet
- **Dans les Landes** : 5 maisons de santé situées à Sore, Labrit, Gabarret, Roquefort et Benquet
- **Dans les Pyrénées-Atlantiques** : 1 pôle de santé situé à Mauléon et 1 maison de santé située à Lembeye

Plus de 30 structures sont en projet, dont certaines prochainement ouvertes (fin 2012-2013):

- **En Dordogne** : 2 maisons de santé situées à Rouffignac et à Lalinde
- **En Gironde** : 2 maisons de santé situées à Hourtin et à Villandraut
- **En lot et Garonne** : 2 pôles de santé situés à Miramont-Duras et Villeneuve sur Lot
- **Dans les Landes** : 1 maison de santé située à Samadet / Geaune
- **Dans les Pyrénées Atlantiques** : 1 maison de santé située à Bedous

D'après le site internet ARS Aquitaine : l'exercice regroupé et coordonné : maison de santé et pôle de santé dans la rubrique "espace des professionnels et structure de santé" soins de premier recours et parcours de soins. Consulté le 15 septembre 2013. Disponible sur:

<http://www.ars.aquitaine.sante.fr/L-exercice-regroupe-et-coordon.141382.0.html>

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.